



TESIS DOCTORAL

**PROBLEMAS DE PERSONALIDAD EN EDAD
EVOLUTIVA. UNA VALIDACIÓN BIBLIOMÉTRICA DE
LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN DECENIO 2005-2015**

Concetta Torre

Departamento de Psicología Y Antropología

2017



TESIS DOCTORAL

**PROBLEMAS DE PERSONALIDAD EN EDAD
EVOLUTIVA. UNA VALIDACIÓN BIBLIOMÉTRICA DE
LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN DECENIO 2005-2015**

Concetta Torre

Conformidad de los directores de la tesis:

Florencio Vicente Castro

Susana Sánchez Herrera

M^a Isabel Ruiz Fernández

2017

A Sissi

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutte le persone che hanno partecipato, direttamente o indirettamente, allo sviluppo di questa Tesi.

Primi fra tutti i miei genitori, che hanno sempre appoggiato e incoraggiato le mie scelte, di vita e professionali, con orgoglio e fiducia sulle mie capacità.

Ringrazio il Prof. Florencio Vicente Castro per avermi offerto questa grande opportunità e ha seguito, con affetto e fiducia, il mio lavoro, sostenendomi con il suo appoggio e le sue gratificazioni.

Ringrazio anche a le Professoressa Susana Sánchez Herrera e M^a Isabel Ruiz Fernández.

Ringrazio infinitamente la Prof.ssa Marina Giampietro, docente dell'Università Cattolica di Brescia, che ha preso a cuore questo lavoro, permettendomi di accedere ai servizi bibliotecari dell'Ateneo per la raccolta del materiale e supportandomi con dedizione e professionalità in ogni fase della mia ricerca.

Ringrazio tutti i colleghi del corso di studi che in questi tre anni hanno condiviso con me impegno, confronto, sostegno reciproco, sacrifici, ansie e meravigliosi ricordi durante i nostri viaggi.

Grazie alla Spagna, alla sua gente, alle sue bellezze, al suo calore.

Grazie a chi è stato “presente” in ogni momento difficile e mi ha incoraggiata con amore e pazienza, credendo in me e contribuendo a questo mio arricchimento personale e professionale.

*"Qualunque cosa sogni di intraprendere, cominciala, l'audacia ha del
genio, del potere, della magia".*

Wolfgang Goethe

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es hacer una contribución a la revisión crítica sobre trastornos de la personalidad en niños y adolescentes, un tema poco explorado y muy debatido, y hacerlo a través del análisis bibliométrico de la producción científica, publicada sobre este tema en la última década.

Desde las primeras búsquedas de las contribuciones más significativas en la prevalencia y la fiabilidad del diagnóstico precoz (período 1990 -2005) sobre trastornos de la personalidad en niños y adolescentes, no hemos detectado una literatura activa ni consentimiento unánime sobre la temática, es a partir de ese momento cuando definimos la hipótesis de investigación, el marco teórico o estado del arte.

Nuestra hipótesis de investigación, y objetivo se va a centrar en configurar y la necesidad de identificar la dirección en la que se ha movido y se está moviendo la investigación sobre trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. Esta investigación está destinada a explorar el campo específico de la aparición relacionada con los trastornos de la personalidad, en gran parte descuidado por taxonomías oficiales, para comprender en qué términos está el debate contemporáneo sobre las reservas clínicas para etiquetar a los niños y adolescentes con un diagnóstico de tal gravedad, y detectar el impacto de los trastornos de la personalidad en la edad de desarrollo, en las publicaciones de la comunidad científica, que presenta una síntesis crítica de los resultados más significativos de investigación.

Método: En nuestra investigación pretendemos efectuar un análisis bibliométrico examinando 480 artículos, revisados por pares, de trabajos científicos publicados en la década 2005-2015 y recogidos en la base de datos PsycInfo. El material se clasifica y se cuantifica a través de una tabla construida “ad hoc”, en la que se han segmentado los artículos, por año, por categorías y variables definidas y colocados en relación unos con otros. Los principales resultados de cada estudio se recogieron y se resumen en el modelo clásico de la revisión sistemática, que nos proporciona el informe.

Resultados: Se revisaron 10.951 artículos sobre el tema; 2.092 fueron estimados pertinentes por la consulta de búsqueda; 765 sometidos al proceso de revisión; El 82,5% de la investigación era empírica y de producción académica. El año 2014, fue el año más productivo. Los Estados Unidos ofrecen el 49,4% de las publicaciones; el 14,8% ha sido producido por las diez mejores universidades de Estados Unidos; solo el 6,8% de la producción académica es europea; el 42,7% viene firmada por más de 4 autores; se encuentran 319 citas para el artículo

de Sheila E. Crowell de 2009; Aparecen 42 publicaciones en el “**Journal of Personality Disorders**”; El 17.2% se refiere a la edad de 13-17 años, incluido en el 77,0% de las muestras mixtas ("hasta 300 individuos" que suman el 23,2%); se publican 347 estudios cuantitativos; hay una prevalencia de estudios longitudinales de diagnósticos mixtos. El 16,3% se refiere a modelos dimensionales; 15,6% en modelos taxonómicos. El 29,8% de las teorías que subyacen a los artículos no es deducible de los resúmenes ni de los abstract; basados en tratamientos de teorías cognitivo-conductuales aparece un 9,6%,. Identificado 3 grupos temáticos; 51,7% investiga las variables predictoras, de los cuales 11,7% riesgos ambientales, que prevalecen modelos categóricos.

Conclusiones sobre los niños y adolescentes con trastorno de personalidad se ha demostrado valido nuestra investigación; Estudios que prevalecen en la fenomenología borderline; todavía tienen que investigarse mucho mas la estabilidad de los síntomas, en base a la reticencia clínica en favor de un diagnóstico precoz.

Palabras clave: Trastornos de la personalidad; los niños; adolescentes; análisis bibliométrico; revisión crítica.

ABSTRACT

The objective of this work is to make a contribution to the critical review on personality disorders in children and adolescents, an issue that is not much explored and much debated, and to do so through the bibliometric analysis of scientific production, published on this subject in the last decade.

Since the first searches of the most significant contributions in the prevalence and reliability of early diagnosis (period 1990-2005) on personality disorders in children and adolescents, we have not detected an active literature or unanimous consent on the subject, it is from Of that moment when we define the research hypothesis, the theoretical framework or state of the art.

Our hypothesis, research and objective will focus on configuring and the need to identify the direction in which research has been moved and is moving on personality disorders in children and adolescents This research is intended to explore the specific field Of the occurrence related to personality disorders, largely neglected by official taxonomies, to understand in what terms the contemporary debate on clinical reservations to label children and adolescents with a diagnosis of such seriousness, and detect the impact Of personality disorders at the developmental age, in the publications of the scientific community, which presents a critical synthesis of the most significant research results.

Method: In our research we intend to carry out a bibliometric analysis by examining 480 articles, peer-reviewed, of scientific papers published in the decade 2005-2015 and collected in the PsycInfo database. The material is classified and quantified through an ad hoc table, in which the articles have been segmented by year by categories and variables defined and placed in relation to each other. The main results of each study were collected and summarized in the classic model of the systematic review provided by the report.

Results: We reviewed 10,951 articles on the subject; 2,092 were estimated by the search query; 765 submitted to the review process; 82.5% of the research was empirical and academic production. The year 2014 was the most productive year. The United States offers 49.4% of publications; 14.8% has been produced by the top ten universities in the United States; Only 6.8% of academic production is European; 42.7% were signed by more than 4 authors; There are 319 citations for the 2009 Sheila E. Crowell article; 42 publications appear in the Journal of Personality Disorders; 17.2% refers to the age of 13-17 years, included in 77.0% of the mixed samples ("up to 300 individuals" accounting for 23.2%); 347 quantitative studies are published; There is a prevalence of longitudinal studies of mixed diagnoses. 16.3% refers to dimensional

models; 15.6% in taxonomic models. 29.8% of the theories underlying the articles are not deductible from abstracts or abstracts; Based on treatments of cognitive-behavioral theories appears 9.6%. Identified 3 thematic groups; 51.7% investigated the predictor variables, of which 11.7% were environmental risks, which prevail categorical models.

Conclusions on children and adolescents with personality disorder have been proven valid our research; Studies that prevail in borderline phenomenology; The stability of symptoms still needs to be investigated much more, based on clinical reluctance in favor of an early diagnosis.

Keywords: Personality disorders; children; teenagers; Bibliometric analysis; Critical review

RIASSUNTO

Obiettivo: L'obiettivo del lavoro è quello di apportare un contributo alla review critica sui Disturbi di Personalità in Età Evolutiva, un tema poco esplorato ed estremamente dibattuto, attraverso un'analisi bibliometrica della produzione scientifica, pubblicata sull'argomento nell'ultimo decennio. A partire dalla descrizione dello stato dell'arte che, dalle prime ricerche ai contributi più significativi sulla prevalenza e l'affidabilità di una diagnosi precoce (periodo '90-2005), non rileva una vivace letteratura e consensi unanimi, si definisce il quesito di indagine, posto in essere e stimolato dalla esigenza di individuare la direzione in cui si è mossa e si sta muovendo la ricerca sul tema (meta del lavoro). Il presente contributo ha scopo di esplorare il campo specifico di indagine relativo all'esordio dei disturbi di personalità, ampiamente trascurato dalle tassonomie ufficiali, per capire in che termini si pone il dibattito contemporaneo rispetto alla riserva clinica di etichettare bambini e adolescenti con una diagnosi di tale gravità, e rilevare l'impatto dei Disturbi di Personalità in Età evolutiva sulla comunità scientifica, presentando una sintesi critica dei risultati di ricerca più significativi.

Metodo: l'analisi bibliometrica ha preso in esame 480 articoli scientifici peer reviewed pubblicati nel decennio 2005-2015 e raccolti nel database PsycInfo. Il materiale è stato quantificato e classificato, attraverso una griglia costruita ad hoc, che ha segmentato gli articoli, anno per anno, per categorie definite e messe in relazione tra loro. I principali risultati di ogni singola ricerca sono stati raccolti e riassunti sul modello più classico di revisione sistematica, di cui si fornisce il resoconto.

Risultati: 10.951 articoli sul tema; 2092 risultati alla query di ricerca; 765 sottoposti a processo di revisione; 82,5% ricerche empiriche di produzione accademica. Il 2014 l'anno più produttivo. Gli Stati Uniti detengono il 49,4% delle pubblicazioni; 14,8% prodotto dalle prime dieci università statunitensi; 6,8% di produzione accademica europea; 42,7% a firma di più di 4 autori; 319 citazioni per l'articolo di Sheila E. Crowell (2009); 42 pubblicazioni sul Journal of Personality Disorders; 17,2% fascia 13-17 anni, inclusa nel 77,0% su campioni misti ("fino a 300 soggetti" per il 23,2%); 347 studi quantitativi; prevalenza longitudinale; tipologia diagnostica mista. Il 16,3% si rifà a modelli dimensionali; il 15,6% a modelli tassonomici. Il 29,8% delle teorie non è deducibile dall'abstract; teorie cognitive comportamentali (9,6%) a base dei trattamenti. Individuati 3 cluster tematici; il 51,7% indaga le variabili predittive, di cui l'11,7% i rischi ambientali, su cui prevalgono i modelli categoriali.

Conclusioni: validità di costrutto di disturbo di personalità sui bambini e gli adolescenti; studi prevalenti sulla fenomenologia borderline; necessità di indagare ancora la stabilità dei sintomi, a base della reticenza clinica a favore di una diagnosi precoce.

Parole chiavi: disturbi di personalità; bambini; adolescenti; analisi bibliometrica; review critica.

INDICE GENERAL

RINGRAZIAMENTI	3
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	9
RIASSUNTO.....	11
RESUMEN AMPLIO EN ESPAÑOL	17
INTRODUZIONE.....	37
PARTE PRIMA: INQUADRAMENTO TEORICO.....	43
CAPITOLO I: Disturbi di personalità: uno sguardo generale.....	45
1.1 La personalità e i suoi disturbi.....	45
1.2 I disturbi di personalità: definizione e classificazione secondo le principali tassonomie.....	46
1.3 I disturbi di personalità: breve rassegna storica	50
1.4 DSM 5: cosa cambia. Riferimenti all'assessment.....	52
1.5 Le principali teorie sui disturbi di personalità	56
1.6 Profili di personalità disturbata	60
1.6.1 Profili Cluster A.....	61
1.6.2 Profili Cluster B.....	63
1.6.3 Profili Cluster C.....	67
CAPITOLO II: I Disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti	71
2.1 I disturbi di personalità: il dibattito sull'esordio.....	71
2.2 I disturbi di personalità in età evolutiva: le prime ricerche.	72
2.3 I disturbi di personalità in età evolutiva: il contributo di Paulina Kernberg. 75	
2.3.1 Ritratti coerenti di disturbo.....	78
2.4 I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti: il contributo di Efrain Bleiberg. 81	

2.5 Pattern di attaccamento come possibili precursori dei disturbi di personalità	81
2.6 I disturbi di personalità: le nuove ricerche	83
<i>CAPITULO III: Bibliometria e Revisione Sistemica</i>	85
3.1 La bibliometria	85
3.2 Metodologie di valutazione della ricerca	86
3.3 Tipologia di articolo	89
3.4 Revisione sistematica	90
<i>PARTE II: STUDIO EMPIRICO</i>	93
<i>CAPITOLO IV; MATERIALI E METODI.....</i>	95
4. Metodologia.....	95
4.1 Obiettivi	96
4.2 Disegno di ricerca	96
4.3 Ipotesi di lavoro.....	99
4.4 Popolazione e campione	100
4.5 Strumenti	110
4.6 Procedimento.....	116
4.7 Trattamento statistico dei dati.....	117
<i>CAPITOLO V: RISULTATI.....</i>	119
5.1 Riepilogolo generale sul materiale raccolto	119
5.2 Presentazione generale degli articoli	119
5.3 Risultati di analisi testuale (variabili quantitative e qualitative)	143
5.4 Altri risultati sugli studi empirici.....	146
5.5 Risultati generali sui modelli teorici di riferimento e sulle tematiche emergenti	154
5.6 Raccolta e sintesi dei più importanti risultati di ricerca	172
<i>CAPITOLO VI: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI</i>	223

6.1 Discussione e conclusioni	223
6.2 Limiti di studio e proposte per nuove ricerche future.....	231
6.3 Conclusioni finali	232
INDICE TABELLE.....	235
INDICE FIGURE	241
7. Referenze Bibliografiche.....	243
Sitografia	275
8. ALLEGATI	277
8.1 ELENCO ARTICOLI PSYCHINFO	277
8.2 SCHEDA ARTICOLO.....	317
8.3 Tavola di contingenza NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE *	
TIPOGOGIA PUBBLICAZIONE	319
8.4 ELENCO FREQUENZE CITAZIONI ARTICOLI	327
8.5 ELENCO RIVISTE	330

RESUMEN AMPLIO EN ESPAÑOL

1. Introducción

Nuestra investigación de tesis doctoral trata sobre los trastornos de personalidad. Desde el punto de vista de las investigaciones y publicaciones y tras una revisión general, los trastornos de personalidad de la infancia y la adolescencia se conciben, como un tema poco desarrollado y explorado y sí muy debatido. Nuestro esfuerzo quiere contribuir a clarificar en algo los aspectos más rigurosos de la bibliometría en este aspecto.

La tradición clínica siempre ha mostrado un profundo escepticismo sobre la validez del constructo del trastorno de la personalidad en la edad evolutiva, lo que ha dado lugar a una resistencia general y persistentes reticencias a estigmatizar formas de malestar consideradas transitorias, en un momento en el que se cree que la personalidad todavía no está completamente formada (en niños) y resulta inestable (adolescentes). Esto se determinó por la ausencia de datos de síntomas específicos de la edad y por el hecho de que en los manuales de diagnóstico no venía sugerido ningún criterio relacionado con el desarrollo para orientar el diagnóstico.

El tema ha encontrado el interés de los estudiosos e investigadores sólo a partir de los años 90, y las principales contribuciones empíricas sobre la fiabilidad de un diagnóstico precoz, animaron la reflexión a partir de 2000.

El objetivo de esta investigación es comprender en qué términos se establece hoy el debate contemporáneo sobre el tema y para identificar la dirección en la que se ha movido y se está moviendo la investigación en la última década.

Se trata de un estudio preliminar, cuyo propósito es hacer una contribución a la revisión crítica sobre el tema de los trastornos de personalidad en la edad evolutiva, a través de un análisis bibliométrico sobre la producción científica publicada sobre el tema en el período 2005-2015.

Explorar el campo de los antecedentes infantiles de trastornos de la personalidad, sus inicios, siguiendo su evolución, destacando las más importantes contribuciones empíricas innovadoras, no sólo permite tener una visión general del estado actual de la investigación, sino también centrar una posibilidad real concreta de prevención e intervención. Respecto a las tasas de predominio de trastornos de la personalidad (10-15% superior al 30% en pacientes que requieren tratamiento psicoterapéutico, según el DSM 5) y su impacto sobre la disgregaciones

sociales (tendencias suicidas, delincuencia, fracaso escolar, dificultades de relación, abuso de sustancias), identificar en el tiempo los síntomas, los comportamientos predictivos y los factores de riesgo, o de protección de los trastornos de la personalidad, se convierte en crucial.

Parte 1 - Marco teórico

Constitución, temperamento, disposición, rasgo, carácter, tipo, no son conceptos únicos, pero las construcciones tienen diferentes significados e implicaciones en función del marco teórico y los modelos específicos de los cuales se derivan, integran y se establece un diálogo entre sí (Carver, Scheier, Giampietro y Iannello, 2015). Para determinar la personalidad contribuyen factores genéticos y socioculturales; factores relacionados con el aprendizaje y los procesos cognitivos; factores existenciales; factores de disposición (trato) y los mecanismos inconscientes. Entonces resulta ser una "organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan los patrones de comportamiento, de pensamiento y de emociones típicas de cada individuo (Carver y Scheier, pág.4)

Cuando un "patrón persistente de la experiencia interna y del comportamiento se aparta marcadamente respecto las expectativas de la cultura del sujeto, es permanente e inflexible, y comienza en la adolescencia o la adultez temprana, y es estable en el tiempo y causa molestias o discapacidad", entonces se habla del trastorno de la personalidad (DSM-5, 2013).

Los trastornos de la personalidad, según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría, se dividen en tres grupos en base a las analogías descriptivas:

Clúster A (excéntrico): Trastorno Paranoide de la Personalidad; Trastorno esquizoide de la personalidad; trastorno esquizotípico de la personalidad;

Clúster B (dramático, impulsivo): Trastorno antisocial de la personalidad; Trastorno límite de la personalidad; Trastorno histriónico de la personalidad; Trastorno narcisista de la personalidad;

Clúster C (ansioso): Trastorno evasivo de la personalidad; Trastorno dependiente de la personalidad; Personalidad obsesiva-compulsiva; Trastorno de la personalidad NAS (no especificado).

Los trastornos de personalidad se introducen en el Eje II del manual nº1 del DSM, en el año 1980 (revolución neokraepeliniana) y desde ese momento se inicia una fase de búsqueda extremadamente activa sobre la psicopatología, de clarificación y validación de las

construcciones del trastorno de la personalidad, así como la comprensión de las relaciones entre la personalidad y los trastorno de la personalidad (Lenzenweger y Clarkin, 2006).

Es en ese período en el que nace la revista especializada *Journal of Personality Disorders* y la *International Society for the Study of Personality Disorders* y se asiste a un crecimiento significativo de las investigaciones y publicaciones en revistas internacionales de psicopatología y psiquiatría general.

El DSM, hasta su cuarta versión revisada, fue un sistema de diagnóstico puramente descriptivo, basado en criterios explícitos, de comportamiento, fiables, rigurosos y compartidas por todos, desprovisto e independiente de las distintas escuelas de pensamiento.

El enfoque "no teórico", sin embargo, si permite una comprensión rica y elaborada de la etiología, las manifestaciones clínicas y los enfoques terapéuticos más funcionales, dimensionan que tienen que incluirse dentro de un sistema teórico deductivo para guiar el trabajo científico (Roth, 1996 Fonagy ; Lenzenweger, Clarkin 2005).

Las principales teorías de trastornos de la personalidad se refieren a modelos dinámicos (donde se encuentra la contribución psicoanalítica sobre la hipótesis del conflicto de Kernberg y Caligar, 2004); o la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1980) y sus posteriores desarrollos sobre mentalización (Fonagy, 2001); a los modelos biológicos (búsqueda de marcadores biológicos) de Depue y Lenzenweger, 2001; a los modelos integrados (biopsicosocial de París, 1996, y el evolutivo de Million, 1990, 1996) y los modelos cognitivo-conductuales (deficiencia del sistema de regulación de las emociones) y de Beck y Pretzer, 1990.

Por último, las teorías de rasgos y factores, de los cuales el más conocido es el modelo dimensional del *Big Five*, de Costa y McCrae, 1988, que contribuyeron a la evaluación del "*Modelo alternativo del DSM 5 para los trastornos de la personalidad*", junto el modelo prototípico de Schedler y Westen (2004, 2006).

Con el DSM 5 del 2013 se asiste al "*cambio paradigmático*", al cual tendía la reflexión en ese momento, introduciendo un complejo sistema de evaluación dimensional transversal de los trastornos mentales, distribuidos a lo largo de un continuo entre la normalidad y la patología, y dispuestos a lo largo del desarrollo del curso de la vida. El nuevo manual se constituye como un modelo fisiopatológico al frente de los últimos descubrimientos de la neurociencia y tiene el mérito de introducir los conceptos Life-Span-Psychology (Vida-Lapso-Psicología) y Neurosviluppo (Desarrollo neurológico), introduciendo también la transición de la Psicología de

la evolución a la Psicología del Desarrollo (Guaraldi, 2014), pero el debate teórico sobre la naturaleza dimensional o categórica del trastorno, está todavía abierto.

De hecho, el manual DSM es un modelo híbrido, el de los trastornos de personalidad que ha mantenido el ajuste rígidamente estático de tipo categórico de la versión precedente, debido a la controversia que rodea el "modelo alternativo" presentado para su discusión. La Psiquiatría sigue estando vinculada al punto de vista categórico, sin referencias a las características subjetivas del paciente y de su historia personal.

El DSM-IV-TR (2000) explicó que *"las categorías de trastornos de la personalidad se pueden aplicar a los niños y adolescentes en casos relativamente poco comunes, solo si una evaluación psiquiátrica prolongada asegura la rigidez y la persistencia de rasgos patológicos"*, sin especificar lo que se quiere decir con estabilidad de rasgos desadaptativos en un período de la vida en la que el cambio es la regla (Westen, Chang, 2000).

Los límites del modelo categórico, los inadecuados instrumentos de evaluación elaborados por los adultos a partir de los criterios mencionados, para poner un diagnóstico de trastorno de la personalidad a una edad temprana y para evaluar cambios durante el desarrollo, comenzaron a ser investigados en el campo de estudio en torno a los años 90, con el primer trabajo pionero de David Bernstein y colegas (1993). Se ha investigado la prevalencia de trastornos de la personalidad en la población general de los adolescentes estadounidenses, sobre una muestra de 733 sujetos (en un rango de edad de 11 a 21 años), con cifras de alrededor del 13%, en línea con los valores encontrados en los adultos, demostrando por lo tanto, que, si la estabilidad de los rasgos de inadaptación se definen partiendo de la permanencia de los comportamientos y de experiencias indicadas en los manuales, los trastornos de la personalidad en la adolescencia no pueden ser considerados "casos relativamente inusuales", tal como se indica en el DSM.

Los problemas de personalidad en la infancia y la adolescencia, por lo tanto, requieren de modelos teóricos explicativos, a partir de la identificación de criterios fenomenológicos específicos de la edad, que son capaces de diferenciar las características de los distintos cuadros clínicos e investigar los procesos evolutivos que determinan en algunos casos la *"remisión"* y en otros la permanencia o el aumento de sufrimiento mental.

En consideración de la utilidad de los modelos dimensionales, más adecuados a la evaluación de los trastornos en la edad evolutiva, y ricos en matices clínicos correspondientes a la realidad, se hace largo el camino, incluso el concepto de espectro patológico (Klerman, 1990)

que, si bien reunían el riesgo de falta de cuidado en el diagnóstico, permitió a unos, explicar que el universo de síntomas, conductas observables, experiencias emocionales y percepciones de sí mismos, y a otros que, más allá de la interpretación compleja, mantienen una continuidad entre la adolescencia y la edad adulta (Lenzenweger, Clarkin, 2005).

La exponente de las dimensiones latentes estables en comparación con reagrupaciones fenomenológicas discretas fue Paulina Kernberg, esposa del famoso Otto Kernberg.

Es a ella a quien debemos el gran avance en la fiabilidad de la detección temprana, en el año 2000. Kernberg y sus colegas, Alan Weiner y Karen Bardestein, a partir de su punto de vista evolutivo, argumentaron que en cada etapa del desarrollo se forma la personalidad apropiada a la edad y que el desarrollo de la personalidad puede verse afectada de manera adversa a cualquier edad. El desarrollo patológico se mantiene a través de vías patológicas. Los autores identifican rasgos patológicos, de forma fiable como en los adultos, en todos los niveles de organización de la personalidad, neurótica, límite y psicótica, que si llegan a ser mal adaptados, rígidos, invasivos y persistentes, causan deterioro funcional y grave sufrimiento subjetivo (Kernberg P. et al., 2000). Estos rasgos y patrones de percepción, de relación y pensamiento, de impulsividad, introversión, egocentrismo, de búsqueda de la novedad, de inhibición, de sociabilidad, de actividad, etc., son distintos de los restringidos a una etapa particular del desarrollo, se colocan en el nivel de continuidad psicopatológica, una continuidad que no concierne sólo al paso de la adolescencia a la edad adulta, sino que también desde la infancia a la adolescencia, cuyo caso más notorio es representado por el Trastorno Antisocial de la Personalidad precedido de Trastornos de Conducta.

Los autores describen retratos coherentes de cada trastorno en los niños y, por separado, en los adolescentes.

El modelo teórico de referencia de Kernberg es el bio-psicosocial de Paris, (1996, 2003), según el cual, los trastornos temperamentales se amplifican y utilizan con una modalidad rígida y con mala adaptación a causa de una combinación de riesgos. La prontitud en detectarlos antes de que cristalicen se convierte en crucial (Kernberg P. y todos., 2000).

La investigación se orienta en esta dirección, comenzando a investigar los precursores de los trastornos de la personalidad: temperamento, los estilos de apego, las experiencias infantiles de abuso y abandono, y la conjunción con otros trastornos del Eje I del DSM, con los aportes y contribuciones provenientes de diferentes puntos de vista.

Es desde este punto en adelante desde el que vamos a explorar el campo específico de la aparición del trastorno, aproximándonos al tema a través del análisis bibliométrico en estudios realizados desde 2005 hasta 2015.

La bibliometría es una antigua disciplina que estudia la propagación del conocimiento mediante el análisis cuantitativo de la producción científica (De Robbio, 2008), desarrollado en los últimos veinte años gracias a la disponibilidad de bases de datos de gran tamaño y el desarrollo de parámetros objetivos para la medición y la posterior evaluación de los estudios producidos y de los autores.

Por definición la bibliometría es "*Las matemáticas aplicadas y los métodos estadísticos para libros y otras formas de comunicación escrita*" (Alan Pritchard, 1969).

Por tanto, el objeto del análisis de la bibliometría es el documento escrito (monografías, tesis, artículos de revistas y periódicos, "work papers" para un departamento, actas de congresos, libros electrónicos, revistas y periódicos electrónicas, e-prints) y su propósito es "rastrear" las relaciones cuantitativas entre los documentos y los elementos que las componen, "midiendo", por tanto, la calidad de los investigadores, con el uso de métodos específicos de análisis.

El más utilizado es el análisis de citas, fundada en 1964 por el Gerfield, que concibió el *Science Citation Index (SCI)*, basado en el recuento de citas recibidas por una publicación en un área determinada, que detecta el impacto en la comunidad científica .

El análisis del contenido, la base de esta contribución, también conocido como el análisis textual, es una metodología descriptiva, a caballo entre el análisis cualitativo y cuantitativo, aplicada al estudio del contenido de la comunicación, un proceso de adquisición, síntesis y restitución de la información presente en los textos, que utiliza técnicas manuales o métodos estadísticos diferentes, en relación al tipo de datos y a la pregunta de la investigación (Tuzzi, 2000).

Parte 2 - Estudio empírico

Metodología

La presente contribución a la revisión crítica sobre el tema de "*Trastornos de la Personalidad en la edad de desarrollo*", nos ha permitido examinar **765** artículos revisados por pares, recogidos en la base de datos **PsycInfo**.

Los artículos se analizaron mediante la lectura del resumen y con sujeción a los criterios de inclusión específicos, principalmente relacionados con la relevancia del tema (contenido y rango específico del año). El análisis textual se obtuvo de una muestra de investigación, representada por **480** artículos científicos, el 63% de las publicaciones examinadas que cumplían nuestros requisitos para ser incluidos en nuestro trabajo.

El material se **clasificó** y se **cuantificó** a través de una matriz construida “ad hoc”, que segmentó los artículos, año por año, en base a las especificaciones categóricas definidas y siendo analizados en relación unos con otros.

Los **resultados más significativos** de cada parte de nuestro estudio fueron recogidos en las tablas de extrapolación de datos y posteriormente se resumieron en una síntesis crítica, sobre el modelo más clásico de la revisión sistemática, con el fin de seguir la evolución de los estudios e identificar la dirección en que se movía la investigación (**objetivo** del presente trabajo).

Objetivos

- **Cuantificar y clasificar** la producción científica sobre el tema (número y tipología de publicación);
- **Determinar** el impacto-incidencia del tema de los *Trastornos de la personalidad* en la comunidad científica;
- **Obtener** información sobre: cuántos y cuáles autores tratan el tema y tales instituciones; tales como revistas especializadas en el campo; el área o las áreas geográficas en las que se llevan a cabo la mayoría de las búsquedas;
- **Encontrar** de los texto las líneas y los objetivos de la investigación; los hilos temáticos y los argumentos específicos investigados, y qué resultados son esperados; la referencia modelos teóricos; los constructos teóricos tomadas en consideración; las metodologías y los diseños de la investigación; la tipología de instrumentos utilizados, los datos sobre las muestras en estudio (en el caso de estudios empíricos);
- **Comprender y resumir** los resultados de la investigación hasta la fecha sobre el fondo de las cuestiones investigadas (etiología, herramientas de diagnóstico, factores de riesgo / protección, las coincidencias y correlaciones con otros trastornos, el tratamiento);
- **Evidenciar** las similitudes, las contradicciones entre las conclusiones;
- **Sugerir** nuevas vías de investigación.

Hipótesis de Estudio

La naturaleza *exploratoria* de este estudio no nos permite formular hipótesis precisas para verificar, como es inherente a la naturaleza específica de este tipo de investigación.

La necesidad es comprender en qué términos está el debate contemporáneo sobre el tema de los trastornos de personalidad en la edad de desarrollo en la comunidad científica, lo que se traduce en la verificación de los resultados en relación con los índices de productividad y difusión de la investigación y la detección de una heurística de la investigación, una vez que un cambio de paradigma, más amplio e integrado, en el que puede haber habido una mejor interpretación de datos empíricos, clarificada la naturaleza y la comprensión de la etiología de la patología de la personalidad e identificada el área de la investigación sobre los factores de riesgo/protección del trastorno y su línea preventiva y de intervención.

La Muestra

La selección de los artículos se llevó a cabo en la Universidad Católica de Brescia a partir de febrero de 2016, dentro de la base de datos **PsycInfo**, una de las bases de datos más utilizadas para el acceso a la literatura internacional en el campo de la psicología y disciplinas relacionadas (más de tres millones de registros bibliográficos desde 1800 hasta el presente, actualizados semanalmente).

No siempre el artículo en texto completo está disponible. La base de datos está disponible a través del interfaz de búsqueda **ProQuest**, un líder mundial en la recuperación de la información para millones de investigadores, bibliotecas e instituciones de todo el mundo, así como el archivo oficial de las disertaciones digitales de la Biblioteca del Congreso, la biblioteca de investigación oficial, y la mayor institución federal en los Estados Unidos.

La recogida y selección de la muestra de la investigación se realizó en dos momentos. En una fase inicial se produjo el cribado de los resultados obtenidos de las consultas de búsqueda: *<Trastorno* personalidad y el niño * Y adolescente *>* fueron unos **2.092** artículos (controlados el 28 de julio de 2016) a la que se le aplicaron los **filtros** de restricciones relativos al período (sólo los documentos publicados desde el 1 enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2015); **idiomas** (sólo documentos redactados en Inglés, italiano, francés, español, alemán); el **tipo de fuente** (sólo los documentos escaneados de revistas científicas, no libros, disertaciones, tesis); y el tipo de **registros** (sólo **artículos científicos revisados a pares**); Por lo tanto, se excluyeron respuestas de comentarios, libros de revisión, editoriales, cartas, columnas de

opinión, fe de erratas / correcciones, obituarios, reimpressiones. De este modo se obtuvo una población de **765 artículos**.

En una etapa posterior, la selección del material recogido se sometió cuidadosamente a los **criterios de inclusión**, que se refieren exclusivamente a la *relevancia para el tema (contenido y grupo de edad)*.

Por lo tanto, sólo se **incluyeron** artículos en los que los "**trastornos de personalidad**" fueron presentados por la información de los informes Pro Quest como "*tema principal*", y que hacía referencia a estudios que implica mayormente rango de edades hasta la adolescencia tardía (17-18 años).

Paralelamente se procedía de forma precisa a una primera lectura del título, palabras clave y el resumen, donde iban a ser dimensionados los términos "niño *; adolescente *; trastornos de la personalidad y así sucesivamente. Así quedaron **excluidos** todos los artículos **irrelevantes para el tema**, a saber, investigaciones que concernían "principalmente" a temas diversos y todos los artículos que se referían a la investigación sobre **muestras comprensivas de mas edad**, hasta la edad adulta.

Con el acuerdo del Prof Vicente Castro y de un segundo investigador que colaboró con nosotros, la Prof. Marina Giampietro, profesora de Psicología de la Personalidad, en la Universidad Católica de la sede de Milán y Brescia, se obtuvo la muestra representativa para la investigación bibliométrica, para un total de **480 artículos**.

TABLA RESUMEN TOTAL DE ARTÍCULOS ESPACIO TEMPORAL 2005-2015

		TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
		TEORICO	EMPIRICO	
	200	7	31	38
5	200	3	36	39
6	200	3	33	36
7	200	5	26	31
8	200	15	34	49
9	201	9	28	37
0'	201	5	31	36
1	201	5	35	40
2	201	10	45	55
3	201	9	64	73
4	201	13	33	46
5	201	84	396	480
Totale				

Instrumentos utilizados

El instrumento utilizado para la investigación es un modelo **de base de datos** para los artículos diseñados *ad hoc* para registrar los datos del material recogido, conteniendo las variables que se tienen en cuenta en el análisis bibliométrico y definitivo en curso. Las variables se decodificaron mediante métodos de respuesta dicotómica o politómicas, y organizadas dentro de las siguientes **áreas de investigación**:

Variables transversales a la investigación (incluye toda la información de índole general, relativas a: *Título de las publicaciones científicas, las palabras "niño" y "adolescentes"*

presentes en el título (creado para tener un resultado inmediato en la población a la que están dirigidos en su mayoría los estudios) ; el número de la *Citación* que tenía el artículo ; *Número de autores*, *Nombre del autor* (se considera la primera firma de cada artículo, ya que es de uso común, incluso para poder fácilmente *contar* con los datos en el análisis), el *Tipo de institución* (describe el origen institucional del autor) Nombre de la *Institución* de la cual proviene el primer autor; *Área geográfica* a la que pertenece el autor, nombre de la *Revista*, *Año de publicación*, *Idioma* de la publicación (sólo se incluyeron artículos publicados en Inglés, español, italiano, alemán y francés); *Tipo de publicación* (se destaca el material recogido en los artículos *teóricos* y artículos de *investigación empírica*).

Variables de estrategia de búsqueda (sólo para los objetos **artículos empíricos**): *Población* (distingue los estudios sobre el *sexo* de los *sujetos* involucrados en la investigación); *Rango de edad*; *Amplitud de la muestra* (distingue *el número de sujetos* de la muestra que participan en la investigación); *Metodología de la Investigación*; *Tipo de herramienta suministrada*.

Variables del análisis textual: *Modelo teórico de referencia* (como en el resumen no siempre es posible deducir la teoría que subyace en el trabajo de investigación, sí fue registrado el dato donde la deducción a través de la lectura del texto completo no estuviese viciada por la interpretación Esta condición, por rigor científico, ha proporcionado el valor de la "*teoría no deducible del resumen*"); *Grupo temático* (enmarcando la principal cadena temática de estudio); *Tema prevalente para cada grupo temático*; *Resultados principales de la búsqueda*.

Procedimientos (y procesos)

Una vez catalogados todos los artículos, se construyó una matriz con el programa **SPSS Statistics v20**, donde se introdujeron todos los datos recogidos. Los nombres de los autores, las revistas, las instituciones de pertenencia de los autores y la paráfrasis de los primeros resultados de búsqueda de los autores, se introdujeron como **variables de cadena**, para los que resultaba complejo realizar una recodificación numérica, pero que era posible todavía proceder a su recuento y clasificación.

Se procedió entonces al **tratamiento preliminar de datos**: limpieza y escala de corrección del instrumento utilizado (después de la declinación de las líneas temáticas por argumentos, fue creada la matriz de la Variable de GRargomento, para ver **cómo se distribuían** en los diversos grupos. Los valores de las variables fueron representadas por números de dos dígitos, el primero indicaba el grupo temático, el segundo indicaba el argumento

correspondiente). De esta manera fue posible conocer las frecuencias para cada aspecto investigado y cruzar los datos con las otras variables.

Tratamiento de los Datos

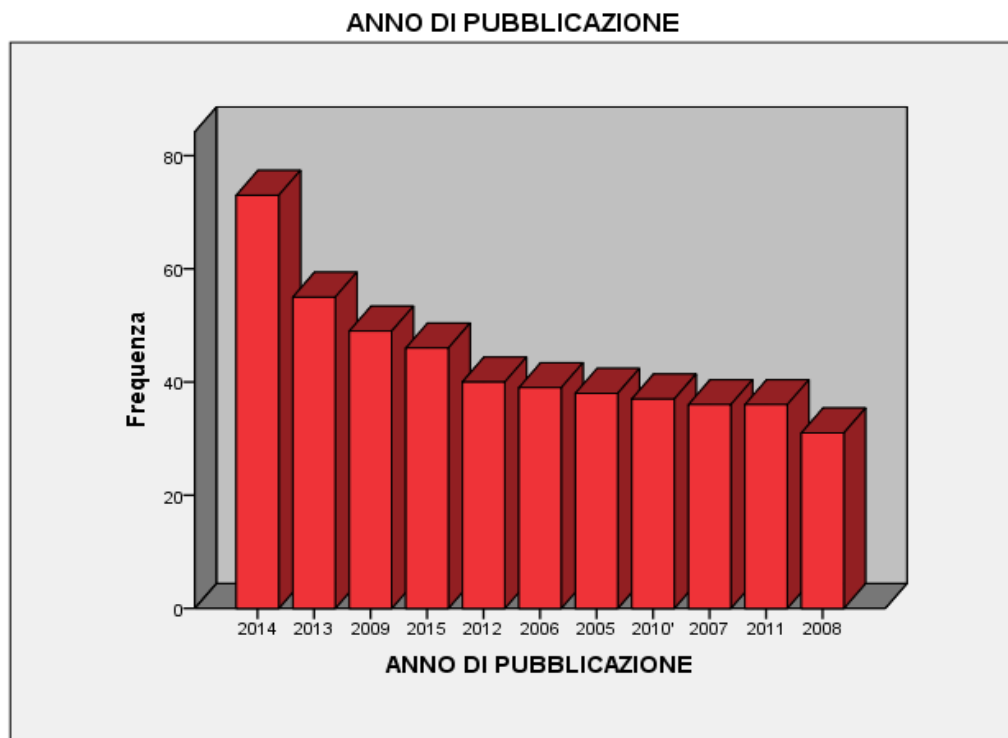
Las variables de esta investigación son de tipo **categorías** (valores representan las identificaciones sin ordenación intrínseca), por tanto se procedió al **análisis estadístico descriptivo: frecuencias y análisis bivalente** (estudio de las relaciones entre las variables, en este caso, con objetivos meramente descriptivos).

Se obtuvieron, distintivamente por tipo de publicación, las **frecuencias** de todas las **variables consideradas** y la **representación gráfica** de su distribución, para la comparación de sus resultados. De las **citas** obtenidas de los artículos también se analizaron las estadísticas (**la media y la desviación estándar**). Posteriormente, se procedió a las *intersecciones* más significativas de las variables específicas, por medio de **Tablas de Contingencia**, a las cuales se le aplicó el **test** de χ^2 (Chi-cuadrado), técnica de inferencia estadística para la verificación de la *independencia* de la distribución de las variables tomadas en consideración. Los datos de cadena "Resultados de la búsqueda" se han recogido y tratado en el interior de la sección de los resultados de la investigación, en el modelo más clásico de la revisión sistemática.

Resultados

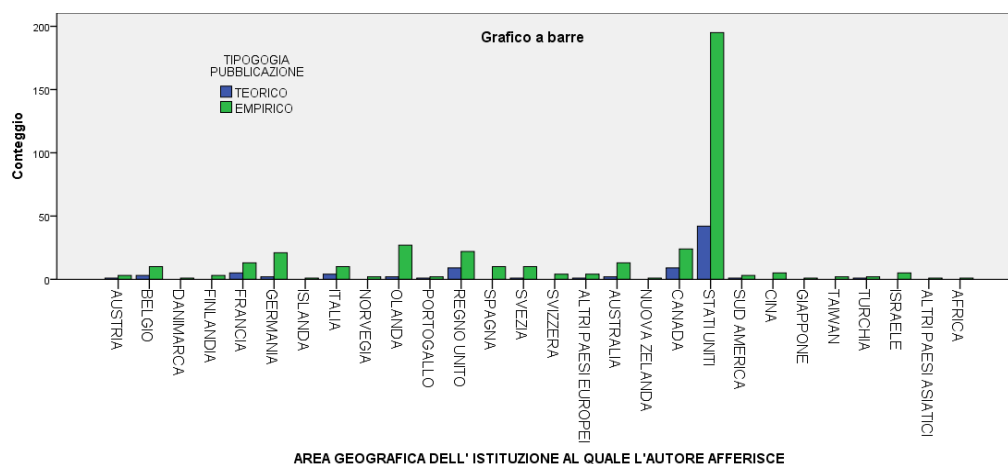
El análisis bibliométrico de las producciones científicas publicadas en la década 2005-2015, representado por 480 artículos de nuestra muestra, ha encontrado un progresivo incremento de la producción científica, con una distribución anual de artículos relativamente homogéneos. El 2014 fue el año más productivo, con el 15,2% sobre el total de las investigaciones.

Grafico 1. Año de publicación



La mayoría de los artículos, casi todos publicados en **inglés** (96,9%), está constituida por el 82,5% de la investigación **empírica**, con un número de **396** artículos; los restantes 17,5% están representados por **84** estudios **teóricos**. El **predominio** de los artículos **empíricos**, sobre todo el lapso de tiempo considerado, fue sistemático, no siendo exclusiva la producción de un área geográfica específica, ni estaba ligada al **tipo de institución**. El 82,5% de las publicaciones fue el resultado del trabajo **académico**, sólo el 17,5% de las búsquedas provienen de **instituciones clínicas**.

Grafico 2.- Área geográfica de publicación



Casi la mitad de la producción científica sobre el tema pertenece a los **Estados Unidos**, con el 49,4% de las publicaciones totales. La **Universidad de Houston**, la **Universidad de Columbia**, la **Universidad de Pittsburgh** y la **Universidad Emory de Atlanta**, sólo ellos contribuyeron al **14,8%** de toda la producción. La **Universidad de Gante** (Bélgica), el **King's College de Londres** (Reino Unido), la **Universidad de Heidelberg** (Alemania) y la **Universidad Sapienza de Roma** (Italia), entre las principales instituciones académicas europeas, han alcanzado el **6,8%** de la producción internacional.

Los artículos de la muestra poseen, en la mayoría, la colaboración de más de **cuatro autores (42,7%)**, lo que confirma que se trata de un trabajo experimental importante y complejo. Las publicaciones firmadas de un **único autor** corresponden solamente al **8,8%**, el autor que tiene más obras producidas sobre "Trastornos de personalidad en la edad evolutiva", entre los artículos de nuestra muestra, es **Carla Sharp**, de la **Universidad de Houston**. El artículo, por otro lado, que ha obtenido según PsychInfo el mayor número de citas es: "A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's Theory" de **Sheila E. Crowell**, de la **Universidad de Washington**, publicado en la revista **Psychological Bulletin**, en 2009. En **promedio**, cada artículo ha recibido **26,67** citaciones, con una desviación de ella de **43,9 ds**, el valor promedio de las citas es igual a **10,00** y la frecuencia máxima corresponde a **0** citas. Esto significa que hay importantes artículos de referencia sobre el tema, en el conjunto de las publicaciones, el fundamento de la validez de constructo de la psicopatía en la infancia y en la adolescencia.

Los artículos que aparecen con gran relevancia editorial están publicados en las revistas especializadas en psiquiatría, de amplia difusión internacional, el primero de ellos el *Journal of Personality Disorders* (Guilford Publications, Nueva York), el periódico oficial de la *International Society for the Study of Personality Disorders*, que confirmó el gran aumento del número de artículos sobre el tema, 42 publicaciones. El porcentaje acumulado de la investigación publicada en las diez mejores revistas internacionales es igual a 33,1% del total publicado, e incluye todos los artículos publicados en la revista *Journal of Abnormal Psychology*; en el *Journal of Abnormal Child Psychology, nel Personality Disorders: Theory (Research, and Treatment; il Journal of Child Psychology and Psychiatry)*; en la *Personality and Mental Health, nel Comprehensive Psychiatry; nell'European Child & Adolescent Psychiatry* y en la *Psychological Medicine*. El impacto del tema de *los trastornos de personalidad en la edad evolutiva*, en la comunidad científica internacional, es, por lo tanto, importante.

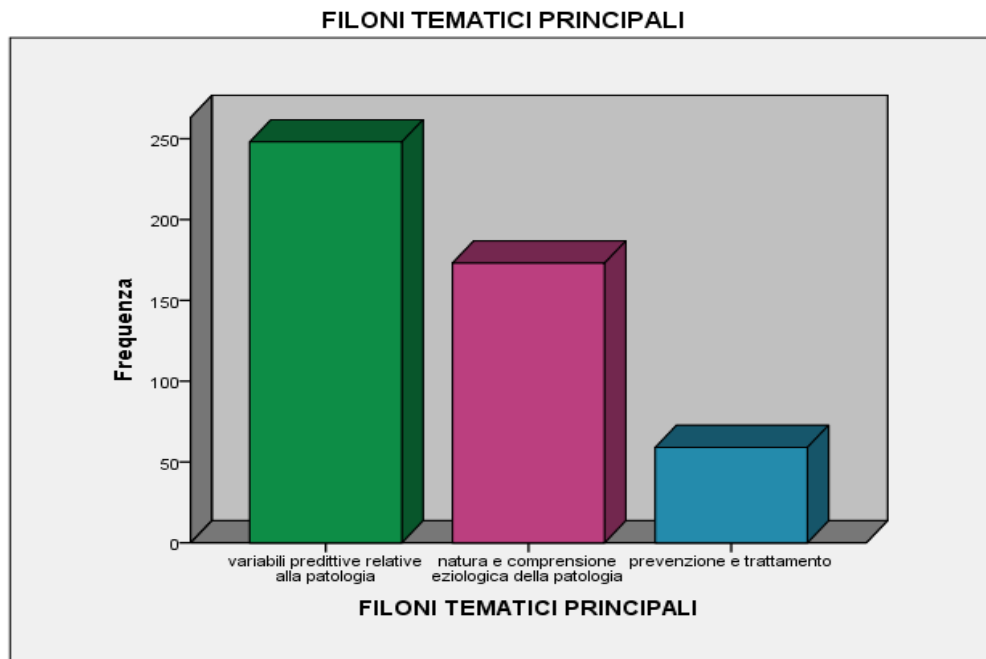
Los primeros resultados del *contenido textual*, es decir, a partir de la lectura del título del artículo, indica de inmediato que el **53,6%**, los **adolescentes** son los **sujetos más investigados** con respecto a los niños (la palabra "*adolescente*" aparece **257** veces). Los datos sobre las **muestras implicadas** confirman que el **17,2%** de la investigación está **dirigida a los grupos de edad de 13-17 años**, incluido en el **77,0%** de los estudios empíricos de **muestras mixtas**. La mayor parte del trabajo implica muestras "*de hasta 300 personas*" (**23,2%**), lo que podría indicar *tasas de prevalencia* en la población general lo suficientemente significativa.

Los **estudios longitudinales** (94) y de **seguimiento** (46) son los más frecuentes entre las **metodologías** adoptadas en los diversos estudios empíricos (**347** estudios **cuantitativos**), junto con **entrevistas clínicas** (83) y los **estudios prospectivos** (52), lo que confirma una mayor número de hipótesis de trabajo orientados a considerar los trastornos de personalidad **existentes** a lo largo de un *continuo*, especialmente en los años **2005, 2009, 2010 y 2014**.

Las **teorías de los rasgos, de otros factores** y de **otros modelos dimensionales** subyacen en la investigación para el **16,3%**, mientras que **15,6%** continúa siendo llevados a cabo a partir de **modelos taxonómicos** categóricos, descriptivos y sintomatológicos. Siguen las **teorías biológicas, neurobiológicas y neuro-comportamentales** para el **10,8%** deducido, **las teorías cognitivas de comportamiento** (**9,6%**) y las **teorías de fijación** y sus desarrollos (mentalización) un **7,6%**. El modelo biopsicosocial es frecuente en el **7,3%** de los artículos; el **modelo psicoanalítico** en su lugar se establece en un **2,7%** de la muestra. La **base teórica** subyace en cualquier trabajo de investigación para el **29,8%** de la muestra **no siendo**

deducibles del resumen. El **límite** de esta variable no da certeza sobre las tendencias de las corrientes de pensamiento durante el período investigado, por lo tanto la **prevalencia**, surgida, **de un modelo teórico en los demás**, también respecto al año de publicación, es un dato que sería mejor verificarlo.

Grafico 3.- Temáticas principales



El análisis textual ha identificado **3 clúster temáticos** en los que se clasifican los artículos. Más de la mitad, el **51,7%**, investiga las **variables de predicción relacionados con la patología**, la prerrogativa de la investigación empírica de Estados Unidos (54,4% de la producción total) y el año **2012**. El **36,0%** incluye todos los artículos que tienen que con **la naturaleza y la comprensión etiológica del trastorno de la personalidad** (en particular, los estudios teóricos), que prevalece en el año **2006**. El **12,3%** de los artículos investiga, por el contrario, temas relacionados con la **prevención** y el **tratamiento terapéutico**, mayormente considerado en el año 2015.

La distribución de los contenidos, tal como se muestran, revelan que hubo prevalencias de investigaciones específica para cada año.

En estudios sobre la *naturaleza y la comprensión etiológica del trastorno de la personalidad*, que se refieren principalmente a las **teorías de rasgos, de otros factores** y otros **modelos dimensionales** (el **Five Factor Model** de Costa y McCrae de los más conocidos), el contenido más estudiado fue la “evaluación” (**9,8%**). Por tanto, la investigación se orienta a la

experimentación, a la validación y a la comparación de las herramientas de diagnóstico capaces de construir taxonomías completas de la personalidad de los niños y adolescentes, proyectadas en las diferencias individuales, de relacionarlos con la patología y de investigar la estabilidad de los síntomas en el tiempo.

Los resultados del análisis de texto indican, de hecho, que los primeros años de investigación sobre las **características específicas** de los trastornos de la personalidad y la **estabilidad** de las características se centran en la identificación de **subgrupos**, particularmente el **antisocial**, y las tasas de prevalencia, características que pueden ocurrir de manera diversificada, en el inicio o en el curso, basado precisamente en las diferencias individuales de algunos rasgos.

Durante la década analizada se hace una clara **diferenciación** entre el **trastorno esquizotípico, paranoide y esquizoide** de la personalidad, a menudo agrupados juntos por síntomas comunes y por compartir los factores de riesgo genéticos y ambientales y por definir mejor el perfil esquizotípico. Se investigaron las características específicas del **trastorno narcisista infantil** (Bardenstein Karen, 2009), y se representaron los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y del **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo** lo largo de un único espectro subyacente, una sola dimensión.

Para la mayoría, sin embargo, las investigaciones se centran en la fenomenología del trastorno límite de la personalidad, que se asocian, a largo plazo, con el pronóstico más grave, conductas autolesivas para el 60% de los casos y hospitalizaciones frecuentes en la edad adulta joven.

Los síntomas límite (boderline) existentes entre 6 y 12 años, vienen de una reducción en el tiempo y la recuperación funcional si no hay tratamiento. No hay ninguna certeza de regresión, una proporción considerable de pacientes continúan experimentando síntomas límite hasta 20 años después. La estabilidad es un tema muy controvertido desde 2010 en adelante. Para algunos estudiosos se mantiene alta durante la infancia y la adolescencia, con poca fluctuación (Lynam, Donald R., 2009). Para otros investigadores, los eventos y los rasgos de inadaptación no son tan estables al igual que en los adultos, pero existen factores, probablemente genéticos, que influyen en la estabilidad y alteran la patología en sí (Bornovalova, Marina A., 2009).

Para estos desajustes la validez del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad **todavía se cuestiona**. La mayoría de los psiquiatras (57,8%) reconoce la existencia de

trastornos en los adolescentes, pero sólo una pequeña minoría (8,7%) se inclina con el diagnóstico y el tratamiento específico (6,5%). Los problemas de personalidad en la adolescencia serían transitorios para el 41,2% de los usuarios, lo que sugiere, incluso, el término "*trastorno límite de la personalidad del desarrollo*" para reflejar la **fluidez** de esta condición, para el cual hay reticencia al diagnóstico. Esto es a pesar de las **tasas de prevalencia** de trastornos en los adolescentes, confirmados por la investigación, para el **30%** y equivalente a las tasas reportadas en muestras de adultos.

En la investigación relativa a las *variables predictivas de la patología*, en la que **prevalece el contenido** se relaciona con **factores de riesgo ambientales**, con un porcentaje del **11,7%**, investigado mayormente en **2009**, en **2012**, en **2014** y en **2015**, predominado los modelos categóricos.

El trauma infantil se produce en la mayoría de las investigaciones: **maltrato y abuso sexual** (altamente asociada a comportamientos auto-lesivos y suicidas) teniendo fuertes implicaciones en los **trastornos límite**, especialmente **en las mujeres**, (Newnham Elizabeth A., 2014) y el trastorno **antisocial** (Vizard Eileen, 2007). Para los adolescentes **varones**, según algunas investigaciones, el riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad está representado por los **estilos educativos** más que por los abusos (Modestín, J., 2006), castigos severos, disciplina inconsistente, control psicológico, abuso emocional, mezcladas con historias familiares de **alcoholismo** y el inicio temprano de **alcohol** y **abuso de sustancias**, son los principales predictores de trastornos antisociales en individuos con déficit afectivo y de comportamiento violento y criminal.

La **desorganización del apego** (rechazo materno, el apego inseguro) está asociado, en la mayor parte de las investigaciones, con el impacto en la desregulación emocional, y por lo tanto en la gravedad del **trastorno límite**, aunque está presente, en la muestra, la investigación que estudia la separación temprana materna como un factor de riesgo esquizotípico infantil.

El estatus socioeconómico, la estructura familiar y el ambiente escolar están asociados con el trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta, como factores de riesgo independientes, a pesar de los efectos acumulativos significativos con el trauma. Las variables de adversidades psicosociales infantiles, tales como la etnia, la vida urbana, la intimidación, la movilidad de la escuela, incluso están asociados con precisos síntomas psicóticos similares.

Otro tema de investigación importante es la **asociación predictiva de rasgos patológicos y trastornos de la personalidad a otras enfermedades**, o viceversa.

Los resultados de la investigación confirman que: la progresión del **trastorno de conducta** en la infancia en **trastorno de personalidad antisocial**; la superposición de criterios entre el trastorno **esquizotípico, la esquizofrenia y el espectro autista**; la asociación del **trastorno límite** y de los síntomas del trastorno **esquizotípico** de adultos en **depresión, trastorno bipolar, hipomanía, trastorno del humor, el estrés interpersonal, trastornos de la alimentación y el trastorno de hiperactividad con déficit de atención**.

Ellos son, en particular, los rasgos específicos "*falta de emoción*" y "*descontrol conductual*" los que están relacionados con muchos diagnósticos psiquiátricos. Impulsividad, agresión y maltrato entre iguales, asociados significativamente a la separación, el antagonismo, la desinhibición, la crueldad con los animales, en la exteriorización de comportamiento, en grandes muestras epidemiológicas representan los patrones de mala adaptación y los comportamientos predictivos de los trastornos.

Estas vulnerabilidades genéticas se entienden mejor gracias a las aportaciones recientes neuro-biológicas, que descubrieron la disfunción y las anomalías estructurales y funcionales en las regiones límbicas y prefrontales, involucrados en los componentes del modelo integrado del sistema emocional de los adolescentes límites; anomalías neuroanatómicas fueron encontradas en la toma de decisiones, en la moral, la empatía y en los rasgos insensibles de los jóvenes antisociales, visibles en resonancia magnética, relacionada con la edad o la comorbilidad. Las anomalías genéticas de tipo electrodérmico, motor, hormonal, la variación del cortisol salival, la disfunción del sistema de neurosteroides afectan en la agresión, sobre los síntomas límites y esquizotípicos.

Los resultados más significativos de la investigación hacen referencia a las **vulnerabilidades psicopatológicas de los progenitores** (Kim-Cohen Julia, 2005; Calvo Rosa 2009; Macfie Jenny, 2009; Choi Hyungine, 2013) reconociendo la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno antisocial de la personalidad límite maternal, como factores de alto riesgo predictivo del comportamiento antisocial, límite, y trastorno obsesivo compulsivo en niños.

En la investigación sobre la *prevención y el tratamiento*, en el que investiga principalmente **la eficacia de los tratamientos administrados (7,3%)**, en particular en los años **2013 y 2014**, prevalecían, en su lugar, las **teorías cognitivas comportamentales**.

Desde estas perspectivas se desarrollan tratamientos que han demostrado ser valiosos en la reducción de los síntomas de la psicopatía límite y antisocial en los niños y adolescentes, tratados de forma ambulatoria, entre ellos superiores a los demás, es la terapia conductual dialéctica DBT-A, la versión "adolescente". Eficaces también los programas intensivos **MDT** (Mode Deactivation Therapy) y MJTC (Mendota Juvenile Treatment Center) útil para reducir el comportamiento grave de los jóvenes antisociales de los establecimientos penitenciarios.

Como una concepción psicodinámica, en la reducción de síntomas de narcisista y límite los resultados hacen referencia a la **Play Therapy**; al **Psychodynamic treatment approach**, reforzado por el **training** de relajación y el **biofeedback**; al psychodrama (útil en el trabajo de *historización* del trauma y de los eventos desorganizados); el modelo TFP (psicoterapia centrada en el *transfert*). Recientemente se está probando el tratamiento *Network Based Therapy* (NETBT), terapia de grupo psicoanalítica basado en las *teorías de mentalización*, que también continúan evolucionando.

Se observa una pobre investigación sobre la **eficacia farmacológica** en el tratamiento de los trastornos de la personalidad en la edad evolutiva.

En los artículos se reconocen las dificultades relacionadas con la administración del tratamiento, especialmente entre los adolescentes gravemente antisociales y los pacientes límites que rechazan el tratamiento, y que requieren habilidades y formación. Gran parte de la investigación, de hecho, pone de relieve la importancia de la relación paciente/terapeuta sobre la bondad del tratamiento, una relación que se configura como un agente de cambio.

Limitaciones del estudio y propuestas de nuevas investigaciones

Los límites del estudio de esta investigación bibliométrica son los relativos a las variables del "*modelo teórico de referencia*" por debajo de la cual subyace la investigación, unas de las más complejas de controlar. Dado que este es un estudio preliminar, que ha examinado principalmente los resúmenes del material recogido, que no siempre era inmediata o posible la deducción de las bases teóricas de la investigación, y teniendo en cuenta que el análisis cualitativo realizado, llevado a cabo, del texto completo, implica la interpretación inductiva del investigador, era preferible, al rigor científico, obviar la inexactitud de los resultados excluyendo, para ello el 29,8% de los artículos, del registro de los datos. Los objetivos de la investigación futura serán, pues, la profundización teórica de las publicaciones y las cuestiones que siguen estando abiertas a la luz de esta base de investigación.

INTRODUZIONE

Lo studio dei *Disturbi di Personalità* in età *adulta* ha avuto negli ultimi 40 anni, un interesse clinico e di ricerca sempre più crescente; ciò non è avvenuto per i Disturbi di Personalità dell'*infanzia* e dell'*adolescenza*, i quali si distinguono, da uno sguardo generale su una letteratura poco vivace, come un tema scarsamente esplorato ed estremamente dibattuto.

La tassonomia ufficiale definiva il disturbo di personalità “*una modalità di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto a quanto ci si potrebbe aspettare dal livello culturale dell’individuo. Tale modalità è patologica in quando pervasiva e inflessibile; è stabile nel tempo (almeno 1 anno) e determina disagio e compromissione funzionale in almeno due delle seguenti aree: cognitivtà, affettività, funzionamento interpersonale, controllo degli impulsi*” (DSM-IV-TR (APA, 2000)).

Lo *stato dell’arte* evidenzia una forte e persistente riserva clinica a considerare l'*esistenza* in età evolutiva nel bambino di un disturbo di tale gravità, un po’ meno nell’adolescente, e a *stigmatizzare* dunque forme di disagio ritenute transitorie in un periodo cui si ritiene che la personalità non è ancora del tutto formata (nel bambino) e risulta instabile (nell'adolescente).

La reticenza alla diagnosi su bambini e adolescenti era determinata dalla mancanza di dati sintomatologici eta-specifici e dal fatto che nei manuali diagnostici non veniva suggerito alcun criterio legato allo sviluppo per orientare la diagnosi.

Il DSM-IV-TR infatti chiariva che “*le categorie dei disturbi di personalità possono essere applicati a bambini e adolescenti in casi relativamente insoliti, solo se una prolungata valutazione psichiatrica assicura l’inflessibilità e la persistenza dei tratti patologici*”, non specificando che cosa si intenda per stabilità dei tratti disadattivi in un periodo della vita in cui il cambiamento è la regola (Westen, Chang, 2000).

Il manuale “avvisava” che i tratti di un disturbo di personalità che compaiono nell’infanzia spesso non persistono immutati fino alla vita adulta (l’unica eccezione è rappresentata dal Disturbo Antisociale di Personalità, che può essere diagnosticato in individui al di sotto dei diciotto anni), per cui molti dei problemi psicologici e comportamentali possono essere superati con il tempo.

La grande difficoltà di base è stata dunque quella di differenziare le manifestazioni patologiche che a buon diritto potrebbero essere considerate una patologia di personalità dalle vicissitudini conflittuali, transitorie, che nelle diverse fasi evolutive caratterizzano lo sviluppo

normale dell'individuo, proprio perchè mancavano i criteri su cui questa distinzione doveva essere operata (Ammaniti, 2002).

I limiti del modello categoriale dei manuali diagnostici, l'inadeguatezza degli strumenti di valutazione elaborati, per gli adulti, a partire dai criteri indicati, per porre una diagnosi di **disturbo di personalità in età precoce** e valutarne le eventuali variazioni nel corso dello sviluppo, cominciarono ad essere indagati nel campo della ricerca intorno agli anni '90 con le prime ricerche pionieristiche sulla loro *prevalenza* nella popolazione generale di David Bernstein. Ma i maggiori contributi empirici sull'*affidabilità* di una *diagnosi precoce* provenienti da prospettive teoriche diverse e integrate, si devono soprattutto a Paulina Kernerberg e ad Efran Bleiberg. Le loro ricerche hanno animato il dibattito dagli anni 2000 in avanti, dimostrando che è possibile, identificare, e quindi deviare, già nell'infanzia, tratti patologici a tutti i livelli dell'organizzazione di personalità che se diventano disadattivi, rigidi, invasivi e persistenti, associati a stili di attaccamento patologici e ad altri rischi o vulnerabilità biologiche e ambientale, causano deficit funzionale e grave sofferenza soggettiva.

Con l'avvento del DSM 5 nel 2013, tuttavia, che ha il merito di aver introdotto i concetti di *life span* e *spettro patologico*, grazie ad un complesso sistema di valutazione *dimensionale* trasversale dei disturbi mentali, distribuiti lungo un *continuum* tra normalità e patologia e organizzati lungo lo sviluppo del corso della vita, si è di fatto mantenuta una impostazione rigidamente statica di tipo categoriale, per le enormi polemiche nate sul “*Modello alternativo per i disturbi di personalità*”. La posizione tassonomica su una diagnosi precoce non è cambiata. Il criterio relativo alla *stabilità* nel tempo fa risalire ancora l'insorgenza dei disturbi di personalità al massimo all'adolescenza e non prima.

Il *quesito di indagine* del presente lavoro è posto in essere ed è stimolato dalla **esigenza** di **individuare** la *direzione* in cui si è mossa e si sta muovendo la ricerca sul tema in **quest'ultimo decennio**, attraverso un **percorso** che parte, dalla **descrizione** dello *stato dell'arte* del **periodo '90-2005** e va ad **esplorare** il campo specifico di indagine relativo all'*esordio* dei disturbi di personalità ampiamente trascurato dalle tassonomie ufficiali, per **riassumere** i *risultati teorici ed empirici* di ricerca e **capire** in che termini si pone il *dibattito contemporaneo* sul tema nella comunità scientifica (**meta** del presente lavoro).

Lo *scopo* di questa ricerca è dunque quello di apportare un contributo alla **review critica** sul tema Disturbi di Personalità in età evolutiva, attraverso un'**analisi bibliometrica**, di **tipo testuale**, di tutta la **produzione scientifica** pubblicata sull'argomento nel **decennio 2005-2015**, di cui si fornisce un **resoconto**, sui dati più rilevanti emersi dai lavori pubblicati.

Trattasi di uno **studio preliminare**, di tipo esplorativo e descrittivo, che in futuro potrà essere sviluppato con nuovi e più ampi orizzonti di ricerca, volto a **quantificare** e **classificare** le pubblicazioni sul tema; **rilevarne l'impatto** nella comunità scientifica; **ricavare** informazioni in merito agli autori, alle istituzioni; alle aree geografiche di ricerca e alle riviste specializzate nel settore; **individuare** i filoni tematici e gli argomenti specifici indagati, i risultati attesi, i modelli teorici di riferimento, i costrutti teorici presi in esame; le metodologie di ricerca; le tipologie di strumenti diagnostici utilizzate, i dati empirici sui campioni d'indagine); **riassumere** i *risultati dello stato attuale* della ricerca nel merito delle tematiche indagate (eziologia; fattori di rischio/protezione; comorbilità e correlazioni con altri disturbi; assessment e trattamento); **ipotizzare** nuovi percorsi di ricerca.

Analisi bibliometrica e Revisione letteraria sono dunque gli approcci metodologici a questa ricerca.

La **Bibliometria** è un'antica disciplina che studia la *propagazione* delle conoscenze attraverso l'**analisi quantitativa** della produzione scientifica (De Robbio, 2008), sviluppatosi negli ultimi vent'anni grazie alla disponibilità online di banche dati di grandi dimensioni e alla ricerca, da parte della comunità scientifica mondiale, di parametri oggettivi per la misurazione e la conseguente valutazione degli studi prodotti e degli studiosi.

Per definizione essa “*applica matematica e metodi statistici ai libri e alle altre forme di comunicazione scritta*” (Alan Pritchard, 1969). L'oggetto di analisi della Bibliometria è dunque il *documento* (monografie, tesi, articoli di riviste e periodici, “work papers” di un dipartimento, atti di convegno, e-book, e-journals, e-prints) e il suo **scopo** è quello di “rintracciare” relazioni quantitative tra i documenti e gli elementi che li compongono, “misurando” così la *qualità* dei ricercatori, con l'impiego di specifici **metodi di analisi**.

Il più utilizzato è l'**analisi citazionale**, nata nel 1964 ad opera di Gerfield, che ideò lo *Science Citation Index (SCI)*, basato sul **conteggio** delle *citazioni* ricevute da una pubblicazione in un determinato settore che ne rileva l'*impatto* sulla comunità scientifica. Più elevato e prolungato è il *numero* delle citazioni ricevute da un lavoro, maggiore è il suo valore scientifico.

L'analisi del contenuto, a **base del presente contributo**, nota anche come **analisi testuale**, è una metodologia descrittiva, a cavallo tra analisi qualitativa e quantitativa, applicata per lo studio del contenuto della comunicazione, un processo di acquisizione, sintesi e restituzione delle informazioni presenti nei testi, che utilizza tecniche manuali o metodi statistici diversi, in relazione al tipo di dato e alla domanda di ricerca (Tuzzi, 2000).

In questa ricerca l'**analisi testuale** degli articoli, è stata condotta su modello più classico di **revisione**, con l'estrapolazione dei dati relativi ai più importanti **risultati** di ricerca. Ciò ha permesso di individuare **3 cluster tematici**, utilizzati per classificare gli articoli:

- natura e comprensione eziologica della patologia di personalità;
- variabili predittive relative alla patologia di personalità;
- prevenzione e trattamento

e di creare una **mappatura** degli **argomenti trattati** che declinano e orientano la ricerca.

Il presente **contributo** ha preso in esame **articoli** di riviste scientifiche *peer reviewed*, considerati le **unità informative bibliografiche** più *adatte* per l'analisi bibliometrica (Glänzel, 2003) prodotti tra il 2005 e 2015 e raccolte nel Database PsycInfo, banca dati curata dall'APA, American Psychiatric Association.

La raccolta degli articoli è stata condotta, a partire dal febbraio 2016, presso l'Università Cattolica di Brescia.

Il materiale è stato segmentato, anno per anno, attraverso una **griglia** costruita *ad hoc*, quantificato e classificato per **categorie** relative ai principali elementi di pubblicazione.

La natura *esplorativa* di questa ricerca non consente di formulare **ipotesi** precise da verificare, come è insito nella specificità di questo tipo di ricerche che nascono da interessi di conoscenza generali (Ortalda, 1998). L'esigenza è quella di capire in che termini si pone il dibattito contemporaneo sul tema dei disturbi di personalità in età evolutiva nella comunità scientifica che si traduce nella **verifica dei risultati** rispetto agli indici di **produttività** e **diffusione** delle ricerche e sul **riscontro** di un'**euristica di ricerca**, volta ad un cambiamento paradigmatico, più esaustivo e integrato, al cui interno possa essere stata meglio guidata l'interpretazione dei dati empirici, chiarita la natura e la comprensione eziologica della patologia di personalità e identificata l'area di indagine sui fattori di rischio/protezione del disturbo e sulle linee preventive e di intervento.

“Non tutto ciò che può essere contato conta, e non tutto ciò che conta può essere contato”

(Albert Einstein).

Indagare il campo degli *antecedenti* infantili dei disturbi di personalità, il loro *esordio*, seguirne l'evoluzione, evidenziando i più importanti *contributi empirici innovativi* che ispirano e conducono a modelli integrativi di sviluppo, permette non soltanto di avere una *panoramica* teorica e di costruito sul tema dei disturbi in età evolutiva e una *sintesi critica* sullo *stato attuale della ricerca*, ma di *focalizzare* una *concreta possibilità* di *prevenzione ed intervento*, facendo il punto sulla sperimentazione, ad oggi, in riferimento alla validazione concorrente, predittiva e discriminante di strumenti di screening e di diagnosi.

Rispetto ai tassi di prevalenza dei DP in progressivo aumento sulla popolazione generale (10-15% che supera il 30% nei pazienti che richiedono un trattamento psicoterapeutico (P. Kernberg et al., 2000) e alla loro incidenza sulla digregazione sociale, identificare per tempo i **sintomi**, i *comportamenti predittivi* e i *fattori di rischio*, ovvero di protezione dei disturbi di personalità, o i loro *precursori* infantili, diviene di cruciale importanza. L'associazione negli adolescenti, di una diagnosi di disturbo di personalità ad elevato rischio suicidiario, delinquenza, fallimento scolastico, difficoltà relazionali, abuso di sostanze, maggiore frequenza di incidenti, episodi di violenza, peggioramento della prognosi di altri disturbi (disturbi d'ansia, i disturbi alimentari e i disturbi affettivi), è infatti molto alta e fonda l'urgenza di **individuare e trattare** quantomeno i **segni** che ne **preavvisano** la **comparsa** e rendere le diagnosi meno nefaste.

La **tesi** è **strutturata** a partire da uno sguardo generale sui Disturbi di Personalità (primo capitolo del **Marco teorico**), con un approfondimento sui Modelli teorici di riferimento, fino ad entrare nel *focus* della tesi: i Disturbi di Personalità in età evolutiva, dalle prime ricerche fino ai contributi più significativi sull'affidabilità di una diagnosi precoce (secondo capitolo).

Chiude il marco teorico una trattazione generale sulla Bibliometria, scheletro dell'indagine, e sulla Revisione sistematica, utilizzata per *riassumere* i risultati di ricerca dei documenti analizzati (terzo capitolo).

L'analisi bibliometrica (**Marco empirico**) si apre con la descrizione della procedura di selezione del campione, la presentazione della *griglia* costruita ad *hoc* per segmentare il materiale e delle tecniche e degli strumenti di raccolta e analisi dei dati. Segue l'analisi dei dati, la presentazione e la discussione dei risultati, infine si illustrano le conclusioni tratte.

PARTE PRIMA: INQUADRAMENTO TEORICO

CAPITOLO I: Disturbi di personalità: uno sguardo generale

1.1 La personalità e i suoi disturbi

Lo studio della personalità ha sempre richiamato l'attenzione di psicologi, psichiatri, teologi, filosofi e scrittori. “Poter comprendere la personalità significherebbe far luce sulla natura generale della specie umana, capire cosa ispira la nostra condotta, le motivazioni e i percorsi della mente umana” (Lenzenweger e Clarkin, 2006, pag. XII). Spiegare il mistero della personalità è un compito “irraggiungibile”, scriveva Carl Gustav Jung, e “ideale” è la pretesa di una personalità “normale” e di una sua libera e piena realizzazione (Lingiardi e Gazzillo, 2014).

Il filosofo e psichiatra Karl Jaspers (1883-1969) sosteneva che “nessun concetto viene impiegato con significati tanto diversi e variabili come quello di personalità o carattere” (cit. in Lingiardi e Gazzillo, pag. 4).

Costituzione, temperamento, disposizione, tratto, carattere e tipo non sono concetti univoci, ma *costrutti* che possono assumere significati e implicazioni differenti a seconda delle *teorie* di riferimento e dei *modelli* specifici da cui derivano, integrati e messi in dialogo fra loro.

A determinare la personalità infatti contribuiscono fattori *genetici* e fattori *socio-culturali*; fattori legati all'*apprendimento* e ai *processi cognitivi*, ovvero alle modalità di percezione, trasformazione e traduzione delle informazioni dell'ambiente; fattori *esistenziali* (il senso, l'interpretazione che ogni individuo attribuisce alla realtà secondo il libero arbitrio e la capacità di autodeterminazione); fattori *disposizionali* (tratti) e *meccanismi inconsci*.

Oggi, nonostante il riconoscimento delle sue basi genetiche e biologiche, la personalità viene studiata anche in relazione alla sua plasticità di fronte agli eventi esterni specifici, al modo in cui l'individuo l'affronta, alle diverse fasi del ciclo di vita e alle esperienze relazionali.

Fin dai primissimi anni di vita, l'essere umano mostra una vasta gamma di comportamenti, imprevedibili e mutevoli, modi con cui entra in contatto con l'ambiente, manifesta i propri bisogni ed esprime i propri affetti, orientati dalla *disposizione costituzionale*. Lo *sviluppo psico-biologico*, l'*influenza esercitata dalle risposte ambientali*, il *contesto psico-affettivo*, fanno sì che questi comportamenti diventino sempre più strutturati, specifici e selettivi e concorrano a formare una serie di tratti profondamente impressi e tendenzialmente stabili. Tali caratteristiche contengono e informano la personalità e andranno a costituire lo *stile individuale* (Lingiardi e Gazzillo, 2014).

La personalità non è quindi una *miscela* causale di pensieri, sentimenti, comportamenti e stili percettivi, bensì una *trama internamente organizzata*, definita da Gordon Allport (1961), uno dei padri dei moderni studi psicologici della personalità, "*l'organizzazione dinamica di quei sistemi psicofisici che determinano l'adattamento specifico del soggetto all'ambiente*".

Nessuna delle *definizioni* che nel corso dello studio scientifico della personalità, sono state proposte dai teorici della disciplina è universalmente accettata e condivisa. Tra le numerose esistenti, quella che fornisce un quadro ampio ed esaustivo del costrutto della personalità, è quella di Carver e Scheier, che a partire proprio dalla definizione proposta da Allport, ne hanno modificato la formulazione giungendo a quanto segue: *la personalità è un'organizzazione dinamica, entro l'individuo, di sistemi psicofisici che determinano i pattern di comportamento, di pensiero e di emozioni tipici di ciascun individuo* (Carver, Scheier, Giampietro e Iannello, 2015).

Nel 1992, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la personalità:

una modalità strutturata di motivazioni, pensieri, affetti e comportamenti che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un individuo e che risulta da fattori temperamentali dello sviluppo e dell'esperienza sociale e culturale.

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) dell'American Psychiatric Association definisce i tratti di personalità come:

“pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali”.

Quando i **tratti di personalità** sono **rigidi** e **disadattivi** e causano una significativa **compromissione funzionale** o un **disagio soggettivo**, si parla di **disturbi di personalità**.

1.2 I disturbi di personalità: definizione e classificazione secondo le principali tassonomie.

I sistemi internazionali più diffusi per la classificazione dei disturbi di personalità sono l'ICD e il DSM, nosografie *nomotetiche* (individuano leggi, "nomos", ricorrenze che accomunano il funzionamento di diverse persone), *descrittive* e *ateoriche*, che identificano i disturbi di personalità come *costruzioni categoriali*. Le varie sindromi sono entità discrete dai confini ben precisi e distinguibili le une dalle altre, sulla base della presenza o assenza di un numero ridotto di segni e sintomi.

L'**ICD** (*International Classification of Diseases*, decima versione, promosso dall'OMS) utilizza un sistema alfanumerico in cui ogni capitolo è indicato da una lettera e ogni categoria

diagnostica è identificata da un codice. Propone un approccio *prototipico* alla diagnosi (quadri clinici presentati sotto forma di brevi narrazioni entro le quali la diagnosi va posta secondo *direttive* diagnostiche).

L'ICD-10 definisce un disturbo di personalità: "*grave disturbo della costituzione caratteriologica e delle tendenze comportamentali dell'individuo quasi sempre associato a conflitti sociali e personali*" (capitolo V, F60-69).

I disturbi di personalità sono considerati pattern di atteggiamenti e comportamenti radicati e duraturi che si manifestano come risposta a una gamma di situazioni personali e sociali, rappresentano *deviazioni* consistenti rispetto ai modi di essere considerati "adatti" nella propria cultura e in genere sono accompagnati da sofferenza soggettiva e da problemi nel funzionamento e nelle prestazioni sociali (ICD-10, 1992).

Il **DSM**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, fin dalla terza versione (APA, 1984), per la definizione dei disturbi mentali, utilizza un *sistema multiassiale* (cinque assi ortogonali); per ogni quadro clinico viene elaborato un set di *criteri* diagnostici, che non necessariamente vanno soddisfatti tutti, ma secondo un approccio *politetico*, la diagnosi rientra in un certo numero-soglia (cut-off).

La quarta versione, testo rivisitato, **DSM-IV-TR**, dà una definizione più ampia di quella fornita dall'ICD-10 e prende in considerazione non solo il comportamento, ma anche gli aspetti cognitivi e affettivi della personalità, definendo il disturbo come:

"una modalità di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto a quanto ci si potrebbe aspettare dal livello culturale dell'individuo. Tale modalità è patologica in quando pervasiva e inflessibile; è stabile nel tempo (almeno 1 anno) e determina disagio e compromissione funzionale in almeno due delle seguenti aree: cognitivtà, affettività, funzionamento interpersonale, controllo degli impulsi" (APA, 2000).

I disturbi di personalità erano inclusi nell'**Asse II** del manuale (Disturbi di personalità e Ritardo mentale) ed erano raccolti in tre gruppi in base ad analogie descrittive: cluster A (eccentrico); cluster B (drammatico, impulsivo); cluster C (ansioso).

La definizione di disturbo di personalità del **DSM-5** è pressochè simile alla precedente:

" un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza, o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione" (APA, 2013).

Il nuovo manuale ha apportato grandi novità e cambiamenti sui disturbi di personalità che meritano una trattazione a parte.

Nel ventennio di passaggio dal DSM IV al DSM 5 la psicologia clinica dinamica ha proposto un'alternativa alla diagnosi descrittiva e "ateorica", rappresentata dal **PDM**, redatto dall'*Alliance of Psycho-analytic Organization* e pubblicato negli Stati Uniti nel 2006.

Il *Manuale diagnostico psicodinamico*, frutto di una "coniugazione tra la tradizione clinica e i dati ottenuti dalla ricerca empirica" (Ammaniti e Fontana, 2009), fornisce una diagnosi multiassiale, sia *dimensionale* che *categoriale*, specificata per età e pensata per le esigenze di diagnosi, formulazione dei casi e pianificazione dei trattamenti.

Può essere considerato il primo tentativo di un'integrazione tra una conoscenza nomotetica e una conoscenza *idiografica* dell'individuo, concentrata sulle peculiarità del singolo, "idios", sulla sua specificità e irripetibilità (Lingiardi e Gazzillo, 2014).

I disturbi di personalità degli adulti sono classificati come "*pattern relativamente stabili di sentire, pensare, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri*", caratterizzanti il "*modo di essere*" di una persona, *che causano dolore, diventano fonte di preoccupazione, o appaiono troppo pervasivi* (PDM, 2006).

I **pattern** di personalità sono collocati lungo un *continuum* a tre livelli, che va da quelli relativamente sani a quelli più compromessi (nevrotico e borderline). Per fare una diagnosi vengono considerati e valutati le rappresentazioni e i processi espliciti e impliciti del funzionamento psichico (identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazione degli affetti, integrazione del Super-io, ideale dell'Io e Io ideale, esame della realtà, forza dell'Io e resilienza) e l'attribuzione di un dato livello di funzionamento dipende dalla compromissione di questi elementi (PDM, 2006). All'estremo sano del *continuum* della personalità, tutte le capacità in questione operano sinergicamente in modo flessibile e adeguato a quanto ci si aspetta per l'età, mentre all'altro estremo del continuum vi sono i *pattern* di personalità rigide o limitate.

Nel PDM vengono classificati 15 disturbi, dieci dei quali sono assimilabili a quelli del DSM.

Nella tabella 1 sono riepilogate le **classificazioni** dei disturbi di personalità secondo i manuali diagnostici considerati.

I criteri diagnostici e le **caratteristiche** di ogni disturbo specifico, così come vengono proposte nel DSM, vengono presentati nei paragrafi successivi.

Tabella 1. Classificazione dei disturbi di personalità: ICD-10; DSM-IV-TR; PDM

ICD-10	DSM-IV-TR	PDM
	Cluster A – (eccentrico)	1 Disturbi Schizoidi di Personalità
1 Disturbo Paranoide di personalità	1 Disturbo Paranoide di Personalità	2 Disturbi Paranoidi di Personalità
2 Disturbo Schizoide di personalità	2 Disturbo Schizoide di Personalità	3 Disturbi Psicopatici di Personalità (antisociali)
	3 Disturbo Schizotipico di Personalità)	4 Disturbi narcisistici di Personalità
	Cluster B – (drammatico, impulsivo)	5 Disturbi sadici e sadomasochistici di personalità
3 Disturbo Antisociale di personalità	Disturbo Antisociale di Personalità	6 Disturbi autopunitivi di Personalità
4 Disturbo Emotivamente instabile di personalità	4 Disturbo Borderline di Personalità	7 Disturbi somatizzanti di Personalità
5 Disturbo Istrionico di personalità	5 Disturbo Istrionico di Personalità	8 Disturbi depressivi di Personalità
6 Disturbo Anancastico di personalità	6 Disturbo Narcisistico di Personalità	9 Disturbi dipendenti di personalità
	Cluster C - (ansioso)	10 Disturbi fobici evitanti/coartati di personalità
7 Disturbo Ansioso- evitante di personalità	7 Disturbo Evitante di Personalità	11 Disturbi ansiosi di personalità
8 -Disturbo Dipendente-astenico di personalità	8 Disturbo Dipendente di Personalità	12 Disturbi Ossessivo-Compulsivi di personalità
9 Altri disturbi specifici di personalità	9 Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità	13 Disturbi Istrionici di personalità
		14 Disturbi disregolatoria-dissociativa di personalità (borderline)
10 Disturbo di personalità non specificato	10 Disturbo di Personalità NAS.	15 Misti/altro Disturbo di Personalità NAS

Fonti: ICD-10 (1992); DSM-IV-TR (APA, 2000); PDM (2006).

1.3 I disturbi di personalità: breve rassegna storica

La concettualizzazione dei disturbi di personalità, della relazione tra la personalità e la sua patologia, ha visto, nelle tappe in cui si è articolata, una forte interazione tra psichiatria e psicologia clinica, mentre gli studi e le ricerche della psicologia accademica, tradizionalmente, si sono concentrati sulle popolazioni non cliniche, vale a dire sul funzionamento e sull'organizzazione "normale" della personalità.

Lo stesso Gordon Allport (1937), leader della teoria normativa della personalità, criticò Freud per aver suggerito l'esistenza di un *continuum* nella patologia della personalità, sostenendo invece una *divisione netta* tra la personalità normale e quella nevrotica (citato in Lingiardi e Gazzillo, 2014).

Ripercorrendo la storia della psichiatria clinica, il costrutto di "disturbo di personalità" secondo Vaillant e Perry (1985) pare sia comparso nel XIX secolo, con la definizione di "*folia morale*" (citati in Lingiardi e Gazzillo).

Nel 1907 Krapelin descrisse quattro tipi di personalità psicopatica e nel 1908 Freud diede inizio allo studio della "patologia del carattere" con lo scritto "Carattere ed erotismo anale", proseguito dal testo di Reich "Analisi del carattere", del 1933 trattamento psicoanalitico sui disturbi di personalità.

Dagli anni Trenta agli anni Settanta si diffonde il termine "borderline" grazie agli studi pionieristici di Adolph Stern, Robert Knight e Roy Grinker (Migone, 1990).

Il DSM I forniva **quattro categorie di disturbi psichiatrici**: 1) disturbo del pattern; 2) disturbo dei tratti; 3) disturbo degli impulsi, del controllo e delle relazioni; 4) disturbi sociopatici (APA, 1952); utilizzate insieme ad altre anche nel DSM II (APA, 1968) solo se il paziente non rientrava in altre categorie.

Il 1980 rappresenta un anno di svolta: l'American Psychiatric Association introduce, nella terza versione del DSM, l'Asse II per la valutazione dei Disturbi di personalità, svolta che viene qualificata come "rivoluzione neokraepeliniana" della psichiatria, dal quale prende avvio una fase estremamente attiva di ricerca sulla psicopatologia, di chiarificazione e validazione dei costrutti di personalità e disturbo, nonché di comprensione dei rapporti tra personalità e disturbo di personalità (Lenzenweger e Clarkin, 2006).

È in quel periodo che nascono la rivista specializzata Journal of Personality Disorders e l'International Society for the Study of Personality Disorders, e si assiste ad una crescita significativa di indagini sulla patologia della personalità e di una quantità enorme di

pubblicazioni su riviste di psicopatologia e psichiatria generale internazionali (Archives of General Psychiatry; American Journal of Psychiatry; Journal of Abnormal Psychology).

Nello sviluppo del DSM, fino alla sua quarta versione rivisitata, si cercò un sistema diagnostico puramente descrittivo, fondato su criteri espliciti, comportamentali, attendibile, rigoroso e condiviso da tutti, scevro e indipendente dalle varie scuole di pensiero che secondo Spitzer, capo della task-force del DSM III, non era possibile unificare.

Un approccio “ateorico” tuttavia non consente una comprensione ricca ed elaborata dell’eziologia, delle manifestazioni cliniche e degli approcci terapeutici più funzionali, dimensioni che devono essere inquadrate all’interno di un **sistema teorico deduttivo** a guida del lavoro scientifico (Roth e Fonagy 1996; Lenzenweger e Clarkin 2006).

L’assunzione implicita delle ricerche di quegli anni poneva la personalità variare lungo un *continuum* che unificava le manifestazioni sane e patologiche dei tratti di personalità, inficiando la validità clinica ed empirica della classificazione tassonomica del DSM IV (Madeddu e Di Pierro, 2014) e inasprendo il dibattito teorico sulla natura dimensionale o categorica dei disturbi di personalità, questione a tutt’oggi aperta.

In questa sede non intendiamo entrare nella polemica rivolta da molti¹—all’ambizione della nuova versione del manuale, **DSM 5**, di aver creato, in tal senso, un “cambiamento paradigmatico”² con l’introduzione di un sistema di valutazione *dimensionale* dei disturbi mentali, considerati variazioni o *estensioni continue* tra normalità e patologia e organizzati lungo lo sviluppo del corso della vita.

Sicuramente il nuovo manuale si costituisce quasi come un modello fisiopatologico, al passo con le più recenti scoperte delle Neuroscienze, e ha il merito di aver introdotto il concetto di *Life-Span-Psychology* e di Neurosviluppo, sancendo il passaggio dalla Psicologia dell’età evolutiva alla Psicologia dello Sviluppo (Guaraldi, 2014). D’altra parte “la psicopatologia non può essere ridotta a segni fisiologici patognomonici o a una serie di biomarcatori” come si legge

¹ Le prime reazioni al DSM 5 furono le critiche di Allen Frances, presidente della task-force del DSM IV e di Robert Spitzer; i loro interventi in lingua italiana sono pubblicati sul n. 2/2011 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, in una sezione intitolata “Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5”: Spitzer e Frances, 2011).

² Così si esprime la task- force del DSM 5 ne “L’evoluzione concettuale del DSM-5” (Regier, Narrow, Kuhl, & Kupfer, 2011).

nel testo della “*Petizione della Society for Humanistic Psychology e di altre 43 associazioni scientifiche americane e di altri paesi alla Task Force DSM-5 contro il rischio di medicalizzazione di condizioni fisiologiche*”³.

Ci limiteremo in questo capitolo a riportare i più importanti cambiamenti apportati dal nuovo manuale e a presentare le principali teorie sui disturbi di personalità, poichè la “*teoria avulsa da dati corre il rischio di filosofeggiare senza fondamento, e i dati senza una teoria portano confusione e incomprensione*” (Lensenweger e Clarking, pag.1).

1.4 DSM 5: cosa cambia. Riferimenti all’assessment.

La quinta versione del DSM ha eliminato la classificazione multiassiale dei disturbi mentali, in maggiore armonia con il sistema mono-assiale dell’ICD e ha introdotto un **sistema di valutazione dimensionale** trasversale dei disturbi mentali, intesi come *variazioni quantitative*, relative alla gravità del sintomo, alla personalità, alla tonalità dell’umore, alle capacità cognitive ect. , contestualizzati sulla base di sesso, età e cultura, e organizzati all’interno di ogni capitolo lungo lo sviluppo del corso della vita (*Life-Span-Psychology*).

Per far fronte alla condizione di eterogeneità dei sintomi contemporanei e al conseguente livello di comorbidità diagnostica, ha introdotto una serie *indicatori clinici* di possibili criteri diagnostici, al passo con le più recenti scoperte provenienti dalla ricerca genetica, dalla neuroimaging, dalle neuroscienze e dalle ricerche più avanzate: condivisione di substrati neurali, caratteristiche familiari, fattori di rischio genetici, specifici fattori di rischio ambientali, marker biologici, antecedenti temperamentali, comorbidità, risposta al trattamento, similarità dei sintomi, decorso della malattia. Ha inoltre potenziato il concetto di *spettro patologico*, che ridefinisce i confini sfumati fra un quadro clinico ed un altro, associando sindromi e sintomi diversi che hanno una comune base patogenetica, riducendo così il ricorso alla categoria *Nos*, in alcuni casi abbassando la soglia di inclusione (uno dei motivi di forte critica generale per il rischio di falsi positivi, iperdiagnosi e sovrattamento).

E’ presente un assessment dimensionale generale valutato con strumenti self-report auto ed etero somministrati, con l’obiettivo di fornire misure quantitative di importanti aree cliniche comunemente indagate, al di là di ogni serie di criteri sintomatici. I fattori indagati, quali ad esempio l’umore depresso, l’ansia, l’uso di sostanze, l’ideazione suicidaria, problemi di sonno e così via, sono perciò definiti **trasversali**, nel senso che essi attraversano i confini del singolo

³ <http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>

disturbo e tracciano una linea guida di base su cui procedere per la pianificazione del trattamento, la valutazione del risultato o il perfezionamento della diagnosi.

Sono previsti due livelli: il livello 1 contenente tutti i domini (12 domini per bambini e adolescenti, 13 per gli adulti) e il livello 2 dominio-specifico da somministrare ulteriormente qualora uno dei domini del livello 1 sia classificato come clinicamente significativo.

Per **bambini e adolescenti** sono previsti **due tipi di questionari**:

-il *Parent/Guardian-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure-child age 6-17*;

- il *Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure-child age 11-17*.

Anche per il secondo livello i questionari sono di tipo auto ed etero somministrati, a seconda l'età.

Sono presenti anche interviste per la formulazione culturale del caso (*Cultural Formulation Interview -CIF*).

Per quanto riguarda i **Disturbi di personalità** vengono definiti *disorganizzazioni pervasive* manifestate da un marcato fallimento:

- nello sviluppo di una coerente identità o senso di sé e da disfunzioni interpersonali croniche necessarie per un funzionamento adattivo del soggetto (*criterio A*);

- associato ad estremi livelli di una o più dimensioni caratteristiche di personalità (*criterio B*),

- relativamente stabile nel tempo e nelle situazioni e con un'insorgenza che può essere fatta risalire al massimo all'adolescenza e non prima (*criterio C*),

- la compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo non sono meglio compresi come normativi per la fase di sviluppo individuale o per l'ambiente socio-culturale (*criterio D*),

- non dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o ad una condizione medica generale (*criterio E*).

La diagnosi viene fatta a partire da questi criteri generali. La "*Self and Interpersonal Functioning Scale*", misura il *livello di organizzazione della personalità* con 5 punteggi, da 0 a 4. Ad ogni livello di funzionamento corrisponde una specificazione. Sono necessari almeno due elementi positivi per soddisfare il criterio A.

Gli strumenti di valutazione dei tratti disadattivi (criterio B) sono il *Personality Inventory for DSM 5 - adult* e il *PID 5 child age 11-17*, entrambi in brief e full version, relativi ai **sei grandi domini** della personalità:

1. *Emotività negativa* (esperienze di un'ampia gamma di emozioni negative e comportamenti e manifestazioni interpersonali relativi a tali emozioni negative);

2. *Introversione* (ritiro dalle altre persone, rifiuto di relazioni intime e rapporti col mondo, esperienze affettive o espressioni affettive ristrette e/o coartate, capacità edonica limitata);

3. *Antagonismo* (manifestazioni di antipatia nei confronti degli altri e corrispondenti ed esagerati importanza e valore attribuiti a sé stessi);

4. *Disinibizione* (comportamento guidato esclusivamente da stimoli interni ed esterni legati al presente, e scarsa considerazione di ciò che è stato appreso in passato o delle conseguenze future di tale comportamento);

5. *Compulsività* (tendenza a pensare e agire secondo una propria fissa e imm modificabile idea, e aspettativa che quest'idea sia valida e condivisa da tutti gli altri);

6. *Schizotipia* (esibizione di un gran numero di comportamenti e/o credenze insolite, inclusi entrambi i processi e i contenuti).

Essi rappresentano generici tratti di personalità all'interno di ognuno dei quali sono individuati 25 sfaccettature (*trait facets*) specifiche.

La base scientifica su cui poggiano questi strumenti è il **Five Factor Model** di Costa & McCrae (1988), noto come *Big Five*.

La **combinazione** di alcuni di questi tratti di personalità (appartenenti ai diversi domini) **con i tipici deficit del paziente nel funzionamento quotidiano e interpersonale**, dà origine a cinque "tipi" di personalità patologica: *tipo schizotipico*; *tipo antisociale/psicopatico*; *tipo borderline*; *tipo evitante*; *tipo ossessivo – compulsivo*.

Questi cinque tipi (nella prima bozza del DSM 5 viene eliminato il tipo narcisistico, poi reintrodotta a causa di numerose polemiche) coprono e sostituiscono tutta la gamma dei 10 disturbi di personalità presenti nel DSM IV.

Le diagnosi paranoide, schizoide, istrionico e dipendente rientrano nella disturbi tratto-specifico (**DP-TS**) formulata quando un disturbo è presente ma non vengono soddisfatti i criteri per un disturbo specifico.

Questo sistema, secondo gli autori del manuale, fornisce la possibilità di creare un *profilo specifico* per ogni determinato paziente e risponde maggiormente alla richiesta di un **approccio centrato sulla persona** piuttosto che sull'attribuzione di una mera etichetta nosografica.

Ciascun aspetto dei 6 grandi domini di personalità riscontrato nel paziente viene inoltre **confrontato** parallelamente con il *prototipo* elaborato da Shedler e Westen (2004, 2006) per la messa a punto della **SWAP-200** (Shedler-Westen Assessment Procedure-200), ripreso nel DSM 5 perchè ritenuto maggiormente valido e a fondamento clinico ed empirico, come **modello alternativo a quello del DSM**.

Il prototipo di ogni sindrome di personalità fu ottenuto dalla selezione delle descrizioni con punteggio più elevato dei pazienti operate da un campione di 1.202 psichiatri e psicologi clinici statunitensi. L'analisi fattoriale ha prodotto 10 diagnosi di personalità, clinicamente coerenti, organizzate in *tre cluster* sovraordinati: *internalizzante; esternalizzante; borderline-disregolato* (Westen et al., 2012).

Il DSM 5 suscitò tante di quelle polemiche⁴ che l'APA si è vista costretta a nominare una commissione di vigilanza con l'incarico di valutare la qualità delle prove in favore delle proposte del DSM-5 (Migone, 2013).

La revisione dei Disturbi di personalità risultava un conglomerato di modelli tra loro incompatibili, troppo complesso e di difficile utilizzo. La Commissione decise che il sistema dimensionale andava abbandonato e che bisognava tornare alle vecchie dieci categorie del DSM-IV. Tutti i disturbi di personalità che erano stati eliminati furono reintrodotti; la proposta di un approccio dimensionale per i disturbi di personalità è stata comunque pubblicata nel DSM-5, in una sezione separata, la Sezione III ("Emerging Measures and Models"), col titolo "*Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders*".

⁴ Oltre alle critiche di Allen Frances e di Robert Spritzer, si evidenziano la presa di posizione congiunta di Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg, Michels e Westen, pubblicata sull'*American Journal of Psychiatry*, denominata "*Boycott DSM-5*"; le posizioni radicali della British Psychological Society sull'abuso delle diagnosi; critiche per i rapporti con le case farmaceutiche; la Petizione della Society for Humanistic Psychology e di altre 43 associazioni scientifiche americane e di altri paesi contro il rischio di medicalizzazione di condizioni fisiologiche; voci di protesta provenienti anche dall'Italia (Lingiardi, Migone, Mancini, Recalcati e molti altri).

1.5 Le principali teorie sui disturbi di personalità

Oggi non esiste ancora un modello teorico di disturbo di personalità esaustivo e integrato capace di guidare la ricerca e fornire un contesto al cui interno si possano comprendere i risultati empirici e generare nuove ipotesi.

Il Big Five di Costa e McCrae, che abbiamo visto tra i principali ispiratori del Modello alternativo del DSM 5 per i disturbi di personalità, è il modello che concilia al suo interno tutta la gamma o “famiglia di teorie” che costituiscono la **prospettiva dei tratti** (Carver, Scheier, Giampietro e Iannello, 2015). I tratti secondo queste teorie sono generiche disposizioni interiori verso particolari comportamenti che si mantengono relativamente stabili nel corso del tempo e costanti nelle diverse situazioni; le configurazioni estreme di queste dimensioni, possono essere associate ai disturbi di personalità.

A base di queste teorie vi sono metodi di analisi fattoriale, cioè metodi statistici che calcolano le interrelazioni tra gruppi di variabili (tratti, comportamenti e sintomi); i raggruppamenti dei fattori identificati in combinazioni ordinate corrispondono a precise descrizioni della personalità (Lingiardi e Gazzillo, 2014).

Prospettive diverse, tra i principali contributi teorici sui disturbi di personalità che in questa sede prenderemo in considerazione, fanno riferimento ad *orientamenti dinamici*; *cognitivo-comportamentali*; alle *teorie legate all’attaccamento*; alle *teorie biologiche* e agli *orientamenti integrati*.

Tra i **modelli dinamici** sui disturbi di personalità spicca il contributo psicoanalitico di Kernberg e Caligar (2005).

Secondo Kernberg la *personalità* è un’integrazione dinamica di schemi cognitivi, emotivi, motivazionali e comportamentali derivati da *temperamento* (tendenza innata a reagire in modo peculiare a determinati stimoli ambientali), *carattere* (l’insieme delle manifestazioni dell’identità dell’Io) e dal *sistema di valori interiorizzato* (la dimensione etica e morale della personalità) garantito dall’integrazione dei vari livelli del Super-io e ancor prima dalle *relazioni oggettuali interiorizzate* a partire dalle quali il Super-Io stesso si sviluppa.

Una personalità non patologica è caratterizzata da un’identità dell’Io (carattere) coesa e strutturata, capace di regolare le emozioni e gli impulsi; un Super-Io (morale) integrato e maturo, responsabile rispetto alle norme sociali e ai valori condivisi; una gestione adeguata degli impulsi libidici e aggressivi.

Le relazioni oggettuali sono definite come un particolare stato affettivo associato all'immagine di una specifica interazione tra il sè e l'oggetto (per esempio paura, associata all'immagine di un sè piccolo e terrorizzato interagente con una figura autorevole, minacciosa e potente). Fin dai primi giorni di vita le relazioni oggettuali derivano dall'integrazione tra le disposizioni affettive innate e le interazioni con le figure primarie di accudimento. Quando si presenta ripetutamente un affetto nel contesto di un particolare tipo di interazione, le memorie affettive si organizzano per formare rappresentazioni durature o strutture di memoria (relazioni oggettuali interne).

L'interiorizzazione delle rappresentazioni realistiche del Sè e l'oggetto avviene gradualmente attraverso un processo evolutivo in quattro fasi, dalla fusione alla differenziazione e alla modulazione reciproca, fino alla loro unificazione in concetti integrati. Le relazioni oggettuali interiorizzate in condizioni di attivazione affettiva costituiscono l'inconscio dinamico, mentre la libido e l'aggressività sono motivazioni sovraordinate, il risultato dell'interiorizzazione delle relazioni oggettuali precoci, rispettivamente positivi (gratificazione) e negativi (avversione). Gli affetti sono i mattoni costitutivi delle motivazioni, mentre le relazioni oggettuali interiorizzate sono i mattoni con cui si costituiscono le strutture psichiche. Alla base dei disturbi di personalità ci sarebbero dunque dei *difetti strutturali*. Considerando che l'attivazione affettiva dipende in parte da temperamento e in parte da esperienze precoci, le differenze dei livelli di aggressività possono essere ricondotte a questi fattori. I traumi per esempio intensificano la pulsione aggressiva che si sviluppa a partire da relazioni oggettuali interiorizzate connotate da affetti negativi. In sintesi dunque la patologia del carattere viene considerata fondamentalmente una patologia evolutiva dell'aggressività, implicata dall'interazione di componenti legate al temperamento, agli affetti e al trauma.

Solo attraverso un colloquio diagnostico strutturale è possibile effettuare una diagnosi dell'organizzazione della personalità. Kernberg e Caligor infatti rifiutano approcci basati sui comportamenti osservabili.

Kernberg con la moglie Paulina hanno costruito un sistema psicodinamico di classificazione e di trattamento dei disturbi di personalità basato sul concetto di organizzazione della personalità distinto in tre livelli; nevrotica, borderline e psicotica (P. Kernberg et al., 2000; Kernberg, Caligor, 2005) differenziate e indagate proprio in base a caratteristiche dell'identità, delle difese primitive e dell'esame di realtà. Il costrutto di organizzazione racchiude una intera famiglia di disturbi che nei sistemi diagnostici DSM e ICD vengono tenuti distinti. Quindi per esempio con il termine "borderline" si definisce un livello di organizzazione, non uno specifico disturbo.

I **modelli cognitivo-comportamentali** considerano i disturbi di personalità il risultato dell'interazione tra la disposizione genetica a certi tratti di personalità e le esperienze di vita precoci.

La patologia di personalità è in gran parte derivante e mantenuta da errori sistematici e persistenti nell'*information processing* (elaborazione delle informazioni) e dal ricordo di eventi precoci che producono risposte cognitive, emotive e comportamentali patologiche e disadattive, quindi da *difetti di percezione* e distorsioni cognitive, ovvero modalità di pensiero disfunzionali (Beck e Pretzer, 1990).

Una delle più conosciute tra le teorie cognitive comportamentali è la teoria della *disregolazione emotiva* di Marsha Linehan (1993), autrice della *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), che attualmente risulta tra i trattamenti di maggior efficacia clinica per il Disturbo Borderline di Personalità.

Sebbene legati alla matrice psicanalitica i modelli legati **alla teoria dell'attaccamento** si distinguono per la loro *specificità* nella messa a punto di indagini sulla relazione tra **stili di attaccamento, funzione riflessiva e disturbi di personalità**.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969, 1973, 1980) spiegherebbe non solo la creazione e il mantenimento dei legami affettivi, ma anche le molte forme di sofferenza emotiva e di disturbo della personalità che risultano dalla **rottura di questi legami**.

Diversi studi longitudinali e tecniche di indagine come la *Strange Situation*, per la valutazione della qualità dell'interazione madre-bambino, messa a punto da Mary Ainsworth e colleghi nel 1978, o l'*Adult Attachment Interview*, elaborata da Mery Main per la valutazione dell'attaccamento in età adulta, hanno dimostrato che un'interazione madre-bambino ambivalente, evitante, o disorganizzata, è strettamente correlata a *pattern di attaccamento disadattivi* e a *stili cognitivi distorti*.

Una relazione di attaccamento sicura con il *caregiver* facilita lo sviluppo della *funzione riflessiva*, il meccanismo di interpretazione interpersonale sugli stati emotivi e sui comportamenti, propri ed altrui, in termini di *stati mentali interni*. Secondo Fonagy (2001) un disturbo di personalità sarebbe determinato proprio da un *difetto di mentalizzazione* (perdita o dall'inibizione della funzione riflessiva).

Secondo i **modelli biologici** la patologia della personalità (turbe) può essere considerata come il risultato di un'interazione multivariata dei sistemi neurocomportamentali. Questi sistemi sono disposizioni motivazionali ed emotive stabili, che determinano, come proposto da Gray

(1982; 1987; 1990) la *reattività* individuale a specifici stimoli (attivazione/inibizione comportamentale) (citato Lenzenweger e Clarkin, 2006).

Ciò determina le differenze individuali tra gli individui: i soggetti in cui prevale l'attivazione saranno più impulsivi, mentre quelli in cui prevale il freno saranno più ansiosi. Così per esempio alti livelli di ansia e di impulsività conducono a nevroticismo.

Il modello di Lenzenweger include altri sistemi/tratti, così la dimensione di aggressività affettiva/paura spiega l'intera gamma del comportamento antisociale; la dimensione ansia da separazione/sensibilità al rifiuto, a livelli alti, contribuisce alle turbe di tipo dipendente, evitante e borderline (Lenzenweger e Clarkin).

Tra i **modelli integrati** ritroviamo la teoria *biopsicosociale* di Paris e quella *evoluzionistica* di Millon.

Paris (1996, 2003) sostiene che i disturbi di personalità sono *esiti disfunzionali* che si presentano quando i tratti di personalità (un' amalgama di temperamento ed esperienza) sono amplificati e utilizzati con modalità rigide e disadattive.

Egli utilizza la *teoria diatesi-stress*: la *diatesi* è ciò che determina il tipo di patologia che il paziente svilupperà, mentre lo *stress*, o meglio, i fattori stressanti, sono ciò che attiveranno questo potenziale.

Fattori di rischio biologici (impulsività, instabilità affettiva...) *combinati* a fattori precipitanti di tipo psicologico (esperienze di perdita, abuso...) e di tipo sociale (disgregazione sociale) sono condizioni necessarie, ma non sufficienti, per lo sviluppo dei disturbi, per i quali è infatti necessaria una combinazione di rischi.

Millon, uno dei maggiori artefici del formato multiassiale del DSM, fondatore del *Journal of Personality Disorders*, sostiene che la patologia di personalità emerge dalla complessa interazione delle tre polarità poste da Freud alla base della vita psichica: sè-altro, piacere-dolore, attività-passività. Possibili variazioni disfunzionali di queste polarità corrispondono alle categorie diagnostiche dei disturbi di personalità.

Il suo modello ricorre ad elementi psicanalitici e descrittivi, e colloca le *dimensioni di normalità e patologia* lungo un *continuum*: la rigidità di adattamento alle richieste ambientali; la tendenza a perpetuare gli stessi atteggiamenti fino alla creazione di circoli viziosi, la scarsa stabilità di fronte a condizioni stressanti, sono gli elementi discriminanti di questo continuum (Millon, 1990, 1996).

1.6 Profili di personalità disturbata

Per la descrizione dei disturbi di personalità verrà seguita la **suddivisione** in *cluster* proposta dal DSM-IV-TR poichè assorbe le principali classificazioni tassonomiche e viene riproposta anche nella versione del DSM 5.

Tabella 2. Disturbi di personalità
<p><i>Cluster A – (eccentrico)</i></p> <p>Disturbo Paranoide di Personalità: è un quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità ingiustificata, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.</p> <p>Disturbo Schizoide di Personalità: è un quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva.</p> <p>Disturbo Schizotipico di Personalità: è un quadro caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, ed eccentricità nel comportamento.</p>
<p><i>Cluster B – (drammatico, impulsivo)</i></p> <p>Disturbo Antisociale di Personalità: è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri.</p> <p>Disturbo Borderline di Personalità: è un quadro caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.</p> <p>Disturbo Istrionico di Personalità: un quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione.</p> <p>Disturbo Narcisistico di Personalità: è un quadro caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia.</p>
<p><i>Cluster C - (ansioso)</i></p> <p>Disturbo Evitante di Personalità: è un quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi.</p> <p>Disturbo Dipendente di Personalità: è un quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi.</p> <p>Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità: è un quadro caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo.</p>

Fonte: DSM-IV-TR (APA, 2000).

Di seguito vengono presentati i criteri diagnostici e le **caratteristiche** di ogni disturbo specifico, così come vengono proposte nel manuale preso in considerazione⁵.

⁵ DSM-IV-TR (APA, 2000).

1.6.1 Profili Cluster A

- *Disturbo Paranoide di Personalità*

Criteri diagnostici

A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri (tanto che le loro intenzioni vengono interpretate come malevole), che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi: 1) sospetta, senza una base sufficiente, di essere sfruttato, danneggiato o ingannato; 2) dubita senza giustificazione della lealtà o affidabilità di amici o colleghi; 3) è riluttante a confidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro di lui; 4) scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in rimproveri o altri eventi benevoli; 5) porta costantemente rancore, cioè, non perdona gli insulti, le ingiurie o le offese; 6) percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri, ed è pronto a reagire con rabbia o contrattaccare; 7) sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, o di un altro Disturbo Psicotico, non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale

Manifestazioni associate Gli individui hanno difficoltà ad andare d'accordo con gli altri e spesso hanno problemi nelle relazioni strette. La loro eccessiva sospettosità e ostilità possono essere espresse con chiara polemica, con lamentele ricorrenti. Per il loro atteggiamento ipervigile nei confronti di minacce potenziali, possono agire in modo guardingo, e apparire freddi e privi di sentimenti teneri. Hanno un'affettività labile, sono sarcastici, tanto che la loro risposta può suscitare negli altri ostilità. Poiché non si fidano degli altri, hanno un'eccessiva autonomia, ricercano inoltre una conferma delle nozioni negative preconcepite a proposito di persone o situazioni, attribuendo agli altri motivazioni malevole che sono proiezioni delle loro paure. Tendono a elaborare stereotipi negativi degli altri. Possono essere considerati fanatici e creare culti o gruppi particolari. In risposta allo stress possono presentare episodi psicotici brevi. Possono sviluppare un disturbo depressivo maggiore, ossessivo-compulsivo. Questo disturbo può manifestarsi inizialmente nella fanciullezza con tendenza alla solitudine, scarse relazioni con i coetanei, ansia sociale, ipersensibilità, pensiero e linguaggio peculiari.

- *Disturbo Schizoide di Personalità*

Criteri diagnostici

A. Una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali ed una gamma ristretta di espressioni emotive, in contesti interpersonali, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi: 1) non desidera di prova piacere nelle relazioni strette, incluso il far parte di una famiglia; 2) quasi sempre sceglie attività solitarie; 3) dimostra poco o nessun interesse per le esperienze sessuali con un'altra persona; 4) prova piacere in poche o nessuna attività; 5) non ha amici scelti o confidenti eccetto i parenti di primo grado; 6) sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri; 7) mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico, o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica.

Manifestazioni associate Gli individui possono avere un particolare difficoltà ad esprimere la rabbia, in risposta ad una provocazione diretta e ciò contribuisce all'impressione che manchino di emozioni. Per la mancanza di capacità sociali e desiderio di esperienze sessuali, gli individui hanno poche amicizie, hanno poche appuntamenti e spesso non si sposano. Può essere compromesso il funzionamento sociale, gli individui sanno però lavorare bene quando sono in isolamento sociale. Il disturbo può apparire per la prima volta nella fanciullezza e adolescenza con tendenza alla solitudine, scarsa relazione e risultati scolastici.

- *Disturbo Schizotipico di Personalità*

Criteri diagnostici

A. Una modalità pervasiva di relazioni sociali ed interpersonali deficitarie, evidenziate da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti relazioni strette, e da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità del comportamento, che compaiono nella prima età adulta, e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi: 1) idee di riferimento (escludendo i deliri di riferimento); 2) credenze strane o pensiero magico, che influenzano il comportamento, e sono in contrasto con le norme subculturali (per es., superstizione, credere nella chiaroveggenza, nella telepatia o nel "sesto senso"; nei bambini e adolescenti fantasie e pensieri bizzarri); 3) esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee; 4) pensiero e linguaggio strani (per es., vago, circostanziato, metaforico, iperelaborato o stereotipato); 5) sospettosità o ideazione paranoide; 6) affettività inappropriata o coartata; 7) comportamento o aspetto strani, eccentrici o peculiari; 8) nessun amico stretto o confidente,

eccetto i parenti di primo grado; 9) eccessiva ansia sociale, che non diminuisce con l'aumento della familiarità, e tende ad essere associata con preoccupazioni paranoide piuttosto che con un giudizio negativo di sé.

B. Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia, di un Disturbo dell'Umore con Manifestazioni Psicotiche, di un altro Disturbo Psicotico o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo.

Manifestazioni associate Gli individui ricercano spesso il trattamento per sintomi associati di ansia, depressione o altri stati d'animo disforici, piuttosto che per le manifestazioni del disturbo. Particolarmente in risposta allo stress possono presentare episodi psicotici transitori. Ha un decorso relativamente stabile e solo una piccola parte sviluppa la schizofrenia o un altro disturbo psicotico. Nei bambini la differenza tra questo disturbo e quello autistico, è data dalla mancanza di consapevolezza sociale. Nel disturbo evitante di personalità il desiderio attivo di stabilire relazioni sociali è coartato dal timore del rifiuto, mentre nel disturbo schizotipico vi è un distacco persistente. A differenza della sindrome borderline, mancano i disturbi nella sfera affettiva.

1.6.2 Profili Cluster B

- Disturbo Antisociale di Personalità

Criteri diagnostici

A. Un quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi: 1) incapacità di conformarsi alle norme sociali per ciò che concerne il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di condotte suscettibili di arresto; 2) disonestà, come indicato dal mentire, usare falsi nomi, o truffare gli altri ripetutamente, per profitto o per piacere personale; 3) impulsività o incapacità di pianificare; 4) irritabilità e aggressività come indicato da scontri o assalti fisici ripetuti; 5) inosservanza spericolata della sicurezza propria e degli altri; 6) irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa, o di far fronte ad obblighi finanziari; 7) mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro.

B. L'individuo ha almeno 18 anni.

C. Presenza di un Disturbo della Condotta con esordio prima dei 15 anni di età.

D. Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso della Schizofrenia o di un Episodio Maniacale.

Manifestazioni associate Gli individui mancano di empatia e tendono ad essere indifferenti, cinici e sprezzanti nei confronti dei sentimenti, dei diritti e delle sofferenze degli altri. Possono essere testardi, sicuri di sé o presuntuosi; possono avere un fascino disinvolto, superficiali, volubili. Possono essere irresponsabili e sfruttatori delle situazioni. Possono non riuscire a essere indipendenti o diventare di senza tetto o trascorrere molti anni in istituti penali. Possono morire prematuramente per causa violenta.

Possono presentare disforia, lamentele di tensione, incapacità di tollerare la noia e umore depresso. Possono avere disturbi d'ansia, depressivi, correlati a sostanze, somatizzazione. Possono avere altri disturbi di personalità, specialmente di tipo borderline, narcisistico.

La probabilità di manifestare questo disturbo è aumentata se da piccoli era presente un disturbo della condotta o un deficit dell'attenzione.

Il disturbo sembra correlato con uno stato socio economico basso e con gli ambienti urbani. Non può essere diagnosticato prima dei 18 anni di età. Ha un decorso cronico, ma può diventare meno evidente o andare incontro a remissione man mano che l'individuo diventa adulto.

- *Disturbo Borderline di Personalità*

Criteri diagnostici

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 uno (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 marcatamente e persistentemente instabili; 4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate); 5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante; 6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni); 7) sentimenti cronici di vuoto; 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici); 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

Manifestazioni associate Gli individui con questo disturbo possono avere una modalità di boicottaggio di se stessi nel momento in cui l'obiettivo è sul punto di essere realizzato. Alcuni sviluppano sintomi simil-psicotici durante periodi di stress. Possono sentirsi più sicuri con oggetti transizionali che nelle relazioni interpersonali. Può verificarsi una morte prematura per suicidio, specie in quelli con disturbi dell'umore o correlati a sostanze. Nelle storie infantili sono comuni l'abuso fisico o sessuale, l'incuria, il conflitto ostile e la perdita precoce, la separazione dei genitori.

Gli adolescenti possono spesso manifestare comportamenti che danno l'idea di problemi del genere come instabilità emotiva, dilemmi esistenziali, scelte ansiogene e conflitti sull'orientamento sessuale. L'andamento più frequente è rappresentato da instabilità cronica nella prima età adulta, con episodi di grave discontrollo affettivo e impulsivo ed elevati livelli di uso di strutture sanitarie o per la salute mentale. La compromissione derivata dal disturbo e dal rischio di suicidio sono maggiori negli anni giovanili.

- *Disturbo Istrionico di Personalità*

Criteri diagnostici

A. Un quadro pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi: 1) è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione; 2) l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da comportamento sessualmente seducente o provocante; 3) manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale; 4) costantemente utilizza l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé; 5) lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli; 6) mostra autodrammatizzazione, teatralità, ed espressioni esagerate delle emozioni; 7) è suggestionabile, cioè, facilmente influenzato dagli altri e dalle circostanze; 8) considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

Manifestazioni associate Gli individui possono avere difficoltà a raggiungere l'intimità emotiva in relazioni sentimentali o sessuali. Senza rendersene conto spesso recitano una parte nelle loro relazioni con gli altri. Spesso hanno una grande dipendenza emotiva dal partner mentre manifestano una grande seduttività o manipolazione emotiva.

Sono depressi e sconvolti quando non sono al centro dell'attenzione. Possono desiderare stimolazioni, tendere ad annoiarsi della solita routine e sono intolleranti alle situazioni che prevedono una gratificazione posticipata. Questi individui sono dunque particolarmente a

rischio. È spesso associato con percentuali elevate di disturbo di somatizzazione, conversione, depressivo maggiore.

Sebbene come nel disturbo antisociale, c'è una ricerca di situazioni stimolanti, spericolanti, non c'è il comportamento antisociale vero e proprio ed inoltre non cercano a differenza di questi di essere seduttivi per ottenere profitto, potere o qualche altra gratificazione materiale. Sebbene anche gli individui con disturbo narcisistico desiderino l'attenzione degli altri essi di solito prendono lodi per la loro superiorità, mentre quelli con il disturbo istrionico è disposto ad apparire fragile o dipendente se serve ad attirare l'attenzione.

- Disturbo Narcisistico di Personalità

Criteria diagnostici

A. Un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi: 1) ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione); 2) è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale; 3) crede di essere "speciale" e unico, e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata; 4) richiede eccessiva ammirazione;

5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione delle proprie aspettative; 6) sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri per i propri scopi; 7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificare sentimenti e le necessità degli altri; 8) è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino; 9) mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Manifestazioni associate La vulnerabilità dell'individuo lo rende molto sensibile alle ferite dovute alle critiche o alle frustrazioni. La critica può tormentarli e può lasciargli umiliati e feriti. Possono reagire con sdegno rabbia o contrattaccare con insolenza. Tali esperienze conducono a ritiro sociale o ad una parvenza di umiltà che può mascherare e proteggere dalla grandiosità. Le relazioni interpersonali sono normalmente compromesse, le prestazioni possono essere distrutte dall'intolleranza alla critica o alla sconfitta. Sentimenti persistenti di vergogna e autocritica possono associarsi a ritiro sociale umore depresso, anoressia nervosa.

1.6.3 Profili Cluster C

- *Disturbo Evitante di Personalità*

Criteri diagnostici

A. Un quadro pervasivo d'inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità al giudizio negativo, che compare entro la prima età adulta, ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi: 1) evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato, disapprovato, o rifiutato; 2) è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere; 3) è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato; 4) si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali; 5) è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza; 6) si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri; 7) è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

Manifestazioni associate Gli individui spesso valutano attentamente i movimenti e le espressioni di coloro con cui entrano in contatto. Il loro contegno timoroso e teso può suscitare scherno e derisione da parte degli altri.

Vengono descritti come solitari, riservati, timidi. La bassa autostima e l'ipersensibilità al rifiuto si associano ad una restrizione dei contatti personali. Desiderano affetto e accettazione e possono fantasticare su relazioni idealizzate con altri.

I comportamenti evitanti possono anche influenzare negativamente il funzionamento lavorativo. Gli altri disturbi includono quelli d'umore e d'ansia.

Per questo la diagnosi dovrebbe essere fatta con cautela con i bambini, in cui la timidezza e il comportamento evitante possono essere appropriati rispetto allo sviluppo.

- *Disturbo Dipendente di Personalità*

Criteri diagnostici

Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi: 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni; 2) ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita; 3) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri

per il timore di perdere supporto o approvazione. Nota: non includere timori realistici di punizioni; 4) ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia); 5) può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli; 6) si sente a disagio o indifeso quando è solo per timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso; 7) quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto; si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso.

Manifestazioni associate Gli individui sono spesso caratterizzati da pessimismo, tendono a sminuire le proprie capacità e qualità, possono riferirsi a sé stessi come stupidi. Ritengono la critica come una prova della loro mancanza di valore e possono ricercare iperprotezione dagli altri. Possono evitare posizioni di responsabilità e diventare ansiosi quando sono posti di fronte a decisioni. Possono presentare un rischio aumentato per i disturbi dell'umore, d'ansia e dell'adattamento.

Tale disturbo e quello borderline sono caratterizzati dal timore di abbandono; comunque il primo reagisce con sentimenti di vuoto emotivo, rabbia, pretese, mentre il secondo con l'aumento delle concessioni e della sottomissione. Anche gli individui con disturbo istrionico hanno un forte bisogno di rassicurazione e possono apparire infantili e dipendenti. L'istrionico è però caratterizzato da un comportamento socievole, il dipendente è docile e modesto.

- *Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità*

Criteri diagnostici

Un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo, e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi: 1) attenzione per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o gli schemi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività; 2) mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi); 3) eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie; 4) esageratamente coscienzioso, scrupoloso, inflessibile in tema di moralità, etica o valori (non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa); 5) è incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo; 6) è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo

modo di fare le cose; 7) adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia, sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future; 8) manifesta rigidità e testardaggine.

Manifestazioni associate Gli individui con questo disturbo possono avere una tale difficoltà a decidere quali compiti hanno la priorità o qual è il modo migliore per svolgere qualche compito particolare che possono non riuscire mai a compiere qualche cosa. Tendono a diventare turbati e arrabbiati nelle situazioni in cui non sono in grado di mantenere il controllo del proprio ambiente fisico e interpersonale. Le persone con questo disturbo di solito esprimono l'affettività con modo controllato e ampolloso e possono essere molto a disagio in presenza di altri emotivamente espressivi. Gli individui con questo disturbo possono avere difficoltà lavorative soprattutto quando vengono confrontati con situazioni nuove che richiedono flessibilità e capacità di compromesso.

Il disturbo dovrebbe essere diagnosticato quando la tendenza ad accumulare è estrema. A differenza dei soggetti con disturbo narcisistico di personalità, questi sono solitamente autocritici.

- Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato

E' una categoria a disposizione per due situazioni: 1) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, e sono presenti tratti di vari Disturbi di Personalità diversi, ma non risultano soddisfatti i criteri per nessuno specifico Disturbo di Personalità; oppure 2) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, ma l'individuo viene considerato affetto da un Disturbo di Personalità non incluso nella Classificazione (per es. disturbo passivo-aggressivo di personalità).

La frequenza dei disturbi di personalità nella **popolazione generale adulta**, secondo i dati forniti dal DSM, è stimata attorno al 10-15% e aumenta di circa tre volte nelle popolazioni cliniche.

Un argomento controverso è l'incidenza dei diversi disturbi nei maschi e nelle femmine. Per gli autori del DSM i disturbi borderline, dipendente e istrionico sono più frequenti nelle donne, mentre quelli paranoide schizoide, schizotipico, antisociale, narcisistico e ossessivo-compulsivo negli uomini.

Di gran lunga più complesso e dibattuto, come vedremo, è il tema **dell'esordio in età evolutiva**.

CAPITULO II: I Disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti

2.1 I disturbi di personalità: il dibattito sull'esordio.

Lo studio dei disturbi di personalità in età adulta ha avuto negli ultimi Quaranta anni un interesse clinico e di ricerca sempre più crescente, ma la questione relativa al loro **esordio**, e quindi all'**esistenza** stessa dei disturbi di personalità in *età evolutiva*, si connota come un tema innovativo, scarsamente esplorato ed estremamente dibattuto.

Lo *stato dell'arte* sulla scarsa letteratura disponibile evidenzia una forte e persistente riserva clinica a **etichettare** bambini e adolescenti con una diagnosi di disturbo di tale gravità, stigmatizzando forme di disagio ritenute transitorie, in un periodo cui si crede che la personalità non sia ancora del tutto formata, nel bambino, e risulti instabile, nell'adolescente (Kernberg, Weiner e Bardestein, 2000).

La reticenza alla diagnosi su bambini e adolescenti era determinata dalla mancanza di dati sintomatologici età-specifici e dal fatto che nei manuali diagnostici non veniva suggerito alcun criterio legato allo sviluppo per orientare la diagnosi.

Il DSM IV-TR, infatti, fa risalire l'**esordio** "*almeno all'adolescenza o alla prima età adulta*" (criterio D), chiarendo, nel paragrafo dedicato alle caratteristiche collegate alla cultura, all'età e al genere, che "*le categorie dei disturbi di personalità possono essere applicati a bambini e adolescenti in casi relativamente insoliti, solo se una prolungata valutazione psichiatrica assicura l'inflessibilità e la **persistenza** dei tratti patologici*" (APA, 2000), non specificando che cosa si intenda per **stabilità** dei tratti disadattivi in un periodo della vita in cui il cambiamento è la regola (Westen e Chang, 2000).

Il manuale "avvisava" inoltre che i tratti di un disturbo di personalità che compaiono nell'infanzia spesso non persistono immutati fino alla vita adulta (l'unica eccezione è rappresentata dal Disturbo Antisociale di Personalità, che può essere diagnosticato in individui al di sotto dei diciotto anni), per cui molti dei problemi psicologici e comportamentali possono essere superati con il tempo.

Nell'ICD-10 i criteri diagnostici per i disturbi di personalità sono essenzialmente gli stessi del DSM, con una differenza poco chiara relativa all'esordio, che orienta alla cautela nelle diagnosi: "*emergono **precocemente** nel corso dello sviluppo dell'individuo, come risultato sia*

di fattori costituzionali che di esperienze sociali, mentre altri vengono acquisiti più tardi nel corso della vita” (OMS, 1992).

Con l'avvento del DSM 5 nel 2013, la posizione tassonomica su una diagnosi precoce non è cambiata. Il *criterio D* relativo alla *stabilità* nel tempo fa risalire ancora l'insorgenza dei disturbi di personalità **al massimo all'adolescenza** e non prima.

Per quanto riguarda il **decorso**, il manuale chiarisce, come nella precedente versione, che *“alcuni tipi di disturbi di personalità, in particolare i disturbi borderline e antisociale, tendono a rendersi meno evidenti o ad andare incontro a remissione con l'età, mentre questo sembra meno vero per alcuni altri tipi (per es., disturbi ossessivo-compulsivo e schizotipico di personalità”* (APA, 2013).

La grande difficoltà di base per la valutazione dei disturbi di personalità in infanzia e in adolescenza è dunque quella di **differenziare le manifestazioni patologiche** che a buon diritto potrebbero essere considerate una patologia di personalità dalle vicissitudini conflittuali, transitorie, che nelle diverse fasi evolutive caratterizzano lo sviluppo normale dell'individuo, proprio perchè mancavano i criteri su cui questa distinzione doveva essere operata (Ammaniti, 2002).

2.2 I disturbi di personalità in età evolutiva: le prime ricerche.

I disturbi di personalità in età evolutiva hanno incontrato l'interesse di studiosi e ricercatori solo a partire dagli anni '90.

I primissimi studi risalgono a **David Bernstein** e colleghi, che nel 1993 hanno messo in evidenza i **limiti del modello categoriale** dei manuali diagnostici e l'**inadeguatezza degli strumenti di valutazione** per porre una diagnosi di disturbo di personalità in età precoce e valutarne le eventuali variazioni nel corso dello sviluppo.

Gli autori, con le loro ricerche di carattere pionieristico ed esplorativo, investigando la *prevalenza* dei disturbi di personalità nella popolazione generale degli adolescenti americani, su campione di 733 soggetti (*range* di età dagli 11 ai 21 anni) hanno ottenuto dati attorno al 13%, in linea con i valori riscontrati negli adulti, dimostrando pertanto che se la stabilità dei tratti disadattivi è definita a partire dalla permanenza dei comportamenti e dei vissuti indicati dai manuali, i disturbi di personalità in adolescenza non possono essere considerati *“casi relativamente insoliti”* (Bernstein e colleghi, 1993).

Il **31 %** del loro campione **soddisfaceva i criteri di un disturbo di personalità** di moderata gravità e il 17% di un disturbo grave di personalità. Tra i primi, il Disturbo Ossessivo-compulsivo risultò quello con maggiore prevalenza, tra i secondi il Narcisistico. Lo

Schizotipico, invece, era il meno frequente. La *prevalenza* di disturbi di personalità gravi e moderati raggiungeva un picco all'età di **dodici anni** nei maschi e di **tredici** nelle femmine, mentre nella tarda adolescenza la prevalenza di disturbi raggiunge valori simili a quelli riscontrati negli studi epidemiologici condotti sugli adulti. Il Disturbo Antisociale non è stato preso in considerazione in questo studio.

Per le loro ricerche gli autori hanno utilizzato delle scale di valutazione costruite *ad hoc*. Si trattava di interviste e *self report* somministrati sia ai genitori che agli adolescenti elaborati per una popolazione adulta, a partire dai criteri indicati del DSM III R, che, come ha affermato lo stesso Bernstein, risentivano della mancata validazione. Si poneva pertanto l'urgenza di definire criteri diagnostici età-specifici e di elaborare strumenti di valutazione più adeguati.

Nel 1996 Bernstein ripropone una nuova ricerca sui **precursori infantili dei disturbi di personalità**, ed esattamente gli antecedenti comportamentali ed emozionali dei disturbi di personalità **diagnosticati in adolescenza**. Si tratta del primo studio su questo argomento. L'autore ha valutato longitudinalmente, nell'arco di dieci anni, 641 bambini dagli uno ai dieci anni di età, scelti in modo casuale. Le valutazioni del comportamento dei bambini si basavano sulle descrizioni delle madri, mentre le diagnosi dei disturbi di personalità degli adolescenti, diagnosticati solo se il disturbo persisteva per almeno due anni e seguendo i criteri del DSM-III-R, erano basate sui dati ottenuti sia dalle madri che dai ragazzi.

Utilizzando l'analisi di regressione logistica, Bernstein e i suoi colleghi hanno dimostrato che quando sono presenti in infanzia disturbi comportamentali quali problemi della condotta, sintomi depressivi, comportamenti ansiosi o paurosi, difficoltà di attenzione, livelli bassi di motivazione e scarsa capacità di adeguarsi alle richieste degli adulti, ci sono maggiori probabilità di sviluppare, circa dieci anni dopo, o comunque in età adolescenziale, un disturbo di personalità. Nello specifico, i **problemi di condotta** sembrano essere **antecedenti dei disturbi di personalità di tutti e tre i clusters**, l'**immaturità** è **precursore di disturbi del cluster B nelle ragazze** e i **sintomi depressivi** predicono disturbi di **personalità del cluster A nei maschi**, un cluster caratterizzato da freddezza emotiva e da comportamenti e pensieri eccentrici e bizzarri. Probabilmente questi sintomi depressivi nell'infanzia possono essere considerati una prima manifestazione dei deficit emotivi e interpersonali che caratterizzeranno i pazienti adulti schizoidi, paranoici e schizotipici. Queste differenze di genere suggeriscono inoltre la **presenza di variabili biologiche e socioculturali** (Bernstein e colleghi, 1996).

I disturbi della condotta e l'immaturità sono anche associati ai disturbi della personalità del cluster C, senza grandi differenze in base al genere. Infine, diversamente da quanto atteso, i **comportamenti ansiosi e paurosi** nei bambini **non sembrano essere** significativamente **predittivi dei disturbi di personalità del cluster C** (Bernstein et al., 1996).

In quel periodo, tra il 1990 e il 1997, ci sono state altre **ricerche significative** sulla **stabilità** e sulla **continuità clinica-evolutiva** dei disturbi di personalità, risalenti a **Caspi; Elder; Kagan; Snidman; Block; Kagan; Zenter; Sroufe e Jacobsen, Costello; Angold** i quali hanno dimostrato, nei loro studi longitudinali, che i bambini che presentavano **disturbi della sfera emozionale e comportamentale**, già a quattro anni, avevano maggiori probabilità di diventare adulti antisociali e di incorrere in fenomeni depressivi o ansiosi nella tarda adolescenza e nella prima età adulta (con tassi di prevalenza molto alti) e che **attaccamenti insicuri**, nel secondo anno di vita, sono precursori di difficoltà interpersonali, scarsa autostima e disturbi emotivi nel corso dell'adolescenza (Kernberg et al., 2000). Mentre autori come **Verhulst e Ferdinand** hanno indagato, in ampi campioni di popolazione generale di età compresa tra gli 11 e i 18 anni, l'**evoluzione delle problematiche adolescenziali nella vita adulta**, riuscendo ad individuare **adolescenti a rischio** di mantenere alti livelli di patologia nel corso del tempo (Ferdinand e Verhulst, 1995).

Studi longitudinali infine, come il *Children in the Community Study*, che ha seguito circa 800 bambini di età compresa tra gli uno e i dieci anni, reclutati nel 1975 nello stato di New York, attraverso una procedura di campionamento casuale, durante le diverse fasi di sviluppo, fino all'adolescenza e alla prima età adulta (Cohen et al., 2005) e il *Longitudinal Study of Personality Disorder*, il primo studio prospettico a base neurocomportamentale, finanziato dal National Institute of Mental Health, degli Stati Uniti, iniziato nel 1990, che ha indagato l'epidemiologia dei disturbi di personalità e la stabilità delle differenze individuali, (Lenzenweger, 1999) rappresentano importanti punti di svolta per la valutazione della **stabilità dei disturbi di personalità**.

Queste prime ricerche indirizzavano dunque la riflessione ad una lettura in *continuum*, più adeguata ai problemi di personalità in età evolutiva, che richiedevano modelli teorici esplicativi in grado di **differenziare le caratteristiche dei vari quadri clinici e indagare i processi evolutivi** che determinano in un caso la "remissione" e nell'altro la permanenza o l'aumento della sofferenza psichica.

Nella considerazione dell'utilità di modelli dimensionali, più ricchi di sfumature cliniche rispondenti alla realtà rispetto a quelli tassonomico-categoriali, rigidamente statistici, responsabili della produzione di falsi negativi, privi di riferimenti alle caratteristiche soggettive del paziente e alla sua storia personale, si faceva largo anche il concetto di *spettro patologico* (Klerman, 1990) che se da un lato va incontro al rischio di pressapochismo diagnostico, permette dall'altro di spiegare quella costellazione di **sintomi, comportamenti osservabili, vissuti emozionali e modi di percepire sé stessi e gli altri** che, al di là della loro complessa

interpretazione, **mantengono una continuità** tra l'adolescenza ed età adulta (Lenzenweger, Clarkin, 2006).

A parlare di *dimensioni latenti* stabili rispetto ai raggruppamenti fenomenologici discreti fu **Paulina Kernberg**, moglie del celebre Otto Kernberg.

È a lei che si deve la svolta cruciale sull'*affidabilità* di una *diagnosi precoce*, nell'anno 2000.

2.3 I disturbi di personalità in età evolutiva: il contributo di Paulina Kernberg.

Con Paulina Kernberg, psichiatra di fama internazionale, moglie del celebre Otto Kernberg, considerata un'autorità nello studio dei disturbi di personalità, si apre un nuovo capitolo nella valutazione di questi disturbi in età evolutiva.

Nel 2000 l'autrice e i suoi colleghi, **Alan Weiner** e **Karen Bardestein**, pubblicano a New York "*Personality Disorders in Children and Adolescents*", con il quale dimostrano che **i disturbi di personalità possono essere diagnosticati e trattati anche nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza.**

Combinando le recenti scoperte presenti in letteratura, tutte rigorosamente riprese, con la loro esperienza clinica, Paulina Kernberg e i suoi colleghi, ritengono che è possibile identificare in maniera affidabile, come negli adulti, **tratti patologici**, a tutti i livelli dell'organizzazione di personalità, *nevrotico, borderline e psicotico*, che se diventano **disadattivi, rigidi, invasivi e persistenti**, causano deficit funzionale e grave sofferenza soggettiva, (Kernberg P. et al., 2000).

Partendo dalla loro prospettiva evolutiva Kernberg e colleghi sostengono che in **ciascuna fase dello sviluppo si formano personalità appropriate all'età** e che, ad ogni età, lo sviluppo della personalità può essere intaccato negativamente. Lo sviluppo patologico si mantiene attraverso **percorsi patologici.**

Propongono pertanto una **revisione dei metodi di valutazione** (raccolta della storia di vita del paziente tramite questionari, interviste strutturate e test psicologici) con i quali è possibile identificare i pattern disadattivi persistenti, vale a dire i tratti e i modelli di percezione, relazione e pensiero, impulsività, introversione, egocentrismo, ricerca di novità, inibizione, socievolezza, attività, che vanno **distinti da quelli limitati a un particolare stadio dello sviluppo**, e posti sul piano della **continuità psicopatologica.**

La continuità non riguarda soltanto il passaggio dalla adolescenza all'età adulta, ma anche quello dall'infanzia all'adolescenza, il cui caso più noto è rappresentato dal Disturbo Antisociale di Personalità preceduto dal Disturbo di Condotta, pertanto, come sosteneva Joel Paris (2003) in

linea con Paulina Kernberg, il criterio del DSM per cui non si può diagnosticare un disturbo di personalità prima dei diciotto anni è del tutto arbitrario.

La base teorica sui cui poggiano Kernberg e colleghi è proprio quella che fa riferimento a Paris, secondo il quale **ciascun disturbo psichiatrico** rappresenta il punto finale di un **complicato percorso biopsicosociale**. I disturbi di personalità, sono esiti disfunzionali che si presentano quando i tratti temperamentali sono amplificati e utilizzati con modalità rigide e disadattive a causa di una **combinazione di rischi predisponenti**. Individuarli tempestivamente prima che si cristallizzino, diviene di cruciale importanza (Kernberg P. et al., 2000).

Tra le **misure cliniche** presentate dagli autori sicuramente la **raccolta della storia di vita** tramite questionari etero somministrati è quella che permette di ricercare gli **indici ad alto rischio** per lo sviluppo dei disturbi di personalità. Eventi traumatici come l'**abuso**, sia sessuale che fisico che verbale, sono significativamente più intensi nel caso del Disturbo Borderline; l'incidenza di **maltrattamento** assieme a **cure parentali inadeguate**, sembra essere invece più caratteristico del Disturbo Antisociale; l'ipersensibilità agli **stress interpersonali**, la **noia** e la **svalutazione** distinguono il Disturbo Narcisistico; le Personalità Istrioniche hanno una storia di **espressioni affettive drammatizzate** e costante **domanda di attenzioni** tramite la seduttività; problemi di **timidezza** e gravi **difficoltà nel fare amicizia** sono comuni nelle Personalità Evitanti; i pazienti con Disturbo Ossessivo-compulsivo manifestano significative **restrizioni** durante le attività del tempo libero e mostrano **perfezionismo, rigidità e ostinazione**; il Disturbo Dipendente è caratterizzato da un **abnorme bisogno di essere accudito**, che va valutato in rapporto ai bisogni di dipendenza del bambino appropriati alla fase di sviluppo; infine, i bambini con un Disturbo del cluster A non sono solo timidi, come lo sono spesso i bambini piccoli, ma mostrano anche **deficit** nell'empatia, nell'assumere i ruoli, nel comprendere la prospettiva dell'altro e nella comunicazione con l'altro.

Le **interviste**, insieme ai **test proiettivi**, consentono invece gli *insight* strutturali. Paulina Kernberg utilizza soprattutto Il *Personality Assessment Interview* (PAI), da lei sviluppato insieme a Selzer e ai colleghi alla fine degli anni Ottanta. Dura quarantacinque minuti circa e ha lo scopo di elicitare le componenti di base della personalità e i principi organizzativi e di *coping* che la governano. Il PAI mostra il funzionamento di personalità e, nello specifico, permette di valutare le rappresentazioni di sé e dell'oggetto, gli aspetti cognitivi, gli affetti, la capacità riflessiva e l'empatia (P. Kernberg et al., 2000).

Per la valutazione dei disturbi di personalità negli adolescenti tra i 14 ed i 18 anni, inoltre, Otto e Paolina Kernberg hanno elaborato la **STIPO-A**, uno strumento che valuta attraverso 35 item l'identità, la qualità delle relazioni oggettuali e la regolazione affettiva; prende in

considerazione l'ultimo anno di vita dell'adolescente e guida l'operatore nel suo utilizzo invitandolo a chiedere costantemente esempi ed aneddoti e fornendo vari suggerimenti nel corso dell'intervista.

Paulina Kernberg ha partecipato alla stesura del PDM, il Manuale Diagnostico Psicodinamico, facendo parte del Work Group che si è occupato dell'Asse PCA: *Pattern e disturbi di personalità di bambini e adolescenti*.

I **pattern di personalità** in formazione sono collocati lungo un *continuum* che va da quelli relativamente sani a quelli più compromessi. Per valutare la gravità dei problemi di personalità dei **bambini** si prendono in esame: la profondità, l'ampiezza e la flessibilità delle relazioni con i *caregiver*, gli altri adulti e i pari; l'esperienza, la comprensione e l'espressione delle emozioni; il range e la struttura delle fantasie interne, dei pensieri e degli affetti correlati; la flessibilità e l'appropriatezza delle strategie di *coping* e di difesa con cui si affrontano i conflitti, gli affetti intensi e le esperienze stressanti; la profondità e la stabilità dei livelli dell'esame di realtà; le capacità di regolare gli impulsi, le proibizioni interiorizzate e i valori; infine, le capacità di auto osservazione e di osservazione, nonché di comprensione della vita emotiva delle altre persone. Tutto questo viene valutato alla luce di quanto ci si attende per l'età del soggetto.

All'estremo sano del *continuum* della personalità, tutte le capacità in questione operano sinergicamente in modo flessibile e adeguato a quanto ci si aspetta per l'età, mentre **all'altro estremo del continuum vi sono i bambini che mostrano *pattern di personalità caratterizzati da capacità di relazione, range emotivo, immaginazione, ecc. rigide o limitate***. Sono questi *pattern* i disturbi di personalità.

Per i disturbi di personalità in **adolescenza** il PDM rappresenta un valido strumento di diagnosi perché è solo rendendo dimensionali alcuni aspetti dei disturbi psicopatologici che è possibile cogliere le principali fonti di variabilità tra i quadri clinici come l'età, il genere, la comorbilità e i diversi contesti in cui i sintomi si presentano (Ammaniti e Fontana, 2009). Se si adotta un approccio categoriale, un adolescente di sesso maschile di diciassette anni che soddisfa tutti i criteri per il Disturbo della Condotta riceve la stessa diagnosi di un'adolescente di sesso femminile di undici anni che supera appena il *cut-off* per la presenza di Disturbo della Condotta e che manifesta gli aspetti sintomatologici in un solo contesto specifico, ad esempio a scuola. Questi due soggetti vengono, cioè, messi sullo stesso piano a dispetto della **differenza nella gravità dei sintomi, dei diversi contesti di valutazione, del diverso genere sessuale e della differente età**; mentre con un approccio dimensionale non sarebbero messi sullo stesso piano e verrebbero differenziati.

2.3.1 Ritratti coerenti di disturbo

Paulina Kernberg e colleghi, come abbiamo detto, tratteggiano **ritratti coerenti di ciascun disturbo**, nei bambini e negli adolescenti, frutto delle loro esperienze cliniche e dei contributi presenti in letteratura; la classificazione di riferimento è quella del DSM. In questa sede riportiamo le principali caratteristiche evidenziate.

I bambini appartenenti al **cluster A** (Disturbi Paranoide, Schizoide e Schizotipico di Personalità) non sono semplicemente timidi, ma mostrano deficit nell'empatia, nell'assunzione dei ruoli, nel comprendere la prospettiva dell'altro e nella capacità di impegnarsi in giochi interattivi o in comunicazioni piacevoli e soddisfacenti. Le loro azioni e le conversazioni infatti possono essere inappropriate. Inoltre, spesso non reagiscono positivamente o non mostrano piacere quando sono lodati dagli adulti o dai pari e mostrano i loro affetti in modo inadeguato. Infine, soprattutto i bambini e gli adolescenti con Disturbo Paranoide e Schizotipico, si distinguono dai pazienti con gli altri disturbi anche sulla base della qualità dei loro processi di pensiero e del loro stile comportamentale insolito e bizzarro. Kernberg, Weiner e Bardestein hanno notato, nella loro esperienza clinica, che tanti bambini che soddisfano i criteri per un disturbo del cluster A mostrano una differenza significativa tra i punteggi del QI Verbale e quello di Performance per i quali ci potrebbe essere una spiegazione neurologica.

I disturbi di personalità del **cluster B** (*Disturbi Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico di Personalità*) identificano bambini e adolescenti "drammatici- impulsivi".

Bambini e adolescenti **antisociali** sono caratterizzati da un'estrema aggressività intenzionale e deliberata, priva di affetti: essa non è scatenata da rabbia o collera, ma è anzi accompagnata spesso da vera e propria indifferenza. Il comportamento violento e pericoloso può esprimersi verso fratelli, animali, amici o contro la proprietà altrui e nella prima adolescenza può diventare criminale. Insensibili ai limiti, alle regole, alle ricompense e alle punizioni, mostrano assenza di controllo interno e spietatezza, senza mai provare rammarico. Inoltre, questi bambini mostrano tendenza alla coercizione e alla manipolazione, e una marcata incapacità di mantenere le amicizie. Spesso vengono scelti come *leader*. Alcuni di questi bambini fanno amicizia solo con ragazzi molto più grandi o perfino con adulti e anziani, che danno loro un'attenzione esclusiva e, quindi, un'opportunità maggiore di sfruttamento. Anche con il terapeuta tendono, sin dall'inizio, a stabilire una familiarità che minimizzi la differenza di età, di ruolo e di autorità. Kernberg e colleghi definiscono questa loro peculiarità *clonazione*: capiscono subito quello che il clinico vuole sentirsi dire e imitano i suoi atteggiamenti allo scopo di manipolarlo. In adolescenza questi soggetti tendono ad agire in gruppo, con atti di vandalismo, reati e abuso di sostanze.

Il profilo **borderline** è caratterizzato da impulsività estrema, sensazione di vuoto e noia, scarsa tolleranza alla solitudine, livelli semi-psicotici di panico e paura dell'abbandono, distorsione dei processi di pensiero, cambio di umore improvviso, passaggi rapidi dalla rabbia alla depressione, instabilità dell'immagine di sé, tendenza a iperidealizzare e a ipersvalutare gli altri (controllo e sottomissione nei confronti degli altri). In situazioni rare, si riscontrano allucinazioni visive e uditive dovute a traumi o stati di sonnolenza.

I bambini "difficili" sono iperattivi, capricciosi, irritabili e collerici. Contrarietà e frustrazioni di poca importanza provocano subbugli affettivi intensi, sentimenti incontrollati e del tutto sproporzionati al fattore scatenante.

Negli adolescenti si evidenziano ricerca deliberata di esperienze eccitanti (cibo, alcool, sesso, sostanze stupefacenti) e stato di depressione per la vergogna dopo. Nei confronti degli altri manifestano atteggiamenti di raggirio e vittimismo, sempre dovuti alla paura di abbandono.

P. Kernberg e colleghi parlano di **Disturbo Isterico**, anziché Istrionico, nel caso di bambini e adolescenti, ritenendo che la personalità isterica sia una forma più mite, che si colloca nell'organizzazione nevrotica di personalità, mentre la personalità istrionica rappresenta la forma più estrema e appartiene all'organizzazione borderline. I riferimenti a entrambe le categorie sono scarsi nella letteratura sull'infanzia. Si tratta di bambini e adolescenti, altamente drammatici, suggestionabili e seduttivi, che non hanno sotto controllo l'esperienza di sé, e si sentono a disagio o non apprezzati quando non sono al centro dell'attenzione, cambiano in modo repentino umore ed emozioni, sono altamente eccitabili, incoerenti negli atteggiamenti e soggetti a scoppi temperamentali.

Ci sono poi delle differenze in base al genere. I ragazzi con questo disturbo sono ipermascolini, piuttosto superficiali e soggetti al diniego dei sentimenti.

Le ragazze, invece, sono iperfemminili, manipolative ed emotivamente iper-reattive. Il loro esibizionismo è espresso tramite comportamento altamente seduttivo e provocante. Per quanto riguarda lo stile cognitivo, oltre ad essere altamente emotivo, presenta alcuni deficit e comporta limitazioni nei compiti di apprendimento.

La caratteristica essenziale del Disturbo **Narcisistico di Personalità** è un quadro pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione, mancanza di empatia, egocentrismo ed esibizionismo.

I bambini narcisisti hanno un'immagine di sé altamente esagerata, tutti gli altri sono inferiori e nei loro confronti nutrono una profonda invidia. Quindi, in contrasto con la normale competitività infantile del bambino, che impara presto a tollerare di perdere allo scopo di perseverare la relazione con il genitore o con l'amico, il bambino narcisista compete per

“eliminare” il rivale. Particolarmente vulnerabili alle frustrazioni e alle critiche, a causa di questa loro esigenza di essere sempre i migliori, sono esposti a quotidiane frustrazioni dolorose.

Il sintomo dominante è il fallimento scolastico serio, probabilmente perché questi bambini e adolescenti ritengono che tutte le conoscenze scaturiscano da loro stessi e dall'automatico, e quindi non faticoso, assorbimento di tutto ciò con cui entrano in contatto. La noia è anche evidente nel gioco: i bambini narcisistici mostrano una marcata inibizione e svalutazione del gioco.

Il **cluster C**, *ansioso*, è quello che si avvicina di più al pensiero “normale” e adeguato poiché non ci sono delle disfunzioni del funzionamento del pensiero.

I bambini con disturbo **Evitante** sono caratterizzati da evitamento delle attività scolastiche extracurricolari, come ad esempio le prove teatrali o le competizioni sportive, per paura di essere criticati e disapprovati. Centrale è l'inibizione, il senso di inadeguatezza, l'ipersensibilità ai giudizi e alle critiche, il timore di esporsi. Questi bambini non si lasciano coinvolgere dagli altri a meno che non siano certi di piacere e di essere accettati senza critiche e in modo incondizionato. Tendono a essere emotivamente coartati per paura di dire cose sbagliate e di essere ridicolizzati. Ogni cambiamento, come il passaggio a una nuova scuola, o a una nuova classe sono eventi particolarmente inibenti per loro, e l'assumersi rischi personali, come il ricoprire un ruolo pubblico nella scuola o anche solo il partecipare ad un gioco, è per loro un'esperienza opprimente e altamente ansiogena. Il comportamento evitante è stato trovato con maggiore prevalenza nei bambini e adolescenti già in qualche modo compromessi o sul piano fisico o su quello psichiatrico; l'associazione a disturbi alimentari in adolescenza nelle ragazze è alta.

Il Disturbo **Ossessivo-Compulsivo** di Personalità è caratterizzato essenzialmente da preoccupazione per l'ordine, attenzione per i dettagli, perfezionismo e rigido controllo mentale e interpersonale, ostinazione, pensiero di tipo magico, fantasie di tipo sadico. Nel gioco e nei sogni è presente un'aggressività rudimentale.

Non esistono in letteratura dati relativi all'esistenza del **Disturbo Dipendente di Personalità** nell'infanzia. La stessa Paulina Kernberg non ne parla.

2.4 I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti: il contributo di Efrain Bleiberg.

Uno dei maggiori contributi apparsi in letteratura sulla validità del costrutto di disturbo di personalità in età evolutiva è quello proposto da **Efrain Bleiberg** (2001), di prospettiva diversa rispetto a quella di Paulina Kernberg, sebbene sia spesso citata.

Bleiberg riconosce l'esistenza di bambini e adolescenti che possono risultare notevolmente arroganti, ribelli e manipolatori, il cui comportamento cela esperienze devastanti di vulnerabilità e di sofferenza, ma parte dal presupposto che un disturbo di personalità in età evolutiva non è necessariamente un equivalente precoce di un disturbo di personalità in età adulta, anche se lo può diventare con il tempo (Bleiberg).

L'autore si occupa in particolare dei bambini con un *disturbo grave di personalità*, un gruppo di condizioni che comprende i Disturbi di Personalità Borderline, Istrionico, Narcisistico e Antisociale, ossia i disturbi del cluster drammatico, e rifacendosi agli studi di Peter Fonagy (2001) sulla **mentalizzazione** e alla **teoria dell'attaccamento**, individua la base generatrice di un disturbo di personalità nell'infanzia in un difetto della *funzione riflessiva* e nell'*organizzazione di stili di attaccamento precoci atipici*.

Bleiberg sostiene infatti che la caratteristica che definisce i bambini con grave disturbo di personalità è la loro **perdita o inibizione della capacità di utilizzare la consapevolezza degli stati mentali propri ed altrui** e della capacità di mantenere un atteggiamento mentale significativo, rimpiazzando la normale comprensione e trasmissione di stati mentali significativi, base di un adattamento flessibile, con un modo rigido e irriflessivo di organizzare l'esperienza e di relazionarsi agli altri.

A sua volta, la rigidità di questo modello di organizzazione suscita risposte interpersonali che rafforzano e convalidano ulteriormente l'organizzazione interiore di questi bambini.

In generale, i bambini con limitate capacità riflessive o di *mentalizzazione* appaiono più svantaggiati nelle interazioni sociali e sembrano intrappolati in modelli interpretativi e di riposta fissi, nonché in un uso strumentale degli affetti (Bleiberg).

Nel tentativo di conciliare prospettive neurobiologiche, psicodinamiche ed evolutive, l'autore presenta un modello di **trattamento** basato su interventi multimodali, che includono la psicoterapia individuale, il trattamento familiare e la terapia farmacologica, sottolineando soprattutto l'importanza dell'alleanza terapeutica, finalizzato al potenziamento delle funzioni residue e al superamento delle disabilità attive.

2.5 Pattern di attaccamento come possibili precursori dei disturbi di personalità

Bowlby (1969, 1973, 1980) aveva ampiamente sostenuto che la **teoria dell'attaccamento** avrebbe spiegato non solo la creazione e il mantenimento dei legami affettivi, ma anche le molte forme di sofferenza emotiva e di disturbo della personalità che risultano dalla rottura di questi legami.

Al di là delle note ricerche con cui è stata dimostrata la corrispondenza tra la classificazione dei sottotipi dei comportamenti di attaccamento nella *Strange Situation* nei bambini di due anni, di cui abbiamo parlato nel precedente capitolo, la stessa Paulina Kernberg riconosce i *pattern di attaccamento* come possibili **precursori** dei disturbi di personalità.

L'autrice cita gli studi di **Sroufe** (1997), **Beck e Freeman** (1990); **Lorenzini e Sassaroli** (1995); **Page** (2001) a dimostrazione della coerenza di tale costrutto, i quali sostenevano che ad un certo pattern di attaccamento possano corrispondere uno **stile cognitivo** e precedenti di **disturbi di personalità**. Bambini piccoli che mostrano un *attaccamento evitante* con i caregiver, mostrano successivamente un tipo di relazione superficiale e, a causa della loro incapacità di assumere una posizione empatica con gli altri, possono anche dimostrare aggressività, bullismo e disturbi della condotta. Bambini piccoli che mostrano invece un *attaccamento resistente*, sviluppano in seguito una vigilanza cronica.

Un attaccamento di tipo insicuro-evitante trova riscontro, dal punto di vista cognitivo, in uno stile cosiddetto d'*immunizzazione*: una strategia che consente al soggetto di ritirarsi nei propri schemi di significato, precludendone l'accesso agli altri, che vengono ignorati e privati di ogni potere invalidante. La personalità è quindi caratterizzata dal rifiuto delle relazioni, dal distacco, dalla convinzione che le altre persone sono minacciose e ostili: aspetti, questi, peculiari dei disturbi di personalità del cluster A (Lingiardi e Gazzillo, 2014).

Se invece la figura di attaccamento si presenta come insensibile e imprevedibile, ossia difficile da controllare e da conquistare, il tipo di attaccamento che si sviluppa è insicuro-ambivalente o resistente. Il bambino si sente trascurato, vive con ansia i rapporti affettivi e chiede continue dimostrazioni di attenzione, ma al tempo stesso è aggressivo e manifesta atteggiamenti provocatori: reagisce con imprevedibilità alla stessa imprevedibilità della madre. Dal punto di vista cognitivo ciò si traduce in uno stile cosiddetto di *evitamento* delle situazioni sociali, per paura della critica e della disapprovazione altrui, caratterizzato da inadeguatezza, eccessivo perfezionismo e rigida inflessibilità nel tentativo di raggiungere livelli sempre più elevati. Sono questi i tratti più tipici dei disturbi di personalità di cluster C (Lingiardi e Gazzillo).

Quando la madre vive un grave conflitto o da un'emozione irrisolta, come ad esempio quella di un grave lutto, che la spinge a concentrarsi più sul proprio mondo interno che sulle esigenze del figlio, il bambino finisce per percepirla come una minaccia e potrà sviluppare un attaccamento di tipo disorganizzato, nel quale assume atteggiamenti ambivalenti e contraddittori. Lo stile cognitivo è quindi caratterizzato da *ostilità*, tipico delle personalità di cluster B (Beck, 1990).

2.6 I disturbi di personalità: le nuove ricerche

I maggiori contributi empirici sull'*affidabilità* di una *diagnosi precoce* di disturbo di personalità in età evolutiva, fin qui esaminati, hanno animato il dibattito dagli anni 2000 in avanti, orientando la ricerca sulla necessità di indagare i **precursori infantili** dei disturbi della personalità, che non possono comparire *ex novo* nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, ma vanno rintracciati e deviati prima che diventino molto più complessi da trattare.

Lo *Stato dell'arte* sui disturbi di personalità in età evolutiva vede un periodo intenso di ricerche pubblicate in diverse riviste psichiatriche americane. I nuovi ricercatori portano i nomi **De Clercq e De Fruyt, Cicchetti e Crick, Widiger, Weston e Riolo, Johnson, Bromley e McGeoch**, che nella maggioranza criticano l'inadeguatezza dei sistemi diagnostici tradizionali, la mancanza di studi sull'argomento, di solide basi scientifiche e di criteri relativi allo sviluppo, promuovendo piuttosto l'approccio diagnostico Life-Span ai disturbi della personalità.

Le loro prospettive fanno riferimento prevalentemente a **modelli dimensionali**, che indagano le **differenze individuali** dei tratti disadattivi e i loro **processi evolutivi**, associati a stili di attaccamento patologici e ad altri rischi o vulnerabilità biologiche e ambientali, in particolare abuso e trascuratezza, e ad altri disturbi dell'asse I del DSM VI.

A questo punto del presente lavoro ci fermiamo alla letteratura finora esaminata, procedendo alla revisione della produzione pubblicata sul tema dei disturbi di personalità in età evolutiva nel decennio 2005-2006, attraverso un'**analisi bibliometrica** che intende individuare la direzione in cui è andata la ricerca.

CAPITULO III: Bibliometria e Revisione Sistemica

Cenni sull'approccio metodologico

3.1 La bibliometria

La **bibliometria** è un'antica disciplina che studia la *propagazione* delle conoscenze attraverso la *pubblicazione* (De Robbio, 2007), ed esattamente attraverso l'**analisi quantitativa** della produzione scientifica, inserendosi nel più ampio contesto della **Scientometria** (studio quantitativo e qualitativo per la misurazione e la valutazione dello sviluppo della Scienza) e della **Informetrica** (misura di tutti gli aspetti dell'informazione). La **Webmetrica** invece (o *Netmetrica* o *Cybermetrica*) utilizza metodi e concetti bibliometrici e informetrici per lo studio quantitativo dei vari aspetti legati alla costruzione e all'uso delle risorse web (De Bellis, 2005).

Le varie metrologie utilizzano quindi metodologie praticamente uguali (nel calcolo sulle pubblicazioni e sulle citazioni Bibliometria e Scientometria coincidono), diverso è per ognuna l'**oggetto dell'analisi**, che nel caso specifico della Bibliometria, è appunto il *documento*.

Partendo proprio dalla distinzione di base tra i **criteri di valutazione** della **ricerca**, a cui appartengono metodi *quantitativi*, basati sul concetto di “misura” (a fondamento dell'**analisi bibliometrica**) e quelli *qualitativi*, basati sul “giudizio” dei pari, cioè un ristretto numero di esperti specializzati nell'ambito della pubblicazione oggetto di studio (**peer review**), sistemi che storicamente detenevano la competenza esclusiva nella valutazione della ricerca, e dall'assunto condiviso sulla loro *correlazione* (i due criteri sono complementari, nei limiti e nei vantaggi di ciascuno uno non esclude l'altro, in quanto non esiste una regola standard di valutazione), si pongono immediatamente le premesse "funzionali" dei metodi e degli strumenti quantitativi bibliometrici alla valutazione stessa.

Per definizione la **bibliometria** è quella disciplina che “*applica matematica e metodi statistici ai libri e alle altre forme di comunicazione scritta*” (Alan Pritchard, 1969).

Per “altre forme di comunicazione scritta” oggi si intendono monografie, rapporti, tesi, articoli di riviste e periodici, articoli pubblicati su collane seriali come i “work papers” di un dipartimento, atti di convegno, libri elettronici (e-book), articoli pubblicati su riviste elettroniche (*e journals*), articoli elettronici pubblicati in archivi disciplinari o istituzionali (*e prints*), e i siti web.

Così definita, della bibliometria emerge subito l'aspetto contabile dell'oggetto di studio: quanti libri, quanti articoli, quante citazioni, quanti ricercatori, a prescindere dal campo di applicazione o dalla disciplina scientifica di riferimento (Faggiolani, 2015).

Il suo **scopo** è infatti quello di “rintracciare” *relazioni quantitative* tra i documenti e gli elementi che li compongono (autori, pubblicazioni ed aree di ricerca, e di “misurare” così la *qualità* (performance) dei ricercatori, con l'impiego di specifici **metodi** di analisi: l'**analisi citazionale** e l'**analisi del contenuto**.

3.2 Metodologie di valutazione della ricerca

Tra i metodi di valutazione della ricerca l'**analisi citazionale** è il metodo più utilizzato, cardine della bibliometria, ma anche oggetto di numerose polemiche. Rientra nell'area concettuale “valutativa” della ricerca, in quanto identifica i *modelli d'uso delle citazioni bibliografiche*, basandosi, con un approccio bottom-up, sul conteggio delle *citazioni* ricevute da una pubblicazione in un determinato settore e ne rileva l'*impatto* sulla comunità scientifica (*Literature Usage Count*), (Moed, Glänzel e Schmoch, 2004).

Più elevato e prolungato è il *numero* delle citazioni ricevute da un lavoro, maggiore è il suo valore scientifico (il numero di citazioni è l'*indice di qualità di una pubblicazione*), mentre prima la pubblicazione stessa di un lavoro su una rivista era considerato il criterio di valutazione del valore di una ricerca. Pubblicare un articolo equivaleva, ed equivale ancora oggi, in un certo senso, ad una certificazione di qualità, soprattutto se la rivista ha un certo prestigio entro la comunità.

Nell'immediato dopoguerra esistevano due tipologie di ricerca bibliografica: quella basata sui metadati (autore, titolo, soggetto, parole chiave, data, fonte, etc.) effettuata nei cataloghi e nelle bibliografie (intese come repertori o banche dati a carattere bibliografico) e quella che partiva dalla bibliografia (intesa come elenco delle opere citate) di un documento rilevante iniziale che fungeva da “detonatore” per proseguire poi verso altri documenti dotati a loro volta di bibliografie che conducevano ad ulteriori documenti e così via (Ridi, 2010).

Fu Gerfield nel 1964, a progettare un sistema bibliografico semi-automatizzato di indicizzazione come strumento di verifica della bontà delle citazioni, resosi conto dell'inadeguatezza degli strumenti a disposizione degli scienziati per recuperare informazioni utili ai fini delle loro attività di ricerca bibliografica. Egli ideò lo *Science Citation Index (SCI)*, un elenco delle citazioni, confluito nella *banca dati dell'ISI* (Istituto di Informazione Scientifica) di Philadelphia, dove Gerfield lavorava, divenuto nel 1988 *WOS (Web of Science)* con la migrazione nel web, di proprietà Thomson-Reuters dal 1992.

Lo SCI fu creato per l'elaborazione automatica delle bibliografie secondarie, in modo che la descrizione di ogni articolo fosse arricchita dai riferimenti bibliografici in esso contenuti, con l'aggiunta di un campo etichettato come *cited reference* (riferimento citato) e uno come *times cited* (numero di citazioni ricevute), campi utili a valutare l'impatto, l'importanza o la qualità di un'opera di uno scienziato in generale, dimostrando quanto spesso e dove sia stato citato.

Grazie agli **indicatori bibliometrici** le pubblicazioni possono essere *conteggiate*. I più diffusi sono: l'**impact factor**, relativo alla valutazione della qualità delle riviste, ricavato dalla frequenza con cui un articolo è citato nelle altre riviste in uno specifico anno o intervallo di tempo; e l' **h-index**, chiamato anche Hirsch, relativo alla valutazione dell'impatto dei singoli autori ricavato dal numero delle loro pubblicazioni e delle citazioni ricevute, l'**usage factor**, il fattore di utilizzo delle risorse elettroniche per misurare la qualità delle riviste, di nuova generazione, complementare e non sostitutivo a fattori di impatto tradizionali o alternativi all'IF; l'**eigen factor** che misura l'importanza della totalità delle riviste sulla comunità scientifica).

Il monopolio di ISI dopo circa 40 anni, ormai obsoleto perchè continuava ad ignorare le pubblicazioni anche prestigiose depositate negli *Open Archive*, visti e percepiti erroneamente come contenitori di materiale di dubbia qualità o come ambienti non certificati), è stato messo in discussione dalla nascita di moltissimi *databases* recenti completamente gratuiti, i più conosciuti *Scopus* e *Google Scholar*, che lavorano esattamente come **Wos**.

L'analisi bibliometrica negli ultimi venti anni si è sviluppata enormemente proprio grazie alla disponibilità on line di banche dati di grandi dimensioni ArXiv.org (eprints server), Google Book Search (progetto digitalizzazione testi), Journal of Archive di IP, PhysicalReview Online Archivi, Scirus di Elsevier (motore di ricerca), CiteSeer (automated o autonomuscitationindexing ACI, MathSciNet, Science Direct di Elsevier, SciFinderScholar di CAS, SPIRES-HEP (eprints server di Stanford), Scitation/SPIN di AIP, NASA Astrophysics Data System).

Essa deve il suo successo alla costruzione di **strumenti citazionali** (come il conteggio degli articoli scaricati, l'analisi dei link, il Google's Page Rank, il Web citation e le varianti dell'H-index: g-index, a-index, h-b-index) **alternativi** a quelli più diffusi, oggetto peraltro di dibattiti accesi sul loro impiego, segnando una svolta epocale in questo affascinante campo di indagine, con lo scopo di ricercare di **parametri oggettivi** per la misurazione (e la conseguenze valutazione) finalizzati a superare il "vizio" delle distorsioni, dei pregiudizi, dei conflitti di interessi e degli errori di valutazione del sistema dei "refeers" (De Bellis, 2005). Se ne viene

fatto un uso consapevole e non un abuso, gli strumenti della bibliometria diventano “strumentali” alla valutazione stessa (Baccini, 2010).

L'**analisi del contenuto**, a base del presente contributo, nota anche come *analisi testuale* quando condotta esclusivamente su testi, è una metodologia standard nel campo delle scienze sociali, che mette i ricercatori in condizione di includere grandi quantità di informazioni testuali e di identificare sistematicamente le loro proprietà, per esempio le frequenze delle parole chiave più usate (Keyword in Context) per individuare le strutture più importanti del contenuto comunicativo. Tali informazioni che dovrebbero poi essere categorizzate in accordo a determinati framework teorici di riferimento, i quali informano i sistemi di *data analysis* fornendo alla fine una lettura con significato logico del contenuto analizzato.

Quindi per analisi dei dati o *data analysis* si intende l'atto di trasformare un dato con lo scopo di estrarne informazioni utili e facilitare conclusioni che abbiano un significato logico. Rispetto ai *data mining*, l'analisi dei dati è solitamente intesa non tanto come atto focalizzato alla verifica ai fini di un'approvazione o rifiuto di un modello attuale, o all'estrazione dei parametri necessari per adattare un modello teorico sperimentale alla realtà (De Robbio, 2007).

Questo tipo di analisi rientra negli studi bibliometrici dell'**area concettuale descrittiva**, in quanto ritrae i *modelli di comunicazione* e informazione scientifica e la loro *evoluzione* in relazione ad aree geografiche e settori disciplinari, basandosi sul conteggio, dall'alto verso il basso (top-down), delle pubblicazioni di intere aree disciplinari (*Productivity Count*), (Di Cesare, 2002).

L'analisi del contenuto può essere meglio inteso come quel **processo di acquisizione, sintesi e restituzione delle informazioni presenti nei testi**, che utilizza tecniche manuali o metodi statistici diversi, in relazione al tipo di dato e alla domanda di ricerca, a cavallo tra analisi qualitativa e quantitativa (Tuzzi, 2000).

Questa distinzione delle metodologie di ricerca è caduta in disuso, ma rende ancora l'idea della spaccatura esistente tra chi ritiene di poter fare ricerca empirica senza preoccuparsi degli aspetti statistico-quantitativi e chi invece pensa di poter fare ricerca empirica senza curarsi delle implicazioni metodologico-qualitative del proprio lavoro.

L'oggetto di studio dell'analisi del contenuto è innegabilmente **qualitativo**, perché, in generale, è una raccolta di testi, ma le tecniche di analisi statistica hanno quasi sempre bisogno di un supporto di natura quantitativa, per poi ritornare al qualitativo nella fase di contestualizzazione, interpretazione e restituzione dei risultati.

La codifica manuale, tipica dell'analisi del contenuto cosiddetta "classica", e la codifica automatica, tipica del moderno approccio lessico testuale, entrambi sono metodi che prevedono la determinazione di una griglia concettuale utile all'interrogazione dei testi (Tuzzi).

In Psicologia il riferimento principale per l'analisi del contenuto è rappresentato dai lavori di Klaus Krippendorf (2004).

3.3 Tipologia di articolo

Non tutte le pubblicazioni derivanti dall'attività di ricerca si prestano agevolmente ad una analisi bibliometrica, la "star [...] è l'**articolo di rivista scientifica**, in inglese *scientific paper*" (De Bellis, 2005).

La pubblicazione scientifica rappresenta la principale forma di comunicazione ufficiale della comunità scientifica, tramite la quale i singoli ricercatori o i gruppi di ricerca rendono pubblici i metodi ed i risultati dei propri lavori scientifici. Si differenzia rispetto agli altri scritti su argomenti scientifici (esempio: un articolo di giornale, un testo divulgativo o scolastico) in quanto viene diffusa, in formato cartaceo o digitale, dai gruppi editoriali di riviste scientifiche o da altri editori specializzati, quali per esempio editori accademici.

Le pubblicazioni di questi gruppi editoriali, in generale, sono regolamentate da **procedure di accettazione e di valutazione** dei lavori presentati, mirate a stabilire quali lavori scientifici posseggano i requisiti necessari per essere pubblicati. Una delle procedure di accettazione maggiormente diffuse è la **revisione paritaria**.

Il "**peer reviewed**", l'articolo approvato cioè dal comitato dei pari, è considerato l'**unità informativa bibliografica più adatta per l'analisi bibliometrica** (Glänzel, 2003). E' più corretto forse precisare che gli strumenti bibliometrici si possono meglio applicare a questa tipologia di pubblicazione.

Un articolo scientifico è il resoconto di uno studio disciplinare completo e originale, rappresenta il punto finale di una ricerca, con struttura ben definita e costante, rappresentata da: **titolo e autori; abstract e parole chiave; introduzione; materiali e metodi; risultati; discussione e conclusione; bibliografia**.

Le pubblicazioni che appaiono nelle riviste e nei periodici scientifici possono essere schematicamente classificati come segue:

- articolo **sperimentale** (presenta i risultati di uno o più esperimenti, solitamente allo scopo di corroborare o confutare le teorie esistenti);

- articolo **teorico** (presenta nuove idee o modelli teorici, o critiche e modifiche a idee esistenti, in base ai quali, secondo l'autore, è possibile comprendere meglio alcuni fenomeni);

- articolo di **rassegna** (presenta una sintesi di un campo di ricerca; può considerare solamente fenomeni, solamente teorie, o entrambi).

3.4 Revisione sistematica

Con il termine “revisione” o “ rassegna” si intende una *sintesi critica* dei lavori pubblicati su uno specifico argomento, con la funzione di offrire una revisione della letteratura disponibile ai fini dell'aggiornamento professionale o dell'interesse di ricerca su un determinato argomento disciplinare (Saiani e Brugnolli, 2010).

Fare una rassegna vuol dire altresì fare un resoconto **quantitativo** o **qualitativo** delle informazioni testuali, a seconda della natura e della complessità del quesito e della disponibilità dei dati. Questo significa che si possono fare due cose: o *una revisione sistematica* (qualitativa) o una *meta-analisi* (quantitativa):

- la revisione sistematica, o *systematic review*, è un'analisi *descrittiva* **qualitativa** della letteratura scientifica relativa a un dato argomento, si usa soprattutto per riassumere i risultati di singoli studi (detti studi primari) studi clinici e qualche volta studi di coorte e caso/controllo. Fornisce una sorta di *riassunto* dello stato dell'arte nel settore disciplinare specifico oggetto della stessa, e per la particolare questione posta in esame;

- la meta-analisi è una sintesi **quantitativa** di dati aggregati, informazioni che dovrebbero essere poi categorizzati. Essa consiste in una serie di metodi statistico-matematici per integrare i risultati, ad esempio, di diversi studi clinici, miranti ad ottenere un unico indice quantitativo di stima che permetta di trarre conclusioni più forti di quelle tratte sulla base di ogni singolo studio, anche se a farne le spese è il contenuto informativo (ogni operazione di aggregazione di categorie o di valori fornisce un risultato che non esprime più le caratteristiche dei singoli componenti).

In alcune comunità scientifiche i due termini vengono utilizzati come se fossero sinonimi, mentre in altre comunità i ricercatori preferiscono identificare la meta-analisi come la parte statistica (analisi quantitativa) di una Revisione Sistematica (analisi qualitativa).

La preparazione di una revisione sistematica presuppone padronanza metodologica che comprende varie fasi di lavoro, tra le quali le più complesse sono l'organizzazione degli articoli scelti per l'indagine (tavole riassuntive di estrazione dei dati per l'analisi; elaborazione di una mappa di concetti da sviluppare), la scrittura e il controllo dei contenuti.

Per il presente lavoro la *sintesi* dei più importanti risultati di ricerca degli articoli selezionati per l'analisi bibliometrica sui *Disturbi di Personalità in età evolutiva*, viene prodotta con questo tipo di metodologia.

PARTE II: STUDIO EMPIRICO

Indagine bibliometrica:

La produzione scientifica sul tema dei Disturbi di Personalità in età evolutiva nel decennio 2005-2015

CAPITOLO IV; MATERIALI E METODI

4. Metodologia

Il presente **contributo** ai Disturbi di personalità in età evolutiva prende in esame **articoli** scientifici *peer reviewed* pubblicati nel decennio 2005-2015 disponibili nel Database **PsycInfo**.

La raccolta degli articoli è stata condotta, a partire dal febbraio 2016, presso l'Università Cattolica di Brescia, con le credenziali atenee fornite dalla Dott.ssa Marina Giampietro, docente di Psicologia della Personalità, sedi Brescia e Milano e co-tutor al presente lavoro.

Trattandosi di un **lavoro preliminare**, è stata condivisa con i tutor di riferimento la scelta di **operare sui resumén di ogni articolo**, e di considerare le informazioni, di per sé ricche e complete, deducibili da esso, con affondi e approfondimenti sul full text quando disponibile. Scopo dell'indagine è infatti quello di avere una **panoramica d'insieme** sul tema dei **Disturbi di Personalità in età evolutiva**.

La ricerca delle unità informative di analisi è stata eseguita a partire dalle *parole chiave*: “disorder*personality; child*; adolescen*”.

Nei paragrafi successivi sono descritti i criteri di selezione e la procedura di analisi testuale nel dettaglio.

Vengono esclusi dalla ricerca monografie, editoriali, atti di convegno, interviste, video.

Il materiale raccolto, un totale di **480 articoli**, è stato **quantificato** e **classificato**, attraverso una griglia costruita ad *hoc*, che ha segmentato gli articoli, anno per anno, per **categorie** definite e messe in relazione tra loro. I principali risultati di ogni singola ricerca sono stati raccolti e riassunti su modello più classico di **revisione sistematica**, di cui si fornisce il resoconto.

Le **variabili** prese in considerazione per la costruzione dello strumento di indagine, vengono descritte dettagliatamente in seguito, nel paragrafo relativo agli *Strumenti* organizzate nelle rispettive aree di indagine.

Le **analisi descrittive** del campione scelto sugli indici bibliometrici e sulle tematiche emergenti, ricondotte al quesito di indagine, hanno messo a fuoco analogie, contraddizioni, relazioni e gap nella letteratura e hanno suggerito i passi successivi da compiere.

4.1 Obiettivi

- **Quantificare** e **classificare** la produzione scientifica sul tema (numero e tipologia di pubblicazione);

- **Rilevare** l'*impatto-incidenza* del tema dei *Disturbi di personalità* nella comunità scientifica;

- **Ricavare** informazioni in merito a: quanti e quali autori si occupano del tema e per quali istituzioni; quali le riviste specializzate nel settore; l'area o le aree geografiche dove sono condotte la maggior parte delle ricerche;

- **Individuare** dai testi le linee e gli obiettivi di ricerca; i filoni tematici e gli argomenti specifici indagati, e con quali risultati attesi; i modelli teorici di riferimento; i costrutti teorici presi in esame; le metodologie e i disegni di ricerca; le tipologie di strumenti utilizzati, i dati sui campioni d'indagine (nel caso di lavori empirici);

- **Conoscere** e **riassumere** i *risultati* della ricerca ad oggi nel merito delle tematiche indagate (eziologia; strumenti diagnostici; fattori di rischio/protezione; comorbilità e correlazioni con altri disturbi; trattamento);

- **Evidenziare** analogie, contraddizioni tra le conclusioni;

- **Ipotizzare** nuovi percorsi di ricerca.

4.2 Disegno di ricerca

Quella che presentiamo è un'indagine **esplorativa** e **descrittiva** di tipo misto, **qualitativo** e **quantitativo**, condotta attraverso un'**analisi bibliometrica** che quantifica e classifica i lavori pubblicati nel decennio 2005-2015, sottoponendo i testi ad un processo di **revisione sistematica** che riporta la *sintesi* dei risultati di ricerca più significativi.

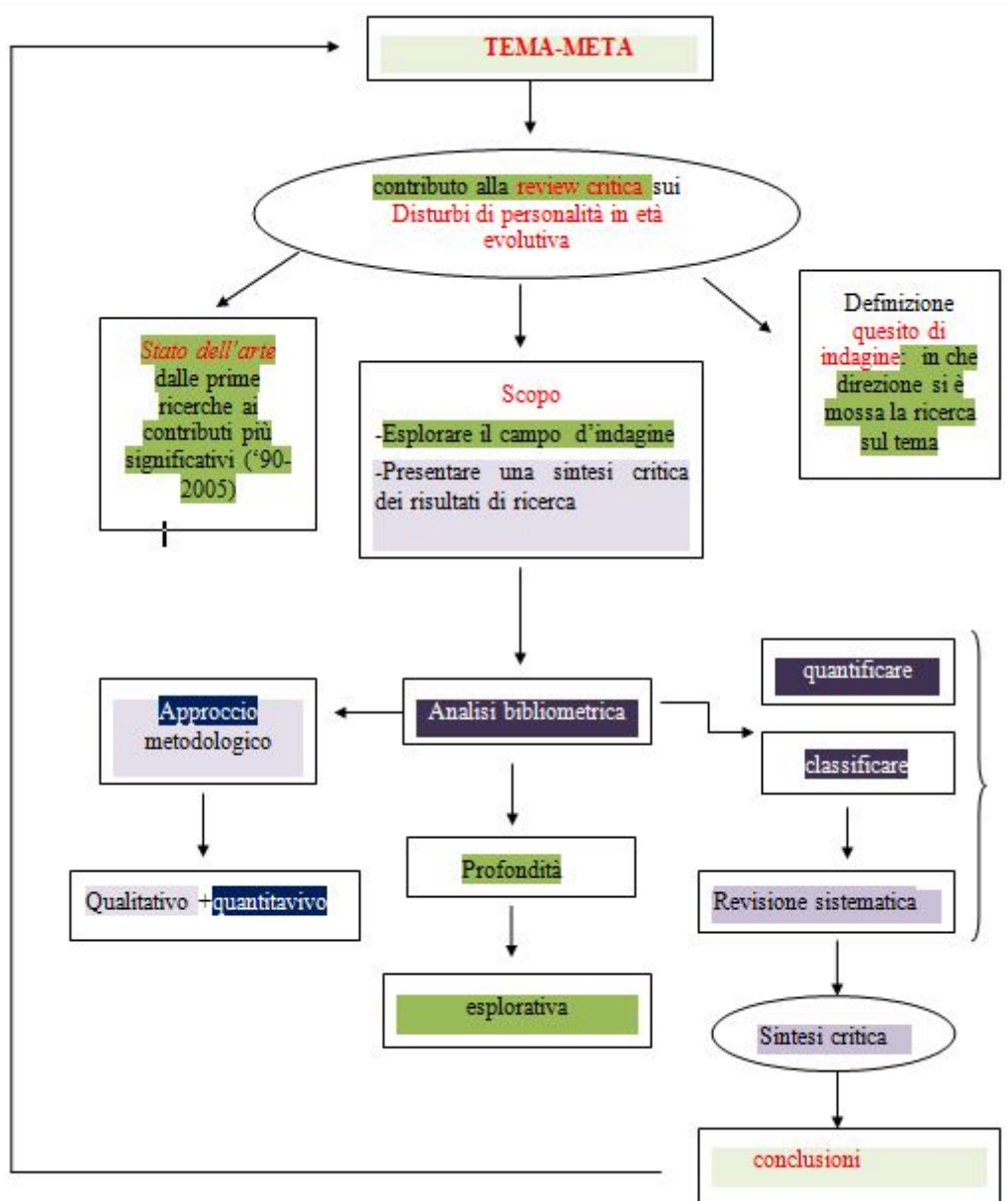


Figura 1. Disegno di ricerca. Elaborazione originale

TECNICA RACCOLTA DATI

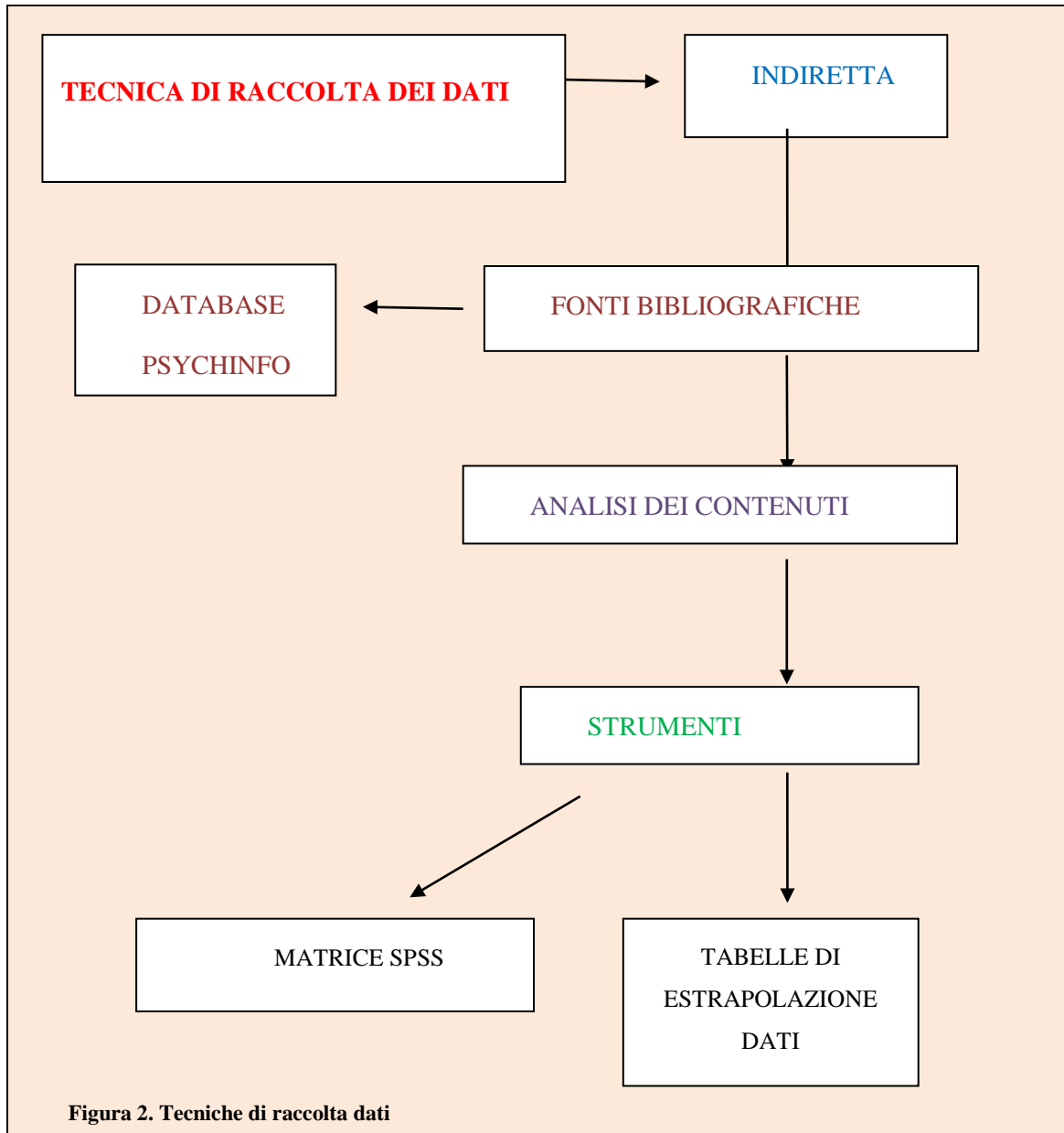


Figura 2. Tecniche di raccolta dati

Le **tecniche di raccolta dei risultati di ricerca** fanno riferimento a **tabelle di estrapolazione dati** in cui sono state riportate, le conclusioni tratte dall'analisi del testo di ogni singola ricerca. Anche se la maggior parte degli studi includevano informazioni relative a diverse tematiche, è stata presa in considerazione la **principale messa a fuoco e il quesito d'indagine di ogni documento**.

La revisione dei testi ha prodotto **tre gruppi tematici** utilizzati per *classificare* gli articoli:

- Natura e comprensione eziologica della patologia di personalità
- Variabili predittive relative alla patologia
- Prevenzione e trattamento

L'analisi qualitativa dei dati raccolti ha permesso di creare, per ogni gruppo tematico, una **mappatura degli argomenti** che declinano e orientano la ricerca, e di individuare pertanto la direzione in cui vanno gli studi più significativi.

Si è proceduto così alla *sintesi critica* di ogni filone tematico seguendone l'andamento temporale, rielaborata nella discussione finale.

4.3 Ipotesi di lavoro

La natura *esplorativa* di questa ricerca non consente di formulare **ipotesi** precise da verificare, come è insito nella specificità delle ricerche esplorative che nascono da interessi di conoscenza generali (Ortalda, 1998), ricondotti al principale *quesito d'indagine*.

L'esigenza è quella di individuare la **direzione** in cui si è mossa e si sta muovendo la ricerca e di capire in che termini si pone il dibattito contemporaneo sul tema nella comunità scientifica. Pertanto gli **assunti** di questa analisi bibliometrica possono riferirsi al **riscontro** di una evoluzione nell'**interesse** investigativo rispetto al passato e alle sue riserve sul tema, e di un'**euristica di ricerca**, volta ad un cambiamento paradigmatico, più esaustivo e integrato, al cui interno possa essere stata meglio guidata l'interpretazione dei dati empirici, chiarita la natura e la comprensione eziologica della patologia di personalità e identificata l'area di indagine sui fattori di rischio/protezione del disturbo e sulle linee preventive e di intervento.

Questo si traduce nella **verifica** dei dati, perché saranno i risultati stessi di ricerca a guidare e a definire "ipotesi parziali" di lavoro sugli aspetti quantitativi e qualitativi dell'indagine bibliometrica, relative agli indici di **produttività** e **diffusione** delle pubblicazioni, **coesione** tra clinica e ricerca, **collaborazione** tra autori, **attività** investigativa istituzionale e geografica; **attualità** e **contenuto** tematico.

Dal punto di vista qualitativo le analisi faranno emergere gli **assunti condivisi** nella comunità scientifica relativi alla **validità di costruito** di disturbo di personalità nei bambini e negli adolescenti; alle capacità predittive e discriminanti degli **strumenti di screening e diagnosi**; alla **ricerca** e allo **sviluppo di modelli evolutivi integrati**; all'identificazione dei **fattori di rischio** e delle loro co-occorrenze; all'efficacia di un **intervento precoce** sulla sintomatologia predittiva.

4.4 Popolazione e campione

La raccolta degli articoli è stata condotta nel Database **PsycINFO**, Banca dati bibliografica curata dall'APA, *American Psychiatric Association*, che offre accesso alla letteratura internazionale in campo psicologico e alle discipline correlate, quali Psichiatria, Educazione, Economia, Medicina, Scienze infermieristiche, Farmacologia, Diritto, Linguistica e Assistenza sociale. E' una tra le banche dati più utilizzate nella ricerca bibliografica di Psicologia, da medici, ricercatori e studenti, grazie all'ampiezza del contenuto, all'accuratezza dell'indicizzazione e alla copertura temporale. Contiene oltre tre milioni di record bibliografici, dal 1800 ad oggi (indicizzati dal 1967 con l'ausilio del Thesaurus⁶ of Psychological Index Terms), aggiornati settimanalmente (frequenza aggiornamenti: circa 60,000 nuovi record aggiunti ogni anno) e relativi ad articoli di riviste specialistiche, siti web, monografie, tesi e dissertazioni, rapporti tecnici, pubblicati a livello internazionale.

Per ogni documento sono indicati titolo, autore, fonte, **abstract** (non sempre è disponibile l'articolo a testo completo) e numerose altre informazioni (spesso è riportata la bibliografia). PsycINFO è infatti una sorgente SFX: all'interno di ciascun record bibliografico è possibile accedere ad una serie di servizi di documentazione estesa, come l'accesso all'eventuale full-text, il collegamento a database citazioni, il rilevamento dell'impact factor, l'acquisizione di informazioni sugli autori, ricerche in Internet e molto altro⁷.

PsycINFO è consultabile attraverso l'interfaccia di ricerca **Pro Quest**, azienda leader a livello mondiale nel soddisfare l'esigenza di recupero delle informazioni di milioni di ricercatori, nelle biblioteche e nelle istituzioni di tutto il mondo. Essa offre milioni documenti

⁶ Il Thesaurus è un elenco disposto in ordine alfabetico, contenente tutti i termini di disciplina relativi a un singolo database; è utilizzato per classificare e organizzare le informazioni contenute nel database di riferimento (Guida di Pro Quest, <http://brescia.unicatt.it/biblioteca>).

⁷ Informazioni fornite da Sistema Bibliotecario Ateneo, Università Cattolica di Brescia, in "Guida alle risorse elettroniche", Facoltà di Psicologia <http://brescia.unicatt.it/biblioteca>.

provenienti da migliaia di fonti, riguardanti diversi settori di ricerca e aree disciplinari (Arti, Economia, Salute e medicina, Storia, Letteratura e lingue, Scienza e tecnologia, Scienze sociali). Pro Quest consente di accedere a documenti attuali e storici dalle seguenti fonti: quotidiani e settimanali; dissertazioni e tesi (Pro Quest è l'archivio ufficiale delle dissertazioni digitali per la *Library of Congress*⁸) riviste accademiche; trasmissioni televisive e radiofoniche; agenzie di informazioni e comunicati stampa; rendiconti aziendali annuali e sintesi di settore; libri; documenti e archivi ufficiali; mappe.

In Pro Quest è possibile utilizzare diversi metodi di ricerca: semplice, avanzata, tramite riga di comando, ricerca per “dati e rendiconti”, “trova simili”, “consulta citazione”, “necrologi”, ricerca figure e tabelle, ricerca per pubblicazione.

Per il presente lavoro, dopo numerose **prove** e **simulazioni di ricerca**, è stata utilizzata la modalità *ricerca avanzata*, un modulo di ricerca personalizzato con elenchi a discesa per *search field* e *search operator*, per specificare i criteri di ricerca desiderati.

Nella prima riga s'immettono una o più **parole chiave**, nell'apposita casella, quindi si passa all'elenco a discesa relativo ai **campi** di ricerca, frammenti discreti di informazioni *indicizzate*⁹ su singoli documenti, per creare ricerche notevolmente precise. La ricerca di Pro Quest è eseguita in base ai termini immessi nei campi di ricerca selezionati.

La seconda e terza riga del modulo *ricerca avanzata* presentano un menù a discesa di **operatori** di logica booleana e di prossimità (AND, OR, NOT, NEAR/n, PRE/n, EXACT, LNK)¹⁰, che si inseriscono tra i termini di ricerca per specificare le *relazioni* fra loro, indicando a Pro Quest come interpretare ed eseguire la ricerca.

⁸ La Library of Congress (LOC) è la biblioteca di ricerca ufficiale, nonché la più grande istituzione federale degli Stati Uniti, fondata nel 1800, con sede a Washington. Le sue collezioni universali comprendono materiali di ricerca di tutto il mondo in più di 450 lingue (<https://www.loc.gov/about/fascinating-facts/>).

⁹ L'**Indicizzazione** di un documento è un processo editoriale che prevede l'identificazione e la memorizzazione in un database di informazioni specifiche su un documento, ad esempio il titolo, l'autore o l'intestazione argomento. Esempi di **Codici di campo specifici** per **PsycINFO** comunemente utilizzati: **AU** (author); **TI** (title); **AB** (abstract); **IF**(keyword); **FT** (document text); **ALL** (all fields- no full text); **CC** (classification) **SU** (subject heading-all); **MJSUB** (major subject); **LA** (language); **LO** (location); **YE** (publication year) e molti altri (Guida di Pro Quest, <http://brescia.unicatt.it/biblioteca>).

¹⁰ **Descrizione operatori**: AND ricerca documenti contenenti **tutte** le parole o le frasi specificate (**restringe** la ricerca e ottiene un numero inferiore di risultati); OR ricerca documenti contenenti **una**

Procedura - Criteri di inclusione

La raccolta e la selezione del campione d'indagine è avvenuta in due momenti. Nel primo sono state "ragionate" le parole chiave e i campi da utilizzare per la ricerca degli articoli; nel secondo momento il materiale raccolto è stato accuratamente sottoposto ai **criteri di inclusione**, i quali fanno riferimento esclusivamente alla **pertinenza al topic**, in **contenuto** e **fascia d'età**.

1) Fase di screening.

Inizialmente si è pensato di effettuare la ricerca a partire dalle *parole chiave* "disorder*¹¹personality"; "child*"; "adolescenc*"; "antecedents"; ma i risultati ottenuti erano di soli **184 articoli** a fronte di un totale di **10.951 articoli** ottenuti escludendo il termine "antecedents", in tutto il database, che si riducevano a **77 articoli** pubblicati nel periodo 2005-2015.

Quindi si è pensato e condiviso, con i tutor di riferimento, di non limitare il campo d'indagine agli antecedenti infantili dei DP di personalità e di procedere alla verifica di **diverse configurazioni** di ricerca, ragionando sulla *pertinenza* al topic dei contenuti e sui *totali* ottenuti, affinché fosse raccolto un numero soddisfacente di articoli, adeguato ad uno studio bibliometrico preliminare. Sono state considerate 5-6 simulazioni di ricerca con prompt di comandi diversi (combinazioni diverse tra parole chiave, troncamenti, campi e operatori), con un discreto equilibrio in numero di pubblicazioni; mentre il confronto testuale delle prime 20 uscite di ogni simulazione, quelle che hanno un livello di corrispondenza più elevato ai criteri di ricerca specificati, orientava ad una ricerca mirata al "**soggetto principale**" (disturbi di

qualsiasi delle parole o frasi specificate (**estende** la ricerca e ottiene un numero superiore di risultati; NOT ricerca documenti contenenti una delle parole o delle frasi specificate, ma **non** l'altra; NEAR ricerca documenti contenenti due termini di ricerca in **qualsiasi ordine** nell'ambito di un numero definito di parole separate e distinte (**n** viene sostituito da un numero); PRE/n ricerca documenti contenenti un termine di ricerca nell'ambito di un numero di parole che **precedono** un altro termine (**n** viene sostituito con un numero); EXCAT ricerca **termini esatti** e per intero (per eseguire ricerche all'interno di campi specifici); LNK consente di **collegare** un termine descrittore a un sottotitolo (qualificatore) adeguato nella finestra del Thesarurus (Guida di Pro Quest, <http://brescia.unicatt.it/biblioteca>).

¹¹ Il carattere di troncamento (*) viene stato utilizzato per recuperare le variazioni dei termini di ricerca.

personalità). Pertanto si è deciso di utilizzare, per il presente lavoro, la *query* di ricerca così definita: <Disorder* personality AND child*AND adolescen*> nei seguenti *field* di ricerca:

parole chiave → **disorder* personality** in *field* → **MJSUB** (argomento principale)

operator AND → **child*** in *field* → **QUALSIASI CAMPO**

operator AND → **adolescen*** in *field* → **QUALSIASI CAMPO**

Il carattere di troncamento (*) è stato utilizzato per recuperare le variazioni dei termini di ricerca (*disorders, children, childhood, adolescent, adolescence*).

Tutti i database > Scienze sociali database > PsycINFO | Modifica database

PsycINFO

Ricerca semplice Ricerca avanzata Informazioni

Ricerca avanzata Riga di comando Thesaurus Codici di campo Suggerimenti per la ricerca

disorder* personality in Soggetto principale - MJSUB

AND child* in Qualsiasi campo

AND adolescen* in Qualsiasi campo

Aggiungi riga Rimuovi riga

Limita a: Peer reviewed

Figura 3. Schermata di ricerca PsycINFO

I risultati di ricerca ottenuti dal prompt dei comandi sono stati di **2092** articoli, in tutto il database (controllo al 28 luglio 2016).

In seguito sono stati **applicati** i seguenti **limiti** di ricerca disponibili in Pro Quest, vale a dire i filtri necessari per raffinare la ricerca, focalizzare meglio l'argomento e ricavare i record più pertinenti:

-casella di controllo tipo di **fonte** (solo documenti acquisiti da **riviste accademiche**, no libri, dissertazioni, tesi) → totale articoli = **1668**;

-casella di controllo **peer reviewed** (solo documenti sottoposti a revisione dei pari) → totale articoli = **1598**;

-casella di controllo **periodo** (per restringere l'ambito della ricerca a documenti pubblicati dal 1 gennaio 2005 al 31 dicembre 2015) → totale articoli = **873**;

-casella di controllo **lingua** (per restringere l'ambito della ricerca a documenti redatti in *inglese, italiano, francese, spagnolo, tedesco*) → totale articoli = **813**;

-casella di controllo tipo di **record** (solo **articoli scientifici**, no comment reply, review book, editorial, letter, column opinion, erratum/correction, obituary, reprint)→ totale articoli = **767**(Figura 2).

Pro Quest permette di memorizzare e salvare documenti e ricerche attraverso la creazione di un *account* "Ricerche personali", dove sono stati salvati in **ordine cronologico** ed esportati in file RTF, tutti gli articoli, anno per anno, della presente indagine.

Nota: sono stati salvati **765 articoli**, due del totale evidentemente sono stati eliminati dal database PsycINFO in periodo successivo alla ricerca del materiale (controllo al 29 settembre 2016).

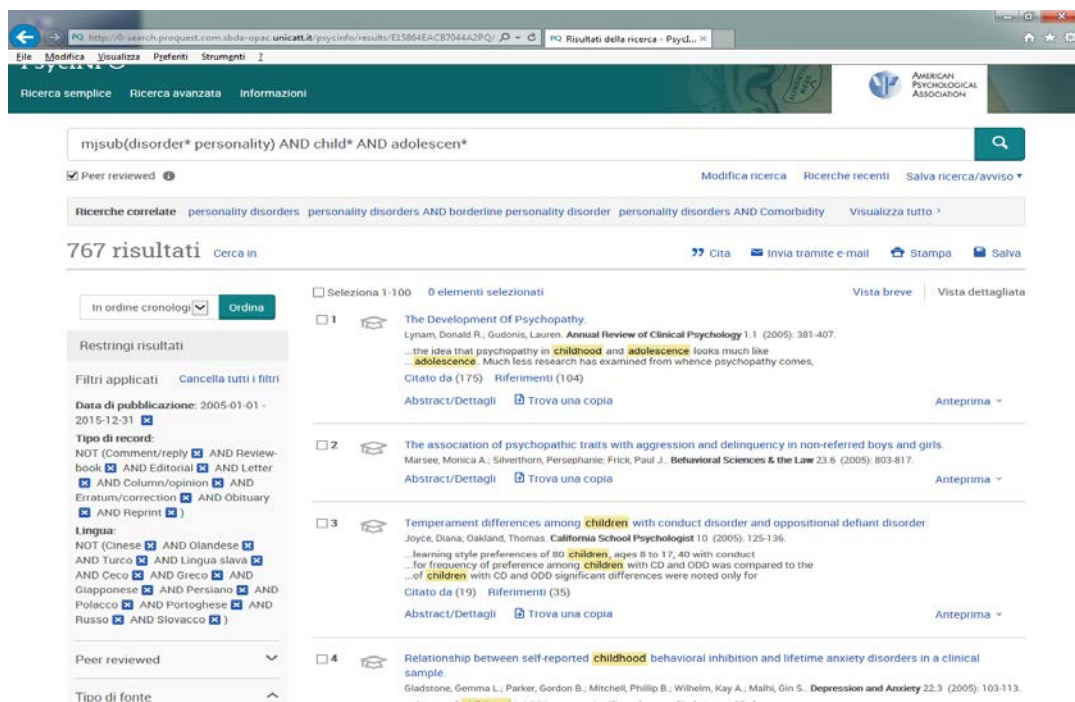


Figura 4. Schermata risultati PsycINFO.

Con la stessa procedura, sono stati trovati **601** articoli peer reviewed, nel periodo 1931-2004, vale a dire nel periodo precedente allo span temporale utilizzato per questa indagine. Il materiale è stato utilizzato per studio e approfondimento dello *Stato dell'arte* sui Disturbi di Personalità in età evolutiva .

2) Fase di selezione.

In una **successiva fase di screenig**, nel rispetto del criterio della pertinenza al topic, dal totale del materiale raccolto sono stati **inclusi** solo gli articoli che l'applicazione di ricerca Pro Quest presenta con il *soggetto* "**Personalty Disorders**" tra i "**principali**", e che fanno riferimento a studi che coinvolgono prevalentemente **range di età** fino alla tarda adolescenza (17-18 yrs).

Pertanto si è proceduto, parallelamente alla verifica dei *reports information* di Pro Quest, che forniscono i dati sui soggetti di studio e sulla fascia d'età coinvolta, anche alla prima lettura più accurata del titolo, delle parole chiave e dell'abstract, dove dovevano essere menzionati i termini "child*; adolescen*; disorders personality" e *fans*. Quindi sono state cercate ed evidenziate nei testi le parole-frasi:

-*"ragazzi /giovani studenti/ minorenni/ minori di anni/ di scuole elementari/medie/superiori"*; *"età/ periodo scolastico"*; *"pubertà"*; *"periodo puberale"*; *"età pre-puberale"*; *età pediatrica*; etc.

-*"personalità/ tratti di personalità patologica"*; *"tratti psicotici"*; *"psicotipia"*; *"personalità psicopatica-o"*; *"patogenesi"*; *"tratti/ comportamento-i antisociale-i, borderline, istrionico-i, schizotipico-i; narcisistico-i", evitante, dipendente"*; *"schizotipia"*; *"narcisismo"*; etc.

Così sono stati **esclusi**:

- tutti gli articoli **non pertinenti al topic**, vale a dire quelle ricerche che riguardavano "principalmente" soggetti diversi, quali specifiche psicopatologie evolutive (disordini alimentari, ansia, depressione, disturbo bipolare, disturbi di condotta, disturbo oppositivo di condotta etc.) anche se correlate a specifici tratti di personalità. Questo tipo di articolo è stato considerato (e incluso) solo se negli studi sono stati indagati *l'associazione predittiva* di queste patologie ad uno specifico disturbo di personalità (esempio, disturbo di condotta precursore di disturbo antisociale di personalità) o viceversa (esempio, disturbo di personalità schizotipico predittore di schizofrenia), *la comorbilità* e la *psicopatologia parentale* come vulnerabilità alle diagnosi di disturbo di personalità ("disorder* personality" tra i soggetti secondari di Pro Quest).

-tutti gli articoli che si riferiscono a ricerche su **campioni allargati** all'età adulta o alla giovane età adulta, a meno che non si indagassero gli *antecedenti infantili* dei disturbi di personalità dei soggetti, fra i quali *gli stili di attaccamento parentale*, quindi nel titolo, nelle

parole chiave nell'abstract dovevano essere contenuti comunque i termini “*antecedents*”, “*child**” e “*adolescent**” o fans, termini che fanno riferimento all'esordio, quali ad esempio “*insorgenza*”/“*esordio precoce*”; termini che facevano riferimento alle vulnerabilità parentali o ai genitori indagati nei disturbi dei loro figli; etc.

Di seguito vengono riportati esempi di inclusione/esclusione dal campione (figure 5, 6, 7).

Esempio 1

Abstract (English): The authors examined the association between the presence of personality variables implicated in the pathogenesis of eating disorders and the presence of eating disorder symptoms in 51 women with type 1 diabetes. Subjects were assessed with interview instruments and self-report questionnaires, including scales measuring eating disorder symptoms, borderline personality characteristics, and perfectionism. Fourteen subjects displayed moderate to severe eating disorder symptoms. Perfectionism was related to attitudinal aspects of eating disorders (e.g., weight preoccupation), and borderline personality characteristics were related to disordered behaviors (e.g., insulin omission) and poor glycemic control. The results suggest that personality factors are related to disordered eating and poor glycemic control in diabetic women. (PsycINFO Database Record (c) 2016 APA, all rights reserved)(journal abstract)

Collegamenti: [Check for full text via WebBridge](#)

Soggetto: Diabetes Mellitus (principale); Eating Disorders (principale); Etiology (principale); Personality Traits (principale); Symptoms (principale); Borderline Personality Disorder; Human Females; Perfectionism;

Classificazione: 3200: Psychological & Physical Disorders

Età: Childhood (birth-12 yrs) School Age (6-12 yrs) Adolescence (13-17 yrs) Adulthood (18 yrs & older) Young Adulthood (18-29 yrs)

Popolazione: Human Female

Località: Canada

Identificativo (parola chiave): personality factors disordered eating young women Type 1 diabetes mellitus pathogenesis borderline personality characteristics perfectionism

Verifica e misurazione: Diagnostic Survey for Eating Disorders, Neurotic Perfectionism Questionnaire, Eysenck Personality Inventory, Eating Disorder Inventory, Multidimensional Perfectionism Scale

Figura 5. Esempio 1 di inclusione/esclusione campione

I

n

questo caso l'articolo fa riferimento a patologia di Diabetes Mellitus e a Disturbi alimentari; pur essendo questi disturbi correlati a tratti di personalità borderline, il soggetto “ Borderline Personality Disorder” non è tra i “principali”; inoltre il campione di studio è allargato all'età adulta, pertanto il **livello di pertinenza al topic è basso**.

Esempio 2.

of preference among children with CD and ODD was compared to the frequency of preference typically found in the general population. When comparing the strength of temperament preferences of children with CD and ODD significant differences were noted only for Practical-Imaginative styles. Children with ODD displayed a stronger preference for acquiring and assessing new information in Practical styles than did children with CD. Students with CD or ODD did not differ significantly for strength of preference on Extroverted-Introverted, Thinking-Feeling, and Organized-Flexible styles. When comparing the frequency of temperament preferences of children with CD and ODD to preference rates found in the general population, significant differences were noted only for children with ODD. They more often indicated a preference for Practical and Thinking styles. (PsycINFO Database Record (c) 2016 APA, all rights reserved)(journal abstract)

Collegamenti: [Check for full text via WebBridge](#)

Soggetto: Cognitive Style (principale); Conduct Disorder (principale); Oppositional Defiant Disorder (principale); Personality (principale); Educational Psychology;

Classificazione: 3230: Behavior Disorders & Antisocial Behavior

Età: Childhood (birth-12 yrs) School Age (6-12 yrs) Adolescence (13-17 yrs)

Popolazione: Human Male Female

Località: US

Identificativo (parola chiave): temperament differences conduct disorder oppositional defiant disorder learning style preferences school age children adolescents

Verifica e misurazione: Values Inventory, Myers-Briggs Type Indicator, Student Styles Questionnaire

Figura 6. Esempio 2 di inclusione/esclusione campione

In questo caso lo studio, pur se implica un campione di bambini e adolescenti, con tratti di personalità specifici, tratta principalmente di stili cognitivi e disturbi di condotta e oppositivo provocatorio. Il **livello di pertinenza al topic è basso**.

Esempio 3

Conclusions Personality disorder can be reliably measured in adolescence and showed high prevalence in this clinical self-harm sample. Controlling for other variables, it showed a strong independent association with self-harm severity at referral and predicted adherence to treatment and clinical outcomes (independent of treatment) over 1 year. Consideration of personality disorder diagnosis is indicated in the assessment and management of adolescents who repeatedly self-harm. (PsycINFO Database Record (c) 2016 APA, all rights reserved)(journal abstract)

Collegamenti: [Check for full text via WebBridge](#)

Soggetto: Adolescent Psychiatry (principale); Borderline Personality Disorder (principale); Self-Injurious Behavior (principale); Major Depression; Personality;

Classificazione: 3230: Behavior Disorders & Antisocial Behavior

Età: Childhood (birth-12 yrs) School Age (6-12 yrs) Adolescence (13-17 yrs)

Popolazione: Human Male Female

Località: United Kingdom

Identificativo (parola chiave): personality disorder adolescent self-harm psychopathology

Verifica e misurazione: Moods and Feelings Questionnaire, Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Suicidal Ideation Questionnaire

Figura 7. Esempio 3 di inclusione/esclusione campione

In questo caso il Disturbo Borderline di Personalità è il soggetto principale di studio, su campione infanzia e adolescenza. L'articolo è **pertinente al topic**.

Nota: la scelta di procedere nelle fasi di screening descritte è stata necessaria nel merito della pertinenza, in quanto quella che poteva sembrare la più facile e veloce, vale a dire l'utilizzo della *query* di ricerca <Disorder* personality AND child*AND adolescen* > nei field di ricerca MJSUB (argomento principale) per tutte le parole chiave, pensata inizialmente per mirare al topic, ha prodotto un totale di soli **66** risultati, quindi è stata scartata.

Anche la scelta di usare i termini <Disorder* personality> sciolti, rispetto alla stringa <“Disorder* personality” >, è stata fatta per avere un numero maggiore di articoli (mettendo le virgolette si ottenevano infatti solo **97** risultati).

Così procedendo, con l'accordo del secondo valutatore, Prof.ssa Marina Giampietro, si è ottenuto il **campione** rappresentativo dell'indagine bibliometrica, per un totale di **480** articoli, pari al 63% del materiale visualizzato.

TABELLA RIASSUNTIVA TOTALE ARTICOLI
SPAN TEMPORALE 2005-2015

Tabella 3. SEGMENTAZIONE DELLE UNITA' DI ANALISI

	TIPOGOGIA PUBBLICAZIONE		Tot ale
	TEORI CO	EMPIRI CO	
2005	7	31	38
2006	3	36	39
2007	3	33	36
2008	5	26	31
2009	15	34	49
2010	9	28	37
2011	5	31	36
2012	5	35	40
2013	10	45	55
2014	9	64	73
2015	13	33	46
Totale	84	396	480

Il campione è costituito da un totale di **396** studi **empirici** e **84** studi **teorici** (revisioni letterarie, revisioni sistematiche, meta analisi comprese).

4.5 Strumenti

Lo strumento utilizzato per la ricerca è stato predisposto ad *hoc* per registrare i dati del materiale raccolto. Trattasi di una **scheda** (vedi Allegato 2), contenente le variabili prese in considerazione per l'analisi bibliometrica, duplicata in 480 copie, compilate manualmente, articolo per articolo.

Esso è frutto di una definizione in itinere, guidata e condivisa dalla collaborazione del Prof. Florencio Castro e della tutor alla ricerca, Prof.ssa Marina Giampietro, a partire dalla bozza progettuale iniziale, dalle disponibilità delle informazioni reperite (dai testi e dai reports information di Pro Quest) e tenuto conto delle funzionalità, di inserimento e analisi, del programma utilizzato per la successiva costruzione di un database, vista la considerevole quantità di dati da trattare (per autori, riviste, istituzioni, risultati di ricerca).

Le variabili, decodificate secondo modalità di risposta dicotomiche e politomiche¹², sono state organizzate entro le seguenti **aree di indagine**:

Variabili trasversali alla ricerca. Comprendono tutte le informazioni di carattere generale, relative a:

➤ *Titolo*. Il titolo nelle pubblicazioni scientifiche è una delle parti, insieme all'abstract, più importanti dell'articolo. Esso costituisce la presentazione, la facciata del lavoro ed è la prima cosa che viene letta da editori e lettori, rappresentando la chiave d'accesso all'articolo (De Castro, 2014), in quanto fornisce, in una frase, la **sintesi di ciò che l'articolo andrà a trattare**. L'elenco completo dei 480 titoli viene allegato (Allegato 1).

➤ *Parole titolo*. Questa variabile è stata creata per avere un **risultato immediato sulla popolazione a cui vengono rivolti in maggioranza gli studi**, a partire dalla lettura delle parole "*child*" e "*adolescent*", contenute nel titolo dell'articolo, se presenti, singolarmente o insieme.

¹² Le modalità dicotomiche hanno due stati rispetto variabile; quelle politomiche hanno più di due stati.

➤ *Citazioni.* È il **numero di citazioni avute dall'articolo**. Per questa ricerca sono stati considerati i dati citazionali di Pro Quest (ultimo controllo il 28 ottobre 2016). Il dato è *l'indice di impatto* del tema dei *disturbi di personalità* nella comunità scientifica.

➤ *Numero autori.* È il numero degli autori che hanno lavorato all'articolo (valori fino a “più di 4 autori”).

➤ *Nome dell'autore.* Viene considerata la **prima firma** di ogni articolo (nome in testa all'articolo), usualmente inteso come l'autore principale, colui che ha apportato il contributo maggiore alla ricerca. L'ordine in cui gli autori sono indicati nell'articolo è oggetto di polemiche e controversie nella comunità scientifica. In molte discipline spesso si considera l'ultimo autore come il più prestigioso, in quanto molte volte si tratta del coordinatore del gruppo di ricerca, mentre gli altri sono indicati in ordine decrescente rispetto al loro contributo. Chi non concorda con questa prassi vigente esplicita espressamente con clausole quali: “*tutti gli autori hanno contribuito egualmente*” oppure “*gli autori sono elencati in ordine alfabetico*”, soprattutto per articoli sperimentali di una certa complessità, la cui realizzazione richiede il contributo di più persone. Ampie collaborazioni sono poco comuni in articoli teorici e di rassegna (Ghirlanda, 2004). Per questa ricerca si è scelto di considerare la prima firma dell'articolo, come è in uso comune, anche per poter facilmente *conteggiare* il dato, successivamente, in analisi. Nell'allegato 1 (Elenco titoli) sono indicati tutti gli autori.

➤ *Tipologia di istituzione.* Descrive la **provenienza istituzionale degli autori**. Questa variabile ci informa se l'autore appartiene istituzionalmente ad ambiti *accademici* o *clinici*. I dati si riferiscono ovviamente alla prima firma indicata nell'articolo.

➤ *Istituzione.* Viene indicato il **nome dell'istituzione** da cui proviene il primo autore. Quando la stessa denominazione istituzionale era dichiarata dagli autori con dicitura diversa, o riportata da Pro Quest in modo incompleto, tradotto erroneamente o contenente errori tipografici, sono state apportate correzioni manuali in modo che in analisi fosse conteggiata una volta sola.

➤ *Paese*. Riguarda l'**area geografica** al quale l'autore afferisce (il paese che gli autori dichiarano nelle loro firme istituzionali).

➤ *Rivista*. È il nome del **titolo di pubblicazione** dell'articolo. Il dato è indice di *impatto e diffusione* del tema dei disturbi di personalità nella comunità scientifica. Si procederà alla verifica dell'**impact factor** della rivista che ospita il maggior numero di pubblicazioni sul tema.

➤ *Anno di pubblicazione*. Viene considerato lo **span temporale** dal **2005** (per intero) al **2015** compreso (totale undici anni).

➤ *Lingua*. Sono stati inclusi solo gli articoli pubblicati in **inglese, spagnolo, italiano, tedesco, francese** (il numero esiguo di articoli pubblicati in altre lingue e le difficoltà di traduzione degli stessi ha determinato l'esclusione delle altre lingue). Il dato è indice di *impatto e diffusione* del tema dei *disturbi di personalità* nella comunità scientifica.

➤ *Tipologia di pubblicazione*. Si distingue il materiale raccolto in: articoli *teorici e rassegne*; articoli di *ricerca empirica*. Il dato è indice di *produttività* sul tema dei *disturbi di personalità* nella comunità scientifica.

Variabili di strategia di ricerca (articoli empirici).

Per queste variabili sono stati considerati i **criteri** e le **indicizzazioni** di **Pro Quest**.

➤ *Variabile Popolazione*. Variabile che distingue gli studi sul **genere** dei soggetti implicati nelle indagini (*maschio, femmina, misto*).

➤ *Variabile Età*. Variabile che distingue la fascia di età indagata nelle ricerche (*infancy 2-23mo; childhood: birth-12 years; preschool age 2-5years; school age 6-12 years; adolescence 13-17 years; young adult 18-29 years; misto; altro*). Come è stato scritto precedentemente, sono stati considerati prevalentemente gli studi che vedevano coinvolti range di età **fino alla tarda adolescenza** (17-18 yrs).

➤ *Variabile Ampiezza campionaria*. Variabile che distingue i **numero dei soggetti** del campione implicato nelle indagini (*inferiore a 100 soggetti; da 101 a 300*;

da 301 a 500; da 501 a 700; da 701 a 1000; superiore a 1000 soggetti, dato non presente nell'abstract).

➤ *Variabile Metodologia di ricerca.* Sono state considerate le seguenti **tipologie di metodi di ricerca**, come indicizzato da Pro Quest per PsychINFO:

Brain imaging; Clinical trial; Esito trattamento/sperimentazione clinica; Focus group; Intervista; Metanalisi; Metasynthesis; Modello matematico; Replica sperimentale; Revisione sistematica; Revisione letteraria; Studio di caso clinico; Studio di caso non clinico; Follow-up study; Studio empirico; Longitudinal study; Studio in prospettiva; Studio quantitativo; Studio retrospettivo; Studio qualitativo; Studio sui gemelli; Studio sul campo; Treatment outcome. Le revisioni letterarie e sistematiche sono state conteggiate tra gli articoli teorici.

➤ *Variabile Tipologia di strumento somministrato.* Gli strumenti vengono distinti in: **questionari; test; interviste; colloqui clinici; misto.**

Variabili di analisi testuale

➤ *Variabile Modello teorico di riferimento.* Questa variabile è stata una delle più complesse da monitorare in quanto non sempre si riesce a dedurre dall'abstract la teoria sottostante il lavoro di ricerca. A meno che non venga chiaramente indicato qualche riferimento teorico nel riassunto, il dato registrato rimane interpretativo e induttivo, anche laddove si procede alla lettura del full text e ad altre strategie di supporto per il riconoscimento del dato, utilizzate dal ricercatore (biografia dell'autore, documentazione sulle istituzioni di appartenenza, valutazione degli strumenti di indagine somministrati). Per questa condizione, ripresa nella sezione "Limiti di studio", cap. 7 paragrafo 2, si è previsto pertanto il valore "*teoria non deducibile dall'abstract*", ovviando all'inesattezza del dato. Dove è stato possibile procedere alla registrazione del dato, sono state prese in considerazione le principali teorie sui disturbi di personalità, approfondite nel primo capitolo: **modelli descrittivi - sintomatologici -categoriali - ateorici** (fanno riferimento prevalentemente al DSM fino alla quarta versione rivista); **modelli psicodinamici; modello bio- psicosociale; teorie cognitive e comportamentali; teorie dell'attaccamento** e suoi sviluppi (**mentalizzazione**); **teorie dei tratti, dei fattori e altri modelli dimensionali; teorie biologiche, neurobiologiche, neuro comportamentali** (contributi delle Neuroscienze).

➤ *Variabile Gruppo tematico.* Questa variabile inquadra il filone tematico principale di studio. Sono stati individuati **3 cluster tematici** per classificare gli articoli:

1) *Natura e comprensione eziologica della patologia di personalità.* Questi studi si concentrano su: costrutti, prospettive teoriche; definizioni-classificazioni tassonomiche dei disturbi di personalità, caratteristiche, profili-ritratti coerenti di disturbo; tassi di prevalenza nella popolazione generale e clinica; esordio; continuità clinico-evolutiva; decorso clinico; sperimentazione, validazione concorrente, predittiva e discriminante degli strumenti diagnostici.

2) *Variabili predittive relative al disturbo.* In questo gruppo sono stati inseriti gli articoli che individuano sintomi, pattern disadattivi; comportamenti predittivi, fattori di rischio ambientale predisponenti, vulnerabilità genetiche-biologiche, psicopatologia parentale. In considerazione del fatto che la maggior parte degli studi è correlazionale, in questa categoria sono compresi gli articoli che trattano comorbidità DP e/o associazione a diverse patologie (disturbi di ansia; depressione; disturbi alimentari, schizofrenia, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo di condotta, adhd...), nonché gli studi che prendono in esame i legami tra diagnosi di DP/comportamenti predittivi/tratti di personalità patologica e disgregazione sociale (disturbi relazionali-sociali; rischio suicidario; uso di sostanze; delinquenza; fallimento scolastico).

3) *Prevenzione e trattamento terapeutico.* Questi studi si concentrano sui programmi di prevenzione, sull'efficacia dei trattamenti somministrati e sulle problematiche riscontrate per il trattamento.

➤ *Variabile Argomento prevalente gruppo 1.* Variabile che indentifica l'**argomento** del gruppo "*Natura e comprensione eziologica della patologia di personalità*" **prevalentemente indagato** nell'articolo:

1 **costrutti**: definizione/validità/condivisione/confronto di costrutti;

2 **prospettive teoriche**: sviluppo/confronto/ricerca di modelli integrati;

3 **definizioni-classificazioni tassonomiche**;

4 **esordio - criteri diagnostici** per disturbo specifico - **caratteristiche** - profili - ritratti coerenti di disturbo/ **uguaglianza criteri con età adulta/ differenze fra caratteristiche** di disturbo;

5 **tassi di prevalenza**;

6 **continuità** clinico-evolutiva/**stabilità** dei sintomi;

7 **decorso clinico**: diminuzione/peggioramento dei sintomi/ripercussione sul funzionamento sociale/cognitivo;

8 affidabilità **assessment**: sperimentare-validare strumenti diagnostici;

9 confronto **efficacia** rilevata **strumenti diagnostici**.

➤ *Variabile Argomento prevalente gruppo 2*. Variabile che indentifica l'**argomento** del gruppo “*Variabili predittive relative al disturbo*” **prevalentemente indagato** nell'articolo:

1 **sintomi/pattern disadattivi/comportamenti predittivi DP**;

2 fattori di **rischio ambientale** (abusi, trascuratezza, maltrattamenti, stili di attaccamento, struttura familiare: un genitore/figlio unico, stile educativo, uso di sostanze; alcool);

3 fattori di **rischio vulnerabilità genetiche**-biologiche-neurologiche; **differenze di genere**;

4 fattore di **rischio psiopatologia parentale**;

5 **comorbilità dp/altre patologie** (depressione, schizofrenia, ansia, disturbi alimentari ...);

6 **associazione** diagnosi DP/comportamenti predittivi/tratti di personalità patologica **a disgregazione sociale; differenze di genere**;

7 **associazione** predittiva tratti patologici ad **altri disturbi** (depressione, schizofrenia, ansia, disturbi alimentari, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo di condotta, disturbo Adhd) e viceversa/**accordo criteri diagnostici DP - altre patologie /DP precursori di altre patologie**;

8 **co-occorrenti** (comorbilità + ambientali; comorbilità + psicopatologia parentale; comorbilità + vulnerabilità genetica; ambientali + associazione ad altri disturbi);

➤ *Variabile Argomento prevalente gruppo 3*. Variabile che indentifica l'**argomento** del gruppo “*Prevenzione e trattamento terapeutico*” **prevalentemente indagato** nell'articolo:

1 sperimentare **efficacia trattamenti** terapeutici (su DP o su alcuni sintomi associati ai DP);

2 **confrontare** più **trattamenti** terapeutici;

3 **problematiche** relative al trattamento e alla prevenzione;

4 **benefici** trattamento precoce;

5 dialogo tra ricerca e trattamento.

Variabile Risultati di ricerca. Le informazioni relative al **principale e più rilevante risultato di ogni singola ricerca** sono state parafrasate e riportate su *tabelle di estrapolazione dati*, che hanno permesso di creare la “mappatura” degli argomenti prevalenti per gruppi tematici e la registrazione del dato corrispondente nelle *Variabili Argomento prevalente gruppo 1, 2 e 3*. Successivamente sono state raccolte, per gruppo tematico, anno per anno, e commentate nei “Risultati” del presente lavoro.

4.6 Procedimento

Una volta schedati tutti gli articoli, è stata costruita una matrice con il programma **SPSS Statistics v20** (Statistical Package for Social Science), dove sono stati riportati tutti i dati raccolti.

Laddove è stato ritenuto opportuno le **variabili** sono state **codificate** (parole titolo, n. autori, tipologia di istituzione, paese, anno di pubblicazione, lingua, tipologia di pubblicazione, modello teorico, variabili di strategie di ricerca, gruppo tematico, argomenti prevalenti). I nomi degli autori, delle riviste, delle istituzioni di appartenenza degli autori e le parafrasi dei risultati principali di ricerca, sono stati inseriti come **variabili stringa**, per le quali risultava complesso eseguire una ricodifica numerica, ma era possibile comunque procedere al conteggio e alla classificazione. Le citazioni ricevute per ogni articolo sono state inserite con il numero corrispondente (*type* numerico, decimali 0).

Una volta “sgrigliati” tutti gli articoli si è proceduto al trattamento preliminare dei dati:

- pulizia: controllo e correzione di errori e anomalie (dati mancanti);

- scala di correzione dello strumento utilizzato¹³: successivamente alla declinazione dei filoni tematici per argomenti, è stata creata nella matrice la *Variabile GRargomento*, per vedere **come questi si distribuiscono** nei vari gruppi. I valori alla variabile (livello di misurazione: scala) sono rappresentati da numeri a due cifre, la prima indica il gruppo tematico (GR), la seconda indica l’argomento corrispondente (es. 12,00 = *Natura e comprensione eziologica della patologia di personalità/prospettive teoriche*). In questo modo è stato possibile conoscere le frequenze per ogni aspetto indagato e incrociare i dati con le altre variabili.

¹³ In linguaggio statistico è una procedura che raggruppa variabili identificate e crea una nuova variabile che riporta la somma delle loro risposte.

4.7 Trattamento statistico dei dati

Le variabili di questa ricerca sono di tipo **categoriale** (i valori rappresentano identificazioni prive di ordinamento intrinseco¹⁴) pertanto si è proceduto ad **analisi statistiche descrittive**: *frequenze*¹⁵ e *analisi bivariata* (studio delle relazioni fra variabili, in questo caso, con obiettivi meramente descrittivi).

Sono state ottenute le **frequenze** di tutte le **variabili trasversali** (parole titolo, citazioni, n. autori, autori, tipologia di istituzione, paese, rivista, anno di pubblicazione, lingua, tipologia di pubblicazione, modello teorico di riferimento, gruppo tematico, Gargomento) e le **rappresentazioni grafiche** della loro distribuzione.

Delle **citazioni** ottenute dagli articoli sono state anche analizzate le statistiche (**medie e deviazione standard**).

Con il comando *Select Cases* (della sezione Dati) sono stati distinti gli articoli **teorici** e quelli **empirici** e ottenute le **rispettive frequenze** e le **rappresentazioni grafiche** per il confronto dei loro risultati.

Successivamente, si è proceduto agli *incroci* più significativi di specifiche variabili, tramite **Tavole di contingenza**, tabelle di frequenza a doppia entrata in cui vengono incrociate due o più variabili qualitative, per il calcolo statistico della loro *associazione* (Gallucci, Leone, Perugini, 1999).

Alle frequenze incrociate è stato applicato il **test χ^2** (Chi-square), tecnica di inferenza statistica per la verifica della *indipendenza* delle distribuzioni delle variabili prese in esame. Lo scopo principale del Chi-square è quello di verificare le differenze tra valori osservati e valori

¹⁴ “La scala nominale è il tipo più semplice di misurazione e consiste nel definire una variabile mediante una classificazione in categorie (o classi) non ordinabili che saranno il più omogenee possibili. Essa si basa sulla più semplice proprietà di numerazione, ossia l’identificazione. I numeri in questo tipo di scala hanno come unico scopo quello di individuare e classificare gli oggetti o gli eventi a cui essi sono assegnati, per cui non è possibile stabilire un ordine [...]. Le operazioni statistiche possibili sono il calcolo delle frequenze, i diagrammi a barre, le tabelle di contingenza e l’analisi delle corrispondenze” ([Le scale di misurazione - qualitativa.gov.it](http://www.istat.it/it/strumenti-di-misurazione-qualitativa)).

¹⁵ “Quando si parla di *frequenza* si intende il numero delle volte in cui si verifica un determinato «evento» in un gruppo di altri eventi”, (Ercolani, Areni e Leone, 2008, pag. 39).

teorici (generalmente chiamati “attesi”) e di effettuare un’inferenza sul *grado di scostamento* fra i due (Rossi, 2004).Viene dunque interpretato in termini di *significatività*¹⁶, dando informazioni sulla probabilità che tali scostamenti siano dovuti al caso oppure alla presenza di un’associazione tra le variabili.

Sono stati analizzati gli **indici di associazione** delle seguenti variabili:

- Anno di pubblicazione * **Tipologia di pubblicazione**
- Area geografica al quale l’autore afferisce * **Tipologia di pubblicazione**
- Nome dell’istituzione al quale l’autore afferisce* **Tipologia di pubblicazione**
- **Parole associate al titolo** * **Popolazione (femmina maschio misto)**
- Area geografica dell’istituzione al quale l’autore afferisce * **Filoni tematici principali**
- Anno di pubblicazione * **Filoni tematici principali**
- Modello teorico sottostante alla ricerca* **Filoni tematici principali**
- **Temi Argomenti*** Anno di pubblicazione.

I dati delle stringhe “**Risultati di ricerca**” sono stati raccolti e commentati all’interno della sezione *Risultati* del presente lavoro.

¹⁶ Indice di significatività Sig.asint. (2 vie): Inferiore a 0,05: è significativo; Superiore a 0,05: NON significativo (Gallucci, Leone, Perugini, 1999).

CAPITOLO V: RISULTATI

5.1 Riepilogolo generale sul materiale raccolto

Nel Database PsycINFO, a partire dalle parole chiave “*disorder* personality –child-adolescen**” sono stati trovati **10.951** articoli.

Al 28 luglio 2016 la *query* di ricerca: <Disorder* personality AND child*AND adolescen*> ha ottenuto **2092** risultati.

L'applicazione dei *filtri* di ricerca, funzionali al presente lavoro (*tipo di fonte; peer reviewed; periodo; lingua; tipo di record*) ha ottenuto un totale di **765** articoli.

Con la stessa procedura, sono stati trovati **601** articoli peer reviewed, nel periodo 1931-2004, precedente allo span temporale utilizzato per questa indagine (**469** studi **empirici** e **129** studi **teorici**).

L'*analisi testuale* e l'applicazione dei *criteri di inclusione* (pertinenza al topic, in contenuto e fascia d'età) sulla popolazione, hanno ottenuto il **campione** rappresentativo di questa indagine bibliometrica, un totale di **480** articoli, pari al 63% del materiale raccolto.

5.2 Presentazione generale degli articoli

Frequenze, Grafici a barre, Crosstabs e Test Chi²

Tabella 4. Tipologia di pubblicazione

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
EMPIRICO	396	82,5	82,5	82,5
TEORICO	84	17,5	17,5	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

La maggioranza degli articoli presi in esame è costituita per l'**82,5%** da ricerche **empiriche**, per un numero di **396** articoli; il restante **17,5%** è costituito da **84** studi **teorici**.

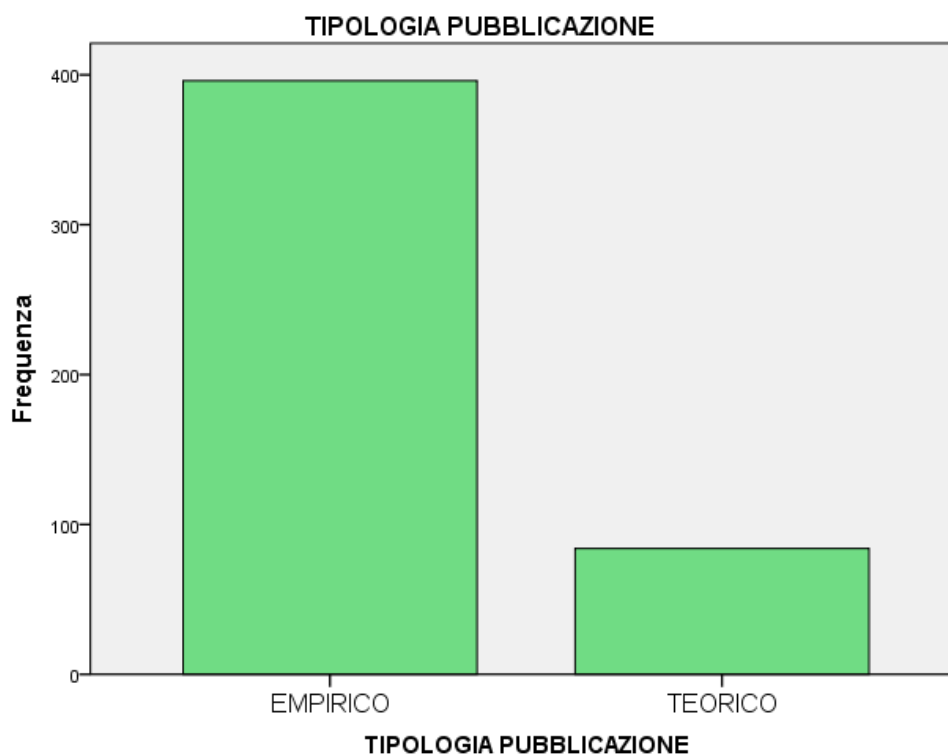


Figura 8. Grafico Tipologia di articolo

Tabella 5. LINGUA DELL' ARTICOLO (INGLESE, SPAGNOLO, ITALIANO, TEDESCO, FRANCESE) conteggio decrescente

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi INGLESE	465	96,9	96,9	96,9
FRANCESE	7	1,5	1,5	98,3
ITALIANO	5	1,0	1,0	99,4
SPAGNOLO	3	,6	,6	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

Gli articoli nella loro quasi totalità sono pubblicati in lingua **inglese (96,9%)**.

LINGUA DELL' ARTICOLO (INGLESE, SPAGNOLO, ITALIANO, TEDESCO, FRANCESE)

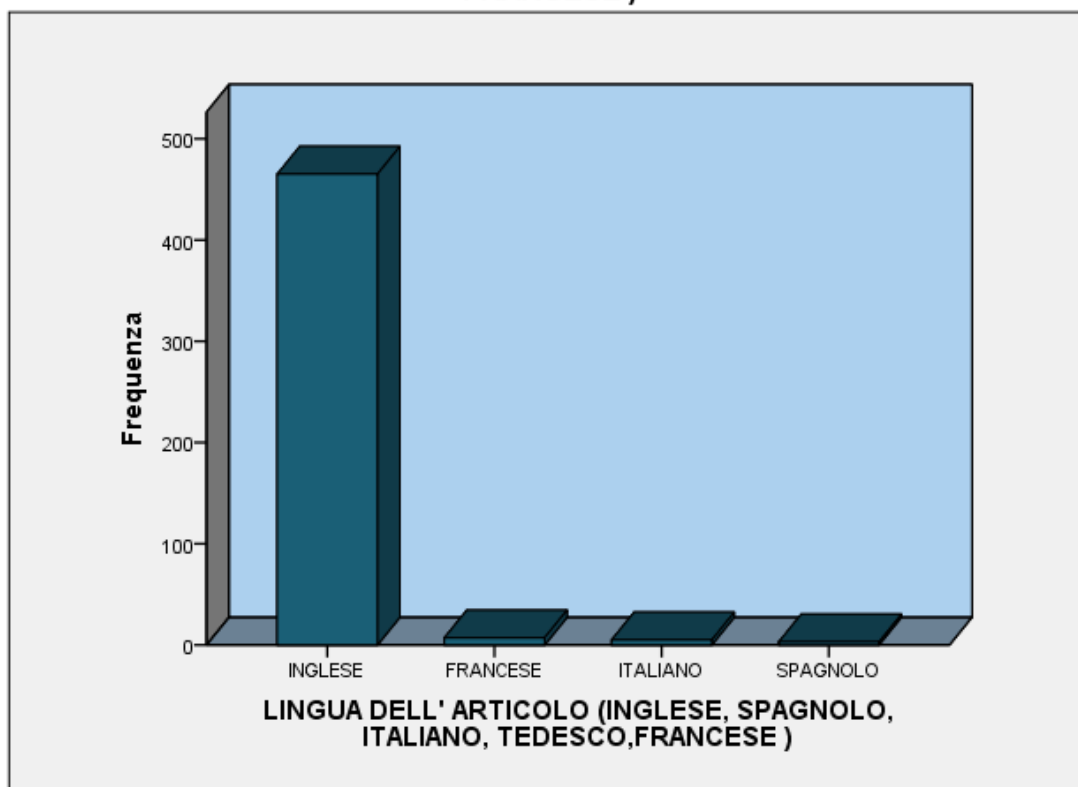


Figura 9. Grafico Lingua di pubblicazione

Tabella 6. ANNO DI PUBBLICAZIONE

conteggio decrescente

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi 2014	73	15,2	15,2	15,2
2013	55	11,5	11,5	26,7
2009	49	10,2	10,2	36,9
2015	46	9,6	9,6	46,5
2012	40	8,3	8,3	54,8
2006	39	8,1	8,1	62,9
2005	38	7,9	7,9	70,8
2010'	37	7,7	7,7	78,5
2007	36	7,5	7,5	86,0
2011	36	7,5	7,5	93,5
2008	31	6,5	6,5	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

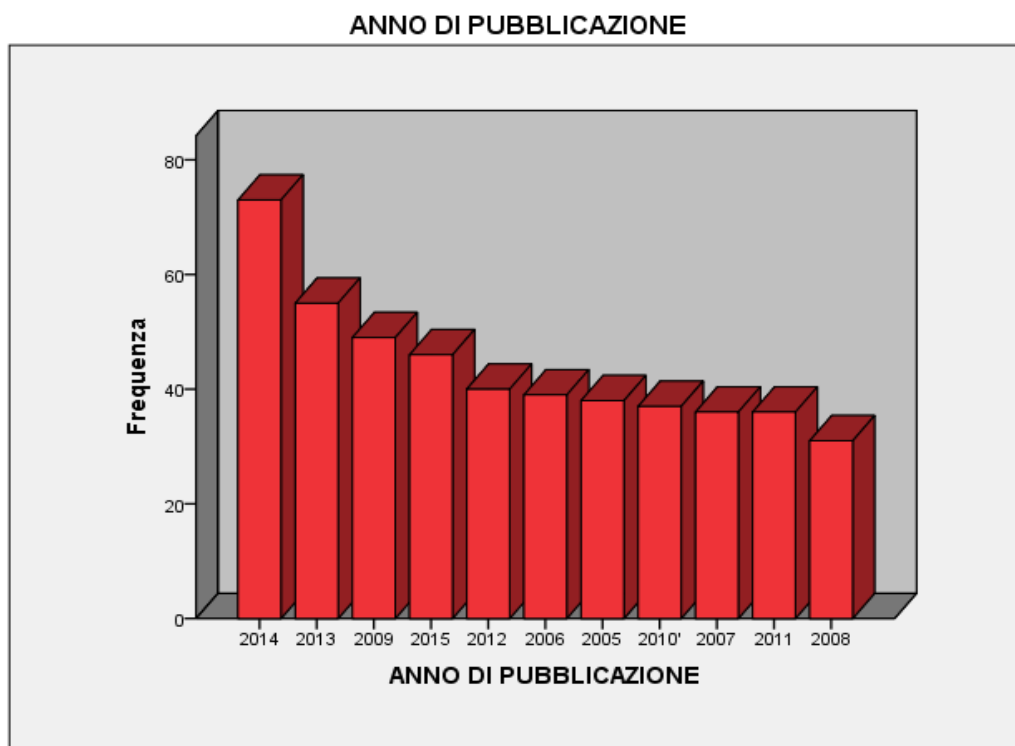


Figura 10. Grafico Anno di pubblicazione

Il **2014** è stato l'anno più produttivo sul tema dei “*Disturbi di personalità in età evolutiva*”, con un numero di **73** articoli pubblicati, pari al **15,2%** del totale, di cui **64** articoli fanno riferimento a studi **empirici** e **9** ad articoli **teorici** (Tabella n° 7).

Rispetto ai primi anni di ricerca, in generale, si evidenzia un **incremento della produzione scientifica** fino al 2015, con una **distribuzione abbastanza omogenea** degli articoli **per ogni anno considerato**, con un **calo di pubblicazioni** nel **2008** (6,5% del totale), rispetto agli anni precedenti, e una **ripresa** nel **2009** (10,2%) e nel **2013** (11,2% del totale).

La **predominanza empirica** degli articoli è anch'essa distribuita, anno per anno, in maniera abbastanza armonica e proporzionata. Il test Chi-quadrato ci informa infatti della indipendenza della distribuzione delle variabili (vedi figura 11 e Tabelle n° 7 e n° 8).

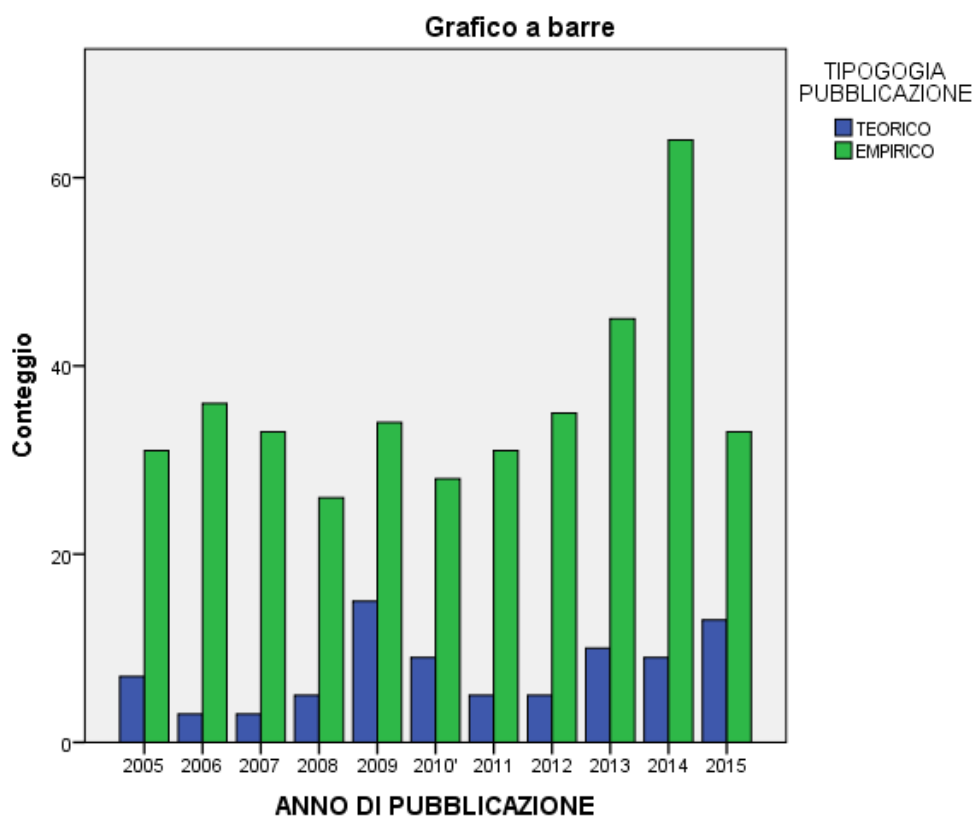


Figura 11. Grafico Relazione tra tipologia di pubblicazione e anno di pubblicazione

Tabella 7. Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE

	TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
	TEORICO	EMPIRICO	
2005	7	31	38
2006	3	36	39
2007	3	33	36
2008	5	26	31
2009	15	34	49
2010	9	28	37
2011	5	31	36
2012	5	35	40
2013	10	45	55
2014	9	64	73
2015	13	33	46
Totale	84	396	480

Tabella 8. Chi-quadrato Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	17,862 ^a	10	,057
Rapporto di verosimiglianza	17,650	10	,061
Associazione lineare-lineare	,759	1	,383
N. di casi validi	480		

a. 0 celle (,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 5,43.

Si evidenzia tuttavia un **incremento della produzione teorica nell'anno 2009** (con un numero di **15** articoli su 49).

Tabella 9. AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE

Conteggio decrescente

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
STATI UNITI	237	49,4	49,4	49,4
CANADA	33	6,9	6,9	56,3
REGNO UNITO	31	6,5	6,5	62,7
OLANDA	29	6,0	6,0	68,8
GERMANIA	23	4,8	4,8	73,5
FRANCIA	18	3,8	3,8	77,3
AUSTRALIA	15	3,1	3,1	80,4
ITALIA	14	2,9	2,9	83,3
BELGIO	13	2,7	2,7	86,0
SVEZIA	11	2,3	2,3	88,3
SPAGNA	10	2,1	2,1	90,4
ALTRI PAESI EUROPEI	5	1,0	1,0	91,5
CINA	5	1,0	1,0	92,5
ISRAELE	5	1,0	1,0	93,5
Validi AUSTRIA	4	,8	,8	94,4
SVIZZERA	4	,8	,8	95,2
SUD AMERICA	4	,8	,8	96,0
FINLANDIA	3	,6	,6	96,7
PORTOGALLO	3	,6	,6	97,3
TURCHIA	3	,6	,6	97,9
NORVEGIA	2	,4	,4	98,3
TAIWAN	2	,4	,4	98,8
DANIMARCA	1	,2	,2	99,0
ISLANDA	1	,2	,2	99,2
NUOVA ZELANDA	1	,2	,2	99,4
GIAPPONE	1	,2	,2	99,6
ALTRI PAESI ASIATICI	1	,2	,2	99,8
AFRICA	1	,2	,2	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

Quasi la metà della produzione scientifica sul tema dei “*Disturbi di personalità in età evolutiva*” appartiene agli **Stati Uniti**, con il **49,4%** delle pubblicazioni; il **Canada** detiene il

6,9% delle ricerche, mentre in Europa tiene testa il **Regno Unito** con il 6,5% degli studi, seguito dall'**Olanda** (6,0%) e dalla **Germania** (4,8%). La **produzione italiana** è pari al 2,9% del totale.

AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE ALLA QUALE L'AUTORE AFFERISCE

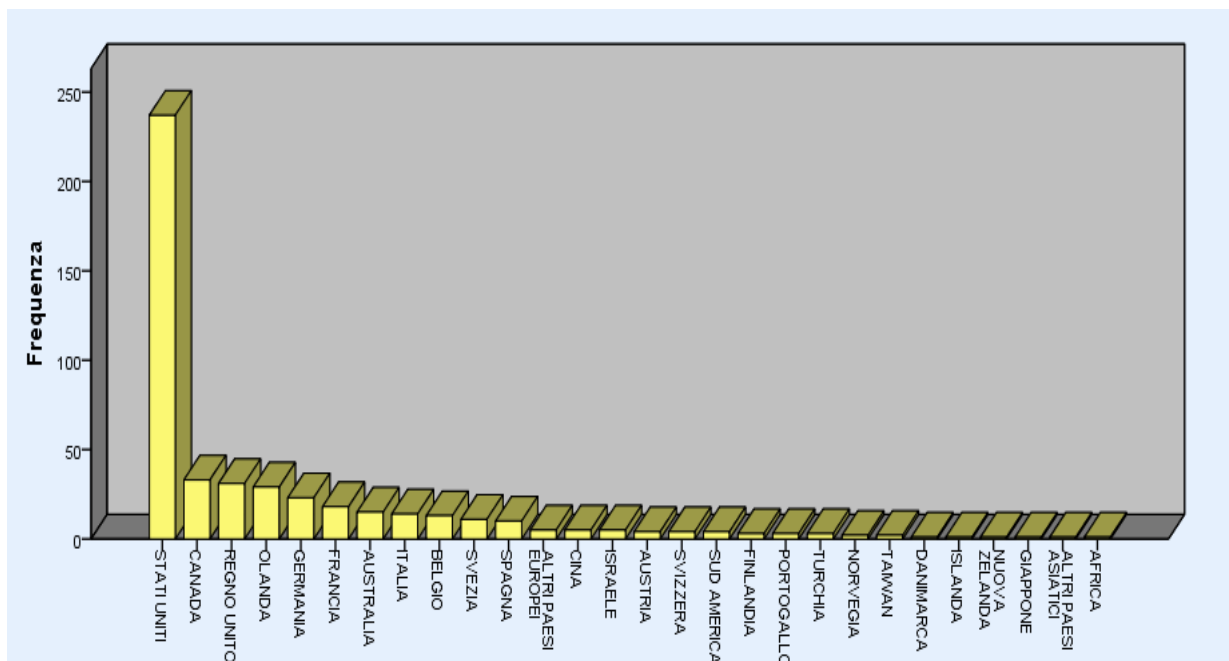


Figura 12. Grafico Paese indicato a firma dell'articolo

**Tabella 10. Tavola di contingenza AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE
L'AUTORE AFFERISCE * TIPOGOGIA PUBBLICAZIONE**

Conteggio

		TIPOGOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
		TEORICO	EMPIRICO	
	AUSTRIA	1	3	4
	BELGIO	3	10	13
	DANIMARCA	0	1	1
	FINLANDIA	0	3	3
	FRANCIA	5	13	18
	GERMANIA	2	21	23
	ISLANDA	0	1	1
	ITALIA	4	10	14
	NORVEGIA	0	2	2
	OLANDA	2	27	29
	PORTOGALLO	1	2	3
	REGNO UNITO	9	22	31
	SPAGNA	0	10	10
AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE	SVEZIA	1	10	11
	SVIZZERA	0	4	4
	ALTRI PAESI EUROPEI	1	4	5
	AUSTRALIA	2	13	15
	NUOVA ZELANDA	0	1	1
	CANADA	9	24	33
	STATI UNITI	42	195	237
	SUD AMERICA	1	3	4
	CINA	0	5	5
	GIAPPONE	0	1	1
TAIWAN	0	2	2	
TURCHIA	1	2	3	
ISRAELE	0	5	5	
ALTRI PAESI ASIATICI	0	1	1	
AFRICA	0	1	1	
Totale		84	396	480

**Tabella 11. Chi-quadrato AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE
AFFERISCE * TIPOGOGIA PUBBLICAZIONE**

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	21,268 ^a	27	,774
Rapporto di verosimiglianza	27,392	27	,443
Associazione lineare-lineare	,067	1	,796
N. di casi validi	480		

a. 41 celle (73,2%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,18.

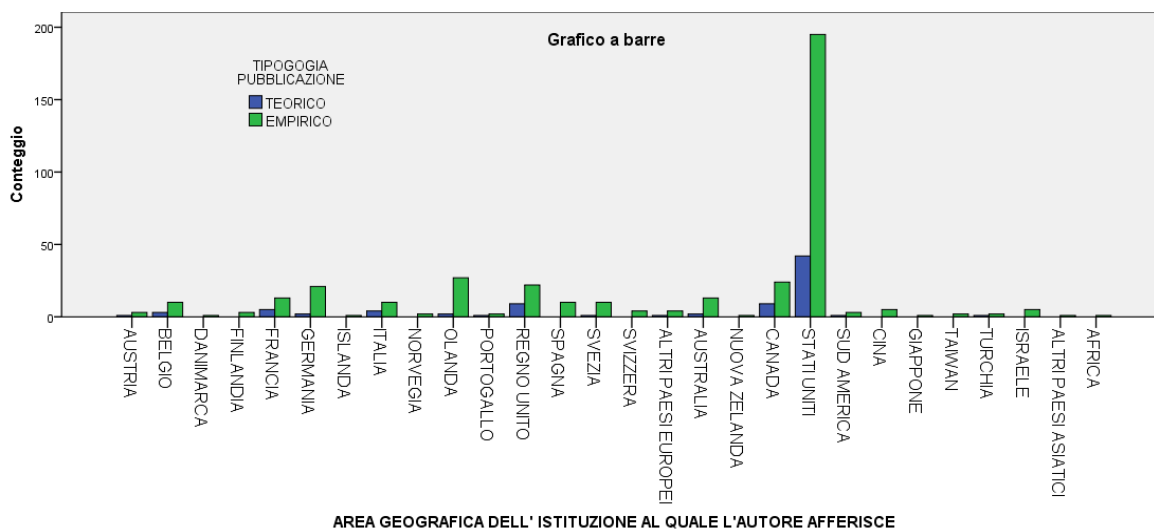


Figura 13. Grafico Relazione tra tipologia di pubblicazione e paese di pubblicazione

Su un totale di **237** pubblicazioni degli Stati Uniti, **195** si riferiscono a **lavori empirici** e **42** ad articoli **teorici**. La **predominanza empirica** degli articoli è ben distribuita anche negli altri paesi. Il test Chi-quadrato ci informa che tra le variabili *Paese* e *Tipologia di pubblicazione* non c'è significatività (Grafico 6 e Tabelle n°10 e n°11).

Tabella 12. ISTITUZIONE

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	UNIVERSITA'	396	82,5	82,5
	CLINICO	84	17,5	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

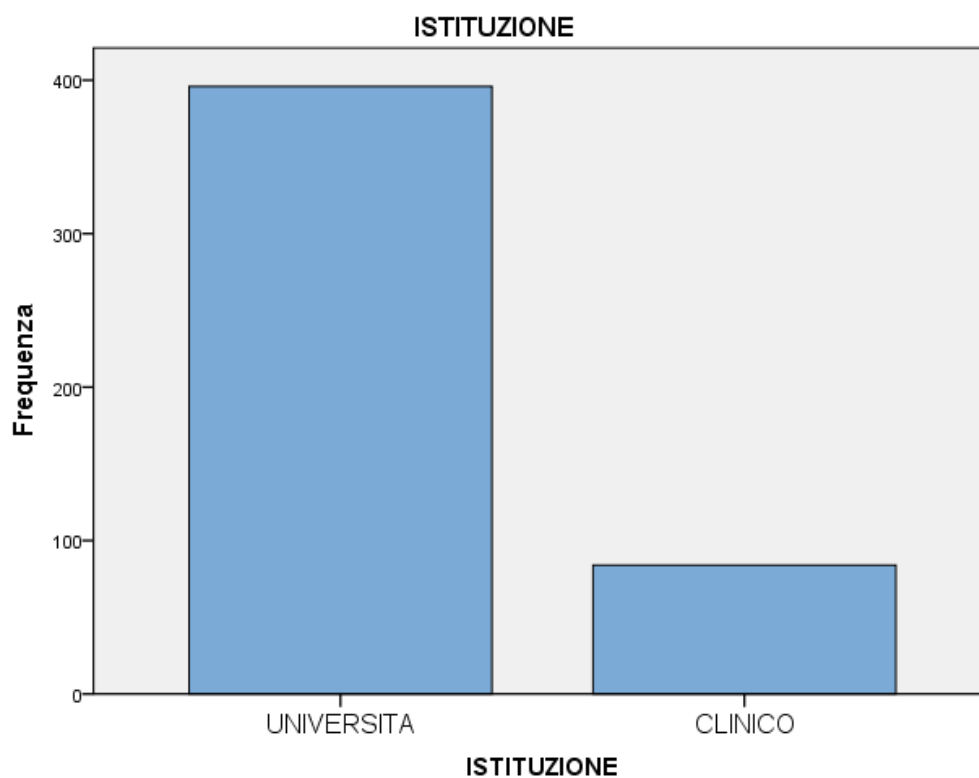


Figura 14. Grafico Tipologia di Istituzione

Tabella 13. Tavola di contingenza ISTITUZIONE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE

Conteggio

		TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
		TEORICO	EMPIRICO	
ISTITUZIONE	UNIVERSITA'	67	329	396
	CLINICO	17	67	84
Totale		84	396	480

Tabella 14. Chi-quadrato ISTITUZIONE * TIPOLOGIA DI PUBBLICAZIONE

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Chi-quadrato di Pearson	,529 ^a	1	,467		
Correzione di continuità ^b	,324	1	,569		
Rapporto di verosimiglianza	,513	1	,474		
Test esatto di Fisher				,527	,280
Associazione lineare-lineare	,528	1	,468		
N. di casi validi	480				

a. 0 celle (,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 14,70.

b. Calcolato solo per una tabella 2x2

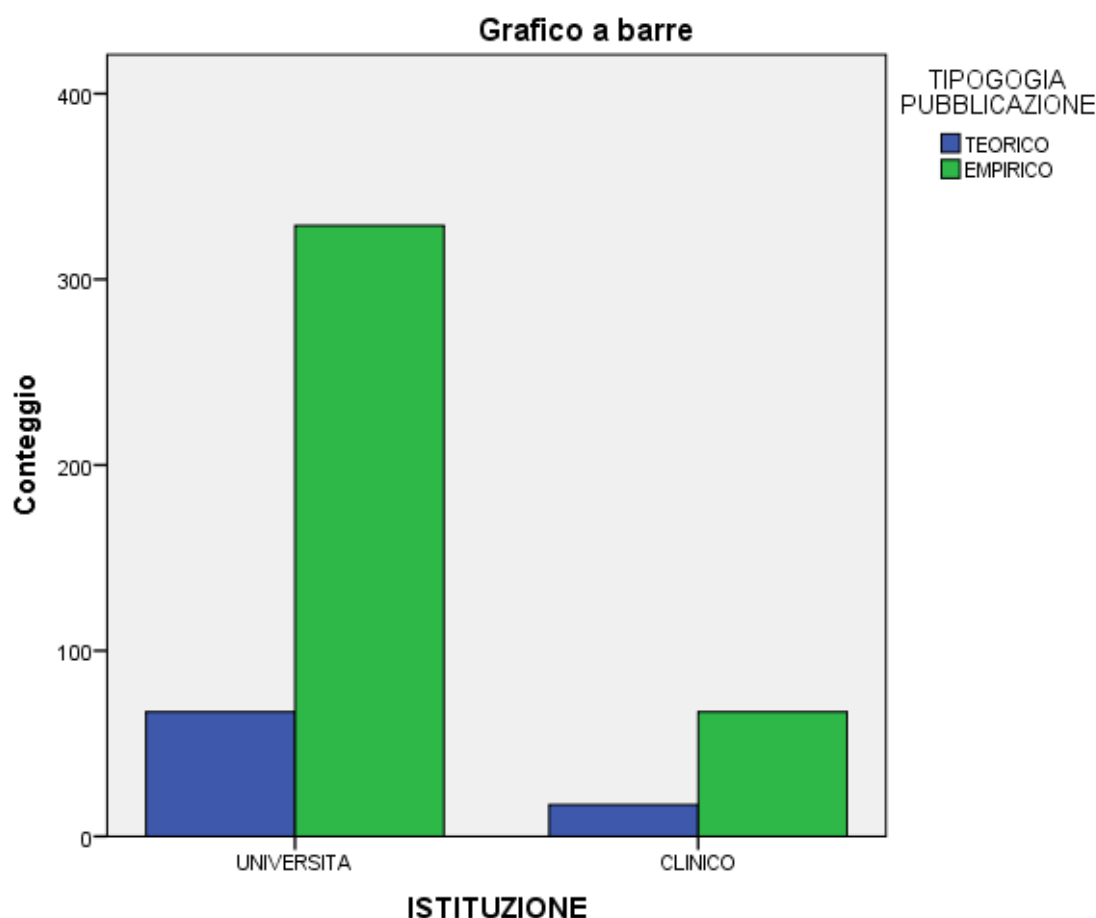


Figura 15. Grafico Relazione tra tipologia di pubblicazione e Istituzione

Il totale del campione esaminato è prodotto per l'**82,5%** in ambito **accademico** (396 lavori, dei quali **329**, come si vede nel Crosstab n° 13, sono **empirici**). Il **17,5%** proveniente da **Istituzione cliniche** vede un numero di **67** lavori **empirici** su un totale di 84 studi.

Come si vede dal dato Chi-square (tabella n° 14) la **predominanza empirica** degli studi sui teorici, in generale, **non dipende dalla tipologia di istituzione**, tuttavia all'interno delle singole istituzioni la predominanza dei lavori empirici è associata all'istituzione stessa, come si vedrà nel crosstab n° 17.

Nella maggioranza le ricerche accademiche sul tema "*Disturbi di personalità in età evolutiva*" provengono dalle **Università statunitensi**. La **University of Houston** ha realizzato ben **22** studi (20 empirici e 2 teorici), seguita dalla **Columbia University** (**18** lavori, di cui 17 empirici e 1 teorico), dalla **University of Pittsburgh** (**17** lavori, di cui 13 empirici e 4 teorici) e dalla **Emory University di Atlanta** (**14**, di cui 13 empirici e 1 teorico). Esse, da sole, hanno contribuito al **14,8%** di tutta la produzione (Tabelle n° 15 e n° 16).

Nella tabella n° 15 sono state riportate le **istituzioni**, accademiche e cliniche, **con maggiore produzione di articoli, in ordine decrescente**. Nella tavola di contingenza n° 16, anch'essa qui ridotta alle istituzioni più rilevanti, vediamo il numero esatto della **tipologia di lavoro per ciascuna istituzione**.

Si evidenziano le principali **istituzioni accademiche europee**: la **Ghent University** (Belgio) con 12 lavori (di cui 9 empirici), il **King's College London** (Regno Unito) con 7 lavori (tutti empirici); la **University of Heidelberg** (Germania) con 7 lavori (6 empirici e 1 teorico); la **Sapienza University of Rome** (Italia) con 6 lavori (5 empirici e 1 teorico), per un totale del **6,8%** su tutta la produzione internazionale.

Il **New York State Psychiatric Institute** (Stati Uniti), con l'**1,7%** della produzione, e il **Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders** (Olanda), con l'**1,5%** dei lavori, sono le **istituzioni cliniche** che hanno contribuito maggiormente alla ricerca sul tema.

Tabella 15. NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE¹⁷

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
University of Houston, TX, US	22	4,6	4,6	4,6
Columbia University, New York, US	18	3,8	3,8	8,3
University of Pittsburgh, US	17	3,5	3,5	11,9
Emory University, Atlanta, GA, US	14	2,9	2,9	14,8
Ghent University, Belgium	12	2,5	2,5	17,3
McGill University, Montreal, PQ, Canada	10	2,1	2,1	19,4
New York State Psychiatric Institute, US	8	1,7	1,7	21,0
King's College London, United Kingdom	7	1,5	1,5	22,5
University of Heidelberg, Germany	7	1,5	1,5	24,0
University of Minnesota, Minneapolis, US	7	1,5	1,5	25,4
Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders (VISPD), Halsteren, Netherlands	7	1,5	1,5	26,9
Sapienza University of Rome, Italy	6	1,3	1,3	28,1
University of Alabama, Tuscaloosa, AL, US	6	1,3	1,3	29,4
University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS, US	6	1,3	1,3	30,6
University of South Florida, Tampa, FL, US	6	1,3	1,3	31,9
University of Southern California, Los Angeles, CA, US	6	1,3	1,3	33,1
Florida State University, Tallahassee, US	5	1,0	1,0	34,2
University of Melbourne, VIC, Australia	5	1,0	1,0	35,2
University of Toronto, Canada	5	1,0	1,0	36,3
Dal Totale	480	100,0	100,0	

¹⁷ Tabella ridotta dalle frequenze ottenute, fino a 5 lavori prodotti dalle varie Istituzioni. Per la tavola completa si veda il Crosstab "istituzioni *tipologie di pubblicazioni" in Allegato 3.

**Tabella 16. Tavola di contingenza NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE *
TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE¹⁸**

Conteggio

	TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
	TEORICO	EMPIRICO	
University of Houston, TX, US	2	20	22
Columbia University, New York, US	1	17	18
University of Pittsburgh, US	4	13	17
Emory University, Atlanta, GA, US	1	13	14
Ghent University, Belgium	3	9	12
McGill University, Montreal, PQ, Canada	2	8	10
New York State Psychiatric Institute, US	0	8	8
University of Heidelberg, Germany	1	6	7
Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders, Halsteren, Netherlands	0	7	7
University of Minnesota, Minneapolis, MN, US	1	6	7
King's College London, United Kingdom	0	7	7
University of Southern California, Los Angeles, CA, US	0	6	6
University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS, US	1	5	6
University of Alabama, Tuscaloosa, AL, US	2	4	6
Sapienza University of Rome, Italy	1	5	6
University of South Florida, Tampa, FL, US	0	6	6
University of Melbourne, VIC, Australia	0	5	5
University of Toronto, Canada	1	4	5
Dal Totale	84	396	480

Le singole istituzioni con più alto numero di produzione scientifica sono associate ad una **predominanza di lavori empirici.**

¹⁸ Tabella ridotta, dalle frequenze ottenute, fino a 5 lavori prodotti dalle varie Istituzioni. Vedi nota 18.

Tabella 17. Chi-quadrato NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * TIPOGOGIA PUBBLICAZIONE

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	317,592 ^a	230	,000
Rapporto di verosimiglianza	297,895	230	,002
N. di casi validi	480		

a. 451 celle (97,6%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,18.

Il test Chi-square (tabella n° 17) dimostra che il **peso dei lavori empirici** delle istituzioni più rilevanti con più alto numero di frequenza si discosta in maniera considerevole da quello delle istituzioni con numeri di frequenza ridotti. Il valore è altamente significativo (,000).

Tabella 18. NUMERO AUTORE PER ARTICOLO

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
PIU DI QUATTRO AUTORI	205	42,7	42,7	42,7
QUATTRO AUTORI	84	17,5	17,5	60,2
DUE AUTORI	79	16,5	16,5	76,7
TRE AUTORI	70	14,6	14,6	91,3
UN AUTORE	42	8,8	8,8	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

Gli articoli del campione vedono, nella maggioranza, la **collaborazione di più di quattro** autori (il **42,7%**). Le pubblicazioni a firma di un **solo autore** sono pari all'**8,8%** per un totale di 42 articoli. L'elenco completo degli autori per ogni articolo è nell'allegato 1.

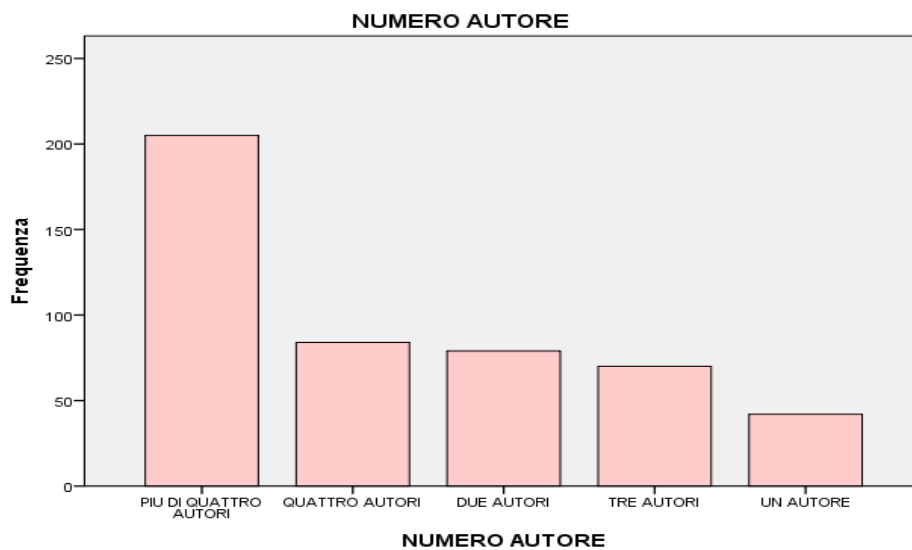


Figura 16. Grafico Numero autori per articolo

Tabella 19. Tavola di contingenza NUMERO AUTORE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE

Conteggio

		TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
		TEORICO	EMPIRICO	
NUMERO AUTORE	PIU DI QUATTRO AUTORI	9	196	205
	QUATTRO AUTORI	4	80	84
	TRE AUTORI	15	55	70
	DUE AUTORI	23	56	79
	UN AUTORE	33	9	42
Totale		84	396	480

Tabella 20. Chi-quadrato NUMERO AUTORE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	150,474 ^a	4	,000
Rapporto di verosimiglianza	127,465	4	,000
Associazione lineare-lineare	116,901	1	,000
N. di casi validi	480		

a. 0 celle (0,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 7,35.

Questo dato ci conferma che sono soprattutto gli **articoli sperimentali** di una certa complessità a richiedere il **contributo di più persone** e che ampie collaborazioni sono poco

comuni in articoli teorici. Il Test Chi-square altamente significativo ($,000$) rileva l'associazione tra le variabili considerate.

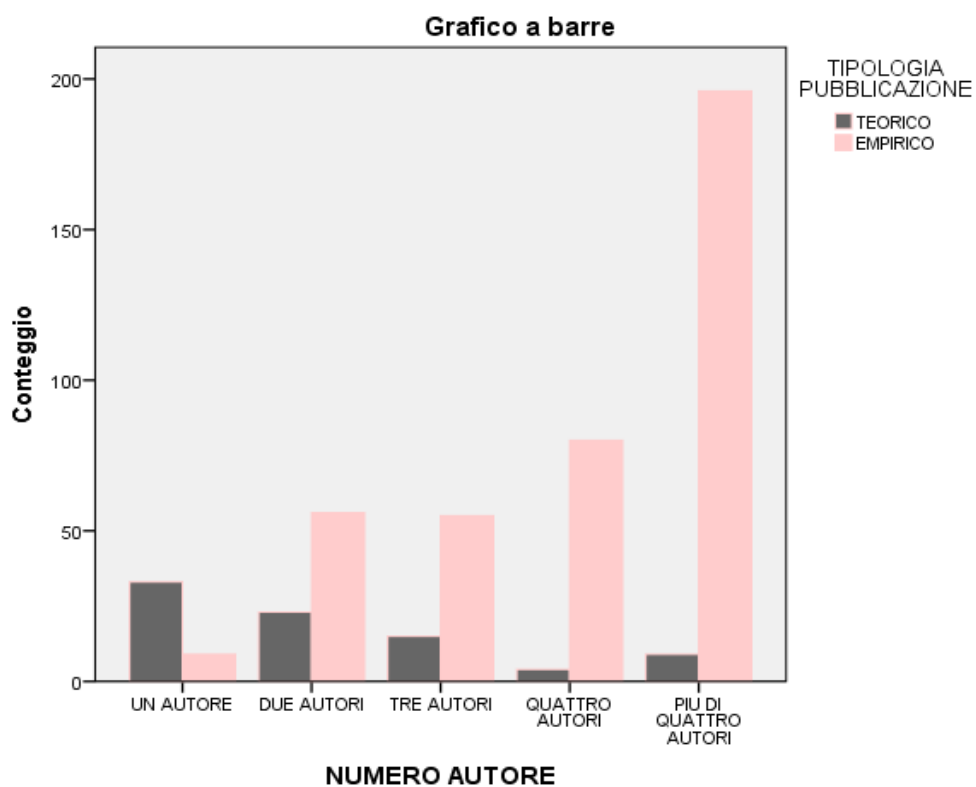


Figura 17. Grafico Relazione tra numero autori e tipologia di pubblicazione

Tabella 21. STRINGA AUTORE¹⁹

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Sharp, Carla	8	1,7	1,7	1,7
Crawford, Thomas N.	6	1,3	1,3	2,9
Stepp, Stephanie D.	6	1,3	1,3	4,2
Apsche, Jack A.	5	1,0	1,0	5,2
Feenstra, Dine J.	5	1,0	1,0	6,3
Tackett, Jennifer L.	5	1,0	1,0	7,3
Ammaniti, Massimo	4	,8	,8	8,1
Cohen, Patricia	4	,8	,8	9,0
De Clercq, Barbara	4	,8	,8	9,8
Goodman, Marianne	4	,8	,8	10,6
Gratz, Kim L.	4	,8	,8	11,5
Lynam, Donald R.	4	,8	,8	12,3
Magallón-Neri, Ernesto M.	4	,8	,8	13,1
Validi Salekin, Randall T.	4	,8	,8	14,0
Tromp, Noor B.	4	,8	,8	14,8
Barnow, Sven	3	,6	,6	15,4
Biskin, Robert S.	3	,6	,6	16,0
Dadds, Mark R.	3	,6	,6	16,7
Esterberg, Michelle L.	3	,6	,6	17,3
Johnson, Jeffrey G.	3	,6	,6	17,9
Kaess, Michael	3	,6	,6	18,5
Mittal, Vijay A.	3	,6	,6	19,2
Schuppert, H. Marieke	3	,6	,6	19,8
Skodol, Andrew E.	3	,6	,6	20,4
Speranza, M.	3	,6	,6	21,0
Taylor, Jeanette	3	,6	,6	21,7
Dal Totale	480	100,0	100,0	

¹⁹ Tabella ridotta ,dalle frequenze ottenute, in ordine decrescente, fino a 3 articoli per autore.

Tabella 22. TITOLO DI PUBBLICAZIONE²⁰

	Freq.	Perc.	Perc. valida	Perc. cumulata
Journal of Personality Disorders	42	8,8	8,8	8,8
Development and Psychopathology	31	6,5	6,5	15,2
Journal of Abnormal Psychology	14	2,9	2,9	18,1
Journal of Abnormal Child Psychology	13	2,7	2,7	20,8
Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment	12	2,5	2,5	23,3
Journal of Child Psychology and Psychiatry	10	2,1	2,1	25,4
Personality and Mental Health	10	2,1	2,1	27,5
Comprehensive Psychiatry	9	1,9	1,9	29,4
European Child & Adolescent Psychiatry	9	1,9	1,9	31,3
Psychological Medicine	9	1,9	1,9	33,1
International Journal of Behavioral Consultation and Therapy	8	1,7	1,7	34,8
V Journal of Nervous and Mental Disease	8	1,7	1,7	36,5
a Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry	8	1,7	1,7	38,1
i Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry	8	1,7	1,7	39,8
d Psychiatry Research	8	1,7	1,7	41,5
i Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	7	1,5	1,5	42,9
Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy	7	1,5	1,5	44,4
The British Journal of Psychiatry	7	1,5	1,5	45,8
Journal of Adolescence	6	1,3	1,3	47,1
Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment	6	1,3	1,3	48,3
Psychopathology	6	1,3	1,3	49,6
The Journal of Clinical Psychiatry	6	1,3	1,3	50,8
Infanzia e Adolescenza	5	1,0	1,0	51,9
Journal of Personality Assessment	5	1,0	1,0	52,9
Psychological Assessment	5	1,0	1,0	54,0
Schizophrenia Research	5	1,0	1,0	55,0
Dal Totale	480	100,0	100,0	

²⁰ Tabella in ordine decrescente, ridotta fino a 5 pubblicazioni per rivista. In allegato l'elenco completo.

L'autrice che ha prodotto più lavori sul tema "*Disturbi di personalità in età evolutiva*" è **Carla Sharp**, di provenienza istituzionale accademica, la **University of Houston**, Texas, Stati Uniti, con **8 pubblicazioni** (6 empirici e 2 teorici) sul totale del campione.

Seguono **Thomas N. Crawford**, della **Columbia University di New York**, con **6** pubblicazioni empiriche, e **Stephanie D. Stepp**, della **University of Pittsburgh**, Stati Uniti, con 4 pubblicazioni empiriche e articoli teorici.

L'italiano **Massimo Ammaniti**, di provenienza istituzionale accademica, l'**Università Sapienza di Roma**, nel decennio indagato ha pubblicato 3 lavori empirici e 1 teorico (tabella n° 21).

La rivista che ha accolto il numero maggiore di articoli sul tema "*Disturbi di personalità in età evolutiva*" è il **Journal of Personality Disorders**, con **42 pubblicazioni** (8,8%).

Segue il **Development and Psychopathology** con **31** articoli, pari al 6,5% (tabella n° 22).

La percentuale cumulativa totale per **le prime dieci riviste internazionali specializzate sul tema** è pari al **33,1%** sul totale pubblicato, di cui il **17,8%** riguarda l'insieme delle pubblicazioni apparse nel **Journal of Abnormal Psychology** (14 articoli); nel **Journal of Abnormal Child Psychology** (13 articoli); nel **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**; il **Journal of Child Psychology and Psychiatry** (10 articoli); nel **Personality and Mental Health** (10 articoli); nel **Comprehensive Psychiatry** (9 articoli); nell'**European Child & Adolescent Psychiatry** (9 articoli) e nel **Psychological Medicine** (9 articoli).

Tabella 23. N. CITAZIONI OTTENUTE DAI 10 ARTICOLI PIU' CITATI ²¹

		Frequenza	Percentuale	Perc. valida	Perc. cumulata
Validi	319	1	,2	,2	,2
	298	1	,2	,2	,4
	267	1	,2	,2	,6
	231	1	,2	,2	,8
	224	1	,2	,2	1,0
	223	1	,2	,2	1,3
	219	1	,2	,2	1,5
	180	1	,2	,2	1,7
	176	1	,2	,2	1,9
	175	1	,2	,2	2,1
	Dal Totale	10	100,0	100,0	

L'articolo del campione esaminato che ha ottenuto su PsychINFO n. **319 citazioni** è: “*A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan’s theory*”, di **Sheila E. Crowell**, di provenienza istituzionale accademica, la **University of Washington, Seattle, Stati Uniti**, pubblicato nella rivista **Psychological Bulletin**, nel **2009**. È un articolo **teorico** sull’esordio del disturbo borderline di personalità.

Segue l’articolo “*Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy*, con n. **298 citazioni**, di **Donald R. Lynam**, a prima firma, di provenienza istituzionale accademica, la **Purdue University, West Lafayette, Stati Uniti**, pubblicato nella rivista **Journal of Abnormal Psychology** nel **2007**. È un articolo **empirico** sulla continuità clinico evolutiva e sulla stabilità della psicopatia dall'adolescenza all'età adulta, prova dell' utilità di incrementare il costrutto di psicopatia in adolescenza.

Il terzo articolo più citato in PsychINFO, con n. **267 citazioni** è il “*Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior: Nature and Nurture Effects*”, di **Julia Kim-Cohen** a prima firma, di provenienza accademica, il **King's College London, United Kingdom**, pubblicato nella rivista **Archives of General Psychiatry**, nel **2005**. È un articolo **empirico** sui fattori di rischio di trasmissione genetica per i disturbi di personalità in età (depressione materna predittiva di comportamenti antisociali nei bambini).

²¹ Riduzione della tabella di frequenza in ordine decrescente. Si rammenta che i dati citazionali fanno riferimento agli indici citazionali di Pro Quest.

“*Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy*”, di **Mark R. Dadds**, della **University of New South Wales, Sydney, Australia**, pubblicato nel **The British Journal of Psychiatry**, **2006**, ha ottenuto n. **231 citazioni**. È un articolo **empirico** sul deficit della funzione dell'amigdala nei bambini con tratti psicopatici altamente callous-unemotional, che non permette loro di riconoscere la paura. Lo stesso autore nel **2005** ha pubblicato nel **Journal of Consulting Psychology** l'articolo “*Disentangling the Underlying Dimensions of Psychopathy and Conduct Problems in Childhood: A Community Study*”, di cui PsychINFO indica n. **224 citazioni**. È un articolo **empirico** sui tratti callous-unemotional nell'infanzia, predittivi di comportamenti antisociali.

Il sesto articolo, con n. **223 citazioni** è il “*The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder*” di **Patricia Cohen**, della **Columbia University di New York**, pubblicato nel **2005** sul **Journal of Personality Disorders**. È un articolo **empirico** sulla disgregazione sociale associata ai disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti (disordini, suicidio, comportamento violento e criminale, conflitti interpersonali).

Il settimo articolo più citato, con n. **219 citazioni**, è “*A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder*”, di **Peter Fonagy** della **University College London, United Kingdom**, pubblicato nel **2009** sul **Development and Psychopathology**. È un articolo **teorico** sulle caratteristiche principali del disturbo borderline di personalità nei bambini e negli adolescenti (disregolazione affettiva, impulsività, instabilità relazionale), considerate menomazioni nel processo di mentalizzazione.

Segue “*Treatment Response of Adolescent Offenders with Psychopathy Features: A 2-Year Follow-Up*”, con n. **180 citazioni** di **Michael Caldwell**, della **University of Wisconsin (Stati Uniti)**, pubblicato nel **2006** in **Criminal Justice and Behavior**. È un articolo **empirico** sulla validità del programma di trattamento intensivo Mendota Juvenile Treatment Center (MJTC), efficace nella riduzione delle recidive violente di minori delinquenti.

Il nono articolo, con n. **176 citazioni** è “*Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V*”, di **Susan M. Bögels**, della **University of Amsterdam, Olanda**, pubblicato in **Depression and Anxiety** nel **2010**. È un articolo **teorico** sull'ipotesi (non confermata) che il disturbo d'ansia sociale (SAD), come anche il mutismo elettivo o l'ansia generalizzata, siano precursori del disturbo evitante di personalità o che il disturbo di personalità evitante sia una grave forma di SAD, sebbene ci sia sovrapposizione di criteri tra i due disturbi.

Il decimo articolo più citato del campione infine, con n. **175 citazioni**, è “*The Development Of Psychopathy*” di **Donald R. Lynam**, della **University of Kentucky**,

Lexington (Stati Uniti), pubblicato su **Annual Review of Clinical Psychology**, nel **2005**. È un articolo **teorico** sulla stabilità dei sintomi e sulla continuità evolutiva (infanzia-adolescenza-età adulta) della psicopatia antisociale.

Tabella 24. Statistiche

CITAZIONI

N	Validi	480
	Mancanti	0
Media		27,67
Mediana		10,00
Moda		0
Deviazione std.		43,853

In **media** ogni articolo ha ricevuto **26,67** citazioni, con uno scostamento da essa di **43,9 ds**.

La **mediana**, il valore medio di citazioni della metà degli articoli, è **10,00**.

La massima frequenza (**moda**) di articoli corrisponde a **0** citazioni.

In allegato 4 le frequenze del totale degli articoli.

5.3 Risultati di analisi testuale (variabili quantitative e qualitative)

Frequenze, Grafici a barre, Crosstabs e Test Chi²

Tabella 25. PAROLE “CHILD” E/O “ADOLESCENT” ASSOCIATE AL TITOLO

	Frequenza	Percentuale	Perc.valida	Perc. cumulata
Validi				
ADOLESCENT	223	46,5	46,5	46,5
NESSUNA ASSOCIAZIONE AL TITOLO	158	32,9	32,9	79,4
CHILD	65	13,5	13,5	92,9
ENTRAMBI	34	7,1	7,1	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

Questa variabile, **trasversale a tutti gli articoli**, è stata creata per avere un risultato immediato sulla **popolazione** a cui vengono rivolti in maggioranza gli studi, a partire dalla lettura del titolo dell’articolo. La parola **“adolescent”** compare nei titoli **257 volte**, quindi si rileva subito che, per il **53,6%**, gli **adolescenti** sono i **soggetti maggiormente indagati** rispetto ai bambini.

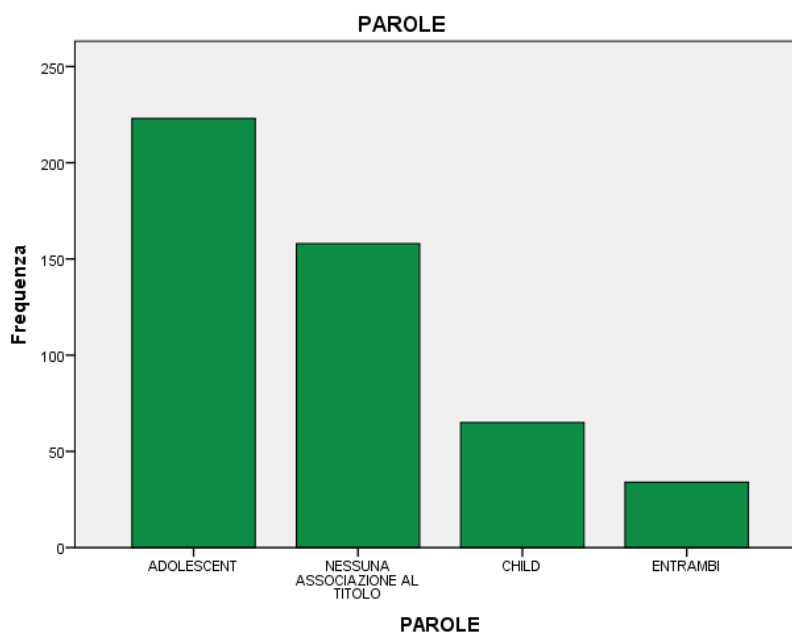


Figura 18. Grafico Parole “child” e/o “adolescent” associate al titolo

Questo dato è confermato dal fatto proprio che sugli **adolescenti** si concentrano la maggior parte dei **396 studi empirici**. Esaminando infatti la tabella n° 26 che riepiloga i dati sull’età del campione, si vede che circa il **17,2%** delle ricerche è rivolto alla fascia d’età **13-17**

anni e che il **77,0** % degli studi empirici condotti su **campioni misti** include il range “*adolescence*”.

Tabella 26. ETA' DEL CAMPIONE (solo per studi empirici)

		Frequenza	Percentuale	Perc. valida	Perc. cumulata
Validi	misto	305	77,0	77,0	77,0
	adolescence 13-17 years	68	17,2	17,2	94,2
	young adult 18-29 years	15	3,8	3,8	98,0
	altro	6	1,5	1,5	99,5
	childhood: birth-12 years	1	,3	,3	99,7
	school age 6-12 years;	1	,3	,3	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Nel titolo è possibile scorgere anche il **genere** del “range adolescent” maggiormente coinvolto nei campioni delle ricerche empiriche. Nella tabella n° 27 si può vedere che su **220 titoli di studi empirici in cui compare la parola adolescent (adolescent+entrambi)**, **175 titoli** fanno riferimento a campioni di **genere misto**, ma **31 titoli fanno riferimento a studi specifici rivolti a campioni di adolescenti femmine**, rispetto a 14 titoli di studi su campioni di adolescenti maschi. Il dato è significativo. Il test Chi-square ci conferma che la differenza nelle frequenze è significativa circa la **predominanza di studi empirici su campioni di adolescenti femmine** (0,039), visibile dunque già nei titoli degli articoli (vedi tabella n° 28).

Tabella 27. Tavola di contingenza PAROLE“CHILD” E/O “ADOLESCENT” ASSOCIATE AL TITOLO * FEMMINA MASCHIO MISTO Conteggio

		FEMMINA MASCHIO MISTO			Totale
		femmine	maschi	misto	
Parole	CHILD	6	8	38	52
	ADOLESCENT	30	13	156	199
	ENTRAMBI	1	1	19	21
	NESSUNA ASSOCIAZIONE AL TITOLO	10	20	94	124
Totale		47	42	307	396

Tabella 28. Chi-quadrato PAROLE“CHILD” E/O “ADOLESCENT” ASSOCIATE AL TITOLO *

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	13,263 ^a	6	,039
Rapporto di verosimiglianza	13,606	6	,034
Associazione lineare-lineare	,636	1	,425
N. di casi validi	396		

a. 2 celle (16,7%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 2,23.

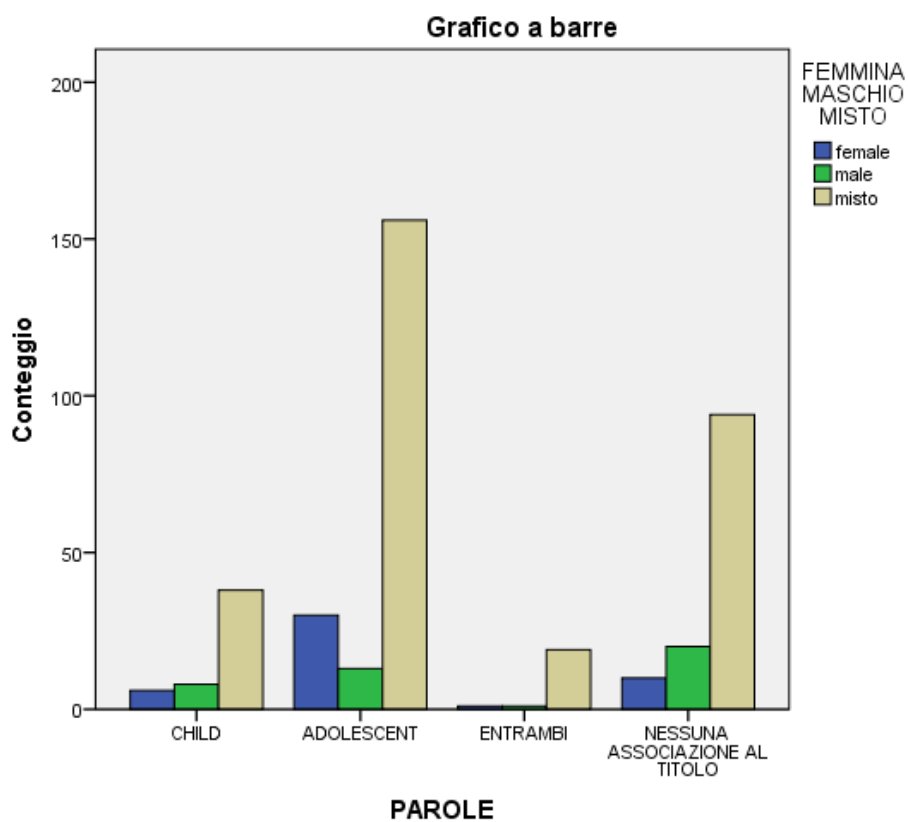


Figura 19. Grafico Relazione parole “child” e/o “adolescent” associate al titolo e genere del campione

Se guardiamo infatti le **frequenze** sulla **popolazione** degli **studi empirici** in generale, i dati ci confermano che, sul totale, l’**11,9%** delle ricerche è rivolto **esclusivamente alle adolescenti femmine (47 lavori)**, in **leggera maggioranza** dunque rispetto agli studi sui **maschi (42)**. Il **77,5%** degli studi coinvolge campioni misti.

Tabella 29. POPOLAZIONE CAMPIONE: FEMMINA MASCHIO MISTO (STUDI EMPIRICI)

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	misto	307	77,5	77,5	77,5
	femmine	47	11,9	11,9	89,4
	maschi	42	10,6	10,6	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

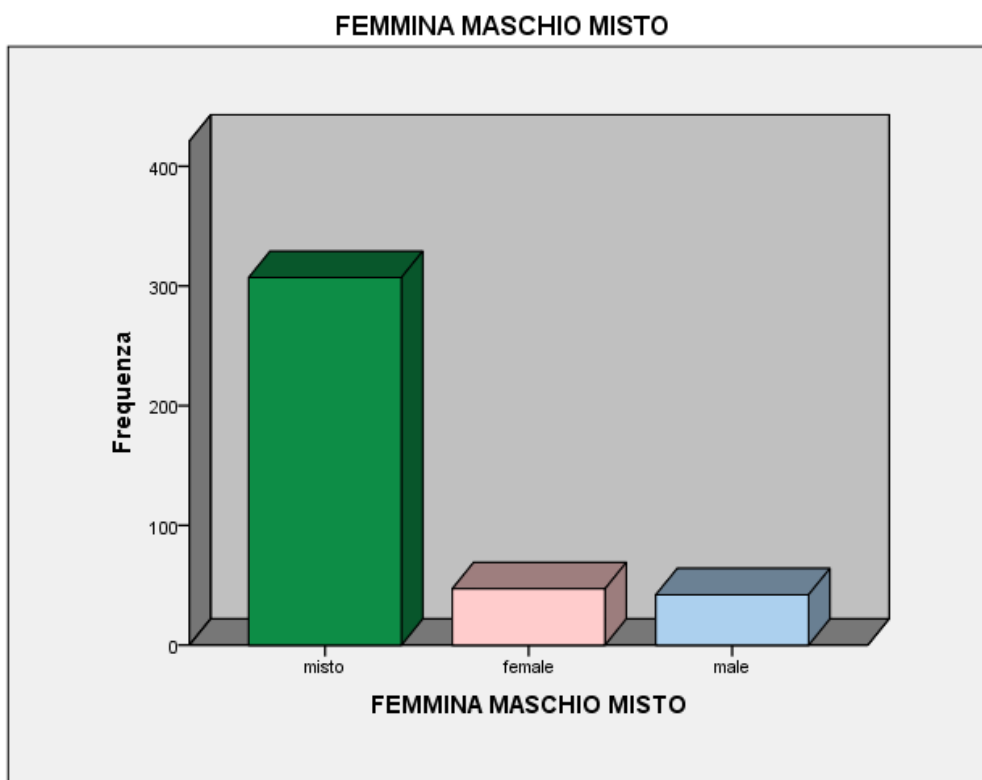


Figura 20. Grafico Frequenze popolazione (studi empirici)

5.4 Altri risultati sugli studi empirici

Rimanendo nell'ambito degli studi empirici, riportiamo i dati sull'**ampiezza campionaria**, sulle **metodologie** più utilizzate nelle ricerche e sul tipo di **strumento** maggiormente utilizzato per le indagini del nostro campione.

Tabella 30. AMPIEZZA CAMPIONE (frequenze studi empirici)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
da 101 a 300	116	29,3	29,3	29,3
fino a 100	92	23,2	23,2	52,5
dato non presente nell'abstract	60	15,2	15,2	67,7
superiore a 1000	57	14,4	14,4	82,1
da 701 a 1000	29	7,3	7,3	89,4
da 301 a 500	23	5,8	5,8	95,2
da 501 a 700	19	4,8	4,8	100,0
Totale	396	100,0	100,0	

Il **23,2%** delle 396 ricerche empiriche sui *disturbi di personalità in età evolutiva* coinvolge campioni **fino a 300 soggetti** (92 sperimentazioni su campioni fino a 100 soggetti e 116 ricerche su campioni da 101 a 300 soggetti).

60 abstract non riportano dati sull'ampiezza campionaria.

Il **14,4%** delle ricerche nel decennio indagato è stato rivolto a campioni superiori a 1000 soggetti.

Campioni con **soggetti** di numero compreso **tra i 500 e i mille** hanno una frequenza pari al **17,5%** del totale.

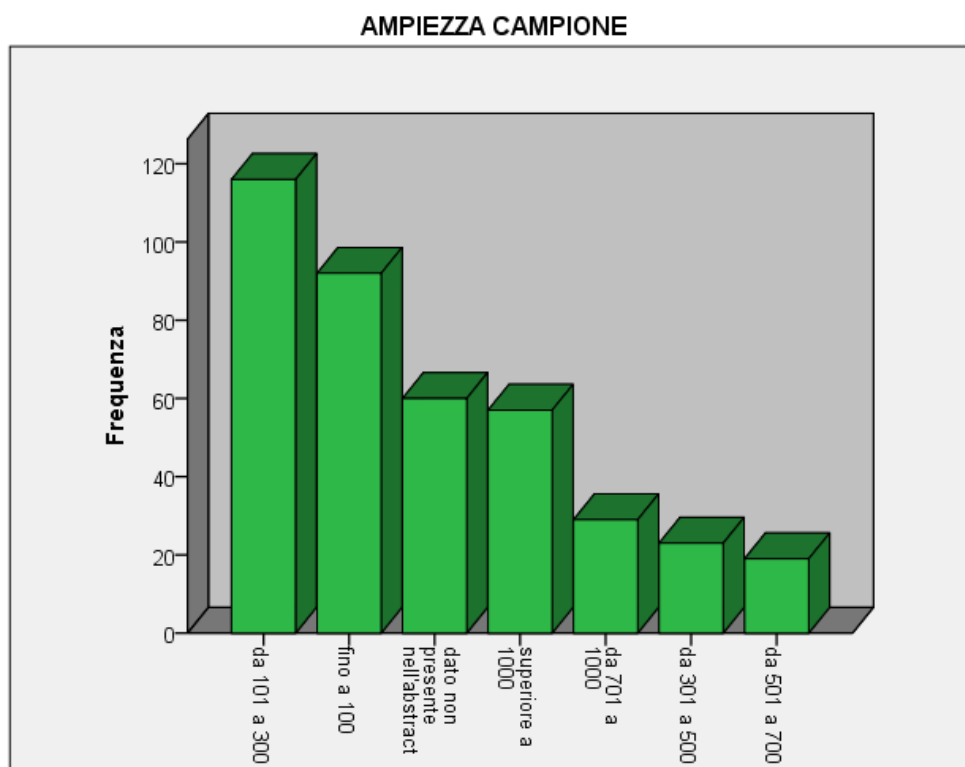


Figura 21. Grafico Ampiezza campionaria (articoli empirici)

Le **metodologie** adottate nelle varie ricerche empiriche, fanno riferimento prevalentemente a **studi quantitativi (347)**. Del nostro campione **8** sono **studi qualitativi**.

Dalle tabelle di frequenza²², dalla n° 31 alla n° 47, i dati più significativi riguardano **94** sono **studi longitudinali** (studi nei quali esiste un lasso di tempo tra le distinte variabili, in modo che si possano stabilire tra le stesse variabili una relazione temporale) e **46** sono **follow up study** (studi di monitoraggio intervallati nel tempo).

83 lavori utilizzano le **interviste**; **52** sono **studi in prospettiva** (studi nei quali i pazienti sono inclusi a partire dal momento in cui si decide il suo inizio); **38** sono **studi retrospettivi** (studi nei quali i dati raccolti si riferiscono ad eventi che si sono verificati).

²² Sono state riportate quelle dove la metodologia indicata era presente, escluse quindi le tabelle relative a *Esito trattamento/sperimentazione clinica*; *Focus group*; *Metasintesi*; *Modello matematico*, con dati non presenti; le revisioni letterarie e sistematiche, come spiegato nel paragrafo relativo alla variabile "Metodologia di ricerca", cap. 4.5, sono state conteggiate nel database tra gli articoli teorici.

10 sono **esiti di trattamento** (treatment outcome); **14** sono **studi di casi clinici** e **2** sono **clinical trial** (studi di casi clinici in genere sul trattamento farmacologico); **12** sono **studi sui gemelli**. Sono presenti **5 studi** utilizzano il **brain imaging** (tecnica diagnostica che consente di visualizzare l'attività cerebrale con la risonanza magnetica).

Tabella 31. Brain imaging

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	391	98,7	98,7	98,7
	si	5	1,3	1,3	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 32. Clinical trial

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	394	99,5	99,5	99,5
	si	2	,5	,5	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 33. Metanalisi

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	395	99,7	99,7	99,7
	si	1	,3	,3	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 34. Replica sperimentale

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	394	99,5	99,5	99,5
	si	2	,5	,5	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 35. Intervista

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	313	79,0	79,0	79,0
	si	83	21,0	21,0	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 36. Studio di caso clinico

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	382	96,2	96,2	96,2
	si	14	3,5	3,5	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 37. Studio di caso non clinico

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	394	99,5	99,5	99,5
	si	2	,5	,5	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 38. Followup study

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	350	88,4	88,4	88,4
	si	46	11,6	11,6	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 39. Studio empirico

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	si	381	96,2	96,2	96,2
	no	15	3,8	3,8	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 40. Longitudinal study

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	302	76,3	76,3	76,3
	si	94	23,7	23,7	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 41. Studio in prospettiva

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	344	86,9	86,9	86,9
	si	52	13,1	13,1	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 42. Studio quantitativo

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	si	347	87,6	87,6	87,6
	no	49	12,4	12,4	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 43. Studio retrospettivo

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	358	90,4	90,4	90,4
	si	38	9,6	9,6	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 44. Studio qualitativo

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	388	98,0	98,0	98,0
	si	8	2,0	2,0	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 45. Studio sui gemelli

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	no	384	97,0	97,0	97,0
	si	12	3,0	3,0	100,0
	Totale	396	100,0	100,0	

Tabella 46. Studio sul campo

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	si	1	,2	,3	,3
	no	395	82,3	99,7	100,0
	Totale	396	100,0		

Tabella 47. Treatment outcome

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	si	10	2,1	2,5	2,5
	no	386	80,4	97,5	100,0
	Totale	396	100,0		

Tabella 48. TIPOLOGIA DI STRUMENTO (QUESTIONARIO, TEST, INTERVISTE, COLLOQUIO CLINICO, MISTO)

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	QUESTIONARIO	19	4,0	4,8	4,8
	TEST	105	21,9	26,5	31,3
	INTERVISTA	32	6,7	8,1	39,4
	COLLOQUIO CLINICO	6	1,3	1,5	40,9
	MISTO	234	48,8	59,1	100,0
	Totale	396	82,5	100,0	
Mancanti	Mancante di sistema	84	17,5		
Totale		480	100,0		

Le ricerche del nostro campione per il **59,1%** utilizzano per le loro indagini un insieme di strumenti contemporaneamente (questionari, test, interviste, colloqui clinici). Tra le varie tipologie di strumento più utilizzato nel **26,4%** delle ricerche risulta il **test diagnostico**. I dati mancanti si riferiscono agli 84 articoli teorici.

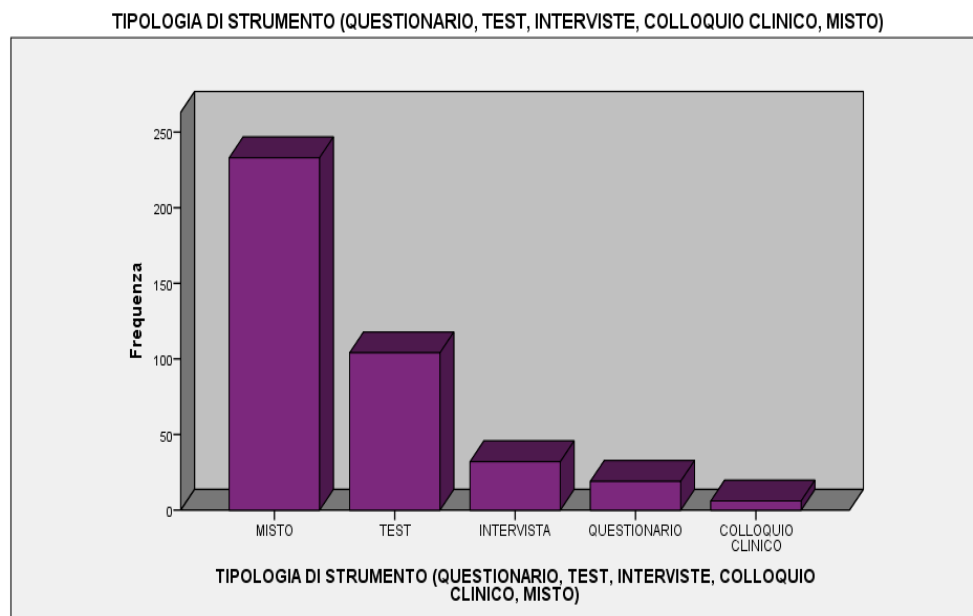


Figura 22. Grafico Tipologia di strumento somministrato

5.5 Risultati generali sui modelli teorici di riferimento e sulle tematiche emergenti

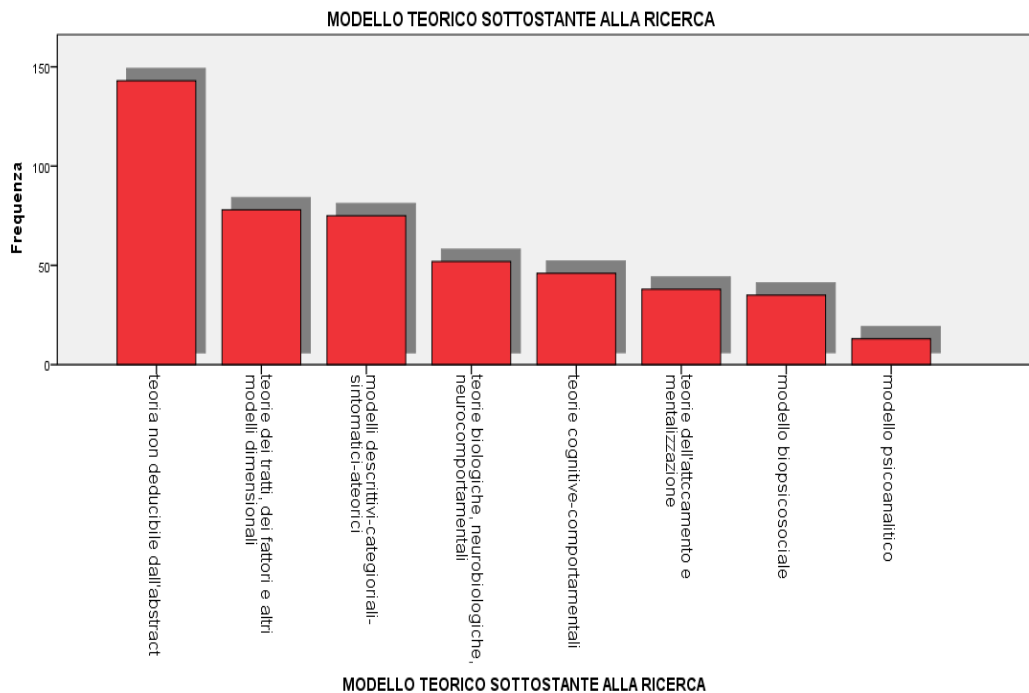


Figura 23. Grafico Modelli teorici

Il **modello teorico** sottostante ogni lavoro di ricerca, come è stato specificato nella presentazione delle variabili (cap.5.5), per il **29,8%** del campione **non è deducibile dall'abstract**. Laddove è stato possibile procedere alla registrazione del dato, si è visto che le ricerche fanno riferimento, per il **16,3%**, alle **teorie dei tratti, dei fattori e ad altri modelli dimensionali**. Il **15,6%** degli studi invece è condotto a partire da **modelli ateorici** descrittivi-categoriali-sintomatici.

Seguono le **teorie biologiche, neurobiologiche e neurocomportamentali (10,8%)** e le **teorie cognitive comportamentali (9,6%)**. Il **7,6%** degli articoli fa riferimento alle **teorie dell'attaccamento**.

Il modello **biopsicosociale** è prevalente nel **7,3%** degli articoli; il **modello psicoanalitico** invece viene dedotto nel **2,7%** del campione.

Tabella 49. Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA

Conteggio

	MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA								Totale
	descrittivi-categoriali-sintomatici-ateorici	psicoanalitico	biopsicosociale	teorie cognitive-comportamentali	teorie dell'attaccamento e mentalizzazione	teorie tratti, fattori e altri modelli dimensionali	teorie biologiche neurobiologiche	teoria non deducibile dall'abstract	
2015	5	3	1	8	6	3	3	17	46
A									
N									
N	8	1	2	4	9	16	10	23	73
O									
2013	15	2	4	4	7	6	6	11	55
D									
I	9	1	1	2	2	4	3	18	40
2011	8	1	3	5	2	5	2	10	36
P									
U									
B	4	0	3	5	2	9	5	9	37
B									
2009	5	1	0	6	2	17	7	11	49
L									
I									
C	9	1	2	2	0	2	2	13	31
A									
Z									
2007	5	0	6	3	2	4	6	10	36
I									
O									
2006	4	2	6	3	6	3	2	13	39
N									
E									
2005	3	1	7	4	0	9	6	8	38
Totale	75	13	35	46	38	78	52	143	480

Tabella 50. Chi-quadrato ANNO DI PUBBLICAZIONE * MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	108,204 ^a	70	,002
Rapporto di verosimiglianza	113,154	70	,001
Associazione lineare-lineare	,138	1	,711
N. di casi validi	480		

a. 49 celle (55,7%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,84.

Il test Chi-square relativo all'incrocio di frequenze tra *Anno di pubblicazione* e *Modello teorico* è significativo: la prevalenza di un modello teorico sugli altri è associata all'anno di pubblicazione e quindi all'andamento delle tendenze di pensiero nel corso del periodo indagato, ma bisogna tener conto della variabile *modello non deducibile dall'abstract*. In questo caso il test risente di tale variabile e quindi l'associazione tra modello teorico e anno di pubblicazione è un dato che andrebbe verificato.

L'anno **2005**, insieme agli anni **2009**, **2010** e **2014**, vede pubblicazioni che indirizzano la riflessione allo sviluppo di **modelli dimensionali**.

Nel **2006** prevalgono le **teorie dell'attaccamento** e le **teorie cognitivo-comportamentali**.

Nel **2007** gli articoli fanno riferimento principalmente al **modello biopsicosociale** e alle **teorie biologiche, neurobiologiche e neurocomportamentali**.

I **modelli tassonomico-categoriali** sono i riferimenti prevalenti sottostanti le ricerche degli anni **2008**, **2011**, **2012** e **2013**.

Il **2014** è l'anno in cui gli articoli fanno riferimento, oltre che ai modelli dimensionali, anche alle **teorie biologiche, neurobiologiche e neurocomportamentali**.

Nel **2015** prevalgono su tutte le **teorie cognitive comportamentali**.

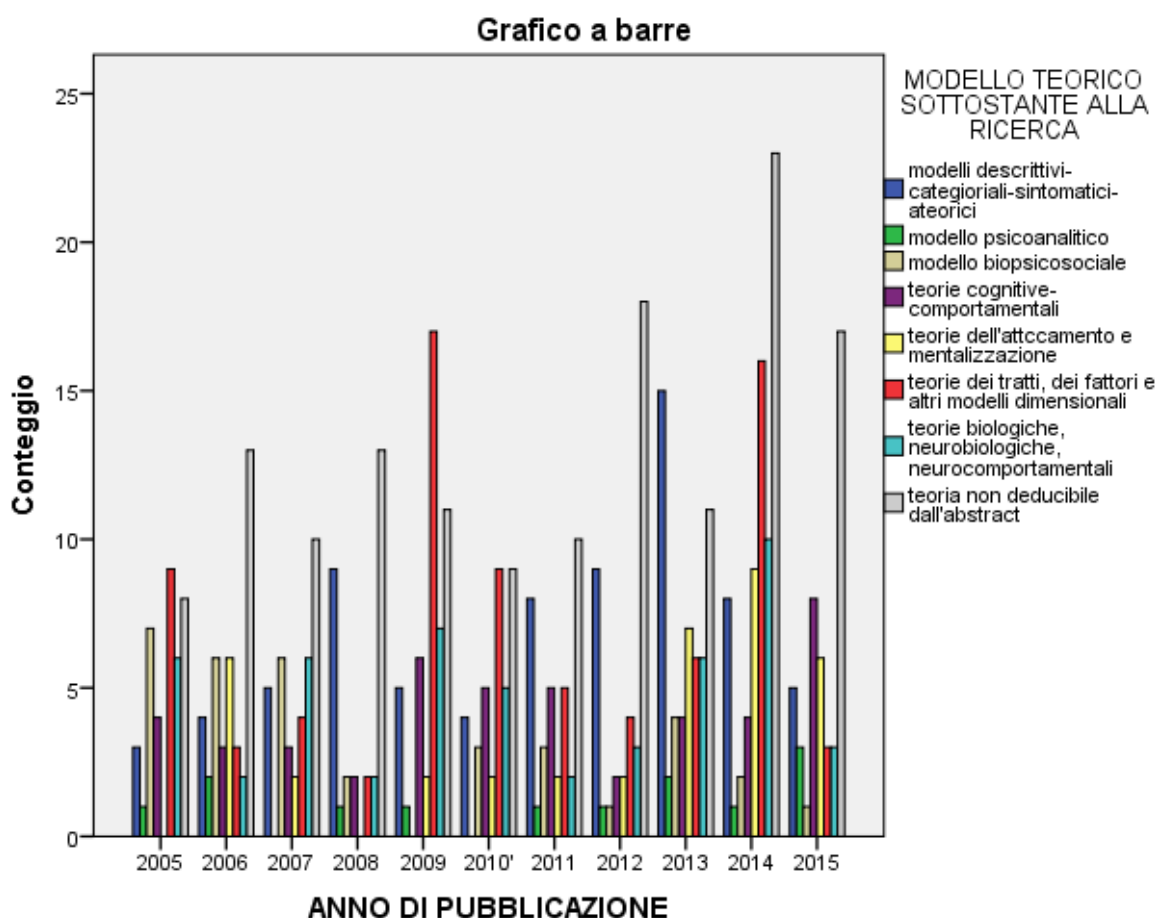


Figura 24. Grafico Relazione tra modello teorico e anno di pubblicazione

Tabella 51. FILONI TEMATICI PRINCIPALI

	Frequenza	Percentuale	Perc. valida	Perc. cumulata
variabili predittive relative alla patologia	248	51,7	51,7	51,7
natura e comprensione eziologica della patologia	173	36,0	36,0	87,7
prevenzione e trattamento	59	12,3	12,3	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

L'analisi testuale ha individuato **3 cluster tematici** con cui sono stati classificati gli articoli sui *disturbi di personalità in età evolutiva*: più della metà degli articoli, il **51,7%**, indaga le **variabili predittive relative alla patologia** (248 articoli totali). Nel **36,0%** della produzione sono raggruppati tutti gli articoli che si occupano della **natura e comprensione eziologica della patologia di personalità** (173 articoli); il **12,3%** indaga invece le questioni relative alla **prevenzione e al trattamento terapeutico** (59 articoli in totale).

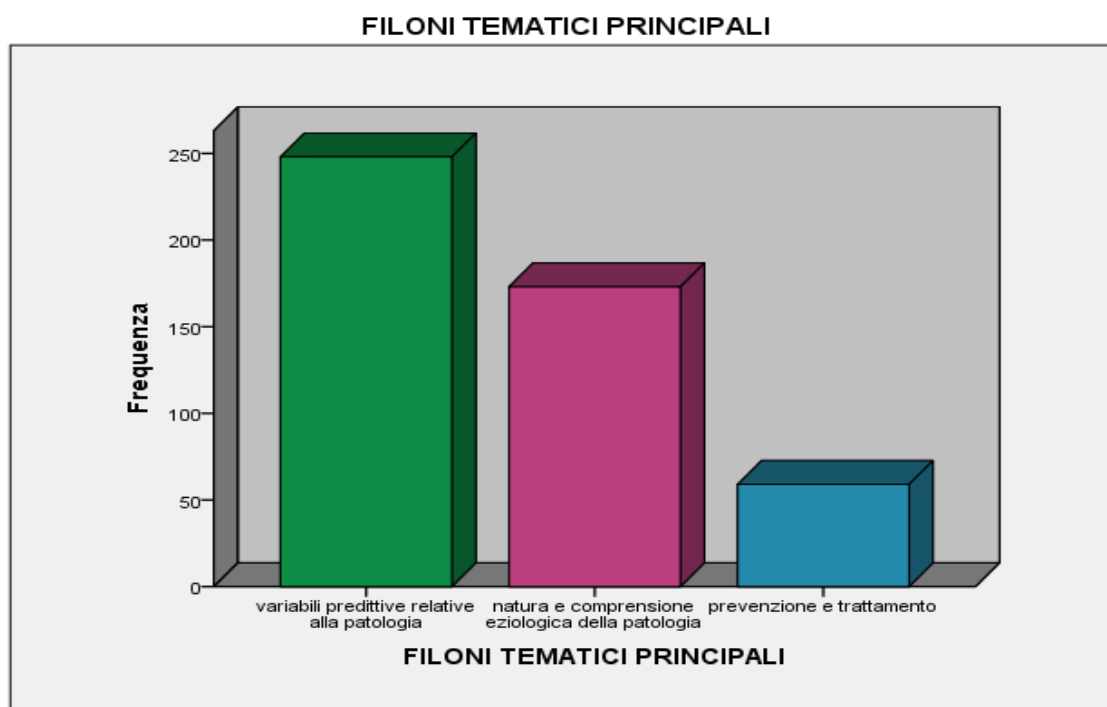


Figura 25. Grafico Filoni tematici di studio

Tabella 52. FILONI TEMATICI PRINCIPALI (solo articoli empirici)

	Frequenza	Percentuale	Perc. valida	Perc. cumulata
Validi				
variabili predittive relative alla patologia	221	55,8	55,8	55,8
natura e comprensione eziologica della patologia	135	34,1	34,1	89,9
prevenzione e trattamento	40	10,1	10,1	100,0
Totale	396	100,0	100,0	

Dei **248** articoli del nostro campione che indagano le **variabili predittive relative alla patologia**, un totale di **221** lavori è di **natura empirica** (il **55.8%**); **135** articoli empirici esplorano la **natura e la comprensione eziologica della patologia** e **10** articoli si occupano di **prevenzione e trattamento**.

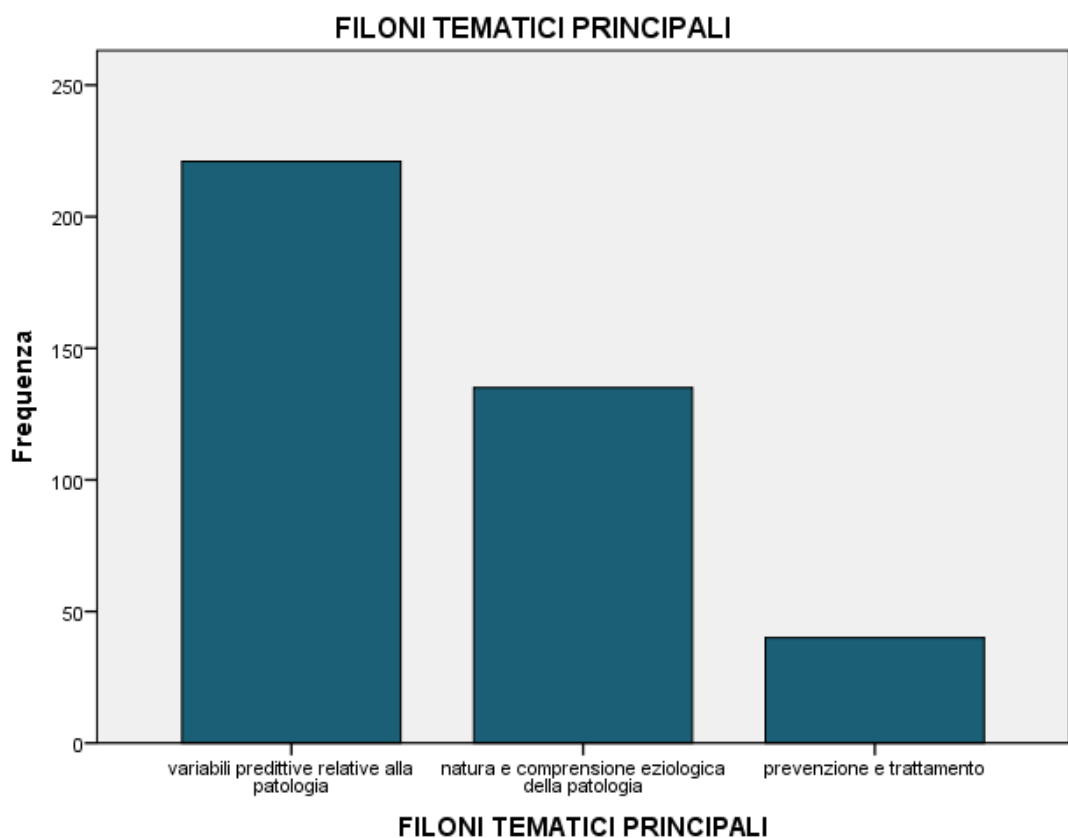


Figura 26. Grafico Filoni tematici principali seguiti dagli articoli empirici

Tabella 53. FILONI TEMATICI PRINCIPALI (solo articoli teorici)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
natura e comprensione eziologica della patologia	38	45,2	45,2	45,2
Validi variabili predittive relative alla patologia	27	32,1	32,1	77,4
prevenzione e trattamento	19	22,6	22,6	100,0
Totale	84	100,0	100,0	

Gli **studi teorici** invece, rispetto alle ricerche empiriche, per il **45,2%** trattano prevalentemente tematiche relative alla **natura e alla comprensione eziologica della patologia** (38/84 articoli).

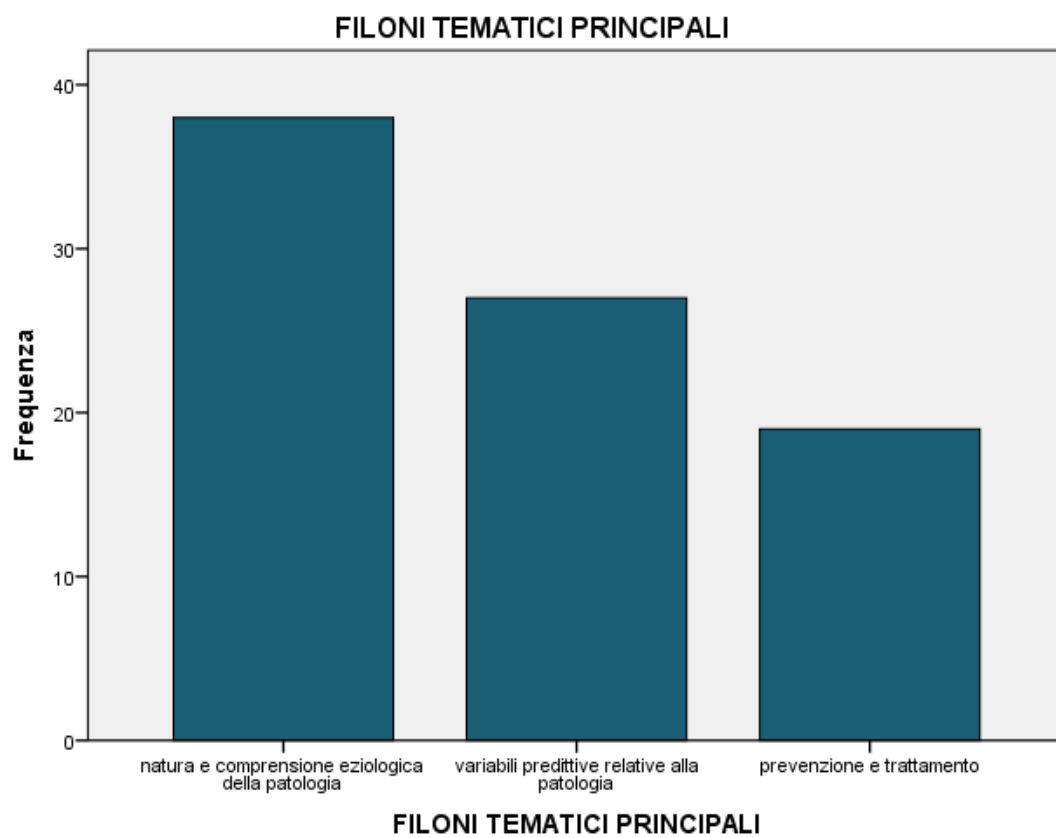


Figura 27. Grafico Filoni tematici principali seguiti dagli articoli teorici

**Tabella 54. Tavola di contingenza AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE
AFFERISCE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI** Conteggio

	FILONI TEMATICI PRINCIPALI			Totale
	natura e comprensione eziologica della patologia	variabili predittive relative alla patologia	prevenzione e trattamento	
AUSTRIA	1	2	1	4
BELGIO	11	2	0	13
DANIMARCA	1	0	0	1
FINLANDIA	1	2	0	3
FRANCIA	7	6	5	18
GERMANIA	7	14	2	23
ISLANDA	0	1	0	1
ITALIA	7	5	2	14
NORVEGIA	0	2	0	2
OLANDA	8	13	8	29
PORTOGALLO	2	1	0	3
REGNO UNITO	10	13	8	31
SPAGNA	6	4	0	10
SVEZIA	2	8	1	11
SVIZZERA	2	2	0	4
ALTRI PAESI EUROPEI	2	3	0	5
AUSTRALIA	3	11	1	15
NUOVA ZELANDA	1	0	0	1
CANADA	9	17	7	33
STATI UNITI	87	129	21	237
SUD AMERICA	1	3	0	4
CINA	3	2	0	5
GIAPPONE	0	1	0	1
TAIWAN	1	1	0	2
TURCHIA	0	3	0	3
ISRAELE	0	2	3	5
ALTRI PAESI ASIATICI	0	1	0	1
AFRICA	1	0	0	1
Totale	173	248	59	480

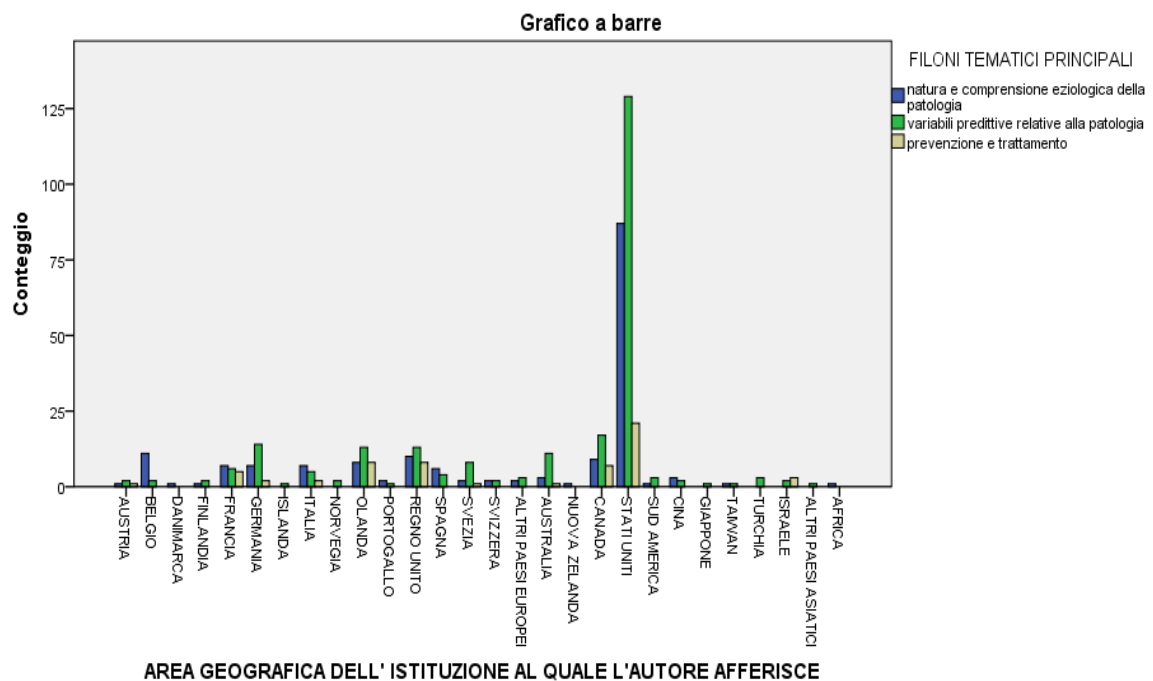


Figura 28. Grafico Relazione tra Filoni tematici e Paese di provenienza dell'articolo

Incrociando i dati delle variabili “*Area geografica dell’istituzione al quale l’autore afferisce*” e “*Filoni tematici principali*” possiamo vedere che le **variabili predittive relative alla patologia** sono indagate per gli **Stati Uniti** da **129** articoli, il **54,4%** del totale prodotto (237).

Guardando alle frequenze più significative della tabella n° 54 il filone tematico prevalente è seguito principalmente anche dal **Canada**, per il 51% della sua produzione (17/su 33 articoli); dalla **Germania**, per il 60% (14/23 articoli); dall’**Olanda**, per il 44,8% (13/29 articoli); dalla **Svezia** per il 72,7% della sua produzione (8/11 articoli); dall’**Australia** per il 73,3% delle sue pubblicazioni (11/15) e dal **Regno Unito** per il 42% dei sui 31 articoli.

Il **Belgio** con l’84,6% degli articoli sulla sua produzione, l’**Italia** per il 50% e **Spagna** per il 60%, concentrano maggiormente le loro ricerche sulla **Natura e la comprensione eziologica della patologia**.

La **Francia** in generale segue tutti e tre i filoni tematici (7 lavori sulle variabili predittive, 6 lavori sulla natura eziologica della patologia e 5 ricerche su prevenzione e trattamento).

In direzione del filone tematico relativo a **prevenzione e trattamento**, con percentuali superiori rispetto agli altri paesi, vanno l’**Olanda** con 27,5% degli articoli sulla propria produzione, il **Regno Unito** con il 25% e il **Canada** con il 21,2% sul totale pubblicato.

Tabella 55. Chi-quadrato AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	76,387 ^a	54	,024
Rapporto di verosimiglianza	78,765	54	,016
Associazione lineare-lineare	,476	1	,490
N. di casi validi	480		

a. 64 celle (76,2%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,12.

Il test Chi-square sull'incrocio “*area geografica e filone tematico*” risulta significativo (0,024), pertanto si evidenzia un peso considerevole **degli Stati Uniti in tutti i filoni tematici** (6 paesi hanno solo un lavoro).

Tabella 56. Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI

Conteggio

		FILONI TEMATICI PRINCIPALI			Totale
		natura e comprensione eziologica della patologia	variabili predittive relative alla patologia	prevenzione e trattamento	
ANNO DI PUBBLICAZIONE	2015	14	23	9	46
	2014	22	41	10	73
	2013	20	27	8	55
	2012	15	24	1	40
	2011	16	15	5	36
	2010'	17	14	6	37
	2009	20	26	3	49
	2008	6	20	5	31
	2007	12	22	2	36
	2006	19	14	6	39
	2005	12	22	4	38
Totale		173	248	59	480

Nella tavola di contingenza n° 56 sono stati incrociati i dati rilevati per i *filoni tematici* seguiti dagli articoli del campione con gli *anni* del periodo considerato nella ricerca.

Il **2014**, che è l'anno più produttivo fra tutti, vede un **56,1%** di lavori sulle **variabili predittive relative alla patologia**, il filone tematico prevalente su tutto il campione; un 30,1% sulla natura e comprensione eziologica della patologia e un 13,7% sul tema prevenzione e trattamento.

Esaminando tuttavia le singole **produzioni annue** è il **2012** l'anno in cui prevale il filone tematico relativo alle **variabili predittive relative alla patologia**, con il 60% degli articoli sul totale delle pubblicazioni. Il **2006** è l'anno in cui prevale il filone tematico **natura e comprensione eziologica della patologia**, con un 48,7% sul totale annuo pubblicato. Il **2015** è invece l'anno in cui prevale il filone tematico relativo a **prevenzione e trattamento**, con il 19,56% degli articoli sul materiale prodotto.

Tabella 57. Chi-quadrato ANNO DI PUBBLICAZIONE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	23,950 ^a	20	,245
Rapporto di verosimiglianza	26,266	20	,157
Associazione lineare-lineare	1,155	1	,282
N. di casi validi	480		

a. 7 celle (21,2%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 3,81.

Come si vede nella tabella n° 57, infatti, il test Chi-square non è significativo: si può dire che i primi due filoni prevalgono sul terzo sempre, in tutto lo span temporale; ma nei vari anni non prevale, tra i due, sempre lo stesso filone tematico rispetto all'altro. Negli anni 2006, 2010 e 2011 il primo filone prevale sul secondo, e negli anni 2005, 2007, 2008, 2009, 2012, 2013, 2014 e 2015 prevale il secondo filone sul primo.

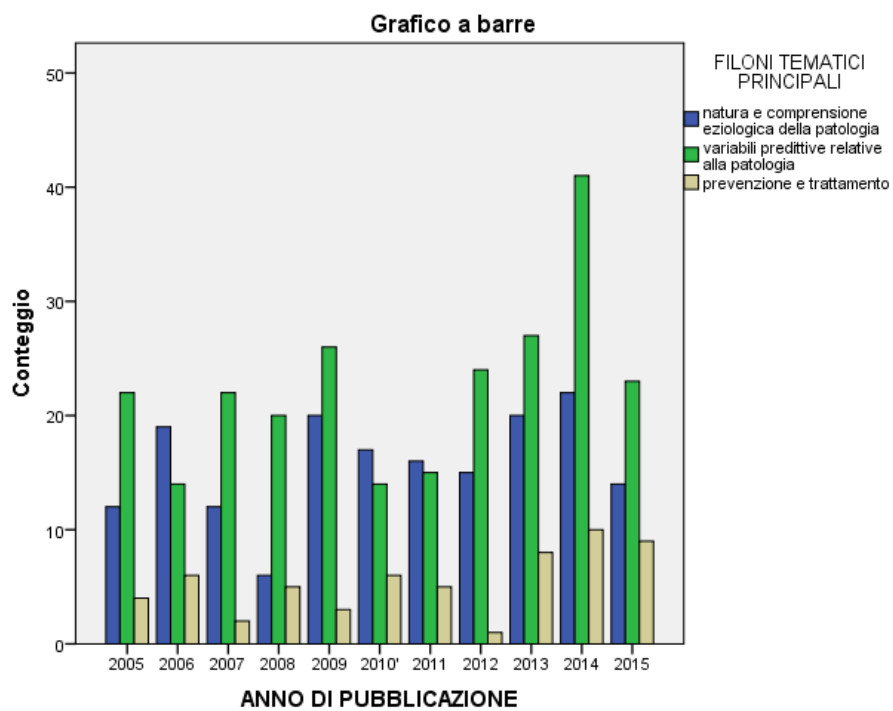


Figura 29. Grafico Relazione tra Filoni tematici e Anno di pubblicazione degli articoli

Tabella 58. Tavola di contingenza MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA * FILONI TEMATICI PRINCIPALI

Conteggio

		FILONI TEMATICI PRINCIPALI			Totale
		natura e comprensione eziologica della patologia	variabili predittive relative alla patologia	prevenzione e trattamento	
MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA	teoria non deducibile dall'abstract	38	90	15	143
	teorie biologiche, neurobiologiche, neurocomportamentali	10	40	2	52
	teorie dei tratti, dei fattori e altri modelli dimensionali	59	19	0	78
	teorie dell'attaccamento e mentalizzazione	9	23	6	38
	teorie cognitive- comportamentali	8	12	26	46
	modello biopsicosociale	17	18	0	35
	modello psicoanalitico	4	1	8	13
	modelli descrittivi-categoriali- sintomatici-ateorici	28	45	2	75
	Totale	173	248	59	480

Incrociando i dati rilevati sui *filoni tematici* con i *modelli teorici* sottostanti le ricerche possiamo vedere che:

sulle indagini relative alle **variabili predittive della patologia** prevalgono i **modelli ateorici categoriali**; sulle ricerche relative alla **natura e alla comprensione eziologica della patologia** prevalgono le **teorie dei tratti, dei fattori e altri modelli dimensionali**; sulle indagini che riguardano la **prevenzione e il trattamento** prevalgono invece le **teorie cognitive comportamentali**.

Tabella 59. Chi-quadrato MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA * FILONI TEMATICI PRINCIPALI

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	204,928 ^a	14	,000
Rapporto di verosimiglianza	175,128	14	,000
Associazione lineare-lineare	,001	1	,977
N. di casi validi	480		

a. 4 celle (16,7%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 1,60.

Il test Chi-square del crosstab n° 59 è altamente significativo: sembra evidenziarsi un'associazione tra le variabili dedotte dall'abstract.

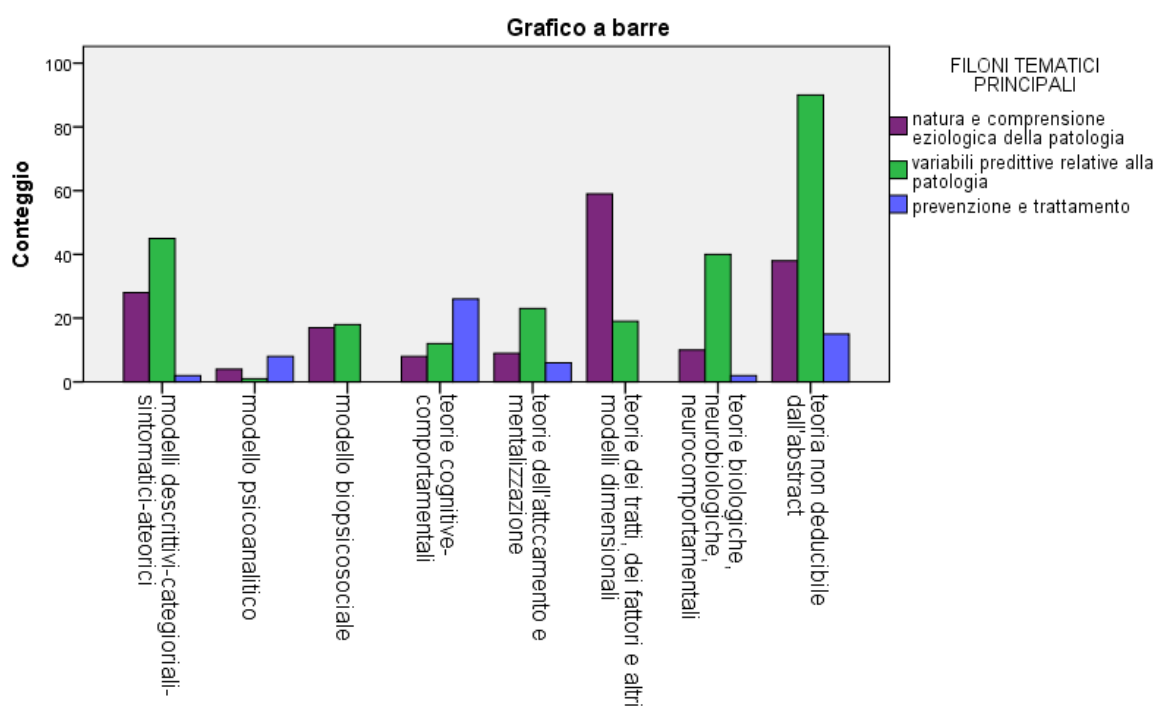


Figura 30. Grafico Relazione tra filoni tematici e modelli teorici sottostanti le ricerche

Tabella 60. ARGOMENTI DI RICERCA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
	22,00	56	11,7	11,7	11,7
	18,00	47	9,8	9,8	21,5
	14,00	45	9,4	9,4	30,8
	27,00	44	9,2	9,2	40,0
	21,00	38	7,9	7,9	47,9
	31,00	35	7,3	7,3	55,2
	23,00	28	5,8	5,8	61,0
	28,00	28	5,8	5,8	66,9
	12,00	22	4,6	4,6	71,5
	24,00	21	4,4	4,4	75,8
	26,00	19	4,0	4,0	79,8
Validi	25,00	14	2,9	2,9	82,7
	11,00	13	2,7	2,7	85,4
	16,00	12	2,5	2,5	87,9
	19,00	11	2,3	2,3	90,2
	33,00	10	2,1	2,1	92,3
	17,00	9	1,9	1,9	94,2
	32,00	9	1,9	1,9	96,0
	15,00	8	1,7	1,7	97,7
	13,00	6	1,3	1,3	99,0
	34,00	4	,8	,8	99,8
	35,00	1	,2	,2	100,0
	Totale	480	100,0	100,0	

La tabella n. 58 conteggia la variabile “*Grargomento*”, creata e utilizzata, come spiegato nella presentazione delle categorie considerate da questa ricerca, per individuare la *distribuzione dei vari argomenti all’interno dei vari gruppi tematici*. Ricordiamo che la prima cifra indica il gruppo tematico (1, 2, 3) e la seconda indica invece l’argomento trattato (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

L’argomento prevalentemente indagato dal totale della produzione fa parte degli articoli classificati nel gruppo tematico 2, *Variabili predittive relative al disturbo*, identificato

con il valore **22,00** e relativo ai **fattori di rischio ambientale** (abusi, trascuratezza, maltrattamenti, stili di attaccamento, struttura familiare: un genitore/figlio unico, stile educativo, uso di sostanze; alcool), con una percentuale dell'**11,7%** (totale 56 articoli).

Segue, sempre per il gruppo 2, con il **9,2%** (44 articoli), l'argomento identificato con il valore **27,00** relativo all'**associazione predittiva dei tratti patologici di personalità ad altri disturbi** (depressione, schizofrenia, ansia generalizzata, disturbi alimentari, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo di condotta, adhd...).

Sintomi, patterns disadattivi e comportamenti predittivi dei disturbi di personalità, identificati per questa analisi con il valore **21,00**, rappresentano anch'essi un consistente argomento di ricerca del gruppo 2, il **7,9%** (38 articoli sul campione).

I **fattori di rischio genetico** identificati con il valore **23,00** e i **fattori co-occorrenti nello sviluppo dei disturbi di personalità**, identificati con il valore **28,00**, sono indagati ciascuno dal **5,8%** del campione (28 articoli per argomento) .

L'**argomento** prevalentemente indagato dagli articoli classificati nel gruppo tematico 1, *Natura e comprensione eziologica della patologia*, è quello identificato con il valore **18,00** e relativo all'**assessment** (sperimentare, validare strumenti diagnostici), con una percentuale pari al **9,8%** (47 articoli).

Segue, per il gruppo 1, l'argomento identificato con il valore **14,00** relativo all'**esordio dei disturbi di personalità** (criteri diagnostici, caratteristiche specifiche, ritratti coerenti di disturbo), con una percentuale del **9,4%** (45 articoli).

Sempre per il gruppo 1, un altro importante argomento di ricerca è quello identificato con il valore **12,00** e relativo alle **Prospettive teoriche** (sviluppo/confronto/ricerca di modelli integrati), con una percentuale pari al **4,6%** (**22** articoli).

Infine l'**argomento** prevalentemente indagato dagli articoli classificati nel gruppo tematico 3, *Prevenzione e trattamento*, riguarda l'**efficacia dei trattamenti terapeutici** (identificato con il valore **31,00**), con una percentuale pari al **7,3%** del campione (35 articoli); seguito dall'argomento identificato con il valore **33,00** sulle **problematiche relative al trattamento**, per un totale del **2,1%** del campione (**10** articoli) e, in ordine, dall'argomento identificato con il valore **32,00**, confronto tra trattamenti terapeutici, per un totale del **2,1%**.

Nel grafico 21 possiamo rilevare la prevalenza di un gruppo tematico sugli altri e, contemporaneamente, la distribuzione delle frequenze degli argomenti trattati all'interno dei tre gruppi.

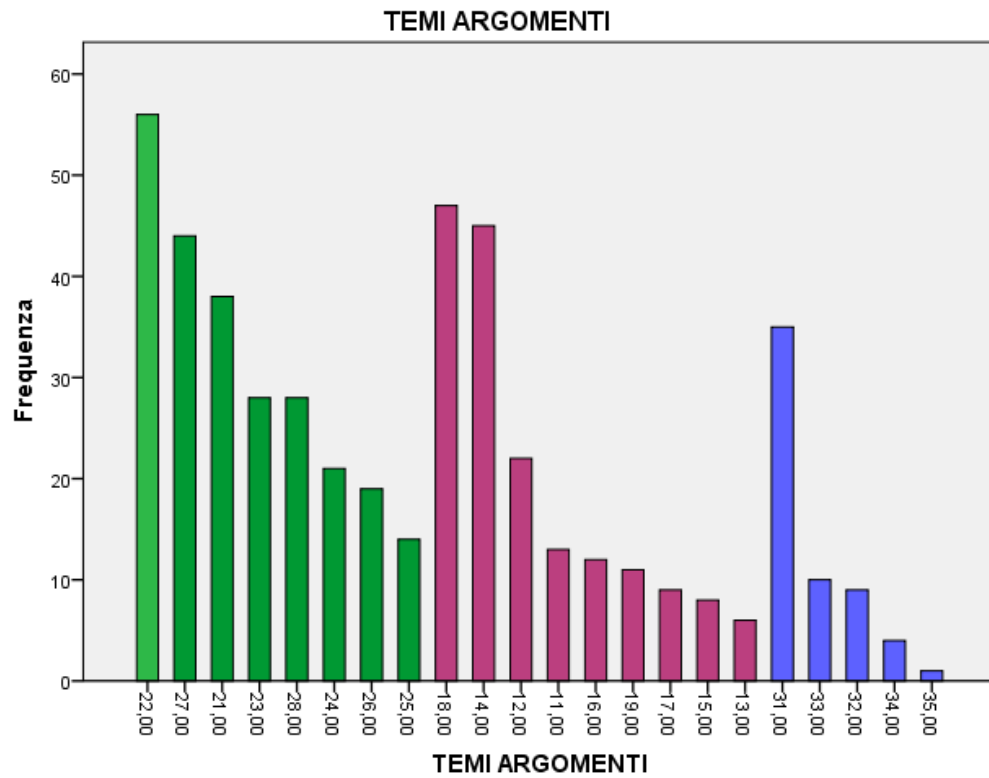


Figura 31. Grafico Argomenti distribuiti nei vari gruppi tematici

Tabella 61. Tavola di contingenza ARGOMENTI * ANNO DI PUBBLICAZIONE

Conteggio

		ANNO DI PUBBLICAZIONE										Totale	
		2005	2006	2007	2008	2009	2010'	2011	2012	2013	2014		2015
	35,00	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	34,00	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	4
	33,00	0	3	0	1	1	2	1	0	0	0	2	10
	32,00	2	2	1	0	0	0	1	0	2	0	1	9
	31,00	2	1	0	4	2	3	3	1	6	9	4	35
	28,00	1	0	7	4	6	0	1	1	3	3	2	28
	27,00	6	3	9	3	1	3	3	3	7	2	4	44
	26,00	2	2	0	3	1	0	2	4	1	1	3	19
	25,00	0	1	1	0	3	2	2	1	1	2	1	14
	24,00	4	1	0	1	2	0	0	5	2	4	2	21
TEMI	23,00	4	0	1	0	3	5	1	0	6	6	2	28
ARGOMENTI	22,00	1	5	3	6	8	0	3	7	5	11	7	56
	21,00	4	2	1	3	2	4	3	3	2	12	2	38
	19,00	2	3	0	1	0	2	0	0	0	3	0	11
	18,00	3	5	3	0	7	7	6	4	5	5	2	47
	17,00	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	4	9
	16,00	1	1	2	0	5	1	1	0	1	0	0	12
	15,00	0	1	0	0	0	0	0	1	2	3	1	8
	14,00	1	5	4	2	2	5	3	7	9	5	2	45
	13,00	0	2	0	0	1	0	1	0	0	2	0	6
	12,00	4	1	2	0	2	2	2	2	2	2	3	22
	11,00	1	1	1	1	1	0	2	1	1	2	2	13
Totale		38	39	36	31	49	37	36	40	55	73	46	480

Dall'incrocio dei dati ricavati sugli **argomenti principali di studio** con la variabile relativa agli *anni* di pubblicazione (tabella n° 61) si evidenzia che i **fattori di rischio ambientale**, argomento prevalente del filone tematico “Variabili predittive della patologia”, sono stati indagati maggiormente nel **2014**, ma anche nel **2009**, nel **2012** e nel **2015**.

L'argomento **assessment**, del gruppo tematico “Natura e comprensione eziologica della patologia”, è stato oggetto di ricerca principalmente negli anni **2009** e **2010**.

Gli studi condotti sull'**efficacia** dei **trattamenti terapeutici** somministrati, del gruppo “Prevenzione e trattamento”, si sono concentrati in particolare negli anni **2013** e **2014**.

Tabella 62. Chi-quadrato ARGOMENTI * ANNO DI PUBBLICAZIONE

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	282,936 ^a	210	,001
Rapporto di verosimiglianza	302,614	210	,000
Associazione lineare-lineare	,007	1	,933
N. di casi validi	480		

a. 230 celle (95,0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è ,06.

Il test Chi-square dell'incrocio tra "argomento" e "anno di pubblicazione" (tabella n° 61) è significativo (0,001): la predominanza di un argomento, o di più argomenti, sugli altri, nei vari anni di pubblicazione, indica la **dipendenza** delle variabili specifiche considerate. Ciò ci permette di affermare che per ogni anno ci sono stati specifici argomenti prevalenti di studio.

Come si vede infatti nel **2005**, predominano gli studi sull'**associazione predittiva dei tratti patologici ad altri disturbi**" (depressione, schizofrenia, ansia...).

Nel **2006** predominano gli studi sui **fattori di rischio ambientale**; sull'**affidabilità dell'assessment** e sulle **caratteristiche specifiche di ogni disturbo di personalità**.

Nel **2007** si indaga prevalentemente l'**associazione predittiva dei tratti patologici ad altri disturbi**.

Nel **2008** e nel **2009** si esplorano i **fattori di rischio ambientale**.

Nel **2010** e nel **2011** prevale l'argomento **affidabilità dell'assessment**.

Nel **2012** si indagano maggiormente le **caratteristiche specifiche di ogni disturbo di personalità** e i **fattori di rischio ambientale**.

Nel **2013** la maggioranza degli studi si concentra sulle **caratteristiche specifiche di ogni disturbo di personalità**. Nel **2014** prevalgono gli studi che trattano **sintomi e comportamenti predittivi dei disturbi di personalità** e i **fattori di rischio ambientale**.

Nel **2015** infine predominano ancora i **fattori di rischio ambientale**.

5.6 Raccolta e sintesi dei più importanti risultati di ricerca

Come è stato spiegato nella presentazione dello strumento di indagine di questa analisi bibliometrica, le informazioni relative al **principale e più rilevante risultato di ogni singola ricerca** sono state registrate nel database come variabili "stringa" e riportate su *tabelle di estrapolazione dati*, che hanno permesso di individuare i traguardi più significativi raggiunti dalla comunità scientifica sul tema. Anche se la maggior parte degli studi includono

informazioni relative a diverse tematiche, soprattutto quelli teorici, è stata presa in considerazione la **principale messa a fuoco** e il **quesito d'indagine di ogni documento**.

Riportiamo tutte le tabelle dati, suddivise per filone tematico, distinte, anno per anno, e commentate nel loro insieme alla fine di ogni sezione.

TABELLE DATI GRUPPO 1 **Natura e comprensione eziologica della patologia**

Id.	Tabella 63. Risultati di ricerca 2005
26	Relazione tra tratti psicopatici con altri importanti psicopatologie e costrutti di personalità nei bambini e negli adolescenti, per la comprensione della patologia e identificazione di un sottogruppo antisociale; i processi cognitivi; la stabilità di questi comportamenti.
17	Proposta di una concettualizzazione dimensionale della psicopatologia.
18	Gli studi sullo sviluppo personalità nei bambini e negli adolescenti devono essere integrati nella ricerca sui disturbi di personalità in un modello integrato delle differenze individuali nell'infanzia e nell'adolescenza .
25	Teoria del Big Five associata con il costrutto di psicotipia antisociale infantile e adolescenziale.
38	Sintesi su costrutto, concettualizzazione e misurazione, relazioni tra tratti psicopatici e problemi di condotta; relazioni tra tratti psicotici e variabili individuali e di contesto.
28	Sintomi e fenomenologia delle adolescenti con disturbo borderline simili a quelli degli adulti; necessità di ulteriori studi invece per adolescenti maschi.
4	Stabilità e continuità evolutiva della psicopatologia antisociale infanzia-adolescenza-età adulta.
13	SWAP-200-A efficace strumento di diagnosi per disturbi di personalità negli adolescenti; le dimensioni dei tratti, come il comportamento delinquenziale e la disregolazione emozionale, possono rivelarsi utili integrazioni ad una classificazione della personalità.
22	Hare psychopathy Check list (PCLs) attendibile nelle diagnosi di comportamenti antisociali.
37	Tratti di schizotipia indicatori di spettro di schizofrenia. Affidabilità diagnostica della versione per bambini della scala STA.
10	Children in the Community Self-Report (CIC-SR) superiore a SCHID II.
29	Self report (Millon; Neo-pi-r; Minnesota Multiphasic Inventory) valutati positivamente per identificare tratti psicopatici associati a risultati criminologici nei bambini e negli adolescenti.

Id.	Tabella 64. Risultati di ricerca 2006
57	Connessioni tra costrutti di fantasia e schizotipia negli adolescenti: la fantasia converge con la dimensione cognitiva-percettiva di schizotipia, non con gli aspetti interpersonali della schizotipia.
50	Modelli a tre e quattro fattori validi in studi su adolescenti antisociali. Questi risultati hanno importanti implicazioni per la validità di costruito della Checklist Psicopatia: Versione gioventù.
69	Tassonomia completa della personalità infantile utilizzata per collegare la ricerca sui bambini con quella sugli adulti e a fornire un quadro per discutere il rapporto personalità- psicopatologia.
75	Costruzione di una tassonomia dei tratti sintomatologici di Internalizzazione e di Esternalizzazione nell'infanzia (DIPSI).
42	Caratteristiche di personalità sadiche, in adolescenti ospedalizzati, incontrano i criteri degli altri disturbi di personalità.
49	Componenti del disturbo borderline negli adolescenti: auto-negazione, irritabilità, rapporti poco modulati e impulsività sono fattori che differiscono da quelli riportati da studi simili per gli adulti.
55	Adolescenti SPD (disturbo di personalità schizotipico) mostrano un numero significativamente inferiore di gesti (comunicazione non verbale) rispetto ad adolescenti con altri disturbi di personalità.
61	Deficit cognitivi in adolescenti con SPD, disturbo di personalità schizotipico, più marcati nel calcolo mentale.
62	Atipica lateralizzazione cerebrale in adolescenti con schizotipia: manualità sinistra o mista più coerente, e di maggiore entità, con l'aspetto positivo di schizotipia.
53	Psicotipia antisociale prevalente nei gruppi etnici africani rispetto a quelli europei.
63	Stabilità di sintomi violenti in famiglia dalla adolescenza all'età adulta: nel Cluster A diminuiti; nel Cluster B più stabili negli uomini; nel Cluster C più stabili tra gli uomini violenti.
41	PCL:YV affidabile nell'identificare indici discriminanti del costrutto di psicotipia in adolescenti femmine detenute.
43	PCL:YV affidabile per valutare la relazione tra psicopatia e aggressività strumentale in adolescenti delinquenti.
45	Youth Psychopathic traits Inventory (YPI) valido per esplorare il costrutto di psicotipia negli adolescenti delinquenti.
48	Versione self-report Antisocial Process Device Screening (APSI) affidabile per la coerenza interna degli indici di narcisismo e impulsività in adolescenti delinquenti.
40	PCL:YV affidabile nel correlare indici di comportamento antisociale negli adolescenti.
51	Utilità e limiti delle valutazioni forensi della psicopatia nei minori; descrizione di strumenti disponibili per la valutazione del rischio di violenza.
70	PCL:YV migliore indicatore di violenza del YLS / CMI ; entrambi tuttavia validi.
76	Validità concorrente e predittiva della Checklist Psicopatia: Versione gioventù (PCL:YV), per individuare problemi esternalizzati di comportamento, prevedere recidive generali e violente nei maschi; debole con le ragazze e la recidiva non violenta in tutti i sottogruppi.

Id.	Tabella 65. Risultati di ricerca 2007
109	Validità di costrutto del disturbo antisociale di personalità (ASPD) diagnosticato in adolescenza. Il gruppo ASPD presenta significativamente depressione, disturbi da uso di sostanze, scarso rendimento verbale, discrepanza IQ, scarso funzionamento scolastico del gruppo CD (disturbo di condotta).
98	Le caratteristiche di psicopatia tra i giovani sono concepite come dimensionali, esistenti lungo un continuum e non come categorie tassonomiche.
112	Validità di un approccio dimensionale in adolescenti maschi e femmine delinquenti incarcerati valutati con il Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ).
79	Caratteristiche di psicopatia e aggressività: deficit di empatia e regolazione degli affetti in adolescenti sono associati con l'aggressività.
84	Relativa stabilità della psicopatia dall'adolescenza all'età adulta, quindi prova della utilità di incrementare il costrutto la psicopatia adolescente.
88	Disturbo di personalità borderline bambini/adulti: significative differenze spiegate con il principio della continuità eterotipica in fase di sviluppo. Inoltre, abbastanza sovrapposizione tra minori e adulti BPD. Suggerimenti per ulteriori indagini su comorbidità, strumenti diagnostici e misure neurobiologiche come il neuroimaging funzionale.
92	Disturbo schizotipico di personalità in adolescenti presenta maggiori anomalie di movimento e maggiore cortisolo salivare (alterazioni dello sviluppo neurologico).
93	Stabilità di disturbi della personalità associata a compromissione nel funzionamento globale e perdita di valore.
95	Documento di derivazione (PAS-DOC), classificazione cluster a quattro personalità interrater, mostra buon accordo tra valutatori; la somministrazione longitudinale è la forma di valutazione migliore per i disturbi di personalità.
97	Validità convergente categorica del Tratti Inventory (YPI) rispetto alla Checklist Psicopatia: Versione gioventù (PCL: YV).
101	Differenze individuali in alcuni tratti della personalità possono contribuire a differenze nel tipo di disturbo comportamento antisociale (nell'esordio e nel decorso).
103	Validità Scala psicopatia infanzia (CPS; DR Lynam, 1997): il metodo di conversione verso il basso è sufficiente per comprendere il costrutto psychopathy giovanile.

id	Tabella 66. Risultati di ricerca 2008
126	SIB, comportamento autolesivo in adolescenti con disturbo di personalità, associato a trauma, depressione, disregolazione emotiva e malattie psichiatriche dei genitori; non confermata ipotesi di deficit neuropsicologici o fattori temperamentali.
131	Validità di diagnosi BPD in adolescenza, come per gli adulti, stabile nel tempo. Importante trattare la sintomatologia borderline in quel sottogruppo meno grave che si muove dentro e fuori la diagnosi, per cui è meglio avere cautela nella formalità della diagnosi.
135	Prognosi a lungo termine più grave associata a PD borderline e ad elevati sintomi schizotipici. Il disturbo di condotta infantile scompare in età adulta per manifestarsi come disturbo antisociale di personalità molto grave.
137	Prognosi a lungo termine avversa nel funzionamento sociale associata a BDP: adolescenti con livelli elevati di sintomi borderline precoci necessitano di servizi a età media 33. Questi effetti sono evidenti nonostante la diminuzione dei sintomi con l'età e sono indipendenti dai disturbi di Asse I adolescenti.
141	Affidabilità e validità di costrutto psicopatia in infanzia e adolescenza. Descrizione cambiamento sintomatologico nel tempo. Indicazione potenziali fattori protettivi.
143	Affidabilità Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire for Adolescents (DAPP-BQ-A) per diagnosticare disturbo di personalità negli adolescenti.

Id.	Tabella 67. Risultati di ricerca 2009
145	Differenze di personalità potrebbero spiegare l'eterogeneità significativa tra categorie diagnostiche per adolescenti dirompenti: 3 sottotipi di personalità all'interno di questo sottocampione: psicopatici, emarginati sociali e delinquenti. I sottotipi differiscono da variabili esterne indicativi di una distinzione tassonomica valida.
150	Tratti-manifestazioni disadattivi di disturbo di personalità molto meno stabili di quanto si credesse. Quindi esistono fattori che influenzano la stabilità e la variazione di disturbo di personalità.
152	Dimensional Personality Symptom Itempool (DIPSI), modello età-specifico per la descrizione dei tratti patologici dei bambini e degli adolescenti, rappresenta una concettualizzazione completa di antecedenti PD infanzia.
153	Caratteristiche disturbo narcisistico nei bambini: distorsione della realtà, costrizione degli affetti, diffidenza ipervigilante di motivazioni altrui, caratteristiche depressive, senso gonfiato di sé in presenza di un senso di inferiorità, scarso interesse per gli altri e meno coinvolgimento nei rapporti.
158	Validità Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ) per la valutazione dei tratti di personalità psicopatiche Fearless (FD) e impulsivo antisociale (IA).
159	Confronto prognosi a lungo termine di disturbi della personalità degli adolescenti e disturbi concomitanti di Asse I, alto rischio negativo sul funzionamento psicosociale.
160	Validità approccio PDM alla patologia della personalità dell'adolescente, categoriale e dimensionale.
161	Validità concorrente della tassonomia dei disturbi di personalità in adolescenza (in particolare su patologie borderline e narcisistiche in adolescenza) della procedura di valutazione Shedler-Westen (SWAP-200-A) che ha evidenziato tre grandi aree di patologia della personalità.
165	TPSQ-R versione breve di TPSQ mostra adeguate proprietà psicometriche per la valutazione di rischi psicotici (schizotipici).
166	Stabilità dimensionale di tratti sgradevolezza, instabilità emotiva, introversione e compulsività, precursori di disturbi di personalità.
169	Proposta di un modello integrato: McAdams e Pals' model.
172	Validità concorrente ed efficienza diagnostica della versione abbreviata del colloquio diagnostico (Ab-DIB) come misura di screening di psicopatologia borderline in una popolazione clinica di adolescenti.
174	Da moderata a elevata stabilità dei tratti interpersonali e comportamentali, rispetto a stabilità tratti affettivi.
175	Validità di costruito e prevalenza di BPD tra gli adolescenti cinesi di Hong Kong misurati con il McLean Screening Instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD); la classificazione cinese di Mental Disorders-III rifiuta BPD come una categoria diagnostica.
176	Dimensioni DAPP-BQ-A Questionario Patologia-base di personalità per adolescenti correlati ai sintomi di personalità (schizoidi, schizotipici e passivo-aggressivo).
177	Stabilità psicopatia di personalità, in tutta l'infanzia e l'adolescenza: valutazione affidabile a partire dall'infanzia, scarsa fluttuazione; prevista delinquenza in adolescenza.
178	Disregolazione affettiva, impulsività, relazioni instabili, costituiscono le caratteristiche principali di BPD, menomazioni nel processo di mentalizzazione.
181	Prospettiva evolutiva funzionalista per sintetizzare la ricerca di base delle neuroscienze, etologia, genetica e psicologia dello sviluppo in un quadro unificato per comprendere natura e origini di ansia sociale e disturbo di personalità evitante.
186	Fattori e meccanismi di cambiamento nei PD: variazioni temperamentali predittori di cambiamento (emotività, attività, socialità) non prevedono variazione del disturbo di personalità schizoide nel corso del tempo.
188	Tratti borderline hanno un declino dall'adolescenza all'età adulta, ma la stabilità rimane elevata; la stabilità dipende da fattori genetici e meno dai fattori ambientali.

id	Tabella 68. Risultati di ricerca 2010
199	Affidabilità versione breve Youth Psychopathic Traits Inventory child version (YPI-CV) nella misura dei tratti psicotici in adolescenti; elevata convergenza con lo strumento originale.
200	Maggiori similitudini di caratteristiche psicopatologiche antisociali tra il gruppo criminali comuni e il gruppo stupratori rispetto al gruppo pedofili.
201	Efficacia Adult Attachment Interview (AAI, Main, Goldwyn, 1985) nella valutazione clinica di paziente borderline femmina (stili di attaccamento) nel promuovere nel paziente auto-riflessione e integrazione personale.
204	Ipervigilanza generale per parole emotive negative nelle adolescenti con disturbo di personalità borderline: non è una caratteristica specifica BPD ma è tipica di altre diagnosi psichiatriche.
207	Sintomatologia affettiva di partenza nella prima infanzia, difficoltà interpersonali in adolescenza, impulsività, aggressività, acting out e comportamenti autodistruttivi, indagati con reports famigliari, dominano il profilo borderline.
208	Validità DAPP-BQ-A; approccio multi-informatore nella valutazione della patologia della personalità dell'adolescente.
209	SWAP-II-A efficace per l'individuazione di 5 sottotipi antisociali (APD) negli adolescenti: psicopatico-like, socialmente ritirato, impulsivo-istrionico, emotivamente disregolato e attentionally disregolato.
211	Modello Big Five e teoria di Livesley utili nella comprensione delle caratteristiche disfunzionali del PD adolescenti.
212	DMM offre una maggiore utilità clinica, coerenza concettuale, validità empirica e affidabilità di codifica rispetto al M & G, entrambi metodi della teoria dell'attaccamento applicati nella Adult Attachment interview (AAI).
213	Proposta di modifiche sulle procedure di codifica e standardizzazione del The Family Apperception Test (FAT) per la valutazione della famiglia, discriminante fattore predittivo per i bambini tipici e quelli del campione clinico.
216	Stabilità delle caratteristiche BPD: impulsività, affettività negativa, aggressione interpersonale, in ragazze 6-12-anni.
218	Dati empirici non supportano il modello Lynam dello "psicopatico nascente" all'interno di un sottogruppo di bambini con elevati punteggi di iperattività/disattenzione/impulsività (HIA) e problemi di condotta (CP) relativamente alla dimensione affettiva e alle funzionalità tipiche interpersonali.
219	Emozioni spiacevoli durante le interviste, irritazione cutanea, fragile alleanza con l'assistente di ricerca, sono i fattori di esito negativo per indagine actigrafica sui disturbi del sonno in adolescenti borderline, valida invece in condizione di alleanza terapeutica.
224	Differenziazione tra disturbo schizotipico di personalità (SPD), disturbo di personalità paranoide (PPD) e PD schizoide, spesso raggruppati insieme per sintomi comuni e condivisione sui fattori di rischio genetici e ambientali.
225	Confronto efficacia strumenti di misurazione della patologia della personalità nei bambini e negli adolescenti. Importanza di utilizzare più misure diagnostiche che possono ciascuna fornire importanti informazioni non sovrapposte. Concettualizzazione dimensionale di patologia della personalità.
226	Fattori FFM coscienza e compulsività correlati di OCPD. I risultati suggeriscono inoltre di completare il NEO-PI-R (Costa e McCrae) con più item disadattivi per consentire una descrizione più completa della varianza patologia della personalità.
230	Adolescenti con disturbo borderline mostrano anomalie nel mantenere l'attenzione nella visualizzazione di facce emotive negative.

id	Tabella 69. Risultati di ricerca 2011
231	Test di Rorschach utile a classificare i disturbi di personalità, raccoglie 6 variabili che influenzano una caratteristica disposizione di PD, patologie non discrete, ma piuttosto continue; la loro diagnosi non è solo strutturale, ma anche dimensionale.
234	Validità diagnosi APA del disturbo borderline di personalità, più vicina a livello internazionale, nel ICD-10, al "disturbo di personalità emotivamente instabile", evidente nella tarda adolescenza. Alcol e droghe di strada per la gestione di attacchi di depressione grave, trattamento, traumi in una famiglia disfunzionale.
236	Cautela espressa dagli psichiatri sulla validità concettuale ed empirica, sull'utilità clinica e sull'accettabilità della diagnosi di disturbo borderline di personalità in bambini e adolescenti pari al 2% sui bambini e 37% sugli adolescenti.
239	Differenza tra sintomi borderline con tendenze al suicidio e NSSI (autolesionismo non suicidario), ma entrambi associati senza significative variazioni al BDP.
240	Modello FFM utile per la comprensione dei sintomi ossessivo-compulsivo, eterogenei e ad alta co-occorrenza con altri disturbi, specifici tratti da adattivo a patologico, soprattutto in termini di coscienziosità.
242	Sondaggio Delphy condotto da esperti nel disturbo di personalità adulta ha evidenziato validità dei questionari per la registrazione dei dati sulla personalità anomala di bambini e adolescenti.
243	Validità del modello biosociale per disturbo borderline: tratti temperamentali evitanti (HA), disturbi internalizzazione e stile genitoriale iperprotettivo materno, sono i fattori di rischio.
251	Schizotipia associata a manualità mista, con punteggi più alti in aberrazione, ideazione magica e ipomania, risultato di un meccanismo biologico.
252	Relazione tra tratti borderline e "hypermentalizing" (eccessiva mentalizzazione imprecisa,) indipendente da età, genere, esternalizzazione, internalizzazione e sintomi psicopatia, mediata da difficoltà nella regolazione delle emozioni.
254	Dimostrata eziologia genetica e ambientale di tratti di personalità schizotipici e stabilità longitudinale dei tratti in un campione non selezionato di gemelli.
255	Validità concorrente de The Borderline Personality Disorder Features Scale for Children (BPFSC), unica misura dimensionale per la valutazione delle caratteristiche borderline in infanzia e adolescenza.
256	Validità del Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) versione self-report e versione genitori (BPFS-P).
257	Validità di diagnosi BPD negli adolescenti; per la maggior parte dei casi che si sviluppano nella prima adolescenza può essere prevista una remissione per entro 4 anni.
260	Validazione del The Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) negli adolescenti, attendibile per la valutazione di 16 sfaccettature che rientrano in 5 domini di ordine superiore: auto-controllo, identity integration, capacità relazionali, concordanza sociale e deresponsabilità.
262	Validità affidabile della versione francese del questionario SPQ per la valutazione dei tratti schizotipici in adolescenza (eccessiva ansia sociale, convinzioni strane, insolita esperienza percettiva, comportamento strano, chiusura agli amici, discorso strano, sospettosità).
266	Adeguate proprietà psicometriche del Questionnaire-Brief (SPQ-B) per esaminare la struttura e la misura dimensionale della personalità schizotipica attraverso il sesso e l'età (invarianza).

id	Tabella 70. Risultati di ricerca 2012
267	Efficacia IPOP-A, intervista semi-strutturata per adolescenti 13-21 anni, per raccogliere informazioni sui processi che costituiscono i mattoni dell'organizzazione della personalità dell'adolescente.
269	Differenze etniche, di sesso, di livello scolastico e associazione a Borderline nei tassi di autolesionismo DSH in ambienti poveri: alti tassi tra ragazzi afro-americani e tra ragazze bianche; caratteristiche BPD associate a DSH al di là di queste variabili demografiche.
275	Adolescenti BPD presentano livelli più alti di alessitimia rispetto ai soggetti sani, probabilmente a causa di livelli alti di depressione o ansia comorbilitanti.
276	Caratteristiche di personalità borderline nei bambini (12 anni) condividono caratteristiche eziologiche con disturbo di personalità borderline negli adulti.
278	Validità costruito disturbo borderline nei bambini e negli adolescenti a base neurobiologica.
279	Difficoltà di decodifica emozionale vocale e facciale nelle problematiche di interazione sociale in adolescenti con disturbo di personalità schizotipico (SPD).
280	Impulsività comportamentale, tra le caratteristiche principali del BDP, significativa alla ripetizione di NSSI (autolesionismo non suicida); un livello inferiore di instabilità affettiva associato alla regressione.
281	Dicotomia interna (evitamento, abbandono, disturbi di identità, sensazione cronica di vuoto, ideazione paranoide legati allo stress), ed esterna (relazioni instabili, impulsività, comportamenti suicidari o autolesionisti e rabbia inappropriata) concettualizza la struttura dei criteri borderline negli adolescenti; l'instabilità affettiva è una caratteristica fondamentale di BPD a questa età.
282	Validità concorrente dello Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) per la misurazione dei tratti psicopatici giovanili.
287	Le teorie evolutive possono aggiungere un importante contributo alla comprensione delle origini di tratti psicopatici.
288	Influenza dei disturbi di personalità sull'uso dei servizi di salute mentale: adolescenti con disturbi di personalità con rischio comorbilità altri disturbi hanno mostrato un numero significativamente maggiore di ricoveri psichiatrici rispetto al gruppo non dp.
291	Validazione preliminare della versione abbreviata per adolescenti della valutazione standardizzata di Scala di personalità (SAPAS-AV), affidabile e utile strumento di screening nelle istituzioni per i trasgressori maschi adolescenti.
293	Proposta di un modello integrato (bio-genetica-neurale) sulla caratteristica di impulsività per una maggiore comprensione di questo tratto altamente ereditabile e che cattura eterogeneità nei risultati chiave comportamentali, tra cui delinquenza e suicidio.
295	Validità predittiva affidabile del CI-BPD, intervista per l'infanzia DSM-IV Disturbo Borderline di Personalità – adolescente.
306	Adolescenti con disturbo borderline meno sensibili alle espressioni facciali di rabbia e di felicità, hanno cioè bisogno di più intense espressioni facciali. Tuttavia non presentano alcun deficit nel riconoscere le emozioni espresse completamente.

id	Tabella 71. Risultati di ricerca 2013
307	I risultati del metodo Response Theory (IRT) sono prova psicometrica dell'applicazione del costruito borderline ai giovani. BPD è stata valutata utilizzando l'intervista Childhood per DSM-IV Disturbo Borderline di Personalità (CI-BPD; Zanarini, Horwood, Waylen, e Wolke, 2004).
308	Scetticismo e incertezza diagnostica per BPD a bambini e adolescenti considerati una popolazione identificata come vulnerabile.
317	Necessità di un riconoscimento nosologico del NSSI (autolesionismo non finalizzato al suicidio) nel nuovo manuale diagnostico DSM 5 per una maggiore comprensione eziologica.
320	Reticenza clinica alla diagnosi: la maggioranza degli psicologi riconoscono l'esistenza di PD negli adolescenti (57,8%), ma solo una piccola minoranza fa diagnosi PD (8,7%) e offrono un trattamento specifico (6,5%) perché i problemi di personalità in adolescenza sarebbero transitori (41,2%) e il DSM-IV-TR non consente la diagnosi di PD in adolescenza (25,9%). PD in adolescenza

	hanno avuto poco impatto finora sulla pratica clinica di routine.
322	La diagnosi di un disturbo della personalità in adolescenza sembra associata con i processi psicologici di solito individuati negli adulti. Necessità di riformare la cultura del ricovero breve.
323	Sovrapposizione di sintomi in ASD (autismo), fobie sociali e disturbi della personalità; proposta di un modello che integra disturbi dello spettro autistico e fobie sociali, così come il disturbo schizoide, il disturbo schizotipico e i disturbi della personalità ossessivo-compulsivi, in un termine generico "disturbi inibizione sociale".
324	Difficoltà di regolazione delle emozioni è una delle caratteristiche principali di disturbo borderline di personalità.
328	Affidabilità diagnostica de International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire (IPDE-SQ).
329	Differenze di genere, di qualità, struttura familiare e stato sociale soggettivo possono influenzare lo sviluppo del PD: paranoico, schizotipico, antisociali, narcisistici maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze, figli unici paranoici e antisociali; famiglie monoparentali -schizotipico e PD antisociali, studenti con genitori risposati borderline e antisociali; bassa condizione sociale schizoidi e borderline.
332	Problema di identità, concetto di sé legato alla vergogna associato a comportamenti borderline in infanzia e prima adolescenza unicamente nel sesso femminile.
338	Tratti duraturi ma instabili, difetti di attaccamento e mentalizzazione in adolescenti come negli adulti. Il termine "disturbo borderline di personalità dello sviluppo" è suggerito in modo da riflettere la fluidità di questa condizione, per la quale c'è reticenza alla diagnosi.
339	Problemi di identità illustrati nel nuovo modello dimensionale alternativo del DSM 5 sui disturbi di personalità.
340	Affidabilità del questionario AIDA (Valutazione di sviluppo dell'identità in adolescenza), criterio struttura d'identità importante per la diagnosi nel DSM 5 (Otto Kernberger).
342	Tassi di prevalenza BPD pari al 30% negli adolescenti equivalenti a tassi riportati nei campioni adulti. Inoltre, BPD legato a una maggiore gravità clinica, da associazioni forti con tutti i principali disturbi di Asse I, con depressione, ansia, difficoltà di regolazione delle emozioni e impulsività. Può essere attendibilmente e validamente diagnosticato negli adolescenti di età inferiore ai 12-14 anni di età.
346	Individuati tre sottotipi di personalità tra i sottotipi di personalità degli adolescenti con disturbi anoressici: ad alto funzionamento/perfezionista, emotivamente disregolato e overcontrolled/ristretto.
347	Tassi di prevalenza di PD, AV, e BD; differenze di genere nei disturbi di personalità degli adolescenti e nei disturbi di esternalizzazione e internalizzazione, altamente predittivi di disturbi specifici di personalità.
353	Disregolazione emozionale, vale a dire instabilità emotiva o scarsa consapevolezza emotiva, intorpidimento emozionale, caratteristica fondamentale dei disturbi di personalità borderline.
354	Identificazione di 4 temi principali che rappresentano le esperienze giorno per giorno degli adolescenti borderline: esperienze emotive caratterizzate da sentimenti di paura, tristezza e pessimismo; relazioni interpersonali caratterizzate da sentimenti di solitudine e di ostilità da parte degli altri; immagine di sé conformista caratterizzata da un senso di normalità e difficoltà di proiettare nel tempo; strutturazione del discorso caratterizzato da discontinuità nella percezione di esperienze.
357	Validità di costruito del questionario RFQY per la valutazione della funzione riflessiva.
360	Validazione SWAP-II-A di Shedler-Westen per la valutazione della patologia di personalità.

id	Tabella 72. Risultati di ricerca 2014
362	Caratteristiche borderline (BPF) in tarda infanzia: rischio genetico e ambientale sovrapposto a disturbi di esternalizzazione e internalizzazione, ostilità genitoriale, insensibilità materna ai segnali di attaccamento infantile, vittimizzazione, deficit prospettiva sociale, vergogna e hypermentalizing.
367	Validità della versione breve del Borderline Personality Features Scale for Children (BPFSC; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005).
371	Ricerca di un modello di sviluppo integrativo dimensionale.
374	Frequenza di disturbi narcisistici nell'evoluzione dell'identità e nelle scelte del tipo di legame sentimentale.
377	Integrazione di modelli teorici, Five Factor Model e mentalizzazione, Information Social Processing (SIP). Dimensioni della personalità e cognizioni sociali sia autonomamente che insieme svolgono un ruolo nella patologia della personalità degli adolescenti.
380	Elevati tassi di prevalenza e comorbidità di disturbi di personalità tra i giovani carcerati.
385	La discrepanza nel confronto di strumenti self-reports: Screening Questionnaires (IPDE-SQ), che comprende moduli ICD-10 and DSM-IV, e Temperament Character Inventory (TCI) solleva perplessità sulla loro efficacia.
387	Differenze di strategie di regolazione delle emozioni implicate nel legame tra l'attaccamento insicuro e caratteristiche BPD.
389	Scarsa validità discriminante dell'inventario di personalità per il DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson e Skodol, 2012) negli adolescenti rispetto alla Dimensional Personality Sintom Itempool (DIPSI, De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen e Mervielde, 2006).
390	Adeguate validità del MSI-BPD per il disturbo di personalità Borderline (MSI-BPD) negli adolescenti ricoverati.
393	Classificazione tassonomica dp in adolescenza; dimostrata la fondatezza empirica e clinica della diagnosi della personalità negli adolescenti.
400	Validità Narcissistic Personality Questionnaire for Children—Revised (NPQC-R).
408	Validazione del modello dei cinque fattori PTSD (post traumatic stress disorder) tra i giovani delinquenti.
413	Costruzione di una tassonomia di disturbi di personalità con un modello tridimensionale in cui tratti Oddity (stranezza) sono significativamente associati a psicopatologia generale in giovane età.
414	Esistenza di sottogruppi tra i disturbi borderline di personalità negli adolescenti.
418	Sottotipi, tempi di sviluppo e cronicità del maltrattamento sui minori, sono fattori di sviluppo di caratteristiche di personalità borderline nell'infanzia.
425	Applicabilità self report Antisocial Process Screening Device Self Report (APSD-SR) per la valutazione dei tratti psicopatici negli adolescenti: è stata trovata una struttura a tre fattori impulsività (IMP), narcisismo (NAR) e caratteristiche insensibile-unemotional (CU).
426	Validità di costrutto BDP negli adolescenti come per gli adulti. Benefici di una diagnosi precoce per migliorare il benessere e la prognosi a lungo termine.
427	Confronto Cyclothymic-Hypersensitive Temperament (CHT) e Questionnaire and the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFSC-C), altamente correlati nella misura dello stesso costrutto. Entrambe le scale individuano due fattori, "rabbia-impulsività" e "instabilità affettiva", associati a ideazione suicidaria e sintomatologia depressiva e comportamenti antisociali.
429	Validità di costrutto disturbo ossessivo compulsivo di personalità (OCPD): i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) e del disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (OCPD), secondo il modello di continuità, possono essere rappresentate lungo un singolo spettro sottostante, una

	sola dimensione.
434	Prevalenza di patologie narcisistiche di identità in popolazioni di adozione rispetto al gruppo di controllo.

id	Tabella 73. Risultati di ricerca 2015
437	Affidabilità IPOP-A per la valutazione delle dimensioni di personalità borderline in adolescenza : identità, qualità delle relazioni oggettuali e regolazione degli affetti.
442	Sviluppo modello neurobiologico (vulnerabilità genetica, genitorialità e traumi minano il funzionamento personale e interpersonale, l'integrazione del sé, le rappresentazioni estreme di sé e degli altri, la capacità di mentalizzazione) per adolescenti con disturbo borderline.
447	Comportamenti autolesionistici non-suicidari (NSSI) in adolescente con disturbo depressivo maggiore, caratteristiche borderline e trauma, trattato con terapia comportamentale dialettica intensiva (DBT). Teorie psicodinamiche e biochimiche per descrivere il meccanismo di questa psicopatologia non sono esaustive.
448	Diminuita sensibilità al dolore marcatore ampiamente accettato per la grave disregolazione emozionale caratteristica principale di adolescenti di sesso femminile con BPD.
449	Ruolo significativo della mentalizzazione per la comprensione degli stati interni nello sviluppo di caratteristiche di disturbo di personalità.
456	Esiti: nevrosi a 14 anni significativamente correlata con esposizioni multiple ambientali (depressione, ansia, tendenza al suicidio e problemi di salute mentale generale, scarsa autostima) rispetto alla estroversione che ha previsto esiti di alcol e tossicodipendenza e problemi di salute mentale generale, ma anche miglioramento del benessere sociale, autostima e qualità della relazione.
457	Esistenza di diversi sottotipi, età di esordio, ma non tratti CU, sembrano predire l'esito negativo (distruttivo) del comportamento antisociale (AB) in adolescenza marcatamente eterogeneo.
458	Validità di una diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza, in particolare, disturbo BDP, come per gli adulti. Tuttavia i risultati che si occupano di struttura fattoriale del disturbo in adolescenza rimangono inconsistenti, poca documentazione sui fattori di rischio. Tra questi, trauma, temperamento, stile di attaccamento e sensibilità al rifiuto, come fattori di rischio eziologici di BPD.
459	Validità e affidabilità clinica approccio prototipo di corrispondenza (Shedler Westen) per quantificare la patologia.
467	Decorso clinico BDP in adolescenza come per gli adulti, con riduzione dei sintomi nel corso del tempo e recupero funzionale se c'è trattamento.
469	Esiti: patologia borderline prima dell'età di 19 anni è predittiva di deficit a lungo termine nel funzionamento; una parte considerevole di persone continuano a manifestare sintomi borderline fino a 20 anni più tardi.
473	Disturbo di personalità negli adolescenti associato per il 60% a maggiore gravità di autolesionismo.
474	Individuati tre profili latenti di esposizione al trauma prima dell'età di 13 anni. 8% del campione (1815), prevalentemente sesso f., caratterizzato da esperienze di violenza sessuale riporta livelli elevati di disturbi psichiatrici in età adulta; 8% prevalentemente sesso m., caratterizzato da esperienze di esposizione alla violenza, riporta livelli elevati di disturbo antisociale di personalità e stress post-traumatico.
478	Validità, utilità diagnostica e trattabilità dei PD negli adolescenti. E' solo attraverso la valutazione precoce che può essere ridotta o del tutto evitata sofferenza personale e onere al sistema sanitario.

Gli studi sulla *natura e la comprensione eziologica della patologia di personalità*, nel corso del decennio indagato, hanno visto una prevalenza di ricerche orientate in direzione di una **concettualizzazione dimensionale della psicopatologia** e quindi volte a validare **modelli teorici fattoriali, dimensionali e integrati** in grado di costruire tassonomie complete della personalità di bambini e adolescenti, proiettate sulle **differenze individuali**, e di relazionarle alla patologia.

Le caratteristiche di psicopatologia, delle quali si indaga la **stabilità**, dall'infanzia all'adolescenza e dall'adolescenza all'età adulta, con pareri, come vedremo, discordanti, sono concepite come dimensionali, esistenti lungo un *continuum* e non più come categorie tassonomiche. Da questa prospettiva si pongono i seguenti **modelli teorici**:

- il **Five Factor Model** (Costa & McCrae, 1988) noto come *Big Five*, sottostante numerosi studi di ricerca a partire dall'anno 2005, quando viene fortemente associato con il costrutto di psicopatologia antisociale infantile e adolescenziale. Per alcuni ricercatori del 2011 si rivela utile per la comprensione dei sintomi ossessivo-compulsivi, eterogenei e ad alta co-occorrenza con altri disturbi, e di specifici tratti, da adattivo a patologico, soprattutto in termini di coscienziosità;

- il **DIPSI**, *Dimensional Personality Symptom Itempool* (De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen e Mervielde, 2006), modello età-specifico per la descrizione dei tratti patologici infantili di internalizzazione e di esternalizzazione, precursori di sviluppo di disturbi di personalità in età adulta;

- il **McAdams e Pals' model** (McAdams e Pals, 2006), detto "*nuovo Big Five*", il quale, attingendo dalle tendenze empiriche e teoriche relative ai principi di dimensionalità, caratteristiche disposizionali, adattamenti, cultura e contesto sociale, integra il modello di Costa e McCrae con una tassonomia basata sulle differenze individuali dei tratti e sulle identità narrative (autoriferiti psicologici).

Non soddisfa il **modello Lynam** (Lynam e Whiteside 2001) dello "psicopatico nascente" (modello di sviluppo della psicopatologia emergente, *lifecourse*) che correla dimensioni di personalità a comportamenti impulsivi, utilizzato all'interno di un sottogruppo di bambini con elevati punteggi di iperattività/disattenzione/impulsività (HIA) e problemi di condotta (CP), per la valutazione della dimensione affettiva e delle funzionalità tipiche interpersonali (2010).

L'**assessment** che fa riferimento alla validazione empirica di questa prospettiva evolutiva (nonchè argomento prevalente negli articoli di questo gruppo tematico) include, tra i principali, i seguenti strumenti diagnostici:

- **SWAP-200-A**, (Shedler e Westen, 2003) tassonomia integrata (categoriale e dimensionale) dei disturbi di personalità in adolescenza, in particolare delle patologie borderline, narcisistiche e dei sottotipi di personalità antisociale; lo strumento si rivela affidabile e utile per la valutazione della sensibilità al cambiamento, importante per l'evoluzione terapeutica;

- **PCLs**, *Hare Psychopathy Check list* (Hare, 1985), la misura più utilizzata della psicopatia negli adulti, nella versione young (**PCL:YV**), affidabile nell'identificazione e nella correlazione di indici discriminanti del costrutto di psicopatia antisociale negli adolescenti; prevede recidive generali e violente, soprattutto nella popolazione maschile (la ricerca approfondisce sull'utilità e i limiti delle valutazioni forensi della psicopatia nei minori);

- **APSD-SR**, versione self-report dell'*Antisocial Process Device Screening*, **APSI**, (Frick e Hare, 2002), affidabile per la coerenza interna degli indici di narcisismo, impulsività e caratteristiche "callous-unemotional";

- i self-report **MCMI**, *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (Millon, 1993, 2006), **Neo-Pi-R**, *Revised NEO Personality Inventory* (Costa e McCrae, 1990) e **MMI**, *Minnesota Multiphasic Inventory* (Hathaway & McKinley, 1942), efficaci strumenti di diagnosi per l'identificazione e la valutazione delle dimensioni dei tratti psicopatici associati a comportamenti antisociali, nonché utili integrazioni ad una classificazione della personalità. Gli studi suggeriscono di completare il Neo-Pi-R (validazione empirica della teoria del Five Factor Model di Costa e McCrae) con più *item* disadattivi per consentire una descrizione più completa della varianza patologica della personalità;

- **DAPP-BQ**, *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire* (Livesley e Jackson, 2011), utile nell'indagine dei correlati ai sintomi di personalità (schizoidi, schizotipici e passivo-aggressivi) e in particolare nella valutazione di adolescenti maschi e femmine delinquenti incarcerati; il DAPP-BQ-A prevede un approccio multi-informatore nella valutazione della patologia della personalità dell'adolescente;

- **MPQ**, *Multidimensional Personality Questionnaire* (Tellegen e Waller, 1982) per la valutazione dei tratti di personalità psicopatiche *inpavido* (FD) e *impulsivo* antisociale (IA);

- **TPSQ-R**, versione breve del **TPSQ**, *Thinking and Perceptual Style Questionnaire* (Linscott and Knight, 2004) il quale mostra adeguate proprietà psicometriche sui tratti schizotipici (allucinazioni, paranoia sociale, ideazione magica, anedonia, disturbo del pensiero, illusione percettiva) e sulla valutazione di rischi psicotici;

- **Test di Rorschach** (Rorschach 1921), valido nella classificazione di disturbi di personalità (raccolge 6 variabili che influenzano una caratteristica disposizione verso i disturbi, patologie non discrete, ma piuttosto *continue*; la loro diagnosi non è solo strutturale, ma anche dimensionale);

- **BPFSC**, *The Borderline Personality Disorder Features Scale for Children* (Crick, Murray-Close, & Woods, 2005), versione self-report, efficace misura *dimensionale* per la valutazione delle caratteristiche borderline e antisociali in infanzia e adolescenza; valida anche la versione per genitori (**BPFS-P**). La scala individua due fattori, “rabbia-impulsività” e “instabilità-affettività”, associati a ideazione suicidaria e sintomatologia depressiva;

- **SIPP-118**, *The Severity Indices of Personality Problems* per adolescenti (Verheul, 2008), attendibile per la valutazione di 16 sfaccettature che rientrano in 5 domini di ordine superiore: auto-controllo, identity integration, capacità relazionali, concordanza sociale e deresponsabilità;

- la versione francese del questionario **SPQ**, *Schizotypal Personality Questionnaire* (Raine, 1995), per la valutazione dei tratti schizotipici in adolescenza (eccessiva ansia sociale, convinzioni strane, insolita esperienza percettiva, comportamento anomalo, chiusura, discorso sconnesso, sospettosità). Anche la versione Brief (**SPQ-B**) risulta attendibile per esaminare la struttura e la misura *dimensionale* della personalità schizotipica attraverso il sesso e l'età (invarianza);

- **NPQC-R**, *Narcissistic Personality Questionnaire for Children-Revised* (Ang & Raine, 2009), valido per la valutazione della sintomatologia narcisistica infantile;

- **IPOP-A**, *Interview of Personality Organization Processes in Adolescence* (Ammaniti, Fontana, Kernberg, Clarkin e Clarkin, 2011) intervista clinica semi-strutturata per adolescenti 13-21 anni, per la valutazione delle *dimensioni* di personalità borderline in adolescenza: identità, qualità delle relazioni oggettuali e regolazione degli affetti;

- **YPI-CV**, *Youth Psychopathic Traits Inventory child version*, versione breve del *YPI Traits Inventory* (Andershed, Kerr, Stattin e Levander, 2002), per la misura dei tratti psicotici e la loro stabilità negli adolescenti; utile per esplorare il costrutto di psicotopia negli adolescenti delinquenti (elevata convergenza con lo strumento originale);

- versione per bambini della scala **STA**, *Schizotypy Traits Questionnaire*, (Claridge and Brooks, 1984), per l'individuazione dei tratti di schizotopia, indicatori di spettro di schizofrenia;

- **CPS**, *Scala Psicopatia Infanzia* (Lynam, 1997), che utilizza descrizioni del PCL-R di Hare e della CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991), utilizzata in ricerche sulla personalità antisociale degli adolescenti;

- **PDM**, (PDM Task Force, 2006), manuale diagnostico di approccio *categoriale e dimensionale* alla patologia della personalità dell'adolescente.

Il **PID-5** child age 11-17, *Personality Inventory for DSM5* (Krueger, Derringer, Markon, Watson e Skodol, 2012), inventario di personalità per gli adolescenti, utilizzato nel DSM-5, relativo ai sei grandi domini dei tratti: emotività negativa, introversione, antagonismo, disinibizione, compulsività e schizotipia, non risulta sufficientemente discriminante.

La discrepanza nel confronto del **IPDE-SQ**, *Screening Questionnaires International Personality Disorder Examination*, colloquio clinico semistrutturato, comprensivo dei moduli ICD-10 e DSM-IV, e del modello tridimensionale **biopsicosociale TCI**, *Temperament Character Inventory*, (Cloninger 1994) per la valutazione dei correlati biologici-neurotrasmettitori, solleva perplessità sulla loro efficacia (studi del 2014).

Nel 2014 gli studi si orientano verso un'integrazione concettuale del **Five Factor Model** con le teorie della **mentalizzazione**, deficit della *funzione riflessiva* (Fonagy e Target, 2001), per la comprensione degli stati mentali interni e delle dimensioni della personalità nello sviluppo di caratteristiche di disturbo. La validazione empirica di questa prospettiva è il *Social Information Processing Interview–Preschool* (**SIPI-P**, Ziv e Sorongon, 2011) che valuta il modo in cui i bambini percepiscono le situazioni sociali che prevedono la relazione tra pari e gli esiti di un loro e altrui comportamento.

Gli articoli del 2014 fanno riferimento anche ai contributi provenienti dalle **teorie biologiche, neurobiologiche e neurocomportamentali**, soprattutto per la comprensione eziologica del disturbo borderline e delle caratteristiche di impulsività, altamente ereditabili. Vulnerabilità genetica, genitorialità e trauma, sul funzionamento personale e interpersonale, sull'integrazione del sé, sulle rappresentazioni estreme del sé e degli altri, sulla capacità di mentalizzazione, sono alla base di ricerche di modelli integrati **bio-genetici-neurali**.

Le **teorie psicodinamiche e biochimiche** per descrivere il meccanismo di comportamenti autolesionistici non-suicidari (NSSI) in adolescenti con disturbo depressivo maggiore e caratteristiche borderline, secondo alcuni studi del 2015 non sono esaustive.

Tra gli **strumenti** ad uso di valutazioni psichiatriche meramente **sintomatologiche**, validati negli articoli di questo gruppo tematico, i più noti sono:

- **Ab-DIB**, versione abbreviata del colloquio diagnostico **DIB**, *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (Zanarini et al. 1989), misura di screening di psicopatologia borderline in popolazione clinica di adolescenti;

- **MSI-BPD**, *McLean Screening Instrument for borderline personality disorder* (Zanarini et al. 2003), basato sui criteri diagnostici del DSM; lo strumento è stato utilizzato per la validazione del costrutto di disturbo di personalità borderline tra gli adolescenti cinesi di Hong Kong (la classificazione cinese del Mental Disorders-III rifiutava il BPD come una categoria diagnostica);

- **CI-BPD** (Zanarini et al. 2004), intervista per l'infanzia del DSM-IV per la valutazione del disturbo borderline di personalità nell'adolescente;

- **AAI**, *Adult Attachment Interview* (Main e Goldwyn, 1985) per la valutazione clinica dell'attaccamento in età adulta di pazienti borderline, adattato per adolescenti, utile nel promuovere auto-riflessione e integrazione personale;

- **FAT**, *The Family Apperception Test* (Henry e Sotile, 1991), utile per la valutazione della famiglia, discriminante fattore predittivo per i bambini tipici e clinici. Viene tuttavia proposta la modifica delle procedure di codifica e standardizzazione.

Molti studi del campione mettono in rilievo che la **somministrazione longitudinale** degli strumenti diagnostici è la forma di valutazione migliore per i disturbi di personalità.

Gli studi sull'esordio, la **stabilità** dei sintomi e le **caratteristiche** specifiche dei disturbi di personalità.

Nell'anno **2005** le ricerche si concentrano in particolare sull'identificazione di **sottogruppi antisociali**, sui loro processi cognitivi e sulla loro relazione con altre importanti patologie. La **stabilità** dei sintomi violenti dall'adolescenza all'età adulta, vede alti livelli nei disturbi di Cluster B e C di maschi violenti e una **prevalenza** di psicotipia antisociale nei **gruppi etnici africani** rispetto a quelli europei.

Nel **2006** si evidenziano studi sulla **sintomatologia** e sulla **fenomenologia** del **disturbo schizotipico** di personalità (deficit cognitivi più marcati nel calcolo mentale, atipica lateralizzazione cerebrale e numero significativamente inferiore di gesti, comunicazione non verbale, rispetto ad adolescenti con altri dp); il costrutto di fantasia viene inoltre associato con la dimensione cognitiva- percettiva e non con gli aspetti interpersonali della schizotipia.

Le **componenti borderline** negli adolescenti (auto-negazione, irritabilità, scarsa modulazione relazionale e impulsività) sono fattori che **differiscono** da quelli riportati da studi simili per gli **adulti**. Le caratteristiche di **personalità sadiche**, in adolescenti ospedalizzati, incontrano i criteri degli altri disturbi di personalità.

Nel **2007** i risultati di ricerca sulle peculiarità del **disturbo antisociale di personalità** evidenziano depressione, disturbi da uso di sostanze, scarso rendimento verbale, discrepanza IQ, scarso funzionamento scolastico, deficit di empatia e regolazione degli affetti, associate all'aggressività, caratteristiche che possono presentarsi in maniera diversificata, nell'esordio o nel decorso, in base alle differenze individuali in alcuni tratti.

Per il disturbo di personalità **borderline** vengono suggerite indagini su comorbilità, strumenti diagnostici e misure neurobiologiche, come il *neuroimaging funzionale*; nelle caratteristiche si evidenziano significative differenze spiegate con il principio della continuità eterotipica in fase di sviluppo.

Tra le caratteristiche del **disturbo schizotipico** di personalità negli adolescenti si riscontrano invece anomalie di movimento e maggiore cortisolo salivare (alterazioni dello sviluppo neurologico).

Nel **2008** si ribadisce la validità di costrutto di psicopatologia in infanzia e adolescenza e vengono descritti i cambiamenti sintomatologici nel tempo. Prognosi a lungo termine più gravi sono associate a sintomi borderline e schizotipici. In particolare si approfondiscono i **sintomi borderline**, che nonostante **la diminuzione con l'età** sono deleteri sul funzionamento sociale. Adolescenti con livelli elevati di tratti borderline precoci necessitano dei servizi sanitari all'età media di 33 anni, pertanto viene evidenziata la necessità di trattare la sintomatologia specifica in quel sottogruppo meno grave che si muove dentro e fuori la diagnosi e per i quali si ritiene opportuno avere cautela nella formalità della diagnosi.

Viene indagato il comportamento autolesivo (**SIB**) in adolescenti con disturbo di personalità, associato a trauma, depressione, disregolazione emotiva e psicopatologia parentale.

Il **2009** vede una proliferazione di **studi, discordanti**, sulla **stabilità dei sintomi** nei disturbi di personalità. Per alcuni si parla di stabilità della psicopatologia, in tutta l'infanzia e l'adolescenza, con scarsa fluttuazione. I tratti borderline hanno un declino dall'adolescenza all'età adulta, ma la stabilità rimane elevata. Per altri ricercatori, manifestazioni e tratti disadattivi sono molto meno stabili di quanto si credesse, quindi esistono fattori, probabilmente genetici, più di quelli ambientali, che influenzano la stabilità e modificano il disturbo stesso.

Variazioni temperamentali e predittori di cambiamento (emotività, attività, socialità), non prevedono per esempio variazione del disturbo di personalità schizoide nel corso del tempo. La diversificazione di stabilità è più elevata nei tratti interpersonali e comportamentali rispetto a quella dei tratti affettivi. Rimangono, per alcuni ricercatori, dimensionalmente stabili i tratti di sgradevolezza, instabilità emotiva, introversione e compulsività, precursori di disturbo.

Distorsione della realtà, costrizione degli affetti, diffidenza ipervigilante sulle motivazioni altrui, caratteristiche depressive, esagerata pienezza di sé in presenza di un senso di inferiorità, scarso interesse e coinvolgimento nei rapporti, sono invece le caratteristiche riscontrate nel **disturbo narcisistico** dei bambini.

Indagata, da una prospettiva dimensionale, l'eterogeneità significativa tra le categorie diagnostiche per gli **adolescenti dirompenti**, con l'individuazione di 3 sottotipi di personalità all'interno di questo sottocampione: psicopatici, emarginati sociali e delinquenti, che differiscono a causa di variabili esterne indicative di una valida distinzione tassonomica.

Le caratteristiche borderline (disregolazione affettiva, impulsività, relazioni instabili), sono viste come *menomazioni nel processo di mentalizzazione*.

Viene inoltre sviluppata da alcune ricerche la **prospettiva evolutiva funzionalista** (ricerche di base delle neuroscienze, della genetica e della psicologia dello sviluppo unificate per comprendere la natura e le origini del disturbo di ansia sociale e del disturbo di personalità evitante).

Nel **2010** gli studi che indagano le caratteristiche specifiche dei disturbi di personalità confermano la **stabilità sintomatologica del profilo borderline** in adolescenza: affettività negativa, impulsività, aggressione, difficoltà interpersonali, acting out e comportamenti autodistruttivi, già presenti nella prima infanzia (fra i 6 e i 12 anni). Vengono inoltre riscontrate anomalie nel mantenere l'attenzione nella visualizzazione di espressioni facciali negative (*attentional Bias*), ipervigilanza generale per parole emotive negative (anche se questa è una caratteristica tipica di altre diagnosi psichiatriche) ed emozioni spiacevoli durante le interviste cliniche. Una condizione di alleanza terapeutica favorisce l'esito delle indagini condotte.

Viene infine fatta chiarezza sulla **differenziazione** tra il **disturbo schizotipico** di personalità (SPD), il **disturbo di personalità paranoide** (PPD) e il **disturbo di personalità schizoide** (PD), spesso raggruppati insieme per sintomi comuni e condivisione sui fattori di rischio genetici e ambientali.

Nel **2011** la validità della diagnosi APA del disturbo borderline di personalità, vicina al "*disturbo di personalità emotivamente instabile*" dell'ICD-10, evidente nella tarda adolescenza

(può essere prevista remissione entro 4 anni), **viene messa in discussione** da indagini condotte tra gli psichiatri che, per il 2% sui bambini e per il 37% sugli adolescenti, hanno espresso la loro cautela e la loro perplessità.

Nelle sue caratteristiche il disturbo borderline viene ancora associato a *hypermentalizing* (eccessiva mentalizzazione), indipendente da età e genere, e al NSSI, autolesionismo non suicidario.

Viene dimostrata l'eziologia genetica e ambientale dei tratti di personalità schizotipici e la stabilità longitudinale dei tratti. La **schizotipia** è anche associata a manualità mista, con punteggi più alti in aberrazione, ideazione magica e ipomania, risultato di un meccanismo biologico.

Nel **2012** gli studi sul **disturbo borderline** nei **bambini** e negli **adolescenti** che **condividono le caratteristiche eziologiche del disturbo con gli adulti**, vedono livelli alti di alessitimia (probabilmente a causa di depressione o ansia comorbilitanti), scarsa sensibilità alle espressioni facciali di rabbia e di felicità, evitamento, disturbi di identità, sensazione cronica di vuoto, ideazione paranoide, legati allo stress. Al disturbo borderline sono associate variabili demografiche, quali differenze etniche, di sesso, di livello scolastico: tassi di autolesionismo maggiori in ambienti poveri, tra ragazzi afro-americani e tra ragazze bianche.

Difficoltà di decodifica emozionale vocale e facciale riscontrata anche nelle problematiche di interazione sociale in adolescenti con **disturbo di personalità schizotipico** (SPD).

Nel **2013** ritorna tra gli studi del campione lo **scetticismo** e l'**incertezza diagnostica** per il disturbo borderline nei bambini e negli adolescenti, considerati una popolazione identificata come vulnerabile: la maggioranza degli psicologi (57,8%) riconosce l'esistenza di PD negli adolescenti, ma solo una piccola minoranza (8,7%) protende alla diagnosi e al trattamento specifico (6,5%). I problemi di personalità in adolescenza sarebbero transitori per il 41,2% degli operatori. Viene addirittura suggerito il termine "*disturbo borderline di personalità dello sviluppo*" in modo da riflettere la **fluidità** di questa condizione, per la quale c'è reticenza alla diagnosi. Questo nonostante i **tassi di prevalenza** dei disturbi negli adolescenti, accertati dalle ricerche, pari al **30%** ed equivalenti ai tassi riportati nei campioni adulti.

Anche la sovrapposizione di sintomi autistici, fobici sociali e di disturbo della personalità, viene orientata in direzione di un modello integrato dei disturbi, con il termine generico "*disturbi di inibizione sociale*".

Nel **2014** si indagano ancora i tassi di prevalenza (elevati) e la comorbilità di disturbi di personalità, in particolare in studi condotti tra giovani detenuti.

Si identificano sottogruppi borderline, tempi di sviluppo e cronicità del maltrattamento nell'infanzia.

I sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) e del disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (OCPD), secondo il modello di continuità, possono essere rappresentati lungo un singolo spettro sottostante, una sola dimensione.

Viene pertanto dimostrata e confermata la fondatezza empirica e clinica della diagnosi di disturbo di personalità negli adolescenti.

Nel **2015** si ribadisce il ruolo significativo della *mentalizzazione* per la comprensione degli stati interni nello sviluppo di caratteristiche di disturbo di personalità, associato per il 60% a maggiore gravità di autolesionismo.

Una diminuita sensibilità al dolore è marcatore ampiamente accettato per la grave disregolazione emozionale, caratteristica principale di adolescenti di sesso femminile borderline. Il decorso clinico vede una riduzione dei sintomi nel corso del tempo e recupero funzionale se c'è trattamento. Non vi è certezza di regressione, una parte considerevole di pazienti continua a manifestare sintomi borderline fino a 20 anni più tardi.

Non sono i tratti CU, *callous-unemotional*, a predire l'esito negativo (distruttivo) del comportamento antisociale (AB) in adolescenza, ma l'esistenza di diversi sottotipi e l'età di esordio, marcatamente eterogenea.

Individuati profili latenti diversi di esposizione al trauma prima dell'età di 13 anni: prevalentemente è il sesso femminile, caratterizzato da esperienze di violenza sessuale a riportare livelli di rischio di disturbo di personalità; una percentuale prevalentemente di sesso maschile, caratterizzato da esperienze di esposizione alla violenza, riporta livelli elevati di disturbo antisociale di personalità e stress post-traumatico.

Tuttavia i risultati che si occupano di struttura fattoriale del disturbo in adolescenza sembrano ancora rimanere inconsistenti e si sottolinea una insufficiente documentazione sui fattori di rischio.

TABELLE DATI GRUPPO 2 Variabili predittive relative alla patologia

id	Tabella 74. Risultati di ricerca 2005
5	Bambini con schizofrenia incontrano i criteri di schizotipia.
6	Continuità disturbo schizotipico di personalità dall'infanzia in avanti, precursore di schizofrenia.
7	Conferma ipotesi associazione tratti psicopatici con aggressione e delinquenza, ragazze più aggressive nelle relazioni.
8	Depressione materna predittiva di comportamenti antisociali nei bambini: trasmissione genetica e fattore di rischio ambientale sono entrambi coinvolti nello sviluppo di dp.
9	I bambini di genitori con comorbidità depressione maggiore e BPD sono esposti ad alti livelli di sintomi depressivi, elevati fattori di vulnerabilità cognitivo-reazionali.
11	Attacchi di panico precoci nella vita sono un marcatore o un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi di personalità nella giovane età adulta.
14	Convergenza tratti psicopatici unemotionality e discontrollo comportamentale con altre diagnosi psichiatriche (disturbo umore bipolare, Asperger, disturbo di condotta, sostanze, dp cluster B).
15	Ridotta capacità di risposta alle espressioni di tristezza e paura implicata nello sviluppo della psicopatia; i risultati fanno riferimento a disfunzione dell'amigdala e componenti del modello integrato del sistema delle emozioni.
16	Ragazze adolescenti con ADHD hanno una maggiore probabilità di avere disturbi di personalità rispetto a quelli senza ADHD.
19	Ridotta risposta dell'attività elettrodermica presente in adolescenti inclini alla psicopatia predispone a psicopatia in età adulta.
20	Callous-unemotional (CU) traits nell'infanzia predittivo di comportamenti antisociali.
21	CD (disturbo di condotta) nell'infanzia e basso status socio-economico predittori di disturbo antisociale di personalità in età adulta.
23	Esistenza di una unità tassonomica (categoria), struttura latente di psicotipia associata a comportamento antisociale, coerente con il costrutto di comportamento antisociale, è necessario indagare su una gamma più ampia di indicatori.
24	Deficit di modulazione risposta che contribuiscono alla scarsa socializzazione e ansia rischio sviluppo comportamenti antisociali.
27	Sottile compromissione della corteccia orbitale frontale nei bambini con tendenze psicopatiche antisociali.
30	Sintomatologia borderline dell'infanzia simile a BPD negli adulti: impulsività e suicidio; fattori di rischio temperamentali e ambientali.
31	Comportamento emotivo e comportamento dirompente negli adolescenti predittori di disturbi di personalità di cluster B e C in età adulta; fattori di rischio biopsicosociali.
32	Individui che soddisfano i criteri DSM-IV per DP non altrimenti specificato sono più a rischio ad avere altri disturbi e problemi comportamentali educativi o interpersonali durante l'adolescenza e la prima età adulta.
33	Alcool e abusi sessuali fattori predittivi di disturbo borderline negli adolescenti.
34	PD nei bambini e negli adolescenti associati a disregolazione sociale, disordini, tentativi di suicidio, comportamento violento e criminale, conflitti interpersonali.
35	Gene NRG1 di suscettibilità alla schizofrenia implicato nello sviluppo del dp schizotipico negli adolescenti.
36	Genitori antisociali hanno figli con elevato rischio di sviluppare una vasta gamma di disturbi psichiatrici internalizzati ed esternalizzati.
37	Tratti di schizotipia indicatori di spettro di schizofrenia.

id	Tabella 75. Risultati di ricerca 2006
46	Pazienti borderline hanno i primi episodi di autolesionismo nell'infanzia e con metodi autolesivi diversi.
47	La crudeltà verso gli animali può essere una manifestazione precoce di bambini che sviluppano problemi di condotta associati a tratti psicopatici (insensibili o senza emozioni, CU), bassa empatia e problemi di genitorialità.
52	Sintomi PD possono essere associati al rischio per lo sviluppo di problemi alimentari e di peso per l'età adulta.
54	Alcuni comportamenti educativi sono fattori di rischio per sviluppo di dp (scarso affetto o nutrimento associato, in ordine, ad antisociali; borderline; paranoico, schizoide e schizotipico).
56	Non è possibile parlare di associazione tra psicopatologia antisociale e suicidio, ma questa relazione sembra essere in parte dipendente da fattori metodologici (i.e self-report vs clinician-administered psychopathy measures) dall'età e da malattie mentali.
58	Fattori genetici rappresentano vulnerabilità per i dp; vanno distinti dai fattori ambientali: il disturbo borderline rappresenta una forma speciale di disturbo da stress post-traumatico, soprattutto nelle femmine, mentre per i maschi il rischio è rappresentato da stili parentali. I fattori di rischio ambientale giocano un ruolo meno importante nel caso di una psicopatologia più pronunciata.
60	PD durante l'adolescenza possono avere un impatto negativo sulla qualità della giovane vita adulta più di quanto non facciano disturbi di Asse I. L'associazione tra dp e altri disturbi mentali rappresenta un rischio elevato di scarsa qualità della vita adulta.
64	Valutazione forense di sottocategorie maschili del disturbo antisociale di personalità (APD): impulsivi e controllati. Maggiore percentuale di abuso di alcol e droghe nei genitori biologici, abusi fisici durante l'infanzia, contatti psichiatrici e tentativi di suicidio negli impulsivi; uso di coltelli per crimini rispetto alle armi da fuoco usate dai controllati.
65	Sintomi PD negli adolescenti predittori di depressione e stress interpersonale.
66	Bambini di madri con disturbo borderline di personalità (DBP): punteggi più alti sulla dimensione temperamento evitante; maggiore prevalenza di problemi emotivi e comportamentali e bassa autostima rispetto ai gruppi di confronto.
67	Sintomi di Cluster B e C in bambini e adolescenti associati a elevato attaccamento ansioso; sintomi Cluster A associati ad attaccamento evitante; sintomi Cluster B associati ad attaccamento aggressivo.
71	Disturbo di condotta (CD) in infanzia precursore di disturbo antisociale in età adulta.
72	Deficit nel riconoscere la paura nei bambini con tratti psicopatici altamente insensibile-emotivo; questo deficit della funzione dell'amigdala può essere corretto temporaneamente semplicemente chiedendo loro di concentrarsi sullo sguardo delle persone.
77	Tendenze psicopatiche, tratti psicopatici, in adolescenti con ASD, spettro autistico, con comportamento difficile e aggressivo, non sono correlati alla gravità della ASD né al core deficit cognitivo autistico; tratti insensibile-emotivo (CU) non sono parte integrante della ASD.

id	Tabella 76. Risultati di ricerca 2007
78	Co-occorrenza nella patologia della personalità (età, uso di droghe, comorbilità) contribuiscono ad uso elevato servizio di salute mentale, compreso l'uso di psicofarmaci, tra i giovani adulti della comunità.
80	Iperattività dell'infanzia indicatore di rischio per lo sviluppo di tendenze psicopatiche antisociali.
81	Abuso di alcool in adolescenti e giovani adulti in un centro di cure primarie: alta prevalenza di comorbilità psichiatrica e prevalenza cluster B.
82	Ansia correlata negativamente con i componenti affettivi del costrutto psicopatia e timore correlato negativamente con i componenti più antisociali del costrutto.
85	La ricerca di fattori di rischio genetici e ambientali, specifici per i singoli PD è ostacolata da comorbilità. Difficoltà a separare criteri diagnostici sovrapposti.
86	Disturbo di personalità borderline predittore significativo di altri disturbi dell'Asse I e di altre diagnosi di disturbo di personalità.
87	Stili di attaccamento ansioso ed evitante predittori di DP in età adulta (studio su gemelli), ansioso ha ricadute sulla disregolazione emozionale; evitante sull'inibizione. Ansioso ereditato geneticamente; evitante influenzato dall'ambiente.
89	Associazione specifici sintomi PD con sintomi SUD (disordini per uso di sostanze). Allo stesso modo soprattutto il cluster B è fattore di rischio per SUD.
90	CU (disturbo di condotta) in adolescenti maschi in carcere minorile precursore disturbo antisociale di personalità (APD).
91	Adolescenti con SPD (disturbo schizotipico di personalità) più esposti significativamente ad anomalie motorie superiore rispetto ai gruppi di controllo OD (altri disturbi di personalità o disturbo della condotta) e NC (non clinici). Quindi anomalie motorie sono predittori di gravità nell'insorgenza di psicosi.
94	Esordio precoce di abuso sessuale (sotto gli 11 anni) e comportamento antisociale, associati a tratti di grave disturbo di personalità.
96	Eziologia biologica: differenze neuroanatomiche osservate tra individui con e senza BPD e genetiche possono giocare un ruolo nello sviluppo di questo disturbo negli adolescenti e fattori di rischio suicidale.
99	Influenza della personalità schizotipico nello sviluppo di alterazioni comportamentali predittori di schizofrenia.
102	Presunto collegamento tra temperamento e psicofisiologia (ridotta attività elettrodermica) nei bambini molto piccoli (3 anni) e personalità psicopatica in età adulta.
104	Comportamento esternalizzato persistente e sintomi del disturbo ADHD nei bambini sono precursori genetici di personalità psicopatica in adolescenza; mentre i fattori ambientali spiegano l'associazione tra esternalizzazione persistente e comportamenti antisociali.
105	Sintomi dissociativi (ad esempio, sentimenti di derealizzazione, depersonalizzazione, disturbi della memoria, assorbimento), fallimenti cognitivi e traumi infantili associati a schizotipia (58%).
106	Rapporto tra Disturbo di Asperger (AD) e Disturbo Schizotipico di Personalità (SPD), il confronto dei criteri diagnostici suggerisce che i due disturbi possono sovrapporsi, soprattutto nelle aree socio-relazionali e di comunicazione-disorganizzata positivamente correlate.
107	Bambini e adolescenti con FHalc (storia familiare positiva all'alcolismo) e/o FHaspd (storia positiva di ASPD paterna, disturbo antisociale di personalità) rappresentano gruppi ad alto rischio per disturbo antisociale e problemi comportamentali in adolescenza e devono essere al centro delle misure di prevenzione e di intervento.
108	Criteri di disturbo della condotta (CD) predittori di disturbo di personalità antisociale nel 75%, la progressione da CD a ASPD era la norma e non un'eccezione.
110	Stili di attaccamento in donne con disturbo borderline di personalità (DBP): mancanza di cure materne e combinazione mancanza del padre, negazione della libertà comportamentale, fattori predittivi DBP.
111	Patologia borderline dell'infanzia (BPC) può essere un precursore di disturbi della personalità. Ridotto funzionamento globale negli adolescenti con una storia di BPC.

113	Traumi infantili in adolescenti con una prima presentazione di sintomi BPD sono associati a ridotto volume/attività della PGV, ghiandola pituitaria, ipofisi, forse disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.
-----	--

id	Tabella 77. Risultati di ricerca 2008
114	SUD, disturbo da uso di sostanze, ASP, disturbo antisociale di personalità e un livello di istruzione basso, sono stati associati a mortalità precoce.
116	Callous and unemotional traits nell'infanzia, in ampi campioni epidemiologici, potenziali marcatori di disturbi antisociali di condotta.
117	Prevalenza di abusi sessuali tra le life events (LE) in adolescenti borderline, (la morte di un parente prevale invece negli adolescenti con depressione maggiore)
119	Tratti di insensibilità (callousness) interpersonale in adolescenza (di cui problemi di condotta e difficoltà di comunicazione tra genitori e figli, stabili nel tempo, erano i predittori) associati ad alti livelli di caratteristiche di personalità antisociale in età adulta
120	Status socio-economico (SES) fattore di rischio indipendente (nonostante notevoli effetti cumulativi con traumi, eventi di vita stressanti recenti, IQ, povertà dei genitori e sintomi concomitanti), su popolazione generale (10-36 anni) associato a sintomi di disturbi schizotipici e borderline, assente sui sintomi di MDD (depressione maggiore).
121	Risultati di un'indagine epidemiologica su campione rappresentativo nazionale: comparazione tra i criterio-sintomi (es. atti di vandalismo intenzionale) per disturbo antisociale con esordio segnalato di disturbo della condotta (CD) in età pediatrica.
123	OCD (disturbo ossessivo-compulsivo) durante l'infanzia aumenta il rischio di sviluppare OCPD (disturbo di personalità ossessivo-compulsivo) in età adulta, OCD ad esordio precoce e OCPD condividono una patogenesi comune.
124	Comportamento genitoriale inadeguato (dura e incoerente disciplina) predittore comportamento antisociale in soggetti con deficit affettivo.
125	Associazione struttura familiare ai DP: uni genitorialità durante l'infanzia associata con gruppo B in età adulta; figlio unico durante l'infanzia associato con gruppo A; No particolari fattori di rischio d'infanzia per cluster C. Ulteriori studi sono necessari per esplorare gli aspetti psicosociali dell'ambiente familiare che può promuovere vulnerabilità al PD.
127	Entrambe le forme ADHD, comorbid diagnosis (ADHDC) e dimensional symptoms (ADHDd) associate a abbandono, divorzio dei genitori, tentativo di suicidio, psicopia, uso di sostanze, sono rischio di insorgenza successiva di disturbo antisociale di personalità (APD).
128	Prognosi a lungo termine negativa se c'è comorbidità tra disturbi di personalità e Co-occorrenze asse I (disturbi umore, ansia, comportamenti distruttivi e uso di sostanze).
129	Abuso sessuale infantile (CSA) aumenta il rischio di comportamento suicidario negli adulti con disturbo borderline se non c'è supporto sociale (fattore di mediazione o protezione).
130	Componente cognitivo-percettiva di schizotipia predittore di credenza paranormale (fede nella precognizione, psi, stregoneria e spiritismo).
133	Precoce separazione materna fattore di rischio psicosociale nello sviluppo di successivi sintomi dello spettro della schizofrenia nei bambini emotivamente vulnerabili.
134	ADHD presagisce il rischio di disturbi della personalità in età adulta, ma il rischio non è uniforme in tutti i disturbi. ADHD infantile aumenta rischio di dp nella tarda adolescenza, in particolare borderline. ADHD persistente più alto rischio antisociale e paranoico, ma non altri disturbi di personalità, rispetto a soggetti con remissione ADHD.
136	Sovrapposizione di criteri diagnostici tra disturbo autistico (AD) e disturbo schizotipico di personalità (SPD). Compromissione del funzionamento sociale e della comunicazione. Tuttavia caratteristiche autistiche infantili o attuali non sono predittori di conversione in disturbo psicotico Asse I nel corso di tre anni di follow-up.
138	Associazione tra sintomi BPD delle madri e gli esiti psicosociali giovanili: funzionamento interpersonale, cognizioni di attacco e sintomi depressivi della loro prole.

139	Coinvolgimento delle strutture talamiche specifiche (nucleo dorso mediale) nello sviluppo di anoressia nervosa in pazienti che in infanzia e adolescenza presentavano tratti di personalità ossessivo-compulsiva e oggi soddisfano i criteri diagnostici del disturbo di personalità ossessivo-compulsivo. Efficace approccio psicoterapeutico combinato a farmacoterapia.
142	Disturbo borderline tra i fattori di rischio suicidio ricorrente tra gli adolescenti, insieme alle variabili sesso (f), uso di droga.
144	BIF(funzionamento intellettuale Borderline, con IQ è tra il 71 e il 84) , oltre ad essere causa fallimento scolastico, con condizioni socio-economiche sfavorevoli, potrebbe aumentare la vulnerabilità dell'individuo di psicopatologia.

id	Tabella 78. Risultati di ricerca 2009
146	Maltrattamento fisico (CPA) in sintomi di disturbo di personalità borderline (BPD) associati ad aggressione fisica e relazionale in adolescenti femmine in carcere minorile.
147	Co-morbilità disturbo di Asse I adolescente e PD rappresentano un rischio particolarmente elevato per la salute fisica.
148	Tassi di criminalità familiare, esperienze di genitorialità interrotte, sarebbero più alti nel gruppo disturbo di personalità rispetto al gruppo di schizofrenia.
149	Differenza sessuale di comorbilità: ADHD e CD nei maschi e ADHD solo nelle ragazze contribuiscono in modo indipendente per i punteggi psicopatologia antisociale.
151	Esordio precoce del disturbo bipolare aumenta la probabilità di sviluppare il disturbo borderline di personalità in comorbilità, indipendente dagli effetti della grave infanzia traumi abuso.
154	Anomalie strutturali e funzionali nelle regioni limbiche e prefrontali coinvolte nel riconoscimento delle emozioni, nel processo decisionale, nella morale e nell'empatia tra i bambini con problemi di condotta e tratti insensibili-impassibile, ritenuti antecedenti della psicopatologia.
155	Bambini figli di madri borderline sono a rischio di sviluppare la stessa malattia. Ogni deviazione precoce nell'attaccamento, sviluppo di sé e auto-regolazione, può aumentare il rischio di sviluppare disturbi di personalità in seguito.
156	Genitori di bambini con disturbo ossessivo compulsivo OCD presentano tratti rispondenti a disturbo di personalità ossessivo compulsivo.
157	Esordio BDP: vulnerabilità precoce, espressa inizialmente come impulsività e seguita da accresciuta sensibilità emotiva, potenziate da fattori di rischio ambientali, danno luogo a disregolazione emozionale, comportamentale e cognitiva.
162	Disturbo borderline positivamente associato a comportamenti antisociali nei ragazzi adolescenti (suicidio, negative relazioni tra pari e famiglia, alti tassi di abuso sessuale infantile e fisico) rispetto al gruppo di controllo antisociale senza tratti borderline; nessuna differenza nella storia criminale.
163	Relazione tra maltrattamento infantile e gravità BPD in donne carcerate; deterioramento di schemi cognitivi.
164	Deficit di attenzione/iperattività (ADHD), disturbo oppositivo provocatorio (ODD), disturbo della condotta (CD), o disturbo della condotta ipercinetico (HKCD) predittori di disturbo di personalità in età adulta.
167	Sintomi BDP e ASPD sovrapposti; differenza sessuale per le vulnerabilità genetiche (aggressione impulsiva, disregolazione dell'umore nei maschi; autolesionismo impulsivo e disregolazione dell'umore nelle femmine) che interagiscono con fattori di rischio ambientale.
168	Variazioni nei tratti temperamentali infantili e adolescenziali sono probabili antecedenti di disturbi di personalità.
170	Separazione precoce dalla madre precursore indipendente per BPD.
171	Bassa attività del gene monoamine oxidase A (MAOA) influisce nella regressione di aggressività in adolescenti che hanno avuto infanzie in quartieri urbani poveri.
179	In studi longitudinali differenze interindividuali e interazioni ambientali negli effetti a cascata da

	timidezza ad aggressività: tra i 17-23 anni tendenza all'aggressività, nella valutazione di due momenti di vita precedenti il rapporto timidezza aggressività era controllato.
182	Reattività emozionale negativa e caregiving inadeguato (abuso, invalidazione emotiva) principali fattori di rischio instabilità emotiva e scarsa consapevolezza emotiva, caratteristiche cardini della disregolazione emozionale associata a disturbo borderline di personalità (DBP).
183	Relazioni previste tra sintomi borderline (comportamento autolesionistico, sintomi dissociativi, uso di droghe, violenza relazionale, maltrattamento) e antecedenti infantili (disorganizzazione dell'attaccamento, ostilità dei genitori).
184	Maltrattamento infantile in adolescenti con sintomi di PPD disturbo paranoide.
185	Deficit neurocomportamentali, in bambini con sintomi cognitivo-percettivo, interpersonali e disorganizzati di schizotipia di personalità.
187	Il rapporto tra variabili genetiche e ambientali ha effetti più profondi e durevoli durante i primi periodi postnatali, gli effetti ambientali sono fortemente modificati da differenze individuali nel funzionamento "trait like".
189	Disfunzione affettiva e disinibizione (sotto forma di ricerca di sensazioni), deficit di autoregolamentazione e regolamentazione emozionale in infanzia, sono sintomi borderline di personalità; presenti più nelle ragazze che nei ragazzi.
190	Relazione tra eventi di vita stressante SLE e suicidio in adolescenti con MDD e BDP: più eventi negativi di vita nei MDD rispetto ai BDP; la morte è correlata al suicidio MDD, l'abuso sessuale invece al BDP.
191	Disfunzioni neurocognitive in soggetti borderline: impairment disesecutiva correlato a impulsività; disfunzione nella codifica e recupero dei ricordi autobiografici correlata a sintomi dissociativi; difficoltà nei processi di cognizione sociale (riconoscimento delle emozioni) correlata a relazioni interpersonali instabili.
192	Influenza del clima scolastico su adolescenti con dp. Scuole ad alto contenuto di apprendimento diminuiscono i sintomi gruppo B, scuole ad alto contenuto di opportunità per l'autonomia diminuiscono i sintomi gruppo A (paranoico, schizoide e schizotipico), scuole caratterizzate da rapporti conflittuali o di supporto interpersonale tra studenti e insegnanti aumentano i sintomi cluster A e C (evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo).

id	Tabella 79. Risultati di ricerca 2010
195	Fattori genetici (personalità psicopatica) a metà adolescenza predittori di comportamento antisociale in età adulta (studi longitudinali).
196	Deficit di attenzione e iperattività, disturbo oppositivo provocatorio, ansia, depressione, uso di sostanze, problemi di condotta, problemi somatici, predittori di APP (problemi di personalità antisociale in età adulta (età 20-22 anni).
197	Anomalie nelle aree cerebrali front limbic, alterazioni del volume del cervello negli adolescenti con disturbo borderline, ridotta materia grigia nella corteccia dorsolaterale (DLPFC) bilateralmente e nella sinistra corteccia orbito frontale (OFC) rispetto a soggetti sani. Si verifica nel corso della malattia.
202	Relazione disturbi di personalità e disturbi dell'umore.
203	Non confermata ipotesi che il disturbo d'ansia sociale SAD (anche mutismo elettivo o ansia generalizzata) sia precursore di disturbo evitante di personalità o che questo sia grave forma di SAD, sebbene ci sia sovrapposizione di criteri tra loro.
206	Comorbilità depressione e disturbo di personalità nelle madri ha importanti effetti negativi indipendenti sulle pratiche di accudimento infantile, mentre la depressione da sola ha avuto un effetto negativo sulla qualità dell'ambiente domestico.
214	Alterazioni-riduzioni della corteccia orbito frontale OFC e della struttura del corpo calloso anteriore alla risonanza magnetica in adolescenti con disturbo borderline di personalità (DBP) legata all'età, o a comorbilità; non a traumi.
215	Comorbilità ansia e psicopatologia esternalizzata associata a una maggiore gravità dei sintomi e a compromissione funzionale, nelle caratteristiche del disturbo ossessivo compulsivo OCD e disturbi associati.
220	Validità predittiva indipendente del tratto psicopatico di insensibilità interpersonale nell'infanzia per futuro APD disturbo antisociale, anche se non è confermata l'ipotesi che questo tratto distingua un sottogruppo di bambini con CD con elevato rischio per APD.
221	Validità predittiva di tratti CU per la diagnosi di disturbi della condotta.
222	La patologia della personalità è il prodotto di una complessa interazione di sistemi neurocomportamentali sottostanti e di imput ambientali. Deterioramento del sistema di affiliazione e perdita di valore predicono la comparsa di sintomi di disturbo di personalità schizoide in età adulta (tarda adolescenza / 20 anni).
223	Associazione fattori Compliance (conformità, condiscendenza, sottomissione) and Activity del FFM a sintomi disturbo antisociale.
227	Dimensioni del tratto indicatori di sviluppo patologico.
228	Sottotipi di maltrattamento tipicamente correlati alle dimensioni della personalità e della patologia della personalità, in giovani delinquenti, forse a causa di specifiche interazioni gene-ambiente.

id	Tabella 80. Risultati di ricerca 2011
232	Prevalenza di tendenze all'autolesionismo non suicidiario (NSSI) negli adolescenti borderline suggeriscono l'esistenza di più sottogruppi di autolesionismo. Differenze di genere relativa ai diversi metodi di autolesionismo.
233	Co-occorrenza di psicopatologia internalizzata ed esternalizzata negli adolescenti risultanti da influenze sia genetiche che ambientali.
241	Significativo onere, anche finanziario, per i genitori di adolescenti femmine borderline, malattia caratterizzata da disregolazione emotiva, relazioni burrascose, tendenze suicide, palese aggressione fisica e/o verbale e co-occorrenti.
244	Sovrapposizione criteri-tratti schizotipici e tratti autistici.
245	Stress psicosociale in adolescenti con disturbo schizotipico di personalità (SPD) aumenta i sintomi prodromici (che precedono la comparsa dei sintomi della patologia) di psicosi.
246	BPD associato ad una maggiore tendenza alla paura più che ai desideri nella fase infantile 46% di desideri e il 63% delle paure.
248	Disturbo bipolare fenotipo (CBCL-JBD) altamente predittivo di disturbi della personalità successive.
249	Tratti schizotipici e deliri di persecuzione associati a deficit nel funzionamento ToM in adolescenti con schizofrenia.
250	Nella valutazione dei sintomi di internalizzazione, comportamenti trasgressivi e caratteristiche borderline e narcisistico di personalità, alti livelli di aggressività sociale e fisico in infanzia possono essere rischio di psicopatologia adolescenziale.
258	Nella valutazione del profilo neuropsicologico, delle dinamiche di sviluppo e del rischio psicopatologico negli adolescenti emergono deficit neuropsicologici e segni clinici: difficoltà di coordinazione motoria, disattenzione, iperattività e difficoltà di apprendimento, compromissione nelle abilità non verbali, difficoltà nelle relazioni tra pari e rischio psicopatologico (disturbi dell'umore, depressione e disturbo schizoide).
259	Disfunzione affettiva associata a fattore di stress ambientale (abuso emotivo), nelle caratteristiche borderline dell'infanzia.
261	Aggressività reattiva e vittimizzazione dei pari associati a personalità schizotipiche negli adolescenti.
263	Adolescenti BPDADHD (comorbidità ADHD e BDP): maggiore prevalenza di disturbi dirompenti e una tendenza non significativa per una maggiore prevalenza di altri disturbi di personalità del cluster B, alti livelli di impulsività, in particolare di tipo attentivo/cognitivo, danni del sistema inibitorio persistente fin dall'infanzia.
264	Prevalenza di disturbi da uso di sostanze tra i pazienti psichiatrici di età compresa tra 2-17 anni in una banca dati cartelle cliniche elettroniche (N = 11.457) e comorbidità tra i pazienti con una SUD: ansia (AD), l'umore (MD), condotta (CD), ADHD, la personalità (PD), regolazione, alimentazione, controllo degli impulsi, psicotismo, apprendimento, ritardo mentale e disturbi relazionali.
265	Comorbidità disturbo di personalità (PD) con anoressia nervosa (AN) in adolescenti valutate utilizzando la Structured Clinical Interview for DSM- Disturbi IV asse II. Cinque variabili cliniche di gravità. Il 24,8% di pazienti in ambulatorio avevano uno o più PD rispetto al 4,2% dei partecipanti di controllo.

id	Tabella 81. Risultati di ricerca 2012
268	Conferma della trasmissione di vulnerabilità trasmesse da madri affette da disturbo borderline alla loro prole.
270	Depressione post-partum delle madri e PD sono stati entrambi associati in modo indipendente a livelli elevati di comportamento infantile disregolato e a deteriorati punteggi cognitivi.
271	Stili di attaccamento tra i fattori di rischio per BPD in adolescenza.
272	ADHD e disturbo oppositivo provocatorio (ODD) all'età di 8 anni potenziali precursori di disturbi di personalità borderline in adolescenza, verso i 14 anni. ADHD condivide con BPD caratteristiche cliniche di impulsività, scarsa auto-regolamentazione e disfunzione esecutiva, mentre ODD condivide con BPD rabbia e agitazione interpersonale.
273	Disfunzione affettiva, ostilità e conflitti interpersonali del disturbo oppositivo provocatorio (ODD) e l'impulsività dell'ADHD potenziali precursori di disturbo borderline in adolescenti maschi.
274	Tassi elevati di Self-inflicted injury (SII), autolesionismo, che differisce dalla depressione, associato a borderline; Marker risposta elettrodermica.
277	Adolescenti con disturbo borderline hanno più probabilità rispetto alle loro controparti non-BPD di avere una storia di trauma sessuale.
283	I primi sintomi SPD non possono spiegare pienamente l'associazione tra l'uso di cannabis precoce (prima dei 14 anni) con sintomi schizotipici in età adulta.
284	Bambini di genitori con problemi di salute mentale hanno più probabilità di sviluppare problemi psichiatrici quando i loro genitori hanno un disturbo di personalità caratterizzato da ostilità (Borderline, Antisociale e Narcisistico) soprattutto quando non vivono insieme (aumento di problemi emotivi nel bambino).
285	Maggiore incidenza di disturbi della personalità (PD) in una popolazione PND (depressione postnatale).
286	Forme di vittimizzazione dei pari (fisica, verbale, manipolazione sociale, attacco alla proprietà) associate con personalità schizotipica in maschi e femmine di tutte le età. Si ipotizza che la vittimizzazione dei pari può predisporre alla ideazione paranoide e ansia sociale, e che la personalità schizotipica di conseguenza sia intensificata.
289	Gravità dei sintomi BPD associata ad gravidanza adolescenziale, non pianificate, ma solo per le donne senza una storia di un disturbo da uso di sostanze. Gravità sintomatologica non associata con l'aborto. Gravidanze maggiori dunque durante il periodo in cui i sintomi BPD emergono e si intensificano.
290	Caratteristiche affettive-interpersonali sono ereditarie e rappresentano fattori primari di psicotipia mentre la devianza sociale è fattore di psicopatologia secondario, tuttavia sono le correlazioni gene-ambiente a determinare la psicotipia piuttosto che gli effetti principali di ogni fattore.
292	Aggressività tra i genitori e personalità antisociale materna predittori di problemi di comportamento dirompente dei bambini.
294	Co-occorrenza di disturbi di Asse I e Asse II predittrice significativa di una bassa qualità della vita e costi medici più alti per il disturbo di personalità depressiva. Questo studio dimostra che l'onere della malattia tra gli adolescenti con la patologia della personalità è alto.
296	Forte associazione del furto all'età di 8 anni con disturbi psichiatrici più tardi, criminalità e suicidio.
297	Esordio precoce abuso di alcool (EOAA) potente mediatore e moderatore su disturbo della condotta infantile (CD) e sul comportamento antisociale degli adulti (ASB) e comorbilità antisociali/borderline. Quelli con co-occorrenza CD con EOAA, rispetto a quelli che mostrano solo CD, mostrano più violenza nella loro storia criminale e un maggiore uso di droghe ricreative.
298	Attaccamento insicuro e incapacità di identificare le emozioni possibili spiegazioni per disfunzione del sistema emotivo nel disturbo borderline di personalità (DBP).
299	PD schizotipico considerato una parte dello spettro della schizofrenia e fattore di rischio di psicosi.
300	BPD Adolescent nelle femmine è accompagnato da alti tassi di comorbilità psichiatrica e cattivo

	funzionamento psicosociale.
301	Età di insorgenza precoce delle ideazioni di suicidio in adolescenti BPD ricoverati e maggiore frequenza rispetto ai controlli psichiatrici.
302	Bambini provenienti da ambienti familiari avversi, hanno scarsa capacità cognitive e di una diagnosi DSM-IV, sono ad aumentato rischio di sintomi BPD a 11 anni.
303	Abuso, maltrattamento, abbandono familiare e vittimizzazione-abuso da parte dei pari sono correlati rischi ben definiti di disturbo borderline di personalità.
305	BPD ulteriore rischio per la ideazione suicidaria e autolesionismo rispetto al MMD depressione maggiore in campione di adolescenti.

id	Tabella 82. Risultati di ricerca 2013
309	Syndromal comportamento antisociale adulti (AABS), co-morbilità con disturbo borderline, emerge da disturbo di condotta grave (CD) durante l'infanzia e l'adolescenza ed è fortemente associato, in l'età adulta, con violenza e dipendenza da sostanze.
310	Polimorfismi genetici sul sistema della serotonina e l'asse HPA (stress), deficit nello sviluppo del cervello, inizio precoce esperienze traumatizzanti, sono fattori combinati sui disturbi antisociali e borderline secondo una prospettiva neurobiologica.
311	Rapporto tra ADHD in adolescenza disturbo antisociale di personalità.
312	Bambini di madri con disturbo borderline di personalità sono a rischio di sviluppare questa malattia.
313	Fattori biologici (temperamento) e trauma (stile di attaccamento, dissociazione difensiva), influenzano lo sviluppo dei dp. Il trauma nell'adolescenza e nell'età adulta non correlata con l'intensità dei sintomi borderline.
314	Adolescenti con episodi di spettro ipomania e MDD hanno alto rischio di sviluppare disturbo ossessivo compulsivo di personalità in età adulta, correlato con la continuazione del disturbo dell'umore.
315	Abuso infantile provoca BPD, e i tratti BPD in età adulta sono meglio giustificati da vulnerabilità ereditarie (genetiche) di internalizzazione e di esternalizzazione.
316	Sovrapposizione eziologica sintomi schizofrenici autistici e disturbi schizotipici di personalità in particolare per i fattori genetici e sintomi prodromici in infanzia.
318	Associazioni forti tra disturbo della condotta (CD), disturbo antisociale di personalità (ASPD) e disturbi da uso di sostanze (SUD) riflettono vulnerabilità di comportamenti esternalizzati.
319	Fattori ereditari, come i tratti temperamentali possono contribuire alla vulnerabilità per lo sviluppo di BPD. L'identificazione precoce di un "temperamento di confine" può facilitare un intervento precoce e ridurre il rischio per lo sviluppo di BPD.
326	Associazione Bulimia Nervosa in comorbilità con BPD abuso sessuale e suicidio con ipermetilazione del promotore del gene del recettore dei gluco corticoidi.
327	Comorbilità DBP con altri disturbi di personalità negli adolescenti e differenza di genere secondo il progetto di ricerca BPD EurNet: disturbo ossessivo-compulsivo (35,3%), antisociali (22,4%), evitante (21,2%), dipendenti (11,8%) e paranoico (9,4%) della personalità disordini hanno avuto significativi co-occorrenze con BPD. Nessuna significativa differenza di genere, tendenza verso più alti tassi di disturbi di personalità antisociali negli uomini (45,5%) che nelle donne (19%).
330	Ritiro materno nella prima infanzia predittore significativo di sintomi borderline e tendenza al suicidio/autolesionismo nella tarda adolescenza, indipendente, e additivo, dalla gravità della abuso infantile.
331	Precoce mal-sviluppo del cervello può aumentare il rischio di una diagnosi DBD.
333	Rispetto ad altri adolescenti acutamente tendenti al suicidio, aumentato rischio di

	comportamento suicidario nei borderline.
334	KCNIP4 gene candidato promettente per ADHD così come per PD.
336	Conflitto materno-infantile fattore di rischio, precursore BDP in adolescenza.
341	Influenze genetiche e ambientali per lo sviluppo di nevrosi e disturbi di internalizzazione e disturbi esternalizzazione.
343	Esordio BPD negli adolescenti associato a malformazioni neurobiologiche.
345	Trascuratezza in infanzia predittore significativo di un aumento dei sintomi BPD, mentre l'abuso infantile è predittore significativo di un aumento dei sintomi ASPD.
348	Fattori genetici influenzano la personalità psicopatica in età 14-15, importanza di indagare gli effetti bidirezionali in relazioni padre-figlio per comprendere lo sviluppo di questi tratti.
349	Depressione materna associata a disturbo antisociale nei bambini.
350	Disordine dismorfico del corpo (BDD) associato a disturbi alimentari, sostanze, suicidio e disturbo di personalità.
351	Sintomi adulti schizotipici associati a disturbi pervasivi dello sviluppo (PDD), disturbi da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disordini di identità sessuale e di genere e disturbi depressivi.
356	Estremità della personalità secondo il Big Five in infanzia e adolescenza importanti per l'individuazione di sviluppo di disturbo di personalità.
358	Ansia di separazione a partire nella prima infanzia, preoccupazioni di immagine del corpo durante l'infanzia, impulsività, vuoto, pensiero strano in adolescenza tra i sintomi BDP nei maschi.
359	Sintomi borderline e depressione materna predittori significativi di una serie di criteri BPD incontrati dai figli.

id	Tabella 83. Risultati di ricerca 2014
363	Abuso sessuale, prima e durante la pubertà, ha implicazioni specifiche per lo sviluppo della personalità e aumenta il rischio per il disturbo borderline di personalità in adolescenza.
364	Madri con disturbo borderline di personalità hanno relazioni disturbate con i loro bambini e difficoltà a riconoscere le emozioni dei loro figli.
365	Anomalie alterazioni della sostanza bianca possono verificarsi in pazienti adulti affetti da disturbo borderline.
366	Contesto madre-figlia importante fattore protettivo nel plasmare il corso di BPD e la sua gravità durante l'adolescenza.
368	Disturbi somatoformi associati a rifiuto genitoriale, disadattamento personalità, disturbi d'ansia.
369	Comorbilità di disturbi da uso di sostanze, disturbo antisociale di personalità (ASPD) e disturbo depressivo maggiore (MDD) emerge nella prima età adulta emergente.
370	Tratti psicopatici tra adolescenti che abusano di sostanze prevedono una serie di esiti di funzionamento psicosociale, comportamento aggressivo e criminalità nei successivi 5 anni.
373	Relazione tra ASPD e criminalità, delinquenza e violenza di genere; comorbilità ASPD con altri disturbi di Asse I.
376	Identità uno dei marcatori principali di disturbi di personalità introdotto dal DSM-5.
378	Variazioni cortisolo salivare in adolescenti con tratti disadattivi di personalità.
381	Interazione tra fattore di rischio temperamento e rischio biologico nel comportamento aggressivo (cioè, atipica asimmetria dell'ippocampo verso destra) nel predire la comparsa del disturbo borderline di personalità (DBP).
382	Disfunzione del sistema di neurosteroidi potrebbe essere operativo nel BPD e rappresentare un

	marcatore generalizzato per la risposta alterata allo stress associata con questo disturbo.
384	Deficit neuropsicologici significativamente correlati alle misure psicopatia.
386	Riduzione dei volumi corticali e subcorticali negli adolescenti di sesso femminile con disturbo di personalità borderline come negli adulti.
391	Traumatiche separazioni dei genitori possono portare a percorsi di disadattamento della personalità. Identificati sottotipi di personalità di adolescenti con storie di separazioni traumatiche.
392	Avversità psicosociali (etnia, urbanicità, avversità famigliari, coinvolgimento bullismo, difficoltà di amicizia, mobilità scolastica) a 10 anni fortemente associati a precisi sintomi simil- psicotici.
394	Prevalenza disturbi di personalità in adolescenti con disordini alimentari.
396	Caregiver fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento del disturbo BPD di ragazze adolescenti.
397	Elevati tassi di comorbidità psichiatrica in adolescenti con disturbo borderline ricoverati.
399	Diversi meccanismi di adattamento diadico in base alla psicopatologia borderline materna, già nel 3 mese dopo il parto i neonati stanno già cercando di adattarsi al funzionamento materno attraverso meccanismi di autoregolamentazione.
401	Prevalenza di sintomi sociali ed emotivi, tra cui caratteristiche BPD nelle madri di pazienti adulti borderline.
403	Tratti Callous-unemotional significativamente associati con effetto negativo, distacco, antagonismo e disinibizione.
404	Traumi in infanzia e adolescenza predittori significativi di disturbi di personalità in età adulta.
405	Genitori ossessivi compulsivi svolgono un ruolo importante nel contesto della malattia infiammatoria intestinale pediatrica.
407	Problemi comportamentali scolastici (sociali, di attenzione, esternalizzati, aggressione) nell'infanzia e nell'adolescenza precedono i sintomi adulto schizotipici distintivi.
409	Ipotesi "dual-ormone" prevede che testosterone e cortisolo regolino congiuntamente un comportamento aggressivo e socialmente dominante nei bambini e negli adulti.
410	Patologia della personalità strettamente connessa con problemi di esternalizzazione nei giovani, specialmente durante periodi di sviluppo.
411	Correlazione significativa tra strategie di coping evitanti, tratti di ansia e problemi comportamentali.
412	(DBP) e disturbi stress post-traumatico (PTSD) fortemente associati con l'esperienza della violenza interpersonale durante l'infanzia e l'adolescenza. I disordini spesso si co-verificano e sfociano in problemi pervasivi: disregolazione delle emozioni e percezione del dolore alterata, dove il sistema endocannabinoide è profondamente coinvolto.
415	Sintomi borderline materni associati con controllo psicologico e comportamentale, sono implicati nella disregolazione affettiva comportamentale, ma non nella disregolazione interpersonale o nel disturbo di identità.
416	Avversità genitoriali precoci (autoritarie, permissive, controllo psicologico) predittori di aggressione relazionale prescolare e caratteristiche borderline nelle adolescenti.
417	Aggressione fisica e relazionale primi precursori di caratteristiche BPD.
419	Figli di madri con disturbo bipolare (O-BD) sono a rischio sviluppo PD cluster B; figli di madri con depressione maggiore (O-MDD) a rischio sviluppo di PD antisociale e ossessivo-compulsivo in giovane età adulta.
420	Indiscussa ereditabilità di personalità psicopatica tra gli adolescenti: le influenze genetiche incidono più dei fattori ambientali.
421	Diversità sintomatologica della personalità ossessivo-compulsiva.
424	Prevalenza di PD Cluster C e Cluster A in persone esposte a trauma catastrofico (evitante,

	paranoico e ossessivo-compulsivo tra quelli più comuni).
428	Tratti psicopatici in femmine minorenni rinchiusi in centri di detenzione: problemi comportamentali, disturbi della condotta, comportamenti delinquenti e gravi di criminalità, livelli più bassi di autostima.
430	Influenze genetiche sul consumo di alcol, divergenti traiettorie di sviluppo (dp) e differenze sessuali (maggiori nelle femmine).
431	Potenziale associazione tra tratti di personalità psicopatica e qualità genitorialità.
432	Fattori di rischio disposizionali e ambientali (incuria, abuso emotivo) associati in modo indipendente con sintomatologia BPD.
433	Forte continuità tra disturbo di condotta (CD) in adolescenza e disturbo antisociale di personalità (APD) in età adulta.

id	Tabella 84. Risultati di ricerca 2015
435	Valore predittivo dello stress post-traumatico, sintomi depressivi e dissociazione per lo sviluppo del disturbo antisociale di personalità (ASPD) e disturbo borderline di personalità (BPD) in donne adolescenti detenute (40%). Sorprendentemente, no problemi di condotta, né dipendenza di sostanze.
436	Livelli alti di sintomi personalità spettro borderline (BPSS) tra gli adolescenti con disturbo bipolare (BP).
438	Disturbo di personalità Borderline concettualizzato come una costellazione di sintomi legati a problemi di auto-funzionamento, regolazione delle emozioni, e le relazioni interpersonali. Etiologia legata all'ambiente, a rapporti accudimento e agli eventi traumatici.
443	Co-morbidità disturbi di personalità Cluster A e B, alcol e abuso di sostanze e disturbi d'ansia più frequenti nei pazienti bipolari ai pazienti unipolari.
445	Precursori di disturbo personalità in infanzia e l'adolescenza.
446	Adhd e cronicità aumentano il rischio di disturbo di personalità.
451	Rischio poligenico sui disturbi esternalizzati implicato nello sviluppo di disturbi di personalità.
453	Stabilità e predittività di comportamenti suicidali per lo sviluppo di disturbo borderline di personalità.
454	Forte relazione caratteristiche borderline con intimate partner violence (IPV) e peer vittimizzazione tra gli adolescenti.
455	Deficit di autonomia e relazionalità nel rapporto madri BDP e figli per lo sviluppo di disturbo o sintomatologia.
460	Abuso nella prima infanzia, tra cui abuso emotivo, importante fattore predittivo sulla sintomatologia BP; la sensibilità ansia (AS) forma di vulnerabilità emotiva, variabile fondamentale nella relazione tra abuso e lo sviluppo di BPD.
461	Sintomi borderline, altre forme di psicopatologia e di disregolazione emozionale in adolescenti univocamente correlati ad atteggiamento critico genitoriale.
463	Stress acuto e cronico e psicopatologia materna sulle caratteristiche BPD hanno effetti significativi sul rischio BPD. Contrariamente alle aspettative, non sono stati rilevati interazioni tra condizioni ambientali stressanti cronici e le caratteristiche personali nel predire le caratteristiche di personalità borderline.
464	Stili di attaccamento (iperprotezione o rifiuto materno) correlati con la gravità dei sintomi BPD in adolescenti; nessuna correlazione alla psicopatologia genitoriale.
465	PPD disturbo di personalità psicopatica forte predittore di violenza cronica.
468	Deficit di competenze genitoriali e auto-efficacia, capacità di adattamento alla genitorialità,

	risposta empatica, difficoltà mantenimento di ambienti stabili, difficoltà a gestire i confini interpersonali, paura dello stigma, sono le problematiche dei genitori borderline relative alle vulnerabilità psicologiche dei figli.
470	Scarso autocontrollo, emotività negativa, punizioni severe, aumentano il rischio per i sintomi borderline, come la disregolazione emozionale. Gravità dei sintomi a 14 anni.
471	Associazione caratteristiche borderline a gelosia e cyberbullismo.
472	PD paranoide, istrionico e ossessivo-compulsivo in adolescenza significativamente associati a lungo termine con obesità in età adulta.
476	Uso di marijuana cronica in adolescenza rischio esposizione di caratteristiche psicopatiche, spaccio di droga e duraturi problemi legali alla droga.
477	Ruolo di mediazione della disregolazione delle emozioni nella relazione tra esposizione alla violenza durante l'adolescenza e sintomi post-traumatici da stress (SPP) e patologia borderline.
479	Donne con disturbo borderline gravidanza precoce, compromissione psicosociale, abuso di sostanze, hanno probabilità di figli con bassi punteggi Apgar (compromissione funzioni vitali dopo il parto, depressione o prematurità).
480	Disturbo di personalità borderline comorbilità disturbo stress-post-traumatico associati a riduzione del volume dell'ippocampo e delle sue sottostutture.

Tra le variabili predittive relative ai disturbi di personalità in età evolutiva, i **fattori di rischio ambientale** sono quelli maggiormente indagati in tutto l'arco del decennio considerato. Abusi, trascuratezza, maltrattamenti, stili di attaccamento, stili educativi, struttura familiare, uso di sostanze, alcool, clima scolastico, status sociale ed economico, sono gli eventi che determinano e influenzano lo sviluppo e l'esito di personalità patologica.

Il trauma infantile ricorre nella maggior parte delle ricerche: **abuso sessuale e maltrattamenti**, pur non correlati all'intensità dei sintomi (secondo alcuni studi del 2013), sono le variabili che più di tutte contribuiscono alla comprensione eziologica dei disturbi, in particolare del **disturbo borderline** e del disturbo **antisociale**, anche se alcuni studi più recenti hanno indagato i maltrattamenti infantili in adolescenti con sintomi di disturbo paranoide, evitante e ossessivo-compulsivo (2014).

L'**abuso sessuale** prima e durante la pubertà per la maggior parte degli studiosi ha implicazioni specifiche per lo sviluppo della personalità **borderline** in adolescenza, soprattutto nelle **femmine**, ed è fortemente associato a disregolazione emozionale, sintomi dissociativi, deterioramento di schemi cognitivi, comportamenti autolesionistici e tentativi di **suicidio**. Studi sulla relazione tra gli *eventi di vita stressante*, SLE, e il suicidio, in adolescenti con diverse psicopatologie, hanno dimostrato che il lutto è correlato al suicidio nei ragazzi affetti da depressione maggiore, l'abuso sessuale invece è correlato prevalentemente al borderline (2008).

Secondo alcune ricerche recenti invece l'**abuso** infantile sarebbe predittore significativo di un aumento dei **sintomi antisociali**, mentre la **trascuratezza** (scarso affetto e/o nutrizione in

infanzia) sarebbe predittore significativo di un aumento dei sintomi **borderline** (2013). Il dato era stato già rilevato nel 2006 da valutazioni forensi di sottocategorie maschili del disturbo antisociale di personalità (impulsivi e controllati): l'abuso è maggiormente presente negli impulsivi.

Per gli adolescenti maschi, inoltre, in alcune ricerche del 2006 il rischio di sviluppare disturbi di personalità è rappresentato dagli **stili parentali** più che dall'abuso, rispetto alle femmine. Generalmente i sintomi di Cluster B e C in bambini e adolescenti sono associati a elevato attaccamento ansioso, i sintomi di Cluster A ad attaccamento evitante, i sintomi di Cluster B sono correlati ad attaccamento aggressivo.

Sul **comportamento genitoriale inadeguato** (severe punizioni, disciplina incoerente, avversità autoritarie, o permissive, controllo psicologico, abuso emotivo) è stato specificato (2006) che esso è predittore principalmente di sintomi e **disturbi antisociali** in soggetti con deficit affettivo, e in ordine, di sintomatologia borderline, paranoica, schizoide e schizotipica.

La maggior parte degli studi raccolti in questo lavoro associa la **disorganizzazione dell'attaccamento** (conflitto, atteggiamento critico, rifiuto materno, attaccamento insicuro) alle ricadute sulla disregolazione emozionale, e quindi alla gravità del **disturbo borderline**, seppur presenti, nel campione, ricerche (2008) che indagano la precoce separazione materna quale fattore di rischio schizotipico nei bambini emotivamente vulnerabili. Studi del 2009 hanno visto che nei soggetti borderline, quando si co-verificano abuso e caregiving inadeguato, precursore indipendente e additivo dall'abuso infantile (2013), gli esiti sono nefasti: tendenza al suicidio e percezione del dolore alterata, dove il sistema endocannabinoide²³ è profondamente coinvolto (2014).

²³ “Gli endocannabinoidi sono piccole molecole segnale che utilizzano gli stessi recettori di membrana a cui si lega anche il principale costituente psicotropo della cannabis, il THC. Hanno natura lipidica e derivano da un acido grasso polinsaturo. [...] Nel sistema nervoso centrale gli endocannabinoidi svolgono una funzione neuromodulatoria ricoprendo un ruolo importante in vari tipi di plasticità sinaptica e nei processi cognitivi, motori, sensoriali e affettivi a essi correlati. In alcune condizioni patologiche, acute o croniche, come l'epilessia o le malattie neuroinfiammatorie e neurodegenerative, possono svolgere un ruolo pro-omeostatico e neuroprotettivo. Come tutti i segnali chimici, gli endocannabinoidi sono soggetti a mancata regolazione, così da contribuire all'eziologia o ai sintomi di alcune patologie” ([http://www.treccani.it/enciclopedia/endocannabinoidi_\(Dizionario-di-Medicina\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/endocannabinoidi_(Dizionario-di-Medicina)/)).

Storie familiari positive all'alcoolismo e/o esordio precoce di abuso di **alcool misti** a **maltrattamento** rappresentano invece, per gli studi del campione (2007-2012) i fattori predittivi ad alto rischio per il **disturbo antisociale** e per i comportamenti violenti e criminali, forse a causa di specifiche interazioni gene-ambiente in adolescenza (2010). Per questi soggetti massiccio è l'uso di droghe ricreative. La ricerca in questo decennio ha anche indagato l'associazione del disturbo antisociale ai sintomi **SUD** (disordini per **uso di sostanze**), spesso causa di mortalità precoce (2007-2008).

L'uso di droghe in generale è fortemente associato ai disturbi di cluster B. Non risulta invece relazione tra l'uso di cannabis precoce (prima dei 14 anni) con i primi sintomi schizotipici in età adulta, come era stato ipotizzato (2012).

Anche un basso **status socio-economico** (SES) viene associato al disturbo antisociale di personalità in età adulta, ma è un fattore di rischio indipendente, nonostante notevoli effetti cumulativi con il trauma (2005). Indagini del 2008 su popolazione generale, 10-36 anni, hanno associato il SES anche a sintomi schizotipici e borderline, assente sui sintomi di MDD (depressione maggiore).

La **struttura familiare** si associa ai disturbi di personalità in questi termini: uni genitorialità durante l'infanzia collegata ai disturbi del gruppo B in età adulta; status figlio unico durante l'infanzia connesso ai disturbi del gruppo A; non ci sono particolari fattori di rischio per cluster C. Gli studi suggeriscono ulteriori approfondimenti sugli aspetti psicosociali dell'ambiente familiare che può promuovere vulnerabilità ai disturbi (2008).

L'influenza del **clima scolastico** sugli adolescenti è stata esplorata significativamente sulla sintomatologia dei disturbi di personalità. Uno studio del 2009 ha dimostrato che le scuole ad alto contenuto di apprendimento diminuiscono i sintomi del gruppo B; un clima scolastico caratterizzato da rapporti conflittuali tra studenti e insegnanti aumenta i sintomi di cluster A e C (evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo); scuole che puntano sull'autonomia diminuiscono i sintomi del gruppo A (paranoico, schizoide e schizotipico). Su questi ultimi è stato confermato da alcune ricerche che i problemi comportamentali scolastici (di tipo sociale, di attenzione, disturbi esternalizzati, aggressione), dell'infanzia e dell'adolescenza, sono predittori di alcuni sintomi adulto-schizotipici (2014) e che variabili di avversità psicosociale (etnia, urbanità, bullismo, mobilità scolastica) vissute a 10 anni sono fortemente associate a precisi sintomi simil-psicotici (2014).

Concludiamo questa parte mettendo in evidenza che gli effetti ambientali sui disturbi di personalità sono fortemente modificati da **differenze individuali** nel funzionamento "trait like" (2009) e che i fattori di rischio giocano un ruolo meno importante nel caso di una psicopatologia più pronunciata rispetto ad altre variabili. La ricerca, a cavallo tra fattori ambientali e genetici, è spesso ostacolata da difficoltà a separare criteri diagnostici sovrapposti (2007), sono quindi le **correlazioni gene-ambiente** a determinare la psicotipia piuttosto che gli effetti principali di ogni fattore.

L'associazione predittiva di tratti patologici e dei disturbi di personalità ad altri disturbi, o viceversa, è un importante argomento di ricerca per il nostro campione.

Sono, in particolare, i tratti specifici "*unemotionality*" e "*discontrollo comportamentale*" ad essere correlati con molte diagnosi psichiatriche.

Già nel **2005** era stato accertata la continuità del **disturbo di condotta** infantile con il disturbo di antisociale di personalità (la progressione nel 75% dei casi è la norma, non un'eccezione) così come era stato ampiamente esplorato il legame tra i tratti di personalità schizotipica con la **schizofrenia** in età adulta (i criteri si sovrappongono).

Il disturbo schizotipico di personalità è stato anche connesso al disturbo di **Asperger** (i due disturbi possono sovrapporsi, soprattutto nelle aree socio-relazionali e di comunicazione-disorganizzata, positivamente correlate) e in generale allo **spettro autistico** (anche se i tratti psicopatologici in adolescenti autistici con comportamento difficile e aggressivo, pur convergenti, non sono correlati alla gravità e al deficit cognitivo autistico).

I sintomi di disturbo di personalità, in particolare quelli di disturbo borderline, possono essere associati al rischio di **depressione** e **stress interpersonale** in età adulta e al rischio di **problemi alimentari** in particolare nelle ragazze (2006, 2010). In un studio del 2011 sull'anoressia nervosa in adolescenti femmine, oltre ad essere state trovate cinque variabili cliniche di gravità, il 24,8% delle ragazze avevano un disturbo di personalità rispetto al 4,2% dei partecipanti di controllo.

Nel 2009 è stato visto che l'esordio precoce del **disturbo bipolare** aumenta la probabilità di sviluppare il disturbo borderline di personalità, in comorbilità e indipendente dagli effetti di gravità del trauma o dell'abuso infantile. Livelli alti di sintomi di personalità spettro borderline (BPSS) tra gli adolescenti con disturbo bipolare (BP) sono stati confermati in studi recenti del 2015.

Anche gli **attacchi di panico** precoci nella vita sono un marcatore o un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi di personalità nella giovane età adulta (2005).

Il **deficit di attenzione e iperattività** dell'infanzia era stato considerato indicatore di rischio genetico per lo sviluppo di tendenze psicopatiche **antisociali** già nel 2007. Il rischio valeva per entrambe le forme di ADHD, comorbid diagnosis (ADHDc) e dimensional symptoms (ADHDd), associate ad abbandono, separazione dei genitori, tentativi di suicidio, psicotipia e uso di sostanze. Una ricerca del 2008 specifica tuttavia che il rischio verso una progressione antisociale e paranoica è alto se l'ADHD è persistente, mentre l'ADHD infantile aumenta invece il rischio di disturbo di personalità **borderline**.

Sono soprattutto le adolescenti **femmine** con ADHD ad avere una maggiore probabilità di avere disturbi di personalità. Uno studio del 2009 ha indagato la differenza sessuale di comorbidità: ADHD e disturbo di condotta presenti nei maschi e solo ADHD nelle ragazze, contribuiscono in modo indipendente per i punteggi psicopatologia antisociale.

Nel 2012 è stato scoperto che l'impulsività dell'ADHD e la disfunzione affettiva, l'ostilità e i conflitti interpersonali del disturbo oppositivo provocatorio (ODD) insorti all'età di 8 anni, sono potenziali precursori di **disturbo borderline** in adolescenti **maschi**, verso i 14 anni. L'ADHD condivide con BPD caratteristiche cliniche di impulsività, scarsa autoregolamentazione e disfunzione esecutiva, mentre ODD condivide con BPD rabbia e agitazione interpersonale

Nel 2013 invece l'ADHD, insieme ai disturbi pervasivi dello sviluppo, ai disordini di identità sessuale e di genere e ai disturbi depressivi, è stato associato ai sintomi adulti **schizotipici**.

Il **disturbo ossessivo-compulsivo** ad esordio precoce aumenta il rischio di sviluppare disturbo di personalità ossessivo-compulsivo in età adulta, entrambi condividono una patogenesi comune, anche se in uno studio del 2013 è stato rilevato che sono gli episodi di **ipomania, depressione maggiore e disturbo dell'umore** ad aumentare il rischio di sviluppo del disturbo ossessivo compulsivo di personalità in età adulta.

Non è confermata l'ipotesi che il disturbo d'ansia sociale, SAD, (come il mutismo elettivo o l'ansia generalizzata) sia precursore di **disturbo evitante di personalità** o che questo sia grave forma di SAD, sebbene ci sia sovrapposizione di criteri (2012). Ma l'ansia di separazione a partire nella prima infanzia, mista ad ossessione per l'immagine del proprio corpo durante l'infanzia, impulsività, vuoto e pensiero strano in adolescenza, sono precursori di disturbo borderline nei maschi (2013).

Studi del 2015 su adolescenti femmine, con storie di detenzione, confermano il valore predittivo dello **stress post-traumatico** e dei **sintomi depressivi** per lo sviluppo del **disturbo antisociale** e del disturbo **borderline** di personalità soprattutto (40%). Sorprendentemente, non vi erano antecedenti di problemi di condotta, né dipendenza da sostanze, a determinare il rischio psiopatologico.

Tra i sintomi, patterns disadattivi e comportamenti predittivi dei disturbi di personalità in età evolutiva sono stati individuati dalle ricerche, come abbiamo già evidenziato, i tratti patologici di insensibilità interpersonale (*Callous and unemotional traits*) nell'infanzia, che in ampi campioni epidemiologici, sono emersi come potenziali marcatori di disturbi di condotta e successive progressioni di personalità antisociale. Studi più recenti hanno associato significativamente questi tratti a distacco, antagonismo, disinibizione e crudeltà (quella verso gli animali per esempio è una manifestazione predittiva).

Le ricerche hanno confrontato tutti i criteri-sintomo relativi a comportamenti esternalizzati, comportamento dirompente e a tutte le forme di aggressività strettamente associate al disturbo antisociale (vandalismo intenzionale, tendenza precoce al furto, vittimizzazione dei pari) di adolescenti con esordio segnalato di disturbo della condotta in età pediatrica.

Negli anni 2011 e 2012 aggressività reattiva e *peer vittimizzazione* (fisica, verbale, manipolazione sociale, attacco alla proprietà) sono stati invece associati a personalità schizotipiche in soggetti di entrambi i sessi di tutte le età. Si ipotizza che la vittimizzazione dei pari possa predisporre a ideazione paranoide e ansia sociale, e che la personalità schizotipica di conseguenza possa essere intensificata.

Alla schizotipia, per il 58% dei casi, sono associati sintomi dissociativi (sentimenti di derealizzazione, depersonalizzazione, disturbi della memoria, assorbimento) e fallimenti cognitivi (2007).

Vulnerabilità genetiche precoci, espresse inizialmente come impulsività e seguita da accresciuta sensibilità emotiva, o incapacità di identificare le emozioni, episodi precoci di autolesionismo (e con metodi diversi, 2009) e prime ideazioni suicidarie, caratterizzano l'esordio borderline.

Nella valutazione dei sintomi di internalizzazione, dei comportamenti trasgressivi, dei bassi livelli di autostima, dei sentimenti di gelosia, nella sintomatologia borderline e narcisistica di personalità, si riscontrano anche alti livelli di aggressività sociale e fisica infantile, nonché

forte relazione *all'intimate partner violence* (IPV), alla *peer vittimizzazione* e al cyberbullismo (2011).

Sono molti i **contributi neuro-biologici** all'eziologia dei sintomi patologici di personalità, apportati nel corso del decennio di studio.

Il deficit di modulazione alla risposta (che contribuisce a scarsa socializzazione e allo sviluppo di ansia) e in particolare una ridotta capacità di risposta alle espressioni di *tristezza* e *paura* è stata associata a **disfunzione dell'amigdala** e delle componenti del modello integrato del sistema delle emozioni (2009).

Nel processo decisionale, nella morale e nell'empatia tra i bambini con problemi di condotta, tratti insensibili e tendenze **psicopatiche antisociali**, sono state identificate **anomalie strutturali e funzionali nelle regioni limbiche e prefrontali** coinvolte nel riconoscimento delle emozioni (2011).

Differenze neuroanatomiche e alterazioni del volume del cervello, sono state riscontrate da numerosi studi in adolescenti **borderline**: riduzione **volume/attività della PGV**, ghiandola pituitaria, ipofisi, forse disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (2007) e **riduzione del corpo calloso** nella corteccia dorsolaterale (DLPFC) bilateralmente e nella sinistra corteccia orbito frontale (OFC). Si verifica nel corso della malattia (2010). Queste riduzioni-alterazioni visibili alla risonanza magnetica sono legate all'età, o a comorbidità, non a traumi (2010). Presente anche un'atipica **asimmetria dell'ippocampo verso destra** e delle sue strutture (2015).

Un **coinvolgimento** delle strutture talamiche specifiche (**nucleo dorsomediale**), è stato indagato anche nello sviluppo di anoressia nervosa in pazienti che in infanzia e in adolescenza presentavano tratti di personalità ossessivo-compulsiva e oggi soddisfano i criteri diagnostici del disturbo di personalità ossessivo-compulsivo.

Riportiamo altri importanti risultati di ricerca di prospettiva neurobiologica:

- **bassa attività del gene monoamine oxidase A (MAOA)** influisce nella regressione dell'aggressività in adolescenti che hanno avuto infanzie degradate (2009);

- **gene NRG1 di suscettibilità alla schizofrenia** è implicato nello sviluppo del disturbo schizotipico negli adolescenti (2009);

- **ridotta risposta dell'attività elettrodermica** presente in adolescenti inclini alla psicopatia (anche in bambini molto piccoli di anni 3);

- **anomalie motorie** significative in adolescenti con disturbo schizotipico di personalità;

- **polimorfismi genetici sul sistema della serotonina** implicati nei sintomi antisociali e borderline (2012);

- **gene KCNIP4** candidato promettente per disturbi di personalità e ADHD (2012);

- **ipermetilazione del promotore del gene recettore dei glucocorticoidi** è stata invece associata alla comorbilità borderline-bulimia nervosa;

- **variazioni cortisolo salivare** in adolescenti con tratti disadattivi di personalità (2014);

- **disfunzione del sistema di neurosteroidi** potrebbe essere operativa nel disturbo borderline e rappresentare un marcatore generalizzato per la risposta alterata allo stress associata con questo disturbo;

- ipotesi "**dual-ormone**": testosterone e cortisolo regolano congiuntamente il comportamento aggressivo e socialmente dominante in adulti e bambini (2015).

Infine evidenziamo i risultati più significativi delle ricerche che hanno indagato il rischio delle **vulnerabilità psicopatologiche genitoriali**. I contributi sull'argomento sono puntuali in ogni anno del decennio esaminato in questa indagine.

Genitori antisociali hanno figli con elevato rischio di sviluppare una vasta gamma di disturbi psichiatrici internalizzati ed esternalizzati. In particolare la personalità antisociale materna predice i problemi di comportamento dirompente dei bambini.

Genitori di bambini con disturbo ossessivo compulsivo, OCD, presentano tratti rispondenti a disturbo di personalità **ossessivo compulsivo**.

I figli di **madri con disturbo bipolare** (O-BD) sono a rischio sviluppo di disturbi di personalità di cluster B.

La **depressione materna** è fortemente predittiva di comportamenti antisociali e ossessivo compulsivi nei bambini (trasmissione genetica e fattore di rischio ambientale sono entrambi coinvolti nello sviluppo del disturbo). Se c'è comorbilità di depressione maggiore e disturbo borderline in figli sono esposti ad alti livelli di sintomi depressivi ed elevati fattori di vulnerabilità cognitivo-reazionali. Anche la **depressione post-partum** delle madri è associata in modo indipendente a livelli elevati di comportamento infantile disregolato e a deteriorati punteggi cognitivi.

La comorbilità di depressione e disturbo di personalità nelle madri ha importanti effetti negativi, indipendenti, sulle pratiche di accudimento infantile, mentre la depressione da sola ha un effetto negativo sulla qualità dell'ambiente domestico.

Bambini di **madri borderline** di personalità ottengono punteggi più alti sulla dimensione del temperamento evitante, maggiore prevalenza di problemi emotivi e comportamentali e bassa autostima rispetto ai gruppi di confronto. È stato riscontrato che le madri con disturbo borderline hanno difficoltà a riconoscere le emozioni dei loro figli. In generale il rischio di sviluppare la stessa malattia è elevato. Ogni deviazione precoce nell'attaccamento, nello sviluppo di sé e nell'auto-regolazione, può aumentare il rischio. Esistono diversi meccanismi di adattamento diadico in base alla psicopatologia borderline materna, già nel 3 mese dopo il parto i neonati stanno già cercando di adattarsi al funzionamento materno attraverso meccanismi di autoregolamentazione.

TABELLE DATI GRUPPO 3 **Prevenzione e trattamento**

id	Tabella 85. Risultati di ricerca 2005
1	Trattamento Mode Deactivation Therapy superiore a Cognitive Behavior Therapy e a Social Skills Training in adolescenti maschi con disturbo di condotta e personalità.
2	MDT (Mode Deactivation Therapy) superiore a CBT (Cognitive Behavior Therapy) in adolescenti maschi con disturbo di condotta e personalità.
3	MDT (Mode Deactivation Therapy) efficace nella riduzione dei comportamenti severi in adolescente maschio con disturbo di condotta e personalità.
12	Dimostrata potenziale efficacia trattamento MDT.

id	Tabella 86. Risultati di ricerca 2006
39	MDT superiore a TAU in tutte le categorie nel ridurre il comportamento aggressivo, ribelle, sospensioni di scuola; sintomi di disagio, ansia e depressione sono stati ridotti da MDT mentre alcuni sono aumentati con TAU.
44	Difficoltà a valutare e sottoporre a trattamento adolescenti delinquenti con tratti di personalità psicopatiche, necessità e importanza di supporto e formazione per gli operatori.
59	Influenza di sistemi di controllo sociali sul processo di trattamento e relazione di trattamento in famiglie in struttura borderline con casi di abuso.
68	Rifiuto trattamento adolescenti borderline con grave disfunzione familiare e frequenti ricoveri legato alla teoria dell'attaccamento: si ipotizza attacco alla figura genitoriale (con il suicidio).
73	Confronto trattamenti: programma intensivo Mendota Juvenile Treatment Center (MJTC) e trattamento come di consueto. MJTC valido nella riduzione delle recidive violente di minori delinquenti.
74	Trattamento disturbo narcisistico in adolescente femmina con approcci cognitivi e approcci fisici, come il massaggio, utile nel contenimento del pensiero.

id	Tabella 87. Risultati di ricerca 2007
83	Efficacia MDT rispetto al trattamento come di consueto (TAU) nel ridurre aggressione fisica. Vincoli terapeutici.
100	Associazione tra esperienze infantili positive legate alla resilienza e remissione da disturbo di personalità. Quindi necessità trattamento precoce per promuovere punti di forza personali, competenze e sviluppo di abilità interpersonali, in giovani pazienti con diagnosi di disturbi di personalità

id	Tabella 88. Risultati di ricerca 2008
115	Play Therapy efficace nel trattamento di bambini borderline (studio di caso clinico).
118	Efficacia terapia comportamentale dialettica (DBT) negli adolescenti con diagnosi di caratteristiche borderline.
122	Efficacia trattamento terapia comportamentale dialettica (DBT) per pazienti con disturbo borderline di personalità in ambiente ambulatoriale: diminuzione significativa nella maggior parte delle variabili che misurano disagio psicologico e nel numero di comportamenti parasuicidari.
132	Sovrapposizione sintomatica tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbo di personalità borderline. Significativo miglioramento del quadro borderline in adolescenti femmine trattate con Methylphenidate (MPH), specifico per ADHD.
140	Disturbo di personalità borderline: validità diagnosi in adolescenza (caratteristiche rabbia incontrollabile, mutilazioni sé, dissociazione), difficoltà di trattamento, storia di abusi sessuali infantili; panoramica sugli interventi farmacologici e clinici.

id	Tabella 89. Risultati di ricerca 2009
173	Lieve riduzione sintomi ADHD con trattamento metilfenidato (MPH) sul fumo nelle adolescenti con ADHD / disturbo di personalità borderline.
180	Emotion Regulation Training (ERT) trattamento per adolescenti con sintomi del disturbo borderline di personalità, efficace nella riduzione degli sbalzi d'umore.
193	Depressione materna associata all'efficacia della terapia multisistemica (MST) nel trattamento dell'aggressione negli adolescenti.

id	Tabella 90. Risultati di ricerca 2010
194	Efficacia trattamento DBT, relazione cliente/terapeuta agente di cambiamento nella regolazione delle emozioni in adolescenti autolesionisti.
198	Theory, Research, and Treatment (PD:TRT), favorire il dialogo tra ricercatori e clinici.
205	Efficacia Linee guida per il trattamento del disturbo antisociale di personalità (ASPD) nei bambini e negli adolescenti. Il documento indirizza a comunità terapeutica nel caso di abuso di alcool e sostanze.
210	Problematiche di trattamento terapeutico cognitivo comportamentale (CBT) per la riduzione di rabbia e violenza, in adulti borderline e antisociali, in caso di abuso e umiliazione nell'infanzia.
217	Alleanza terapeutica efficace nella terapia cognitivo-analitica (CAT) in adolescenti borderline.
229	Efficacia trattamento biofeedback e training di rilassamento: mirano direttamente ad abbassare l'eccitazione fisiologica, con variabilità della frequenza cardiaca (HF-HRV) e la sensibilità baroriflessa (BRS) in disturbi somatici inspiegabili misurati dimensionalmente e clinicamente (MUSC).

id	Tabella 91. Risultati di ricerca 2011
235	Trattamento terapeutico di gruppo, psicodramma, in adolescenti narcisisti, utile sul lavoro di storicizzazione del trauma e degli eventi disorganizzati gli eventi della loro vita.
237	MDT più efficace del TAU nel ridurre aggressione fisica in pazienti residenziali adolescenti con disturbi della condotta e di personalità.
238	Efficacia terapia dialettica comportamentale per adolescenti (DBT-A) nella riduzione tendenza al suicidio, autolesionismo non-suicida, disregolazione emozionale e depressione a partire dall'inizio della terapia a quello year follow-up.
247	Terapia comportamentale dialettica (DBT) per gli adolescenti: è un trattamento promettente per adolescenti con una serie di comportamenti problematici, compreso ma non limitato alle tendenze suicide e autolesioniste.
253	L'esito del processo terapeutico si basa su un rigoroso rapporto transfert e controtransfert tra paziente e psicanalista in preadolescenti narcisistici e con disturbo di pensiero.

id	Tabella 92. Risultati di ricerca 2012
304	Efficacia dell'Emotion Regulation Training (ERT) sulla qualità della vita, sulla riduzione dei sintomi borderline e sulla psicopatologia generale; predittori di outcome (depressione o deficit di attenzione/ipervattività o disturbo oppositivo-provocatorio, abuso).

id	Tabella 93. Risultati di ricerca 2013
321	Efficacia terapia a base di mentalizzazione (MBT) per il trattamento di pazienti adulti con disturbo borderline di personalità in ambiente ospedaliero; miglioramenti significativi in decrementi di suicidalità e sintomi nel funzionamento globale e nello stato professionale.
325	Valutazione della rete europea di ricerca sul disturbo di personalità borderline (BPD EurNet), studio per il trattamento: Fenotiazina, un neurolettico sedativo, il trattamento più prescritto. Il 47% dei pazienti aveva ricevuto psicoterapia; terapia psicodinamica.
335	Efficacia trattamento con terapia comportamentale dialettica (DBT) nella riduzione dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico comorbilitante con gravi psicopatologie, come disturbo di personalità borderline correlato con abuso sessuale infantile (CSA).
337	Efficacia trattamento Omega-3 (n-3), acidi grassi polinsaturi (PUFA), in adolescenti borderline.
344	Confronto trattamenti specializzati: terapia analitica cognitiva ha dimostrato recupero più rapido rispetto alla terapia comportamentale dialettica, ma poca differenza al follow-up. Trattamento a base di mentalizzazione efficace nei sintomi autolesionisti. La farmacoterapia non ha prova di efficacia. La terapia strutturata può essere la componente terapeutica più importante in questa popolazione.
352	La terapia con mentalizzazione efficace per il disturbo antisociale di personalità, abuso di sostanze, disturbi alimentari.
355	Efficacia trattamento cognitivo comportamentale (CBT) per il PTSD, disturbo da stress correlato ad abuso nel disturbo di personalità.
361	Eziologia borderline, efficacia terapia comportamentale dialettica e trattamento a base di mentalizzazione nella riduzione del disturbo borderline in adolescenza.

id	Tabella 94. Risultati di ricerca 2014
372	Validità e affidabilità trattamento Mode Deactivation Therapy (MDT).
375	Diminuzione della tendenza al suicidio (instabile) nei soggetti borderline dopo il ricovero in ospedale.
379	Efficacia arte terapia nel trattamento adolescenti con disturbo di personalità.
383	Efficacia trattamento a base di mentalizzazione (MBT-A) per gli adolescenti con sintomi borderline nel funzionamento della personalità e nella qualità della vita (EuroQol).
388	Terapia dialettico comportamentale (DBT) di gruppo (multifamiliare) efficace nella riduzione dei sintomi del disturbo borderline di personalità e del disturbo antisociale negli adolescenti.
395	Neurofeedback, intervento volto a migliorare il funzionamento neurocognitivo nei bambini con ADHD in comorbilità con disturbi interiorizzazione ed esternalizzazione, i quali possono essere indicativi di sottostante psicopatologia borderline e bipolarismo.
398	Efficacia trattamento intensivo psicoterapia ospedaliera adolescenti (IPA), miglioramento del livello di gravità dei sintomi, funzionamento della personalità e qualità della vita.
402	Intervento precoce con bambini gravemente antisociali, per i quali è indicato il trattamento, può prevenire lo sviluppo di personalità antisociale in adolescenza e può migliorare il rendimento scolastico.
422	Terapia comportamentale dialettica (DBT) per gli adolescenti con disturbo di personalità borderline efficace nel ridurre autolesionismo. DBT-A efficace, realizzabile, relativamente breve, elevato livello di fedeltà.
423	Modesta efficacia trattamento IPA: recidive, costi elevati, esito positivo solo con cluster C.

id	Tabella 95. Risultati di ricerca 2015
439	Medici e ricercatori concordano finalmente sull'importanza di rendere i servizi sanitari disponibili per gli adolescenti con disturbo borderline di personalità e nel fornire e sviluppare trattamenti specificamente orientati a questa popolazione.
440	Adattamento modello TFP (psicoterapia focalizzata sul transfert) per il miglioramento dei sintomi di autolesionismo e dei comportamenti pericolosi in adolescenti borderline.
441	Elaborazione nuove tecniche psicoterapeutiche sulla natura del transfer: evitare lunghi silenzi distruttivi, ma fornire al paziente l'immagine desunta dalle narrazioni per suggerire lo sviluppo del dialogo con l'analista.
444	Efficacia trattamento Network based therapy (NETBT) per gli adolescenti con disturbo di personalità.
450	I-BAFT, terapia familiare o consulenza individuale, in adolescenti borderline: entrambi impatto positivo ma necessità di trattamento intensivo in ragazzi coinvolti in problemi giudiziari, uso di sostanze e co-occorrenti (depressione); ambulatorio ibrido e trattamento residenziale spesso richiesto da questa popolazione; più efficace l'approccio orientato sulla famiglia.
452	Alti tassi di trauma infantile nei disturbi psicotici, nel disturbo bipolare e nel disturbo borderline di personalità. I possibili meccanismi che mediano questa relazione includono deficit neurocognitivi, attaccamento insicuro, alti tassi di comorbilità e problemi con l'aderenza e la risposta al trattamento. Attualmente non vi è alcuna indicazione chiara disponibile su come indirizzare trauma infantile nel trattamento.
462	Prevenzione abbandono trattamento di adolescenti borderline: individuare le vulnerabilità (caratteristiche psicologiche, percezione della malattia mentale e della cura della salute mentale) prima che il piano di intervento sia disposto. Paure e reazione negativa al trattamento possono essere attenuati se vengono spiegate le ragioni che stanno dietro l'orientamento terapeutico e come il trattamento influenzerà la condizione del paziente, che deve essere consapevole; garanzia su competenze e motivazione del medico.

466	Efficacia terapia comportamentale dialettica per gli adolescenti (A-DBT-A) sulla riduzione di autolesionismo e ideazione suicidaria.
475	La maggior parte delle terapie esistenti rappresentano adattamenti di modelli per adulti di questa fase di sviluppo.

Gli studi che si occupano di **prevenzione e trattamento** terapeutico, nel decennio indagato, hanno offerto una panoramica sugli interventi farmacologici e clinici, focalizzandosi sul confronto di programmi terapeutici e sulle problematiche relative alla loro somministrazione, soprattutto negli adolescenti con comportamenti antisociali, sintomatologia borderline e storie di abusi sessuali infantili.

Non esiste una specifica e chiara indicazione terapeutica su come indirizzare il trauma infantile in terapia. In generale i **trattamenti** che risultano **più efficaci** sono quelli che provengono da modelli a base **cognitivo-comportamentale**.

La terapia comportamentale dialettica (**DBT**) negli adolescenti con diagnosi borderline, trattati in ambiente ambulatoriale, si dimostra la più valida nella diminuzione significativa della maggior parte delle variabili che misurano disagio psicologico, in particolare depressione, autolesionismo e comportamenti parasuicidari. Il trattamento DBT-A (versione “adolescent” dal 2011 in avanti), relativamente breve, ricorre nelle ricerche di tutto il decennio indagato e conferma la sua efficacia a partire dall'inizio della terapia fino all'year follow-up. In uno studio del 2010 viene messa in luce l'importanza della relazione cliente/terapeuta sulla bontà del trattamento, relazione che si configura quale agente di cambiamento, in particolare nella regolazione delle emozioni in adolescenti autolesionisti. Nel 2013 viene rilevata la potenzialità del DBT anche nella riduzione dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico (PTSD), comorbilitante con gravi psicopatologie, come il disturbo di personalità borderline correlato con abuso sessuale infantile. La terapia ha maggiori effetti se somministrata sul gruppo familiare (2014).

Fin dal 2005 viene rilevata anche la potenzialità del trattamento **MDT** (Mode Deactivation Therapy), superiore all'SST (Social Skills Training) e al CBT (Cognitive Behavior Therapy) nella riduzione dei comportamenti severi in adolescenti maschi con disturbo di condotta e di personalità. Già nel 2010 si erano riscontrate problematiche sul CBT, valido nel trattamento dello stress post-traumatico, ma non per la riduzione di rabbia e violenza in adulti borderline e antisociali in caso di abuso e umiliazione nell'infanzia. L'MDT invece si dimostra superiore anche al TAU (trattamento come di consueto) nel riduzione di aggressione fisica, ribellione, sospensioni scolastiche, sintomi di disagio, ansia e depressione, mentre alcuni di questi comportamenti aumentano spesso con il TAU (ricerche del 2006). In alcuni studi vengono riportati i vincoli terapeutici dell'MDT.

Di recente scoperta, anch'esso di tipo cognitivo-comportamentale, è il trattamento **ERT** (Emotion Regulation Training) per bambini e adolescenti con sintomi del disturbo borderline di personalità, la cui efficacia nella riduzione degli sbalzi d'umore e sulla qualità della vita in generale è stata dimostrata da studi clinici finanziati dal NIMH²⁴. Il programma integra componenti di accettazione e consapevolezza, ed è volto ad aumentare meccanismi di adattamento e costruire una maggiore fiducia in se stessi, attraverso psico-educazione, gioco di ruolo, arte e musica. Nel 2012 vengono indagati i predittori di outcome relativi al trattamento (depressione; adhd; disturbo oppositivo-provocatorio; abuso).

In uno studio del 2006 è stata documentata anche l'efficacia del programma intensivo **MJTC** (Mendota Juvenile Treatment Center²⁵) per la riduzione delle recidive violente di minori delinquenti. Come si legge nell'articolo, "*Treatment Response of Adolescent Offenders with Psychopathy Features: A 2-Year Follow-Up*", della University of Wisconsin, il trattamento, di tipo cognitivo-comportamentale, si basa sulla "*teoria di decompressione*" di Monroe (1988), secondo la quale un sottogruppo identificato di giovani delinquenti è compreso in un modello comportamentale provocatorio di ciclicità sanzione-sfida ad ogni reitarazione, da cui deve distaccarsi e propendere invece verso abilità pro-sociali, sviluppate con approccio "*Today-Tomorrow*", un sistema che premia alla fine della giornata i comportamenti positivi e incentiva compliance al trattamento.

A partire dal 2009 viene sperimentata l'efficacia dell'**MST** (Multisystemic Therapy), un intenso programma familiare di tipo cognitivo-comportamentale, rivolto alla relazione di ragazzi aggressivi e violenti con la comunità e con i sistemi ambientali in cui vivono (famiglia, scuola, quartiere). Il trattamento funziona con i trasgressori più difficili di età compresa tra 12 e 17 anni con una storia di arresti. Sulla sua efficacia, è stato riscontrato, determinanti sono i fattori di rischio, quali la psicopatologia genitoriale.

Gli studi più recenti sui trattamenti specializzati (pubblicati negli anni 2013, 2014 e 2015) hanno corroborato le teorie della *mentalizzazione*. Le terapie **MBT** che si basano su tale

²⁴ National Institute of Mental Health, agenzia per la ricerca biomedica, del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, fondato nel 1887.

²⁵ Il Mendota Juvenile Treatment Center (MJTC) è un programma correttivo del Mendota Mental Health Institute, un ospedale psichiatrico gestito dal Dipartimento Servizi Sanitari del Wisconsin, specializzato per pazienti con patologie psichiatriche complesse. Qui vengono accolti delinquenti minorenni provenienti da istituti di correzione. Nel complesso, gli studi che hanno valutato il programma hanno mostrato che il trattamento ha un impatto significativo sui reati di crimine violento.

processo risultano efficaci sul funzionamento globale e sullo stato professionale di pazienti adulti con disturbo borderline di personalità trattati in ambiente ospedaliero, ma anche nella riduzione dei comportamenti autolesionisti borderline, della sintomatologia antisociale, dell'abuso di sostanze e dei disturbi alimentari degli adolescenti e in generale sulla qualità della loro vita (valutazione con questionario EuroQol²⁶).

Di concezione psicodinamica, la **Play Therapy**, usata anche come strumento di diagnosi, è risultata, negli studi di casi clinici, molto efficace nel trattamento di bambini borderline (2008). Attraverso il gioco essi manifestano il loro modo di gestire ansia e confusioni interne e dall'osservazione del terapeuta durante la fase di gioco libero e "non strutturato" può essere compresa la causa o la logica di fondo dei comportamenti disturbati, sia all'interno che all'esterno della sessione²⁷.

Alcuni articoli fanno riferimento a ricerche in cui l'efficacia dello **Psychodynamic treatment approach** sui **disturbi narcisistico e borderline** degli adolescenti, viene spesso rinforzata da **training di rilassamento** e **biofeedback**, intervento psicofisiologico di autoregolazione, con cui il soggetto impara a riconoscere, correggere e prevenire le diverse condizioni patologiche con conseguente loro riduzione o eliminazione. Sui disturbi di personalità risultano validi anche l'**arte-terapia** e lo **psicodramma**, utile sul lavoro di storicizzazione del trauma e degli eventi disorganizzati.

Il modello **TFP** (psicoterapia focalizzata sul transfert) per il miglioramento dei sintomi di autolesionismo in adolescenti borderline, negli anni ha visto l'elaborazione di nuove tecniche psicoterapeutiche, che inducono l'analista a evitare lunghi silenzi distruttivi e fornire piuttosto al paziente l'immagine desunta dalle narrazioni per suggerire lo sviluppo del dialogo. Anche la ricerca sui preadolescenti narcisistici ha confermato che l'esito del processo terapeutico si basa su un rigoroso rapporto *transfert* e *controtransfert* tra paziente e psicanalista.

Negli ultimi anni del decennio considerato, gli articoli fanno riferimento al trattamento Network based therapy (**NETBT**), terapia di gruppo psicanalitica basata su teorie di

²⁶ Strumento standardizzato per la salute connessa alla qualità della vita, introdotto nel 1990 da EuroQol Group (gruppo per la ricerca multidisciplinare).

²⁷ [Http://www.playtherapy.it/](http://www.playtherapy.it/)

mentalizzazione, in continua evoluzione, per adolescenti con disturbo di personalità e all'**I-BAFT**, terapia familiare o di consulenza individuale, per adolescenti borderline, finanziato dal National Institute on Drug Abuse, un trattamento intensivo per ragazzi coinvolti in problemi giudiziari, uso di sostanze e co-occorrenti (depressione) che richiedono trattamento residenziale.

Relativamente recente è anche il **Neurofeedback**, intervento che applica i principi del biofeedback all'automodulazione di alcune funzioni del sistema nervoso centrale, volto a migliorare il funzionamento neurocognitivo nei bambini con ADHD in comorbilità con disturbi interiorizzati ed esternalizzati, i quali possono essere indicativi di sottostante psicopatologia borderline e bipolarismo.

Costi elevati, recidive ed esito positivo solo con i disturbi di cluster C sono i limiti rilevati per il trattamento intensivo di psicoterapia ospedaliera per adolescenti (**IPA**), il quale tuttavia migliora il livello di gravità dei sintomi, il funzionamento della personalità e la qualità della vita.

Scarse le ricerche sull'**efficacia farmacologica** nel trattamento dei disturbi di personalità in età evolutiva, limitate alla somministrazione di *metilfenidato*, specifico per disturbo ADHD e utile per la riduzione, lieve, di sintomi borderline, e della *fenotiazina*, sedativo neurolettico antipsicotico, che secondo il BPD EurNet (rete europea di ricerca sul disturbo di personalità borderline) è il farmaco più prescritto, accompagnato nel 50% dei casi a terapia psicodinamica.

Si rivela efficace negli adolescenti borderline anche il trattamento Omega-3 (n-3), acidi grassi polinsaturi (PUFA), utile nella riduzione di episodi maniacali.

La ricerca sulla prevenzione e trattamento ha rilevato infine le difficoltà legate alla valutazione e alla somministrazione del trattamento, soprattutto tra gli adolescenti gravemente antisociali e sui pazienti borderline che rifiutano la terapia. L'abbandono è spesso legato alla disfunzione familiare (si ipotizza attacco alla figura genitoriale). Pertanto, oltre alla necessità di un intervento precoce, diventa fondamentale individuare le vulnerabilità (caratteristiche psicologiche, percezione della malattia mentale e della cura della salute mentale) prima che il piano di intervento venga disposto. Paure e reazione negativa al trattamento possono essere attenuati se vengono spiegate le ragioni che stanno dietro l'orientamento terapeutico e come il trattamento influenzerà la condizione del paziente, che deve essere consapevole. L'importanza di supporto e formazione per gli operatori da una parte e della garanzia per il giovane paziente sulle competenze del medico dall'altra, sono i punti cruciali degli studi nel settore.

CAPITOLO VI: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

6.1 Discussione e conclusioni

L'analisi **bibliometrica** della produzione scientifica pubblicata nel decennio **2005-2015**, rappresentata dai **480** articoli del nostro campione, ha contribuito al tema dei *disturbi di personalità in età evolutiva* con i seguenti risultati.

In generale, rispetto ai primi anni di ricerca del decennio indagato, si riscontra un progressivo **incremento della produzione scientifica**, con una **distribuzione annua** degli articoli abbastanza **omogenea**. Si assiste ad un **calo** di pubblicazioni nel **2008**, mentre il **2014** è **l'anno più produttivo**, con il **15,2%** sul totale delle ricerche.

La maggioranza degli articoli, quasi tutti pubblicati in lingua inglese (**96,9%**), è costituita per l'**82,5%** da ricerche **empiriche**, con un numero di **396** articoli; il restante **17,5%** è rappresentato da **84** studi **teorici**. La **predominanza empirica** degli articoli, su tutto lo span temporale considerato, è sistematica, non è prerogativa di una specifica area geografica di produzione, e non è nemmeno legata alla **tipologia di istituzione**, anche se il **peso dei lavori empirici** delle istituzioni più rilevanti, con un alto numero di produzioni, si discosta in maniera considerevole e significativa da quello delle istituzioni con numeri di pubblicazioni ridotti.

Quasi la metà della produzione scientifica sul tema appartiene agli **Stati Uniti**, con il **49,4%** delle pubblicazioni sul totale. La **University of Houston**, la **Columbia University**, la **University of Pittsburgh** e la **Emory University of Atlanta**, da sole, hanno contribuito al **14,8%** di tutta la produzione a netto appannaggio **accademico** (che costituisce l'**82,5%** del campione totale). La **Ghent University** (Belgio), il **King's College London** (Regno Unito), la **University of Heidelberg** (Germania) e la **Sapienza University of Rome** (Italia), **tra le principali istituzioni accademiche europee**, hanno realizzato il **6,8%** della produzione internazionale. Solo il **17,5%** delle ricerche proviene da **istituzioni di ambito clinico**. Il **New York State Psychiatric Institute** (Stati Uniti), con l'**1,7%** della produzione, e il **Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders** (Olanda), con l'**1,5%** dei lavori, sono i centri di ricerca che hanno contribuito maggiormente agli studi sul tema.

Gli articoli del campione vedono, nella maggioranza, la collaborazione di **più di quattro autori** (il **42,7%**). Le pubblicazioni a firma di un **solo autore** corrispondono solo all'**8,8%**. Questo dato pertanto ci conferma che la maggior parte delle ricerche sperimentali del decennio indagato sono di una certa complessità. L'autrice che ha prodotto più lavori sul tema "*Disturbi*

di personalità in età evolutiva”, tra gli articoli del nostro campione, è **Carla Sharp**, della **University of Houston**, con **6** lavori empirici e **2** pubblicazioni teoriche sul totale (compare come coautrice in moltissime altre ricerche).

La rivista che ha accolto il numero maggiore di articoli sul tema, **42** pubblicazioni, è il **Journal of Personality Disorders** (Guilford Publications, New York), giornale ufficiale dell'[International Society for the Study of Personality Disorders](http://www.guilfordjournals.com/loi/pedi). L'**impact factor** di questa rivista è **3.515** [2015 Journal Citation Reports® (Thomson Reuters, 2016)]²⁸. Dal momento che la percentuale cumulativa delle ricerche pubblicate sulle **prime dieci riviste internazionali** è pari al **33,1%** sul totale pubblicato, di cui il **17,8%** riguarda l'insieme delle pubblicazioni apparse nel **Journal of Abnormal Psychology**; nel **Journal of Abnormal Child Psychology**, nel **Personality Disorders: Theory (Research, and Treatment)**; il **Journal of Child Psychology and Psychiatry**; nel **Personality and Mental Health**, nel **Comprehensive Psychiatry**; nell'**European Child & Adolescent Psychiatry** e nel **Psychological Medicine** possiamo affermare che l'impatto del tema sui *disturbi di personalità in età evolutiva*, nella comunità scientifica internazionale, è importante.

L'articolo del campione esaminato che ha ottenuto su PsychINFO n. **319 citazioni** è: “*A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory*”, di **Sheila E. Crowell**, della **University of Washington**, pubblicato nella rivista **Psychological Bulletin**, nel **2009**. In **media** ogni articolo ha ricevuto **26,67** citazioni, con uno scostamento da essa di **43,9 ds**, il valore medio delle citazioni è pari a **10,00** e la massima frequenza corrisponde a **0** citazioni. Questo significa che ci sono articoli di riferimento importanti sul tema, nell'insieme delle pubblicazioni, a fondamento della validità di costrutto di psicopatologia in infanzia e in adolescenza.

Dai primi risultati del *contenuto testuale*, a partire cioè dalla lettura del titolo dell'articolo, si vede subito che per il **53,6%**, gli **adolescenti** sono i **soggetti maggiormente indagati** rispetto ai bambini (la parola “*adolescent*” compare **257 volte**). I dati sui **campioni coinvolti** ci confermano che il **17,2%** delle ricerche è rivolto alla **fascia d'età 13-17 anni**, inclusa nel **77,0%** degli studi empirici condotti su **campioni misti**. Il range “*adolescent*” vede inoltre una **predominanza** di studi su popolazione femminile (**11,9%**).

²⁸ <http://guilfordjournals.com/loi/pedi>

Le informazioni sull'**ampiezza campionaria** si riferiscono ad una maggioranza di lavori in cui sono coinvolti “*fino a 300 soggetti*” (**23,2%**). Questo dato potrebbe indicare *tassi di prevalenza* nella popolazione clinica e generale abbastanza significativi. Inoltre fra le **metodologie** adottate nelle varie ricerche empiriche (**347 studi quantitativi** e **8 studi qualitativi**), gli **studi longitudinali** e gli **studi di follow up** sono i più frequenti, insieme alle **interviste cliniche** e agli **studi in prospettiva**, a conferma di un maggior numero di ipotesi di lavoro orientate a considerare i disturbi di personalità **esistenti** lungo un *continuum*. Anche la somministrazione longitudinale degli strumenti di valutazione diagnostica è ritenuta la più efficace e a favore di prospettive evolutive sul costrutto di psicotipia di personalità. Le ricerche del nostro campione per il **59,1%** propendono per una tipologia **mista** di strumenti diagnostici (questionari, test, interviste, colloqui clinici). Il **test diagnostico** è tuttavia lo strumento più utilizzato (**26,4%**). I dati sulle strategie di ricerca empirica ci indicano inoltre che sono presenti **5 studi** che utilizzano il **brain imaging** (tecnica diagnostica che consente di visualizzare l'attività cerebrale con la risonanza magnetica) a conferma pertanto della validità dei contributi recenti apportati dalle **neuroscienze** sull'**esistenza** dei disturbi di personalità in età evolutiva, corroborata anche da proposte di sviluppo di modelli integrati **bio-genetici-neurali** a supporto della loro comprensione eziologica, come si vede nei risultati di ricerca sulle variabili genetiche.

Le **teorie biologiche**, **neurobiologiche** e **neuro comportamentali** sottostanno alle ricerche per il **10,8%** dedotto. Il **16,3%** fa riferimento alle **teorie dei tratti, dei fattori** e ad **altri modelli dimensionali**, mentre il **15,6%** continua ad essere condotto a partire da **modelli tassonomici** categoriali, descrittivi e sintomatologici. Seguono le **teorie cognitive comportamentali** (**9,6%**) e le **teorie dell'attaccamento** e suoi sviluppi (mentalizzazione) per il **7,6%**). Il modello **biopsicosociale** è prevalente nel **7,3%** degli articoli; il **modello psicoanalitico** invece viene dedotto nel **2,7%** del campione.

L'anno **2005**, insieme agli anni **2009**, **2010** e **2014**, vede pubblicazioni che indirizzano la riflessione ad una lettura *in continuum* dei disturbi di personalità, più adeguata, secondo gli autori, ai problemi di personalità in età evolutiva, rispetto ai modelli categorici, e quindi allo sviluppo di **modelli dimensionali**. Il **2014** vede una produzione intensa di lavori orientata in questa prospettiva, probabilmente relativa all'ingresso del DSM 5 e alla sua proposta del “Modello alternativo per i disturbi di personalità”. Nel **2006** prevalgono le **teorie dell'attaccamento** e le **teorie cognitivo-comportamentali**. Nel **2007** gli articoli fanno riferimento principalmente al **modello biopsicosociale** e alle **teorie biologiche, neurobiologiche e neurocomportamentali**. I **modelli tassonomico-categoriali** sono i riferimenti prevalenti sottostanti le ricerche degli anni **2008**, **2011**, **2012** e **2013**. Il **2014** è l'anno

in cui gli articoli, oltre che ai modelli dimensionali, si rifanno anche alle **teorie biologiche, neurobiologiche e neurocomportamentali**. Nel **2015** prevalgono su tutte le **teorie cognitive comportamentali**.

Le **basi teoriche** sottostanti ogni lavoro di ricerca per il **29,8%** del campione **non sono deducibili dall'abstract**. Il **limite** su questa variabile non dà certezza sull'andamento delle tendenze di pensiero nel corso del periodo indagato, pertanto la **prevalenza**, emersa, **di un modello teorico sugli altri** anche rispetto all'anno di pubblicazione, è un dato che andrebbe meglio verificato.

L'analisi testuale ha individuato **3 cluster tematici** con cui sono stati classificati gli articoli. Più della metà, il **51,7%**, indaga le **variabili predittive relative alla patologia**, prerogativa delle ricerche empiriche **statunitensi** (54,4% del totale prodotto) e dell'anno **2012**. Il **36,0%** raggruppa tutti gli articoli che si occupano della **natura e comprensione eziologica della patologia di personalità** (in particolare gli studi teorici), prevalenti nell'anno **2006**. Il **12,3%** degli articoli indaga invece le questioni relative alla **prevenzione** e al **trattamento terapeutico**, maggiormente considerate nell'anno **2015**.

C'è una considerevole dipendenza tra l'oggetto di studio delle ricerche rispetto al periodo esaminato. La distribuzione degli argomenti, così come emerge, rivela che ci sono state prevalenze d'indagine specifiche per ogni anno.

Gli studi sulla *natura e la comprensione eziologica della patologia di personalità*, nei quali l'**argomento** maggiormente indagato è l'**assessment** (**9,8%**), soprattutto negli anni **2009** e **2010**, si rifanno prevalentemente alle **teorie dei tratti, dei fattori** e altri **modelli dimensionali**, in grado di costruire tassonomie complete della personalità di bambini e adolescenti, proiettate sulle **differenze individuali** e di relazionarle alla patologia. Tra questi il più noto è il **Five Factor Model** di Costa & McCrae, che negli anni più recenti tende ad integrarsi con le teorie della **mentalizzazione** (deficit della *funzione riflessiva*) per la comprensione degli stati interni nello sviluppo di caratteristiche di disturbo di personalità. Numerosi gli **strumenti diagnostici**, di cui si è accertata l'affidabilità, che validano queste prospettive evolutive: **SWAP-200-A**, **PCL:YV Hare Psychopathy Checklist**; **APSI Antisocial Process Device Screening**; i self-report **Millon Clinical Multiaxial Inventory**, **Neo-Pi-R** e **Minnesota Multiphasic Inventory**, **DAPP-BQ Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire**, **MPQ Multidimensional Personality Questionnaire**, **TPSQ-R Thinking and Perceptual Style Questionnaire**, **BPFSC The Borderline Personality Disorder Features Scale for Children**, **SPQ Schizotypal Personality Questionnaire**, **NPQC-R Narcissistic Personality Questionnaire for Children-Revised**, **IPOP-A Interview of Personality Organization Processes in Adolescence**,

YPI-CV *Youth Psychopathic Traits Inventory child version*, **STA** *Schizotypy Traits Questionnaire*, **CPS** *Scala Psicopatia Infanzia*, **PDM**, sono in grado di esplorare i tratti psicotici di personalità e la loro stabilità nel tempo.

I primi anni di ricerca sulle **caratteristiche specifiche** dei disturbi di personalità e la **stabilità** dei tratti si concentrano sull'identificazione di **sottogruppi**, in particolare antisociali, e sui tassi di prevalenza, riscontrati in percentuali superiori nei giovani africani rispetto alla razza bianca. La sintomatologia specifica del **disturbo antisociale di personalità** in età evolutiva evidenzia depressione, disturbi da uso di sostanze, scarso rendimento verbale, discrepanza IQ, scarso profitto scolastico, deficit di empatia e regolazione degli affetti, associate all'aggressività, caratteristiche che possono presentarsi in maniera diversificata, nell'esordio o nel decorso, proprio in base alle differenze individuali in alcuni tratti.

Viene fatta chiarezza sulla **differenziazione** tra i **disturbi schizotipico, paranoide e schizoide** di personalità, spesso raggruppati insieme per sintomi comuni e condivisione sui fattori di rischio genetici e ambientali e si definisce meglio il profilo schizopitico: deficit cognitivi più marcati nel calcolo mentale, atipica lateralizzazione cerebrale, modalità di comunicazione non verbale, ideazione magica e ipomania, difficoltà di decodifica emozionale, anomalie di movimento, maggiore cortisolo salivare, alterazioni dello sviluppo neurologico. Il costrutto di fantasia viene associato con la dimensione cognitiva-percettiva e non con gli aspetti interpersonali della schizotipia.

Distorsione della realtà, costrizione degli affetti, diffidenza ipervigilante sulle motivazioni altrui, caratteristiche depressive, esagerata pienezza di sé in presenza di un senso di inferiorità, scarso interesse e coinvolgimento nei rapporti, caratterizzano la **fenomenologia del disturbo narcisistico**, riscontrato in alcune ricerche nei bambini (Bardenstein Karen, 2009).

I sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e del **disturbo di personalità ossessivo-compulsivo**, secondo il modello di continuità, possono essere rappresentati lungo un singolo spettro sottostante, una sola dimensione.

Prognosi a lungo termine più gravi sono associate ai **sintomi borderline** in adolescenza: auto-negazione, aggressività, disregolazione emozionale, difficoltà relazionali, impulsività, comportamento autolesivo per il 60% dei casi, sensazione cronica di vuoto, livelli alti di alessitimia, attentional bias, ipervigilanza generale per parole emotive negative, ideazione paranoide, diminuita sensibilità al dolore, già presenti fra i 6 e i 12 anni. Adolescenti con livelli elevati di tratti borderline precoci necessitano dei servizi sanitari all'età media di 33 anni, pertanto viene evidenziata la necessità di trattare la sintomatologia specifica in quel sottogruppo

meno grave che si muove dentro e fuori la diagnosi e per i quali si ritiene opportuno avere cautela nella formalità della stessa. Le caratteristiche borderline sono viste da molte ricerche come *menomazioni nel processo di mentalizzazione*, indipendente da età e genere. Mentre altre associano al disturbo borderline variabili demografiche, quali etnia, sesso, livello scolastico: tassi di autolesionismo maggiori in ambienti poveri, tra ragazzi afro-americani e tra ragazze bianche. Il decorso clinico vede una **riduzione dei sintomi nel corso del tempo** e recupero funzionale **se c'è trattamento**. Non vi è certezza di regressione, una parte considerevole di pazienti continua a manifestare sintomi borderline fino a 20 anni più tardi. Dagli anni 2010 in avanti sulla **stabilità** dei sintomi ci sono **pareri discordanti**. Per alcuni studiosi rimane elevata in tutta l'infanzia e l'adolescenza, con scarsa fluttuazione (Lynam, 2009). Per altri invece, manifestazioni e tratti disadattivi non sono così stabili, ma esistono fattori, probabilmente genetici, che influenzano la stabilità e modificano il disturbo stesso (Bornovalova, 2009). Per queste discordanze la validità della diagnosi stessa del disturbo borderline di personalità **viene ancora messa in discussione** da alcune indagini condotte tra gli psichiatri. La maggioranza (57,8%) riconosce l'esistenza dei disturbi negli adolescenti, ma solo una piccola minoranza (8,7%) protende alla diagnosi e al trattamento specifico (6,5%). I problemi di personalità in adolescenza sarebbero transitori per il 41,2% degli operatori, che suggeriscono il termine "*disturbo borderline di personalità dello sviluppo*" in modo da riflettere la **fluidità** di questa condizione, per la quale c'è reticenza alla diagnosi. Questo nonostante i **tassi di prevalenza** dei disturbi negli adolescenti, accertati dalle ricerche, pari al **30%** ed equivalenti ai tassi riportati nei campioni adulti.

Sulle indagini relative alle *variabili predittive della patologia*, nelle quali **l'argomento prevalente** è relativo ai **fattori di rischio ambientale**, con una percentuale dell'**11,7%**, indagati maggiormente nel **2009**, nel **2012**, nel **2014** e nel **2015**, prevalgono i **modelli categoriali**.

Il trauma infantile ricorre nella maggior parte delle ricerche: **maltrattamenti** e **abuso sessuale** (altamente associato a comportamenti autolesivi e suicidio) hanno forti implicazioni sul **disturbo borderline**, soprattutto nelle femmine (Newnham, 2014) e sul disturbo **antisociale** (Vizard, 2007), anche se i maltrattamenti infantili sono stati indagati in adolescenti con sintomi di disturbo paranoide, evitante e ossessivo-compulsivo (Munjiza, 2014). Per gli adolescenti maschi, secondo alcune ricerche, il rischio di sviluppare disturbi di personalità è rappresentato dagli **stili educativi** più che dall'abuso (Modestin, 2006) Caregiving inadeguato, precursore indipendente e additivo dall'abuso infantile, (punizioni severe, disciplina incoerente, autoritaria, o permissiva, controllo psicologico, abuso emotivo) misto a storie familiari di **alcoolismo** ed esordio precoce di abuso di **alcool** e **sostanze**, sono predittori principalmente di disturbi

antisociali in soggetti con deficit affettivo e comportamento violento e criminale, ma anche di sintomatologia borderline, paranoica, schizoide e schizotipica.

La **disorganizzazione dell'attaccamento** (rifiuto materno, attaccamento insicuro) è associato dalla maggior parte delle ricerche alle ricadute sulla disregolazione emozionale, e quindi alla gravità del **disturbo borderline**, seppur presenti, nel campione, ricerche che indagano la precoce separazione materna quale fattore di rischio schizotipico infantile.

Status socio-economico, struttura familiare e clima scolastico sono associati al disturbo antisociale di personalità in età adulta, come fattore di rischio indipendenti, nonostante notevoli effetti cumulativi con il trauma. Le variabili di Avversità psicosociale infantile quali etnia, urbanicità, bullismo, mobilità scolastica, sono addirittura associate a precisi sintomi simil-psicotici.

Altro argomento importante di ricerca è l'**associazione predittiva di tratti patologici e di disturbi di personalità ad altre patologie**, o viceversa.

I risultati di ricerca confermano nel 75% dei casi la progressione del **disturbo di condotta** infantile in disturbo di **antisociale di personalità**; la sovrapposizione di criteri tra il disturbo schizotipico, **schizofrenia** e **sprettro autistico**; l'associazione del disturbo borderline a **depressione, disturbo bipolare, stress interpersonale** e **problemi alimentari** (il 24,8% delle ragazze borderline soffre di anoressia). Il **deficit di attenzione e iperattività** dell'infanzia viene considerato indicatore di rischio genetico per lo sviluppo di tendenze psicopatiche **antisociali e borderline** (in prevalenza nelle femmine) e di sintomi adulti **schizotipici**. Non è confermata l'ipotesi che il disturbo d'ansia sociale sia precursore di **disturbo evitante di personalità**, sebbene ci sia sovrapposizione di criteri. Ma l'ansia di separazione a partire nella prima infanzia, mista a ossessione per l'immagine del proprio corpo durante l'infanzia, impulsività, vuoto e pensiero distorto in adolescenza, sono precursori di disturbo borderline nei maschi. Il **disturbo ossessivo-compulsivo** ad esordio precoce aumenta il rischio di sviluppare disturbo di personalità ossessivo-compulsivo in età adulta, entrambi condividono una patogenesi comune, anche se è stato rilevato che sono gli episodi di **ipomania, depressione maggiore e disturbo dell'umore** ad aumentare il rischio di sviluppo del disturbo ossessivo compulsivo di personalità in età adulta.

Sono, in particolare, i tratti specifici "*unemotionality*" e "*discontrollo comportamentale*" a essere correlati con molte diagnosi psichiatriche. Associati significativamente a distacco, antagonismo, disinibizione, crudeltà verso gli animali, a comportamenti esternalizzati, impulsività, aggressività e *peer vittimizzazione*, in ampi campioni epidemiologici rappresentano

i **patterns disadattivi** e i **comportamenti predittivi** dei disturbi. Accresciuta sensibilità emotiva, o incapacità di identificare le emozioni, episodi precoci di autolesionismo e prime ideazioni suicidarie, caratterizzano l'esordio borderline. Queste **vulnerabilità genetiche** sono meglio comprese grazie ai recenti **contribuiti neuro-biologici**: disfunzione dell'amigdala, anomalie strutturali e funzionali nelle regioni limbiche e prefrontali coinvolte nel riconoscimento delle emozioni e delle componenti del modello integrato del sistema delle emozioni. Nel processo decisionale, nella morale, nell'empatia e nei tratti insensibili sono state identificate alterazioni neuroanatomiche della ghiandola pituitaria, ipofisi, del corpo calloso e della corteccia orbito frontale, dell'ippocampo, visibili alla risonanza magnetica, legate all'età, o a comorbidità. Anomalie genetiche di tipo elettrodermico e motorio, ormonale, variazioni del cortisolo salivare, disfunzione del sistema di neurosteroidi, influiscono sull'aggressività, sui sintomi borderline e schizotipici.

I risultati più significativi delle ricerche che hanno fatto riferimento indagato anche il rischio delle **vulnerabilità psicopatologiche genitoriali** o a **depressione materna disturbo bipolare, disturbo ossessivo compulsivo e personalità antisociali**, fortemente predittivi di comportamenti antisociali e ossessivo compulsivi nei bambini (Cohen, 2005; Calvo, 2009; Choi, 2013). Bambini di **madri borderline** hanno un rischio elevato di sviluppare la stessa malattia (Macfie, 2009).

Sulle indagini che riguardano la *prevenzione e il trattamento*, nelle quali si indaga soprattutto l'**efficacia delle terapie somministrate (7,3%)**, in particolare negli anni **2013 e 2014**, prevalgono invece le **teorie cognitive comportamentali**.

Sulla base di queste prospettive teoriche si sviluppano trattamenti dimostratosi validi nella riduzione dei sintomi di psicopatologia borderline e antisociale nei bambini e negli adolescenti, trattati in ambiente ambulatoriale, fra i quali superiore agli altri risulta la terapia comportamentale dialettica **DBT-A**, versione "adolescent", relativamente breve, che ricorre nelle ricerche di tutto il decennio indagato e conferma la sua efficacia a partire dall'inizio della terapia fino all'year follow-up. Efficaci sono anche il trattamento **ERT** (Emotion Regulation Training) di recente scoperta, sperimentato per il trattamento borderline da studi clinici finanziati dal NIMH, National Institute of Mental Health, nonché quei programmi intensivi per la riduzione dei comportamenti violenti severi in adolescenti maschi con disturbo di condotta e di personalità provenienti da istituti di correzione, quali il **MDT** (Mode Deactivation Therapy), e il **MJTC** (Mendota Juvenile Treatment Center) del Mendota Mental Health Institute, del Wisconsin.

Di concezione psicodinamica, la **Play Therapy** è risultata, negli studi di casi clinici, molto efficace nel trattamento di bambini borderline, così come il **Psychodynamic treatment approach** sui disturbi narcisistico e borderline degli adolescenti, rinforzato da **training di rilassamento e biofeedback**; valido anche lo **psicodramma**, utile sul lavoro di storicizzazione del trauma e degli eventi disorganizzati. Le ricerche recenti hanno visto l'elaborazione di nuove tecniche psicoterapeutiche del modello **TFP** (psicoterapia focalizzata sul *transfert*) per il miglioramento dei sintomi di autolesionismo in adolescenti borderline e in preadolescenti narcisistici, e la sperimentazione del trattamento *Network based therapy* (**NETBT**), terapia di gruppo psicanalitica basata su **teorie di mentalizzazione** in continua evoluzione (già sperimentata l'efficacia delle terapie **MBT** nella riduzione dei comportamenti borderline, della sintomatologia antisociale, dell'abuso di sostanze e dei disturbi alimentari).

Scarse le ricerche sull'**efficacia farmacologica** nel trattamento dei disturbi di personalità in età evolutiva, limitate alla somministrazione di *metilfenidato*, utilizzato per la riduzione dei sintomi borderline, e della *fenotiazina*, il sedativo antipsicotico più prescritto, accompagnato a terapia psicodinamica.

La ricerca sulla prevenzione e trattamento ha rilevato infine le difficoltà legate alla somministrazione del trattamento, soprattutto tra gli adolescenti gravemente antisociali e sui pazienti borderline che rifiutano la terapia. L'abbandono è spesso legato ai conflitti familiari e alla diffidenza verso gli operati. Pertanto, oltre alla necessità di un intervento precoce, diventa fondamentale la formazione e la garanzia per il giovane paziente sulle competenze. Buona parte degli articoli infatti mette in luce l'importanza della relazione paziente/terapeuta sulla bontà del trattamento, relazione che si configura quale agente di cambiamento.

6.2 Limiti di studio e proposte per nuove ricerche future

Come è stato ampiamente dichiarato i limiti di studio di questa indagine bibliometrica sono relativi principalmente alla variabile "**modello teorico di riferimento**" per le ricerche.

Trattandosi di uno studio preliminare, forse la prima valutazione bibliometrica sul tema dei disturbi di personalità in età evolutiva, che ha preso in esame prevalentemente gli *abstract* del materiale raccolto, dove non sempre è immediata o possibile la deduzione delle basi teoriche che sottostanno alle ricerche, si è preferito ovviare all'inesattezza dei risultati escludendo per il 29,8% degli articoli la registrazione del dato.

Pur avendo proceduto alla lettura del full test e ad altre strategie di supporto, quali parallele ricerche biografiche per autori e relativa documentazione sulle istituzioni ai quali essi

afferiscono, nonchè la valutazione degli strumenti di indagine somministrati, questa variabile è stata una delle più complesse da monitorare.

L'analisi testuale qualitativa implica una *interpretazione* del ricercatore, soprattutto se la maggioranza del materiale disponibile è prevalentemente empirico, per la quale il dato ricavato rimane induttivo. In questa ricerca gli studi teorici erano di numero inferiore. Pertanto, a meno che nel riassunto di ogni singola ricerca non veniva chiaramente indicato qualche riferimento alle prospettive teoriche che guidavano la ricerca, a rigore scientifico, è stata impostata una codifica della variabile funzionale ai limiti e alle difficoltà previste, con l'aggiunta del valore "*modello non deducibile dall'abstract*".

Anche le analisi dei risultati emersi dagli incroci di questa variabile con altre e in particolare la variabile relativa all'andamento temporale, ha risentito del peso del valore non dedotto. Si poteva scegliere di non indagare specifiche relazioni nel merito di questa variabile, ma per come è stata codificata e viste le frequenze ottenute, non era possibile escludere le ipotesi conclusive di ricerca a cui si è giunti, che sembrano essere sufficientemente adeguati alla coerenza interna riscontrata dall'analisi dei risultati generali.

In futuro si potrebbero sicuramente realizzare lavori più articolati, mirati e circoscritti all'approfondimento teorico delle ricerche sul tema, come pure prevedere strategie metodologiche diverse, quali per esempio l'utilizzo di specifici software di analisi testuale, in grado di fornire dati empirici sul contesto semantico che caratterizza lo stato corrente del campo di ricerca e di estrapolare i possibili marcatori di una "cultura" topica sui disturbi di personalità in età evolutiva che possa meglio guidare l'approccio, anche teorico, a questo specifico argomento di studio.

Obiettivi delle prossime ricerche potrebbero riguardare nuove ipotesi di lavoro a partire dai dati e dagli spunti offerti da questa *panoramica* generale sul tema dei disturbi di personalità in età evolutiva, per approfondire tematiche specifiche e questioni ancora aperte messe in luce da questa base di ricerca.

6.3 Conclusioni finali

Il quadro generale che questa indagine ha voluto presentare sui *Disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, rivela che il tema nel decennio 2005-2015 ha avuto un impatto nella comunità scientifica importante ed è ancora per molti aspetti controverso.

Risulta essere una tematica disciplinare di competenza accademica primariamente statunitense, e di pertinenza editoriale riservata a riviste psichiatriche specializzate, ad ampia

diffusione internazionale, rivolte ai professionisti del settore, prima fra tutte il *Journal of Personality Disorders*, giornale ufficiale dell' *International Society for the Study of Personality Disorders*.

Nel decennio preso in esame si è assistito ad un incremento costante delle pubblicazioni scientifiche sul tema, e ad una distribuzione annua abbastanza omogenea, con picchi di produttività nell'anno 2014, periodo di grande dibattito emerso con l'uscita del nuovo DSM 5 e i relativi cambiamenti da esso apportati sui disturbi di personalità.

La maggioranza degli articoli scientifici *peer reviewed* vede una predominanza empirica di studi di una certa complessità che contano della collaborazione di più ricercatori, su tutto lo span temporale considerato, volta alla validazione del costrutto di personalità nei bambini e negli adolescenti, che ormai sembra essere un assunto condiviso in tutta la comunità scientifica.

Le ricerche, orientate da prospettive teoriche diverse, che si muovono tuttavia in direzione dello sviluppo di modelli integrati, e di una concettualizzazione dimensionale della patologia, vista lungo un *continuum*, sono finalizzate alla comprensione eziologica dei disturbi, alla valutazione dei fattori di rischio genetico e ambientale predisponenti, e alla efficacia dei trattamenti terapeutici.

Numerosi sono i lavori che mirano alla sperimentazione, alla validazione e all'affidabilità discriminante degli strumenti diagnostici in grado di esplorare i tratti di personalità disadattivi, i comportamenti predittivi, nonché i sintomi e le caratteristiche specifiche di ogni disturbo, la loro stabilità nel tempo, le relazioni e la comorbidità dei tratti di psicotopia con altri disturbi psichiatrici evolutivi. Ma la maggioranza degli obiettivi di ricerca riguarda le variabili predittive, le correlazioni fra di esse e le ripercussioni sul funzionamento sociale e sulla qualità della vita di questa popolazione vulnerabile ed esposta. Abuso sessuale e psicologico, maltrattamento, stili d'attaccamento, abuso di alcool e sostanze, fortemente associati a disregolazione sociale, delinquenza, comportamenti autolesivi e suicidio, sono le tematiche maggiormente indagate, più delle vulnerabilità genetiche, biologiche e neurologiche (sulle quali si evidenziano i contributi delle Neuroscienze).

La presente analisi bibliometrica mette in evidenza una decisa prevalenza di studi sugli adolescenti, poche indagini sono rivolte ai bambini, se non nei termini di studio di singolo caso. Emerge inoltre che la maggioranza degli studi si concentra sul disturbo antisociale di personalità (soprattutto nei primi anni del decennio) e costantemente sulla fenomenologia borderline in adolescenza.

Pur essendo stato meglio definito il profilo schizotipico e la sua associazione ad altre patologie dello sviluppo, e fatta chiarezza sulle rispettive specificità dei disturbi di cluster A, spesso accomunate erroneamente in un unico disturbo, per condivisione di criteri, gli studi su questi specifici disturbi sono ancora di numero esiguo, come pure quelli sui disturbi di cluster C, evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo. Inesistenti le ricerche sui tratti istrionici nei bambini e negli adolescenti. Pochissimi gli studi sul disturbo narcisistico di personalità (riferito nelle ricerche quasi sempre ai bambini e non agli adolescenti) di cui si suggerisce di approfondire il decorso clinico per far luce sulla stabilità dei sintomi e quindi sull' affidabilità di una diagnosi precoce.

È proprio a partire dalle indagini sulla stabilità dei sintomi borderline e antisociali, messa in discussione da numerose ricerche che ne hanno accertato la riduzione nel tempo e la regressione su trattamento, che si mantiene la perplessità psichiatrica, emersa nel 41,2%, di riconoscere il disturbo al di là di una fase transitoria e cumulativa di disagio psicologico, soprattutto nei bambini.

La ricerca ha fornito qualche dato sullo scetticismo e l'incertezza diagnostica. La maggioranza degli psicologi (57,8%) riconosce l'esistenza dei disturbi negli adolescenti, ma tenendo in considerazione la "fluidità di questa condizione", solo una piccola minoranza (8,7%) protende alla diagnosi e al trattamento specifico (6,5%), nonostante i tassi di prevalenza dei disturbi negli adolescenti, accertati dalle ricerche, pari al 30% ed equivalenti ai tassi riportati nei campioni adulti.

Concludiamo pertanto questo contributo ai disturbi di personalità in età evolutiva indirizzando la ricerca ad arricchirsi di nuovi contributi sulle patologie di personalità meno indagate, che forse potrebbero meglio chiarire le questioni relative alla stabilità sintomatologica, e sui quei sottogruppi meno gravi che si muovono dentro e fuori la diagnosi, ponendo fine in tal modo al persistente scetticismo e alla reticenza sulla sua formalità.

INDICE TABELLE

Tabella 1. Classificazione dei disturbi di personalità: ICD-10; DSM-IV-TR; PDM.....	49
Tabella 2. Disturbi di personalità.....	60
Tabella 3. SEGMENTAZIONE DELLE UNITA' DI ANALISI.....	109
Tabella 4. Tipologia di pubblicazione.....	119
Tabella 5. LINGUA DELL' ARTICOLO (INGLESE, SPAGNOLO, ITALIANO, TEDESCO, FRANCESE) conteggio decrescente	120
Tabella 6. ANNO DI PUBBLICAZIONE.....	121
Tabella 7. Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE.....	123
Tabella 8. Chi-quadrato Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE.....	124
Tabella 9. AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE	125
Tabella 10. Tavola di contingenza AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE	127
Tabella 11. Chi-quadrato AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE.....	128
Tabella 12. ISTITUZIONE	128
Tabella 13. Tavola di contingenza ISTITUZIONE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE.....	129
Tabella 14. Chi-quadrato ISTITUZIONE * TIPOLOGIA DI PUBBLICAZIONE ..	129
Tabella 15. NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE.....	132
Tabella 16. Tavola di contingenza NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE.....	133
Tabella 17. Chi-quadrato NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE.....	134
Tabella 18. NUMERO AUTORE PER ARTICOLO	134

Tabella 19. Tavola di contingenza NUMERO AUTORE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE	135
Tabella 20. Chi-quadrato NUMERO AUTORE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE	135
Tabella 21. STRINGA AUTORE	137
Tabella 22. TITOLO DI PUBBLICAZIONE	138
Tabella 23. N. CITAZIONI OTTENUTE DAI 10 ARTICOLI PIU' CITATI	140
Tabella 24. Statistiche	142
Tabella 25. PAROLE "CHILD" E/O "ADOLESCENT" ASSOCIATE AL TITOLO	143
Tabella 26. ETA' DEL CAMPIONE (solo per studi empirici)	144
Tabella 27. Tavola di contingenza PAROLE"CHILD" E/O "ADOLESCENT" ASSOCIATE AL TITOLO * FEMMINA MASCHIO MISTO Conteggio.....	144
Tabella 28. Chi-quadrato PAROLE"CHILD" E/O "ADOLESCENT" ASSOCIATE AL TITOLO * FEMMINA MASCHIO MISTO	145
Tabella 29. POPOLAZIONE CAMPIONE: FEMMINA MASCHIO MISTO (STUDI EMPIRICI)	146
Tabella 30. AMPIEZZA CAMPIONE (frequenze studi empirici)	147
Tabella 31. Brain imaging	149
Tabella 32. Clinical trial	149
Tabella 33. Metanalisi	149
Tabella 34. Replica sperimentale	150
Tabella 35. Intervista	150
Tabella 36. Studio di caso clinico	150
Tabella 37. Studio di caso non clinico	150
Tabella 38. Followup study	150
Tabella 39. Studio empirico	151
Tabella 40. Longitudinal study	151

Tabella 41. Studio in prospettiva	151
Tabella 42. Studio quantitativo.....	151
Tabella 43. Studio retrospettivo	151
Tabella 44. Studio qualitativo.....	152
Tabella 45. Studio sui gemelli.....	152
Tabella 46. Studio sul campo.....	152
Tabella 47. Treatment outcome.....	152
Tabella 48. TIPOLOGIA DI STRUMENTO (QUESTIONARIO, TEST, INTERVISTE, COLLOQUIO CLINICO, MISTO).....	153
Tabella 49. Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA.....	155
Tabella 50. Chi-quadrato ANNO DI PUBBLICAZIONE * MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA.....	155
Tabella 51. FILONI TEMATICI PRINCIPALI	157
Tabella 52. FILONI TEMATICI PRINCIPALI (solo articoli empirici).....	158
Tabella 53. FILONI TEMATICI PRINCIPALI (solo articoli teorici).....	159
Tabella 54. Tavola di contingenza AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI Conteggio..	161
Tabella 55. Chi-quadrato AREA GEOGRAFICA DELL' ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI	163
Tabella 56. Tavola di contingenza ANNO DI PUBBLICAZIONE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI	163
Tabella 57. Chi-quadrato ANNO DI PUBBLICAZIONE * FILONI TEMATICI PRINCIPALI.....	164
Tabella 58. Tavola di contingenza MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA * FILONI TEMATICI PRINCIPALI.....	166
Tabella 59. Chi-quadrato MODELLO TEORICO SOTTOSTANTE ALLA RICERCA * FILONI TEMATICI PRINCIPALI.....	167
Tabella 60. ARGOMENTI DI RICERCA	168

Tabella 61. Tavola di contingenza ARGOMENTI * ANNO DI PUBBLICAZIONE	171
Tabella 62. Chi-quadrato ARGOMENTI * ANNO DI PUBBLICAZIONE	172
Tabella 63. Risultati di ricerca 2005	173
Tabella 64. Risultati di ricerca 2006	174
Tabella 65. Risultati di ricerca 2007	175
Tabella 66. Risultati di ricerca 2008	175
Tabella 67. Risultati di ricerca 2009	176
Tabella 68. Risultati di ricerca 2010	177
Tabella 69. Risultati di ricerca 2011	178
Tabella 70. Risultati di ricerca 2012	179
Tabella 71. Risultati di ricerca 2013	179
Tabella 72. Risultati di ricerca 2014	181
Tabella 73. Risultati di ricerca 2015	182
Tabella 74. Risultati di ricerca 2005	192
Tabella 75. Risultati di ricerca 2006	193
Tabella 76. Risultati di ricerca 2007	194
Tabella 77. Risultati di ricerca 2008	195
Tabella 78. Risultati di ricerca 2009	196
Tabella 79. Risultati di ricerca 2010	198
Tabella 80. Risultati di ricerca 2011	199
Tabella 81. Risultati di ricerca 2012	200
Tabella 82. Risultati di ricerca 2013	201
Tabella 83. Risultati di ricerca 2014	202
Tabella 84. Risultati di ricerca 2015	204
Tabella 85. Risultati di ricerca 2005	214
Tabella 86. Risultati di ricerca 2006	214

Tabella 87. Risultati di ricerca 2007	214
Tabella 88. Risultati di ricerca 2008	215
Tabella 89. Risultati di ricerca 2009	215
Tabella 90. Risultati di ricerca 2010	215
Tabella 91. Risultati di ricerca 2011	216
Tabella 92. Risultati di ricerca 2012	216
Tabella 93. Risultati di ricerca 2013	216
Tabella 94. Risultati di ricerca 2014	217
Tabella 95. Risultati di ricerca 2015	217

INDICE FIGURE

Figura 1. Disegno di ricerca. Elaborazione originale.....	97
Figura 2. Tecniche di raccolta dati.....	98
Figura 3. Schermata di ricerca PsycINFO.....	103
Figura 4. Schermata risultati PsycINFO.	104
Figura 5. Esempio 1 di inclusione/esclusione campione.....	106
Figura 6. Esempio 2 di inclusione/esclusione campione.....	107
Figura 7. Esempio 3 di inclusione/esclusione campione.....	108
Figura 8. Grafico Tipologia di articolo	120
Figura 9. Grafico Lingua di pubblicazione	121
Figura 10. Grafico Anno di pubblicazione	122
Figura 11. Grafico Relazione tra tipologia di pubblicazione e anno di pubblicazione	123
Figura 12. Grafico Paese indicato a firma dell'articolo	126
Figura 13. Grafico Relazione tra tipologia di pubblicazione e paese di pubblicazione	128
Figura 14. Grafico Tipologia di Istituzione	129
Figura 15. Grafico Relazione tra tipologia di pubblicazione e Istituzione	130
Figura 16. Grafico Numero autori per articolo	135
Figura 17. Grafico Relazione tra numero autori e tipologia di pubblicazione	136
Figura 18. Grafico Parole “child” e/o “adolescent” associate al titolo	143
Figura 19. Grafico Relazione parole “ <i>child</i> ” e/o “ <i>adolescent</i> ” associate al titolo e genere del campione	145
Figura 20. Grafico Frequenze popolazione (studi empirici)	146
Figura 21. Grafico Ampiezza campionaria (articoli empirici)	148
Figura 22. Grafico Tipologia di strumento somministrato	153
Figura 23. Grafico Modelli teorici	154
Figura 24. Grafico Relazione tra modello teorico e anno di pubblicazione	157

Figura 25. Grafico Filoni tematici di studio.....	158
Figura 26. Grafico Filoni tematici principali seguiti dagli articoli empirici.....	159
Figura 27. Grafico Filoni tematici principali seguiti dagli articoli teorici	160
Figura 28. Grafico Relazione tra Filoni tematici e Paese di provenienza dell'articolo	162
Figura 29. Grafico Relazione tra Filoni tematici e Anno di pubblicazione degli articoli	165
Figura 30. Grafico Relazione tra filoni tematici e modelli teorici sottostanti le ricerche	167
Figura 31. Grafico Argomenti distribuiti nei vari gruppi tematici	170

7. Referenze Bibliografiche

- Abreu, N. (2005). *Teoria do Apego - Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ader, R. (1980). Psychosomatic and Psychoimmunologic Research. *Psychosomatic Medicine*, 42(3), 307-321.
- Ainsworth, M. (1972). *Attachment and dependency: A comparison*. (J. Gewirtz, A cura di) Washington D.C.: Winston.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alferes, V. (1997). *Encenação e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 467-488.
- Almeida, J. (1988). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Aluja, A., Del Barrio, V., & Garcia, L. F. (2006, 2006-02-01). Comparison of several shortened versions of the EMBU: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(1), 23-31. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=19477210&site=eds-live>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: Author.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th TR ed.). Washington: Author.
- Andrews, F. M., Klem, L., Davidson, T. N., O'Malley, P. M., & Rodgers, W. L. (1981). *A guide for selecting statistical techniques for analyzing social science data*. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Angst, J. (1997). Epidemiology of depression. In A. Honig, & H. V. Praag, *Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. Chichester: John Wiley.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Arbuckle, J. (2013). *AMOS 22. User's Guide*. Chicago: Smallwaters Corporation.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arrindell, W. A., & Engebretsen, A. A. (2000). Convergent validity of the short-EMBU^[sup 1] and the parental bonding instrument (PBI): Dutch findings. 7. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=11820334&site=eds-live>
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., . . . van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU1Swedish acronym for Egna Minnen Beträffande Uppfostran (My memories of upbringing: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. 27. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0191886998001925&site=eds-live>

- Arrindell, W., Groot, P. d., & Walburg, J. (1984). *De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG). Handleiding deel 1*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescents achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205-222.
- Baldwin, M., Keelan, J., Fehr, B., Enns, V., & Ron-Rangarajoo, E. (1996). Social-Cognitive Conceptualization of Attachment Working Models; Availability and Accessibility Effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 94-109.
- Ball, S. (2007). Cognitive-behavioural and schema-based models for the treatment of substance use disorders. In L. P. Riso, P. L. Toit, D. J. Siein, & J. E. Young, *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control. *Revisiting a neglected construct*. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Barber, D. G., Papakyriakou, T. N., & LeDrew, E. F. (1994). On the relationship between energy fluxes, dielectric properties, and microwave scattering over snow covered first-year sea ice during the spring transition period. *Journal of Geophysical Research* 99.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D., Pincus, D., Heinrichs, N., & Choate, M. (2003). Anxiety Disorders. In G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner, *Handbook of Psychology: Clinical Psychology* (Vol. 8, p. 119-148). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Baum, A., & Grunberg, N. (1997). Measure of stress hormones. In S. Choen, R. Kessler, & L. Gordon, *Measuring stress: a guide for health and social scientists* (p. 175-192). London: Oxford University Press.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.

- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1,Pt2), 1-103.
- Baumrind, D. (1971a). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, 4(1,Pt1), 99-102.
- Baumrind, D. (1991). The influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Abuse. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Baumring, D. (1989). *Rearing competent children*. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, Publishers.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 324-333. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Young, J. E. (1985). *Depression*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2^a ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, F., & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., Lorenzo, R. D., Zanon, C., Zizza, M., & Bogetto, F. (2005). Major depression in patients with borderline personality disorder: a clinical investigation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 234-238.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Pediatric Child Health*, 9, 541-545.
- Bernier, A., Larose, S., Boivon, M., & Soucy, N. (2004). Attachment state of mind: Implications for adjustment to college. *Journal of Adolescent Research*, 19, 783-806.

- Bernstein, D. P. (2005). Schema therapy for personality disorders. In S. Strack (Ed.). *Handbook of personology and psychopathology* (pp.462-477). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., Leo, D. D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, *25*(4), 147-155.
- Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of parenting: Children and parenting*. In L. E. Associates (A cura di). Mahwah, NJ.
- Bornstein, M. H., & Cote, L. R. (2001). Mother-infant interaction and acculturation: I. Behavioural comparisons in Japanese American and South American families. *International Journal of Behavioral Development*, *25*(6), 549-563.
- Bosmans, G., Braet, C., & Vlierberghe, L. V. (2010). Attachment and Symptoms of Psychopathology: Early Maladaptive Schemas as a Cognitive Link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*, 374-385.
- Bowlby, J. (1998). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger (Vol. 2)*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds; I: Aetiology and psychopathology, II: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210 e 421-431.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books. Publicação original de 1969.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e Perda: Apego (Vol. 1)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, *145*, 1-10.

- Bowlby, J. (1990). *A natureza do vínculo: Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2001). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes, *Attachment theory and close relationships* (p. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas usando o SPSS (2ª ed.)*. Oeiras: Celta Editora.
- Burns, D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: William Morrow.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self-Criticism and Depression in Suicidality. 17. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85340889&site=eds-live>
- Canavarro, M. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental (1ª ed.)*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Canavarro, M., & Pereira, A. (2007). A avaliação dos estilos parentais educativos na perspectiva dos pais: A versão portuguesa do EMBU-P. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 2, 271-286.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire-Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 344-357. Tratto da

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-6944229457&partnerID=40&md5=2a622434d4dc0ec211ff4bd37fe9e075>

- Chisholm, L., & Hurrelmann, K. (1995). Adolescence in modern Europe: Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risks. *Journal of Adolescence*, 18, 129-158.
- Cohen, F., & Lazarus, R. (1973). Active Coping Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35(5), 375-389.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1997). Conceptualizing Stress and Its Relation to Disease. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (A cura di), *Measuring stress : a guide for health and social scientists* (p. 3-28). New York: Oxford University Press, Inc.
- Cole, D. A., Jacquez, F. M., LaGrange, B., Pineda, A. Q., Truss, A. E., Weitlauf, A. S., . . . Dufton, L. (2011). A Longitudinal Study of Cognitive Risks for Depressive Symptoms in Children and Young Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 31(6), 782-816. Tratto da <http://jea.sagepub.com/content/31/6/782.abstract>
- Collins, W. A. (1990). *Parent-child relationships in the transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect and cognition*. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.). Beverly Hills, C. A.: Sage.
- Compas, B., Banez, G., Malcame, V., & Worsham. (1991). Perceived control and a development perspective. *Journal of Social Issues*, 47 (4), 23-34.
- Conceição, L. (2012). Estilos educativos parentais (EMBU), sintomatologia depressiva/ansiosa, stresse e autoestima, numa amostra de adolescentes. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Cook, W. (2000). Understanding attachment security in family context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 285-294.
- Cooley, E., Buren, A. V., & Cole, S. (2010). Attachment Styles, Social Skills, and Depression in College Women. *Journal of College Counseling*, 13, 50-62.
- Coolican, H. (1994). *Research Methods and Statistics in Psychology* (2 ed.). London: Hodder & Stoughton.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *A psicologia da experiência ótima: Medidas para melhorar a qualidade de vida*. Lisboa: Editores Relógio d'Água.

- Dallaire, D. H., Cole, D. A., Smith, T. M., Ciesla, J. A., LaGrange, B., Jacquez, F. M., . . . Folmer, A. S. (2008). Predicting Children's Depressive Symptoms from Community and Individual Risk Factors. *Journal of youth and adolescence, 37*(7), 830-846. Tratto da <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214149/>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context an integrative model. *Psychological, 113*(3), 487-496.
- Darwin, C. (1862/1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago.
- Denollet, J., Smolderen, K. G., Broek, K. C., & Pedersen, S. S. (2007). The 10-item Remembered Relationship with Parents (RRP10) scale: Two-factor model and association with adult depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 100*, 179-189.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Tratto il giorno 07 15, 2013 da <http://www.dgs.pt/>
- Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and Parenting Styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 203*, 199-204. Tratto da <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815049307>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J. (2010). Emotion Regulation and Vulnerability to Depression: Spontaneous Versus Instructed Use of Emotion Suppression and Reappraisal. *American Psychological Association, 10*(4), 563-572.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Eysenck, M. (1988). Trait anxiety and stress. In S. Fisher, & J. Reaso (A cura di), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. John Wiley & Sons: John Wiley & Sons.
- Fachada, M. O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Rumo.
- Fedder Donbaek, D., & Elklit, A. (2014, 2014-01-01). A validation of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures scale (ECR-RS) in adolescents. *16*. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24215182&site=eds-live>
- Fischer, W. (1970). *Theories of Anxiety*. New York: Harper & Row.
- Fonseca, H. (2003). Compreender os adolescentes. In 2 (A cura di). Lisboa: Editorial Presença.

- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociências.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Fraley, R. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23, 615-625.
- Fraley, R., & Shaver, P. (1998). Airport Separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1198-1212.
- Fraley, R., & Shaver, P. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154.
- Fraley, R., & Spieker, S. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior [Abstract]. *Developmental Psychology*, 387-404.
- Fraley, R., Waller, N., & Brennan, K. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Freud, S. (1926/1944). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (A cura di), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1926/1975). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. London: Routledge. .

- Fuentes, M. J. (2001). Los grupos, las interacciones entre compañeros y las relaciones de amistad en la infancia y adolescencia. In F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes, & M. J. Ortiz (Coords.). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ghinassi, C. W. (2010). *Anxiety*. (J. K. Silver, A cura di) Santa Barbara, California: ABC-CLIO, LLC.
- Gil, A. C. (1999). SPSS: Métodos e técnicas de pesquisa social (5ª ed.). São Paulo: ATLAS.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behavior and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295-306.
- Ginsburg, G. S., & Bronstein, P. (1993). Family factors related to children's intrinsic/extrinsic motivational orientation and academic performance. *Child Development*, 64, 1461-1474.
- Goldrajch, D. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(12), 709-712.
- Gotlib, I., & Hammen, C. (2009). Introduction. In I. Gotlib, *Handbook of Depression* (p. 1-2). London: The Guilford Press.
- Griersmith, D., & Galligan, R. (2003). Adolescent depression and associated psychological distress. *Australian Journal of Psychology*, 55, 183-183.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, 81, 143-154.
- Grolnick, W., Ryan, R., & Deci, R. (1991). Inner resources for school achievement: motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83(4), 508-517.
- Guedeney, N. (2004a). *A teoria da vinculação: A história e as personagens*. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 25-32). Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedeney, N. (2004b). Conceitos chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Coords.). *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 33-44). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gunty, A., & Buri, J. (2008). Parental Practices and the Development. *20th Annual Meeting of the Association for Psychological Science*. Tratto da <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED502663.pdf>

- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy & Research*, 26(3), 405-416. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=11306178&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Hart, L. (1990). *The winning family: Increasing self-esteem in your children and yourself*. Oakland, C.A.: Life Skills Press.
- Hasanvand, B., Merati, A., Khaledian, M., & Hasani, F. (2015). The relationship between attachment styles with depression in students. *International Journal of Scientific Management and Development*, 3(2), 853-858.
- Hatamy, A., Fathi, E., Gorji, Z., & Esmaeily, M. (2011). The Relationship between parenting styles and Attachment Styles in men and women with infidelity. 15. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1877042811009128&site=eds-live>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., & Neil, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: narrative assessments of abused children. *Journal of Child Psychotherapy*, 26(3), 433-455.
- Hollon, S., & Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Howard, M., & Medway, F. (2004). Adolescents' attachment and coping with stress. *Psychology in the Schools*, 41, 391-402.
- Howell, D. C. (1997). *Statistics methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury Press.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behaviour Modification*, 24(1), 102-129.

- Hudson, N. W., Fraley, R. C., Chopik, W. J., & Heffernan, M. E. (2015, 2015-12-01). Not all attachment relationships develop alike: Normative cross-sectional age trajectories in attachment to romantic partners, best friends, and parents. 59. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0092656615300180&site=eds-live>
- Hunefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F., & Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between a "theory of mind" and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(3), 613-621. Tratto da <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197113000493>
- Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment and Human Development*, 16(6), 557-572.
- Inskip, H., Harris, E., & Barracough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2003). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (9 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Karavasilis, L., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2003). Associations between parenting style and attachment to mother in middle childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 153-164. Tratto da <http://jbd.sagepub.com/content/27/2/153.abstract>
- Keller, H. (2002a). Development as the interface between biology and culture: A conceptualization of early ontogenetic experiences. In H. Keller, Y. H. Poortinga, & A. Shölmerich (Eds.). In *Between culture and biology* (p. 215-240). Cambridge, MA: Cambridge.
- Keller, H. (2002b). Culture and Development: Developmental Pathways to individualism and interrelatenes. *Online Readings in Psychology and Culture, Unit 11, Chapter 1*. (W. Lonner, D. Dinnel, S. Hayes, & D. Satler, A cura di) Tratto da <http://www.wvu.edu/culture/keller.htm>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4thed. Vol.1 pp. 233-265). New York: McGraw-Hill.

- Kessler, R., & Wang, P. (2009). Epidemiology of Depression. In H. Gotlib, & C. Hammen (A cura di), *Handbook of Depression* (p. 5-22). New York: The Guilford Press.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 593-602.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kierkegaard, S. (1844/1944). *The concept of dread*. (W. Lowrie, Trad.) Princeton: Princeton University Press.
- Kiess, H. O., & Bloomquist, D. W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Klaus, M., & Kennel, J. (1993). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: ArtMed.
- Klein, D. (2001). Introduction: Current Concepts in Anxiety. In E. J. Griez, C. Faravelli, D. Nutt, & J. Zohar (A cura di), *Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research* (p. xv-xxii). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kobak, R., Cole, H., Ferenz-Gillies, R., Flemming, W., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotional regulation during mother-teen problem-solving. A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11 Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/458548>.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kulik, L. (2002). The impact of social background on gender-role ideology: Parent's versus children's attitudes. *Journal of Family Issues*, 23(1), 53-73.
- Lacerda, M. (2005). A percepção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na percepção de controlo e nas estratégias de coping. *Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Universidade de Lisboa, Portugal.

- La-Guardia, J., Ryan, R., Couchman, C., & Deci, E. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 367-384.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development, 62*, 1049-1066.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 30-39. doi: 10.1007/s10608-009-9292-4.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion : a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141-169.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. Pervin, & M. Lewis (A cura di), *Perspectives in Interactional Psychology* (p. 287-327). New York: Plenum.
- LeVine, R. A. (1988). Human and parental care: Universal goals, cultural strategies, individual behavior. *New Directions for Child Development, 40*, 3-12.
- Liddell, H. (1964). The role of vigilance in the development of animal neurosis. In J. Z. Paul Hoch, P. Hoch, & J. Zubin (A cura di), *Anxiety* (p. 183-196). New York: Hafner.
- Lopez, F., Mitchel, P., & Gormley, B. (2002). Adult Attachment Orientations and College Student Distress: Test of a mediational model. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 460-467. doi:10.1037//0022-0167.49.4.460
- Love, K. (2008). Parental attachments and psychological distress among African American college students. *Journal of College Student Development, 49*, 31-40.
- Love, K., & Murdock, T. (2012). Parental Attachment, Cognitive Working Models, and Depression Among African American College Students. *Journal of College Counseling, 15*, 117-129.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington, *Handbook of child psychology - Socialization, personality and social development* (Vol. 4, p. 1-101). New York: Wiley.
- Mahasneh, A., Al-Zoubi, Z., Batayneh, O., & Jawarneh, M. (2013). The Relationship Between Parenting Styles and Adult Attachment Styles From Jordan University Students. *International Journal of Asian Social Science*, 3(6), 1431-1441.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (A cura di), *Attachment in the preschool years* (p. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Mandler, G. (1984). *Mind and Body: Psychology of Emotion and Stress*. New York: Norton.
- Marczyk, G., DeMatteo, D., & Festinger, D. (2005). *Essentials of Research Design and Methodology*. (A. S. Kaufman, & N. L. Kaufman, A cura di) New Jersey: John Wiley & Sons.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com PASW Statistics (ex-SPSS)*. Portugal: Report Number.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- Mason, J. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(1), 6-12.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 78, 549-5654.
- May, R. (1979). *The meaning of anxiety*. New York: Washington Square Press.
- McCarthy, C., Lambert, R., & Moller, N. (2006). Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and colleague students' stress outcomes. *International Journal of Stress Management*, 13(1), 1-22.

- McCarthy, C., Moller, N., & Fouladi, R. (2001). 2001. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 33, 198-213.
- Mccord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1477-1486.
- Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescence: An overview of research and some new data. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 569-598.
- Melgosa, J. (1999). *Para adolescentes e pais*. Sabugo: Publicadora Atlântico.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. London: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11-15.
- Miles-McLean, H., Liss, M., & Erchull, M. J. (2014). Fathers, daughters, and self-objectification: Does bonding style matter? *11*. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S174014451400093X&site=eds-live>
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2006). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 39-47.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moos, R., & Swidle, R. (1990). Stressful life circumstances: Concepta and measures. *Stress Medicine*, 6, 171-178.
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing Adult Attachment Across Different Contexts: Validation of the Portuguese Version of the Experiences in Close Relationships "Relationship Structures Questionnaire". 97. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=100207785&site=eds-live>
- Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological

- symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 405-413. Tratto da <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33846066758&partnerID=40&md5=4f07cff6aeb815971dfb9b15ab771d9>
- Mussen, P. H. (1983). *Handbook of child psychology: Formerly Carmichael's manual of child psychology* (4th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Neal, J. A., & Edelmann, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 761-786.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 142-150.
- Newton, P. (2008). *The Attachment Connection: Parenting a Secure and Confident Child Using the Science of Attachment Theory*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2774.
- Nihalani, N., Simionescu, M., & Dunlop, B. (2009). Depression: Phenomenology, Epidemiology, and Pathophysiology. In T. Schwartz, & T. Peterson, *Depression, Treatment and Strategies Management* (p. 1-21). London: Informa Healthcare.
- Noom, M. J., Dekovic, M., & Meeus, W. H. (1999). Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: A double-edged sword? . *Journal of Adolescence*, 22(6), 771-783.
- O'Connor, L., Berryb, J., Weissc, J., & Gilbertd, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 19-27.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology*. Berkshire, England: Open University Press.
- Ohman, A. (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. In M. Lewis, & J. Haviland (A cura di), *Handbook of Emotions*. London: Guilford Press.
- Oliva, A., & Parra, Á. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 24(2), 181-196.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, sintomatologia psicopatológica e qualidade da relação com as figuras de suporte, com o terapeuta, e

- com o bebé (estudo exploratório). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 35-59.
- Palácios, J. (2001). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. In I. F. López, M. J. Etxebarria, Fuentes, & M. J. (Coord.), *Desarrollo Afectivo y Social* (p. 267-284). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pallant, J. (2007). *Spss Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using Spss for Windows* (3 ed.). New York: McGraw Hill Open University Press.
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1999, 1999-01-01). An evaluation of the shortened embu scale in young offenders and non-offenders in England. 27. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0191886998002232&site=eds-live>
- Papalaia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papousek, H., & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A didactic counterpart to the infant's precocity in integrative capacities. In J. D. (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., p. 669-720). New York: Wiley.
- Parke, R. D., & Buriel, R. (1998). *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development* (Vol 3) (5th ed.). New York: Wiley.
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medicine Bulletin*, 54, 33-45.
- Paulson, S. E. (1994). Relations of parenting style and parental involvement with ninth-grade students achievement. *Journal of Early Adolescence*, 14, 250-267.
- Penelo, E., Viladrich, C., & Domènech, J. M. (2010, 2010-01-01). Perceived parental rearing style in childhood: internal structure and concurrent validity on the Egna Minnen Beträffande Uppfostran - Child Version in clinical settings. 51. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0010440X09000959&site=eds-live>
- Pereira, A. (2008). SPSS: Guia prático de utilização. In *Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Perris, C., Jacobsson, L., Linndstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta*

Psychiatrica Scandinavica, 61(4), 265-274. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 546-559.
- Petrowski, K., Braehler, E., & Zenger, M. (2014). The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample. 12. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=99880031&site=eds-live>
- Piaget, J. (1967). *O raciocínio na criança*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Piaget, J. (1977). *O Julgamento moral na criança*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Pilkonis, P., Choi, S., Reise, S., Stover, A., Riley, W., & Cella, D. (2011). Item Banks for Measuring Emotional Distress From the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System: Depression, Anxiety, and Anger. *Assessment*, 18(3), 263-283.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., & Salvador. (2005). A versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young .
- Pinto-Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia Focada nos Esquemas: Questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*, 2, 309-324.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584. doi: 10.1007/s10608-006-9027-8.
- Power, T. (2013). Parenting Dimensions and Styles: A Brief History and Recommendations for Future Research. *Childhood Obesity*, 9(1), 14-21.
- Rabbani, M., Kasmaiezhadfar, S., & Pourrajab, M. (2014). The Relationship between Parental Attachment and Stress: A review of Literature Related to Stress among Students. *The Online Journal of Counseling and Education*, 3(1), 42-50.
- Rafaeli, E., Bernstein, D., & Young, J. (2010). Schema Therapy: Distinctive Features). *Schema Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.

- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The aetiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 737-767.
- Reeves, M., & Taylor, C. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 96-104.
- Reis, E. (2000). *Estatística aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, H. T., & Judd, C. M. (2000). *Handbook of research methods in social and personality psychology*. Cambridge: University Press.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 581-590. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Rice, K. G., Herman, M. A., & Petersen, A. C. (1993). Coping with challenge in adolescence: A conceptual model and psycho-educational intervention. *Journal of Adolescence, 16*, 235-251.
- Rijo, D. (2009). Eequemas Mal-adaptativos Precoces - Validação do conceito e dos métodos de avaliação. *Dissertação Doutoramento*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tratto da <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18486>
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., . . . Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research, 30*(4), 515-529. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z>
- Roberts, J., Gotlib, I., & Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 310-320.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica, 22*(4), 643-665.
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2012). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early

- Maladaptive Schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377-385. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-012-9589-x>
- Rohner, R. P. (2002). *Introduction to parental acceptance-rejection theory*. Center for the Study of Parental Acceptance and Rejection. Tratto il giorno fevereiro 2011 da <http://vm.uconn.edu/rohner>.
- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research*, 36(1), 16-47.
- Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1980). Parental acceptance-rejection and parental control: Cross-cultural codes. *Ethnology*, 20, 245-260.
- Rollins, B. G., & Thomas, D. L. (1979). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & L. Reiss (A cura di), (Eds), *Contemporary theories about the family: Research based theories* (Vol. 1, p. 317-364). New York: Free Press.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 207-215. doi: 10.1007/s10608-009-9252-Z.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. L. Leahy (Ed.). *The development of the self*. New York: Academic Press.
- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). Parent relationships and adolescents' depression and social anxiety: Indirect associations via emotional sensitivity to rejection threat. *66*. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=95876677&site=eds-live>
- Ryan, L. M., & Lynch, J. H. (1989). Emotional autonomy versus detachment: Revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. *Child Development*, 60, 340-356.
- Salter, M. (1940). An evaluation of security. *Studies of Child Development Series*, 18.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.

- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sanford, A. J. (1985). *Cognition and cognitive psychology*. New York: Basic Books.
- Santos, J. D. (2012). Erros de ligação: As relações afectivas ao longo do ciclo de vida da pessoa com anorexia nervosa. *Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa*. Lisboa.
- Santrock, J. (2004). *Life-span development* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Santrock, J. W. (1990). *Adolescence* (4th ed.). Dallas, TX: Wm. C. Brown Publishers.
- Scanlon, N., & Epkins, C. (2015). Aspects of Mothers' Parenting: Independent and Specific Relations to Children's Depression, Anxiety, and Social Anxiety Symptoms. 24. *Tratto da*
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100632096&site=eds-live>
- Schiemberg, L. B. (1985). *Human Development*. London: Collier Macmillan.
- Segal, Z. (1988). Appraisal of self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 147-162.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stresse, coping and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shane, M., & Shane, E. (1988). Pathways to integration: adding to the self psychology model. In A. Goldberg, *Learning from Kohut: Progress in Self Psychology* (Vol. 4, p. 71-78). Hillsdale: Analytic Press.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(4), 349-366. *Tratto da*
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=67131920&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site>
- Simões, M. (1995). Política e moral da avaliação psicológica: Considerações em torno dos problemas éticos e deontológicos. *Simões, M. R. Política e moral da avaliação psicológica: Considerações em torno dos problemas éticos e deontológicos, III*

Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos", Braga, 1995 (Comunicação). Braga.

Small, M. F. (1999). *Our babies, ourselves: How biology and culture shape the way we parent*. New York: Anchor Books.

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Publicações do Instituto de Educação e Psicologia. .

Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Solomon, J., & George, C. (1999). *Attachment Desorganization*. New York: Guilford Press.

Spear, H. J., & Kulbok, P. (2004). Autonomy and adolescence: A concept analysis. *Public Health Nursing, 60*(2), 144-152.

Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, A., & Davison, L. (1964). Experimental reduction of stress based on ego-defense theory. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 68*(4), 367-380.

Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review, 17*(2), 125-146. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-005-3950-1>

Stein, D., & Young, J. (1992). Schema approach to personality disorders. In D. Stein, & J. Young, *Cognitive science and clinical disorders* (p. 271-288). San Diego: Academic Press.

Steinberg, L., & Silverberg, S. B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Development, 57*, 841-851.

Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development, 1424-1436*.

Strongman, K. (1995). Theories of anxiety. *New England Journal of Psychology, 24*(2), 4-10.

Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment. Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children, 10*(4), 324-336.

Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1552-1562.

- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor# of Nature. *Stress, 15*(5), 472–478.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). Using multivariate statistics. 5Th Pearson International Edition. Boston: Pearson Education Inc.
- Target, M. (2007). Is our sexuality our own? A developmental model of sexuality based on early affect mirroring. *British Journal of Psychotherapy, 23*(4), 517-530.
- Taris, T. W., & Bok, I. A. (1997). Effects of Parenting Style Upon Psychological Well-being of Young Adults: Exploring the Relations Among Parental Care, Locus of Control and Depression. *Early Child Development and Care, 132*(1), 93-104. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1080/030044397013201008>
- Teasdale, J. (1978). Effects of Real and Recalled Success on Learned Helplessness and Depression. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 155-164.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(1), 52-59. Tratto da <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791609000597>
- Tinsley, B. J. (2003). *How children learn to be healthy. Reino Unido: Cambridge University Press*. Tratto il giorno agosto 6, 2012 da <http://books.google.pt>.
- Tornaria, M. L., Vandemeulebroecke, L., & Colpin, H. (2001). *Pedagogia Familiar*. Uruguay: Ediciones Trilce.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity, 29*(4), 381-387. Tratto da <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-16244381741&partnerID=40&md5=518a2f2a777f2ab186726dc3c7393a5c>
- Van Vlierbergh, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research, 34*(4), 316-332. doi: 10.1007/s10608-005.
- Videon, T. M. (2005). Parent-child relations and children's psychological well-being: Do dads matter? *Journal of Family Issues, 26*(1), 55-78. doi: 10.1177/0192513X04270262.

- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development, 71*(3), 684-689. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy Works: Process and Technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R. S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L. A. Peplau, & D. P. (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (p. 71-80). New York: Wiley.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 519-530. Tratto da <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- West, M., & Sheldon-Keller, A. (1994). *Patterns of relating: an adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescence. *Personality and Individual Differences, 34*, 521-532.
- World Health Organization. (1992). *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th ed.). Geneve: Author.
- Wulsin, L., & Singal, B. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? *Psychosomatic Medicine, 65*, 201-210.
- Xu, J. H., & Shrout, P. E. (2013, 2013-06-01). Assessing the reliability of change: A comparison of two measures of adult attachment. 47. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0092656613000068&site=eds-live>
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3 ed.). (F. Sarasota, A cura di) Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. (1991). Early Maladaptive Schemas. Unpublished manuscript.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

- Young, J. (1998). *The young schema questionnaire: Short form*. Tratto il giorno 2014 da <http://www.schematherapy.com/id54.htm>.
- Young, J. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. New York: Cognitive Therapy Centre. Tratto da <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs1.htm>
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3^a ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. (2005). Schema-focused cognitive therapy and the case of Ms. S. . *Journal of Psychotherapy Integration*, *15*(1), 115-126.
- Young, J., & Brown, G. (1990). *Young schema questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *6*, 11-23.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zafiropoulou, M., Avagianou, P.-A., & SidoraVassiliadou. (2014). Parental Bonding and Early Maladaptive Schemas. *Journal of Psychological Abnormalities*, *3*(110). doi:10.4172/2329-9525.1000110

Nota alla bibliografia: i riferimenti bibliografici in elenco sono relativi all'inquadramento teorico del presente lavoro, sostenuto anche dagli articoli dell'analisi bibliometrica in allegato (Allegato 1).

Allport, G.W. (1961). *Psicologia della personalità*. Tr. it. (1977) Roma: LAS.

American Psychiatric Association (1984). *DSM-III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Tr. it. (1980) Milano: Masson.

American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Tr. It. (1994). Milano: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti M. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti M., Fontana A. (2009). Pattern emergenti e disturbi di personalità in adolescenza: il contributo del Manuale Diagnostico Psicodinamico, in *Infanzia e Adolescenza*, vol. 8,n. 2, , pp. 72 – 84.

Baccini A. (2010). *Valutare la ricerca scientifica: uso e abuso degli indicatori bibliometrici*. Bologna: Il Mulino.

Beck A., e Freeman A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, Guilford Press; Tr. it. (1993). *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Milano: Mediserve.

Beck A., e Pretzer J. L. (1990). *Major Theories of Personality Disorder*. New York: [Guilford Press](#).

Bernstein D., Cohen P., Velez N., Schwab-Stone M., Siever L., Shinsato L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R Personality disorders in a community based survey of adolescents, in *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, n. 8 , pp. 1237 – 1243.

Bernstein D., Cohen P., Skodol A., Berziganian S., Brook J. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders, in *American Journal of Psychiatry*, vol. 153, n. 7, pp. 907 – 913.

Bleiberg, E. (2001). *Treating Personality Disorders in Children and Adolescents. A Relational Approach*, New York, Guilford Press; Tr. it. (2005) *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Un approccio relazionale*, Roma: Fioriti.

Bowlby, J. (1969, 1973, 1980). *Attaccamento e perdita*; Tr. it. (1972,1975, 1983). Torino: Boringheri.

Carver C.S., Scheier M.F., Giampietro M., e Iannello P. (2015). *Psicologia della personalità. Prospettive teoriche, strumenti e contesti applicativi*. Milano,Torino: Pearson Italia.

Cicchetti D., Crick N. (2009). Precursors and diverse path ways to personality disorder in children and adolescents, in *Development and Psychopathology*, vol. 21, n. 3, pp.683 – 685.

Cohen P., Crawford T., Johnson J., Kasen, S. (2005). The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder, in *Journal of Personality Disorders*,vol.19, n. 5, , pp. 466 – 486.

Costa Jr. , Paul T. ; McCrae, Robert R. (1988). From catalog to classification: Murray's needs and the five-factor model, in *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 55(2), Aug 1988, 258-265.

Di Cesare R. (2002). *Alcune riflessioni su bibliometria e analisi delle citazioni*, in A. Valente (a cura di),*Trasmissione d'élite o accesso alle conoscenze? Percorsi e contesti della documentazione e comunicazione scientifica*, Milano,Franco Angeli, pp.131-50.

De Bellis N. (2005). La citazione bibliografica nell'epoca della sua riproducibilità tecnica, online su <http://www.bibliotecheoggi.it/content/CITAZIONE.pdf>.

De Clercq B., De Fruyt F. (2007). Childhood antecedents of personality disorder, in *Lippincott Williams & Wilkins*, vol. 20, n. 1, pp. 57 – 61.

De Robbio A. (2007). Analisi citazionale e indicatori bibliometrici nel modello Open Access, in "Bollettino AIB", 47, 3, pp.257-89.

Ercolani P., Areni A. e Leone L. (2008). *Elementi di statistica per la psicologia*. Bologna: Il mulino.

Faggiolani C. (2015). *La Bibliometria* Roma: Carocci Editore.

Ferdinand RF, Verhulst FC (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *Am J Psychiatry*; 152:1586-1594

Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, Volume 158, Issue 1, January 2001, pp. 36-42

Fonagy P., e Target M. (1997). *Attachment and reflective function: their role in self organization*, *Development and Psychopathology*; Tr. it. (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano: Raffaello Cortina.

Glanzel W. (2003) online su <https://www.researchgate.net/publication/24240699>

Gallucci M., Leone L. e Perugini M. (1999). *Navigare in SPSS per windows*. Bologna: Edizioni Kappa.

Guaraldi G. (2014). In difesa del DSM-5, in

<http://www.formazionepsichiatrica.it/1-2014/10%20Guaraldi.pdf>

Johnson J., Bromley E., McGeoch P. (2005). *Il ruolo delle esperienze infantili nello sviluppo dei tratti di personalità adattivi e disadattivi*, in Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D.S., *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Arlington; Tr. It. (2008) *Trattato dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Kenberg, P., Weiner, A. S., Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York, Basic Books; Tr. it. (2001) *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Roma: Fioriti .

Caligor, E., Clarkin, J. F., Kernberg, O. K. (2004). *Psychotherapy for neurotic personality. Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; trad. it. (2012). *Patologie della personalità di alto livello*. Milano: Raffaello Cortina

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage (second edition).

Klerman, G. L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *The American Journal of Psychiatry*, Volume 147, Issue 4, pp. 409-418

Lenzenweger, M.F. e Clarkin J.F. (2006). *I disturbi di personalità. Le principali teorie*. Milano: Cortina Raffaello editore.

Lenzenweger, M. F.(1999). Stability and change in personality disorder features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. National Institute of Mental Health, Washington, DC

Lingiardi V., Gazzillo F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, Conoscenza e Disturbi della Personalità*. Milano: Cortina.

Moed H.F., Glanzel W., Schmoch U. (2004). *Handbook on Quantitative Science and Technology Research*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Linehan, M. (1993). [Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder](#). New York: Guilford press.

Madeddu F. e Di Pierro R. (2014). *DSM-5: Lo strano caso dei disturbi di personalità*. Fioriti Editore 33,2, 109-133

Migone P. (1990). *Evoluzione storica del concetto di "borderline"*. *Il Ruolo Terapeutico*, 55: 30-34.

Migone P. (2013). *Riflessioni sul DSM5* in

<http://www.osservatoriopsicologia.com/2013/09/21/riflessioni-sul-dsm-5-paolo-migone/>

Millon T. (1990). *Disorders of Personality: Introducing a DSM / ICD Spectrum from Normal to Abnormal*. John Wiley & Sons.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO), (1992). *The ICD-10: Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, ed. italiana a cura di D.Temali, M. Maj, Catalano F., Lo Brace S., Magliano L. Milano: Masson.

Ortalda F. (1998). *La ricerca survey in Psicologia. Una metodologia di base*. Roma: Carocci.

Pritchard A. (1969). Statistical Bibliography or Bibliometrics?, in *Journal of Documentation* 25,4, pp. 348-9.

Page T. (2001). Attachment and personality disorders: exploring maladaptive developmental path ways, in *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 18, n. 5, pp. 313 -334.

Paris J. (1996). *Social Factors in the Personality Disorders*, NewYork, Cambridge Univ. Press; Tr. it. (1997) *Contesto sociale e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Paris J. (2003). *Personality Disorders Over Time: Precursors, Course and Outcome*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing,.

PDM Task Force (2006). *PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico*; Tr. it. , (2008) Milano: Raffaello Cortina Editore.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2011). *The conceptual evolution of DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Roth A., e Fonagy P. (1996). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford press.

Ridi R. (2010). Bibliometria: una introduzione. in *Bibliotime*", XIII (2010), n. 1., online su <http://www.aib.it/aib/sezioni/emr/bibtime/num-xiii-1/ridi.htm>

Saiani L. e Brugnolli A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura*, in <http://www.dspmc.univr.it/documenti/Avviso/all/all823246.pdf>

Spitzer e Frances (2011). *Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. Psicoterapia e scienze umane n.2-2011.*

Sroufe, L.A., Weinfield, N. S. , Carlson E. A. (1997). *Development and the fragmented self: Longitudinal Study of dissociative symptomatology in a non clinical sample.* Cambridge University Press.

Tuzzi A. (2003). *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca.* Roma: Carocci editore.

Westen D., Chang C. (2003). *La patologia della personalità in adolescenza: una rassegna*, 2000, in Westen D., Shedler J., Lingardi V., *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Weston C., Riolo S. (2007). *Childhood and adolescent precursors to adult personality disorders*, in *Psychiatric Annals*, vol. 37, n. 2, pp. 114 – 120.

Widiger T.A., De Clercq B., De Fruyt F. (2009). *Childhood antecedents of personality disorders: an alternative perspective*, in *Developmental and Psychopathology*, vol. 21,n. 3, pp. 771 – 791.

Sitografia

Essau C., Sasagawa S., Frick Paul J. (2006). *Callous- Unemotional Traits in a Community of Adolescent*, in:

<http://labs.uno.edu/developmentalpsychopathology/ICU/ICU%20Factor%20Analysis.pdf>

De Castro P., (2014). La struttura di un articolo scientifico. <https://www.aicanet.it/documents/100682/261705/20.+Struttura+di+un+articolo.pdf/aa3fcdaf-9f4d-4581-9d7b-f6f5cb94d85c>

Di Marzo V. (2010). Dizionario di medicina. *Endocannabinoidi* in [http://www.treccani.it/enciclopedia/endocannabinoidi_\(Dizionario-di-Medicina\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/endocannabinoidi_(Dizionario-di-Medicina)/)

Ghirlanda S., (2004). L'articolo scientifico. Dispense per l'AFP. Esempi di indagine sul comportamento umano. Facoltà di Psicologia, Università di Bologna, in http://www.sburover.it/psice/statistica/Articolo_Scientifico_00.pdf

Guida alle risorse elettroniche in <http://brescia.unicatt.it/biblioteca>

Guida di Pro Quest in <http://brescia.unicatt.it/biblioteca>

<http://www.guilfordjournals.com/loi/pedi>

<http://www.ipetitions.com/petitions/dsm5/>

Le scale di misurazione, in [Le scale di misurazione - qualitapa.gov.it](http://www.qualitapa.gov.it)

Library of Congress (LOC). About the Library in <https://www.loc.gov/about/fascinating-facts/>

Lingiardi V. (2009). *Dare un senso alla diagnosi: il PDM e la SWAP-200*, in http://genova.spc.it/images/pdf/Dare_un_senso_alla_diagnosi_di_Vittorio_Lingiardi_.pdf [consultato il 10/07/2014].

<http://www.playtherapy.it/>

8. ALLEGATI

8.1 ELENCO ARTICOLI PSYCHINFO

ANNO 2005

1. *A review and empirical comparison of three treatments for adolescent males with conduct and personality disorder: Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training.*

Autore: Apsche, Jack A.; Bass, Christopher K.; Siv, Alexander M.

2. *A review and empirical comparison of two treatments for adolescent males with conduct and personality disorder: Mode Deactivation Therapy and Cognitive Behavior Therapy.*

Autore: Apsche, Jack A.; Bass, Christopher K.; Jennings, Jerry L.; Siv, Alexander M.

3. *A case analysis of MDT with an adolescent with conduct personality disorder and fire setting behavior*

Autore: Apsche, Jack A.; Siv, Alexander M.; Bass, Christopher K.

4. *The Development Of Psychopathy*

Autore: Lynam, Donald R.; Gudonis, Lauren.

5. *Longitudinal Course of Schizophrenia Spectrum Symptoms in Offspring of Psychiatrically Hospitalized Mothers*

Autore: Carlson, Gabrielle A.; Fish, Barbara; Stony Brook.

6. *Childhood-Onset Schizotypal Disorder: A Follow-Up Study and Comparison with Childhood-Onset Schizophrenia*

Autore: Asarnow, Joan Rosenbaum.

7. *The association of psychopathic traits with aggression and delinquency in non-referred boys and girls*

Autore: Marsee, Monica A.; Silverthorn, Persephanie; Frick, Paul J.

8. *Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior: Nature and Nurture Effects*

Autore: Kim-Cohen, Julia; Moffitt, Terrie E.; Taylor, Alan; Pawlby, Susan J.; Caspi, Avshalom.

9. *The Impact of Parental Borderline Personality Disorder on Vulnerability to Depression in Children of Affectively Ill Parents*

Autore: Abela, John R. Z.; Skitch, Steven A.; Auerbach, Randy P.; Adams, Philippe

10. *Self-reported Personality Disorder in the Children in the Community Sample: Convergent and Prospective Validity in Late Adolescence and Adulthood*

Autore: Crawford, Thomas N.; Cohen, Patricia; Johnson, Jeffrey G.; Kasen, Stephanie; First, Michael B.; Gordon, Kathy; Brook, Judith S.

11. *Panic attacks and the risk of personality disorder*

Autore: Goodwin, Renee D.; Brook, Judith S.; Cohen, Patricia.

12. *Mode deactivation therapy (MDT): A theoretical case analysis on a suicidal adolescent*
Autore: Apsche, Jack A.; Siv, Alexander M.
13. *Assessing adolescent personality pathology*
Autore: Westen, Drew; Dutra, Lissa; Shedler, Jonathan.
14. *The childhood-onset neuropsychiatric background to adulthood psychopathic traits and personality disorders*
Autore: Soderstrom, Henri; Nilsson, Thomas; Sjodin, Anna-Kari; Carlstedt, Anita; Forsman, Anders.
15. *Deafness to fear in boys with psychopathic tendencies*
Autore: Blair, R. James R.; Budhani, S.; Colledge, E.; Scott, S.
16. *Personality Comorbidity in Adolescent Females with ADHD*
Autore: Burket, Roger C.; Sajid, Muhammad W.; Wasiak, Marta; Myers, Wade C.
17. *Temperament, Personality, And Developmental Psychopathology As Childhood Antecedents Of Personality Disorders*
Autore: Mervielde, Ivan; De Clercq, Barbara; De Fruyt, Filip; Van Leeuwen, Karla.
18. *A Developmental Perspective On Personality Disorders: Lessons From Research On Normal Personality Development In Childhood And Adolescence*
Autore: Shiner, Rebecca L.
19. *Reduced Electrodermal Activity in Psychopathy-Prone Adolescents*
Autore: Fung, Michelle T.; Raine, Adrian; Loeber, Rolf; Lynam, Donald R.; Steinhauer, Stuart R.; Venables, Peter H.; Stouthamer-Loeber, Magda.
20. *Disentangling the Underlying Dimensions of Psychopathy and Conduct Problems in Childhood: A Community Study*
Autore: Dadds, Mark R.; Fraser, Jenny; Frost, Aaron; Hawes, David J.
21. *Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males From a Clinical Assessment in Childhood*
Autore: Lahey, Benjamin B.; Loeber, Rolf; Burke, Jeffrey D.; Applegate, Brooks.
22. *Reliability Generalization of the Psychopathy Checklist Applied in Youthful Samples*
Autore: Campbell, Justin S.; Pulos, Steven; Hogan, Mike; Murry, Francie.
23. *The Latent Structure of Psychopathy in Youth: A Taxometric Investigation*
Autore: Vasey, Michael W.; Kotov, Roman; Frick, Paul J.; Loney, Bryan R.
24. *Deficient Behavioral Inhibition and Anomalous Selective Attention in a Community Sample of Adolescents with Psychopathic Traits and Low-Anxiety Traits.*
Autore: Vitale, Jennifer E.; Newman, Joseph P.; Bates, John E.; Goodnight, Jackson; Dodge, Kenneth A.; Pettit, Gregory S.
25. *Adolescent Psychopathy and Personality Theory--the Interpersonal Circumplex: Expanding Evidence of a Nomological Net.*

Autore: Salekin, Randall T. ; Leistico, Anne-Marie R.; Trobst, Krista K.; Schrum, Crystal L.; Lochman, John E.

26. *Psychopathy in Children and Adolescents: The Need for a Developmental Perspective.*

Autore: Salekin, Randall T.; Frick, Paul J.

27. *Response reversal and children with psychopathic tendencies: Success is a function of salience of contingency change.*

Autore: Budhani, S.; Blair, R. James R.

28. *The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes.*

Autore: Bradley, Rebekah; Conklin, Carolyn Zittel; Westen, Drew.

29. *Self-Report Measures of Juvenile Psychopathic Personality Traits: A Comparative Review.*

Autore: Vaughn, Michael G.; Howard, Matthew O.

30. *The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder.*

Autore: Paris, Joel.

31. *Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood.*

Autore: Helgeland, Margareth I.; Kjelsberg, Ellen; Torgersen, Svenn

32. *Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample.*

Autore: Johnson, Jeffrey G.; First, Michael B.; Cohen, Patricia; Skodol, Andrew E.; Kasen, Stephanie; Brook, Judith S.

33. *Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality*

Autore: Thatcher, Dawn L.; Cornelius, Jack R.; Clark, Duncan B.

34. *The Children in the Community Study of developmental course of personality disorder.*

Autore: Cohen, Patricia; Crawford, Thomas N.; Johnson, Jeffrey G.; Kasen, Stephanie

35. *Neuregulin 1 gene and variations in perceptual aberration of schizotypal personality in adolescents.*

Autore: Lin, Hsiao-Fan; Liu, Yu-Li; Liu, Chih-Min; Hung, Shuen-Iu; Hwu, Hai-Gwo; Chen, Wei J.

36. *Psychiatric disorder in the children of antisocial parents.*

Autore: Herndon, Ryan W.; Iacono, William G.

37. *Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children.*

Autore: Cyhlarova, Eva; Claridge, Gordon.

38. *Child psychopathy: Theories, measurement, and relations with the development and persistence of conduct problems*

Autore: Kotler, Julie S.; McMahon, Robert J.

2006

39. *A treatment study of Mode Deactivation Therapy in an out patient community setting.*
Autore: Apsche, Jack A.; Bass, Christopher K.
40. *Reliability and validity of the psychopathy checklist: Youth version in a UK sample of conduct disordered boys.*
Autore: Dolan, Mairead C.; Rennie, Charlotte E.
41. *Psychopathy in Adolescent Female Offenders: An Item Response Theory Analysis of the Psychopathy Checklist: Youth Version.*
Autore: Schrum, Crystal L.; Salekin, Randall T.
42. *Sadistic personality disorder and comorbid mental illness in adolescent psychiatric inpatients.*
Autore: Myers, Wade C.; Burket, Roger C.; Husted, David S.
43. *Testing Factor Models of the Psychopathy Checklist: Youth Version and Their Association With Instrumental Aggression.*
Autore: Vitacco, Michael J.; Neumann, Craig S.; Caldwell, Michael F.; Leistico, Anne-Marie; Van Rybroek, Gregory J.
44. *Psychological assessment and treatment of adolescent offenders with psychopathic personality traits.*
Autore: Cooper, Susan; Tiffin, Paul.
45. *Construct Validity of the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) and the Antisocial Process Screening Device (APSD) With Justice-Involved Adolescents.*
Autore: Poythress, Norman G.; Dembo, Richard; Wareham, Jennifer; Greenbaum, Paul E.
46. *Reported Childhood Onset of Self-Mutilation Among Borderline Patients. Segnalato Infanzia insorgenza di auto-mutilazione Tra Borderline pazienti.*
Autore: Zanarini, Mary C.; Frankenburg, Frances R.; Ridolfi, Maria E.; Jager-Hyman, Shari; Hennen, John; Gunderson, John G.
47. *Associations Among Cruelty to Animals, Family Conflict, and Psychopathic Traits in Childhood.*
Autore: Dadds, Mark R.; Whiting, Clare; Hawes, David J.
48. *Internal Consistency Reliability of the Self-Report Antisocial Process Screening Device.*
Autore: Poythress, Norman G.; Douglas, Kevin S.; Falkenbach, Diana; Cruise, Keith; Lee, Zina; Murrie, Daniel C.; Vitacco, Michael.
49. *Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents.*
Autore: Becker, Daniel F.; McGlashan, Thomas H.; Grilo, Carlos M.
50. *Factor Structure of Psychopathy in Youth: Testing the Applicability of the New Four-Factor Model.*
Autore: Salekin, Randall T. ; Brannen, Dia N.; Zalot, Alecia A.; Leistico, Anne-Marie; Neumann, Craig S.
51. *Psychopathy and Violence Risk Assessment in Youth.*
Autore: Vincent, Gina M.

52. *Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood.*

Autore: Johnson, Jeffrey G.; Cohen, Patricia; Kasen, Stephanie; Brook, Judith S.

53. *Do black and white youths differ in levels of psychopathic traits? A meta-analysis of the psychopathy checklist measures.*

Autore: McCoy, Wendy K.; Edens, John F.

54. *Parenting Behaviors Associated With Risk for Offspring Personality Disorder During Adulthood*

Autore: Johnson, Jeffrey G.; Cohen, Patricia; Chen, Henian; Kasen, Stephanie; Brook, Judith S.

55. *Gesture behavior in unmedicated schizotypal adolescents.*

Autore: Mittal, Vijay A.; Tessner, Kevin D.; McMillan, Amanda L.; Delawalla, Zainab; Trotman, Hanan D.; Walker, Elaine F.

56. *Psychopathy and suicide: A multisample investigation.*

Autore: Douglas, Kevin S.; Herbozo, Sylvia; Poythress, Norman G.; Belfrage, Henrik; Edens, John F.

57. *The Relationship Between Fantasy Proneness and Schizotypy in Adolescents.*

Autore: Sánchez-Bernardos, María Luisa; Avia, María Dolores

58. *Zur Psychogenese der Persönlichkeitsstörungen.*

Autore: Modestin, J.

59. *Serial-Episodic Brief Treatment for Borderline Spectrum Families: Employing the Matrix of Projections in a Child Abuse Case.*

Autore: Clark, Steven

60. *Adolescent Axis I and Personality Disorders Predict Quality of Life During Young Adulthood.*

Autore: Chen, Henian; Cohen, Patricia ; Kasen, Stephanie; Johnson, Jeffrey G.

61. *Cognitive Function and Symptoms in Adolescents with Schizotypal Personality Disorder.*

Autore: Trotman, Hanan; McMillan, Amanda; Walker, Elaine

62. *Handedness and schizotypy in non-clinical populations: Influence of handedness measures and age on the relationship.*

Autore: Chen, Wei J.; Su, Chiu-Hsia

63. *Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence.*

Autore: Ehrensaft, Miriam K.; Cohen, Patricia; Johnson, Jeffrey G.

64. *Offender Characteristics in Lethal Violence With Special Reference to Antisocial and Autistic Personality Traits.*

Autore: Wahlund, Katarina; Kristiansson, Marianne

65. *The longitudinal relation between personality disorder symptoms and depression in adolescence: The mediating role of interpersonal stress.*

Autore: Daley, Shannon E.; Rizzo, Christie J.; Gunderson, Brent H.

66. *Individual Characteristics, Familial Experience, and Psychopathology in Children of Mothers With Borderline Personality Disorder*

Autore: Barnow, Sven; Spitzer, Carsten; Grabe, Hans J.; Kessler, Christoph; Freyberger, Harald J.

67. *Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults*

Autore: Crawford, Thomas N.; Shaver, Phillip R.; Cohen, Patricia; Pilkonis, Paul A.; Gillath, Omri; Kasen, Stephanie.

68. *Treatment Refusal in Adolescents with Severe Chronic Illness and Borderline Personality Disorder.*

Autore: Jaunay, Emmanuel; Consoli, Angèle; Greenfield, Brian; Guilé, Jean-Marc; Mazet, Philippe; Cohen, David.

69. *Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents.*

Autore: Tackett, Jennifer L.

70. *The relative validity of psychopathy versus risk/needs-based assessments in the prediction of adolescent offending behaviour.*

Autore: Marshall, John; Egan, Vincent; English, Marie; Jones, Robin M.

71. *Antisocial Personality Disorder With Childhood- vs Adolescence-Onset Conduct Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.*

Autore: Goldstein, Risè B.; Grant, Bridget F. ; Ruan, W. June; Smith, Sharon M.; Saha, Tulshi D.

72. *Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy.*

Autore: Dadds, Mark R.; Perry, Yael; Hawes, David J.; Merz, Sabine; Riddell, Alison C.; Haines, Damien J.; Solak, Emel; Abeygunawardane, Amali I.

73. *Treatment Response of Adolescent Offenders with Psychopathy Features: A 2-Year Follow-Up.*

Autore: Caldwell, Michael; Skeem, Jennifer; Salekin, Randy; Van Rybroek, Gregory

74. *Approche thérapeutique de troubles narcissiques graves dans le cadre d'une dysharmonie.*

Autore: Gummy, M.

75. *The structure of maladaptive personality traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for DSM-V*

Autore: De Clercq, Barbara; De Fruyt, Filip; Van Leeuwen, Karla; Mervielde, Ivan

76. *Concurrent and predictive validity of the Psychopathy Checklist: Youth version across gender and ethnicity.*

Autore: Schmidt, Fred; McKinnon, Lauren; Chattha, Harpreet K.; Brownlee, Keith

77. *Autism spectrum disorder and psychopathy: Shared cognitive underpinnings or double hit?*

Autore: Rogers, John; Viding, Essi; Blair, R. James; Frith, Uta; Happe, Francesca.

2007

78. *Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: A 20-year follow-up.*

Autore: Kasen, S.; Cohen, P.; Skodol, A. E.; First, M. B.; Johnson, J. G.; Brook, J. S.; Oldham, J. M.

79. *The relation of psychopathy to concurrent aggression and antisocial behavior in high-risk adolescent girls and boys.*

Autore: Penney, Stephanie R.; Moretti, Marlene M.

80. *Exploring adult personality and psychopathy tendencies in former childhood hyperactive delinquent males.*

Autore: Freidenfelt, Jenny; af Klinteberg, Britt

81. *Pathological personality traits and suicidal ideation among older adolescents and young adults with alcohol misuse: A pilot case-control study in a primary care setting.*

Autore: Carballo, Juan J.; Bird, Hector; Giner, Lucas; Garcia-Parajua, Pedro; Iglesias, Jorge; Sher, Leo; Shaffer, David

82. *Is juvenile psychopathy associated with low anxiety and fear in conduct-disordered male offenders?*

Autore: Dolan, Mairead C.; Rennie, Charlotte E.

83. *A one year study of Mode Deactivation Therapy: Adolescent residential patients with conduct and personality disorders.*

Autore: Murphy, Christopher J.; Siv, Alexander M.

84. *Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy.*

Autore: Lynam, Donald R.; Caspi, Avshalom; Moffitt, Terrie E.; Loeber, Rolf ; Stouthamer-Loeber, Magda

85. *Childhood and Adolescent Precursors to Adult Personality Disorders.*

Autore: Weston, Christina G.; Riolo, Stephanie A.

86. *Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Chanen, Andrew M.; Jovev, Martina; Jackson, Henry J.

87. *Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults.*

Autore: Crawford, Thomas N.; Livesley, W. John; Jang, Kerry L.; Shaver, Phillip R.; Cohen, Patricia; Ganiban, Jody

88. *Borderline personality disorder: A comparison between children and adults.*

Autore: Sharp, Carla; Romero, Catherine.

89. *Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population.*

Autore: Cohen, Patricia; Chen, Henian; Crawford, Thomas N.; Brook, Judith S. ; Gordon, Kathy

90. *Development of antisocial personality disorder in detained youths: The predictive value of mental disorders.*

Autore: Washburn, Jason J.; Romero, Erin Gregory; Welty, Leah J.; Abram, Karen M.; Teplin, Linda A.; McClelland, Gary M.; Paskar, Leah D.

91. *Movement abnormalities and the progression of prodromal symptomatology in adolescents at risk for psychotic disorders.*

Autore: Mittal, Vijay A.; Tessner, Kevin D.; Trottman, Hanan D.; Esterberg, Michelle; Dhruv, Shivali H.; Simeonova, Diana I.; McMillan, Amanda L.; Murphy, Erin; Saczawa, Mary E.; Walker, Elaine F.

92. *The relations among putative biorisk markers in schizotypal adolescents: Minor physical anomalies, movement abnormalities, and salivary cortisol.*

Autore: Mittal, Vijay A.; Dhruv, Shivali; Tessner, Kevin D.; Walder, Deborah J.; Walker, Elaine F.

93. *Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood.*

Autore: Skodol, Andrew E.; Johnson, Jeffrey G.; Cohen, Patricia; Sneed, Joel R.; Crawford, Thomas N.

94. *Developmental trajectories associated with juvenile sexually abusive behaviour and emerging severe personality disorder in childhood: 3-year study.*

Autore: Vizard, Eileen; Hickey, Nicole; McCrory, Eamon

95. *Critical developments in the assessment of personality disorder.*

Autore: Tyrer, Peter; Coombs, Natalie; Ibrahim, Fatema; Mathilakath, Anand; Bajaj, Priya; Ranger, Maja; Rao, Bharti; Din, Raana

96. *Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: A review.*

Autore: Lis, Eric; Greenfield, Brian; Henry, Melissa; Guilé, Jean Marc; Dougherty, Geoffrey

97. *Convergent validity of the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI): Association with the Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV).*

Autore: Andershed, Henrik; Hodgins, Sheilagh, Tengström, Anders

98. *Youth with psychopathy features are not a discrete class: A taxometric analysis.*

Autore: Murrie, Daniel C. ; Marcus, David K. ; Douglas, Kevin S. ; Lee, Zina; Salekin, Randall T.; Vincent, Gina

99. *Explica la esquizotipia la discordancia entre informantes de alteraciones conductuales adolescentes?*

Autore: Medina, Cristina; Navarro, J. Blas; Baños, Iris; Martinena, Patricia; Vicens-Vilanova, Jordi; Barrantes-Vidal, Neus; Subirá, Susana; Obiols, Jordi E.

100. *Positive childhood experiences: Resilience and recovery from personality disorder in early adulthood.*

Autore: Skodol, Andrew E.; Bender, Donna S.; Pagano, Maria E.; Shea, M. Tracie; Yen, Shirley; Sanislow, Charles A.; Grilo, Carlos M.; Daversa, Maria T. ; Stout, Robert L.; Zanarini, Mary C.; McGlashan, Thomas H.; Gunderson, John G.

101. *Personality trait differences in boys and girls with clinical or sub-clinical diagnoses of conduct disorder versus antisocial personality disorder.*

Autore: Taylor, Jeanette; Iacono, William G.

102. *Early temperamental and psychophysiological precursors of adult psychopathic personality.*

Autore: Glenn, Andrea L.; Raine, Adrian; Venables, Peter H.; Mednick, Sarnoff A.

103. *The content validity of juvenile psychopathy: An empirical examination.*

Autore: Lynam, Donald R.; Derefinko, Karen J.; Caspi, Avshalom; Loeber, Rolf; Stouthamer-Loeber, Magda.

104. *The association between persistent disruptive childhood behaviour and the psychopathic personality constellation in adolescence: A twin study.*

Autore: Forsman, Mats; Larsson, Henrik; Andershed, Henrik; Lichtenstein, Paul

105. *Why dissociation and schizotypy overlap: The joint influence of fantasy proneness, cognitive failures, and childhood trauma.*

Autore: Giesbrecht, Timo; Merckelbach, Harald; Kater, Maartje; Sluis, Anne Fetsje.

106. *The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample*

Autore: Hurst, Ruth M.; Nelson-Gray, Rosemary O.; Mitchell, John T.; Kwapil, Thomas R.

107. *The influence of parental drinking behaviour and antisocial personality disorder on adolescent behavioural problems: Results of the Greifswalder family study.*

Autore: Barnow, Sven; Ulrich, Ines; Grabe, Hans-J.; Freyberger, Harald J.; Spitzer, Carsten.

108. *DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder.*

Autore: Gelhorn, Heather L.; Sakai, Joseph T.; Price, Rumi Kato; Crowley, Thomas J.

109. *Construct validity of adolescent antisocial personality disorder.*

Autore: Taylor, Jeanette; Elkins, Irene J.; Legrand, Lisa; Peuschold, Dawn; Iacono, William G.

110. *Recollections of parental bonding among women with borderline personality disorder as compared with women with anorexia nervosa and a control group.*

Autore: Laporte, Lise; Guttman, Herta.

111. *A five-year follow-up of patients with borderline pathology of childhood.*

Autore: Zelkowitz, Phyllis; Paris, Joel; Guzder, Jaswant; Feldman, Ronald; Roy, Carmella; Rosval, Lindsay.

112. *Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents.*

Autore: Krischer, Maya K.; Sevecke, Kathrin; Lehmkuhl, Gerd; Pukrop, Ralf.

113. *Pituitary volume in teenagers with first-presentation borderline personality disorder.*

Autore: Garner, Belinda; Chanen, Andrew M.; Phillips, Lisa; Velakoulis, Dennis; Wood, Stephen J.; Jackson, Henry J.; Pantelis, Christos; McGorry, Patrick D.

2008

114. *Premature mortality among males with substance use disorders.*

Autore: Cornelius, Jack R.; Reynolds, Maureen; Martz, Barry M.; Clark, Duncan B.; Kirisci, Levent; Tarter, Ralph.

115. *Treatment of a borderline child with developmental delays: A play therapy case revisited after thirty years.*

Autore: Guarton, Gladys Branly; McCarthy, James B.

116. *Callous and unemotional traits in children and adolescents living in Great Britain.*

Autore: Moran, Paul; Ford, Tamsin; Butler, Georgia; Goodman, Robert.

117. *A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: A pilot study.*

Autore: Horesh, Netta; Ratner, Sharon; Laor, Nathaniel; Toren, Paz.

118. *Borderline personality disorder and adolescence.*

Autore: Miller, Alec L.; Neft, Deborah; Golombeck, Nira.

119. *Interpersonal callousness trajectories across adolescence: Early social influences and adult outcomes.*

Autore: Pardini, Dustin A.; Loeber, Rolf.

120. *Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms.*

Autore: Cohen, Patricia; Chen, Henian; Gordon, Kathy; Johnson, Jeffrey; Brook, Judith; Kasen, Stephanie.

121. *"Antisocial personality disorder with childhood- versus adolescence-onset conduct disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions": Erratum.*

Autore: Goldstein, Risö B.; Grant, Bridget F.; Ruan, W. June; Smith, Sharon M.; Saha, Tulshi D.

122. *Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder among adolescents and young adults: Pilot study, extending the research findings in new settings and cultures.*

Autore: Hjalmarsson, Erik; Käver, Anna; Perseius, Kent-Inge; Cederberg, Kerstin; Ghaderi, Ata.

123. *Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorders in adulthood.*

Autore: Maina, Giuseppe; Albert, Umberto; Salvi, Virginio; Pessina, Enrico; Bogetto, Filippo.

124. *Psychopathic features moderate the relationship between harsh and inconsistent parental discipline and adolescent antisocial behavior.*

Autore: Edens, John F.; Skopp, Nancy A.; Cahill, Melissa A.

125. *Childhood family structure and personality disorders in adulthood.*

Autore: Kantojärvi, L.; Joukamaa, M.; Miettunen, J. Läksy, K.; Herva, A.; Karvonen, J. T.; Taanila, A.; Veijola, J.

126. *Self-injurious behavior in adolescent girls: Association with Psychopathology and Neuropsychological Functions.*

Autore: Ohmann, S.; Schuch, B.; König, M.; Blaas, S.; Fliri, C.; Popow, C.

127. *Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder*

Autore: Semiz, Umit B.; Basoglu, Cengiz; Oner, Ozgur; Munir, Kerim M.; Ates, Alpay; Algul, Ayhan; Ebrinc, Servet; Cetin, Mesut.

128. *Comorbid axis I and axis II disorders in early adolescence: Outcomes 20 years later.*

Autore: Crawford, Thomas N.; Cohen, Patricia; First, Michael B.; Skodol, Andrew E.; Johnson, Jeffrey G.; Kasen, Stephanie.

129. *Mediators of the relationship between childhood sexual abuse and suicidal behavior in borderline personality disorder.*

Autore: Soloff, Paul H.; Feske, Ulrike; Fabio, Anthony.

130. *On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents.*

Autore: Hergovich, Andreas; Schott, Reinhard; Arendasy, Martin.

131. *Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents.*

Autore: Miller, Alec L.; Muehlenkamp, Jennifer J.; Jacobson, Colleen M.

132. *Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: A preliminary open-label trial.*

Autore: Golubchik, Pavel; Sever, Jonathan; Zalsman, Gil; Weizman, Abraham.

133. *Duration of early maternal separation and prediction of schizotypal symptoms from early adolescence to midlife.*

Autore: Anglin, Deidre M.; Cohen, Patricia R.; Chen, Henian .

134. *Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: A prospective follow-up study.*

Autore: Miller, Carlin J.; Flory, Janine D.; Miller, Scott R.; Harty, Seth C.; Newcorn, Jeffrey H.; Halperin, Jeffrey M.

135. *Child development and personality disorder.*

Autore: Cohen, Patricia.

136. *Childhood and current autistic features in adolescents with schizotypal personality disorder.*

Autore: Esterberg, Michelle L.; Trotman, Hanan D.; Brasfield, Joy L.; Compton, Michael T.; Walker, Elaine F.

137. *Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years.*

Autore: Winograd, Greta; Cohen, Patricia; Chen, Henian.

138. *Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning.*

Autore: Herr, Nathaniel R.; Hammen, Constance; Brennan, Patricia A.

139. *Nature against nurture: Calcification in the right thalamus in a young man with anorexia nervosa and obsessive-compulsive personality disorder.*

Autore: Conrad, Rupert; Wegener, Ingo; Geiser, Franziska; Imbierowicz, Katrin; Liedtke, Reinhard.

140. *Borderline personality disorder: An overview of history, diagnosis and treatment in adolescents.*

Autore: Al-Alem, Linah; Omar, Hatim A.

141. *Child and adolescent psychopathy: Stability and change.*

Autore: Salekin, Randall T.; Rosenbaum, Jill; Lee, Zina.

142. *Previously suicidal adolescents: Predictors of six-month outcome.*

Autore: Greenfield, Brian; Henry, Melissa; Weiss, Margaret; Tse, Sze Man; Guile, Jean-Marc; Dougherty, Geoffrey; Zhang, Xun; Fombonne, Eric; Lis, Eric; Lapaine-Remis, Sam; Harnden, Bonnie.

143. *Dimensions of personality pathology in adolescents: Psychometric properties of the DAPP-BQ-A.*

Autore: Tromp, Noor B.; Koot, Hans M.

144. *Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual límite: Un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005.*

Autore: Fajardo, Juana Yolanda Atuesta; Rojas, Rafael Antonio Vásquez; Mendoza, Zulma Consuelo Urrego.

2009

145. *Personality subtypes in disruptive adolescent males.*

Autore: DiLallo, John J.; Jones, Meredith; Westen, Drew.

146. *Childhood abuse and aggression in girls: The contribution of borderline personality disorder.*

Autore: Burnette, Mandi L.; Reppucci, N. Dickon.

147. *Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: A 20-year longitudinal follow-up study.*

Autore: Chen, H.; Cohen, P.; Crawford, T. N.; Kasen, S.; Guan, B.; Gorden, K.

148. *A comparison of the family and childhood backgrounds of hospitalised offenders with schizophrenia or personality disorder.*

Autore: Gibbon, Simon; Ferriter, Michael; Duggan, Conor.

149. *The relationship between attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, and psychopathy in adolescent male and female detainees.*

Autore: Sevecke, Kathrin; Kosson, David S.; Krischer, Maya K.

150. *Stability and change in personality disorder.*

Autore: Clark, Lee Anna.

151. *Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder.*

Autore: Goldberg, Joseph F.; Garino, Jessica L.

152. *Integrating a developmental perspective in dimensional models of personality disorders*

Autore: De Clercq, Barbara; De Fruyt, Filip; Widiger, Thomas A.

153. *The cracked mirror: Features of narcissistic personality disorder in children.*

Autore: Bardenstein, Karen Kernberg.

154. *Size matters: Increased grey matter in boys with conduct problems and callous–unemotional traits.*

Autore: De Brito, Stéphane A.; Mechelli, Andrea; Wilke, Marko; Laurens, Kristin R.; Jones, Alice P.; Barker, Gareth J.; Hodgins, Sheilagh; Viding, Essi.

155. *Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder.*

Autore: Macfie, Jenny.

156. *Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder.*

Autore: Calvo, Rosa; Lázaro, Luisa; Castro-Fornieles, Josefina; Font, Elena; Moreno, Elena; Toro, J.

157. *A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory.*

Autore: Crowell, Sheila E.; Beauchaine, Theodore P.; Linehan, Marsha M.

158. *Assessment of fearless dominance and impulsive antisociality via normal personality measures: Convergent validity, criterion validity, and developmental change.*

Autore: Witt, Edward A.; Donnellan, M. Brent; Blonigen, Daniel M.; Krueger, Robert F.; Conger, Rand D.

159. *Comorbid axis I and axis II disorders in early adolescence: Outcomes 20 years later.*

Autore: Crawford, Thomas N.; Cohen, Patricia; First, Michael B.; Skodol, Andrew E.; Johnson, Jeffrey G.; Kasen, Stephanie.

160. *Pattern emergenti e disturbi di personalità in adolescenza: Il contributo del manuale diagnostico psicodinamico.*

Autore: Ammaniti, Massimo; Fontana, Andrea.

161. *La valutazione della patologia di personalità con la SWAP-200-A: Un'applicazione ad un campione clinico di adolescenti italiani.*

Autore: Williams, Riccardo; Ferrara, Mauro; Aloï, Alessio; Gazzillo, Francesco.

162. *Borderline personality traits are associated with poor clinical and psychosocial functioning in delinquent boys*

Autore: Taylor, Jeanette; James, Lisa M.; Reeves, Mark D.; Kistner, Janet A.

163. *Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women.*

Autore: Specht, Matt W.; Chapman, Alex; Cellucci, Tony.

164. *Continuity of aggressive antisocial behavior from childhood to adulthood: The question of phenotype definition.*

Autore: Hofvander, Björn; Ossowski, Daniel; Lundström, Sebastian; Anckarsäter, Henrik.

165. *Versión reducida del Cuestionario TPSQ de Estilos Perceptuales y de Pensamiento.*

Autore: Fonseca-Pedrero, Eduardo; Paíno, Mercedes; Giráldez, Serafín Lemos; Villazón-García, Úrsula; Cueto, Eduardo García; Bobes, Julio; Muñiz, José.

166. *Childhood personality pathology: Dimensional stability and change.*

Autore: De Clercq, Barbara; Van Leeuwen, Karla; Van Den Noortgate, Wim; De Bolle, Marleen; De Fruyt, Filip.

167. *Multifinality in the development of personality disorders: A biology × sex × environment interaction model of antisocial and borderline traits.*

Autore: Beauchaine, Theodore P.; Klein, Daniel N.; Crowell, Sheila E.; Derbidge, Christina; Gatzke-Kopp, Lisa.

168. *Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective.*

Autore: Widiger, Thomas A.; De Clercq, Barbara; De Fruyt, Filip.

169. *The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence.*

Autore: Shiner, Rebecca L.

170. *Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms.*

Autore: Crawford, Thomas N.; Cohen, Patricia R.; Chen, Henian; Anglin, Deidre M.; Ehrensaft, Miriam.

171. *Neighborhoods and genes and everything in between: Understanding adolescent aggression in social and biological contexts.*

Autore: Hart, Daniel; Marmorstein, Naomi R.

172. *Reliability and diagnostic efficiency of the abbreviated-diagnostic interview for borderlines in an adolescent clinical population.*

Autore: Guilé, Jean Marc; Greenfield, Brian; Berthiaume, Claude; Chapdelaine, Cimon; Bergeron, Lise.

173. *Influence of methylphenidate treatment on smoking behavior in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity and borderline personality disorders.*

Autore: Golubchik, Pavel; Sever, Jonathan ; Weizman, Abraham Geha.

174. *Short-term stability of psychopathic traits in adolescent offenders.*

Autore: Lee, Zina; Klaver, Jessica R.; Hart, Stephen D.; Moretti, Marlene M.; Douglas, Kevin S.

175. *Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents.*

Autore: Leung, See-Wai; Leung, Freedom.

176. *Dimensions of personality pathology in adolescents: Relations to DSM-IV personality disorder symptoms.*

Autore: Tromp, Noor B.; Koot, Hans M.

177. *The stability of psychopathy across adolescence.*

Autore: Lynam, Donald R.; Charnigo, Richard; Moffitt, Terrie E.; Raine, Adrian; Loeber, Rolf; Stouthamer-Loeber, Magda.

178. *A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder.*

Autore: Fonagy, Peter; Luyten, Patrick.

179. *Changing dynamics in problematic personality: A multiwave longitudinal study of the relationship between shyness and aggressiveness from childhood to early adulthood.*

Autore: Hutteman, Roos; Denissen, Jaap J. A.; Asendorpf, Jens B.; Van Aken, Marcel A. G.

180. *Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—A randomized controlled pilot study.*

Autore: Schuppert, H. Marieke; Giesen-Bloo, Josephine; van Gemert, Tonny G.; Wiersema, Herman M.; Minderaa, Ruud B.; Emmelkamp, Paul M. G.; Nauta, Maaïke H.

181. *A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder.*

Autore: LaFrentere, Peter

182. *Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality.*

Autore: Cole, Pamela M.; Llera, Sandra J. ; Pemberton, Caroline K.

183. *A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms.*

Autore: Carlson, Elizabeth A.; Egeland, Byron; Sroufe, L. Alan.

184. *Examining the developmental history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder.*

Autore: Natsuaki, Misaki N.; Cicchetti, Dante; Rogosch, Fred A.

185. *Neurodevelopmental factors associated with schizotypal symptoms among adolescents at risk for schizophrenia.*

Autore: Hans, Sydney L.; Auerbach, Judith G.; Nuechterlein, Keith H.; Asarnow, Robert F.; Asarnow, Joan; Styr, Benedict; Marcus, Joseph.

186. *Does change in temperament predict change in schizoid personality disorder? A methodological framework and illustration from the Longitudinal Study of Personality Disorders.*

Autore: Lenzenweger, Mark F.; Willett Binghamton.

187. *Genetic, environmental, and epigenetic factors in the development of personality disturbance.*

Autore: Depue, Richard A.

188. *Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study.*

Autore: Bornovalova, Marina A.; Hicks, Brian M.; Iacono, William G.; McGue, Matt.

189. *Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-re*

Autore: Gratz, Kim L.; Tull, Matthew T.; Reynolds, Elizabeth K.; Bagge, Courtney L.; Latzman, Robert D.; Daughters, Stacey B.; Lejuez, C. W.

190. *A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder.*

Autore: Horesha, Netta; Nachshoni, Tali; Wolmer, Leo; Toren, Paz.

191. *Funzionamento neurocognitivo nel disturbo borderline di personalità.*

Autore: Poletti, Michele.

192. *School climate and continuity of adolescent personality disorder symptoms.*

Autore: Kasen, Stephanie; Cohen, Patricia; Chen, Henian; Johnson, Jeffrey G.; Crawford, Thomas N.

193. *Changes in maternal depression are associated with MST outcomes for adolescents with co-occurring externalizing and internalizing problems.*

Autore: Grimbos, Teresa; Granic, Isabela.

2010

194. *Making contact with the self-injurious adolescent: Borderline personality disorder, Gestalt therapy, and dialectical behavioral therapy interventions.*

Autore: Williams, Lynn.

195. *A longitudinal twin study of the direction of effects between psychopathic personality and antisocial behaviour.*

Autore: Forsman, Mats; Lichtenstein, Paul; Andershed, Henrik; Larsson, Henrik.

196. *Testing developmental pathways to antisocial personality problems.*

Autore: Diamantopoulou, Sofia; Verhulst, Frank C.; van der Ende, Jan.

197. *Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: Is it disorder specific?*

Autore: Brunner, Romuald; Henze, Romy; Parzer, Peter; Kramer, Jasmin; Feigl, Nina; Lutz, Kira; Essig, Marco; Resch, Franz; Stieltjes, Bram.

198. *Introduction to the commentaries and online forum of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.*

Autore: Gratz, Kim L.

199. *Development and tests of short versions of the Youth Psychopathic Traits Inventory and the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version.*

Autore: van Baardewijk, Yoast; Andershed, Henrik; Stegge, Hedy; Nilsson, Kent W.; Scholte, Evert; Vermeiren, Robert.

200. *Personality disorder profiles in incarcerated male rapists and child molesters.*

Autore: Francia, Charlotte A.; Coolidge, Frederick L.; White, Lorraine A.; Segal, Daniel L.; Cahill, Brian S.; Estey, Alisa J.

201. *L'organizzazione borderline di personalità: Le dinamiche dell'attaccamento nella valutazione e nella psicoterapia.*

Autore: Ammaniti, Massimo.

202. *Personality disorders and mood disorders: Perspectives on diagnosis and classification from studies of longitudinal course and familial associations.*

Autore: Skodol, Andrew E.; Shea, M. Tracie; Yen, Shirley; White, Candace N.; Gunderson, John G.

203. *Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V.*

Autore: Bögels, Susan M.; Alden, Lynn; Beidel, Deborah C.; Clark, Lee Anna; Pine, Daniel S.; Stein, Murray B.; Voncken, Marisol.

204. *Initial orienting to emotional faces in female adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: von Ceumern-Lindenstjerna, Ina-Alexandra; Brunner, Romuald; Parzer, Peter; Mundt, Christoph; Fiedler, Peter; Resch, Franz.

205. *Psychological treatments for antisocial personality disorder: Where is the evidence that group treatment and therapeutic community should be recommended?*

Autore: Emmelkamp, Paul M. G.; Vedel, Ellen.

206. *The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care.*

Autore: Conroy, Susan; Marks, Maureen N.; Schacht, Robin; Davies, Helen A.; Moran, Paul.

207. *Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring.*

Autore: Goodman, Marianne; Patil, Uday; Triebwasser, Joseph; Diamond, Elizabeth; Hiller, Atara; Hoffman, Perry; Goldberg, Shoshana; Koenigsberg, Harold; Siever, Larry; New, Antonia.

208. *Self- and parent report of adolescent personality pathology: Informant agreement and relations to dysfunction.*

Autore: Tromp, Noor B.; Koot, Hans M.

209. *Diagnosis and subtypes of adolescent antisocial personality disorder.*

Autore: Jones, Meredith; Westen, Drew.

210. *CBT for violent men with antisocial personality disorder. Reflections on the experience of carrying out therapy in MASCOT, a pilot randomized controlled trial.*

Autore: Davidson, Kate; Halford, Judith; Kirkwood, Lindsay; Newton-Howes, Giles; Sharp, Melanie; Tata, Philip.

211. *Dimensions of normal and abnormal personality: Elucidating DSM-IV personality disorder symptoms in adolescents.*

Autore: Tromp, Noor B.; Koot, Hans M.

212. *Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations.*

Autore: Crittenden, Patricia M.; Newman, Louise.

213. *Revision and validation of the Family Apperception Test: Some psychometric properties.*

Autore: Roskam, Isabelle; Stiévenart, Marie; Deschuyteneer, Laurence; Heenen-Wolff, Susann

214. *Corpus callosum morphology and relationship to orbitofrontal and lateral ventricular volume in teenagers with first-presentation borderline personality disorder.*

Autore: Walterfang, Mark; Chanen, Andrew M.; Barton, Sarah; Wood, Amanda G.; Jones, Sheena; Reutens, David C.; Chen, Jian; Velakoulis, Dennis; McGorry, Patrick D.; Pantelis, Christos.

215. *Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder.*

Autore: Langley, Audra K.; Lewin, Adam B.; Bergman, R. Lindsey; Lee, Joyce C.; Piacentini, John.

216. *Stability of borderline personality disorder features in girls.*

Autore: Stepp, Stephanie D.; Pilkonis, Paul A.; Hipwell, Alison E.; Loeber, Rolf; Stouthamer-Loeber, Magda.

217. *Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Daly, Anne-Marie; Llewelyn, Susan; McDougall, Emma; Chanen, Andrew M.

218. *Revisiting Lynam's notion of the "fledgling psychopath": Are HIA-CP children truly psychopathic-like?*

Autore: Michonski, Jared D.; Sharp, Carla.

219. *Is it possible to study sleep-wake patterns in adolescent borderline personality disorder? An actigraphic feasibility study.*

Autore: Huynh, Christophe; Guilé, Jean-Marc; Breton, Jean-Jacques; Desrosiers, Lyne; Cohen, David; Godbout, Roger.

220. *Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V.*

Autore: Burke, Jeffrey D.; Waldman, Irwin; Lahey, Benjamin B.

221. *Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes.*

Autore: McMahan, Robert J.; Witkiewitz, Katie; Kotler, Julie S.

222. *A source, a cascade, a schizoid: A heuristic proposal from The Longitudinal Study of Personality Disorders.*

Autore: Lenzenweger, Mark F.

223. *The Five-Factor Model of personality at the facet level: Association with antisocial personality disorder symptoms and prediction of antisocial behavior.*

Autore: Le Corff, Yann; Toupin, Jean.

224. *Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence.*

Autore: Esterberg, Michelle L.; Goulding, Sandra M.; Walker, Elaine F.

225. *Measurement and assessment of child and adolescent personality pathology: Introduction to the special issue.*

Autore: Tackett, Jennifer L.

226. *Understanding obsessive-compulsive personality disorder in adolescence: A dimensional personality perspective.*

Autore: Aelterman, Nathalie; Decuyper, Mieke; De Fruyt, Filip.

227. *Emergent issues in assessing personality pathology: Illustrations from two studies of adolescent personality and related pathology.*

Autore: Clark, Lee Anna.

228. *The relation between dimensions of normal and pathological personality and childhood maltreatment in incarcerated boys.*

Autore: Nederlof, E. ; Van der Ham, J . M. ; Dingemans, P. M. J. A.; Oei, T. I.

229. *Reduced cardiac autonomic flexibility associated with medically unexplained somatic complaints in the context of internalizing symptoms in a preadolescent population sample: The TRAILS Study.*

Autore: Dietrich, Andrea; Greaves-Lord, Kirstin; Bosch, Nienke M.; Oldehinkel, Albertine J.; Minderaa, Ruud B.; Hoekstra, Pieter J.; Althaus, Monika.

230. *Attentional bias in later stages of emotional information processing in female adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: von Ceumern-Lindenstjerna, Ina-Alexandra; Brunner, Romuald; Parzer, Peter; Mundt, Christoph; Fiedler, Peter; Resch, Franz

2011

231. *Rorschach psychopathological index (Exner CS) for assessing personality disorders in adolescence.*

Autore: Cristofanelli, Stefania; Fassio, Omar; Ferro, Laura; Zennaro, Alessandro.

232. *The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents.*

Autore: You, Jianing; Leung, Freedom; Fu, Kei; Lai, Ching Man.

233. *Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents.*

Autore: Cosgrove, Victoria E.; Rhee, Soo H.; Gelhorn, Heather L.; Boeldt, Debra; Corley, Robin C.; Ehringer, Marissa A.; Young, Susan E.; Hewitt, John K.

234. *Childhood PTSD roots of Borderline Personality Disorder-Emotionally Unstable Personality Disorder.*

Autore: Case, Walter M.; Dubey, Bankey L.

235. *Le bizutage du destini, Le psychodrame à l'adolescence, une histoire à construire*

Autore: Schmitt, Marzena Slomska; Leymarie, Jean-Pierre.

236. *Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists.*

Autore: Griffiths, Mark.

237. *A one year study of mode deactivation therapy: Adolescent residential patients with conduct and personality disorders.*

Autore: Murphy, Christopher J.; Siv, Alexander M.

238. *Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up.*

Autore: Fleischhaker, Christian; Böhme, Renate; Sixt, Barbara; Brück, Christiane; Schneider, Csilla; Schulz, Eberhard.

239. *Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-harm in ethnically diverse adolescent outpatients.*

Autore: Muehlenkamp, Jennifer J.; Ertelt, Troy W.; Miller, Alec L.; Claes, Laurence.

240. *General and maladaptive personality dimensions in pediatric obsessive-compulsive symptoms.*

Autore: Aelterman, Nathalie; De Clercq, Barbara; De Bolle, Marleen; De Fruyt, Filip.

241. *Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring.*

Autore: Goodman, Marianne; Patil, Uday; Triebwasser, Joseph; Hoffman, Perry; Weinstein, Zachary A.; New, Antonia.

242. *Assessment of abnormal personality in childhood: A Delphi survey of questionnaire data.*

Autore: Elliott, Tamara; Tyrer, Peter; Horwood, John; Fergusson, David.

243. *Testing the biosocial model of borderline personality disorder: Results of a prospective 5 year longitudinal study.*

Autore: Arens, Elisabeth A.; Grabe, Hans-J. ; Spitzer, Carsten; Barnow, Sven.

244. *Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders.*

Autore: Barneveld, Petra S.; Pieterse, Jolijn; de Sonnevill, Leo; van Rijn, Sophie; Lahuis, Bertine; van Engeland, Herman; Swaab, Hanna.

245. *Longitudinal study of stressful life events and daily stressors among adolescents at high risk for psychotic disorders.*

Autore: Tessner, Kevin D.; Mittal, Vijay; Walker, Elaine F.

246. *A pilot study of wishes and fears (motives) among personality disorders.*

Autore: Perry, J. Christopher; Despland, Jean-Nicolas.

247. *Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Klein, Dena A.; Miller, Alec L.

248. *Childhood CBCL bipolar profile and adolescent/young adult personality disorders: A 9-year follow-up.*

Autore: Halperin, Jeffrey M.; Rucklidge, Julia J.; Powers, Robyn L.; Miller, Carlin J.; Newcorn, Jeffrey H.

249. *'Theory of Mind', psychotic-like experiences and psychometric schizotypy in adolescents from the general population.*

Autore: Barragan, Marcela; Laurens, Kristin R.; Navarro, José Blas; Obiols, Jordi E.

250. *Joint trajectories for social and physical aggression as predictors of adolescent maladjustment: Internalizing symptoms, rule-breaking behaviors, and borderline and narcissistic personality features.*

Autore: Underwood, Marion K.; Beron, Kurt J.; Rosen, Lisa H.

251. *Going beyond students: An association between mixed-hand preference and schizotypy subscales in a general population.*

Autore: Chapman, Heidi L.; Grimshaw, Gina M.; Nicholls, Michael E. R.

252. *Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits.*

Autore: Sharp, Carla; Pane, Heather; Ha, Carolyn; Venta, Amanda; Patel, Ameer B.; Sturek, Jennifer; Fonagy, Peter.

253. *Group analytical work with violent preadolescents: Working through and subjectivation.*

Autore: Pinel, Jean-Pierre.

254. *Heritability and longitudinal stability of schizotypal traits during adolescence.*

Autore: Ericson, Marissa; Tuvblad, Catherine; Raine, Adrian; Young-Wolff, Kelly; Baker, Laura A.

255. *The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Disorder Features Scale for Children in a community sample of boys.*

Autore: Sharp, Carla; Mosko, Orion; Chang, Bonny; Ha, Carolyn.

256. *The criterion validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in an adolescent inpatient setting.*

Autore: Chang, Bonny; Sharp, Carla; Ha, Carolyn.

257. *Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence.*

Autore: Biskin, Robert S.; Paris, Joel; Renaud, Johanne; Raz, Amir; Zelkowitz, Phyllis.

258. *La relazione tra deficit neuropsicologici e rischio psicopatologico in adolescenza: Un caso clinico.*

Autore: Poletti, Michele.

259. *Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits.*

Autore: Gratz, Kim L.; Litzman, Robert D.; Tull, Matthew T.; Reynolds, Elizabeth K.; Lejuez, C. W.

260. *Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) in adolescents: Reliability and validity.*

Autore: Feenstra, Dine J.; Hutsebaut, Joost; Verheul, Roel; Busschbach, Jan J. V.

261. *Peer victimization partially mediates the schizotypy-aggression relationship in children and adolescents.*

Autore: Raine, Adrian; Fung, Annis Lai-chu; Lam, Bess Yin Hung.

262. *Validation de la version française du questionnaire de personnalité schizotypique de Raine dans la population adolescente : Étude de la structure factorielle.*

Autore: Badoud, D.; Chanal, J.; Van der Linden, M.; Eliez, S.; Debbané, M.

263. *ADHD in adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Speranza, Mario; Revah-Levy, Anne; Cortese, Samuele; Falissard, Bruno; Pham-Scottez, Alexandra; Corcos, Maurice.

264. *Substance use disorders and comorbid axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: Findings from a large electronic health records database.*

Autore: Wu, Li-Tzy; Gersing, Ken; Burchett, Bruce; Woody, George E.; Blazer, Dan G.

265. *Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa.*

Autore: Gaudio, Santino; Ciommo, Vincenzo Di

266. *Measurement invariance of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief across gender and age.*

Autore: Fonseca-Pedrero, Eduardo; Paino, Mercedes; Lemos-Giráldez, Serafín; Sierra-Baigrie, Susana; Muñiz, José

2012

267. *Assessment of adolescent personality disorders through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and theoretical implications.*

Autore: Ammaniti, Massimo; Fontana, Andrea; Clarkin, Audrey; Clarkin, John F.; Nicolais, Giampaolo; Kernberg, Otto F.

268. *Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention.*

Autore: Stepp, Stephanie D.; Whalen, Diana J.; Pilkonis, Paul A.; Hipwell, Alison E.; Levine, Michele D.

269. *Deliberate self-harm among underserved adolescents: The moderating roles of gender, race, and school-level and association with borderline personality features.*

Autore: Gratz, Kim L.; Latzman, Robert D.; Young, John; Heiden, Laurie J.; Damon, John; Hight, Terry; Tull, Matthew T.

270. *Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression.*

Autore: Conroy, Susan; Pariante, Carmine M.; Marks, Maureen N.; Davies, Helen A.; Farrelly, Simone; Schacht, Robin; Moran, Paul.

271. *Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section.*

Autore: Stepp, Stephanie D.

272. *Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls*

Autore: Stepp, Stephanie D.; Burke, Jeffrey D.; Hipwell, Alison E.; Loeber, Rolf

273. *Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men.*

Autore: Burke, Jeffrey D.; Stepp, Stephanie D.

274. *Differentiating adolescent self-injury from adolescent depression: Possible implications for borderline personality development.*

Autore: Crowell, Sheila E.; Beauchaine, Theodore P.; Hsiao, Ray C.; Vasilev, Christina A.; Yaptangco, Mona; Linehan, Marsha M.; McCauley, Elizabeth.

275. *Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Loas, Gwenolé; Speranza, Mario; Pham-Scottez, Alexandra; Perez-Diaz, Fernando; Corcos, Maurice.

276. *Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children.*

Autore: Belsky, Daniel W.; Caspi, Avshalom; Arseneault, Louise; Bleidorn, Wiebke; Fonagy, Peter; Goodman, Marianne; Houts, Renate; Moffitt, Terrie E.

277. *A preliminary study of the relation between trauma symptoms and emerging BPD in adolescent inpatients.*

Autore: Venta, Amanda; Kenkel-Mikelonis, Robyn; Sharp, Carla.

278. *Childhood precursors of personality disorders: Evaluation and treatment.*

Autore: Kestenbaum, Clarice J.

279. *Vocal and facial emotion decoding difficulties relating to social and thought problems: Highlighting schizotypal personality disorder.*

Autore: Wickline, Virginia B.; Nowicki, Stephen; Bollini, Annie M.; Walker, Elaine F.

280. *The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among Chinese adolescents.*

Autore: You, Jianing; Leung, Freedom; Lai, Ching Man; Fu, Kei.

281. *Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents.*

Autore: Speranza, Mario; Pham-Scottez, Alexandra; Revah-Levy, Anne; Barbe, Remy P.; Perez-Diaz, Fernando; Birmaher, Boris; Corcos, Maurice.

282. *The relationship between the youth psychopathic traits inventory and psychopathology in a U.S. community sample of male youth.*

Autore: Seals, Robert W.; Sharp, Carla; Ha, Carolyn; Michonski, Jared D.

283. *Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood.*

Autore: Anglin, Deidre M.; Corcoran, Cheryl M.; Brown, Alan S.; Chen, Henian; Lighty, Quenesha; Brook, Judith S.; Cohen, Patricia R.

284. *The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders: At the mercy of unpredictability*

Autore: Berg-Nielsen, Turid Suzanne; Wichström, Lars.

285. *What lies behind postnatal depression: It is only a mood disorder?*

Autore: Apter, Gisèle; Devouche, Emmanuel; Gratier, Maya; Valente, Marina; Le Nestour, Annick.

286. *Peer victimization as a risk factor for schizotypal personality in childhood and adolescence.*

Autore: Fung, Annis Lai-Chu; Raine, Adrian.

287. *Child and adolescent psychopathy: A state-of-the-art reflection on the construct and etiological theories.*

Autore: da Silva, Ribeiro Diana; Rijo, Daniel; Salekin, Randall T.

288. *The influence of personality disorders on the use of mental health services in adolescents with psychiatric disorders.*

Autore: Magallón-Neri, Ernesto M.; Canalda, Gloria; De la Fuente, J. Eugenio; Forns, Maria; García, Raquel; González, Esther; Castro-Fornieles, Josefina.

289. *Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder.*

Autore: De Genna, Natacha M.; Feske, Ulrike; Larkby, Cynthia; Angiolieri, Teresa; Gold, Melanie A.

290. *Psychopathic personality traits and environmental contexts: Differential correlates, gender differences, and genetic mediation.*

Autore: Hicks, Brian M.; Carlson, Marie D.; Blonigen, Daniel M.; Patrick, Christopher J.; Iacono, William G.; MGue, Matt.

291. *Screening for personality disorder in incarcerated adolescent boys: Preliminary validation of an adolescent version of the Standardised Assessment of Personality–Abbreviated Scale (SAPAS-AV).*

Autore: Kongerslev, Mickey; Moran, Paul; Bo, Sune; Simonsen, Erik.

292. *Pathways and processes of risk in associations among maternal antisocial personality symptoms, interparental aggression, and preschooler's psychology.*

Autore: Davies, Patrick T. ; Sturge-Apple, Melissa L.; Cicchetti, Dante; Manning, Liviah G.; Vonhold, Sara E.

293. *Instantiating the multiple levels of analysis perspective in a program of study on externalizing behavior.*

Autore: Beauchaine, Theodore P.; Gatzke-Kopp, Lisa M.

294. *The burden of disease among adolescents with personality pathology: Quality of life and costs.*

Autore: Feenstra, Dine J. ; Hutsebaut, Joost; Laurensen, Elisabeth M. P.; Verheul, Roel; Busschbach, Jan J. V. ; Soeteman, Djøra I.

295. *Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the childhood interview for DSM-IV borderline personality disorder in a sample of adolescent inpatients.*

Autore: Sharp, Carla; Ha, Carolyn; Michonski, Jared; Venta, Amanda; Carbone, Crystal.

296. *What is the long-term outcome of boys who steal at age eight? Findings from the Finnish nationwide "From A Boy To A Man" birth cohort study.*

Autore: Sourander, André; Fossum, Sturla; Rønning, John A.; Elonheimo, Henrik; Ristkari, Terja; Kumpulainen, Kirsti; Tamminen, Tuula; Piha, Jorma; Moilanen, Irma; Almqvist, Fredrik.

297. *The relationship between childhood conduct disorder and adult antisocial behavior is partially mediated by early-onset alcohol abuse.*

Autore: Khalifa, Najat; Duggan, Conor; Howard, Rick; Lumsden, John.

298. *Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence.*

Autore: Deborde, Anne-Sophie; Miljkovitch, Raphaële; Roy, Caroline; Bigre, Corinne Dugré-Le; Pham-Scottetz, Alexandra; Speranza, Mario; Corcos, Maurice.

299. *Personality disorders and accentuations in at-risk persons with and without conversion to first-episode psychosis.*

Autore: Schultze-Lutter, Frauke; Klosterkötter, Joachim; Michel, Chantal; Winkler, Karen; Ruhrmann, Stephan.

300. *Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Kaess, Michael; von Ceumern-Lindenstjerna, Ina-Alexandra; Parzer, Peter; Chanen, Andrew; Mundt, Christoph; Resch, Franz; Brunner, Romuald.

301. *Suicide ideation and attempts among inpatient adolescents with borderline personality disorder: Frequency, intensity and age of onset.*

Autore: Venta, Amanda; Ross, Elizabeth; Schatte, Dawnelle; Sharp, Carla.

302. *Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years.*

Autore: Winsper, C.; Zanarini, M.; Wolke, D.

303. *Using a sibling design to compare childhood adversities in female patients with BPD and their sisters.*

Autore: Laporte, Lise; Paris, Joel; Guttman, Herta; Russell, Jennifer; Correa, José A.

304. *Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: A randomized controlled trial.*

Autore: Schuppert, H. Marieke; Timmerman, Marieke E.; Bloo, Josephine; van Gemert, Tonny G.; Wiersema, Herman M.; Minderaa, Ruud B.; Emmelkamp, Paul M.G.; Nauta, Maaïke H.

305. *Incremental validity of Borderline Personality Disorder relative to Major Depressive Disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents.*

Autore: Sharp, Carla; Green, Kelly L.; Yaroslavsky, Ilya; Venta, Amanda; Zanarini, Mary C.; Pettit, Jeremy.

306. *Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Robin, Marion; Pham-Scottez, Alexandra; Curt, Florence; Dugre-Le Bigre, Corinne; Speranza, Mario; Sapinho, David; Corcos, Maurice; Berthoz, Sylvie; Kedia, Gayannée.

2013

307. *An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11- to 12-year-old children.*

Autore: Michonski, Jared D.; Sharp, Carla; Steinberg, Lynne; Zanarini, Mary C.

308. *Working around a contested diagnosis: Borderline personality disorder in adolescence.*

Autore: Koehne, Kristy; Hamilton, Bridget; Sands, Natisha; Humphreys, Cathy.

309. *Adult antisocial syndrome comorbid with borderline personality disorder is associated with severe conduct disorder, substance dependence and violent antisociality.*

Autore: Freestone, Mark; Howard, Rick; Coid, Jeremy W.; Ullrich, Simone.

310. *Neurobiology of borderline personality disorder (BPD) and antisocial personality disorder (APD).*

Autore: Buchheim, Anna; Roth, Gerhard; Schiepek, Günter; Pogarell, Oliver; Karch, Susanne.

311. *Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress.*

Autore: Brook, Judith S.; Brook, David W.; Zhang, Chenshu; Seltzer, Nathan ; Finch, Stephen J.

312. *The borderline mother and her child: A couple at risk.*

Autore: Chlebowsky, Susan M.

313. *Traumatic events and personality features in borderline personality disorder.*

Autore: Cierpiałkowska, Lidia; Pasikowski, Tomasz.

314. *Hypomania spectrum disorder in adolescence: A 15-year follow-up of non-mood morbidity in adulthood.*

Autore: Päären, Aivar; Bohman, Hannes; von Knorring, Anne-Liis; von Knorring, Lars; Olsson, Gunilla; Jonsson, Ulf.

315. *Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design.*

Autore: Bornoalova, Marina A.; Huibregtse, Brooke M.; Hicks, Brian M.; Keyes, Margaret; McGue, Matt; Iacono, William.

316. *Prodromal and autistic symptoms in schizotypal personality disorder and 22q11.2 deletion syndrome.*

Autore: Esterberg, Michelle L.; Ousley, Opal Y.; Cubells, Joseph F.; Walker, Elaine F.

317. *Non-suicidal self-injury.*

Autore: Wilkinson, Paul.

318. *Evidence for a multi-dimensional latent structural model of externalizing disorders.*

Autore: Witkiewitz, Katie; King, Kevin; McMahon, Robert J.; Wu, Johnny; Luk, Jeremy; Bierman, Karen L.; Coie, John D.; Dodge, Kenneth A.; Greenberg, Mark T.; Lochman, John E.; Pinderhughes, Ellen E.

319. *Temperamental patterns in female adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Kaess, Michael; Resch, Franz; Parzer, Peter; von Ceumern-Lindenstjerna, Ina-Alexandra; Henze, Romy; Brunner, Romuald.

320. *Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists.*

Autore: Laurensen, Elisabeth Martina Petronella; Hutsebaut, Joost; Feenstra, Dine Jerta; Van Busschbach, Jan Jurgen; Luyten, Patrick.

321. *Mentalization-based treatment: Can it be translated into practice in clinical settings and teams?*

Autore: Rossouw, Trudie I.

322. *Borderline personality disorder in adolescence: The case for medium stay inpatient treatment.*

Autore: Williams, Laurel.

323. *Controversies in autism: Is a broader model of social disorders needed?*
Autore: Hrdlicka, Michal; Dudova, Iva.
324. *The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents.*
Autore: Schramm, Andrew T.; Venta, Amanda; Sharp, Carla.
325. *Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents.*
Autore: Cailhol, L.; Jeannot, M.; Rodgers, R.; Guelfi, J. D.; Perez-Diaz, F.; Pham-Scottez, A.; Corcos, M.; Speranza, M.
326. *Methylation of the glucocorticoid receptor gene promoter in bulimic women: Associations with borderline personality disorder, suicidality, and exposure to childhood abuse.*
Autore: Steiger, Howard; Labonté, Benoit; Groleau, Patricia; Turecki, Gustavo; Israel, Mimi.
327. *Axis II comorbidity of borderline personality disorder in adolescents.*
Autore: Loas, Gwenolé; Pham-Scottez, Alexandra; Cailhol, Lionel; Perez-Diaz, Fernando; Corcos, Maurice; Speranza, Mario.
328. *Usefulness of the International Personality Disorder Examination screening questionnaire for borderline and impulsive personality pathology in adolescents.*
Autore: Magallón-Neri, Ernesto M.; Forns, Maria; Canalda, Gloria; De La Fuente, J. Eugenio; García, Raquel; González, Esther; Lara, Anais; Castro-Fornieles, Josefina.
329. *Screening cluster A and cluster B personality disorders in Chinese high school students.*
Autore: Wang, Yuping; Xiongzhaoh, Zhu; Cai, Lin; Wang, Qin; Wang, Mengcheng; Yi, Jinyao; Yao, Shuqiao.
330. *Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood.*
Autore: Lyons-Ruth, Karlen; Bureau, Jean-Francois; Holmes, Bjarne; Easterbrooks, Ann; Brooks, Nancy Hall.
331. *The relationship between large cavum septum pellucidum and antisocial behavior, callous unemotional traits and psychopathy in adolescents.*
Autore: White, Stuart F.; Brislin, Sarah; Sinclair, Stephen; Fowler, Katherine A.; Pope, Kayla; Blair, R. James R.
332. *Borderline personality features and implicit shame-prone self-concept in middle childhood and early adolescence.*
Autore: Hawes, David J.; Helyer, Rebekah; Herlianto, Eugene C.; Willing, Jonah.
333. *Borderline personality disorder in suicidal adolescents.*
Autore: Yen, Shirley; Gagnon, Kerry; Spirito, Anthony.
334. *KCNIP4 as a candidate gene for personality disorders and adult ADHD.*
Autore: Weißflog, Lena; Scholz, Claus-Jürgen; Jacob, Christian P.; Nguyen, Thuy Trang; Zamzow, Karin; Groß-Lesch, Silke; Renner, Tobias J.; Romanos, Marcel; Rujescu, Dan; Walitza, Susanne; Kneitz, Susanne; Lesch, Klaus-Peter; Reif, Andreas.

335. *Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial.*

Autore: Bohus, Martin; Dyer, Anne S.; Priebe, Kathlen; Krüger, Antje; Kleindienst, Nikolaus; Schmahl, Christian; Niedtfeld, Inga; Steil, Regina.

336. *Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features.*

Autore: Stepp, Stephanie D.; Olino, Thomas M.; Klein, Daniel N.; Seeley, John R.; Lewinsohn, Peter M.

337. *Omega-3 fatty acid supplementation in adolescents with borderline personality disorder and ultra-high risk criteria for psychosis: A post hoc subgroup analysis of a double-blind, randomized controlled*

Autore: Amminger, G. Paul; Chanen, Andrew M.; Ohmann, Susanne; Klier, Claudia M.; Mossaheb, Nilufar; Bechdolf, Andreas; Nelson, Barnaby; Thompson, Andrew; McGorry, Patrick D.; Yung, Alison R.; Schäfer, Miriam R.

338. *Adolescence and borderline behavior—Between personality development and personality disorder.*

Autore: Streeck-Fischer, Annette.

339. *The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders.*

Autore: Schmeck, Klaus; Schlüter-Müller, Susanne; Foelsch, Pamela A; Doering, Stephan.

340. *Psychometric properties of a culture-adapted Spanish version of AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Mexico.*

Autore: Kassin, Moises; De Castro, Filipa; Arango, Ivan; Goth, Kirstin.

341. *Personality dimensions as common and broadband-specific features for internalizing and externalizing disorders.*

Autore: Hink, Laura K.; Rhee, Soo H.; Corley, Robin P.; Cosgrove, Victoria E.; Hewitt, John K.; Schulz-Heik, Robert J.; Lahey, Benjamin B.; Waldman, Irwin D.

342. *Reliability and validity of borderline personality disorder in hospitalized adolescents.*

Autore: Glenn, Catherine R.; Klonsky, E. David.

343. *The neurobiological basis of adolescent-onset borderline personality disorder.*

Autore: Goodman, Marianne; Mascitelli, Kathryn; Triebwasser, Joseph.

344. *Treatment of borderline personality disorder in youth.*

Autore: Biskin, Robert S.

345. *Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence.*

Autore: Jovev, Martina; McKenzie, Trudi; Whittle, Sarah; Simmons, Julian G.; Allen, Nicholas B.; Chanen, Andrew M.

346. *Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa.*

Autore: Gazzillo, Francesco; Lingiardi, Vittorio; Peloso, Anna; Giordani, Silvia; Vesco, Serena; Zanna, Valeria; Filippucci, Ludovica; Vicari, Stefano.

347. *Associations between psychosocial problems and personality disorders among Egyptian adolescents.*

Autore: Elbheiry, Abd-Elraqueep.

348. *Psychopathic personality and negative parent-to-child affect: A Longitudinal Cross-lag Twin Study.*

Autore: Tuvblad, Catherine; Bezdjian, Serena; Raine, Adrian; Baker, Laura A.

349. *Predictors for exacerbation/improvement of postpartum depression—A focus on anxiety, the mothers' experiences of being cared for by their parents in childhood and borderline personality: A perspective*

Autore: Choi, Hyungin; Yamashita, Tatsuhisa; Wada, Yoshihisa; Kohigashi, Mutsumi; Mizuhara, Yuki; Nagahara, Yuri; Nishizawa, Susumu; Tominaga, Toshiyuki; Fukui, Kenji.

350. *Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder.*

Autore: Bjornsson, Andri S.; Didie, Elizabeth R.; Grant, Jon E.; Menard, William; Stalker, Emily; Phillips, Katharine A.

351. *Development of schizotypal symptoms following psychiatric disorders in childhood or adolescence.*

Autore: Fagel, Selene S. A. A.; Swaab, Hanna; De Sonnevile, Leo M. J.; Van Rijn, Sophie; Pieterse, Jolijn K.; Scheepers, Floor; Van Engeland, Herman

352. *Mentalization-based treatment.*

Autore: Bateman, Anthony; Fonagy, Peter.

353. *Borderline personality disorders: The central role of emotional dysregulation.*

Autore: Speranza, M.

354. *Living from day to day—Qualitative study on borderline personality disorder in adolescence.*

Autore: Spodenkiewicz, Michel; Speranza, Mario; Taïeb, Olivier; Pham-Scottez, Alexandra; Corcos, Maurice; Révah-Levy, Anne.

355. *Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: A preliminary study.*

Autore: Dorrepaal, Ethy; Thomaes, Kathleen; Smit, Johannes H.; Veltman, Dick J.; Hoogendoorn, Adriaan W.; van Balkom, Anton J. L. M.; Draijer, Nel

356. *The development of personality extremity from childhood to adolescence: Relations to internalizing and externalizing problems.*

Autore: Van den Akker, Alithe L.; Prinzie, Peter; Deković, Maja; De Haan, Amaranta D.; Asscher, Jessica J.; Widiger, Thomas.

357. *The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits.*

Autore: Ha, Carolyn; Sharp, Carla; Ensink, Karin; Fonagy, Peter; Cirino, Paul.

358. *Developmental trajectories to male borderline personality disorder.*

Autore: Goodman, Marianne; Patel, Uday; Oakes, Allison; Matho, Andrea; Triebwasser, Joseph.

359. *Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study.*

Autore: Barnow, Sven; Aldinger, Maren; Arens, Elisabeth A.; Ulrich, Ines; Spitzer, Carsten; Grabe, Hans-Jürgen; Stopsack, Malte.

360. *Assessing adolescent personality disorders with the Shedler–Westen Assessment Procedure for Adolescents.*

Autore: DeFife, Jared A.; Malone, Johanna C.; DiLallo, John; Westen, Drew.

361. *Borderline personality disorder in adolescents.*

Autore: Courtney-Seidler, Elizabeth; Klein Dena; Miller Alec L.

2014

362. *Does the concept of borderline personality features have clinical utility in childhood?*

Autore: Hawes, David J.

363. *Childhood adversity and borderline personality disorder: A focus on adolescence.*

Autore: Newnham, Elizabeth A.; Janca, Aleksandar; Francois-Xavier Bagnoud.

364. *When I look into my baby's eyes...Infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder.*

Autore: Elliot, Ricki-Leigh; Campbell, Linda; Hunter, Mick; Cooper, Gavin; Melville, Jessica; McCabe, Kathryn; Newman, Louise; Loughland, Carmel.

365. *Disorder-specific white matter alterations in adolescent borderline personality disorder.*

Autore: Maier-Hein, Klaus H.; Brunner, Romuald; Lutz, Kira; Henze, Romy; Parzer, Peter; Feigl, Nina; Kramer, Jasmin; Meinzer, Hans-Peter; Resch, Franz; Stieltjes, Bram.

366. *Affective behavior during mother–daughter conflict and borderline personality disorder severity across adolescence*

Autore: Whalen, Diana J.; Scott, Lori N.; Jakubowski, Karen P.; McMakin, Dana L.; Hipwell, Alison E.; Silk, Jennifer S.; Stepp, Stephanie D.

367. *An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: Refinement of the BPFSC using IRT.*

Autore: Sharp, Carla; Steinberg, Lynne; Temple, Jeff; Newlin, Elizabeth.

368. *Parental rejection, personality maladjustment and anxiety symptoms in adolescents with somatoform disorders.*

Autore: Naz, Fauzia; Kausar, Rukhsana.

369. *Lifetime prevalence and co-morbidity of externalizing disorders and depression in prospective assessment.*

Autore: Hamdi, N. R.; Iacono, W. G.

370. *Do psychopathic traits assessed in mid-adolescence predict mental health, psychosocial, and antisocial, including criminal outcomes, over the subsequent 5 years?*

Autore: Hemphälä, Malin; Hodgins, Sheilagh.

371. *Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: Toward an integrative developmental model.*

Autore: De Fruyt, Filip; De Clercq, Barbara.

372. *A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed personality disorders, and experiences of childhood trauma*

Autore: Swart, Joan; Apsche, Jack.

373. *El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en Puerto Rico: Estudio de casos*

Autore: Alvarado Santiago, Ivelisse; Rosario Nieves, Ilia; García Trabal, Norma Jean.

374. *L'ex et son implicite.*

Autore: Lemaire, Jean-G.

375. *Sixmonth trajectory of suicidal ideation in adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Selby, Edward A.; Yen, Shirley.

376. *Identity: Empirical contribution: Changes in the identity integration of adolescents in treatment for personality disorders.*

Autore: Feenstra, Dine J.; Hutsebaut, Joost; Verheul, Roel; van Limbeek, Jacques.

377. *Relationships: Empirical contribution: Understanding personality pathology in adolescents: The five factor model of personality and social information processing.*

Autore: Hessels, Christel; van den Hanenberg, Danique; de Castro, Bram Orobio; van Aken, Marcel A. G.

378. *Hormones: Empirical contribution: Cortisol reactivity and recovery in the context of adolescent personality disorder.*

Autore: Tackett, Jennifer L.; Kushner, Shauna C.; Josephs, Robert A.; Harden, K. Paige; Page-Gould, Elizabeth; Tucker-Drob, Elliot M.

379. *Art therapy groups for adolescents with personality disorders.*

Autore: Gatta, Michela; Gallo, Cristina; Vianello, Marika.

380. *Incarcerated youth with personality disorders: Prevalence, comorbidity and convergent validity.*

Autore: Kaszynski, Katie; Kallis, Diana L.; Karnik,; Soller, Marie; Hunter, Scott; Haapanen, Rudy; Blair, James; Steiner, Hans.

381. *The relationship between hippocampal asymmetry and temperament in adolescent borderline and antisocial personality pathology.*

Autore: Jovev, Martina; Whittle, Sarah; Yücel, Murat; Simmons, Julian Guy; Allen, Nicholas B.; Chanen, Andrew M.

382. *Diazepam binding inhibitor and dehydroepiandrosterone sulphate plasma levels in borderline personality disorder adolescents.*

Autore: Conti, Elisa; Nacinovich, Renata; Bomba, Monica; Uccellini, Orlando; Rossi, Maria Sara; Casati, Marco; Neri, Francesca; Ferrarese, Carlo; Tremolizzo, Lucio.

383. *Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: A pilot study.*

Autore: Laurensen, Elisabeth M. P.; Hutsebaut, Joost; Feenstra, Dine J.; Bales, Dawn L.; Noom, Marc J.; Busschbach, Jan J. V.; Verheul, Roel; Luyten, Patrick.

384. *The neuropsychological contributors to psychopathic personality traits in adolescence.*

Autore: May, Joshua S.; Beaver, Kevin M.

385. *Neither too much, nor too little. The dilemma of identifying personality disorders in adolescents patients with self-reports.*

Autore: Magallón-Neri, Ernesto; De la Fuente, José Eugenio; Canalda, Gloria; Forns, Maria; García, Raquel; González, Esther; Lara, Anais; Castro-Fornieles, Josefina.

386. *Reduced cortical and subcortical volumes in female adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Richter, Julia; Brunner, Romuald; Parzer, Peter; Resch, Franz; Stieltjes, Bram; Henze, Romy.

387. *The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies.*

Autore: Kim, Sohye; Sharp, Carla; Carbone, Crystal.

388. *A pilot intervention of multifamily dialectical behavior group therapy in a treatment-seeking adolescent population: Effects on teens and their family members.*

Autore: Uliaszek, Amanda A.; Wilson, Syla; Mayberry, Megan; Cox, Keith; Maslar, Michael.

389. *The hierarchical structure and construct validity of the PID5 trait measure in adolescence.*

Autore: De Clercq, Barbara; De Fruyt, Filip; De Bolle, Marleen; Van Hiel, Alain; Markon, Kristian E.; Krueger, Robert F.

390. *The validity of the MSI-BPD among inpatient adolescents.*

Autore: Noblin, J. Leigh; Venta, Amanda; Sharp, Carla.

391. *Personality constellations of adolescents with histories of traumatic parental separations.*

Autore: Malone, Johanna C.; Westen, Drew; Levendosky, Alytia A.

392. *School mobility and prospective pathways to psychotic-like symptoms in early adolescence: A prospective birth cohort study.*

Autore: Singh, Swaran P.; Winsper, Catherine; Wolke; Bryson, Alex.

393. *An empirically derived classification of adolescent personality disorders.*

Autore: Westen, Drew; DeFife, Jared A.; Malone, Johanna C.; DiLallo, John.

394. *Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders.*

Autore: Magallón-Neri, Ernesto; González, Esther; Canalda, Gloria; Forns, Maria; De La Fuente, J. Eugenio; Martínez, Estebán; García, Raquel; Lara, Anais; Vallès, Antoni; Castro-Fornieles, Josefina.

395. *Age in school cohort, borderline personality disorder, and neurofeedback.*

Autore: Wagner, Karen Dineen.

396. *Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls.*

Autore: Stepp, Stephanie D.; Whalen, Diana J.; Scott, Lori N.; Zalewski, Maureen; Loeber, Rolf; Hipwell, Alison E.

397. *Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Ha, Carolyn; Balderas, Jessica C.; Zanarini, Mary C.; Oldham, John; Sharp, Carla.

398. *Predictors of treatment outcome of inpatient psychotherapy for adolescents with personality pathology.*

Autore: Feenstra, Dine J.; Laurensen, Elisabeth M. P.; Hutsebaut, Joost; Verheul, Roel; Busschbach, Jan J. V.

399. *Genre du bébé et trouble de la personnalité borderline maternel : Quel impact sur l'interaction mère-bébé à 3 mois du postpartum?*

Autore: Garez, V.; Apter, G.; Valente, M.; Golse, B.; Devouche, E.·RePPER.

400. *Validation of the Narcissistic Personality Questionnaire for Children—Revised among U.S. students.*

Autore: Loke, Stephen W.; Lowe, Patricia A.

401. *Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent–infant interaction, and preventive/therapeutic approach.*

Autore: Wendland, Jaqueline; Brisson, Julie; Medeiros, Melania; Camon-Sénéchal, Laurence; Aidane, Elisabeth; David, Michèle; Serres, Josette; Cohen, David; Rabain, Didier.

402. *Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches.*

Autore: Scott, Stephen; Briskman, Jackie; O'Connor, Thomas G.

403. *Callous-unemotional traits in youth from a DSM-5 trait perspective.*

Autore: Decuyper, Mieke; De Caluwé, Elien; De Clercq, Barbara; De Fruyt, Filip

404. *Specific personality disorder as a result of negative events in childhood and adolescence.*

Autore: Fischer, Slavomil; Žukov, Iija; Kuželová, Hana; Ptáček, Radek.

405. *Parental psychopathology in children with inflammatory bowel disease—A pilot study results.*

Autore: Knez, Rajna; Vlašić-Cicvarić, Inge; Samarin, Radenka Munjas; Peršić, Mladen.

406. *Facial emotion recognition in adolescents with personality pathology.*

Autore: Berenschot, Fleur; van Aken, Marcel A. G.; Hessels, Christel; de Castro, Bram Orobio; Pijl, Ysbrand; Montagne, Barbara; van Voorst, Guus.

407. *School-associated problem behavior in childhood and adolescence and development of adult schizotypal symptoms: A follow-up of a clinical cohort.*

Autore: Fagel, Selene; de Sonnevile, Leo; van Engeland, Herman; Swaab, Hanna.

408. *Validation of the five-factor model of PTSD symptom structure among delinquent youth.*

Autore: Bennett, Diana C.; Kerig, Patricia K.; Chaplo, Shannon D.; McGee, Andrew B.; Baucom, Brian R.

409. *Personality × hormone interactions in adolescent externalizing psychopathology.*

Autore: Tackett, Jennifer L.; Herzhoff, Kathrin; Harden, K. Paige; Page-Gould, Elizabeth; Josephs, Robert A.

410. *The externalizing spectrum in youth: Incorporating personality pathology.*

Autore: Tackett, Jennifer L.; Herzhoff, Kathrin; Reardon, Kathleen W.; De Clercq, Barbara; Sharp, Carla.

411. *Does coping mediate personality and behavioural problems relationship?*

Autore: Zanini, Daniela Sacramento; Forns, Maria.

412. *Fatty acid ethanolamide levels are altered in borderline personality and complex posttraumatic stress disorders.*

Autore: Schaefer, Carola; Enning, Frank; Mueller, Juliane K.; Bumb, J. Malte; Rohleder, Cathrin; Odorfer, Thorsten M.; Klosterkötter, Joachim; Hellmich, Martin; Koethe, Dagmar; Schmahl, Christian; Bohus, Martin; Leweke, F. Markus.

413. *Integrating oddity traits in a dimensional model for personality pathology precursors.*

Autore: Verbeke, Lize; De Clercq, Barbara.

414. *Discrete subgroups of adolescents diagnosed with borderline personality disorder: A latent class analysis of personality features.*

Autore: Ramos, Vera; Canta, Guilherme; de Castro, Filipa; Leal, Isabel.

415. *Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters.*

Autore: Zalewski, Maureen; Stepp, Stephanie D.; Scott, Lori N.; Whalen, Diana J.; Beeney, Joseph F.; Hipwell, Alison E.

416. *Parenting, relational aggression, and borderline personality features: Associations over time in a Russian longitudinal sample.*

Autore: Nelson, David A.; Coyne, Sarah M.; Swanson, Savannah M.; Hart, Craig H.; Olsen, Joseph A.

417. *Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder.*

Autore: Vaillancourt, Tracy; Brittain, Heather L.; McDougall, Patricia; Krygsman, Amanda; Boylan, Khrista; Duku, Eric; Hymel, Shelley.

418. *Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment.*

Autore: Hecht, Kathryn F.; Cicchetti, Dante; Rogosch, Fred A.; Crick, Nicki R.

419. *Personality disorders in offspring of mothers with mood disorders: Results from a longitudinal family study.*

Autore: Cullen, Kathryn R.; Eberly, Lynn E.; Heller, Monika D.; Schlesinger, Amanda; Gold, Phillip W.; Martinez, Pedro E.; Klimes-Dougan, Bonnie.

420. *The heritability of psychopathic personality in 14- to 15-year-old twins: A multirater, multimeasure approach.*

Autore: Tuvblad, Catherine; Bezdjian, Serena; Raine, Adrian; Baker, Laura A.

421. *A general and maladaptive personality perspective on youth obsessive–compulsive symptoms.*

Autore: De Caluwé, Elien; De Clercq, Barbara; De Bolle, Marleen; De Wolf, Tiffany.

422. *Adolescent self-harm: New horizons?*

Autore: Apter, Alan.

423. *Long-term outcome of inpatient psychotherapy for adolescents (IPA) with personality pathology.*

Autore: Feenstra, Dine J.; Laurensen, Elisabeth M. P.; Timman, Reinier; Verheul, Roel; Busschbach, Jan J. V.; Hutsebaut, Joost.

424. *Lasting personality pathology following exposure to catastrophic trauma in adults: Systematic review.*

Autore: Munjiza, Jasna; Law, Vincent; Crawford, Mike J.

425. *Brief report: Self-reported psychopathic-like features among Finnish community youth: Investigation of the factor structure of the antisocial personality screening device.*

Autore: Laajasalo, Taina; Saukkonen, Suvi; Kivivuori, Janne; Salmi, Venla; Lipsanen, Jari; Aronen, Eeva T.

426. *Borderline personality disorder in adolescence.*

Autore: Kaess, Michael; Brunner, Romuald; Chanen, Andrew.

427. *Relations between cyclothymic temperament and borderline personality disorder traits in non-clinical adolescents.*

Autore: Goutaudier, N.; Melioli, T. ; Valls, M.; Bouvet, R.; Chabrol, H.

428. *Psychological and behavioral adjustment in female youths with high or low psychopathic traits.*

Autore: Pechorro, Pedro Santos; Poiares, Carlos Alberto; Vieira, Rui Xavier; Marôco, João; Nunes, Cristina; de Jesus, Saul Neves.

429. *The continuity between DSM-5 obsessive-compulsive personality disorder traits and obsessive-compulsive symptoms in adolescence: An item response theory study.*

Autore: De Caluwé, Elien; Rettew, David C.; De Clercq, Barbara.

430. *Genetic influences on alcohol use behaviors have diverging developmental trajectories: A prospective study among male and female twins.*

Autore: Meyers, Jacquelyn L.; Salvatore, Jessica E.; Vuoksimaa, Eero; Korhonen, Tellervo; Pulkkinen, Lea; Rose, Richard J.; Kaprio, Jaakko; Dick, Danielle M.

431. *Psychopathic personality traits and their influence on parenting quality: Results from a nationally representative sample of Americans.*

Autore: Beaver, Kevin M.; da Silva Costa, Christian; Poersch, Ana Paula; Freddi, Micheli Cristina; Stelmach, Mônica Celis; Connolly, Eric J.; Schwartz, Joseph A.

432. *The moderating role of rejection sensitivity in the relationship between emotional maltreatment and borderline symptoms.*

Autore: Goodman, Jeanne; Fertuck, Eric; Chesin, Megan; Lichenstein, Sarah; Stanley, Barbara.

433. *Overt versus covert conduct disorder symptoms and the prospective prediction of antisocial personality disorder.*

Autore: Le Corff, Yann; Toupin, Jean.

434. *Early deprivation as a risk factor for narcissistic identity pathologies in adolescence with regard to international adoption.*

Autore: Vandepoel, D.; Roskam, I.; Passone, S.-M.; Stievenart, M.

2015

435. *Personality disorders in previously detained adolescent females: A prospective study.*

Autore: Krabbendam, Anne A.; Colins, Olivier F.; Doreleijers, Theo A. H.; van der Molen, Elsa; Beekman, Aartjan T. F.; Vermeiren, Robert R. J. M.

436. *Significance of borderline personality-spectrum symptoms among adolescents with bipolar disorder.*

Autore: Fonseka, Trehani M.; Swampillai, Brenda; Timmins, Vanessa; Scavone, Antonette; Mitchell, Rachel; Collinger, Katelyn A.; Goldstein, Benjamin I.

437. *Borderline personality disorder in adolescence through the lens of the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical use and implications.*

Autore: Ammaniti, Massimo; Fontana, Andrea; Nicolais, Giampaolo.

438. *Attachment in adolescence and borderline personality disorder.*

Autore: Steele, Miriam; Bate, Jordan; Nikitiades, Adella; Buhl-Nielsen, Bernadette.

439. *Introduction to the special issue*

Autore: Ensink, Karin.

440. *Transference-focused psychotherapy for borderline adolescents: A neurobiologically informed psychodynamic psychotherapy.*

Autore: Normandin, Lina; Ensink, Karin; Kernberg, Otto F.

441. *Modifications to the technique of analysis of BPD adolescents.*

Autore: Nicolò, Anna Maria.

442. *A developmental psychopathology and neurobiological model of borderline personality disorder in adolescence.*

Autore: Ensink, Karin; Biberdzic, Marko; Normandin, Lina; Clarkin, John.

443. *Bipolar I and II versus unipolar depression: Clinical differences and impulsivity/aggression traits.*

Autore: Dervic, K.; Garcia-Amador, M.; Sudol, K.; Freed, P.; Brent, D. A.; Mann, J. J.; Harkavy-Friedman, J. M.; Oquendo, M. A.

444. *Network based therapy: Theoretical outline of a support model for adults and adolescents struggling to cope.*

Autore: Jones, Barry.

445. *Precursors of personality disorders in children and adolescents.*

Autore: Uytun, Merve Çıkılı; Öztop, Didem Behice.

446. *Attention deficit and hyperactivity symptoms in a group of university students and relations with temperament and character profiles.*

Autore: Akbas, Naz Berfu; Kilic, Emine Z.; Zahmacioglu, Oguzhan; Atalay, Hakan; Goktuna, Zeynep.

447. *Self-inflicted bilateral ocular perforation in an adolescent patient with major depressive disorder and borderline personality traits.*

Autore: Inyang, Mfon; Hua, Liwei L.

448. *Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Ludäscher, Petra; von Kalckreuth, Clemens; Parzer, Peter; Kaess, Michael; Resch, Franz; Bohus, Martin; Schmahl, Christian; Brunner, Romuald.

449. *First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents.*

Autore: Sharp, Carla; Kalpakci, Allison; Mellick, William; Venta, Amanda; Temple, Jeff R.

450. *The efficacy of two adolescent substance abuse treatments and the impact of comorbid depression: Results of a small randomized controlled trial.*

Autore: Santisteban, Daniel A.; Mena, Maite P.; Muir, Joan; McCabe, Brian E.; Abalo, Clara; Cummings, Amanda M.

451. *Polygenic risk for externalizing disorders: Gene-by-development and gene-by-environment effects in adolescents and young adults.*

Autore: Salvatore, Jessica E.; Aliev, Fazil; Bucholz, Kathleen; Agrawal, Arpana; Hesselbrock, Victor; Hesselbrock, Michie; Bauer, Lance; Kuperman, Samuel; Schuckit, Marc A.; Kramer, John R.; Edenberg, Howard J.; Foroud, Tatiana M.; Dick, Danielle M.

452. *Childhood trauma and functional disability in psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder: A review of the literature.*

Autore: Cotter, J.; Kaess, M.; Yung, A. R.

453. *Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth.*

Autore: Greenfield, Brian; Henry, Melissa; Lis, Eric; Slatkoff, Josh; Guilé, Jean-Marc; Dougherty, Geoffrey; Zhang, Xun; Raz, Amir; Eugene Arnold, L.; Daniel, Londa; Mishara, Brian L.; Koenekoop, Robert K.; de Castro, Filipa.

454. *The relation between borderline personality disorder features and teen dating violence.*

Autore: Reuter, Tyson R.; Sharp, Carla; Temple, Jeff R.

455. *Effect of maternal autonomy and relatedness and borderline personality disorder on adolescent symptomatology.*

Autore: Frankel-Waldheter, Miriam; Macfie, Jenny; Strimpfel, Jennifer M.; Watkins, Christopher D.

456. *Personality characteristics in childhood and outcomes in adulthood: Findings from a 30 year longitudinal study.*

Autore: Newton-Howes, Giles; Horwood, John; Mulder, Roger.

457. *Early starting, aggressive, and/or callous–unemotional? Examining the overlap and predictive utility of antisocial behavior subtypes.*

Autore: Hyde, Luke W.; Burt, S. Alexandra; Shaw, Daniel S.; Donnellan, M. Brent; Forbes, Erika E.

458. *Troubles de la personnalité à l'adolescence: État des connaissances et facteurs de risque.*

Autore: Lebel, Vicky; Normandin, Lina.

459. *Clinical validity of prototype personality disorder ratings in adolescents.*

Autore: Defife, Jared A.; Haggerty, Greg; Smith, Scott W.; Betancourt, Luis; Ahmed, Zain; Ditzkowsky, Keith.

460. *Childhood emotional abuse and borderline personality features: The role of anxiety sensitivity among adolescents.*

Autore: Bounoua, Nadia; Felton, Julia F.; Long, Katie; Stadnik, Ryan D.; Loya, Jennifer M.; MacPherson, Laura; Lejuez, Carl W.

461. *Brief report: Borderline personality symptoms and perceived caregiver criticism in adolescents.*

Autore: Whalen, Diana J.; Malkin, Mallory L.; Freeman, Megan J.; Young, John; Gratz, Kim L.

462. *Treatment planning: A key milestone to prevent treatment dropout in adolescents with borderline personality disorder.*

Autore: Desrosiers, Lyne; Saint-Jean, Micheline; Breton, Jean-Jacques.

463. *Adolescent precursors of adult borderline personality pathology in a high-risk community sample.*

Autore: Conway, Christopher C.; Hammen, Constance; Brennan, Patricia A.

464. *Severity of borderline personality symptoms in adolescence: Relationship with maternal parenting stress, maternal psychopathology, and rearing styles.*

Autore: Schuppert, H. Marieke; Albers, Casper J.; Minderaa, Ruud B.; Emmelkamp, Paul M. G.; Nauta, Maaïke H.

465. *The role of symptoms of psychopathy in persistent violence over the criminal career into full adulthood.*

Autore: McCuish, Evan C.; Corrado, Raymond R.; Hart, Stephen D.; DeLisi, Matt.

466. *Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with self-injurious thoughts and behaviors.*

Autore: Courtney, Darren B.; Flament, Martine F.

467. *The lifetime course of borderline personality disorder.*
Autore: Biskin, Robert S.
468. *Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives.*
Autore: Bartsch, Dianna R.; Roberts, Rachel M.; Davies, Matthew; Proeve, Michael.
469. *Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A systematic review.*
Autore: Winsper, C.; Marwaha, S.; Lereya, S. T.; Thompson, A.; Eyden, J.; Singh, S. P.
470. *Poor self-control and harsh punishment in childhood prospectively predict borderline personality symptoms in adolescent girls.*
Autore: Hallquist, Michael N.; Hipwell, Alison E.; Stepp, Stephanie D.
471. *Borderline personality disorder features, jealousy, and cyberbullying in adolescence.*
Autore: Stockdale, Laura A.; Coyne, Sarah M.; Nelson, David A.; Erickson, Daniel H.
472. *Impact of adolescent personality disorders on obesity 17 years later.*
Autore: Chen, Lu; Huang, Yangxin; Kasen, Stephanie; Skodol, Andrew; Cohen, Patricia; Chen, Henian.
473. *The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm.*
Autore: Ayodeji, Eunice; Green, Jonathan; Roberts, Chris; Trainor, Gemma; Rothwell, Justine; Woodham, Adrine; Wood, Alison.
474. *Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood.*
Autore: Ballard, E. D.; Van Eck, K.; Musci, R. J.; Hart, S. R.; Storr, C. L.; Breslau, N.; Wilcox, H. C.
475. *ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice.*
Autore: Fonagy, Peter; Speranza, Mario; Luyten, Patrick; Kaess, Michael; Hessels, Christel; Bohus, Martin.
476. *Developmental trajectories of marijuana use among men: Examining linkages with criminal behavior and psychopathic features into the mid-30s.*
Autore: Pardini, Dustin; Bechtold, Jordan; Loeber, Rolf; White, Helene.
477. *Exposure to violence, posttraumatic stress symptoms, and borderline personality pathology among adolescents in residential psychiatric treatment: The influence of emotion dysregulation.*
Autore: Buckholdt, Kelly E.; Weiss, Nicole H.; Young, John; Gratz, Kim L.
478. *Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice.*
Autore: Sharp, Carla; Fonagy, Peter.
479. *Borderline Personality Disorder in the perinatal period: Early infant and maternal outcomes.*
Autore: Blankley, Gaynor; Galbally, Megan; Snellen, Martien; Power, Josephine; Lewis, Andrew J.

480. *Volume of hippocampal substructures in borderline personality disorder.*

Autore: Kirsten Labudda; Oleg Kurlandchikov; Thomas Beblo; Markus Mertens; Cristine Thomas; Nina Rullkotter; Katja Wingefeld; Christoph Mensebach; Friedrich G. Woermann; Martin Driessen.

8.2 SCHEDA ARTICOLO

VARIABILI TRASVERSALI	
1	ID=
2	TITOLO (<i>stringa</i>) =
3	PAROLE TITOLO “ <i>disturbi personalità</i> ” associati a: 1 child ; 2 adolescent; 3 entrambi; 4 nessuna associazione al titolo =
4	CITAZIONI =
5	N. AUTORI (1 un autore; 2 due autori; 3 tre autori; 4 quattro autori; 5 più di quattro autori) =
6	AUTORE 1 firma (<i>stringa</i>) =
7	TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE (provenienza istituzionale dell'autore: 1 accademico; 2 clinico) =
8	NOME ISTITUZIONE autore (<i>stringa</i>) =
9	PAESE (area geografica al quale l'autore o gli autori afferiscono) 1 Austria; 2 Belgio; 3 Danimarca; 4 Finlandia; 5 Francia; 6 Germania; 7 Islanda; 8 Italia; 9 Norvegia; 10 Olanda; 11 Portogallo; 12 Regno Unito; 13 Spagna; 14 Svezia; 15 Svizzera; 16 altri paesi europei; 17 Australia; 18 Nuova Zelanda; 19 Canada; 20 Stati Uniti; 21 Sud America; 22 Cina; 23 Giappone; 24 Corea; 25 Taiwan; 26 Russia; 27 India; 28 Turchia; 29 Israele; 30 altri paesi asiatici; 31 paesi africani =
10	RIVISTA (<i>stringa</i>) =
11	ANNO DI PUBBLICAZIONE (1 2005; 2 2006; 3 2007; 4 2008; 5 2009; 6 2007; 7 2008; 8 2209; 9 2010; 10 2011; 11 2012; 12 2013; 13 2014; 14 2015) =
12	LINGUA (1 inglese; 2 spagnolo; 3 italiano; 4 tedesco; 5 francese) =
13	TIPOLOGIA DI PUBBLICAZIONE (1 articolo teorico- rassegna; 2 articolo di ricerca empirica) =
14	MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO (1 modelli descrittivi-sintomatologici-categoriali-ateorici; 2 psicoanalitico; 3 bio psicosociale; 4 teorie cognitive e comportamentali; 5 teorie dell'attaccamento e mentalizzazione; 6 teorie dei tratti, dei fattori e altri modelli dimensionali; 7 teorie biologiche, neurobiologiche, neuro comportamentali -contributi neuroscienze; teoria non deducibile dall'abstract) =
VARIABILI DI STRATEGIA DI RICERCA (<i>se si tratta di lavori empirici</i>)	
15	POPOLAZIONE (1 human female; 2 human male; 3 misto) =
16	ETA' (1 infancy 2-23mo; 2 childhood: birth-12 years; 3 preschool age 2-5years; 4 school age 6-12 years; 5 adolescence 13-17 years; 6 young adult 18-29 years ; 7 misto; 8 altro) =
17	AMPIEZZA CAMPIONE IMPLICATO (1 inferiore a 100 soggetti; 2 da 101 a 300; 3 da 301 a 500; 4 da 501 a 700; 5 da 701 a 1000; 6 superiore a 1000 soggetti, 7 dato non presente nell'abstract) =

18	METODOLOGIA/DISEGNO DI RICERCA (1 SI; 2 NO)				
	Brain imaging	Clinical trial	Esito trattamento/sperimentaz. clinica	Focus group	Intervista
	Metanalisi	Metasynthesis	Modello matematico	Replica sperimentale	Revisione sistematica
	Revisione letteraria	Studio di caso clinico	Studio di caso non clinico	Follow-up study	Studio empirico
	Longitudinal study	Studio in prospettiva	Studio quantitativo	Studio retrospettivo	Studio qualitativo
	Studio sui gemelli	Studio sul campo	Treatment outcome		
19	TIPOLOGIA STRUMENTO SOMMINISTRATO (1 questionari; 2 test; 3 interviste; 4 colloquio clinico; 5 misto) =				
VARIABILI DI ANALISI TESTUALE					
20	GRUPPO TEMATICO (1 natura e comprensione eziologica della patologia; 2 variabili predittive relative alla patologia; 3 prevenzione e trattamento) =				
21	ARGOMENTO PREVALENTE GRUPPO TEMATICO 1 1 costrutti : validità/confronto di costrutti; 2 prospettive teoriche : sviluppo/confronto/ricerca di modelli integrati e dimensionali; 3 definizioni-classificazioni tassonomiche; 4 esordio - criteri diagnostici per disturbo specifico - caratteristiche - profili - ritratti coerenti di disturbo/ uguaglianza criteri con età adulta/ differenze fra caratteristiche di disturbo; 5 tassi di prevalenza ; 6 continuità clinico-evolutiva/ stabilità sintomi; 7 decorso clinico: diminuzione/peggioramento dei sintomi/ripercussione sul funzionamento sociale/cognitivo; 8 affidabilità assessment : sperimentare-validare strumenti diagnostici; 9 confronto efficacia rilevata strumenti diagnostici =				
22	ARGOMENTO PREVALENTE GRUPPO TEMATICO 2 1 sintomi/pattern disadattivi/comportamenti predittivi DP; 2 fattori di rischio ambientale (abusi, trascuratezza, maltrattamenti, stili di attaccamento, struttura familiare: I genitore/figlio unico, stile educativo, uso di sostanze; alcool); 3 fattori di rischio vulnerabilità genetiche-biologiche-neurologiche ; differenze M/F 4 fattore di rischio psiopatologia parentale ; 5 comorbidità dp/altre patologie (depressione, schizofrenia, ansia, disturbi alimentari ...); 6 associazione diagnosi DP/comportamenti predittivi/tratti di personalità patologica a disgregazione sociale ; differenze M/F 7 associazione predittiva tratti patologici ad altri disturbi (depressione, schizofrenia, ansia, disturbi alimentari, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo di condotta, disturbo Adhd) e viceversa/ accordo criteri diagnostici DP - altre patologie / dp precursori di altre patologie; 8 co-occorrenti (comorbidità + ambientali; comorbidità + psicopatologia parentale; comorbidità + vulnerabilità genetica; ambientali + associazione ad altri disturbi) =				
23	ARGOMENTO PREVALENTE GRUPPO TEMATICO 3 1 sperimentare efficacia trattamenti terapeutici (su DP o alcuni sintomi associati ai DP); 2 confrontare più trattamenti terapeutici; 3 problematiche relative al trattamento e alla prevenzione; 4 benefici trattamento precoce; 5 dialogo tra ricerca e trattamento =				
24	GRARGOMENTI (gruppo tematico+argomento: es. 12,00 = prima cifra gruppo tematico, seconda cifra argomento corrispondente) =				
25	RISULTATO DI RICERCA (<i>stringa</i>) =				

**8.3 Tavola di contingenza NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE
AFFERISCE * TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE**

	TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE		Totale
	TEORICO	EMPIRICO	
	NOME ISTITUZIONE AL QUALE L'AUTORE AFFERISCE		
Adelphi University, Garden City, NY, US	0	1	1
Albert & Jessie Danielsen Institute, Boston University, US	0	2	2
Aneurin Bevan Health Board, Newport, United Kingdom	0	1	1
Apsche Center for Evidenced Based Psychotherapy, Yardley, PA, US	0	4	4
Asklepios Hospital Tiefenbrunn, Gottingen, Germany	1	0	1
Assyut University, Assyut, Egypt	0	1	1
Bambino Gesu Children's Hospital, Rome, Italy	0	1	1
Boonshoft School of Medicine at Wright State University, Dayton, OH, US	1	0	1
Brigham Young University, Provo, UT, US	0	1	1
Brightside for Families and Children, West Springfield, US	0	1	1
Brown University, Providence, RI, US	0	1	1
Case Western Reserve University, Cleveland, OH, US	1	0	1
Catholic University of Louvain, Belgium	0	2	2
Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, Germany	0	3	3
Central South University, Changsha, China	0	1	1
Centre for Adolescent Psychiatry, Reinier van Arkel Group, 's-Hertogenbosch, Netherlands	0	1	1
Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay, France	1	2	3
Charles University, Second Faculty of Medicine, Prague, Czech Republic	1	0	1
City University of Hong Kong, Kowloon, Hong Kong, Cina	0	1	1
City University of New York, US	0	2	2
Clinical Health Psychologist AND a Family Psychiatric Nurse Practitioner, Florida	1	0	1
Colgate University, Hamilton, NY, US	2	0	2
Colorado Department of Corrections, CO, US	0	1	1
Columbia University, New York, US	1	17	18
Cornell University, Ithaca, NY, US	1	0	1

CRAC-Laboratoire Paragraphe, Paris 8 University, Paris, France	0	1	1
Department of Forensic Psychiatry, Sweden	0	1	1
Department of Health and Human Services, Bethesda, US	0	2	2
Department of Psychology, Rutgers University, Piscataway, NJ, US	0	1	1
Department of Psychology, Thunder Bay, ON, Canada	0	1	1
Dept of Psychiatry and Behavioral Science, Stony Brook, NY	0	1	1
Dialectical Behavior Therapy Center of Seattle, WA, US	0	1	1
Douglas University Institute, Verdun, PQ, Canada	0	1	1
Duke University Medical Center, Durham, NC, US	0	1	1
Dutch Institute of Forensic Psychiatry (NIFP), Netherlands	0	1	1
Emory University, Atlanta, GA, US	1	13	14
Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, Rotterdam, Netherlands	0	1	1
Erciyes University, Kayseri, Turkey	1	0	1
Ernst-Moritz-Arndt University, Greifswald, Germany	0	2	2
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Germany	0	1	1
Faculty of Psychology, Madrid Spain	0	1	1
Family Relations Institute, US	0	1	1
Florida State University, Tallahassee, US	0	5	5
Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, Boston, MA, US	1	0	1
für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie ZH Ost, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	0	1	1
GATA Haydarpasa Training Hospital, Istanbul, Turkey	0	1	1
Geha Mental Health Center, Petah Tikva, Israel	0	3	3
General Hospital, Montauban, France	0	1	1
German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany	0	1	1
GGZ inGeest, Amsterdam, Netherlands	0	1	1
GGZ-Centraal Psychiatric Center, Amersfoort, Netherlands	0	1	1
Ghent University, Belgium	3	9	12
Hampden-Sydney College, VA, US	0	1	1
Harvard Medical School, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, US	0	1	1
Harvard University, Cambridge, MA, US	0	2	2

Helsinki University Central Hospital, Finland	0	1	1
Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal	0	1	1
Iberoamerican University, Mexico City, Mexico	0	1	1
Idaho State University, Pocatello, ID, US	0	1	1
IFAGP (Institut Francais d'Analyse de Groupe et de Psychodrame), Bordeaux, France	1	0	1
Illinois Institute of Technology, Chicago, IL, US	0	1	1
Imperial College, London, United Kingdom	1	2	3
Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France	0	2	2
Institute of Basic Psychological Research, Vienna, Austria	0	1	1
Institute of Neurosciences, Barcelona, Spain	0	1	1
Institute of Neurosciences, Hospital Clinic Universitari of Barcelona, Spain	0	4	4
Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University, Poznan, Poland	0	1	1
Iwakura Hospital, Kyoto, Japan	0	1	1
James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, NY, US	1	1	2
Karolinska Institute, Stockholm, Sweden	0	4	4
Karolinska Institutet, Huddinge, Sweden	0	1	1
King's College London, United Kingdom	0	7	7
Leiden University, Netherlands	0	4	4
Loyola University Chicago, IL, US	0	1	1
Lund University, Sweden	1	0	1
Maastricht University, Netherlands	0	1	1
Mailman School of Public Health, New York, US	0	1	1
Malmo University Hospital, Sweden	0	1	1
Massachusetts General Hospital, Boston, MA, US	0	1	1
McGill University, Montreal, PQ, Canada	2	8	10
McLean Hospital Belmont US	0	1	1
Medical University of Vienna, Austria	0	2	2
Mendota Mental Health Institute, Madison, WI, US	0	1	1
Menninger Clinic, Houston, TX, US	0	2	2
Mercy Hospital for Women, Melbourne, VIC, Australia	0	1	1
Metropolitan Child & Adolescent Mental Health Service, Perth, WAU, Australia	1	0	1
Miami University, Middletown, OH, US	0	1	1

Michigan State University, East Lansing, MI, US	0	1	1
Montefiore Medical Center, Bronx NY,US	3	1	4
Mothers and Babies Unit, Hunter New England Mental Health, Newcastle, NSW, Australia	0	1	1
Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, US	0	3	3
National Child Assessment and Treatment Service-Sexually Harmful Behaviour (previously The Young Abusers Project), London, UK	0	1	1
National Institute of Mental Health, NIH, Bethesda, MD, US	0	4	4
National Taiwan University College of Public Health, Taipei, Taiwan	0	2	2
New School for Social Research, Center for Attachment Research, NY, US	1	0	1
New York State Psychiatric Institute, US	0	8	8
New York University School of Medicine, New York, US	0	2	2
North East London National Health Service Foundation Trust, United Kingdom	1	0	1
Northern Forensic Mental Health Service for Young People, Newcastle-upon-Tyne, United Kingdom	1	0	1
Northwestern University, IL, US	0	1	1
Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway	0	1	1
Ohio State University, OH, US	0	1	1
Orebro University, Sweden	0	1	1
ORYGEN Research Centre, Department of Psychiatry, Parkville, VIC, Australia	0	1	1
Ospedale Versilia, Lido Di Camaiore (LU)	1	0	1
Oulu University Hospital, Finland	0	1	1
Paris Descartes University, Paris, France	2	0	2
Pontifica Universidad Catolica de Puerto Rico, Ponce, Puerto Rico	1	0	1
Pontifical Catholic University of Goias, Brazil	0	1	1
Psychiatric University Hospitals, Basel, Switzerland	0	1	1
Purdue University, West Lafayette, IN, US	0	3	3
Queen Mary University of London, United Kingdom	0	1	1
Regent University, Virginia Beach, VA, US	0	2	2
Region Zealand, Roskilde, Denmark	0	1	1

Rijeka University Hospital Center, Clinical Department of Psychiatry, Rijeka, Croatia	0	1	1
Riviere-des-Prairies Hospital, Universite de Montreal, Canada	0	1	1
Ruprecht-Karls-University Heidelberg, Germany	0	1	1
Rutgers University, Camden, NJ, US	0	1	1
San Gerardo Hospital, University of Milano-Bicocca, Monza, Italy	0	1	1
Sapienza University of Rome, Italy	1	5	6
Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada	0	3	3
Sir Mortimer B Davis, Jewish General Hospital, Montreal, PQ, Canada	2	2	4
SIS Center, Anchorage, AK, US	1	0	1
Società Psicoanalitica Italiana, Italy	1	0	1
St Ann's Hospital, London, United Kingdom	1	0	1
State University of New York at Binghamton, US	0	1	1
State University of New York, Syracuse, NY, US	1	0	1
Sunbelt Collaborative, Tucson, AZ, US	1	0	1
Tel Aviv University, Israel	0	2	2
Texas A & M University, College Station, TX, US	0	2	2
UCLA, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, Los Angeles, CA, US	0	2	2
Unite de Recherche en Psychiatrie et Psychopathologie Perinatale, EPS Erasme, Antony, France	0	1	1
Universidad Autonoma de Barcelona, Spain	0	2	2
Universidad de Oviedo, Spain	0	2	2
Universidad del Rosario, Bogota, Colombia	0	1	1
Universita di Pisa, Italy	1	0	1
Universitat Innsbruck, Austria	1	0	1
Universite de Geneve, Switzerland	0	1	1
Universite de Picardie, Amiens, France	0	2	2
Universite de Sherbrooke , PQ, Canada	0	2	2
Universite de Toulouse II, France	0	1	1
Université Laval, Québec, Canada	4	0	4
Universite Paris-Sud, Paris, France	0	1	1
Universite Pierre et Marie Curie, Hopital Pitie-Salpe	0	1	1
University College London, United Kingdom	2	0	2

University College of Physicians and Surgeons, New York, US	1	0	1
University Denis Diderot Paris 7, Antony, France	0	1	1
University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry, Research Department, Bern, Switzerland	0	1	1
University Hospital of Heidelberg, Germany	0	1	1
University J. E. Purkyne, Usti nad Labem, Czech Republic	0	1	1
University Medical Center, Oegstgeest, Netherlands	0	1	1
University of Adelaide, Australia	0	1	1
University of Alabama, Tuscaloosa, AL, US	2	4	6
University of Algarve (UAlg), Portugal	0	1	1
University of Amsterdam, Netherlands	2	1	3
University of Aosta, Italy	0	1	1
University of Birmingham, United Kingdom	0	1	1
University of Bonn, Germany	0	1	1
University of California, Los Angeles, US	0	3	3
University of California, Riverside, US	0	1	1
University of California, San Francisco, CA, US	0	1	1
University of Cambridge, United Kingdom	1	0	1
University of Chicago, IL, US	0	2	2
University of Coimbra, Portugal	1	0	1
University of Cologne, Germany	0	2	2
University of Colorado at Boulder, CO, US	0	2	2
University of Colorado Health Sciences Center, Denver, US	0	1	1
University of Glasgow, Faculty of Medicine	0	1	1
University of Glasgow, Scotland	0	1	1
University of Groningen, Netherlands	0	4	4
University of Heidelberg, Germany	1	6	7
University of Hong Kong, Shatin, Cina	0	3	3
University of Houston, TX, US	2	20	22
University of Iceland, Reykjavik, Iceland	0	1	1
University of Iowa, Iowa City, IA, US	1	0	1
University of Kansas, Lawrence, KS, US	0	1	1
University of Kentucky, Lexington, KY, US	3	0	3
University of Maine, Orono, ME, US	1	0	1
University of Manchester, United Kingdom	1	2	3
University of Maryland, College Park, MD, US	0	1	1

University of Massachusetts Medical School, Worcester, US	1	0	1
University of Melbourne, VIC, Australia	0	5	5
University of Miami, Coral Gables, FL, US	0	1	1
University of Michigan, Ann Arbor, MI, US	0	3	3
University of Minnesota, Minneapolis, MN, US	1	6	7
University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS, US	1	5	6
University of New Orleans, LA, US	0	1	1
University of New South Wales, Sydney, Australia	0	2	2
University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia	0	1	1
University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, US	0	1	1
University of North Carolina at Greensboro, Greensboro, US	0	1	1
University of Notre Dame, IN, US	1	0	1
University of Nottingham, United Kingdom	0	2	2
University of Oregon, Eugene, OR, US	0	1	1
University of Oslo, Norway	0	1	1
University of Otago, Wellington, New Zealand	0	1	1
University of Ottawa, Canada	0	1	1
University of Oxford, United Kingdom	0	2	2
University of Padova, Italy	0	1	1
University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, US	1	1	2
University of Pittsburgh, US	4	13	17
University of Rochester, NY, US	0	2	2
University of Salford, United Kingdom	0	1	1
University of South Florida, Tampa, FL, US	0	6	6
University of Southern California, Los Angeles, CA, US	0	6	6
University of Sydney, Australia	1	1	2
University of Tennessee, Knoxville, TN, US	1	0	1
University of Texas at Dallas, Richardson, TX, US	0	1	1
University of the Punjab, Lahore, Pakistan	0	1	1
University of Toronto, Canada	1	4	5
University of Turin, Torino, Italy	0	1	1
University of Turku, Finland	0	1	1
University of Utah, Salt Lake City, UT, US	0	2	2
University of Virginia, Charlottesville, VA, US	0	1	1
University of Warwick, Coventry, United Kingdom	1	2	3
University of Washington, Seattle, WA, US	3	1	4

University of Windsor, Canada	0	1	1
University of Wisconsin - Madison, WI, US	0	1	1
University of Wisconsin-Eau Claire, WI, US	0	1	1
University of Wuerzburg, Germany	0	1	1
University Paris 13, Villetaneuse, France	1	0	1
Uppsala University, Sweden	0	1	1
UT Medical Branch at Galveston, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Galveston, United States	1	0	1
Utrecht University, Berlin, Netherlands	0	2	2
Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders (VISPD), Halsteren, Netherlands	0	7	7
Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, US	0	1	1
VU University Amsterdam, Netherlands	0	3	3
Walden University, Minneapolis, MN, US	0	1	1
Washington State University, Pullman, WA, US	1	0	1
Washington State University, Vancouver, WA, US	0	1	1
Yeditepe University, Istanbul, Turkey	0	1	1
Totale	84	396	480

8.4 ELENCO FREQUENZE CITAZIONI ARTICOLI

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
0	81	16,9	16,9	16,9
1	28	5,8	5,8	22,7
2	24	5,0	5,0	27,7
3	19	4,0	4,0	31,7
4	19	4,0	4,0	35,6
5	18	3,8	3,8	39,4
6	12	2,5	2,5	41,9
7	10	2,1	2,1	44,0
8	12	2,5	2,5	46,5
9	8	1,7	1,7	48,1
10	11	2,3	2,3	50,4
11	7	1,5	1,5	51,9
12	7	1,5	1,5	53,3
13	9	1,9	1,9	55,2
14	4	,8	,8	56,0
15	9	1,9	1,9	57,9
16	6	1,3	1,3	59,2
17	8	1,7	1,7	60,8
18	3	,6	,6	61,5
19	2	,4	,4	61,9
20	7	1,5	1,5	63,3
21	7	1,5	1,5	64,8
22	5	1,0	1,0	65,8
23	3	,6	,6	66,5
24	7	1,5	1,5	67,9
25	3	,6	,6	68,5
26	4	,8	,8	69,4
27	5	1,0	1,0	70,4
28	1	,2	,2	70,6
29	3	,6	,6	71,3
30	2	,4	,4	71,7
31	4	,8	,8	72,5
32	4	,8	,8	73,3
33	3	,6	,6	74,0

34	3	,6	,6	74,6
35	5	1,0	1,0	75,6
36	2	,4	,4	76,0
37	6	1,3	1,3	77,3
38	2	,4	,4	77,7
39	5	1,0	1,0	78,8
41	1	,2	,2	79,0
42	2	,4	,4	79,4
43	3	,6	,6	80,0
44	4	,8	,8	80,8
45	2	,4	,4	81,3
46	2	,4	,4	81,7
47	1	,2	,2	81,9
48	4	,8	,8	82,7
49	3	,6	,6	83,3
50	2	,4	,4	83,8
51	1	,2	,2	84,0
52	3	,6	,6	84,6
53	3	,6	,6	85,2
58	1	,2	,2	85,4
60	1	,2	,2	85,8
61	3	,6	,6	86,5
63	1	,2	,2	86,7
64	2	,4	,4	87,1
65	4	,8	,8	87,9
68	2	,4	,4	88,3
69	1	,2	,2	88,5
71	1	,2	,2	88,8
73	2	,4	,4	89,2
74	1	,2	,2	89,4
75	1	,2	,2	89,6
76	1	,2	,2	89,8
77	1	,2	,2	90,0
79	2	,4	,4	90,4
82	1	,2	,2	90,6
83	2	,4	,4	91,0

84	1	,2	,2	91,3
85	1	,2	,2	91,5
88	1	,2	,2	91,7
89	1	,2	,2	91,9
91	1	,2	,2	92,1
92	3	,6	,6	92,7
93	1	,2	,2	92,9
94	1	,2	,2	93,1
96	1	,2	,2	93,3
97	1	,2	,2	93,5
103	2	,4	,4	94,0
105	2	,4	,4	94,4
106	1	,2	,2	94,6
108	2	,4	,4	95,0
112	1	,2	,2	95,2
119	1	,2	,2	95,4
120	1	,2	,2	95,6
124	1	,2	,2	95,8
127	1	,2	,2	96,0
133	1	,2	,2	96,3
135	4	,8	,8	97,1
154	1	,2	,2	97,3
158	1	,2	,2	97,5
159	1	,2	,2	97,7
160	1	,2	,2	97,9
175	1	,2	,2	98,1
176	1	,2	,2	98,3
180	1	,2	,2	98,5
219	1	,2	,2	98,8
223	1	,2	,2	99,0
224	1	,2	,2	99,2
231	1	,2	,2	99,4
267	1	,2	,2	99,6
298	1	,2	,2	99,8
319	1	,2	,2	100,0
Totale	480	100,0	100,0	

8.5 ELENCO RIVISTE

TITOLO DI PUBBLICAZIONE				
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
	42	8,8	8,8	8,8
	31	6,5	6,5	15,2
	14	2,9	2,9	18,1
	13	2,7	2,7	20,8
	12	2,5	2,5	23,3
	10	2,1	2,1	25,4
	10	2,1	2,1	27,5
	9	1,9	1,9	29,4
	9	1,9	1,9	31,3
	9	1,9	1,9	33,1
	8	1,7	1,7	34,8
	8	1,7	1,7	36,5
Validi	8	1,7	1,7	38,1
	8	1,7	1,7	39,8
	8	1,7	1,7	41,5
	7	1,5	1,5	42,9
	7	1,5	1,5	44,4
	7	1,5	1,5	45,8
	6	1,3	1,3	47,1
	6	1,3	1,3	48,3
	6	1,3	1,3	49,6
	6	1,3	1,3	50,8
	5	1,0	1,0	51,9

Journal of Personality Assessment	5	1,0	1,0	52,9
Psychological Assessment	5	1,0	1,0	54,0
Schizophrenia Research	5	1,0	1,0	55,0
Behavioral Sciences & the Law	4	,8	,8	55,8
BMC Psychiatry	4	,8	,8	56,7
Criminal Justice and Behavior	4	,8	,8	57,5
European Psychiatry	4	,8	,8	58,3
Personality and Individual Differences	4	,8	,8	59,2
Psychiatry Research: Neuroimaging	4	,8	,8	60,0
Adolescent Psychiatry	3	,6	,6	60,6
Archives of General Psychiatry	3	,6	,6	61,3
Assessment	3	,6	,6	61,9
Clinical Psychology Review	3	,6	,6	62,5
Clinical Psychology: Science and Practice	3	,6	,6	63,1
International Journal of Adolescent Medicine and Health	3	,6	,6	63,8
Journal of Affective Disorders	3	,6	,6	64,4
Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology	3	,6	,6	65,0
Journal of Criminal Justice	3	,6	,6	65,6
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence	3	,6	,6	66,3
Schizophrenia Bulletin	3	,6	,6	66,9
The American Journal of Psychiatry	3	,6	,6	67,5
The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie	3	,6	,6	68,1
The Family Journal	3	,6	,6	68,8
Addictive Behaviors	2	,4	,4	69,2
Annual Review of Clinical Psychology	2	,4	,4	69,6
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	2	,4	,4	70,0
Biological Psychiatry	2	,4	,4	70,4
Bulletin of the Menninger Clinic	2	,4	,4	70,8
Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America	2	,4	,4	71,3

Child Psychiatry and Human Development	2	,4	,4	71,7
Clinical Child Psychology and Psychiatry	2	,4	,4	72,1
Current Opinion in Psychiatry	2	,4	,4	72,5
International Journal of Eating Disorders	2	,4	,4	72,9
International Journal of Law and Psychiatry	2	,4	,4	73,3
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	2	,4	,4	73,8
Journal of Consulting and Clinical Psychology	2	,4	,4	74,2
Journal of Consulting Psychology	2	,4	,4	74,6
Journal of Interpersonal Violence	2	,4	,4	75,0
Journal of Personality	2	,4	,4	75,4
Journal of Psychiatric Practice	2	,4	,4	75,8
Pediatrics	2	,4	,4	76,3
Psychiatric Annals	2	,4	,4	76,7
Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice	2	,4	,4	77,1
Psychosomatic Medicine	2	,4	,4	77,5
Psychotherapy and Psychosomatics	2	,4	,4	77,9
Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie	2	,4	,4	78,3
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	2	,4	,4	78,8
Acta Neuropsychologica	1	,2	,2	79,0
Acta Psychiatrica Scandinavica	1	,2	,2	79,2
Advances in Mental Health	1	,2	,2	79,4
Alcohol and Alcoholism	1	,2	,2	79,6
Alcoholism: Clinical and Experimental Research	1	,2	,2	79,8
American Journal of Forensic Psychology	1	,2	,2	80,0
American Journal of Orthopsychiatry	1	,2	,2	80,2
American Journal of Psychotherapy	1	,2	,2	80,4
Archives of Suicide Research	1	,2	,2	80,6

Australasian Psychiatry	1	,2	,2	80,8
Australian Journal of Psychology	1	,2	,2	81,0
Behavior Genetics	1	,2	,2	81,3
Behavior Therapy	1	,2	,2	81,5
Bipolar Disorders	1	,2	,2	81,7
Brain: A Journal of Neurology	1	,2	,2	81,9
British Journal of Developmental Psychology	1	,2	,2	82,1
Canadian Journal of Psychoanalysis / Revue Canadienne de Psychanalyse	1	,2	,2	82,3
Canadian Psychology	1	,2	,2	82,5
Ceska a Slovenská Psychiatrie	1	,2	,2	82,7
Child Development Perspectives	1	,2	,2	82,9
Child Maltreatment	1	,2	,2	83,1
Clinical Child and Family Psychology Review	1	,2	,2	83,3
Clinical Neuropharmacology	1	,2	,2	83,5
Clinical Psychological Science	1	,2	,2	83,8
Clinical Psychologist	1	,2	,2	84,0
Clinical Psychology & Psychotherapy	1	,2	,2	84,2
CNS Spectrums	1	,2	,2	84,4
Criminal Behaviour and Mental Health	1	,2	,2	84,6
Current Directions in Psychological Science	1	,2	,2	84,8
Depression and Anxiety	1	,2	,2	85,0
Dialogue: Recherches sur le couple et la famille	1	,2	,2	85,2
Drug and Alcohol Dependence	1	,2	,2	85,4
Early Intervention in Psychiatry	1	,2	,2	85,6
Educational and Child Psychology	1	,2	,2	85,8
Educational and Psychological Measurement	1	,2	,2	86,0
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience	1	,2	,2	86,3
European Eating Disorders Review	1	,2	,2	86,5
European Journal of Personality	1	,2	,2	86,7

European Journal of Psychological Assessment	1	,2	,2	86,9
European Journal of Psychotraumatology	1	,2	,2	87,1
European Neuropsychopharmacology	1	,2	,2	87,3
European Review of Applied Psychology	1	,2	,2	87,5
Gestalt Review	1	,2	,2	87,7
Giunti Organizzazioni Speciali	1	,2	,2	87,9
Group Analysis	1	,2	,2	88,1
Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine	1	,2	,2	88,3
Infant Mental Health Journal	1	,2	,2	88,5
International Clinical Psychopharmacology	1	,2	,2	88,8
International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology	1	,2	,2	89,0
Irish Journal of Psychological Medicine	1	,2	,2	89,2
Journal of Adolescent Health	1	,2	,2	89,4
Journal of Anxiety Disorders	1	,2	,2	89,6
Journal of Autism and Developmental Disorders	1	,2	,2	89,8
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry	1	,2	,2	90,0
Journal of Emotional and Behavioral Disorders	1	,2	,2	90,2
Journal of Individual Differences	1	,2	,2	90,4
Journal of Nonverbal Behavior	1	,2	,2	90,6
Journal of Personality and Social Psychology	1	,2	,2	90,8
Journal of personality disorders	1	,2	,2	91,0
Journal of Projective Psychology & Mental Health	1	,2	,2	91,3
Journal of Psychiatric Research	1	,2	,2	91,5
Journal of Psychiatry & Neuroscience	1	,2	,2	91,7

Journal of Psychiatry and Neurological Sciences	1	,2	,2	91,9
Journal of Psychosomatic Research	1	,2	,2	92,1
Journal of Research in Crime and Delinquency	1	,2	,2	92,3
Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law	1	,2	,2	92,5
Journal of the Indian Academy of Applied Psychology	1	,2	,2	92,7
Journal of Youth and Adolescence	1	,2	,2	92,9
L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique	1	,2	,2	93,1
Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition	1	,2	,2	93,3
Legal and Criminological Psychology	1	,2	,2	93,5
NeuroImage	1	,2	,2	93,8
Neuropsychobiology	1	,2	,2	94,0
Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment	1	,2	,2	94,2
Psicothema	1	,2	,2	94,4
Psikiyatride Guncel Yaklasimlar	1	,2	,2	94,6
Psychiatric Clinics of North America	1	,2	,2	94,8
Psychiatric Quarterly	1	,2	,2	95,0
Psychiatric Rehabilitation Journal	1	,2	,2	95,2
Psychiatry, Psychology and Law	1	,2	,2	95,4
Psychoanalytic Inquiry	1	,2	,2	95,6
Psychodynamic Psychiatry	1	,2	,2	95,8
Psychological Bulletin	1	,2	,2	96,0
Psychological Services	1	,2	,2	96,3
Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy	1	,2	,2	96,5
Psychology	1	,2	,2	96,7
Psychology of Violence	1	,2	,2	96,9
Psychotherapy	1	,2	,2	97,1
Revista Colombiana de Psiquiatría	1	,2	,2	97,3
Revista Puertorriqueña de Psicología	1	,2	,2	97,5

Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe	1	,2	,2	97,7
Rivista di Psichiatria	1	,2	,2	97,9
Salud Mental	1	,2	,2	98,1
Social Work in Mental Health	1	,2	,2	98,3
Socijalna Psihijatrija	1	,2	,2	98,5
Suicide and Life-Threatening Behavior	1	,2	,2	98,8
The Arts in Psychotherapy	1	,2	,2	99,0
The Canadian Journal of Psychiatry	1	,2	,2	99,2
The Psychiatrist	1	,2	,2	99,4
The Spanish Journal of Psychology	1	,2	,2	99,6
Therapeutic Communities	1	,2	,2	99,8
Women's Health Issues	1	,2	,2	100,0
Totale	480	100,0	100,0	