

# SEGNALI PRECOCI E DIAGNOSI DI DISTURBO DI PERSONALITÀ: STUDIO MULTICENTRICO SU CASISTICA IN ADOLESCENZA

*Gruppo di Studio Multicentrico sui Disturbi di Personalità, Sezione "Psichiatria" della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*

V. Ancona (Roma)  
P. Cimbelli (Firenze)  
S. Costa (Bologna)  
R. Farruggia (Roma)  
S. Fontanini (Bussolengo-VR)  
P. Geronzi (Fano-PU)  
E. Innocenti (Firenze)  
R. Leonetti (Firenze)  
A. Ruggieri (Monza)  
C. Sogos (Roma)  
M.C. Stefanini (Firenze)  
V. Stoppioni (Fano - PU)

## INTRODUZIONE

Sindromi cliniche caratterizzate da modalità di comportamento deviate rispetto alla gamma dei comportamenti culturalmente attesi ed accettati, presenti in più aree (cognitive, affettiva, del controllo degli impulsi, relazionale) in modo pervasivo e stabile rappresentano realtà cliniche frequenti in età evolutiva tanto da indurre i clinici a ritenere che tali strutture rimarranno stabili nel tempo e dunque autorizzandoli ad utilizzare diagnosi di disturbo di personalità.

I clinici sono stati spesso riluttanti a fare diagnosi di disturbo di personalità nei bambini e adolescenti, sia per timore di etichettarli con una diagnosi che implica gravità e non malleabilità, sia per la tendenza a pensare che la personalità non sia ancora definita in età evolutiva, epoca in cui il processo di sviluppo, spingendo il bambino verso il cambiamento e verso un buon esito, può portare al superamento di alcuni problemi nel tempo contrastando la persistenza della psicopatologia. Concordiamo in proposito con quanto scrive Lingiardi (2001): "1) Lo sviluppo psicobiologico; 2) il contesto psicoaffettivo; e 3) l'ambiente socioculturale, concorrono a formare una serie di tratti profondamente impressi e tendenzialmente stabili. Tali caratteristiche contengono e informano la personalità del bambino, cioè i suoi modi più o meno integrati e abituali di 'funzionamento' psicologico e comportamentale", nonché con quanto affermato da Millon e Davis (2000): "la varietà iniziale dei diversi comportamenti del bambino gradualmente viene a restringersi facendosi più selettiva fino a che si cristallizza in modalità preferenziali di relazionarsi agli altri e di affrontare il mondo".

In adolescenza si è molto discusso sulla possibilità di distinguere tra una patologia della personalità e un disturbo evolutivo tipo "tumulto adolescenziale" o crisi di identità, in cui si può assistere ad un aumento molto marcato dell'impulsività, ad alterazioni dell'umore, all'intensificarsi di sentimenti di vuoto e vergogna, a gravi difficoltà nella vita di relazione, fino al comportamento antisociale (De Vito, 2002). Quando però le complesse modificazioni adolescenziali, in combinazione con agenti stressanti esterni, avvengono laddove vi sia stata una compromissione del sistema relazionale di attaccamento, nel senso di una mancata sintonizzazione affettiva o di gravi traumi o carenze, è possibile trovarsi di fronte ad un disturbo di personalità che tenderà a stabilizzarsi al termine dell'adolescenza.

Come ricordato da Paulina F. Kernberg (2000), che si è a lungo occupata dell'osservazione di queste patologie, vari studi americani (Golombek et al., 1986) hanno dimostrato che qualora si ricerchi la presenza di disturbi

di personalità nel bambino o nell'adolescente, la prevalenza può essere considerevole. Secondo il National Mental Health Council (1995) sempre più spesso infatti vengono descritti pattern di personalità durevoli già evidenti a partire dalla fine dell'età prescolare. Tali pattern includono aggressività, strategie di coping non flessibili e attaccamento insicuro che evolvono in comportamenti persistenti dei bambini e in caratteristiche correlate a successivi disturbi, come depressione, uso di droghe e comportamento antisociale e criminale.

Oggi vari autori concordano sulla possibilità di individuare i disturbi di personalità già a partire dall'età di latenza e ancora prima (Palacio Espasa, 2007); in particolare negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi e ricerche sul funzionamento borderline in adolescenza da autori come Kernberg (1978), Bemporad (1982), Archer (1985), Bleiberg (2001), Liotti (2006), Levi (2006), Farruggia (2008), Gunderson (2008), Lingiardi (2009) e molti altri.

Relativamente alla estendibilità della diagnosi di disturbo di personalità, in particolare rispetto ai criteri del DSM-IV, Ludolph e Westen (1990) hanno rilevato in uno studio che la fenomenologia dei ragazzi di 14 anni è molto simile a quella degli adulti e Grillo et al. (1998) hanno studiato pazienti a partire dai 12 anni con i criteri DSM attestando una frequenza di disturbi di personalità analoga a quella degli adulti.

Rispetto alla continuità della psicopatologia dall'età infantile e adolescenziale a quella adulta Caspi e Silva (1995) ad esempio, ritengono che stili comportamentali specifici valutati nella prima infanzia siano strettamente associati a differenze nella personalità del giovane adulto, in quanto il tipo di interazione che si stabilisce fra la persona e l'ambiente gioca un ruolo chiave nella continuità degli elementi costitutivi della personalità. Studi epidemiologici longitudinali esaminati da Bernstein et al. (1996), hanno rilevato che fattori predittivi di personalità antisociale sono riscontrabili già in età prescolare sotto forma di difficoltà temperamentali, iperattività, aggressività. Anche lo studio condotto da Rutter et al. (2006) è a favore di una stretta correlazione tra problemi di condotta in età infantile e adolescenziale e aumentato rischio di patologie psichiatriche (in particolare depressione precoce) e di comportamenti a rischio (uso di sostanze e delinquenza) in epoche successive.

## SCOPO DEL LAVORO

Scopo di questo lavoro è attuare una prima fotografia della diagnosi di disturbo di personalità (DP) in età evolutiva in Italia avviando un confronto teso a condividere le modalità con cui viene posta la diagnosi e proponendosi di individuare costellazioni specifiche per fascia di età.

Sono inoltre stati ricercati i fattori di rischio (antecedenti familiari e ambientali) e i segnali comportamentali psicopatologici precoci che possono risultare predittivi di un successivo disturbo di personalità.

Questo lavoro propone quindi i risultati di una osservazione retrospettiva di una casistica multicentrica e rappresenta la prima parte di un progetto di studio sui disturbi di personalità che intende approfondire, successivamente, le modalità di diagnosi e di trattamento.

## MATERIALI E METODI

La Sezione "Psichiatria" della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ha avviato un gruppo di studio multicentrico sul tema dei disturbi di personalità (DP).

Per ogni paziente sono state raccolte numerose variabili volte ad analizzare gli elementi utili ad identificare segnali precoci e aspetti centrali per una codifica diagnostica del disturbo di personalità in età evolutiva:

- rispetto ai *segnali precoci* sono stati analizzati: gli antecedenti anamnestici come l'età del primo contatto con i Servizi di NPIA e l'eventuale diagnosi o sintomatologia (con particolare attenzione ai sintomi esternalizzanti ed internalizzanti);
- come *fattori di rischio*: l'anamnesi familiare (presenza di disturbo psichiatrico in un genitore o di relazioni intrafamiliari particolarmente difficili), la presenza di eventi di vita sfavorevoli e l'eventuale presa in carico da parte del Servizio Sociale;
- rispetto alla *diagnosi di disturbo di personalità* sono stati indagati: data e motivo di accesso al Servizio che ha posto la diagnosi di DP, inviante, età della diagnosi di DP, sintomatologia (con particolare riferimento alla presenza di autolesionismo, abuso di sostanze, abbandono scolastico ed isolamento sociale), eventuale presenza di comorbidità.

Per la diagnosi di DP è stato deciso di seguire i criteri dell'ICD-10 (ICD IX-CM per i Reparti Ospedalieri) con una unica deroga rispetto all'età: sono stati inclusi infatti nello studio i pazienti a partire dall'età di 13 anni; con individuazione di questa età abbiamo quindi scelto l'età intermedia rispetto alla fascia di età (dai 12 ai 14 anni) segnalata nella letteratura riportata in introduzione.

## RISULTATI

a) I Servizi partecipanti alla ricerca  
Hanno aderito allo studio multicentrico 9 Servizi come riportati in Tabella I.

b) I dati della casistica  
La casistica risulta composta da 162 pazienti con disturbo di personalità ed età maggiore di 13 anni; 90 femmine (55%) e 72 maschi (45%), l'età media in cui è stata posta diagnosi di disturbo di personalità è di 15,5 anni.

In Tabella II sono riportati gli invianti.

In Tabella III sono riportati i motivi principali di accesso.

La sintomatologia prevalente è riportata in Tabella IV.

**TAB. I.** Servizi che hanno aderito allo studio.

Città	Denominazione	Caratteristiche principali
Monza	UOC NPIA Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza (Università di Milano-Bicocca)	Reparto ospedaliero, accoglie casi neurologici e psichiatrici in età 0-18, con possibilità di ricovero anche in urgenza
Bologna	UOS Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, Area Dipartimentale NPIA, DSM-DP, AUSL di Bologna	Day Hospital di psichiatria accoglie casi psichiatrici in urgenza
Firenze	AOUC-NPI (struttura organizzativa dipartimentale di NPI, Azienda Ospedaliera Careggi)	Reparto di degenza con competenze di neurologia e psichiatria, accoglie casi psichiatrici in situazione di scompenso acuto.
Firenze	UFSMIA (unità funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza)	Servizio Territoriale di NPIA, ambito Comune di Firenze
Firenze	Centro diagnostico psicologico e cognitivo dell'età evolutiva, Ambulatorio Consorzio Zenti-Firenze	Servizio di NPIA Ambulatoriale privato
Fano	UOC NPIA Ospedale S. Croce, Fano	Reparto con degenza in regime Dipartimentale con competenze di neurologia e psichiatria e in DH. Accoglie casi psichiatrici in urgenza fino a 14 anni
Roma	Ospedale diurno diagnostico e terapeutico per i disturbi di sviluppo e disturbi psicopatologici, Dipartimento Pediatria e NPI, Università "La Sapienza" Roma	Day Hospital psichiatrico diagnostico/terapeutico
Roma	UOS Residenzialità Età Evolutiva ASL Roma A	Struttura Semiresidenziale e Residenziale interdistrettuale ASL Roma A accoglie casi psichiatrici in fase pre/post-acuzie
Roma	Centro Diurno Terapeutico Integrato per adolescenti, UOC TSMREE, ASL RMC	Struttura Semiresidenziale di psichiatria

**TAB. II.** Invianti.

Servizio inviante	Pronto soccorso	Servizio territoriale	Medico base	SPDC	Altro (accesso diretto, Tribunale, Servizio Sociale, ecc.)
n. pazienti	10	38	1	3	111
Percentuale della casistica	6,17284	23,45679	0,617284	1,8518	68,51852

**TAB. III.** Motivi principali di accesso.

Motivo principale di accesso	Tentativo di suicidio e autolesione	Aggressività e dist. condotta	DCA	Isolamento sociale
n. pazienti	27	67	17	26
Percentuale della casistica	16,66667	41,35802	10,49383	16,04938

**TAB. IV.** Sintomatologia prevalente.

Sintomatologia prevalente	Abbandono scolastico	Uso sostanze	Isolamento sociale	Autolesione
n. pazienti	73	46	66	57
Percentuale della casistica	45,06173	28,39506	40,74074	35,18519

**TAB. V.** Tipologia di diagnosi di DP.

DP (prevalente)	Border	Esplosivo	Schizoide o schizotipico	Narcisistico	Antisociale	Evitante	Altro
n. pazienti	74	6	11	2	10	12	47
Percentuale della casistica	45,67901	3,703704	6,790123	1,234568	6,17284	7,407407	29,01235

La tipologia di diagnosi di DP è riportata in Tabella V. È stata indagata anche la presenza di diagnosi in comorbidità che è stata schematizzata in sintomatologia internalizzante, esternalizzante o di disturbi dell'apprendimento, come riportato in Tabella VI.

Per quanto riguarda l'età di primo contatto con i Servizi di NPIA, poiché non è un dato presente per tutti i pazienti, non è possibile ricavare un'età media;

tuttavia abbiamo calcolato il numero dei pazienti che si è presentato ai Servizi entro gli otto anni, che è pari a 18 pazienti (11,11%).

La sintomatologia presente al primo contatto con i Servizi e precedente alla diagnosi di DP è riportata in Tabella VII.

Gli elementi legati all'anamnesi familiare e alle problematiche ambientali sono riassunti in Tabella VIII.

**TAB. VI.** Comorbidità.

Comorbidità	Internalizzante	Esternalizzante	Dist. Apprendimento
n. pazienti	47	16	8
Percentuale della casistica	29,01235	9,876543	4,93

**TAB. VII.** Sintomatologia precedente alla diagnosi DP.

Sintomatologia	Problemi apprendimento	Dist. Internalizzati	Dist. Esternalizzati
n. pazienti	19	37	44
Percentuale della casistica	11,72839506	22,83950617	27,16049383

**TAB. VIII.** Elementi anamnestici familiari ed ambientali.

Elementi anamnestici	Dist psichiatrici fam.	Relaz. intrafam. disturbate	Eventi vita negativi
n. pazienti	30	40	68
Percentuale della casistica	18,51851852	24,69135802	41,97530864

Per quanto riguarda i rapporti con i *Servizi Sociali*, risulta che 85 (52,4%) pazienti sono in carico al Servizio Sociale.

## ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica eseguita con il test del chi quadrato ha analizzato la presenza di correlazioni significative fra le diverse variabili indagate.

Tipologia di diagnosi di disturbo di personalità

La presenza di una diagnosi di *DP borderline* risulta in relazione significativa con: presenza come motivi di invio di tentati suicidi o gesti autolesivi ( $p = 0,0520$ ) ed aggressività, disturbi della condotta ( $0,00017$ ), presenza nella sintomatologia di agiti autolesivi ( $p = 0,0001$ ), isolamento sociale ( $p = 0,026$ ), ed uso di sostanze ( $p = 0,0005$ ), presa in carico del servizio sociale ( $p=0,001$ ). Fra i segnali precoci è risultata una relazione significativa con la presenza in anamnesi di una sintomatologia di tipo esternalizzante ( $p = 0,025$ ). Rispetto all'età della diagnosi, risulta che il gruppo di pazienti che ha 13 anni non ha la diagnosi di *DP borderline* ( $p = 0,030$ ) e rispetto al genere vi è una relazione significativa con il sesso femminile ( $p = 0,015$ ).

La presenza di diagnosi di *DP narcisistico* è in relazione con: presenza di forti tensioni intrafamiliari ( $p = 0,0129$ ). Rispetto all'età della diagnosi, risulta che il gruppo di pazienti che ha 13 anni non ha la diagnosi di *DP narcisistico* ( $p = 0,005$ ).

La presenza di *DP esplosivo* risulta in relazione con: presenza di disturbo psichiatrico intrafamiliare ( $p = 0,00000$ ), presenza nella sintomatologia di aggressività e disturbo della condotta ( $p = 0,033$ ), comorbidità sia esternalizzante ( $p = 0,049$ ), sia internalizzante ( $p = 0,038$ ), presa in carico del Servizio Sociale ( $p = 0,017$ ). Rispetto al genere vi è una relazione negativa con il sesso femminile ( $p = 0,005$ ).

La diagnosi di *DP antisociale* è in relazione con una comorbidità di tipo esternalizzante ( $p = 0,00098$ ) e l'abbandono scolastico ( $p = 0,003$ ).

La diagnosi di *DP schizotipico* risulta avere una relazione negativa con l'uso di sostanze ( $p = 0,030$ ) e positiva con il genere femminile.

Per quanto riguarda l'età della diagnosi di *DP* è stato analizzato il gruppo dei pazienti con età 13

anni rispetto al resto della casistica e non sono state rilevate differenze significative nella sintomatologia, nell'accesso o nei dati anamnestici, se non per quanto riguarda una correlazione negativa con la diagnosi di *DP borderline e narcisistico*.

## MOTIVI DI ACCESSO

La presenza di tentativo di suicidio risulta in relazione con la presenza di aggressività e disturbi della condotta ( $p = 0,0000$ ), abbandono scolastico ( $p = 0,008$ ), una sintomatologia con autolesione ( $p = 0,0000$ ), la comorbidità con disturbi esternalizzanti ( $p = 0,0399$ ).

La presenza di aggressività e disturbi della condotta è in relazione positiva con una età di accesso ai servizi uguale o inferiore agli 8 anni ( $p = 0,0035$ ) e negativa con la presenza di comorbidità con disturbi internalizzanti ( $p = 0,016$ ).

Elementi sintomatologici

La presenza di isolamento sociale nella sintomatologia è in relazione con: presenza di comorbidità internalizzante ( $p = 0,039$ ), uso di sostanze ( $p = 0,04$ ), disturbi dell'apprendimento ( $p = 0,025$ ), presenza di disturbo psichiatrico intrafamiliare ( $p = 0,042$ ) e di eventi di vita negativi ( $p = 0,004$ ).

L'abbandono del percorso scolastico risulta in relazione con la presenza di comorbidità esternalizzante ( $p = 0,011$ ) e la presenza in anamnesi di una sintomatologia esternalizzante nella prima infanzia ( $p = 0,0108$ ).

## ELEMENTI ANAMNESTICI

Rispetto all'età di primo accesso ai Servizi di NPIA sono emerse alcune relazioni significative fra l'età di accesso uguale o inferiore agli 8 anni e: presenza di problemi di apprendimento ( $p = 0,0036$ ), presenza di disturbi di tipo internalizzante ( $p = 0,003$ ), presenza di disturbo psichiatrico in un genitore ( $p = 0,026$ ).

Rispetto alla presenza in anamnesi di una sintomatologia di tipo esternalizzante (letta come segnale precoce), risulta una relazione con: la diagnosi di *DP borderline* ( $p = 0,025$ ) e l'assenza di diagnosi di *DP evitante* ( $p = 0,027$ ).

## DISCUSSIONE

Una prima riflessione va fatta rispetto ai Servizi che hanno aderito allo studio multicentrico, perché la natura di tali Servizi sicuramente influenza i dati della casistica che è stata raccolta (in particolare rispetto a invidi, motivi di accesso, sintomatologia): si tratta, infatti, come riportato nella prima tabella di questo lavoro, per la maggioranza di Centri Specialistici (77,7%) fra cui diversi Servizi Ospedalieri (55%).

I motivi di accesso più frequenti dei ragazzi a cui è stato diagnosticato un DP sono l'aggressività ed i disturbi della condotta (41%), mentre la sintomatologia prevalente è caratterizzata da abbandono scolastico (45%) ed isolamento sociale (40%); l'importanza di questi due sintomi è segnalata in modo significativo dall'analisi statistica che mostra una correlazione con uso di sostanze, comorbidità internalizzante ed esternalizzante, disturbi dell'apprendimento e elementi anamnestici negativi.

A fronte di un accesso ai Servizi legato in prevalenza ad aspetti comportamentali è interessante rilevare come, invece, le problematiche più frequenti registrate in comorbidità risultano di tipo internalizzante (29%): questo aspetto segnala una attenzione diagnostica a raccogliere e codificare sintomi ed aspetti psicopatologici che possono essere alla base dei comportamenti disadattivi.

Il primo scopo dello studio era centrato sulla possibilità di porre *diagnosi di DP in età evolutiva* e di verificare conseguentemente la presenza di una sintomatologia adeguata a questa codifica nosografica.

La codifica diagnostica più rappresentata è il disturbo di personalità borderline (45%).

L'analisi statistica ha mostrato che la diagnosi di DP borderline è correlata in modo significativo, nella nostra casistica, con una sintomatologia caratterizzata da: tentati suicidi, agiti autolesivi, aggressività, disturbi della condotta, isolamento sociale, uso di sostanze ed una presa in carico da parte del Servizio Sociale.

Vi è quindi la conferma che, come rilevato in letteratura, anche nei nostri casi tale diagnosi è stata posta a fronte di casi gravi e che presentano gli elementi fenomenologici più gravi che sono descritti nei disturbi di personalità degli adulti. Un'affermazione analoga può essere fatta per quanto riguarda il DP esplosivo.

Per quanto riguarda l'età della diagnosi di DP, nel gruppo dei pazienti più giovani, di età 13 anni, rispetto ai pazienti di età maggiore nella casistica, non è risultata alcuna differenza dal punto di vista clinico-sintomatologico, mentre si è rilevata una differenza nella codifica diagnostica (non viene usata la diagnosi di DP borderline e narcisistico) probabilmente legata al presupposto teorico che più il soggetto è giovane, più la sua personalità potrà andare incontro a modifiche nel corso dello sviluppo e quindi ad una cautela e alla conseguente tendenza ad utilizzare categorie "aperte" come il DP non altrimenti specificato (NAS).

Il secondo obiettivo dello studio era quello di evidenziare l'eventuale presenza di *segnali precoci* che possono preludere allo sviluppo di una diagnosi di disturbo di personalità.

Sul versante anamnestico va rilevata l'alta frequenza di eventi negativi di vita (secondo l'Asse V dell'ICD) pari al 41,9% e l'elevata percentuale di sintomatologia esternalizzante (27%) nei casi afferiti ai Servizi di NPIA prima della diagnosi di DP; di particolare interesse è il fatto che il 52,4% dei pazienti è seguito dai Servizi Sociali.

Sempre rispetto ai segnali precoci l'analisi statistica consente di confermare i dati di letteratura (National Advisory Mental Health Council) rispetto alla rilevanza dei pattern comportamentali esternalizzanti: la presenza infatti di questo tipo di sintomi in anamnesi risulta correlata in modo significativo alla successiva diagnosi di DP borderline.

Se poi, sempre seguendo gli elementi provenienti dall'analisi statistica, uniamo questo dato dei comportamenti esternalizzanti, con la correlazione fra DP borderline e la presenza di: uso di sostanze, isolamento sociale e presa in carico dei Servizi Sociali, veniamo a identificare una serie di elementi che caratterizza pazienti a rischio di evoluzione di DP.

Va rilevato come questi elementi che uniscono aspetti sintomatologici, psicopatologici ed ambientali confermino le ipotesi eziopatogenetiche avanzate in letteratura (Lingiardi 2001, Millon e Davis 2000).

## CONCLUSIONI

I risultati preliminari del lavoro del gruppo di studio multicentrico hanno fornito una mole di dati che non è

stato possibile affrontare in modo esaustivo in questo primo lavoro.

Questa prima analisi ci è servita anche per delineare le linee di approfondimento rispetto a cui proseguire lo studio dei DP in Italia sia dal punto di vista degli strumenti di valutazione, sia dei modelli di trattamento e della misurazione di efficacia degli esiti.

Rispetto agli obiettivi che questo studio si era prefisso, i dati analizzati consentono di ricavare indicazioni rilevanti sulla base di quanto dimostrato dall'analisi statistica:

- le diagnosi di DP eseguite in età evolutiva (nella fascia di età 13-18 anni) corrispondono a quadri clinici gravi e concordanti con gli elementi previsti nei sistemi nosografici;
- esistono segnali precoci predittivi di sviluppo di DP ed in particolare è stata individuata una costellazione sintomatologica che vede innanzitutto la presenza di una sintomatologia esternalizzante al primo accesso ai Servizi di NPIA, unita isolamento sociale, uso di sostanze e ad una presa in carico da parte dei Servizi Sociali.

Il Disturbo di Personalità si conferma, quindi, essere una entità clinica presente in età evolutiva, che viene diagnosticata in adolescenza, già prima dell'età fissata dagli attuali criteri nosografici.

Certamente è indicato un ulteriore approfondimento di follow-up per verificare come evolve il disturbo nel tempo.

Ancor più importante rispetto a questo, risulta la possibilità di evidenziare una serie di segnali precoci che, uniti ad aspetti ambientali, possono identificare ragazzi a rischio di sviluppare DP e quindi possono consentire di attivare programmi di intervento di prevenzione secondaria (basti pensare ai dati relativi all'abbandono scolastico ed all'isolamento sociale) mirati ed efficaci.

In una prospettiva di psicopatologia di sviluppo questo dato implica che per la fascia d'età 8-13 anni occorrerebbe operare una "traduzione" delle categorie diagnostiche di DP utilizzate in età adulta andando a valutare il significato disadattivo di alcuni disturbi psicopatologici sulla struttura di personalità in formazione. Il lavoro sui DP in età evolutiva comporta l'uso di un paradigma teorico clinico diverso da quello in uso nella nosografia psichiatrica degli adulti. Pertanto lo studio sistematico delle traiettorie di sviluppo dei disturbi psicopatologici dell'età evolutiva assume un rilievo primario nella comprensione del concetto stesso di DP in età evolutiva che rimane diagnosi "certa" in età adulta perché pensata e codificata per pazienti adulti e "incerta", se rigidamente applicata, in età evolutiva. Il quesito fondante è attorno alla necessità di arrivare ad una rilevazione attuale delle situazioni cliniche che hanno concorso alla genesi di un DP che esplose in adolescenza.

Proprio per approfondire gli aspetti di valutazione e trattamento dei DP il gruppo di lavoro multicentrico della Sezione "Psichiatria" della SINPIA si è proposto di proseguire nel percorso di analisi intrapreso.

## BIBLIOGRAFIA

Bemporad JR, Smith HF, Hanson G et al. *Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis*. Am J Psychiatry 1982;139:596-602.

Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, et al. *Childhood antecedents of adolescent personality disorders*. Am J Psychiatry 1996;153:907-13.

Bleiberg E. *Treating Personality Disorders in Children and Adolescents: A Relational Approach*. New York: The Guilford Press 2001 (Trad. It. *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2004).

Caspi A, Silva PA. *Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort*. Child Dev 1995;66:486-98.

De Vito E. *Disturbi di personalità e disturbo borderline in adolescenza*. In: Ammaniti M, ed. *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.

Farruggia R, Romani M, Bartolomeo S. *Disturbi della Condotta / Disturbi della Personalità: riflessioni teorico-cliniche per una presa in carico precoce*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2008;75:503-14.

Golombek H, Marton P, Stein B, et al. *Personality dysfunction and behavioural disturbances in early adolescence*. J Am Acad Child Psychiatry 1986;25:697-703.

Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, et al., *Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients*. Am J Psychiatry 1998;155:470-6.

Gunderson J. *Borderline personality disorders. A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2008 (Trad. It. *La personalità borderline: Una guida clinica*. Il Ed. Milano: Raffaello Cortina Editore 2010).

- Kernberg O. *The diagnosis of borderline conditions in adolescence*. *Adolesc Psychiatry* 1978;6:298-319.
- Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2000.
- Levi G, Romani M. *Riflessioni teorico-cliniche intorno al disturbo borderline di personalità in età evolutiva*. *Infanzia e Adolescenza* 2006;5:1-10.
- Lingiardi V. *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Il Saggiatore 2001.
- Lingiardi V. *Quale diagnosi di personalità in adolescenza?*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza* 2009;76:127-45.
- Liotti G. *Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa*. *Psychomedia Telematic Review* 2006. <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probsiter/liotti-1.htm>
- Ludolph P, Westen D, Luborsky E, et al. *The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms e developmental history*. *Am J Psychiatry* 1990;147:470-6.
- Millon T, Davis R. *Personality Disorders in Modern Life*. New York: John Wiley & Sons 2000.
- National Advisory Mental Health Council (1995). *Basic Behavioral Science Research for Mental Health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health Publication No. 95-3682.
- Palacio Espasa F. *The performs of personality disorders in preschool children and babies*. Relazione al Symposium "Personality Disorders in Children and Adolescents". Atti del 13° Congresso ESCAP, Firenze, 25-29 Agosto 2007.
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. *Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:276-95.