

LA STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO). LA VALUTAZIONE DELLA PERSONALITÀ SECONDO IL MODELLO DI OTTO KERNBERG

Emanuele Preti, Irene Sarno, Antonio Prunas, Fabio Madeddu

1. Introduzione

Non è semplice fornire una definizione univoca del concetto di disturbo di personalità. Molti sono, infatti, i limiti degli attuali sistemi di classificazione e il rischio è quello di cercare rifugio in etichette diagnostiche che sembrano dare un ordine a quadri psicopatologici complessi e dimenticare il fondamentale criterio guida della ricerca, ovvero l'utilità clinica (Lowe e Widiger 2009). Alcuni sistemi classificatori di tipo descrittivo, che hanno origine nell'ambito medico-psichiatrico, fanno riferimento a una classificazione di tipo categoriale, teorica e basata sulla sintomatologia presentata dal paziente, presumendo che esistano differenze significative e discontinuità tra ciò che è "normale" e ciò che invece è da considerarsi "disturbato" (American Psychiatric Association, APA 1980, 2000; World Health Organization, WHO 1993). Il *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition, text revision* (DSM-IV-TR; APA 2000), in particolare, consiste in una classificazione nosografica multi-assiale dei disturbi mentali, definiti in base a quadri sintomatologici raggruppati su basi statistiche. I sistemi categoriali hanno il vantaggio di facilitare la comunicazione tra clinici, di costruire un lessico condiviso relativo ai disturbi, di avere una buona validità di facciata e di semplificare un vasto insieme di informazioni (Sprock 2003). Tuttavia, l'utilizzo di categorie omogenee al loro interno e differenziate tra loro in base a criteri di presenza/assenza presenta anche una serie di limiti, relativi all'assenza di evidenze empiriche alle base di queste categorie dicotomiche "tutto o nulla", agli elevati tassi di comorbidità, alla scarsa considerazione dell'eterogeneità dei sintomi e all'assenza di una valutazione della gravità dei sintomi (Livesley 2003, Trull e Durrett 2005, Verheul 2005, Tryer 2005, Widiger e Samuel 2005, De Clercq et al. 2006, Clark 2007, Lenzenweger 2010).

In seguito alla revisione dei limiti presenti all'interno del sistema categoriale di classificazione, un numero sempre crescente di modelli dimensionali alternativi è stato associato ai disturbi di personalità del DSM (Trull e Durrett 2005, Clark 2007, Widiger e Trull 2007, Samuel e Widiger 2008, Lenzenweger 2010). Secondo Skodol e Bender (2009) sarebbero due gli approcci dimensionali fondamentali applicati alla valutazione della personalità: quelli centrati sulla variabile, in cui diversi tratti di personalità vengono valutati in base al grado in cui descrivono un determinato paziente (Krueger e Eaton 2010) e quelli centrati sulla persona, che confrontano il paziente con una descrizione prototipica e valutano il grado di corrispondenza

SOTTOMESSO DICEMBRE 2011, ACCETTATO SETTEMBRE 2012

con essa. Indipendentemente dal modello specifico, quando si parla di alternative dimensionali, è importante tenere presente due sfide che queste nuove prospettive devono affrontare; quella riferita alla capacità dei nuovi modelli di rappresentare adeguatamente e con buone proprietà psicometriche i sintomi frequentemente incontrati dai clinici e quella dei *cutoff*, ovvero cercare di stabilire i criteri soglia in grado di identificare se un disturbo della personalità è presente (Trull 2005). Uno dei vantaggi dei modelli dimensionali pare dunque essere la loro capacità di caratterizzare come unici i profili di personalità di ogni individuo e di fornire *cutoff* flessibili per prendere differenti decisioni cliniche e sociali. È proprio su queste basi che si fonda la ricerca attuale per la realizzazione della quinta edizione del DSM, in cui probabilmente si realizzerà un'integrazione di sistemi categoriali e dimensionali, al fine di trarre vantaggio da ciascuno di essi, compensandone i limiti presenti (Widiger et al. 2005). L'adozione di modelli dimensionali non significherebbe, dunque, abbandonare la distinzione tra normalità e anormalità, ma, al contrario, dare forma a discussioni su come le dimensioni di sintomi e tratti siano riconducibili a concetti come disturbo mentale e psicopatologia (Krueger 2005).

2. L'organizzazione di personalità: il modello di O.F. Kernberg

2.1 Il modello teorico di O.F. Kernberg

Otto Kernberg ha sviluppato un approccio strutturale alla psicopatologia che enfatizza come le manifestazioni comportamentali dei pazienti con un disturbo della personalità derivino da una struttura psichica comune capace di dare coerenza ai sintomi (Christopher et al. 2001). Ispirato dai contributi della teoria pulsionale di Freud (1915), della psicologia dell'Io di Edith Jacobson (1964) e Margaret Mahler (1971) e dalla teoria di Melanie Klein (1957), Kernberg ha avviato un lavoro di integrazione di questi modelli anziché di radicale opposizione, al fine di considerare i diversi aspetti, pulsionali ed evolutivi, che caratterizzano la diagnosi e il trattamento di pazienti gravi. Kernberg ha sviluppato la concezione psicoanalitica di Freud secondo la quale i sintomi sarebbero un compromesso inconscio finalizzato sia alla gratificazione parziale delle pulsioni che al rispetto della proibizione alla loro soddisfazione, considerando le pulsioni non all'interno di un vuoto, bensì esperite dalla psiche all'interno di uno specifico contesto relazionale dove assumerebbe molta importanza il ruolo giocato da altri significativi (Yeomans e Levy 2002). Il modello di disturbo di personalità e del suo trattamento di Kernberg costituisce il fondamento della psicoterapia focalizzata sul transfert (*Transference-Focused Psychotherapy*, TFP, Clarkin et al. 2006).

Un'altra premessa fondamentale è che alla base dei comportamenti sintomatici o delle lamentele soggettive presentati dai pazienti con disturbo di personalità ci sia una mancanza di integrazione delle strutture psichiche sottostanti. Le strutture sono configurazioni relativamente stabili di processi psichici; il Super-io, l'Io e l'Es sono strutture che integrano dinamicamente certe sottostrutture quali le configurazioni cognitive e difensive dell'Io. Kernberg (1976) ha utilizzato l'espressione "analisi strutturale" per descrivere il rapporto fra i derivati strutturali delle relazioni oggettuali interiorizzate e i vari livelli di organizzazione del funzionamento psichico. Per Kernberg le relazioni oggettuali interiorizzate costituiscono sottostrutture dell'Io

e a loro volta sono organizzate gerarchicamente. Inoltre, nel pensiero psicoanalitico più recente, per analisi strutturale si intende anche l'analisi dell'organizzazione permanente del contenuto dei conflitti inconsci, particolarmente del complesso edipico come tratto organizzatore della psiche che ha una storia evolutiva, un'organizzazione dinamica (è più della somma delle sue parti) e incorpora le prime esperienze e organizzazioni pulsionali specifiche di ogni fase evolutiva. Kernberg ha applicato tutti questi concetti strutturali all'analisi delle strutture intrapsichiche e dei conflitti pulsionali predominanti nei pazienti borderline.

Per creare una connessione tra la teoria delle relazioni oggettuali e la struttura di personalità, viene ipotizzato che nel corso dello sviluppo infantile si creino molteplici diadi interiorizzate sulla base di esperienze prototipiche. I mattoni di base delle strutture psichiche sono infatti delle unità costituite da una rappresentazione di sé, un affetto connesso a un impulso o rappresentativo di esso, e una rappresentazione dell'altro (l'oggetto dell'impulso). Questa unità di sé, altro e affetto che li unisce prende il nome di diade di relazione oggettuale. Nel corso dello sviluppo la natura dell'esperienza del bambino risulta variabile nei termini di intensità affettiva: si alterneranno pertanto momenti di quiescenza o bassa intensità affettiva e momenti di alta intensità affettiva determinati dalla presenza di un bisogno, del desiderio del piacere o del desiderio di rifuggire il dolore. Nei termini di diadi di relazioni oggettuali, le esperienze gratificanti dell'infante coinvolgono un'immagine ideale di un altro perfettamente accudente e di un sé soddisfatto, mentre le esperienze frustranti coinvolgono un'immagine totalmente negativa di un altro deprivante, se non addirittura abusante, e un sé bisognoso e impotente. Proprio in virtù della natura di tale sistema, un infante il cui caregiver sia generalmente premuroso e accudente può nondimeno interiorizzare immagini di un oggetto sadico e deprivante a causa di esperienze temporanee di frustrazione o deprivazione. Questo porta alla costituzione di un mondo interno infantile in cui sono presenti diadi di relazioni oggettuali caratterizzate da una polarizzazione positivo-negativo. Nel corso dello sviluppo infantile vengono interiorizzate diverse diadi, sulla base di esperienze prototipiche. Le esperienze di picco affettivo sono quelle che più concorrono all'interiorizzazione di rappresentazioni oggettuali; le prime diadi interiorizzate, dunque, saranno organizzate sugli assi della soddisfazione dei bisogni e dell'evitamento del dolore. Il prototipo dell'esperienza di soddisfazione è rappresentato dalla pronta risposta della madre al bambino affamato, mentre il prototipo del dolore e della frustrazione consiste nell'indisponibilità della madre. L'esperienza della soddisfazione contribuirà a formare una diade che coinvolge l'immagine ideale di un Sé soddisfatto e di un oggetto perfettamente rispondente, mentre la frustrazione del bisogno si rifletterà in una diade di segno opposto, caratterizzata da un oggetto deprivante e da un Sé bisognoso e impotente.

Nelle prime fasi dello sviluppo tali rappresentazioni vengono mantenute scisse (si vedano, a questo proposito, le teorizzazioni della Klein rispetto alla posizione schizo-paranoide e i livelli evolutivi della Mahler – in particolare la fase di separazione-individuazione). Con il raggiungimento della costanza dell'oggetto le rappresentazioni del sé e dell'oggetto si unificano in un concetto integrato che supporta una visione realistica di sé e degli altri significativi come caratterizzati tanto da affetti positivi quanto da affetti negativi. Rifacendosi al concetto di posizione schizo-paranoide di Melanie Klein (1946), Kernberg ipotizza che venga messa in atto una separazione attiva dei segmenti idealizzati e persecutori di esperienze affettive apicali: le

rappresentazioni interne completamente buone devono essere separate da quelle completamente cattive, per evitare che l'odio connesso a quelle negative possa distruggere le rappresentazioni positive di sé e dell'altro. Questa separazione è il frutto del meccanismo di difesa della scissione, paradigma dei meccanismi di difesa primitivi e meccanismo centrale nella patologia borderline.

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

Compatibilmente con la premessa fondamentale che è possibile comprendere la personalità e la sua patologia soltanto esaminando il comportamento osservabile in riferimento all'esperienza soggettiva e alle sottostanti strutture psicologiche, Kernberg ha elaborato un modello nosologico psicoanalitico fondato su questi aspetti che integra costrutti categoriali (cioè i disturbi previsti dal DSM-IV-TR) e dimensionali (cioè il grado relativo in cui la vita mentale è pervasa di aggressività e il *continuum* introversione/estroversione) per la comprensione dell'intero dominio della personalità patologica. Al livello del comportamento osservabile, la patologia di personalità si può manifestare attraverso un'inibizione di comportamenti normali oppure come un'esagerazione di specifici comportamenti oppure ancora attraverso la presenza di oscillazioni tra comportamenti contraddittori. Al livello strutturale, la personalità può essere organizzata o con un senso di sé e degli altri coerente e integrato o senza un tale senso coerente di identità. Considerando il concetto di identità insieme a quelli correlati di meccanismi di difesa, esame di realtà, relazioni oggettuali, aggressività e valori morali, è possibile concettualizzare livelli o gradazioni dell'organizzazione di personalità: procedendo dall'organizzazione sana a quella disfunzionale, tali livelli si disperdono su uno spettro di gravità crescente dalla normalità, all'organizzazione nevrotica a quella borderline.

Per quanto concerne la *personalità normale*, essa è caratterizzata da un concetto integrato del sé e dell'altro significativo. Queste caratteristiche strutturali si riflettono in una sensazione interiore e in un'apparenza esteriore di coerenza con se stessi e sono condizione fondamentale di livelli normali di autostima, soddisfazione, capacità di trarre piacere dal lavoro e dai valori. La visione integrata di sé assicura la capacità di realizzare desideri, aspirazioni e progetti a lungo termine; la visione integrata dell'altro significativo garantisce la capacità di valutare adeguatamente le persone, provare empatia e agire in modo adeguato. Una visione integrata di sé e degli altri implica la capacità di dipendenza matura, che consiste nell'essere in grado di investire emotivamente sugli altri pur mantenendo un senso consistente di autonomia, così come la capacità di preoccuparsi per gli altri. Una seconda caratteristica strutturale della personalità normale è la disponibilità di un ampio spettro di disposizioni affettive. Nella personalità normale, gli affetti sono complessi e ben modulati e persino esperienze affettive intense non portano a una perdita del controllo degli impulsi (Kernberg 1975). Un terzo aspetto della personalità normale

è un sistema di valori interiorizzati integrato e maturo. Sebbene il sistema di valori interiorizzati derivi evolutivamente dalle proibizioni e dai valori genitoriali, nella personalità normale i comportamenti e i valori morali non sono più strettamente correlati alle proibizioni dei genitori. Piuttosto, il sistema maturo di valori interiorizzati associato alla personalità normale è stabile, “depersonalizzato”, relativamente indipendente dalle relazioni con gli altri, e individualizzato e si riflette nel senso di responsabilità personale, nella capacità di autocritica realistica, nell’integrità e nella flessibilità nel trattare gli aspetti etici delle decisioni da prendere, così come nel rispetto delle norme sociali, dei valori e degli ideali. Un quarto aspetto della personalità normale è la gestione appropriata e soddisfacente delle motivazioni sessuali, aggressive e di dipendenza, che possono essere esperite soggettivamente come bisogni, paure, desideri o impulsi. L’espressione appropriata delle tendenze sessuali, aggressive e di dipendenza è completamente integrata con la normale identità dell’Io. Nella sfera sessuale, osserviamo la capacità di esprimere pienamente i propri bisogni sensuali e sessuali, integrata con la tenerezza e il coinvolgimento emotivo verso la persona amata. Relativamente ai bisogni di dipendenza, la normale integrazione della motivazione di dipendenza si esprime nella capacità di interdipendenza e nel piacere di assumere i ruoli alternativi di colui che si prende e che riceve le cure. Infine, una struttura normale di personalità include la capacità di sublimare con successo gli impulsi aggressivi in espressioni di sana assertività, nell’affrontare gli attacchi senza reazioni eccessive, nella capacità di reagire proteggendosi e nell’evitare di rivolgere l’aggressività contro il sé.

Il livello successivo dei disturbi di personalità, l’organizzazione di personalità nevrotica, è caratterizzato da un normale consolidamento dell’identità, dalla predominanza delle difese basate sulla rimozione e da un esame di realtà stabile. Il paziente ha un Super-io relativamente ben integrato, ma severo e punitivo. I precursori del suo Super-io sono determinati da impulsi sadici, che sfociano in un Super-io rigido, perfezionista. Anche il suo Io è ben integrato, poiché sono saldamente instaurati l’identità dell’Io (Erikson 1959) e le sue componenti connesse, uno stabile concetto del Sé (Jacobson 1964) e uno stabile mondo rappresentativo (Sandler e Rosenblatt 1962). Le eccessive operazioni difensive contro i conflitti inconsci sono appunto incentrate sulla rimozione; le difese sono prevalentemente di natura inibitoria o fobica, oppure sono formazioni reattive contro bisogni pulsionali rimossi. Questo livello di organizzazione psicologica si associa alla capacità di relazioni profonde e amorevoli con gli altri; il soggetto è capace di sperimentare colpa, lutto e un’ampia varietà di reazioni affettive (Winnicott 1955), è presente inoltre un sistema completamente integrato di valori interiorizzati. L’organizzazione di personalità nevrotica garantisce buone capacità di tolleranza dell’ansia, controllo degli impulsi, efficacia e creatività lavorativa, amore sessuale e intimità emotiva – questi ultimi disturbati unicamente da sentimenti di colpa inconsci riflessi da modelli patologici specifici in interazione, in relazione all’intimità sessuale. L’organizzazione di personalità nevrotica include la personalità isterica, la personalità depressivo-masochistica, la personalità ossessiva e molte delle personalità evitanti – il “carattere fobico” della letteratura psicoanalitica. Tale livello di organizzazione della personalità si distingue da quella normale soprattutto sulla base della rigidità del carattere.

Il livello borderline di organizzazione della personalità include, invece, sia specifici disturbi di personalità previsti dalla classificazione DSM-IV-TR (disturbo borderline, schizoide, schizotipico, paranoide, istrionico, narcisistico, antisociale e dipendente), sia altri

disturbi di personalità non specificamente menzionati nel DSM-IV-TR (disturbo ipomanico, sadomasochistico, ipocondriaco e sindrome del narcisismo maligno) (Kernberg e Caligor 2005). Elementi costitutivi dell'organizzazione borderline di personalità sono la diffusione dell'identità, l'uso di difese primitive, un esame di realtà generalmente integro seppur fragile, una compromissione nella regolazione degli affetti e nell'espressione dell'aggressività e della sessualità, valori interiorizzati inconsistenti e relazioni con gli altri qualitativamente scadenti. La struttura patologica dell'organizzazione borderline di personalità consiste, dunque, in un'assenza di integrazione dei frammenti primitivi positivi (idealizzati) e negativi (persecutori) delle relazioni oggettuali precoci che si sono sedimentati come tracce mnestiche nel corso delle intense esperienze affettive dei primi anni di vita. Questa mancanza di integrazione interna costituisce la sindrome della diffusione dell'identità; questa sindrome, che è al cuore dell'organizzazione borderline di personalità, è caratterizzata dall'assenza di un concetto integrato di sé e di un concetto integrato degli altri significativi, dovuta anche all'uso massiccio della scissione come meccanismo di difesa. Da un punto di vista clinico, la mancanza di integrazione di queste rappresentazioni interne di sé e degli altri diviene evidente nelle descrizioni non riflessive, contraddittorie e caotiche di sé e degli altri e nell'incapacità di integrare o perfino di essere consapevole di tali contraddizioni. Questa mancanza di integrazione ha un impatto fondamentale sull'esperienza dell'individuo nel mondo. I correlati comportamentali di questa struttura psichica al limite includono labilità emotiva, rabbia, caos nelle relazioni interpersonali, comportamenti impulsivi auto-distruttivi e vulnerabilità a scompensi nel test di realtà (cioè il tipo di sintomi descritti nel DSM-IV-TR). Una tipica manifestazione specifica di questa identità diffusa e frammentata è l'oscillazione tra una remissiva impotenza e un'aggressività rabbiosa e tirannica rivolta a se stessi o agli altri.

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

2.2 La valutazione della struttura di personalità

L'appoggio alla valutazione della personalità secondo il modello di Kernberg ha trovato una prima formalizzazione nel colloquio diagnostico strutturale (Kernberg 1984), un metodo di valutazione clinica che focalizza l'attenzione sulla sintomatologia presente e passata, sull'organizzazione di personalità, sulla qualità dell'interazione con il terapeuta nell'*hic et nunc* e sulla storia personale e familiare del paziente. Attraverso la focalizzazione sui principali nodi conflittuali espressi dal paziente e la valutazione delle difese, del conflitto circa l'identità e dell'esame di realtà si cerca di far emergere, nel qui e ora della relazione, la struttura di personalità

predominante del paziente. La finalità dell'intervista, infatti, è quella della formulazione di una diagnosi strutturale, che consideri, oltre alle manifestazioni sintomatologiche, quelle caratteristiche della struttura di personalità che consentono di operare una diagnosi differenziale tra struttura nevrotica, borderline e psicotica.

Kernberg parte dall'assunto che il clinico, mettendo a fuoco i principali conflitti, creerà una tensione sufficiente a far emergere e diagnosticare queste caratteristiche strutturali. A tal fine, l'intervista unisce al tradizionale esame dello stato mentale un colloquio di tipo psicoanalitico, incentrato sull'interazione fra paziente e terapeuta e sulla chiarificazione, la messa a confronto e l'interpretazione dei conflitti di identità, dei meccanismi difensivi e del grado di distorsione della realtà che il paziente manifesta in questa interazione, soprattutto in quanto tali elementi sono individuabili all'interno della transfert. La chiarificazione consiste nell'esplorazione, insieme con il paziente, di tutti gli elementi delle informazioni da lui fornite che sono vaghi, poco chiari, sconcertanti, contraddittori o incompleti. Con la messa a confronto, la seconda tecnica utilizzata nel colloquio, si fanno rilevare al paziente aree di informazione che sembrano contraddittorie o incongruenti, ovvero, si mettono in luce quegli aspetti dell'interazione che sembrano indicare la presenza di un funzionamento conflittuale, e quindi la presenza di operazioni difensive, di rappresentazioni del Sé e dell'oggetto contraddittorie e di una diminuita consapevolezza della realtà. Infine, l'interpretazione collega il materiale conscio e preconsciouso con funzioni o motivazioni inconscie attuali, presunte o ipotizzate. Vengono esplorate le origini conflittuali della dissociazione degli stati dell'Io (rappresentazioni scisse del Sé e dell'oggetto), la natura e le motivazioni delle operazioni difensive attivate e l'abbandono difensivo dell'esame di realtà.

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

Quando le caratteristiche delle risposte alla prima fase dell'inchiesta non portano a ipotizzare un deficit organico delle funzioni cognitive, sono state ottenute le informazioni necessarie per l'area nevrotica, dove il livello cognitivo è preservato e si può procedere verso l'indagine del carattere e dell'eventuale presenza di patologia. Per introdurre questo passaggio il clinico va a indagare le rappresentazioni che il soggetto ha di sé e dell'altro e, se tale compito non mette il paziente in difficoltà, a meno che ci siano delle ragioni culturali, permette di escludere sindromi

cerebrali organiche e psicosi, che richiederebbero, se presenti, un ulteriore approfondimento su deliri e allucinazioni. Nel caso in cui questo compito susciti l'utilizzo di difese arcaiche per il ritorno di una relazione oggettuale regressiva sarà utile invece indagare il livello di dispersione dell'identità, tipico dei soggetti borderline. Alla fine del colloquio il clinico si troverà dunque ad avere nella mente un modello di come il paziente rappresenta sé e gli altri, dell'affetto che lega tali rappresentazioni, del contenuto del pensiero e del comportamento che permettono di orientare il trattamento su aree specifiche in cui è presente la patologia che compromette il vivere quotidiano.

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

3. La *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO)

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

Il colloquio diagnostico strutturale, a differenza dell'approccio diagnostico proposto dal DSM-IV-TR, rappresenta un metodo di *assessment* che ha forti radici teoriche e che è fortemente determinato dal grado di addestramento dell'intervistatore e dal suo intuito clinico, dal momento che richiede un elevato grado di inferenza per passare dalle informazioni raccolte (e dalla scelta delle domande da porre) alla conclusione clinica circa gli elementi della struttura di personalità

del paziente. Per di più, non essendo previsto un sistema di *scoring* formale delle diverse aree indagate, la decisione circa il livello di patologia di personalità e il livello di organizzazione di personalità è affidata alla valutazione soggettiva del clinico. Questi elementi rendono, tra l'altro, difficile valutare il grado di accordo inter-rater.

Per far fronte ai problemi derivanti da un approccio al colloquio clinico non strutturato è stata sviluppata la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO; Stern et al. 2010), un'intervista semi-strutturata ideata sul modello del colloquio strutturale di Kernberg, in cui vengono operazionalizzate le dimensioni utili a indagare, in una prospettiva dimensionale, il livello di organizzazione di personalità che caratterizza l'individuo. Attraverso l'utilizzo della STIPO è possibile ottenere informazioni sia a livello strutturale che dimensionale della personalità. Infatti, per quanto riguarda la valutazione della struttura di personalità, i soggetti possono ricadere nei livelli di organizzazione di personalità normale, nevrotico o borderline; attraverso l'intervista, inoltre, è possibile valutare aspetti collegati a una predisposizione aspecifica alla psicosi. Considerando l'aspetto dimensionale, l'intervista valuta la strutturazione dell'identità, la qualità delle relazioni oggettuali, l'uso di difese mature (lo stile di coping) o primitive, lo stato dell'esame di realtà e le distorsioni percettive, la qualità dell'aggressività e i valori morali. L'esplorazione dei vari domini procede sia attraverso gli aspetti comportamentali che rispetto al mondo interno del paziente. In questo aspetto la STIPO differisce in maniera sostanziale dalle valutazioni *DSM-oriented* e risente della sua impostazione teorica, nella convinzione che la sola componente fenomenologica – ad esempio la professione del paziente o il suo comportamento interpersonale – non accompagnata da informazioni sull'esperienza interiore del paziente, si dimostra insufficiente in quanto lo stesso comportamento può assumere differenti significati in individui diversi.

La STIPO è composta di 100 domande, ciascuna delle quali è fornita di una serie di ulteriori specificazioni che possono essere richieste dal clinico laddove la risposta del paziente sia vaga o imprecisa. Anche il sistema di *scoring* è strutturato e prevede una precisa narrativa per ogni possibilità di punteggio. I 100 item della STIPO indagano sette dimensioni (alcune delle quali hanno al loro interno delle sottodimensioni) relative alla struttura della personalità. Le prime tre dimensioni sono quelle ritenute centrali dal modello di Kernberg, ovvero l'identità, le difese primitive e l'esame di realtà; le restanti sono le relazioni oggettuali, l'aggressività, i valori morali e le modalità di coping/rigidità.

Identità

L'identità è definita come la modalità con cui gli individui fanno esperienza di sé, anche in relazione agli altri e rispecchia l'organizzazione e i contenuti del mondo interno del soggetto. Un'esperienza interiore integrata e stabile di sé e degli altri è alla base della percezione soggettiva di un sé coeso e consente di muoversi flessibilmente da una rappresentazione di sé all'altra, all'interno di una cornice integrata capace di tollerare l'inevitabile ambivalenza di aspetti positivi e negativi presenti in ognuno. Al contrario, la dispersione dell'identità conduce a un'esperienza di sé e degli altri instabile e non integrata e comporta una sensazione soggettiva di non possedere un sé coeso. Questa dimensione richiama anche uno dei nove criteri, il disturbo dell'identità,

che nel DSM IV (APA 1994) viene specificato come caratteristico del disturbo borderline di personalità.

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

Difese Primitive

Nella teoria psicoanalitica i meccanismi di difesa sono funzioni di un Io stabile, dal momento che servono a gestire le richieste pulsionali (ambientali o interne, operate da istanze psichiche) in rapporto alla coscienza morale o alle individuali capacità di fronteggiare reazioni affettive. In particolare, le difese primitive contribuiscono a una visione distorta e frammentata del proprio mondo interno, della realtà esterna e dei rapporti interpersonali, fino a raggiungere un livello caricaturale nella rappresentazione di sé e degli altri. Per Kernberg (1975, 1976, 1984, 1996) le difese primitive, come la scissione, l'idealizzazione, la svalutazione, il diniego primitivo, l'identificazione proiettiva e la somatizzazione sono caratteristiche degli individui con organizzazione borderline di personalità.

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

Esame di Realtà

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

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

Nella valutazione di questa dimensione, è importante per il clinico saper distinguere quella che è una vera e propria assenza dell'esame di realtà, frequente in pazienti psicotici con deliri e allucinazioni, da alcune alterazioni dell'esperienza soggettiva della realtà che caratterizzano

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

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

Relazioni oggettuali

Questa dimensione della STIPO valuta la qualità delle relazioni interpersonali del soggetto e la natura dell'esperienza interna di sé e degli altri in interazione. Il termine relazione oggettuale è utilizzato correntemente nella teoria psicoanalitica contemporanea per designare le modalità con cui l'individuo si mette in relazione con il suo mondo; la relazione, secondo questa concezione, è il risultato complesso e totale di una certa organizzazione di personalità, di una apprensione più o meno fantasmatica degli oggetti e di alcuni tipi caratteristici di difesa. La qualità delle relazioni oggettuali si riferisce sia alla qualità delle relazioni interpersonali del soggetto sia alla natura dell'esperienza interiore di sé e degli altri nell'interazione. A livello intrapsichico, la qualità delle relazioni oggettuali è descritta in termini di stabilità, grado di integrazione e profondità dell'esperienza interiore di sé e degli altri nell'interazione e in termini di capacità di investimento nelle relazioni.

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

Aggressività

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

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

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

Valori morali

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

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

Coping/rigidità

Per definire i processi di coping, quali dimensioni psicologiche principalmente coinvolte nel processo di adattamento a situazioni stressanti (Holahan e Moos 1994, Klapov et al. 1995), è necessario dare breve una definizione di ciò che si intende per stress. Lazarus e Folkman (1984) definiscono lo stress come la condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo. In altre parole un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus 1993, Lazarus e Folkman 1984). Le strategie di coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento a una situazione stressante. Quando si parla di coping, dunque, ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus 1991). Si può desumere, da questa breve trattazione, come l'elemento essenziale per un buon adattamento allo stress, soprattutto nel caso di eventi stressanti duraturi nel tempo, sia la flessibilità nell'uso delle strategie di coping, la capacità, cioè, di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva. Per rigidità si intende, invece, la tendenza cronica a rispondere a situazioni potenzialmente stressanti secondo modalità automatiche e stereotipate che risultano, in una certa misura, disadattive. Una risposta disadattiva, che riflette una rigidità del carattere, causa sofferenza psicologica senza necessariamente rispondere in modo ottimale alle circostanze esterne. Questa sezione della STIPO, dunque, valuta la capacità dell'individuo di rispondere in modo flessibile e adattativo a situazioni potenzialmente stressanti. Il soggetto che utilizza prevalentemente strategie di coping funzionali è in grado di rispondere in maniera adattativa agli stressor e di ridurre al minimo l'impatto che essi hanno sul suo funzionamento, garantendo, al tempo stesso, una risposta appropriata e costruttiva agli eventi esterni. Al contrario, la rigidità delle strategie di coping conduce a una tendenza cronica a rispondere a situazioni potenzialmente stressanti secondo modalità automatiche e stereotipate che risultano, in una certa misura, disadattive. La rigidità della risposta, che riflette una sottostante rigidità di carattere, è causa di ulteriore disagio psichico che, all'interno di un circolo vizioso, alimenta lo stato di disagio stesso che ha favorito l'adozione

di tale risposta.

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

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

Scoring

L'assegnazione dei punteggi avviene secondo due sistemi che attribuiscono uguale importanza alla risposta del paziente e all'intuito clinico dell'intervistatore.

Nel primo caso la risposta a ogni item viene valutata su una scala da "0" a "2", dove "0" indica la totale assenza di un determinato aspetto patologico, "1" un livello intermedio di presenza, "2" la presenza di patologia nell'aspetto indagato. Nell'assegnazione di un punteggio, ciò che discrimina un livello "1" da un livello "2" è definito dalla frequenza, dall'intensità, dalla gravità e dalla pervasività di uno specifico comportamento o modo di sentire. Sono fornite indicazioni specifiche per ogni singolo item della STIPO allo scopo di assistere l'intervistatore nell'assegnazione del punteggio più appropriato a ogni risposta. Queste indicazioni includono le caratteristiche chiave che una risposta deve avere per poter essere valutata con un punteggio di "0", "1" o "2". La media dei punteggi degli item costituirà il punteggio relativo a ciascuna dimensione e sottodimensione.

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

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

3.2 Proprietà psicometriche

La *Structured Interview of Personality Organization* (Stern et al. 2010) così come è stata

descritta nel paragrafo precedente, non esiste solo nella versione inglese; l'intervista, infatti, è stata tradotta anche in lingua tedesca (Hörz et al. 2009, Fischer-Kern et al. 2010).

Una delle proprietà psicometriche indagate dallo studio sulla versione originale dello strumento (Stern et al. 2010) è stata l'attendibilità, valutata attraverso l'indice alfa di Cronbach per la stima della consistenza interna. I risultati hanno mostrato una soddisfacente consistenza interna per due dei tre domini principali della STIPO, $\alpha=.86$ per il fattore identità e $\alpha=.85$ per il fattore difese primitive. La dimensione relativa all'esame di realtà ha riportato un valore appena al di sotto dell'accettabilità, $\alpha=.65$, plausibilmente anche a causa della brevità della scala stessa (7 item).

Un altro aspetto particolarmente importante nella valutazione delle proprietà psicometriche di un'intervista clinica consiste nella possibilità, per due giudici indipendenti, di giungere alle stesse conclusioni in merito al punteggio da assegnare a una risposta. Per misurare questo parametro viene considerato il grado di accordo tra giudici, che garantisce la validità teorica del modello sottostante in funzione dell'omogeneità delle valutazioni date. Nel già citato studio di Stern e coll. (2010) relativo alla versione originale della STIPO emergono prove a favore dell'inter-rater reliability per i tre domini principali indagati dall'intervista strutturata: identità, difese primitive ed esame di realtà. Utilizzando il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC) come misura dell'inter-rater reliability, infatti, gli autori riportano risultati soddisfacenti per tutti e tre i domini della STIPO: identità (ICC=.96); difese primitive (ICC=.97) ed esame di realtà (ICC=.72).

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

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

STIPO per la valutazione delle difese nello spiegare parte della varianza relativa all'aggressività. Sono state rilevate, inoltre, relazioni significative tra i tre domini della STIPO e misure di deficit cognitivo (il fattore esame di realtà dell'IPO e la dimensione *percezioni eccentriche* della SNAP), ma i risultati delle regressioni multiple non hanno permesso di individuare un contributo unico significativo per nessuna delle tre dimensioni in particolare. Considerando, invece, le relazioni con i tratti dei diversi cluster di personalità misurati attraverso la SNAP, l'identità e l'esame di realtà sarebbero predittori della varianza nel cluster A, le difese primitive contribuirebbero in maniera unica alla varianza del cluster B e l'esame di realtà a quella del cluster C.

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

4. Conclusioni

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

causalità, differenze significative, tipizzazione di particolari popolazioni. È in questo senso che assumono una particolare rilevanza i risultati relativi alla STIPO. Un'intervista così concepita, infatti, consente di misurare importanti aspetti della teoria di Kernberg sull'organizzazione di personalità ed eventualmente concepire disegni di ricerca volti a testare la tenuta della teoria sottostante.

Va inoltre tenuta in considerazione l'importanza di disporre di misure affidabili nell'ambito della ricerca sull'efficacia della psicoterapia. In particolare, infatti, il modello di Kernberg si è negli ultimi anni affermato come uno dei modelli empiricamente validati per il trattamento del disturbo borderline di personalità. Kernberg e i suoi collaboratori, infatti, hanno messo a punto e manualizzato una tecnica di trattamento specifica, la *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP, Clarkin et al. 2006, Kernberg et al. 2008) che ha dimostrato la sua efficacia in diversi studi (Clarkin et al. 2001, 2007; Doering et al. 2010). La STIPO, infatti, ha il vantaggio di permettere di rilevare il cambiamento, determinato dalla psicoterapia, rispetto a costrutti che sono coerenti con la teoria e con i meccanismi che, in linea teorica, si presuppone siano alla base delle modificazioni a lungo termine che la terapia dovrebbe produrre. Ciò permette di supplire a un limite che caratterizza diverse ricerche nell'ambito dell'efficacia della psicoterapia psicodinamica, che utilizzano per lo più misure di *outcome* basate sul disagio a un livello puramente sintomatologico. Valutare l'efficacia della psicoterapia in questo modo può essere utile e coerente rispetto a determinati approcci; si pensi, ad esempio, alla *Dialectical-Behavioral Therapy* (DBT) sviluppata da Marsha Linehan per il trattamento dei disturbi di personalità (Linehan 1993). La DBT ha fornito, coerentemente con il modello teorico-tecnico proposto, diverse prove di efficacia a livello dei sintomi (si vedano, a titolo esemplificativo, Linehan et al. 2002, Chen et al. 2008, Linehan et al. 2006). In un modello come quello di Kernberg è fondamentale, al contrario, verificare i cambiamenti a livello strutturale e, dunque, poter disporre di strumenti adeguati a misurare tali cambiamenti. Sempre a titolo esemplificativo, si consideri lo studio relativo ai meccanismi di cambiamento nella TFP di Levy et al. (Levy et al. 2006) che ha dimostrato che TFP induce cambiamenti nella funzione riflessiva.

Il dibattito circa gli approcci descrittivo-categoriali e quelli dimensionale-strutturali nella diagnosi dei disturbi di personalità assume infine una particolare importanza in relazione alla prossima pubblicazione della quinta edizione del DSM, prevista per il 2013. La prossima edizione del DSM considererà i disturbi di personalità in generale, e il disturbo borderline di personalità in particolare, non a partire da un'ottica ateorica e categoriale, ma considerando costrutti derivanti da differenti prospettive teoriche che contribuiscono alla diagnosi dei disturbi di personalità in un'ottica dimensionale (Skodol e Bender 2009). In particolare, quel che più interessa ai fini di questa trattazione sono gli aspetti considerati dal DSM V che possono essere misurati attraverso gli strumenti oggetto di questa trattazione. Le proposte per la definizione di disturbo di personalità includono infatti in maniera esplicita gli aspetti legati all'identità, definita tanto rispetto alla coesione del senso di sé e degli obiettivi di vita quanto rispetto alle relazioni interpersonali. Inoltre, nella nuova edizione del manuale una nuova enfasi verrà posta, come abbiamo visto, sul concetto di gravità. Rispetto all'identità, nello specifico, la proposta è quella di valutare, su una scala da 0 a 4, la capacità del soggetto di fare un'esperienza di sé come unico e integrato, di mantenere una buona regolazione dell'autostima e di tollerare e regolare una buona

gamma di emozioni. Considerate le relazioni interpersonali, le capacità valutate dalla scala riguardano l'accuratezza nella comprensione degli altri e delle loro motivazioni e prospettive e la consapevolezza del proprio effetto sugli altri. È evidente il parallelismo con i domini centrali nel modello di Kernberg per la diagnosi della struttura di personalità.

Possiamo dunque concludere che la STIPO offre un contributo importante alla possibilità di raccogliere informazioni utili ai fini di diagnosticare la presenza di un disturbo di personalità secondo il modello che probabilmente sarà adottato dalla prossima edizione del DSM. Rivedendo nel dettaglio i fattori indagati dalla STIPO, si potrà notare infatti come proprio le caratteristiche comprese dalle proposte per il DSM V nella valutazione del *level of personality functioning* siano contenute in maniera esplicita nelle domande dell'intervista (APA 2011a). Se consideriamo più nello specifico i criteri proposti per il disturbo borderline di personalità (APA 2011b), emergono, nel *draft proposal*, tre aspetti centrali: l'affettività negativa, la disinibizione comportamentale e l'ostilità. Anche in questo caso, si potrà notare come tali caratteristiche siano misurate dalla STIPO.

Riassunto

Parole chiave: disturbi di personalità, assessment, Kernberg

Questo lavoro presenta la Structured Interview of Personality Organization (STIPO), un'intervista semi-strutturata per la valutazione dell'organizzazione di personalità secondo il modello di Otto Kernberg. Tale modello teorico e nosologico viene presentato, insieme alla tecnica dell'intervista strutturale. Viene dunque descritto il contenuto della STIPO e delle sue 7 dimensioni (Identità, Relazioni oggettuali, Difese, Coping, Aggressività, Valori morali ed Esame di Realtà). Infine, questo lavoro passa in rassegna la letteratura relativa alle proprietà psicometriche della STIPO, che mostra buoni livelli di consistenza interna, buona attendibilità inter-rater e pattern di associazioni con misure di criterio in linea con le aspettative teoriche. Le applicazioni cliniche e di ricerca sono discusse nei termini delle loro implicazioni rispetto alla ricerca e alla pratica clinica e nel contesto della nuova concezione dei disturbi di personalità proposta per il DSM V.

THE STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO). PERSONALITY ASSESSMENT ACCORDING TO OTTO KERNBERG'S MODEL

Abstract

Key words: personality disorders, assessment, Kernberg

This work aims at presenting the Structured Interview of Personality Organization (STIPO), a semi-structured interview for the assessment of personality organization, according to Otto Kernberg's model. O. Kernberg's theoretical and diagnostic model is presented, as well as the structural interview technique. Then, the STIPO is illustrated in its content: the 7 dimensions of the interview (Identity, Object relations, Defenses, Coping, Aggression, Moral values, and Reality testing) are described. Finally, this work reviews the literature about the psychometric properties of the STIPO, which shows good levels of internal coherence, good inter-rater reliability, and patterns of associations with criterion measures in line with theoretical expectations. Clinical and research applications are discussed in terms of their implications regarding research and clinical

practice, as well as in the context of the new conception of personality disorders proposed for the DSM V.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, text revision (DSM III TR)*. American Psychiatric Association, Washington, DC. Tr. It. *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 3a edizione*. Masson, Milano 1983.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM IV)*. American Psychiatric Association, Washington, DC. Tr. it. *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4a edizione*. Masson, Milano 1995.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM IV TR)*. American Psychiatric Association, Washington, DC. Tr. it. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*. Masson, Milano 2001.
- American Psychiatric Association. (2011a). *Borderline Personality Disorder*. Retrieved from <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=17>
- American Psychiatric Association. (2011b). *Personality Disorders*. Retrieved from <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/personalitydisorders.aspx>
- Buss AH, Durke A (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology* 21, 343-349.
- Carr AC, Goldstein EG, Hunt HF, Kernberg OF (1979). Psychological tests and the borderline patients. *Journal of Personality Assessment* 43, 224-233.
- Chen E Y, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM (2008). Dialectical Behavior Therapy for clients with binge eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders* 41, 505-512.
- Clark LA (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Clark LA (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder. Perennial issues and an emerging conceptualization. *Annual Review of Psychology* 58, 227-257.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Tr. it. *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali*. Fioriti, Roma 2011.
- Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders* 15, 487-495.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry* 164, 922-928.
- Christopher JC, Bickhard MH, Lambeth GS (2001). Otto Kernberg's object relations theory. A metapsychological Critique. *Theory Psychology* 11, 687-711.
- De Clercq B, De Fruyt F, Van Leeuwen K, Mervielde I (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: a step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology* 115, 639-657.
- Doering S, Horz S, Rentrop M, Fishcer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 196, 389-395.
- Erikson EH (1959). *Identity and the Life Cycle (Psychological Issues, 1)*. Int. Univ. Press, New York. Tr. it. *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Armando, Roma 1991.

- Fertuck EA, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris MC, Wilson ST, Brodsky BS, Stanley B (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological medicine* 39, 1979-88.
- Fischer-Kern M, Mikutta C, Kapusta ND, Hörz S, Naderer A, Thierry N, Leithner-Dziubas K., Löffler-Stastka H, Aigner M (2010). The psychic structure of chronic pain patients. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56, 34-46.
- Freud S (1915). *Pulsioni e loro destino*. OSF, vol. 8. Bollati Boringhieri, Torino.
- Hoermann S, Clarkin JF, Hull JW, Levy KN (2005). The construct of effortful control: An approach to Borderline Personality Disorder heterogeneity. *Psychopathology* 38, 82-86.
- Holahan CJ, Moos RH (1994). Life stressors and mental health: Advances in conceptualising stress resistance. In WR Avison e IH Gotlib (a cura di) *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*, pp. 213-238. Plenum, New York.
- Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta ND, Buchheim P, Doering S (2010). Personality structure and clinical severity of borderline personality disorder. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56, 136-149.
- Hörz S, Stern B, Caligor E, Critchfield K, Kernberg OF, Mertens W, Clarkin JF (2009). A Prototypical Profile of Borderline Personality Organization (STIPO). *Journal of American Psychoanalytic Association* 57, 1464-1468.
- Ingenhoven TJM, Duivenvoorden HJ, Brogtrop J, Linderborn A, Van den Brink W, Passchier J (2009). Brief communications: interrater reliability for Kernberg's structural interview for assessing personality organization. *Journal of Personality Disorders* 23, 528-534.
- Jacobson E. (1964). *The self and the object world*. International Universities Press, New York. Tr. it. *Il Sé e il mondo oggettuale*. Martinelli, Firenze 1974.
- Kernberg OF (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Aronson, New York. Tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Boringhieri, Torino 1978.
- Kernberg OF (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Aronson, New York. Tr. it. *Teoria delle relazioni oggettuali e clinica psicoanalitica*. Boringhieri, Torino 1980.
- Kernberg OF (1996). A psychoanalytic theory of personality disorder. In JF Clarkin e M Lenzenweger (a cura di) *Major Theories of Personality Disorders*. Guilford, New York. Tr. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Cortina, Milano 1997.
- Kernberg OF (1984). *Severe personality disorders*. Yale University Press, New Haven. Tr. it. *Disturbi gravi della personalità*. Boringhieri, Torino 1987.
- Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis* 89, 601-620.
- Kernberg OF, Caligor E (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In MF Lenzenweger e J F Clarkin (a cura di) *Major Theories of Personality Disorders*, 2nd ed. (pp. 114-156). Guilford Press, New York. Tr. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie, seconda edizione*. Cortina, Milano 2006.
- Klapow JC, Slater MA, Patterson TL, Atkinson JH, Weickgenant AL, Grant I, Garfin SR (1995). Psychological factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients. *Pain* 62, 349-355.
- Klein M (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis* 27, 99-110.
- Klein M (1957). *Envy and gratitude and other works*. Hogarty Press and the Institute of Psycho-Analysis, London. Tr. it. *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze 1969.
- Krueger RF (2005). Continuity of axes I and II: toward a unified model of personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders* 19, 233-261.
- Krueger RF, Eaton NR (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more

- complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders* 1, 97-118.
- Kullgren G (1987). An empirical comparison of three different borderline concepts. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, 246-255.
- Lazarus RS (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, London.
- Lazarus RS (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic medicine* 55, 237-247.
- Lazarus RS, Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing, New York.
- Lenzenweger MF (2010). Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiologic, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 58, 741-778.
- Lenzenweger MF, Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF, Levy KN (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders* 22, 313-331.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 1027-1040.
- Linehan, MM (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, London. Tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Cortina, Milano 2001.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray MA, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry* 63, 757-766.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 67, 13-26.
- Livesley WJ (2003). Introduction to the special feature on personality, personality disorder, and psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 17, 87-89.
- Lowe JR, Widiger TA (2009). Clinicians' judgments of clinical utility: a comparison of the DSM-IV with dimensional models of general personality. *Journal of personality Disorders* 23, 211-229.
- Mahler MS (1971). A study of separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child* 26, 403-424.
- Pilkonis PA, Kim Y, Proietti JM, Barkham M (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Disorders* 10, 355-369.
- Sandler J, Rosenblatt B (1962). The concept of the representational world. *The Psychoanalytic Study of the Child* 17, 128-145.
- Skodol AE, Bender DS (2009). The future of personality disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry* 166, 388-391.
- Sprock J (2003). Dimensional versus categorial classification of prototypic and nonprototypic cases of personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 59, 991-1014.
- Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Hörz S, MacCornack V, lenzenweger M, Kernberg OF (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment* 92, 35-44.
- Stern BL, Kim Y, Trull T, Scarpa A, Pilkonis P (2000). The Inventory of Interpersonal Problems Personality Disorder Scales: Diagnostic efficiency and confirmatory factor results in non-clinical samples. *Journal of*

La valutazione della personalità secondo il modello di Otto Kernberg

- Personality Assessment* 74, 459-471.
- Stone MH (1980). *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*. McGraw-Hill, New York.
- Trull TJ (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders* 19, 262-282.
- Trull TJ, Durrett CA (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 355-380.
- Tryer P (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19, 309-314.
- Verheul R (2005). Clinical utility for dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders* 19, 283-302.
- Widiger TA, Samuel DB (2005). Diagnostic categories or dimensions: a question for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology* 114, 494-504.
- Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley J, Verheul R (2005). Personality disorder research agenda for DSM-V. *Journal of Personality Disorders* 19, 315-338.
- Winnicott DW (1955) Clinical varieties of transference. *International Journal of Psycho-Analysis* 37, 386.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva. Tr. it. *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Criteri diagnostici per la ricerca*. Masson, Milano 1994.
- Yeomans FE, Levy KN (2002). An object relations perspective on borderline personality. *Acta Neuropsychiatrica* 14, 76-80.

Emanuele Preti, Irene Sarno, Antonio Prunas, Fabio Madeddu
Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Corrispondenza

Emanuele Preti, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Edificio U6, Piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126, Milano, Italy Tel.: +39.02.6448.3845; Fax: +39.02.6448.3806. E-mail: emanuele.preti@unimib.it