

# Analisi comparativa dei profili di personalità di pazienti affetti da disturbo borderline e detenuti con diagnosi di disturbo antisociale di personalità ottenuti tramite l'MMPI-2

## *A comparative analysis of the MMPI-2 personality profiles between patients with Borderline Personality and prisoners with Antisocial Personality Disorder*

GIAN PAOLO MAZZONI<sup>1</sup>, BASTIANINA CONTENNA<sup>2</sup>, SUSANNA FANCIULLACCI<sup>1</sup>, ANDREA POZZA<sup>2\*</sup>

\*E-mail: andrea.pozza@unifi.it

<sup>1</sup>Studi Cognitivi Firenze

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

**RIASSUNTO. Scopo.** Nel disturbo borderline di personalità (DBP), i comportamenti violenti e aggressivi sono spesso presenti tanto che sarebbero un segnale prodromico del DBP e segnerebbero un'importante sovrapposizione con il disturbo antisociale di personalità (DAP). Nonostante le differenze cliniche tra i due quadri, tali sovrapposizioni potrebbero inficiare l'uso di strumenti di valutazione come il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), tanto che alcuni autori hanno evidenziato come questo strumento, pur utile per individuare i soggetti con un disturbo di personalità, debba essere usato cautamente per differenziare tra DBP e DAP. Il presente contributo ha indagato i profili MMPI-2 di pazienti con DBP, in presenza di comportamenti aggressivi, a confronto con quelli di detenuti con DAP in assenza di DBP, al fine di meglio comprendere quali scale possano assimilare e quali differenziare i due quadri clinici. **Metodi.** Hanno partecipato 91 soggetti, di cui 30 pazienti con diagnosi di DBP e 61 detenuti con DAP. Sono state somministrate SCID-I e SCID-II da due valutatori indipendenti e MMPI-2. **Risultati.** I risultati hanno evidenziato l'elevazione nelle scale cliniche Pd, Pa, Pt e Sc per entrambi i gruppi, e un'elevazione della scala D, che è risultata significativa solo per il gruppo DBP. Inoltre, le scale di contenuto sono sembrate suggerire una maggiore presenza di problemi sociali, familiari e lavorativi nei pazienti con DBP. **Conclusioni.** Il presente studio mostra come il profilo di personalità rilevato dall'MMPI-2 nel confronto tra pazienti con DBP e detenuti con DAP sia in gran parte sovrapponibile. La scala clinica D, che misura la sintomatologia depressiva, accanto alle scale di contenuto correlate a problemi nel funzionamento sembrano essere le uniche in grado di differenziare i due quadri clinici, suggerendo come nei pazienti con DBP si possano osservare maggiori problemi nel funzionamento e nell'area dell'umore rispetto a detenuti con DAP.

**PAROLE CHIAVE:** disturbo borderline di personalità, disturbo antisociale di personalità, MMPI-2, comportamenti aggressivi, profilo di personalità.

**SUMMARY. Aim.** Aggressive behaviours are often present in borderline personality disorder (BPD) and they can be considered as a prodromal sign of the disorder, representing a relevant clinical element overlapped with antisocial personality disorder (APD). Despite the differences between the two clinical pictures, this overlapping could bias or even prevent the use of assessment tools, such as the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Some authors suggested that this tool should be used with caution when assessing patients with BPD and differentiating them from those with APD. The present study investigated the MMPI-2 personality profiles of a group of patients with BPD and aggressive behaviours and a group of prisoners with APD, with the aim to better understand which scales can be overlapped and which ones can differentiate between the two clinical pictures. **Methods.** 91 subjects participated, including 30 patients with a BPD diagnosis and 61 prisoners with APD. Two independent assessors administered the SCID-I and the SCID-II. **Results.** Results showed the elevations on the Pd, Pa, Pt and Sc clinical scales for both the groups and the elevation on the D clinical scale, which resulted significant only among patients with BPD. In addition, content scales seemed to suggest a higher presence of social, family and work problems among the patients with BPD. **Conclusions.** The present study highlights that the personality profile assessed by the MMPI-2 could be to a great extent similar between patients with BPD and prisoners with APD. The D clinical scale, which assesses depressive symptomatology, alongside content scales correlated with functioning problems, seem to be the only ones able to differentiate between the two clinical pictures, suggesting that greater problems can be observed in the functioning and mood areas among patients with BPD as compared with prisoners with APD.

**KEY WORDS:** borderline personality disorder, antisocial personality disorder, MMPI-2, aggressive behaviours, personality profile.

### INTRODUZIONE

Il disturbo borderline di personalità (DBP) è una condizione psichiatrica caratterizzata da identità e umore instabili, tratti

di marcata impulsività, sentimenti cronici di vuoto, instabilità nelle relazioni interpersonali, mancanza di controllo della rabbia, comportamenti minacciosi, intimidatori e autolesivi, che insorgono nella prima età adulta<sup>1</sup>. L'instabilità in diverse aree del

funzionamento mentale e la marcata impulsività costituiscono le caratteristiche chiave del disturbo e rendono conto delle principali comorbilità. I pazienti con diagnosi di DBP presentano infatti più frequentemente una diagnosi per disturbi in asse I di depressione maggiore, disturbo bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo, fobia sociale o specifica, panico con agorafobia, disturbi alimentari e somatoformi, spesso caratterizzati da una qualità differente con maggiore rabbia/ostilità e autocriticismo<sup>2</sup>.

Il rischio di suicidio è particolarmente frequente<sup>3</sup> così come un maggiore abuso di sostanze (con particolare riferimento alla cocaina)<sup>4</sup> e comportamenti aggressivi auto ed eterodiretti<sup>5,6</sup>. La presenza di DBP, per la sua caratteristica di disregolazione emotiva e comportamentale, viene ritenuta un fattore di rischio per comportamenti violenti sia in adolescenza sia in età adulta<sup>7-11</sup>. La presenza di comportamenti impulsivi e violenti già nell'infanzia e nell'adolescenza sarebbe un segno prodromico del DBP<sup>12</sup> e proprio l'elevato rischio di acting out aggressivo porterebbe questi soggetti a ripetuti accessi ai servizi di emergenza sanitaria e a ripetuti ricoveri<sup>13</sup>, con un'elevata compromissione delle relazioni familiari e sociali e un effetto negativo sui possibili esiti trattamentali<sup>14</sup>.

Tuttavia, secondo alcuni autori, vi sarebbe una notevole differenza qualitativa tra i comportamenti antisociali quando associati alla presenza di DBP e tratti antisociali di personalità<sup>15</sup>. Nel caso della violenza tra partner, per esempio, gli uomini con DBP utilizzerebbero la violenza in modo reattivo per rappresentare i loro stati emotivi, mentre quelli con tratti antisociali ne farebbero un uso proattivo finalizzato a ottenere e mantenere il controllo relazionale<sup>15</sup>. Inoltre, i soggetti con tratti antisociali farebbero genericamente un uso più strumentale della violenza a fronte dell'uso emotivo dei soggetti con DBP e i comportamenti criminali sarebbero per i primi pianificati fino nei dettagli, mentre per i secondi si configurerebbero come vere e proprie esplosioni incontrollabili di rabbia<sup>16</sup>. Tali sovrapposizioni comportamentali, così diversificate per quanto attiene la motivazione all'azione, rendono conto della differenziazione clinica dei quadri di DBP e tratti antisociali ma sono spesso fattori confusivi nella valutazione testistica, soprattutto per quanto riguarda test non originariamente strutturati per indagare i due quadri.

In quest'ottica uno degli strumenti maggiormente utilizzati è il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)<sup>17</sup>, un questionario di personalità autosomministrato, in grado di rilevare comportamenti considerati psicopatologici secondo criteri sia clinici sia statistici. Le aree di personalità che l'MMPI-2 consente di esplorare rappresentano dimensioni psicologiche che, quando raggiungono punteggi elevati, acquisiscono un significato psicopatologico. Alcuni autori hanno individuato profili MMPI-2 che sarebbero maggiormente rappresentativi di DBP, quali per esempio un profilo in cui tutte le scale cliniche\* presentino punteggi T

superiori a 70 ed elevazioni cliniche (punteggio T >65) sulle scale F, D, Hs, Pd, Pa, Pt e Sc<sup>18-21</sup>. Tradizionalmente, le scale cliniche 4 e 9, in particolare il codice 4-9/9-4, sono state utilizzate per identificare le caratteristiche di personalità psicopatologica basandosi sull'evidenza che punteggi alti su queste scale sono correlate con comportamenti criminali e tratti antisociali di personalità<sup>22</sup>. Successivamente, Sellbom et al.<sup>23</sup> hanno individuato un'associazione tra la scala di contenuto ASP e la devianza sociale. Appare quindi estremamente complesso individuare un profilo unico specificamente associato al DBP, tanto che alcuni autori hanno evidenziato come questo strumento, utilissimo per individuare i soggetti con un disturbo di personalità, debba essere usato cautamente quando si vuole differenziare quadri specifici, soprattutto rispetto a DBP e disturbo antisociale di personalità (DAP)<sup>20</sup>.

Il presente studio ha avuto l'obiettivo di indagare i profili MMPI-2 caratteristici di pazienti con diagnosi di DBP, in presenza di comportamenti impulsivi, differenziandoli da quelli riscontrabili in detenuti che manifestano un DAP in regime carcerario, al fine di comprendere meglio quali scale dello strumento possano favorire una differenziazione tra i due quadri clinici.

## METODI

### Partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca 91 soggetti, di cui 30 pazienti con diagnosi clinica di DBP e 61 detenuti con diagnosi di DAP e con comportamenti contrari alla legge. Il sottogruppo composto da pazienti con diagnosi di DBP (n=30) comprendeva 19 pazienti ambulatoriali e 11 in fase di valutazione diagnostica in regime di ricovero in una struttura di degenza psichiatrica (Tabella 1). Le comorbilità emerse nel sottogruppo con DBP vengono riportate in Tabella 2. I criteri di inclusione ed esclusione nei due sottogruppi sono presentati in Tabella 3. I pazienti con DBP dovevano non presentare un concomitante DAP, mentre i detenuti non dovevano avere a loro volta un DBP. La classificazione dei soggetti come DBP o DAP è stata ottenuta sulla base di un criterio di concordanza tra i risultati alla Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II disorders (SCID II)<sup>24</sup> condotta in modo indipendente da uno psichiatra e da uno psicologo clinico. Sono stati inclusi in uno dei due sottogruppi i partecipanti per i quali i due valutatori indipendenti hanno riportato completo accordo sulla diagnosi di DBP o di DAP. Sono stati esclusi due soggetti per mancata concordanza tra i due diagnostici. I pazienti con diagnosi di DBP al momento dello studio erano tutti in terapia con trattamento psicofarmacologico. L'età dei partecipanti nel gruppo totale variava tra 19 e 64 anni (M=37,94, DS=9,72), con una scolarità media di 8,02 anni (DS=3,07), pari alla prima classe della scuola secondaria di secondo grado.

### Procedura

I partecipanti sono stati arruolati con un campionamento di comodo, avvalendosi della collaborazione di istituti clinici e istituti di pena presenti sul territorio del centro Italia. I partecipanti con diagnosi di DBP sono stati arruolati presso centri clinici privati o servizi di salute mentale accreditati presso il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), mentre quelli con DAP provenivano da

\* L= scala menzogna; F= scala infrequenza; K= scala della difensività; Hs= ipocondria; D= depressione; Hy= isteria; Pd= deviazione psicopatica; Mf= mascolinità/femminilità; Pa= paranoia; Pt= psicastenia; Sc= schizofrenia; Ma= ipomania; Si= introversione sociale; ANX= ansia; FRS= paure; OBS= ossessività; DEP= depressione; HEA= preoccupazioni somatiche; BIZ= ideazione bizzarra; ANG= rabbia; CYN= cinismo; ASP= comportamenti antisociali; TPA= comportamento tipo A; LSE= scarsa autostima; SOD= disagio sociale; FAM= problemi familiari; WRK= difficoltà sul lavoro; TRT= indicatori di difficoltà di trattamento.

*Analisi comparativa dei profili di personalità di pazienti affetti da DBP e detenuti con DAP*

Tabella 1. Regime di trattamento dei partecipanti allo studio.

	N (totale)	Regime ambulatoriale	Regime residenziale
Disturbo borderline di personalità	30	19	11 (degenza in clinica psichiatrica)
Disturbo antisociale di personalità	61	0	61 (regime di detenzione carceraria)

Tabella 2. Frequenza di comorbidità di disturbi di asse I e II nei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Disturbi di asse I al DSM-IV-TR	N
Disturbi dell'umore unipolari	6
Disturbi bipolari I e II	7
Disturbi d'ansia	5
Disturbo ossessivo-compulsivo	5
Dipendenza da sostanze stupefacenti/alcol	10
Disturbi alimentari	5
Disturbo da stress post-traumatico	4
Disturbi di asse II al DSM-IV-TR	
Disturbo evitante di personalità	6
Disturbo ossessivo di personalità	3
Disturbo dipendente di personalità	4
Disturbo istrionico di personalità	4
Disturbo narcisistico di personalità	4
Disturbo paranoide di personalità	2

Tabella 3. Criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri di inclusione
Età uguale o superiore ad anni 18
Razza caucasica
Presenza di una diagnosi definitiva di DBP o di DAP
Criteri di esclusione
Presenza di disabilità intellettiva
Diagnosi di disturbo di spettro autistico
Diagnosi di psicosi lifetime
Presenza di patologie organiche internistiche
Presenza di una diagnosi di DAP nel sottogruppo con DBP
Presenza di una diagnosi di DBP nel sottogruppo con DAP

strutture detentive carcerarie. In relazione alla tipologia di reato commesso dai partecipanti detenuti negli istituti di pena (Tabella 4), erano presenti due categorie di atti criminali: "Reati contro la persona" (percosse, omicidio, violenza sessuale) e "Reati contro il

patrimonio" (furto, estorsione, rapina, spaccio e traffico). Le due condizioni si sovrapponevano ed erano miste in una percentuale considerevole di partecipanti. Nel gruppo totale i soggetti erano tutti di razza caucasica e presentavano una prevalenza di genere maschile nel gruppo DAP e femminile nel gruppo DBP, come avviene nella popolazione generale per le due condizioni.

Lo studio è stato approvato dal comitato etico scientifico degli istituti e dei centri di salute mentale in cui sono stati reclutati i pazienti. Rispetto invece ai partecipanti reclutati negli istituti di pena, le procedure previste dallo studio sono state approvate dal GOT (Gruppo di Osservazione e Trattamento, composto da psicologi, educatori, assistenti sociali, agenti di polizia penitenziaria e direttori di istituto). Pertanto, la ricerca si è avvalsa delle normali attività di osservazione dedicate ai detenuti. A ciascun partecipante sono state spiegate le finalità e le modalità della ricerca ed è stato sottoposto il consenso informato.

### Strumenti

La SCID-II<sup>24</sup> è un'intervista utilizzata per la formulazione della diagnosi dei 10 disturbi di personalità, del disturbo di personalità non altrimenti specificato e dei disturbi passivo-aggressivo o depressivo (inclusi nell'Appendice B del DSM-IV, "Criteri e Assi previsti per ulteriori studi")<sup>25</sup>. È composta da una serie di domande a risposta aperta volte a individuare le caratteristiche di base della personalità.

Alle interviste della SCID-I<sup>26</sup>, utilizzata per indagare la presenza di comorbidità in asse I, e SCID-II, è stato affiancato l'MMPI-2<sup>17</sup>, un questionario di personalità autosomministrato, in grado di rilevare comportamenti considerati psicopatologici secondo criteri sia clinici sia statistici. Le aree di personalità che l'MMPI-2 consente di esplorare rappresentano dimensioni psicologiche che con punteggi elevati acquisiscono un significato psicopatologico. Test largamente utilizzato in ambito di ricerca e come parte dell'assessment in ambito forense, nella versione adattata per la lingua e la cultura italiana<sup>27</sup>, è tra gli strumenti più diffusi per la misurazione della personalità.

I professionisti che hanno svolto la valutazione erano psichiatri e psicologi clinici abilitati con più di 5 anni di esperienza clinica e diagnostica con pazienti psichiatrici, in particolare sulle aree di personalità, formati all'interno di strutture (reparto psichiatrico e comunità psichiatrica) accreditate presso il SSN, con corsi specialistici all'intervista SCID-II anche mediante addestramento specifico da parte di dipartimenti di psichiatria universitari Italiani (Firenze e Cagliari). Inoltre, hanno svolto un approfondimento in Italia con il prof. Neal Butcher per l'utilizzo dell'MMPI-2.

### Analisi statistiche

Al fine di comprendere le principali caratteristiche cliniche dei due sottogruppi, sono state calcolate le statistiche descrittive di

base per analizzare i profili MMPI-2. Sono stati calcolati i test di Student per gruppi indipendenti, al fine di evidenziare differenze tra i due gruppi nei punteggi alle scale MMPI-2. L'analisi discriminante ha invece consentito di evidenziare quale costellazione di punteggi rendesse maggiormente conto della differente diagnosi attribuita ai partecipanti.

Tabella 4. Tipologia di reato commesso nel gruppo con disturbo antisociale di personalità.

Capo di imputazione	%
Reato contro la persona	45
Reato contro il patrimonio	55
Reati misti	70

## RISULTATI

La somministrazione dei questionari MMPI-2 è stata effettuata singolarmente, quando possibile, come parte dell'attività diagnostico-terapeutica in ambito sia psichiatrico sia carcerario. Inoltre, nell'attribuzione dei punteggi, sono state valutate l'intensità, la frequenza e la durata dei sintomi presenti nell'individuo in esame e sono stati esclusi i profili non aderenti ai criteri di validità espressi nel manuale<sup>27</sup>. Dai punteggi medi sulle scale MMPI-2 calcolati (Tabella 5) è stato possibile ottenere i profili medi caratteristici dei due gruppi diagnostici. Per quanto riguarda i profili di validità (Figura 1), nei pazienti con diagnosi di DBP si evidenziava una elevazione nella scala F, che risultava più elevata anche per i soggetti con DAP. I punteggi alla scala L sono stati mediamente più bassi per i partecipanti con DBP mentre i punteggi alla scala K erano sostanzialmente sovrapponibili. Dai profili clinici, riportati nella Figura 2, si sono evidenziate elevazioni per entrambi i sottogruppi indagati. In particolare i pazienti con DBP hanno mostrato elevazioni sulle scale D, Pd, Pa, Pt e Sc collocandosi sul cut-off per i punteggi raggiunti sulla scala Hy. I punteggi alla scala D sono risultati nella fascia di norma per i soggetti con DAP, che invece hanno mostrato elevazioni sulle scale Pd e Sc.

Rispetto alle scale di contenuto (Figura 3), sono state evidenziate elevazioni significative solo per i partecipanti con DBP. Queste sono state riferite alle scale ANX, DEP, HEA, e WRK. I soggetti con DAP hanno mostrato elevazioni, comunque sotto il cut-off, solo sulle scale DEP, HEA e BIZ.

L'analisi delle medie ha evidenziato una differenza significativa tra soggetti con DAP e i pazienti con DBP sulle scale cliniche D ( $t_{(89)}=-2,60$ ,  $p<0,001$ ) e Hy ( $t_{(89)}=-2,49$ ,  $p<0,001$ ) e su quelle di contenuto SOD ( $t_{(89)}=-2,70$ ,  $p<0,001$ ) e WRK ( $t_{(89)}=-3,38$ ,  $p<0,001$ ).

In particolare, l'analisi dei singoli profili ha evidenziato una diversa frequenza delle elevazioni nei due sottogruppi diagnostici sebbene non sia stato possibile delineare associazioni significative tra l'appartenenza alla classe diagnostica DAP o DBP e le elevazioni nelle scale MMPI-2.

Al fine di identificare le variabili che maggiormente contribuivano alla differenziazione di soggetti con DAP e DBP, è stata condotta un'analisi discriminante per le scale cliniche e una per quelle di contenuto. Rispetto alle scale cliniche, la funzione estratta non è risultata statisticamente significativa

nel discriminare il sottogruppo di soggetti con DAP da quelli con DBP. Per quanto riguarda invece le scale di contenuto, la funzione estratta è risultata in grado di spiegare l'intera varianza osservata ( $R^2$  canonico=.67), ed è stata statisticamente significativa ( $\lambda=.64$ ,  $p<0,001$ ). L'analisi della matrice di struttura ha evidenziato come le variabili maggiormente associate alla funzione discriminante fossero i punteggi alle scale WRK, SOD, FAM e TRT. Rispetto all'applicazione della funzione estratta per collocare i soggetti entro i due sottogruppi diagnostici, è risultato correttamente classificato l'81,3% dei casi. In particolare 11 soggetti sono risultati migrare dal gruppo DAP a quello DBP, mentre 6 soggetti con DBP sono stati ricollocati nel gruppo DAP.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati emersi consentono di evidenziare una sovrapposizione nel profilo MMPI-2 di pazienti con DBP e detenuti con DAP. Rispetto alle scale di validità, la maggiore elevazione della scala F nel sottogruppo con DBP, pur non significativa, in linea con precedenti studi<sup>21</sup>, potrebbe rendere conto del livello di psicopatologia più grave e del maggior rischio di acting out aggressivo che portano questi soggetti a servizi di emergenza sanitaria e a ripetuti ricoveri<sup>13</sup>.

In linea con quanto evidenziato da Castelbury et al.<sup>20</sup>, appare difficile ascrivere un profilo clinico caratteristico al questionario MMPI-2 nelle due diverse condizioni psicopatologiche, che sembrano simili rispetto alle elevazioni significative, eccezion fatta per quanto attiene alle dimensioni di Depressione e Isteria, decisamente più marcate nei pazienti con DBP. L'elevazione della scala D all'MMPI-2 si rileva in letteratura come caratteristica peculiare dei soggetti con DBP<sup>28</sup>. In letteratura, infatti, le personalità antisociali e psicopatiche svilupperebbero minori capacità di provare componenti depressive o di colpa a vantaggio di stati di risentimento rabbioso verso il mondo<sup>29</sup>. Come sottolineato da Köhling et al.<sup>30</sup>, i pazienti con DBP manifestano sentimenti di vulnerabilità, fallimento, infelicità e mancanza di fiducia in sé stessi, accompagnati dalla percezione di irritabilità, tensione, ricerca di nuove sensazioni con ostilità e panico che possono ben spiegare l'elevazione su queste scale.

L'elevazione sulla scala Pd è invece presente in entrambi i gruppi e potrebbe essere spiegata dalla presenza di comportamenti violenti e impulsivi ma anche scarsa tolleranza alla noia e ostilità caratteristiche di questi soggetti, pur con modalità differenti<sup>21</sup>. Questo aspetto sembra comparabile con quanto emerso dagli studi di Malayeri et al.<sup>31</sup> nello studio sulle dimensioni di personalità con pazienti con DBP utilizzando il questionario Cloninger Temperament and Character Inventory. Si evidenzia, contrariamente a quanto indicato da Walters<sup>22</sup>, un'assenza di elevazione congiunta nelle scale Pd e Ma, ritenuta spesso il codice associato alla presenza di tratti antisociali di personalità.

Non sono emerse differenze significative sulla scala di contenuto ASP, che per entrambi i gruppi non evidenzia una condizione di distress. Inoltre, non si evidenziano differenze significative alla scala LSE, sebbene i soggetti con DBP ottengano un punteggio più alto rispetto al gruppo con DAP. Tale risultato sembra in linea con l'impressione clinica secondo la quale i pazienti con DBP esperiscono sentimenti di autosvalutazione cronici. Il risultato ottenuto appare inoltre in linea

*Analisi comparativa dei profili di personalità di pazienti affetti da DBP e detenuti con DAP*

Tabella 5. Media e deviazione standard alle scale MMPI-2 dei due sottogruppi di partecipanti.

	Disturbo antisociale di personalità M (DS)	Disturbo borderline di personalità M (DS)
<b>Scale di validità</b>		
L	52,69 (12,72)	48,10 (9,33)
F	64,85 (17,66)	69,33 (15,64)
K	43,97 (11,01)	43,10 (7,76)
<b>Scale cliniche</b>		
Hs	63,43 (16,39)	58,13 (20,79)
D	61,39 (13,28)	69,13 (13,51)
Hy	58,30 (12,65)	65,50 (13,65)
Pd	68,10 (11,78)	69,83 (11,94)
Mf	56,49 (9,91)	53,90 (13,62)
Pa	65,97 (14,69)	65,97 (11,15)
Pt	65,90 (15,98)	71,00 (14,48)
Sc	67,77 (17,07)	71,13 (10,33)
Ma	59,92 (12,01)	56,70 (14,34)
Si	53,44 (10,83)	55,30 (18,82)
<b>Scale di contenuto</b>		
ANX	67,72 (13,98)	67,47 (9,74)
FRS	61,26 (15,92)	55,50 (11,86)
OBS	58,61 (13,20)	62,27 (9,75)
DEP	64,51 (15,39)	69,10 (11,57)
HEA	64,05 (16,13)	69,10 (11,57)
BIZ	63,69 (17,55)	61,90 (11,88)
ANG	54,66 (12,54)	57,47 (11,14)
CYN	55,87 (9,13)	55,33 (10,64)
ASP	58,61 (10,84)	56,33 (12,08)
TPA	51,80 (9,17)	55,90 (11,14)
LSE	57,93 (14,22)	63,47 (13,44)
SOD	50,72 (11,54)	57,50 (10,63)
FAM	55,84 (11,76)	61,17 (10,20)
WRK	58,56 (13,71)	68,50 (12,01)
TRT	57,52 (13,55)	63,67 (12,03)

*Legenda:* L= scala menzogna; F= scala infrequenza; K= scala della difensività; Hs= ipocondria; D= depressione; Hy= isteria; Pd= deviazione psicopatica; Mf= mascolinità/femminilità; Pa= paranoia; Pt= psicastenia; Sc= schizofrenia; Ma= ipomania; Si= introversione sociale; ANX= ansia; FRS= paure; OBS= ossessività; DEP= depressione; HEA= preoccupazioni somatiche; BIZ= ideazione bizzarra; ANG= rabbia; CYN= cinismo; ASP= comportamenti antisociali; TPA= comportamento tipo A; LSE= scarsa autostima; SOD= disagio sociale; FAM= problemi familiari; WRK= difficoltà sul lavoro; TRT= indicatori di difficoltà di trattamento.

con l'osservazione clinica secondo la quale il quadro antisociale si caratterizzerebbe per un Io ipertrofico e per tratti di grandiosità<sup>32</sup>. Tuttavia, il fatto che non emerga una differenza statisticamente significativa sotto il profilo dei livelli di autostima e dei sentimenti di autodenigrazione tra i due gruppi potrebbe essere interpretato in questo caso come risultato dell'esperienza del carcere e dei vissuti di fallimento/autocri-

tica, che i detenuti possono sviluppare durante questo percorso, aspetto che li porterebbe ad avere punteggi non significativamente più bassi di quelli di soggetti con DBP<sup>33</sup>.

Le scale di contenuto sembrano invece offrire il maggior contributo nella differenziazione tra i due gruppi: probabilmente a causa della maggiore instabilità e della minore capacità di regolare i propri stati emotivi e comportamenti, i



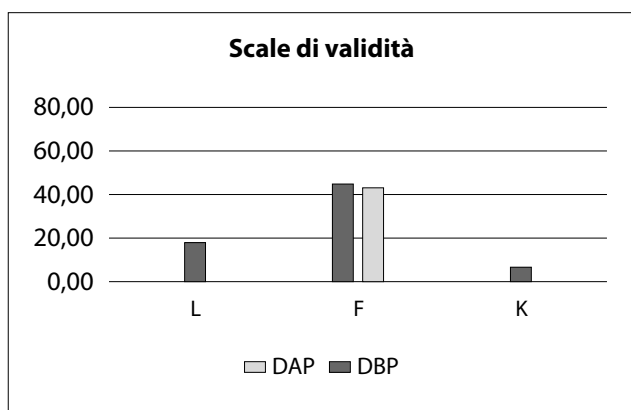


Figura 1. Profilo medio dei due gruppi alle scale di validità.

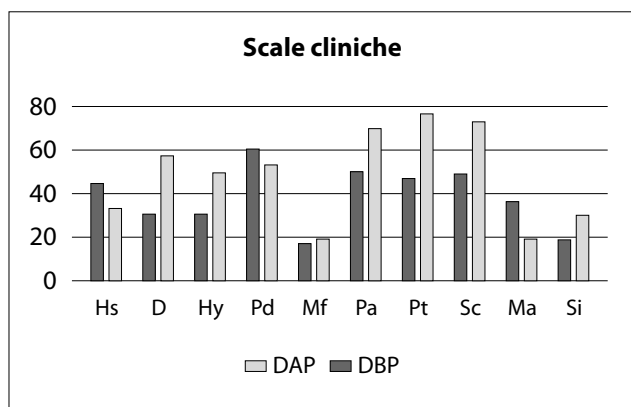


Figura 2. Profilo medio dei due gruppi alle scale cliniche.

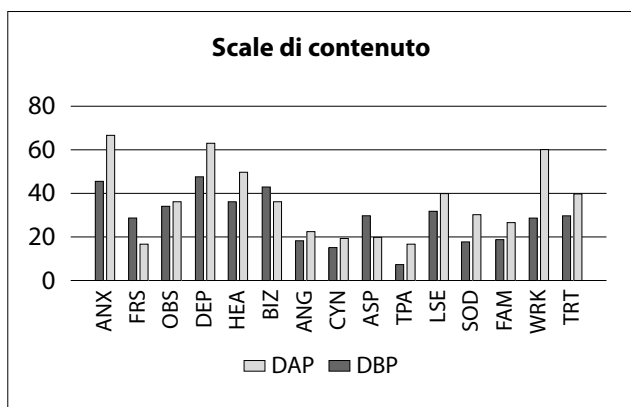


Figura 3. Profilo medio dei due gruppi alle scale di contenuto.

sogetti con DBP mostrano un livello maggiore di compromissione a livello lavorativo, sociale e familiare con notevoli implicazioni a livello trattamentale<sup>14</sup>.

Soprattutto per quanto riguarda le relazioni sentimentali e familiari (FAM, SOD) questa differenza può forse essere ascritta anche ad alcune modalità relazionali peculiari<sup>34</sup> e a meccanismi di difesa utilizzati dai soggetti con DBP (identificazione proiettiva, idealizzazione/svalutazione, ecc.)<sup>32</sup>.

Se, sotto il profilo clinico, le somiglianze riscontrate rendono conto della sovrapposizione di importanti aspetti psicopatologici, come i comportamenti antisociali, presenti tra i due gruppi, il maggior impatto sul funzionamento sociale, familiare e lavorativo sembra differente nelle due condizioni. L'impulsività e la disregolazione tipica del DBP sembrano, anche rispetto alla valutazione con MMPI-2, emergere chiaramente come fattori di grande rilevanza: la mancata regolazione di stati emotivi e comportamenti e l'impossibilità di pianificare le proprie azioni lasciando invece il posto a esplosioni rabbiose incontrollate sembra poter rendere conto, come presente in letteratura<sup>35</sup>, della maggiore percezione, da parte dei soggetti con DBP, della propria inadeguatezza sociale e della compromissione delle proprie relazioni<sup>34</sup>.

A tal proposito, i risultati ottenuti evidenziano come il gruppo DBP mostri un'elevazione sulle scale Pd e Sc maggiore rispetto al gruppo DAP, sebbene essa sia significativa per entrambi i gruppi di partecipanti. La scala Pd suggerisce la presenza di relazioni interpersonali e familiari conflittuali, difficoltà coniugali e professionali. Si tratta di soggetti impulsivi<sup>5</sup>, che mostrano difficoltà di pianificazione e azioni dirette alla gratificazione immediata, non tenendo conto delle conseguenze.

Inoltre, l'elevazione maggiore alla scala Pt nei partecipanti DBP segnala sentimenti di inadeguatezza, presenza di ansia e depressione, risposte disadattive allo stress<sup>36</sup>, scarse capacità di coping e, nel complesso, risulta essere un indicatore di uno stato di malessere e disagio percepito dal soggetto, che si mostra così motivato a chiedere aiuto.

Lo studio presenta limitazioni dovute al campionamento dei soggetti e alla loro eterogeneità ma costituisce un contributo di interesse, considerato il numero di partecipanti con collocazione esclusiva in una delle due categorie indagate. Future ricerche potrebbero, avvalendosi di gruppi più ampi di pazienti, specificare le tipologie di comportamenti antisociali e indagare il possibile effetto di genere e appartenenza etnica. Potrebbero, inoltre, essere utilizzati più strumenti di valutazione al fine di rendere meglio comprensibili le differenze e le sovrapposizioni evidenziabili.

Infine, le elevazioni sulle scale Pd, Pa e Sc del gruppo DAP potrebbero suggerire l'introduzione di interventi terapeutici integrati e modulari<sup>35</sup>, rivolti a tale tipologia di utenti, specificamente mirati a ridurre i deficit di mentalizzazione<sup>37</sup>, potenziando la capacità di assumere il punto di vista altrui, perspective taking e sviluppando l'intelligenza emotiva, in particolare le abilità di riconoscimento, comprensione e gestione delle proprie e altrui emozioni<sup>38</sup>.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

*Analisi comparativa dei profili di personalità di pazienti affetti da DBP e detenuti con DAP*

**BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association publishing 2013.
2. Frías Á, Itziar B, Boris B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord* 2016; 202: 210-9.
3. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Focus* 2013; 11: 277-83.
4. Bardeen JR, Dixon-Gordon KL, Tull MT, Lyons JA, Gratz, KL. An investigation of the relationship between borderline personality disorder and cocaine-related attentional bias following trauma cue exposure: the moderating role of gender. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 113-22.
5. Scott LN, Wright AGC, Beeney JE, Lazarus SA, Pilkonis PA, Stepp SD. Borderline personality disorder symptoms and aggression: a within-person process model. *J Abnorm Psychol* 2017; 126: 429-40.
6. Poletti M. Funzionamento neurocognitivo nel disturbo borderline di personalità. *Riv Psichiatr* 2009; 44: 374-83.
7. Ricciutello C, Cheli M, Montenegro ME, Campieri M, Fini A, Pincanelli F. Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Riv Psichiatr* 2012; 47: 413-23.
8. Pompili E, Carlone C, Silvestrini C, Nicolò G. Focus on aggressive behaviour in mental illness. *Riv Psichiatr* 2017; 52: 175-9.
9. Dukalski B, Quirin M, Kersting A, Suslow T, Donges US. Implicit affectivity in patients with borderline personality disorder. *Riv Psichiatr* 2017; 52: 83-9.
10. Mancke F, Herpertz SC, Kleindienst N, Bertsch K. Emotion dysregulation and trait anger sequentially mediate the association between borderline personality disorder and aggression. *J Pers Disord* 2016; 31: 1-17.
11. Reuter TR, Sharp C, Temple JR, Babcock JC. The relation between borderline personality disorder features and teen dating violence. *Psychol Violence* 2015; 2: 163.
12. Burke JD, Stepp SD. Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol* 2012; 40: 35-44.
13. Links PS, Ross J, Gunderson JG. Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2015; 71: 753-63.
14. Ward-Ciesielski EF, Tidik JA, Edwards AJ, Linehan M. Comparing brief interventions for suicidal individuals not engaged in treatment: a randomized clinical trial. *J Affect Disord* 2017; 222: 153-61.
15. Ross JM, Babcock JC. Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *J Fam Violence* 2009; 24: 607-17.
16. De Barros DM, de Pádua Serafim A. Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Sci Int* 2008; 179: 19-22.
17. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. Manual for administration and scoring, MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Minneapolis, MN: University of Minneapolis Press, 1989.
18. Rossi G, Van den Brande I, Tobac A, Sloore H, Hauben C. Convergent validity of the MCMI-III personality disorder scales and the MMPI-2 scales. *J Pers Disord* 2003; 17: 330-40.
19. Zalewski C, Archer R. Assessment of borderline personality disorder: a review of MMPI and Rorschach findings. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 338-45.
20. Castlebury FD, Hilsenroth MJ, Handler L, Durham TW. Use of the MMPI-2 personality disorder scales in the assessment of DSM-IV antisocial, borderline, and narcissistic personality disorders. *Assessment* 1997; 4: 155-68.
21. Nasiri H, Abedi A, Ebrahimi A, Ameli SS, Samouei R. Personality profile of women affected with borderline personality disorder. *Materia Socio-Medica* 2013; 25: 60-3.
22. Walters GD. Scale 4 (Pd) of the MMPI and the diagnosis anti-social personality. *J Pers Assess* 1983; 49: 474-6.
23. Sellbom M, Ben-Porath YS, Lilienfeld SO, Patrick CJ, Graham JR. Assessing psychopathic personality traits with the MMPI-2. *J Pers Assess* 2005; 85: 334-43.
24. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *J Pers Disord* 1995; 9: 92-104.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV ed.). Appendix B "Criteria sets and axes provided for further study". Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 1994.
26. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2004.
27. Pancheri P, Sirigatti S. MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 manual. Italian adaptation. Florence: Giunti OS (Organizzazioni Speciali), 1995.
28. Groth-Marnat G. Financial efficacy of clinical assessment: rational guidelines and issues for future research. *J Clin Psychol* 1999; 55: 813-24.
29. Yochelson S, Samenow, SE. The Criminal Personality, Volume II: The Treatment Process. New York: Jason Aronson, 1976.
30. Köhling J, Ehrental JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 13-25.
31. Malayeri AN, Kaviani H, Asady SM, Farid Hosseini F. Assessment of personality profile in borderline personality disorder based on Cloninger's temperament and character questionnaire. *Tehran Univ Med J* 2008; 9: 633-8.
32. Kernberg O. *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
33. Giulini P, Xella, CM. *Buttare la chiave? La sfida nel trattamento dei reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
34. Dimaggio G, Semerari A. *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza, 2007.
35. Livesley J, Dimaggio G, Clarkin J. *Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2016.
36. Cheng-Che S, Li-Yu H, Ya-Han H. Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017; 17: 8.
37. Bateman A, Fonagy P. Il ruolo della mentalizzazione nel trattamento dei disturbi di personalità. In: Livesley J, Dimaggio G, Clarkin J. *Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2016.
38. Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brüne M. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder. A pilot study. *Br J Clin Psychol* 2017; 56: 1-15.