

Personalità in adolescenza e minori autori di reato: tra mito della diagnosi precoce e possibili fattori di rischio

Ettore D'Aleo ¹

¹ *Psicologo-psicoterapeuta, Professore a contratto Università Niccolò Cusano, Roma*

Sommario

Negli ultimi decenni si è assistito a un crescente interesse per il tema della personalità in età evolutiva e per la controversa questione relativa alla diagnosi di disturbo di personalità posta in adolescenza. Ciò assume rilevanza particolare nel contesto forense, dove molti minori autori di reato non ricevono alcuna diagnosi formale, pur evidenziando comportamenti disadattivi. In alcuni casi, i loro comportamenti potrebbero essere influenzati da fattori situazionali (contesto familiare o sociale), mentre in altri potrebbero segnalare l'inizio di vere e proprie organizzazioni di personalità patologica. In questa prospettiva, si propone un approccio che integri dimensioni psicodinamiche, neuroscientifiche e modelli diagnostici evolutivi, in particolare, il *clinical staging* che consente di modulare l'intervento a seconda del livello di rischio e gravità, favorendo interventi preventivi e di sostegno prima che le difficoltà si cristallizzino in assetti di personalità patologica.

Parole chiave

Personalità, minori autori di reato, clinical staging, diagnosi

Introduzione

Negli ultimi decenni si è assistito a un crescente interesse per il tema della personalità in età evolutiva e per la questione, alquanto controversa, relativa alla diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza. Il tema appare ancora più rilevante se si considera che, nella pratica clinica e forense, molti minori autori di reato non ricevono alcuna diagnosi formale di disturbo di personalità, pur mostrando pattern comportamentali disadattivi. Ne deriva la domanda se sia possibile - e in che modo - *individuare precocemente* fattori di rischio collegati allo sviluppo di organizzazioni di personalità patologiche, al fine di consentire interventi mirati in grado di prevenire l'aggravarsi del possibile quadro clinico (Benzi et. al., 2021). L'argomento è delicato, poiché se da un lato il processo diagnostico «pone ai clinici una serie complessa di questioni teoriche e metodologiche che non possono ignorare le profonde modificazioni cognitive, affettive e relazionali che si osservano nello sviluppo del bambino, l'instabilità e mutevolezza della sintomatologia manifestata, l'influenza dell'ambiente sociale, i fattori di rischio e protezione che possono intervenire a diversi livelli e in diversi momenti del suo sviluppo per rinforzare traiettorie disadattive o promuovere risorse adattive» (Bona e Mehrnoosh, 2024, p.5) dall'altro si aggiunge la necessità di evitare che la diagnosi possa porsi quale *rigida etichetta* che conduca verso una *stigmatizzazione precoce*. A tutto ciò si aggiunge ulteriormente, grazie a studi longitudinali e indagini retrospettive (Caviglia e Zarrella, 2011; Guaraldi, 2014), la riflessione sulla continuità tra psicopatologia nell'età evolutiva e disturbi di personalità in età adulta (superando una possibile netta separazione tra neuropsichiatria e psichiatria, tra un *prima* e un *dopo*).

L'approccio del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ha a lungo scoraggiato la diagnosi di disturbo di personalità prima dei 18 anni, principalmente per evitare etichettamenti permanenti e perché i criteri diagnostici sono stati elaborati per la popolazione adulta (Sharp e Wall, 2018). Tuttavia, la rapida evoluzione degli strumenti di assessment e la maggiore conoscenza della plasticità cerebrale e relazionale in adolescenza (Fontana et. al, 2021; Benzi et. al. 2021) rinnovano il dibattito sulla possibilità di una valutazione più accurata e precoce dei segnali di rischio.

Il presente contributo vuole proporre una riflessione scientifica e clinica sulla controversia che caratterizza il dibattito scientifico sulla possibilità di porre diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza; la frequente assenza di tale diagnosi tra i minori autori di reato; l'utilità di un approccio clinico che integri dimensioni psicodinamiche e neuroscientifiche, promuovendo un'osservazione attenta dell'adolescente e del suo contesto di vita.

L'origine della controversia diagnostica

Tradizionalmente, il DSM ha riservato la diagnosi di disturbo di personalità a soggetti adulti, scoraggiandone l'uso in adolescenza. Due sono i motivi principali di tale scelta: la *fluidità* che caratterizza il periodo evolutivo e il *rischio di etichettamento* che potrebbe condurre a una stigmatizzazione influenzando negativamente nell'adolescente la percezione del proprio Sé e le aspettative degli adulti. Tuttavia, la ricerca empirica più recente mette in luce come i disturbi di personalità abbiano origini già in età evolutiva, assumendo forme che possono stabilizzarsi o attenuarsi con il passaggio all'età adulta (Laurensen et. al., 2013). Di conseguenza, una prassi clinica troppo cautelativa potrebbe trascurare elementi chiave di sofferenza e di disagio, che se non tempestivamente sostenuti da interventi psicoterapeutici, educativi e sociali mirati, potrebbero aggravare il quadro clinico cristallizzandosi in organizzazioni di personalità patologica (Benzi et. al., 2021).

Un ulteriore ostacolo all'interno della prassi psicodiagnostica in età evolutiva è evidenziato nella scarsità di strumenti di valutazione tarati specificamente per questa fascia di età, che per molto tempo ha caratterizzato la strumentistica dei clinici (Fontana et. al. 2021). Applicare criteri pensati per gli adulti a un adolescente, che sta ancora affrontando i propri compiti evolutivi (prima fra tutti la costruzione dell'identità) risulta non funzionale (Ruggiero, 2006). Solo negli ultimi anni, si è assistito alla validazione di test e interviste cliniche più sensibili alle caratteristiche adolescenziali (ad esempio, versioni adattate del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* o di strumenti proiettivi e narrativi). Anche i nuovi modelli dimensionali del DSM-5 (APA, 2014) offrono spunti interessanti per leggere i tratti di personalità in chiave evolutiva.

Se la diagnosi di un disturbo di personalità in un adolescente *ordinario* può risultare controversa, la questione diventa ancora più complessa quando parliamo di minori autori di reato, che possono presentare condotte antisociali, impulsività e pattern relazionali disfunzionali, senza soddisfare un pieno criterio di disturbo di personalità (Normandin et. al. 2021). All'interno di questa cornice, preme sottolineare tre diverse criticità:

1. i comportamenti devianti non equivalgono a un disturbo di personalità: è possibile che il minore agisca forme di devianza per fattori ambientali o situazionali (ad esempio, contesti familiari o sociali disagiati, appartenenza a gruppi devianti), senza che sia presente un quadro di personalità patologica sottostante;
2. la diagnosi, pur esistendo, venga omessa per cautela: molti clinici, pur rilevando segnali di organizzazione disfunzionale, potrebbero evitare diagnosi formali per non condizionare la prospettiva di recupero del minore;
3. la scarsa condivisione degli strumenti di valutazione: in ambito forense e penale, non sempre si utilizzano metodologie di assessment psicologico raffinate; talora manca la collaborazione tra servizi sociali, psicoterapeuti e magistratura minorile.

Il paradosso che si crea è ben descritto in uno studio di Laurensen e colleghi (2013), secondo cui la maggior parte dei clinici (57,8%) afferma che è possibile diagnosticare un disturbo di personalità in adolescenza, ma solo l'8,7% lo fa effettivamente. Tale discrepanza può implicare, da un lato una sottostima del disagio reale, dall'altro il rischio di non porre l'adeguata attenzione a componenti di personalità disfunzionali che potrebbero stabilizzarsi nel tempo se non individuate e trattate precocemente.

Identificare precocemente i fattori di rischio in una società in rapido mutamento

La nostra società è caratterizzata da forti cambiamenti culturali e tecnologici, che influenzano i processi di socializzazione degli adolescenti, il loro rispecchiamento nei valori dettati dal gruppo dei pari e dei *mass media*. L'uso intensivo dei *social media*, i nuovi modelli di comunicazione *liquida*, l'accesso facilitato a sostanze psicoattive e le trasformazioni del concetto di gruppo dei pari hanno modificato i contesti di crescita e di conseguenza i modelli di sviluppo della personalità. In tale panorama, alcuni minori - specialmente se privati di adeguate risorse familiari ed educative - possono manifestare comportamenti devianti e forme di violenza, che se in molti casi non coincidono automaticamente con un disturbo di personalità, possono porsi quali fattori di rischio per l'evoluzione di organizzazioni patologiche.

La letteratura scientifica mostra come alcuni pattern di personalità inizino a strutturarsi già in adolescenza, ponendosi in continuità con la personalità in età adulta. Una rassegna meta-analitica dei dati presenti in letteratura svolta da Deschamps e Vreugdenhil (2008), hanno rilevato una significativa continuità eterotipica dell'80% dei casi tra BPD nell'infanzia e altri disturbi di personalità in età adulta, con particolare evidenza in alcuni sintomi che rimarrebbero stabili nel tempo: sentimenti di vuoto, rabbia, problemi di identità, instabilità affettiva. Studi longitudinali, tra cui il *Children in the Community (CIC) Study*, suggeriscono che le difficoltà relazionali e sociali spesso persistono, indicando una moderata continuità della sofferenza.

La letteratura scientifica evidenzia anche come alcuni adolescenti possano presentare tratti narcisistici, caratterizzati da grandiosità, una ridotta capacità empatica e un forte bisogno di ammirazione. Tuttavia, l'evoluzione di tali caratteristiche nel tempo non è uniforme: in alcuni casi questi aspetti tendono a stabilizzarsi e rafforzarsi con l'età adulta, in altri si assiste a una loro progressiva attenuazione. In particolare, fattori come l'aumento della coscienziosità e la riduzione del nevroticismo sono stati associati a un miglioramento della regolazione emotiva e delle capacità relazionali nel corso dello sviluppo (Dowgwillo e coll., 2019). Inoltre, le esperienze ambientali e le dinamiche familiari possono influenzare le traiettorie evolutive di questi tratti, rendendoli più flessibili o, al contrario, consolidandone

la disfunzionalità. Questo suggerisce la necessità di interventi precoci mirati, volti a promuovere una maggiore consapevolezza di sé e strategie relazionali più adattive. Questi dati sottolineano la plasticità della mente adolescenziale: intervenire in modo tempestivo e appropriato può aiutare a prevenire la cronicizzazione dei tratti disfunzionali, senza necessariamente imporre un'etichetta diagnostica definitiva.

Spesso, in ambito clinico, ci si chiede come e perché lo sviluppo di un adolescente possa subire un arresto o un crollo in un momento specifico (Novelletto, 2009; Aliprandi e coll., 2004). Il dubbio è se tale crollo rappresenti una crisi transitoria, parte del fisiologico processo evolutivo, oppure se segnali l'emergere di un disturbo di personalità. Per rispondere a queste domande, è *necessaria una valutazione approfondita delle risorse personali e familiari*, nonché degli eventi scatenanti (fattori di stress e traumi) che possono aver contribuito a bloccare lo sviluppo.

Una proposta interessante, in linea con quanto avviene in altre aree della psicopatologia (ad esempio, nei disturbi dello spettro psicotico), è quella del *clinical staging*, illustrata in modo approfondito da Chanen e colleghi (2016). L'idea è modulare l'intervento in base al *livello di rischio e gravità*, piuttosto che attendere l'esplosione di un quadro cronico. A uno *stadio 0* il rischio è considerato generico e l'intervento si attua principalmente sulla fornitura di interventi preventivi, quali ad esempio, il supporto genitoriale e programmi di prevenzione attuati all'interno delle scuole; a uno *stadio 1* si osservano segnali precoci di vulnerabilità per cui si interviene con azioni volte a rafforzare le reti di sostegno mediante, ad esempio, brevi colloqui di supporto psicologico; a un livello successivo (*stadio 2*) si osservano i primi sintomi di un disturbo di personalità per cui è necessario proporre un percorso di supporto psicoterapeutico più strutturato e interventi di gruppo. Allo *stadio 3* il quadro appare conclamato e necessita di intensivi interventi terapeutici individuali e famigliari.

Questo approccio consente di adattare l'intervento clinico alle reali necessità del minore e del suo contesto, senza incorrere in diagnosi premature, ma allo stesso tempo senza sottovalutare segnali di rischio che potrebbero aggravarsi. Per applicare efficacemente il modello del *clinical staging*, occorre una valutazione diagnostica *sofisticata e predittiva* (Chanen et. al., 2016), che tenga conto di:

- dimensioni di personalità e funzionamento identitario;
- qualità delle relazioni oggettuali interiorizzate e meccanismi di difesa (Kernberg e Caligor, 2005);
- livello di mentalizzazione e riflessività dell'adolescente;
- ambiente familiare, contesto sociale e scolastico;
- eventuali esperienze traumatiche, inclusi abusi, negligenze o stressor acuti.

In tale senso, l'integrazione di strumenti diagnostici psicodinamici (ad es. il *PDM-2*), dimensioni di funzionamento (*OPD-2*) e le categorie proposte dal DSM-5 può favorire una lettura sfaccettata del caso

clinico (OPD Task Force, 2008; PDM-2 Task Force, 2017). Un modello di valutazione e trattamento di matrice psicodinamica, integrato con le neuroscienze, è quello sviluppato da Otto e Paulina Kernberg (Kernberg e Caligor, 2005) e poi esteso all'adolescenza dai lavori di Normandin e coll. (2021). Questo approccio combina una visione *categoriale* (organizzazioni nevrotica, borderline, psicotica) con dimensioni fondamentali, tra cui:

1. identità: distinzione fra crisi d'identità, tipica di un'adolescenza *normale* o nevrotica, e diffusione dell'identità, più caratteristica di un'organizzazione borderline;
2. qualità delle relazioni oggettuali: la capacità di stabilire legami intimi, reciproci e autonomi;
3. regolazione affettiva: ossia la modulazione e la comunicazione del proprio vissuto emotivo.

Nell'adolescente, questi processi sono ancora in formazione, pertanto un arresto o un'evidente disfunzione vanno considerati potenziali segnali di rischio per lo sviluppo di un'organizzazione di personalità patologica. Tale prospettiva considera inoltre la storia personale dell'adolescente, l'eventuale presenza di aspetti traumatici, l'osservazione diretta della relazione con i caregiver, nonché la co-occorrenza di altri quadri psicopatologici.

La consultazione non ha una mera finalità classificatoria, ma può assolvere una funzione trasformativa, in quanto aiuta l'adolescente a riflettere su di sé e sui propri vissuti; consente di ricostruire il senso di ciò che sta accadendo *dentro* e *attorno* a lui; offre un primo spazio di contenimento e di mentalizzazione, favorendo la ripresa di un percorso evolutivo temporaneamente bloccato (Ruggiero, 2006; Aliprandi e coll., 2004). In particolare, nei casi di devianza giovanile, il lavoro clinico può consentire una rielaborazione delle dinamiche sottostanti al comportamento antisociale, contribuendo a ridurre il rischio di recidiva e a promuovere strategie di coping più adattive (Cauffman e Steinberg, 2012; Farrington, 2005). La letteratura evidenzia come il coinvolgimento dei genitori sia un elemento cruciale nel percorso di recupero del minore deviante (Novick e Novick, 2011) poiché un ambiente familiare caratterizzato da disfunzioni educative, trascuratezza o modelli genitoriali incoerenti può rappresentare un fattore di cristallizzazione di condotte antisociali (Moffitt, 1993). Al contrario, interventi che mirano al rafforzamento delle competenze genitoriali e alla promozione di un dialogo empatico tra genitori e figli possono costituire un importante fattore protettivo (Piquero et.al, 2016).

Un ulteriore aspetto da considerare è il ruolo del contesto sociale e delle esperienze traumatiche pregresse nel determinare il comportamento deviante. Studi recenti hanno sottolineato come l'esposizione ad eventi avversi vissuti nell'infanzia (*Adverse Childhood Experiences, ACES*) sia fortemente correlata all'insorgenza di condotte antisociali in età adolescenziale (Baglivio et. al., 2013). Pertanto, un approccio integrato, che tenga conto delle vulnerabilità psicologiche e sociali del minore, risulta fondamentale per costruire percorsi di reinserimento efficaci.

Infine, programmi di giustizia riparativa e interventi basati sulla responsabilizzazione attiva del minore, come i percorsi di mediazione penale, hanno dimostrato di favorire una migliore comprensione dell'impatto del reato e consentono di incentivare processi di riparazione e reintegrazione sociale. Questi strumenti, se affiancati a un'adeguata presa in carico psicologica e familiare, possono contribuire a contrastare la reiterazione del comportamento deviante e promuovere una crescita evolutiva positiva.

Conclusioni e prospettive future

La possibilità di diagnosticare un disturbo di personalità in adolescenza rimane un tema controverso, ma è innegabile che alcuni pattern disfunzionali possano già emergere in questa fase e costituire la base per un'evoluzione patologica. La letteratura sottolinea come, in generale, i minori autori di reato non presentino necessariamente un disturbo di personalità formalizzato, sebbene spesso mostrino fattori di rischio e tratti problematici che meriterebbero maggiore attenzione diagnostica.

In una società in rapidissima trasformazione, diventa urgente individuare metodologie e percorsi di valutazione integrati, attraverso cui evitare etichette diagnostiche premature ma che consentano di cogliere fattori di rischio e vulnerabilità; puntare sul *clinical staging*, adattando l'intervento in base alla gravità e al rischio; integrare approcci di assessment (psicodinamici, dimensionali e neuroscientifici) per una diagnosi condivisa e sfaccettata; coinvolgere il contesto familiare e sociale in modo da potenziare le risorse del minore ed evitare che la devianza o il disagio relazionale sfocino in strutture di personalità rigidamente patologiche.

La speranza è che un approccio diagnostico attento e multidisciplinare possa promuovere un recupero evolutivo, valorizzando la plasticità dell'adolescente e scongiurando percorsi di devianza o patologia persistente. Conoscere meglio i fattori di rischio e i segnali precoci, senza cadere nel rischio di stigmatizzazione, resta la sfida principale per la clinica e la ricerca futura.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Aliprandi A., Pelanda E. e Senise T. (2004), *La psicoterapia psicoanalitica dell'adolescente*, FrancoAngeli, Milano
- Baglivio M.T., Epps N., Swartz K., Huq M.S., Sheer A.J. e Hardt N. (2013), *The Prevalence of Adverse Childhood Experiences (ACE) in the Lives of Juvenile Offenders*, «Journal of Juvenile Justice» 3(2), pp.1-23

- Benzi I., Fontana A., Romani N. e Scovell A. (2021), *Valutazione dimensionale della personalità in adolescenza: nuove prospettive cliniche*, «Psicologia Clinica dello Sviluppo», n. 25(1), pp. 55-69
- Bona P. e Mehrnoosh Z. (2024), *Pensare la diagnosi in età evolutiva tra classificazione descrittiva e comprensione funzionale*, «Kairòs» n.1, pp.4-9
- Caviglia G. e Zarrella I. (2011), *Continuità e discontinuità tra psicopatologia dell'età infantile e dell'età adulta: una review sulla visione prospettica*, «Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza» vol. 78, pp.401-414
- Chanen A. M., Sharp C., Hoffman P.D. e Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder (2016), *Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority*, «World Psychiatry», n. 15(2), pp. 150-151
- Cauffman E. e Steinberg L. (2012), *Emerging findings from research on adolescent development and juvenile justice*, «Victims & Offenders» 7(4), pp.428-449
- Deschamps P.K. e Vreugdenhil C. (2008), *Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review*, «Tijdschr Psychiatr» 50(1), pp.33-41
- Dowgwillo E. A., Pincus A. L. e Lenzenweger M. F. (2019), *Narcissistic pathology and personality change in adulthood*, «Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment», 10(5), pp. 428-437
- Farrington D.P (2005), *Childhood origins of antisocial behavior*, «Clinical Psychology & Psychotherapy» 12(3), pp.177-190
- Fontana A., Benzi I. e Cerniglia L. (2021), *Strumenti di assessment per la diagnosi precoce di disturbi di personalità in adolescenza* Current Psychology, 1-15
- Guaraldi G.P. (2014), *La "scoperta" della continuità delle condizioni esistenziali e psicopatologiche*, «Formazione Psichiatrica» n.2, pp.7-18
- Kernberg O.F. e Caligor E. (2005), *A psychoanalytic theory of personality disorders*, «Major Theories of Personality Disorder» pp. 114-156, New York: Guilford Press
- Laurenssen E.M., Hutsebaut J., Feenstra D.J., Van Busschbach J.J. e Luyten, P. (2013), *Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists*, «Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health», 7, 3
- Moffitt T.E. (1993), *Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy*, «Psychological Review» 100(4), pp. 674-701
- Normandin L., Ensink K., Weiner A.S. e Kernberg O.F. (2021), *TFP-A: Transference-Focused Psychotherapy for Adolescents with Personality Disorders* (In corso di pubblicazione in italiano)
- Novelletto A. (2009), *La consultazione con l'adolescente: aspetti dinamici e tecnici*, Astrolabio, Roma

- Novick K.K. e Novick J. (2011), *The essence of therapeutic action in child and adolescent psychotherapy: The conscious use of self in the interactive matrix*, «Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy», 10(1), pp. 63-71
- OPD Task Force (2008), *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning*, Hogrefe, Göttingen
- PDM-2 Task Force (2017), *Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition (PDM-2)*, Guilford Press, New York
- Piquero A.R., Jennings W.G. e Farrington D.P. (2016), *The monetary costs of crime and benefits of early risk-factor intervention*, «Journal of Criminal Justice», n.44, pp.81-87
- Ruggiero G.M. (2006), *Consultazione e psicoterapia con l'adolescente*, FrancoAngeli, Milano
- Sharp C. e Wall K. (2018), *Personality pathology grows up: adolescent personality disorder and the alternative model for personality disorders in DSM-5*, «Adolescent Psychiatry», 8(3), pp.180-193