



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA COMUNICAZIONE, STUDI UMANISTICI E
INTERNAZIONALI (DISCUI)

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN STUDI UMANISTICI

CURRICULUM SCIENZE UMANE

CICLO XXXIV

**MISURARE IL SENSO DI VUOTO: VALIDAZIONE DELLA VERSIONE
ITALIANA DELLA SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (SES-I) E
SVILUPPO DI UNA VERSIONE MODIFICATA (M-SES-I)**

SSD: M-PSI/08 – Clinical Psychology

Coordinatore: Ch.mo Prof. Giovanni Boccia Artieri

Supervisore: Ch.mo Prof. Mario Rossi Monti

Co-Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Alessandra D'Agostino

Dottorando: Raffaele Pepi

ANNO ACCADEMICO
2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE	I
IL SENSO DI VUOTO: UN COSTRUTTO TRANSDIAGNOSTICO	1
1.1 Il problema della definizione	1
1.2 Senso di vuoto e stati affettivi	10
1.2.1 Senso di vuoto e disforia	10
1.2.2 Senso di vuoto e noia	12
1.2.3 Senso di vuoto e solitudine	14
1.2.4 Senso di vuoto e intorpidimento	15
1.3 Senso di vuoto e psicopatologia	16
1.3.1 Disturbi clinici	16
1.3.1.1 Depressione	17
1.3.1.2 Schizofrenia	20
1.3.1.3 Autolesionismo e suicidio	22
1.3.2 Disturbi di personalità	24
1.3.2.1 Disturbo borderline di personalità	24
1.3.2.2 Disturbo narcisistico di personalità	28
1.4 Misurare il vuoto: strumenti esistenti e limiti di utilizzo	30
VALIDAZIONE ITALIANA DELLA SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (SES-I) E RIFLESSIONI CLINICHE SUL SENSO DI VUOTO	34
2.1 Subjective Emptiness Scale: validazione cross-culturale e psicometrica	34
2.1.1 Obiettivi	35
2.1.2 Ipotesi	37
2.1.3 Metodo	37
2.1.3.1 Traduzione e adattamento cross-culturale	37
2.1.3.2 Validazione psicometrica	39
2.1.3.2.1 Partecipanti	39
2.1.3.2.2 Strumenti	40
2.1.3.2.3 Analisi dei dati	42
2.1.4 Risultati	43
2.1.4.1 Adattamento cross-culturale	43
2.1.4.2 Proprietà psicometriche della SES-I	43
2.1.5 Discussione	49
2.2 Predire il senso di vuoto nel BPD: il ruolo dei tratti disfunzionali di personalità	53
2.3 Dalla ricerca alla clinica: riflessioni sul senso di vuoto	57
MODIFIED-SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (M-SES-I): VALIDAZIONE PRELIMINARE DI UNA VERSIONE MODIFICATA DELLA SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE	60
3.1 Oltre i limiti della SES: la costruzione di una versione modificata	60

3.2 Validazione psicometrica della Modified-Subjective Emptiness Scale (M-SES-I)	62
3.2.1 Obiettivi	62
3.2.2 Ipotesi	64
3.2.3 Metodi	64
3.2.3.1 Partecipanti	64
3.2.3.2 Strumenti	65
3.2.3.3 Analisi dei dati	67
3.2.4 Risultati	67
3.2.5 Discussione	73
3.3 Conclusioni	76
CONCLUSIONI	78
BIBLIOGRAFIA	80
APPENDICE A – SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (SES)	90
APPENDICE B – SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE – ITALIAN (SES-I)	91
APPENDICE C – MODIFIED SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (M-SES-I)	92

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, il senso di vuoto ha destato un sempre crescente interesse tra clinici e ricercatori. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) considera questo fenomeno all'interno del disturbo borderline di personalità (BPD), nel criterio 7: "sentimenti cronici di vuoto" (APA, 2013, p. 768). In realtà, quello che emerge dalla letteratura e dall'esperienza clinica è che il senso di vuoto è comune anche in pazienti con disturbi diversi dal BPD, e anzi può essere considerato un costrutto transdiagnostico (D'Agostino, Pepi, Rossi Monti, & Starcevic, 2020). La comprensione del senso di vuoto, però, resta ancora qualcosa di complicato per diversi fattori. Il più importante ha a che fare con il fatto che si tratta di un costrutto complesso da definire, perché il modo in cui i pazienti descrivono l'esperienza è estremamente variabile da soggetto a soggetto, e anche perché la letteratura sul tema è estremamente frammentata. Di conseguenza, tale difficoltà nella definizione si riflette nella difficoltà a mettere a punto adeguati strumenti per l'*assessment*.

Questo lavoro vuole in qualche modo rispondere a queste problematiche, e si pone un duplice obiettivo: da un lato, tramite una revisione della letteratura, si cercherà di comprendere e definire quali sono le caratteristiche centrali del vuoto e come queste sono in relazione con altre dimensioni cliniche; dall'altro lato si proverà a mettere a punto uno strumento per valutare in maniera standardizzata il senso di vuoto.

Nel primo capitolo verrà passata in rassegna la letteratura sul senso di vuoto, con un'attenzione particolare ad alcuni elementi. Il primo elemento riguarda il problema della definizione. Si cercherà di delineare le caratteristiche generali e gli elementi che dovrebbero essere inclusi in una definizione operativa. Si discuterà poi della relazione tra senso di vuoto ed altri stati affettivi: disforia, noia, solitudine, intorpidimento; cercando di identificare caratteristiche in comune e differenze. C'è poi il tema della psicopatologia: si cercherà di comprendere come il senso di vuoto è in relazione con depressione, schizofrenia, comportamenti autolesivi e suicidari, BPD e disturbo narcisistico di personalità. Verranno infine presentate le metodologie ad oggi in uso per valutare il vuoto, con una attenzione particolare alla *Subjective Emptiness Scale* (SES, Price, Mahler, & Hopwood, 2020), uno strumento per valutare il senso di vuoto in ottica transdiagnostica.

Nel secondo capitolo verranno presentati dati relativi alla validazione della versione italiana della *Subjective Emptiness Scale* (SES-I) e verrà lasciato spazio ad alcune riflessioni cliniche sul tema del vuoto. Tutta la prima parte del capitolo riguarda la presentazione

dell'adattamento culturale della scala e della valutazione delle caratteristiche psicometriche in un campione clinico e non clinico. Oltre alla validazione psicometrica, verranno presentate anche ulteriori analisi sullo stesso campione utilizzato per la validazione della SES-I, il cui scopo è quello di riflettere sulla relazione tra senso di vuoto e psicopatologia BPD affrontata da un punto di vista dimensionale. A chiudere questa parte alcune riflessioni di utilità clinica che derivano dai dati della SES-I.

Il terzo capitolo, infine, è relativo allo sviluppo e applicazione preliminare di una versione modificata della SES-I, ovvero la Modified Subjective Emptiness Scale (M-SES-I), uno strumento pensato per superare alcuni limiti emersi dalla validazione della SES-I. In particolare, la prima parte del capitolo sarà dedicata alla discussione di queste limitazioni, e di come una modifica della scala può aiutare a superarli. Nella seconda parte del capitolo verranno presentati i dati relativi alla valutazione preliminare della M-SES-I in un campione non clinico con riflessioni conclusive relative a differenze tra SES-I e M-SES.

CAPITOLO 1

IL SENSO DI VUOTO: UN COSTRUTTO TRANSDIAGNOSTICO

1.1 Il problema della definizione

In ambito psichiatrico gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un sostanziale aumento delle diagnosi di disturbo di personalità borderline (BPD), tanto che diversi autori sono arrivati a considerare questo disturbo come la “malattia del secolo”, così come lo era stata l’isteria nel XIX secolo (Rossi Monti, 2012). Di pari passo con questo aumento esponenziale della psicopatologia borderline si è mossa la ricerca, che ha tentato sotto diverse prospettive di indagare e comprendere gli aspetti più complessi del disturbo, dall’eziologia al trattamento, alle manifestazioni sintomatologiche. Tuttavia, dopo oltre 20 anni di ricerche non tutti gli aspetti della sintomatologia borderline hanno ricevuto uguale attenzione (Klonsky, 2008). Se guardiamo ai criteri diagnostici per il BPD forniti dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), ci si accorge che alcuni criteri, come ad esempio il criterio relativo alle condotte autolesive o all’impulsività, sono stati estensivamente indagati, mentre altri criteri sono rimasti più inesplorati, o comunque studiati in maniera meno sistematica (Klonsky, 2008). Uno dei criteri che ha ricevuto decisamente meno attenzione è il criterio: “sentimenti cronici di vuoto” (Klonsky, 2008). Il criterio del vuoto è stato per diverso tempo studiato in maniera solo marginale, e solo recentemente sta ricevendo una discreta attenzione.

Alle radici di questo apparente disinteresse non c’è di certo la scarsa rilevanza clinica, quanto piuttosto una serie di motivazioni che hanno reso lo studio di questo costrutto molto complesso. Il problema principale sta di certo nella difficoltà del trovare una definizione operativa che permetta di orientare gli sforzi dal punto di vista della ricerca empirica e, di conseguenza, della comprensione clinica. La mancanza di una definizione operativa però dipende da diversi fattori. In primo luogo, la letteratura a partire dalla metà degli anni ’70 ha prodotto contributi sul tema del vuoto in ordine sparso, non provvedendo ad una sistematizzazione del costrutto. La maggior parte dei lavori arriva da autori di indirizzo psicodinamico, che hanno trattato il senso di vuoto in maniera diversa a seconda dell’obiettivo del lavoro. In alcuni lavori il senso di vuoto viene considerato un’emozione, in altri lavori si parla di vuoto come sintomo, e in altri lavori ancora si considera il vuoto come un meccanismo

di difesa (Peteet, 2011). Vi è poi tutto un altro filone, non di pertinenza clinica, che considera il vuoto come uno stato esistenziale; è una visione che appartiene per lo più alle filosofie orientali, per la quale il vuoto non viene considerata come un'esperienza spiacevole ma piuttosto come uno stato piacevole da poter raggiungere, come ad esempio nella meditazione (Jennings 2007).

Tra gli autori psicodinamici, il primo lavoro di rilievo è senza dubbio quello di Otto Kernberg (1975), che nel suo *“Borderline conditions and pathological narcissism”* (Sindromi marginali e narcisismo patologico) dedica un intero paragrafo al senso di vuoto. Nella prospettiva di Kernberg il senso di vuoto è il risultato di una temporanea o permanente perdita della normale relazione tra il sé e gli oggetti (Kernberg, 1975). Questa compromissione di un senso di sé stabile e integrato causa esperienze patologiche e disturbanti che dal punto di vista soggettivo vengono vissute come dominate da senso di vuoto, inutilità, noia e irrequietezza (Kernberg, 1975). La natura soggettiva dell'esperienza dipende dalla sottostante struttura di personalità e dal grado di diffusione di identità (Kernberg, 1975). È proprio quest'ultima infatti a ricoprire un ruolo rilevante nella formulazione di Kernberg, dal momento che tutti i pazienti con diffusione di identità avrebbero il potenziale per sperimentare il senso di vuoto (Kernberg, 1975).

Questa prospettiva è estremamente interessante, anche per le ricadute che ha nei confronti di formulazioni più recenti. Infatti, nell'ipotesi che sia la struttura di personalità a determinare la natura dell'esperienza vi è alla base l'assunto implicito che l'esperienza di vuoto sia diversa a seconda dei disturbi all'interno dei quali si manifesta. Questa differenza nella natura dell'esperienza viene poi ulteriormente specificata dall'autore che descrive l'esperienza di vuoto nei pazienti narcisisti, depressi e schizoidi, evidenziandone la differente qualità a seconda della diagnosi (Kernberg, 1975). Si tratta di una teorizzazione preziosa dal punto di vista clinico, poiché implica il fatto che l'esperienza di vuoto può essere vista come un fenomeno transdiagnostico (D'Agostino, Pepi, Rossi Monti, & Starcevic, 2020; D'Agostino, Pepi, Rossi Monti, Starcevic, & Price, 2021; Price, Mahler, & Hopwood, 2020), che può variare per intensità, durata e qualità a seconda della diagnosi all'interno del quale si manifesta.

Purtroppo, non c'è in Kernberg un tentativo di definizione operazionalizzata, ma la descrizione di un'esperienza affettiva complessa, che è estremamente utile dal punto di vista clinico, ma poco spendibile nel campo della ricerca. Kernberg non è stato l'unico autore ad aver concettualizzato il senso di vuoto appunto come un'esperienza emotiva. Singer (1977b, 1977a) affronta sempre dal punto di vista psicodinamico il senso di vuoto, evidenziandone il rapporto con la psicopatologia borderline e narcisista. Singer (1977b, 1977a) descrive come l'esperienza

di vuoto possa essere considerata un'esperienza affettiva sulla base della teoria di Brenner (1974), che descrive quali sono gli elementi che definiscono un affetto. Dal punto di vista del senso di vuoto questi elementi sono due: 1) l'esperienza reale e concreta di vuoto, 2) la struttura della mente con associate fantasie. Questi elementi fanno sì che l'esperienza di vuoto possa essere considerata uno stato affettivo.

Anche Levy (1984) segue questo filone relativo alla comprensione del vuoto come esperienza affettiva complessa, sistematizzando un elemento già avanzato da Kernberg, ovvero quello della durata. Per Kernberg l'elemento della durata differenzia il vuoto in pazienti con un'organizzazione di personalità nevrotica, in cui il senso di vuoto è tendenzialmente fluttuante e in netto contrasto con l'esperienza usuale, da pazienti con organizzazione di personalità borderline, che tendono a sperimentare dei sentimenti cronici (Kernberg, 1975). Levy (1984), pur non facendo riferimento alla sottostante struttura di personalità, descrive come il senso di vuoto può essere episodico, fluttuante o cronico. Le formulazioni di Singer e Levy seguono la scia del lavoro di Kernberg, e aiutano a comprendere la natura del senso di vuoto identificando questa esperienza come una complessa esperienza affettiva, ma non contribuiscono direttamente ad una definizione (D'Agostino et al., 2020).

Altri autori psicodinamici hanno concettualizzato il vuoto sulla base di un altro punto di vista, ovvero come un meccanismo di difesa. Lafarge (1989) parlando del senso di vuoto nei pazienti borderline sostiene come questo senso possa essere considerato a tutti gli effetti una modalità difensiva nei confronti della regressione verso stati psicotici. La modalità difensiva secondo l'autrice è evidente sulla base dell'indifferenza che prova il paziente di fronte all'elevato grado di disturbo dell'esperienza soggettiva, e nel tentativo di far colludere l'analista con una visione del mondo caratterizzata dallo svuotamento di affetti e significato (Lafarge, 1989). La comprensione del senso di vuoto come operazione difensiva è avanzata non solo da autori di matrice psicodinamica, ma può essere rintracciata anche in alcune formulazioni di autori di indirizzo cognitivo-comportamentale (Didonna & Gonzalez, 2009; Herron & Sani, 2021). Ad esempio, Marsha Linehan (1993) ritiene che una delle modalità che usano i pazienti borderline per la regolazione affettiva sia proprio quella di sforzarsi di non sentire, ovvero creare quella che Semerari (2003) chiama "anestesia emotiva".

Resta poi da trattare il senso di vuoto come sintomo. Questa è la visione che appartiene prevalentemente a formulazioni legate al DSM-5 (APA, 2013) e, di conseguenza, alla ricerca empirica sui criteri del BPD. Sempre seguendo un andamento "a macchia di leopardo", diversi autori si sono occupati del senso di vuoto come sintomo, indagandone ad esempio la relazione con altri stati affettivi prima e dopo comportamenti autolesivi e suicidari (Blasco-Fontecilla,

Baca-García, Courtet, García Nieto, & De Leon, 2015; Blasco-Fontecilla et al., 2013; Klonsky, 2008), con la depressione (Westen et al., 1992) o con indici di funzionamento psicosociale (Ellison, Rosenstein, Chelminski, Dalrymple, & Zimmerman, 2016), oppure all'interno di modelli complessi come la network analysis, per confrontare le relazioni tra sintomi in pazienti con BPD giovani e anziani (Peckham et al., 2020). Si tratta di lavori il cui obiettivo è quello di mettere in evidenza le relazioni tra sintomi, senza occuparsi nello specifico di comprendere e definire questo stato affettivo.

Anche dalla tradizione fenomenologica arrivano contributi che concettualizzano il senso di vuoto come un sintomo. In particolare Peteet (2011) sostiene che siano tre gli aspetti fondanti il senso di vuoto: 1) un aspetto soggettivo, 2) un aspetto oggettivo, 3) un aspetto esistenziale. Mentre l'elemento esistenziale fa riferimento ad una "qualità spirituale", e l'elemento oggettivo si riferisce a situazioni in cui c'è una oggettiva perdita (ad esempio nel lutto), l'aspetto soggettivo del senso di vuoto fa riferimento ad una percezione distorta derivante da un disturbo mentale, come nel caso della depressione che impone ai pazienti di vedere il mondo attraverso "lenti scure" (Peteet, 2011, p. 559). All'interno di questo insieme di ricerche si rintracciano due eccezioni, ovvero due lavori di ricerca che hanno tentato di fornire, almeno parzialmente, una definizione operativa del senso di vuoto. La prima definizione è stata formulata da Rallis e collaboratori (2012) che definiscono il senso di vuoto come uno stato di "bassa affettività positiva, che si accompagna a descrizione di mancanza di sentimenti/sensazioni, e mancanza di scopo o sostanza" (p. 288). L'altra definizione è quella fornita dal gruppo di Price e collaboratori (2020) che definiscono il senso di vuoto come "uno stato di profonda vacuità in cui l'individuo si sente primo di realizzazione e di connessione con il mondo esterno" (p. 1). Questa ultima formulazione è particolarmente rilevante perché è alla base di uno strumento, messo a punto dagli stessi autori, per la valutazione self-report dell'esperienza soggettiva di vuoto (Price et al., 2020; cfr. paragrafo 1.4).

Questo rapido excursus della letteratura evidenzia sicuramente come non ci sia una convergenza, ancora prima che sulla definizione in sé del fenomeno, sulla vera e propria natura del costrutto, ovvero se si tratti di un'esperienza affettiva, di un sintomo che può essere "spuntato" in termini di presenza/assenza, o se sia una complessa operazione difensiva. È probabile invece, al di là dei singoli contributi, che il senso di vuoto non possa essere ridotto ad una singola concettualizzazione, ma che sia un'esperienza complessa che comprende tutte le formulazioni presentate precedentemente. Si potrebbe sostenere a questo proposito che sia corretto parlare anche di "esperienza di vuoto", a voler sottolineare come si tratti di

un'esperienza a tutto tondo, che va ad intaccare diversi aspetti della vita e della modalità di funzionamento dei pazienti (e non solo).

A sostegno della visione del vuoto come esperienza complessa e multideterminata c'è un altro elemento, che è a sua volta intrinsecamente legato alla difficoltà a definire un'esperienza che per sua stessa natura è caratterizzata dall'assenza di qualcosa, e questo elemento riguarda il modo in cui i pazienti descrivono l'esperienza di vuoto. Didonna e Gonzalez (2009) in un lavoro sul vuoto e mindfulness, aprono il loro capitolo sostenendo che “è molto facile trovare il sentimento di vuoto nella clinica, mentre è più difficile trovare due persone che descrivono questo sentimento nello stesso modo” (p. 125). Partendo dalle descrizioni dei pazienti, diversi autori sottolineano come sotto il cappello del “vuoto” ci siano poi effettivamente diversi modi di sentire e descrivere che cosa si sta provando. Elsner, Broadbear e Rao (2018) in un articolo sulla significatività clinica del sentimento cronico di vuoto identificano in questa caratteristica uno dei limiti alla comprensione clinica del fenomeno, sottolineando come gli strumenti di valutazione e quelli di classificazione falliscano proprio nel non riconoscere diversi aspetti che compongono l'esperienza di vuoto.

Secondo gli autori, gli aspetti dell'esperienza sono sostanzialmente due: a) aspetti somatici dell'esperienza che fanno riferimento a sensazioni come sentire un “buco”, fisicamente collocabili in uno spazio corporeo, e che vengono descritti dai pazienti con frasi come “mi sento scavato, come un guscio” (Elsner et al., 2018, p. 89) o “mi sento come un uovo senza il tuorlo” (Elsner et al., 2018, p. 89); b) aspetti esistenziali relativi ad esempio alla sensazione di essere inutili, e descritti da frasi come “una angoscia esistenziale, senza scopo e senza senso” (Elsner et al., 2018, p. 89). Questo degli autori è il primo tentativo di isolare gli aspetti che compongono l'esperienza di vuoto a partire dalle descrizioni dei pazienti. Altri autori hanno utilizzato questo approccio basato sulle descrizioni per isolare le componenti dell'esperienza di vuoto e utilizzarle per arrivare ad una definizione operativa che sia però anche basata su una prospettiva in prima persona. In questo senso un lavoro mirabile è lo studio qualitativo di Herron e Sani (2021).

Gli autori partono dalla critica ai modelli teorici che tentano di comprendere quali sono i meccanismi psicologici alla base del senso di vuoto, ma che tralasciano un altro elemento fondamentale, cioè il tentativo di comprendere *come è sentirsi vuoti*. Per capire questo, gli autori hanno raccolto le risposte alla domanda “cosa significa per te sentirti vuoto” in un campione composta da soggetti clinici e non clinici, e, tramite l'analisi tematica, ovvero una specifica tecnica per l'analisi qualitativa delle risposte, sono stati in grado di identificare nove temi, che possono essere visti come le componenti costituenti l'esperienza di vuoto in prima

persona, questi temi a loro volta potevano essere raggruppati in tre domini esistenziali (Herron & Sani, 2021, per una descrizione dei resoconti dei pazienti cfr. tab 1). Il primo dominio è quello *affettivo, legato all'azione e del sé corporeo* e include cinque temi: intorpidimento emotivo, mancanza di senso/scopo, agire meccanicamente, sentimenti fisici/corporei, essere vuoto/a dentro; si tratta di un dominio che ha a che fare con l'interruzione della vita affettiva, del senso di *agency* e delle sensazioni corporee (Herron & Sani, 2021). Il secondo dominio è chiamato *sé e altri* e include tre temi: inutilità, disconnessione dagli altri, invisibile e oggettivato/a; questo dominio fa riferimento al senso di vuoto in relazione alle altre persone (Herron & Sani, 2021). L'ultimo dominio è relativo al *sé e mondo esterno* e include solamente il tema del distacco dal mondo. Questo dominio fa riferimento al senso di vuoto in funzione del rapporto con il mondo circostante, non solo dal punto di vista delle relazioni ma anche rispetto all'interazione con aspetti del mondo impersonali (Herron & Sani, 2021).

Queste componenti costitutive dell'esperienza di vuoto sono state utilizzate dagli autori per mettere a punto una definizione operativa dell'esperienza di vuoto. Secondo gli autori il senso di vuoto può essere definito come: “(il) sentire che si sta attraversando la vita in modo meccanico, privo di emozioni e scopo, e per questo si è svuotati, con un senso di vuoto che spesso si sente fisicamente sotto forma di un disagio al petto. A questo si accompagna la sensazione di essere disconnessi dagli altri, in qualche modo invisibili agli altri, e incapaci di contribuire a un mondo che rimane lo stesso, ma dal quale si è lontani e distaccati” (Herron & Sani, 2021, p. 5).

Il lavoro condotto dagli autori ha un enorme valore dal punto di vista della comprensione del costrutto. In primo luogo, il fatto di aver incluso sia partecipanti con disturbi mentali molto diversi tra loro che partecipanti non appartenenti ad un gruppo clinico permette di evidenziare come l'esperienza di vuoto sia un costrutto effettivamente transdiagnostico, ma anche un'esperienza che riguarda le persone senza disturbi mentali (D'Agostino et al., 2020, 2021; Price et al., 2020). In secondo luogo, la definizione che propongono gli autori non è una definizione basata su speculazioni teoriche ma è invece ancorata al modo in cui i pazienti sentono e sperimentano il senso di vuoto. Infine, la possibilità di aver individuato delle “componenti” dell'esperienza di vuoto è un elemento di estrema rilevanza se si vuole affrontare il problema dal punto di vista della misurazione empirica, e questa divisione in domini dovrebbe essere un elemento da tenere in considerazione nella progettazione di uno strumento per l'*assessment* (cfr. paragrafo 1.4).

Tabella 1. Esempi di descrizione dell'esperienza di vuoto (adattato da Herron & Sani, 2021).

Domini e temi	Descrizione
Affettivo, legato all'azione e del sé corporeo	
Intorpidimento emotivo	“Come se tutti i miei sentimenti fossero spenti, le cose accadono e io so che logicamente dovrebbero farmi sentire in un certo modo, ma a dire il vero non sento nulla”
Mancanza di senso/scopo	“Senti che non c'è niente nella tua vita che abbia valore [...], anche se ci sono tante cose di valore come la famiglia e gli amici”
Agire meccanicamente	“Attraversi semplicemente i movimenti della vita di tutti i giorni nella speranza che qualcosa ricominci a sembrare come se contasse veramente di nuovo”
Sentimenti fisici/corporei	“È come se ci fosse un grande buco nel mio petto [...], e sembra come se succhiaste tutta la vita e l'energia fuori da te”
Essere vuoto/a dentro	“Mi sembra di essere come una brocca senza fondo che non può essere riempita, e non importa cosa viene messo dentro [...], non può essere riempita
Sé e altri	
Inutilità	“So che ci sono persone che tengono a me, ma sono sopraffatto da pensieri irrealistici e intrusivi che mi dicono che la loro vita non sarebbe diversa con o senza me”
Disconnessione dagli altri	“Un senso di alterità e di separazione dalla società
Invisibile e oggettivato/a	“[...] la percezione di essere visto dagli altri come uno strumento o un dizionario e niente di più”
Sé e mondo esterno	
Distacco dal mondo	“Sentirsi vuoti è come guardare il mondo e la propria vita andare avanti, ma si è incastrati in una bolla, e anche se pensi di dover uscire dalla bolla e unirti al mondo, non hai la motivazione a farlo”

Nota. La traduzione si intende a mia cura.

Un altro elemento che emerge da questo lavoro secondo gli autori è l'evidenza che il senso di vuoto non assume forme diverse sulla base della psicopatologia sottostante, o per dirla

in altri termini, non ci sono diverse forme di vuoto per diversi disturbi. Questo elemento è in parte in contraddizione con quanto detto da Kernberg (1975), secondo cui le manifestazioni del senso di vuoto variano per intensità e qualità sulla base della psicopatologia sottostante. Si tratta di un tema, quello dell'espressione del senso di vuoto nel contesto di altri disturbi mentali, ampiamente dibattuto, in cui le posizioni di alcuni lavori talvolta sono in netto contrasto con altre (cfr. paragrafo 1.3).

Il lavoro di Herron e Sani (2021) non è l'unico lavoro qualitativo che cerca di fare chiarezza su che cosa significhi sentirsi vuoti. Anche Miller e collaboratori (Miller, Townsend, & Grenyer, 2021), hanno progettato uno studio qualitativo il cui obiettivo è quello di indagare *come* è sentirsi vuoti. La differenza con lo studio precedente sta nel fatto che gli autori non prendono in considerazione pazienti con diagnosi diverse, ma cercano di comprendere l'esperienza dal punto di vista fenomenologico del senso di vuoto cronico dei pazienti con BPD (Miller et al., 2021). Gli autori non cercano di mettere a punto una definizione operativa, ma cercano di comprendere la natura dell'esperienza e quelli che sono i correlati, in termini di stati affettivi, cognizioni e pensieri (Miller et al., 2021). Nonostante questo, l'analisi dei resoconti dei pazienti fornisce comunque delle informazioni importanti sulla natura del costrutto e su come questo si manifesti peculiarmente nel BPD. Secondo gli autori il senso di vuoto nel BPD è caratterizzato da un "senso di nullità, intorpidimento e disconnessione del sé dagli altri" (Miller et al., 2021, p. 4; cfr. tabella 2 per resoconti dei pazienti). Un senso di disconnessione, riportano gli autori, che è più spesso relativo al rapporto con gli altri rispetto a sé stessi (Miller et al., 2021), sottolineando la possibile presenza di un aspetto prevalentemente relazionale relativo al senso di vuoto nella psicopatologia BPD.

Tabella 2. Esempi di descrizione del senso di vuoto in pazienti BPD (adattato da Miller et al., 2021)

"Sentirsi vuoti è come un giorno in cui il cielo è nuvoloso, è come un brivido nel vento. Non puoi scaldarti, non puoi trovare un punto caldo e piacevole dove andare [...] sei all'aperto ed è costantemente freddo"

"È come essere molto robotici e molto... come se non avessi significato o scopo"

"È come un buco nero... immagino sia come affogare"

"È come il vento dentro ad una leggera lattina... e tu sei la lattina"

"Immagino sia come una piscina vuota e depressa. Come una vera e propria piscina con poca acqua e moltissima muffa"

Nota. Ai partecipanti veniva chiesto di descrivere il vuoto con una metafora, la traduzione si intende a mia cura

La ricerca, oltre agli esempi riportati di descrizioni, fornisce ulteriori elementi di arricchimento alla comprensione del costrutto. In primo luogo, è stato ribadito più volte quanto il fenomeno del vuoto sia un fenomeno estremamente difficile da descrivere, e questa difficoltà trova un diretto riscontro in quelle che sono le parole dei pazienti, che sostengono come sia difficile trovare un modo per descriverlo (Miller et al., 2021). Oltre alla difficoltà nella descrizione, i pazienti riferiscono che una delle caratteristiche che in qualche modo differenzia questa da altre esperienze affettive simili (come noia e solitudine) è sostanzialmente la mancata tendenza ad una risoluzione spontanea. La natura cronica dell'esperienza non fa sì che venga percepita dai pazienti come uno stato che può ridimensionarsi da un momento all'altro, ma più come un sottofondo (Miller et al., 2021).

Anche questo lavoro è prezioso dal punto di vista della comprensione clinica e teorica del costrutto. Purtroppo, le descrizioni non sono state utilizzate dagli autori per convergere verso una definizione operativa, ma è un lavoro comunque ricco di spunti. In particolare, l'analisi indica come nel BPD il senso di vuoto sia per lo più caratterizzato da aspetti di natura relazionale, e non si rilevano nelle descrizioni elementi di natura fisica/corporea/somatica, come invece erano evidenti nelle formulazioni di Herron e Sani (2021) e di Elsner e collaboratori (2018). Questa evidenza contraddice in parte quanto sottolineato prima in merito al lavoro di Herron e Sani (2021), secondo cui il senso di vuoto non assume forme diverse a seconda della psicopatologia sottostante. La sensazione è che i due risultati non siano in realtà in netto contrasto, quanto piuttosto riflettano due facce della stessa medaglia. È probabile che l'esperienza di vuoto sia un'esperienza composta da un substrato comune (D'Agostino et al., 2020, 2021; Price et al., 2020) e da sottodimensioni che assumono rilevanza diversa a seconda della psicopatologia sottostante.

Le ricerche qualitative presentate (Herron & Sani, 2021; Miller et al., 2021), insieme alle definizioni proposte da Price e collaboratori (2020) e Rallis e collaboratori (Rallis et al., 2012), affrontano tutte il tema delle descrizioni e/o definizioni del senso di vuoto. Pur partendo da prospettive teoriche molto diverse (così come lo sono gli obiettivi di ogni lavoro), molti elementi sono in comune e possono essere presi a riferimento nel tentativo di delineare le caratteristiche generali dell'esperienza di vuoto. Va sottolineato anzitutto come il senso di vuoto viene concettualizzato come un'esperienza affettiva spiacevole, descritta con termini che fanno riferimento all'assenza di sentimenti, scopo, sostanza o soddisfazione. Si tratta inoltre di un'esperienza in cui ha un peso decisivo la componente soggettiva, per cui ogni individuo tende a sperimentare questo sentimento in modi peculiari, ed è per questo che ogni tentativo di definizione è inevitabilmente una operazione di riduzione, in quanto non è in grado di cogliere

le varie sfumature di individualità, anche se dall'altro lato una definizione è necessaria e deve sforzarsi di racchiudere almeno gli elementi generali.

D'Agostino e collaboratori (2020) in una review sul tema hanno tentato di isolare quelli che possono essere considerati “ingredienti chiave” dell'esperienza di vuoto. Il primo ingrediente è quello della complessità. Il senso di vuoto è un'esperienza complessa, difficile da descrivere per i pazienti, e che porta con sé un corollario di stati affettivi che sono peraltro altamente variabili da persona a persona. Il secondo ingrediente è quello della valenza negativa. Invariabilmente dal punto di vista clinico il senso di vuoto è un'esperienza spiacevole, che non è inoltre caratterizzata dalla tendenza alla riduzione e si accompagna ad un generale peggioramento del funzionamento (Miller et al., 2021). Infine, il terzo ingrediente è relativo alla multidimensionalità. Ci sono diversi elementi che costituiscono l'esperienza e che sono variabili a seconda della metodologia di raggruppamento di queste dimensioni. D'Agostino e collaboratori (2020) propongono un raggruppamento che è trasversale a tutte le concettualizzazioni, e sostengono che l'esperienza di vuoto sia caratterizzata da una componente fisica/corporea, una componente di solitudine/isolamento sociale e una componente di insoddisfazione e mancanza di scopo (D'Agostino et al., 2020). Queste componenti sono, in un modo o nell'altro, presenti in tutte le concettualizzazioni, pur con delle differenze. In generale è opportuno considerare il senso di vuoto come avente due livelli di significato contemporanei: un livello interpersonale e un livello interno al sé.

1.2 Senso di vuoto e stati affettivi

Un ulteriore elemento di difficoltà nel tentare di comprendere a fondo l'esperienza di vuoto è che si presenta comunemente insieme altri stati affettivi, ed è difficile tracciare dei confini netti per separare queste esperienze (D'Agostino et al., 2020; Miller et al., 2021). Il senso di vuoto è associato a (o presente in concomitanza con): disforia (Korner, Gerull, Meares, & Stevenson, 2008; Rossi Monti & D'Agostino, 2018), noia (Kernberg, 1975; Masland, Shah, & Choi-Kain, 2020), solitudine (Kernberg, 1975), intorpidimento (Brown, 2013). Una “diagnosi differenziale” tra questi stati affettivi, effettuata tramite l'analisi della letteratura, può aiutare a delineare ulteriormente quelli che sono i confini dell'esperienza di vuoto.

1.2.1 Senso di vuoto e disforia

Il termine disforia viene generalmente usato come sinonimo di tristezza o per indicare forme sottosoglia di depressione (D'Agostino, Manganelli, Aportone, Rossi Monti, &

Starcevic, 2016). In accordo con la tradizione fenomenologica invece la disforia viene concettualizzata come un “terzo polo affettivo” (D’Agostino et al., 2020). Così come per il vuoto, anche definire la disforia non è un’operazione semplice, anche sulla base dei diversi significati che il termine assume in base alla cornice teorica di riferimento. Berner, Musalek e Walter (1987), proprio rifacendosi alla tradizione fenomenologica, definiscono la disforia come uno stato spiacevole, caratterizzato da tensione, irritabilità, ostilità e predisposizione all’acting-out aggressivo. Starcevic (2007) più recentemente definisce la disforia come uno stato emotivo complesso, caratterizzato da scontentezza, infelicità e un senso di fallimento, sconfitta o la sensazione di essere sopraffatti, con sentimenti negativi che sono sperimentati in modo interpersonale e con una predominanza di modalità esternalizzanti di gestire questi sentimenti. In particolare, questa definizione evidenzia alcune caratteristiche in comune con gli ingredienti chiave dell’esperienza di vuoto, in particolare la valenza negativa e la complessità dello stato affettivo. E infatti vuoto e disforia appaiono spesso in concomitanza, soprattutto in relazione al BPD.

Recentemente la disforia è stata concettualizzata come l’*emotional core* della psicopatologia borderline (Stanghellini et al., 2019), e in questo ha il suo peso anche il senso di vuoto. Korner (2008) in un suo articolo dall’eloquente titolo “*the nothing that is something*” (“Il niente che è qualcosa”) sottolinea come “l’esperienza disforica del paziente BPD è una delle caratteristiche chiave del disturbo” (p. 380); la realtà di tutti i giorni per questi pazienti è un “nucleo affettivo” caratterizzato da livelli intensi di disforia e senso di vuoto, che si accompagnano ad una elevata sensibilità interpersonale (Korner et al., 2008). Ma come sono effettivamente in relazione queste due esperienze? E soprattutto, è possibile distinguerle le componenti di questo nucleo affettivo? Per rispondere a queste domande è necessario entrare nel vivo della psicopatologia borderline e comprendere come la disforia può essere in grado di determinarne l’espressione.

Rossi Monti e Stanghellini (1996) considerano la disforia come un organizzatore psicopatologico, ovvero una cornice di riferimento che ha lo scopo di conferire significato ad una serie di manifestazioni molto eterogenee di uno specifico fenomeno clinico. In questa cornice di riferimento la disforia diventa dunque un vero e proprio processo che struttura l’esperienza del paziente BPD, secondo diversi percorsi psicopatologici che riguardano sia l’esperienza vissuta sia l’organizzazione dei sintomi (Rossi Monti & D’Agostino, 2018). Questi percorsi sono essenzialmente due. Il primo percorso fa riferimento alla disforia di base (“*background dysphoria*”) che corrisponde all’esperienza descritta nella definizione fornita da Starcevic (2007), ovvero uno stato spiacevole, negativo, oppressivo e caratterizzato da un misto

di tensione, irritazione, scontentezza e infelicità. Questa disforia di base tuttavia non esiste in quanto entità a se stante ma ha una natura relazionale, per questo il percorso della disforia di base si intreccia con un'altra caratteristica del BPD, ovvero una disposizione interpersonale negativa (Rossi Monti & D'Agostino, 2018). In determinate condizioni la disforia di base e la disposizione interpersonale negativa si compattano insieme dando il via al secondo percorso della disforia, che è caratterizzato da una specifica condizione definita disforia situazionale (Rossi Monti & D'Agostino, 2018).

Il percorso della disforia situazionale ha a che fare con il qui ed ora dell'esperienza del BPD e si caratterizza per uno stato di pressione, urgenza e quasi-esplosione che è estremamente dipendente da variabili interpersonali/ambientali (Rossi Monti & D'Agostino, 2018). Ed è qui che entra in gioco l'esperienza di vuoto. La necessità di trovare una fuga, all'interno del percorso della disforia situazionale, può prendere due vie: una via organizzante e una via disorganizzante (D'Agostino et al., 2020). Nella via organizzante la disforia si organizza, appunto, in rabbia, che ha diverse funzioni: cancellare la fonte di irritazione, rimuovere l'ostacolo della gratificazione e ristabilire un senso di autonomia a fronte di una situazione frustrante (Rossi Monti & D'Agostino, 2018). Nella via disorganizzante invece la disforia situazionale risulta in uno stato di disorganizzazione e confusione rispetto all'identità personale, caratterizzato appunto da senso di vuoto, diffusione di identità, mancanza di sostanza e inautenticità (Rossi Monti & D'Agostino, 2018).

Da questa prospettiva appare dunque chiaro che il senso di vuoto e la disforia non sono esperienze che occorrono in concomitanza. Piuttosto, nell'identificare la disforia come un percorso, il senso di vuoto è una possibilità lungo questa strada. La disforia, quindi, può essere considerata come uno stato emozionale più ampio che racchiude a sua volta il senso di vuoto, che si configura come uno delle possibili vie d'uscita. In sostanza il senso di vuoto potrebbe essere una delle manifestazioni esterne della disforia.

1.2.2 Senso di vuoto e noia

Si può dire che la relazione tra senso di vuoto e noia sia "di lunga data". Questo perché queste due esperienze sono state a lungo considerate all'interno dello stesso criterio per la diagnosi di disturbo borderline di personalità, e lo sono state fino al DSM-III (APA, 1980). Con l'introduzione del DSM-IV (APA, 1994) la noia è stata scorporata dal criterio, sulla base di alcuni dati che indicavano come questa fosse meno discriminante rispetto al vuoto per la diagnosi del BPD (D'Agostino et al., 2020; Klonsky, 2008; Widiger, Mangine, & Corbitt, 1995). In realtà alcuni lavori criticano questa scelta, perché presa sulla base di dati empirici

troppo modesti per giustificare un così grande cambiamento a livello diagnostico (Masland et al., 2020). Tuttavia, non ci sono dubbi sul fatto che vuoto e noia sono costrutti simili ma non la stessa cosa, anche se poche ricerche hanno tentato di differenziare questo tipo di relazione (Masland et al., 2020).

Uno sguardo alle definizioni fornite dalla letteratura può aiutare a fare chiarezza sul tipo di esperienze di cui stiamo parlando. Una delle definizioni più utilizzate in letteratura è stata proposta da Eastwood, Frischen, Fenske e Smilek (2012) che definiscono la noia come “uno stato spiacevole di desiderio, senza essere in grado, di intraprendere azioni soddisfacenti” (p. 482). Gli autori poi entrano ulteriormente all’interno del costrutto, specificando come si tratti di un’esperienza complessa e non unitaria. Ci sono diversi tipi di noia, una noia legata alla situazione (*situation-based boredom*) in cui è la situazione stessa che ha in sé le caratteristiche per suscitare noia; e poi c’è il tipo di noia che viene definita come una caratteristica dell’individuo (*person-based boredom*), nel senso che alcune persone hanno una tendenza ad annoiarsi più frequentemente in una gamma anche molto differente di situazioni (Eastwood et al., 2012). Queste due tipologie di esperienza hanno comunque delle caratteristiche in comune, ovvero un’esperienza caratterizzata da senso di vuoto, irrequietezza, sensazione che il tempo non scorra, e una sequenza di altri stati spiacevoli (Eastwood et al., 2012). Stando a questa concettualizzazione, vuoto e noia vengono sperimentati simultaneamente, indipendentemente dal fatto che lo stato di noia sia *person-based* o *situation-based*. Anche Wijnand, van Tilburg e Igou (2017) sostengono qualcosa di simile, evidenziando che il senso di vuoto si verifica anche all’interno dell’esperienza di noia.

Dunque, se questi stati affettivi compaiono simultaneamente, dove si possono tracciare le differenze? La definizione proposta da Eastwood e collaboratori (2012) ha un elemento centrale, ovvero il fatto che l’esperienza è caratterizzata dal desiderio di un’azione. La differenza risiede proprio in questa caratteristica. Diversi autori hanno affrontato il tema della noia e un elemento ricorrente in questa esperienza è la ricerca di un’azione, di “qualcosa da fare” (Bench & Lench, 2013; Danckert, Hammerschmidt, Marty-Dugas, & Smilek, 2018; Ksinan, Mališ, & Vazsonyi, 2019). Il desiderio di mettersi in azione è proprio l’elemento che potrebbe permettere di differenziare la noia dal vuoto, dal momento che le persone che sperimentano quest’ultima condizione non sono motivate a intraprendere azioni (D’Agostino et al., 2020). In particolare, la ricerca di azione all’interno dell’esperienza di noia è quell’elemento che permette di interrompere lo stato spiacevole (Bench & Lench, 2013; D’Agostino et al., 2020). È importante notare che il sentimento di noia tende a scomparire ogni volta che il soggetto intraprende qualunque tipo di attività, anche se questa porta a sua volta

altri sentimenti spiacevoli. Infatti la noia è associata a diversi comportamenti rischiosi e questo è particolarmente vero per i pazienti borderline (Bench & Lench, 2013; Masland et al., 2020). D'altro canto, il senso di vuoto non tende a risolversi spontaneamente con l'inizio di qualche attività (D'Agostino et al., 2020; Herron & Sani, 2021), motivo per cui non vi è all'interno dell'esperienza desiderio o motivazione. Anzi, più che alle azioni, il senso di vuoto è legato a isolamento sociale (Ellison, Rosenstein, Morgan, & Zimmerman, 2018; Manchola, 2017) e persiste anche dopo che il soggetto prende parte ad attività (Klonsky, 2007a, 2008; Nock & Prinstein, 2004).

1.2.3 Senso di vuoto e solitudine

Un altro stato affettivo in stretta relazione con il senso di vuoto è la solitudine (D'Agostino et al., 2020). Anche il tema della solitudine, dal punto di vista della psicologia clinica, è complesso perché non è invariabilmente da considerare come uno stato affettivo spiacevole. La lingua inglese ha due termini per indicare la solitudine che stanno ad indicare due tipi di solitudine diverse, e sono estremamente utili per distinguere la solitudine “di interesse clinico” dal resto. I due termini sono *loneliness* e *aleness*. Con *loneliness* si intende la capacità di rimanere da soli in una situazione emotiva sostenuta dalla presenza stabile di un'altra persona, ed è una condizione possibile grazie all'internalizzazione della funzione di contenimento originariamente svolta dall'altro (Pazzagli & Rossi Monti, 2000).

Solitudine nel senso di *aleness* invece sta ad indicare l'incapacità di rimanere soli, e si tratta di una esperienza spiacevole che origina appunto dalla mancata internalizzazione del contenimento svolto dall'altro (Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Al di là degli aspetti semantici, si tratta di due esperienze distinte, e dal punto di vista clinico guardiamo con interesse al secondo “tipo” di solitudine, *aleness*, anche se poi nella pratica i termini possono essere usati in maniera intercambiabile, e diverse review teoriche, così come strumenti di misurazione, utilizzano la parola *loneliness* anche per riferirsi ad esperienze spiacevoli (Boffo, Mannarini, & Munari, 2012; Heinrich & Gullone, 2006).

Per quanto riguarda la relazione tra solitudine e senso di vuoto, già Kernberg (1975) aveva collegato le due esperienze all'interno della depressione, sostenendo che il senso di vuoto sperimentato dai pazienti depressi è molto simile al sentimento di solitudine. Nell'ambito del BPD sono Westen e collaboratori (1992) ad accostare le due esperienze. Nel tentativo di differenziare la depressione nel disturbo depressivo maggiore dalla depressione del BPD gli autori descrivono il quest'ultimo tipo di depressione come dominato sia da senso di vuoto che solitudine. Anche Price e collaboratori (2020) nel proporre la loro definizione operativa del

senso di vuoto, all'interno di questa sostengono che il vuoto include l'esperienza di "disconnessione con il mondo esterno" (p. 1).

Ancora una volta, per capire come le esperienze di vuoto e solitudine si differenziano è opportuno riflettere sulla definizione stessa di solitudine. Si intende per solitudine "il senso spiacevole che accompagna la percezione che i bisogni individuali di socializzazione non sono soddisfatti per quantità ma soprattutto per la qualità delle relazioni interpersonali" (Hawkley & Cacioppo, 2010, p. 239). Cacioppo e collaboratori (Cacioppo, Grippo, London, Goossens, & Cacioppo, 2015), in un lavoro sulla rilevanza clinica della solitudine, tentano di specificare meglio questa "discrepanza", sostenendo che questa sia relativa alle preferenze dell'individuo nei confronti delle effettive relazioni sociali. Heinrich e Gullone (2006) invece, riprendono il tema della discrepanza enfatizzando però le caratteristiche emotive di questa esperienza, e sostengono che la solitudine può essere definita come "uno stato spiacevole sperimentato quando esiste una discrepanza tra le relazioni interpersonali che una persona vorrebbe avere e quelle che effettivamente ha" (p. 698).

In particolare, questa ultima definizione può essere utile per tracciare le differenze tra l'esperienza di vuoto e la solitudine. La discrepanza che viene ripresa da tutte le definizioni viene qui ulteriormente specificata, in quanto determinata, secondo gli autori, dalle relazioni che una persona desidera avere (Heinrich & Gullone, 2006). Ed è in questo che risiede la differenza con l'esperienza di vuoto. La solitudine, per quanto esperienza disturbante, ha con sé un elemento di desiderio nei confronti del mondo interpersonale, che si traduce nel forte bisogno di relazioni significative (D'Agostino et al., 2020). Questo desiderio di relazione non è presente nell'esperienza di vuoto, e anzi chi si trova a sperimentare questo tipo di esperienza porta con sé anche la sensazione di essere staccato dal mondo e condannato ad essere solo (D'Agostino et al., 2020). In maniera simile al confronto con la noia, sembra che il senso di vuoto sia fondamentalmente un'esperienza più "statica", mentre la solitudine può in qualche modo trovare una soluzione ed essere alleviata.

1.2.4 Senso di vuoto e intorpidimento

C'è un ultimo stato affettivo che è stato messo in relazione con il senso di vuoto, ed è quello che viene chiamato intorpidimento (*numbness*). Anche l'intorpidimento è uno stato difficile da definire, soprattutto perché il suo significato può far riferimento a diversi fenomeni, ed alcuni non riguardano la sfera affettiva. L'intorpidimento può infatti essere una sensazione fisica, che può essere indotta da anestesia locale o ad esempio immergendo una parte del corpo

in acqua fredda; dal punto di vista affettivo invece può essere considerata come quell'esperienza caratterizzata dal "non sentire niente", spesso utilizzata a scopo difensivo (D'Agostino et al., 2020). Si tratta quest'ultima di una condizione che può anche essere indotta artificialmente, ad esempio con l'abuso di alcool o altre sostanze, il cui scopo ultimo è quello di gestire sensazioni spiacevoli (Didonna & Gonzalez, 2009). Si tratta anche di un'esperienza comune soprattutto nelle prime fasi del processo di elaborazione del lutto, in associazione a sentimenti di perdita e appunto senso di vuoto insieme a negazione dell'evento (D'Agostino et al., 2020; Didonna & Gonzalez, 2009; Hughes, Kinder, & Cooper, 2019).

L'esperienza di "non sentire niente" è dunque comune sia all'esperienza di vuoto che all'esperienza di intorpidimento. Ci sono tuttavia alcune differenze. L'intorpidimento ha spesso una funzione difensiva e ha lo scopo di proteggere l'individuo dal dolore causato da un'esperienza di perdita o stressante. L'individuo però resta consapevole di ciò che dovrebbe o potrebbe provare, e sperimenta anche una vasta gamma di emozioni prima di entrare in questo stato di intorpidimento (Brown, 2013). Il senso di vuoto, in genere, non sembra assolvere a questa funzione difensiva, e soprattutto l'elemento temporale diventa cruciale. L'intorpidimento ha una funzione temporanea, permette al soggetto di non essere travolto dall'impatto emotivo e in genere è un'esperienza che tende a scemare con il tempo, mentre il senso di vuoto solitamente non è di breve durata ed è più pervasivo (Brown, 2013; D'Agostino et al., 2020).

1.3 Senso di vuoto e psicopatologia

Come già accennato precedentemente, il senso di vuoto viene considerato dal punto di vista della nosografia psichiatrica (es. DSM-5) come esclusivamente di pertinenza del BPD. Già Kernberg (1975), però, aveva fatto riferimento alla natura transdiagnostica dell'esperienza, e più recentemente altri autori hanno sottolineato come il senso di vuoto non sia a completo appannaggio del BPD (D'Agostino et al., 2020; Konjusha, Hopwood, Price, Masuhr, & Zimmermann, 2021; Price et al., 2020). Cercando di integrare i contributi della ricerca con le riflessioni teorico-cliniche si cercherà di comprendere come il senso di vuoto si manifesta all'interno di disturbi clinici, come depressione, schizofrenia, comportamenti autolesivi e suicidari e all'interno di disturbi di personalità come il disturbo borderline e narcisistico.

1.3.1 Disturbi clinici

1.3.1.1 Depressione

La riflessione sul senso di vuoto all'interno della depressione è in corso da diverso tempo, tanto che già Kernberg (1975) aveva descritto la co-occorrenza del senso di vuoto nella patologia depressiva sforzandosi di chiarire come questi sono in relazione tra loro. Ad oggi, comunque, il rapporto tra vuoto e depressione è ancora decisamente controverso. Un'analisi della letteratura ci permette di ridurre questa controversia sostanzialmente a due posizioni contrapposte. Da un lato, alcuni autori sostengono che il senso di vuoto sia una componente intrinseca della depressione (Klonsky, 2008; Price et al., 2020; Rhodes, Hackney, & Smith, 2018), dall'altro lato, c'è chi sostiene che la presenza di senso di vuoto in associazione a sintomi depressivi dovrebbero indirizzare la diagnosi verso l'area dei disturbi di personalità, in particolare verso l'area del disturbo borderline (Pazzagli & Rossi Monti, 2000; Westen et al., 1992).

Kernberg (1975) propone una concettualizzazione del senso di vuoto che sostiene l'idea che sia una componente dell'esperienza depressiva, e non solo. Nella sua idea la qualità del senso di vuoto nella depressione è radicalmente diversa da quella che viene rilevata nei disturbi di personalità, in almeno due elementi: la natura dell'esperienza e la durata. Nel descrivere la natura dell'esperienza di vuoto nella "depressione nevrotica cronica", l'autore sottolinea come questa esperienza sia caratterizzata da un senso di perdita di contatto con le altre persone, "che appaiono distanti, non disponibili o meccaniche, e contemporaneamente loro [i pazienti] si sentono alla stessa maniera" (Kernberg, 1975, p. 214). Si tratta di un'esperienza molto simile, come già accennato precedentemente (cfr. paragrafo 1.2.3), alla solitudine, senza però l'elemento di desiderio per la relazione; è presente invece la sensazione che le persone di cui si sente il bisogno, o di cui si sente il bisogno di essere amati, non sembrano al momento disponibili (Kernberg, 1975). Si tratta di un'esperienza diversa da quella che si può rintracciare in altri disturbi di personalità, ad esempio quello narcisista (cfr. paragrafo 1.3.2.2). Un altro elemento chiave è invece quello della durata. I pazienti depressi per Kernberg (1975) descrivono il senso di vuoto come una caratteristica intermittente, in netto contrasto con altri tipi di esperienza soggettiva. Questo è un altro elemento differenziale rispetto al vuoto in altri disturbi di personalità, che invece lo sperimentano in maniera cronica.

Anche altre formulazioni psicodinamiche sostengono che il vuoto sia un elemento intrinseco ad almeno una buona parte delle esperienze di depressione. In riferimento agli stati affettivi degli individui con depressione, Blatt e Levy (2004) propongono la formulazione di due orientamenti psichici, un pattern anaclitico e un pattern introiettivo (Blatt & Levy, 2004; Lingiardi & MacWilliams, 2017). Il pattern introiettivo è caratterizzato in generale da una

tendenza all'autocritica eccessiva, da sentimenti d'inferiorità, di autosvalutazione e colpa; dalla sensazione di avere fallito nel soddisfare le aspettative degli altri e dalla paura di perdere l'approvazione e l'amore da parte di persone significative (Lingiardi & MacWilliams, 2017). Il pattern anaclitico invece si caratterizza per la presenza di sentimenti di disperazione, debolezza, inadeguatezza, sentimenti di colpa nelle relazioni interpersonali, paura di essere abbandonati, isolati, senso di vuoto, vergogna, inadeguatezza (Blatt & Levy, 2004; D'Agostino et al., 2020; Lingiardi & McWilliams, 2017). Seguendo questa prospettiva il senso di vuoto è collegato all'interno della depressione ad un pattern di sensibilità interpersonale, e questo può indicare, in accordo con il DSM-5, la presenza di una "depressione atipica", caratterizzata oltre che dai sintomi chiave del disturbo depressivo maggiore o persistente anche da reattività emozionale, aumento di peso o dell'appetito, ipersonnia, pesantezza e appunto sensibilità interpersonale non limitata agli episodi di disturbo dell'umore (APA, 2013). Il senso di vuoto che è presente nel pattern depressivo analitico potrebbe dunque essere indicativo di una forma di depressione atipica.

Il tema della depressione atipica e del pattern anaclitico però è anche questo controverso perché è stato più volte collegato al disturbo borderline, e soprattutto alle specifiche caratteristiche che la depressione presenta all'interno del BPD, definita da diversi autori "depressione atipica" anche in questo caso (Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Non si parla però qui di depressione atipica nel senso dello specificatore del DSM-5 discusso in precedenza (APA, 2013), ma di una particolare e specifica condizione emotiva, caratterizzata da sentimenti di noia, anedonia, inutilità, vuoto, depressione senza affetto pervasa da irritabilità, disforia, lamentele e accessi di rabbia occasionali (Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Quello che manca in sostanza, relativamente alla depressione non atipica, è quello che viene indicato dalla tradizione psicopatologica come il marker stesso del disturbo, ovvero il sentimento di colpa (Pazzagli & Rossi Monti, 2000).

Alla radice dell'esperienza depressiva del BPD secondo Pazzagli e Rossi Monti (2000) vi è invece la disforia, e come abbiamo visto il senso di vuoto può esserne considerato una delle manifestazioni visibili (D'Agostino et al., 2020; Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Westen e collaboratori (1992) d'altro canto hanno testato empiricamente le differenze tra depressione nel borderline e disturbo depressivo maggiore, sottolineando come delle differenze esistano nella qualità dell'esperienza depressiva e come la depressione del BPD sia caratterizzata da senso di vuoto, solitudine, affettività negativa diffusa, concetto di sé e autostima labile, dipendenza paura dell'abbandono e preoccupazioni interpersonali (cfr. paragrafo 1.3.2.1). Entrambe le posizioni, quella che vede il senso di vuoto come una componente intrinseca, contrapposta a

quella che vede il senso di vuoto e la depressione come dei “marker” relativi alla presenza di disturbi di personalità, restano controverse e necessitano di essere chiarite tramite appositi studi empirici, visto anche l’alto potenziale dal punto di vista diagnostico.

Anche se non sono direttamente indirizzati alla “risoluzione” di questa controversia teorica, ad oggi abbiamo a disposizione diversi studi, sia quantitativi che qualitativi, che sottolineano comunque come il rapporto depressione-senso di vuoto non sia un tema marginale. Klonsky (2008) in un importante lavoro sul senso di vuoto, misurato tramite uno strumento self-report per la diagnosi del disturbo borderline, ha trovato una robusta e significativa correlazione tra senso di vuoto e sia depressione che ansia. L’elemento interessante è che, quando veniva controllata la variabile ansia, la relazione tra vuoto e la variabile depressione restava significativa, mentre quando veniva controllata la variabile depressione, la relazione tra la variabile ansia e il vuoto non era più significativa (Klonsky, 2008). Il gruppo di ricerca di Price e collaboratori (2020) ha indagato la relazione tra senso di vuoto e altre variabili cliniche nell’ambito della validazione di uno strumento per la rilevazione del senso di vuoto (Subjective Emptiness Scale, cfr. paragrafo 1.4 e capitolo 2).

In riferimento alla depressione, gli autori hanno trovato forti correlazioni tra il punteggio della scala sul vuoto e la depressione, in entrambi i campioni da loro considerati (Price et al., 2020); risultati analoghi sono stati trovati nello studio relativo alla validazione della Subjective Emptiness Scale nella popolazione tedesca (Konjusha et al., 2021). In questo ultimo studio in particolare è emerso che nel confronto tra le correlazioni, quella tra vuoto e BPD è risultata significativamente maggiore rispetto a quella con la depressione (Konjusha et al., 2021). Quest’ultimo è sicuramente un risultato di rilievo, ma non aiuta a spostare l’ago della bilancia relativamente alla controversia di cui sopra, dal momento che i risultati potrebbero essere fortemente condizionati dalla metodologia di misurazione sia del senso di vuoto (cfr. capitolo 3) che delle variabili BPD e depressione.

Un ultimo studio molto interessante, questa volta di natura qualitativa, è stato effettuato da Rhodes e colleghi (2018) che hanno indagato l’esperienza di depressione in pazienti con depressione cronica tramite i resoconti dei pazienti, isolando con delle metodologie qualitative i temi rilevanti. Uno dei temi emersi è quello della profondità del senso di vuoto, insieme ad altri due temi: “sensazione episodica di sprofondamento disperato” e “problemi per tutta la vita”. L’elemento interessante relativamente al senso di vuoto è che gli autori sembrano individuare un continuum di gravità in questa esperienza, che va da un estremo meno grave in cui è presente un vero e proprio senso di vuoto come parte dell’esperienza ad un estremo più grave in cui il vuoto diventa più intenso e pervasivo fino a coincidere in parte con l’esperienza

di intorpidimento (cfr. paragrafo 1.2.4) e la sensazione di “uscire dall’esistenza” (Rhodes et al., 2018).

1.3.1.2 Schizofrenia

L’esperienza di vuoto è stata collegata da diversi autori alla schizofrenia, anche se gli studi in questo ambito sono estremamente ridotti (Kernberg, 1975; Laing, 1959; Zandersen & Parnas, 2018). Tuttavia, la carenza di contributi empirici viene in qualche modo compensata dalla presenza di concettualizzazioni provenienti dalla tradizione fenomenologica che aiutano a comprendere la natura dell’esperienza di vuoto, dal momento che evidenze della clinica suggeriscono che questa natura sia profondamente diversa dal tipo di esperienza descritta fino ad ora.

Per comprendere il concetto di vuoto nella schizofrenia è necessario approfondire il concetto di “disincarnazione” (*disembodiment*, Stanghellini, 2009). Secondo Stanghellini (2009) la caratteristica essenziale dell’esperienza schizofrenica è quella di essere “disincarnato”, ed è un qualcosa che riguarda tutti gli aspetti dell’esistenza, dal momento che ad essere disincarnato non è solo il corpo, ma lo sono anche la relazione sé-oggetto e le relazioni interpersonali. Di rilevanza per il discorso della relazione con il senso di vuoto è la disincarnazione del sé. La più chiara espressione che assume l’esistenza schizofrenica come corpo (e sé) disincarnato è la crisi dell’ipseità (Stanghellini, 2009). Si intende per ipseità il senso implicito, preriflessivo, immediato, non concettuale, non oggettivabile e non osservazionale, di esistere come soggetto (Stanghellini, 2009), ovvero una presenza a se stessi primaria rispetto ad ogni altro tipo di esperienza esplicita (Stanghellini, 2009; Stanghellini & Rossi Monti, 2009).

Se l’ipseità dunque è presenza a se stessi e il corpo disincarnato espressione della crisi dell’ipseità, l’esperienza dello schizofrenico è connotata da uno specifico sentimento di “perdita di presenza” (Stanghellini, 2009). Questo sentimento può essere caratterizzato da diversi livelli di gravità, secondo l’autore: nei casi meno gravi siamo di fronte al sentimento di essere staccati da sé stessi, dalle proprie azioni ed esperienze, mentre nei casi più severi il sentimento è quello di essere vuoti, scavati, e questo si manifesta nei movimenti, con la sensazione di aver perso il contatto con varie parti del corpo, o la sensazione che alcune parti del corpo abbiano perso la loro massa (Stanghellini, 2009). L’esperienza di vuoto, in questo caso, sembra essere descritta come qualcosa di più concreto e fisicamente localizzato.

A conferma di ciò, c’è un interessante lavoro di Clara Kean (2009), che descrive la schizofrenia come un disturbo del sé, ma partendo dalla sua prospettiva, ovvero quella di paziente affetta da schizofrenia, e nel descrivere la natura delle esperienze in prima persona

fornisce delle descrizioni molto utili a comprendere come il senso di vuoto si declina nella schizofrenia. Descrive così la sua esperienza: “Sono disconnessa, disintegrata, diminuita. Tutto quello che vivo è attraverso una densa nebbia, creata dalla mia mente ma che è anche al di fuori della mia mente. Sento che il mio vero sé mi ha lasciata” (Kean, 2009, p. 1034). L’autrice cerca di descrivere ulteriormente questo stato caratteristico usando la parola inglese *nothingness*, che può essere tradotta in italiano come nullità, inesistenza, insignificanza. Per *nothingness* intende “un senso di vuoto, un vuoto doloroso di esistenza che solo io posso sentire. I miei pensieri, le mie emozioni, le mie azioni, non appartengono più a me.

Questo onnipotente e onnipresente stato di vuoto ha preso il controllo di tutto il resto. Sono come un automa, ma niente funziona dentro di me” (Kean, 2009, p. 1034). Va inoltre specificato, sempre seguendo la visione dell’autrice, che questo stato è qualcosa di qualitativamente diverso dai sintomi clinici, dal momento che questi ultimi vanno e vengono, mentre il senso di *nothingness* è permanente (Kean, 2009). È evidente come l’esperienza che descrive Clara Kean, seguendo anche quanto teorizzato da Stanghellini (2009), ha una dimensione più concreta e pervasiva rispetto a quanto descritto fin qui. Anche nel lavoro di Herron e Sani (2021) diverse descrizioni fanno riferimento a elementi fisici (ad esempio “è come se di fosse un grande buco nel mio petto”), tuttavia quello che colpisce dell’esperienza schizofrenica del vuoto è come questa esperienza sembri concretizzarsi fisicamente e allo stesso tempo prendere il controllo dell’individuo.

Non è solo con questa dimensione così fortemente corporea che si manifesta l’esperienza di vuoto nella schizofrenia. Per tornare al concetto di *disembodiment*, Stanghellini (2009) riporta anche una seconda modalità, ovvero quella in cui non è disincarnato il corpo ma lo spirito. Si tratta di una modalità in cui il paziente schizofrenico sperimenta il proprio corpo e si traduce nella sensazione di vivere la vita come semplici spettatori della propria esistenza, come se “la mente fosse vuota e funzionasse come un plotter o una videocamera” (Stanghellini, 2009, p. 58).

Le formulazioni fin qui riportate sono estremamente rilevanti dal punto di vista clinico, per comprendere a fondo l’esperienza di vuoto del paziente schizofrenico, anche se dal punto di vista empirico questo tema è poco – o per nulla – studiato in maniera sistematica. Tra tanti temi emersi, uno di particolare rilevanza nella prospettiva di studi futuri è quello di comprendere la relazione tra esperienza di vuoto nella schizofrenia e senso di *agency*, ovvero “il sentimento di attività e il senso implicito di essere iniziatore di una data azione o atto psichico” (Stanghellini & Rossi Monti, 2009, p. 300). Un altro interrogativo interessante, non direttamente affrontato dalle formulazioni presentate, è quello della relazione tra esperienza di

vuoto e sintomi negativi della schizofrenia. Questi ultimi sono in qualche modo somiglianti a forme gravi di depressione (con sintomi come anedonia, avolizione e apatia) e potrebbero essere collegati a qualche manifestazione di vuoto (D'Agostino et al., 2020).

1.3.1.3 Autolesionismo e suicidio

Per autolesionismo non suicidario (NSSI) si intende la “distruzione deliberata del proprio tessuto corporeo senza intento suicidario e per scopi non socialmente sanciti” (D'Agostino, Pepi, Aportone, & Rossi Monti, 2018, p. 344; Klonsky, Glenn, Styer, Olino, & Washburn, 2015, p. 231). La strada dell'autolesionismo si è intrecciata diverse volte con il costrutto del vuoto, soprattutto perché uno degli ambiti più prolifici della ricerca sull'autolesionismo ha riguardato la messa a punto di modelli per spiegare le motivazioni alla base dei gesti autolesivi (Claes, Klonsky, & Muehlenkamp, 2010; Klonsky & Glenn, 2009; Klonsky et al., 2015; Nock, 2010; Nock & Prinstein, 2004). Diversi tra questi modelli hanno preso in considerazione, in maniera diretta o indiretta, il costrutto del vuoto, e alcuni hanno anche testato la relazione tramite studi empirici.

Uno dei modelli più accreditati è un modello funzionale il cui scopo è quello di classificare le funzioni e i comportamenti che motivano il comportamento autolesivo e contribuiscono inoltre a mantenerlo nel tempo (Bentley, Nock, & Barlow, 2014; Nock & Prinstein, 2004). Secondo gli autori l'autolesionismo è motivato (e mantenuto) da contingenze che possono essere sociali (rinforzato dagli altri) oppure automatiche (rinforzato da sé stessi); e il rinforzo che si ottiene dal comportamento autolesivo può essere positivo (quando si presenta uno stimolo favorevole) o negativo (quando viene rimosso uno stimolo spiacevole) (Bentley et al., 2014; Nock & Prinstein, 2004). Dall'incrocio di questi due assi (automatico/sociale e positivo/negativo) si possono derivare quattro categorie che aiutano a spiegare le motivazioni alla base del gesto autolesivo. Il rinforzo automatico negativo si riferisce all'uso dell'autolesionismo per ottenere una riduzione di uno stato spiacevole o di stati affettivi negativi; il rinforzo automatico positivo si riferisce all'utilizzo dell'autolesionismo per creare stati affettivi piacevoli; il rinforzo sociale negativo fa riferimento all'uso dell'autolesionismo per evitare obblighi interpersonali (ad esempio una punizione), mentre il rinforzo sociale positivo è utilizzato per ottenere attenzione dagli altri (Nock & Prinstein, 2004).

L'autolesionismo è un costrutto complesso ed è evidente che le motivazioni alla base del gesto possono essere molteplici ed estremamente soggette a variazioni individuali. Il senso di vuoto nella formulazione di Nock e Prinstein (2004) può concorrere al mantenimento dell'autolesionismo sostanzialmente in due modi: un paziente potrebbe essere motivato a

tagliarsi o ferirsi per interrompere il senso di vuoto (rinforzo automatico negativo); un altro paziente invece potrebbe decidere di tagliarsi per “sentire qualcosa”, anche se si tratta di dolore, invece di non sentire niente (rinforzo automatico positivo). Lo stesso risultato, quello di ridurre la sensazione di vuoto, viene ottenuto partendo da motivazioni almeno in parte diverse.

La possibilità che l'autolesionismo contribuisca a ridurre il senso di vuoto è stata testata anche empiricamente da Klonsky (2008), che ha chiesto a un gruppo di pazienti con una storia di NSSI di descrivere quali fossero i loro stati affettivi prima e dopo il comportamento autolesivo. I dati mostrano una riduzione del senso di vuoto, che veniva riportato dal 67% dei partecipanti precedentemente al comportamento autolesivo e dal 47% dei partecipanti in seguito al comportamento autolesivo (Klonsky, 2008). Si tratta assolutamente di risultati interessanti, anche se è evidente che il senso di vuoto può essere considerato una delle motivazioni che porta al gesto autolesivo, non di certo l'unica, dal momento che circa un partecipante su due riportava comunque senso di vuoto dopo il gesto. Sempre in riferimento alle motivazioni che portano all'autolesionismo, Klonsky (2007b) propone una tassonomia di motivazioni che possono spiegare perché le persone si feriscono intenzionalmente.

Le categorie sono sette e sono regolazione affettiva, anti-dissociazione (*feeling generation*), antisuicidaria, confini interpersonali, influenza interpersonale, autopunizione e ricerca di sensazioni (Klonsky, 2007b). In maniera analoga a quanto detto sopra, il senso di vuoto può ricadere all'interno di diverse categorie, a seconda del soggetto. Il senso di vuoto può essere difficile da sopportare e un paziente decide di regolare lo stato affettivo negativo ferendosi (regolazione affettiva) o può decidere di ferirsi per provare qualcosa (anti-dissociazione o *feeling generation*). I modelli per la comprensione della motivazione all'autolesionismo hanno un grosso valore clinico e di ricerca, in riferimento al senso di vuoto però non è facile (né opportuno) trovare un tassello statico in cui inserire questo tipo di fenomeno. È più corretto dire, in assenza di studi sistematici sul tema, che il senso di vuoto è un rilevante elemento di rinforzo per il comportamento autolesivo, anche se non l'unico.

Un altro importante capitolo è quello della relazione con il suicidio. Il senso di vuoto è tradizionalmente considerato un fattore di rilievo nel determinare comportamenti suicidari, anche se sono stati pochissimi gli studi condotti a riguardo (Blasco-Fontecilla et al., 2013), e a dire il vero le poche evidenze a disposizione non sembrano puntare, almeno non del tutto, in una direzione univoca, evidenziando come si tratti di un tema complesso (D'Agostino et al., 2020). Klonsky (2008) riporta come il senso di vuoto abbia una correlazione forte e significativa con l'ideazione suicidaria, e una correlazione relativamente debole con i tentativi di suicidio. Questo suggerisce che il vuoto sia più coinvolto a livello ideativo nel campo del suicidio, e non

è detto che si verifichi una vera e propria progressione ad un tentativo di suicidio o un suicidio completo (D'Agostino et al., 2020). Tuttavia, ci sono anche diverse evidenze che considerano il senso di vuoto un fattore precipitante per il suicidio (Eskin, 2004; Harris, 2003; Hartocollis, 1978; Kramer, 2002). Come è possibile comprendere a fondo questa differenza di risultati? La risposta arriva da un altro studio che ha messo a confronto dati rilevati da operatori sanitari (medici e infermieri) e pazienti che hanno tentato il suicidio proprio sugli stati affettivi immediatamente precedenti il tentativo (Schnyder, Valach, Bichsel, & Michel, 1999). I dati mostrano che dal punto di vista degli operatori sanitari, i fattori precipitanti erano sentimenti di perdita di speranza e disperazione, mentre chi aveva tentato il suicidio riportava come fossero presenti senso di vuoto e disperazione immediatamente prima del gesto (Schnyder et al., 1999).

Non è di certo facile mettere insieme questi dati. Una visione a tutto campo suggerisce che il senso di vuoto sia coinvolto in maniera determinante nell'ambito del suicidio, sia per quanto riguarda l'ideazione, sia per quanto riguarda i tentativi e il suicidio completo. Dal punto di vista predittivo, i clinici non tendono però a considerare il vuoto rilevante, preferendo considerare la perdita di speranza un fattore di maggior rilievo. Anche se perdita di speranza e vuoto sono costrutti simili, la loro capacità predittiva, stando ai dati, sembra essere differente. La perdita di speranza sembra essere un miglior predittore a lungo termine (ad esempio oltre l'anno) (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Cochrane-Brink, Lofchy, & Sakinofsky, 2000), invece il vuoto sembra essere più utile come fattore precipitante, in particolar modo quando si presenta insieme a sentimenti di perdita di significato, rifiuto e isolamento (Eskin, 2004)

1.3.2 Disturbi di personalità

1.3.2.1 Disturbo borderline di personalità

È stato più volte sottolineato come la relazione tra senso di vuoto e disturbi sia generalmente poco studiata. Tuttavia, pur in assenza di una linea di ricerca sistematica, il vuoto nel BPD ha ricevuto relativamente molta attenzione, soprattutto in confronto ad altri disturbi mentali e questo grazie anche alla "spinta" del DSM-5 (APA, 2013) che include il sentimento cronico di vuoto tra i criteri del BPD.

Il senso di vuoto è stato indagato in relazione a diverse dimensioni di rilievo per la psicopatologia BPD. La disforia è sicuramente un aspetto centrale del BPD (Pazzagli & Rossi Monti, 2000; Rossi Monti & D'Agostino, 2018) e diverse formulazioni hanno evidenziato come sia in grado di determinare percorsi che rendono conto di come i sintomi siano organizzati tra

loro e anche di come il paziente strutturi la propria esperienza (Rossi Monti & D'Agostino, 2018). Il senso di vuoto, in relazione alla disforia può essere considerato, come già evidenziato in precedenza (cfr. paragrafo 1.2.1) una manifestazione “osservabile”. Altri autori sostengono invece come disforia e vuoto sarebbero da considerare come componenti di un vero e proprio “nucleo affettivo” insieme ad elevata sensibilità interpersonale (Korner et al., 2008).

Uscendo dalla dimensione affettiva, il senso di vuoto è stato anche descritto in associazione ai fenomeni psicotici transitori tipici del BPD. In questo ambito il senso di vuoto sembra avere quell'accezione “difensiva” descritta in precedenza, perché in particolare sembra utile nel difendere i pazienti contro la regressione verso fenomeni psicotici e nell'evitare quindi un profondo senso di sofferenza soggettiva (Didonna & Gonzalez, 2009; Lafarge, 1989). Tuttavia, questa posizione, per lo più speculativa in assenza di ulteriori studi sul tema, è in conflitto con altre teorizzazioni che suggeriscono come il senso di vuoto sia effettivamente sperimentato dai soggetti durante gli stati psicotici (D'Agostino et al., 2020).

Di nuovo, non è chiaro quale sia il ruolo di questa esperienza in relazione agli episodi psicotici, soprattutto se si tratta di un fenomeno legato direttamente ai sintomi come allucinazioni o deliri, oppure se si tratti di un epifenomeno che si verifica nel corso della psicosi perché caratterizza di per sé gli individui con BPD, e in questo caso la co-occorrenza sarebbe soltanto casuale (D'Agostino et al., 2020). Specifici studi sul tema aiuterebbero a fare chiarezza su questi meccanismi. In relazione alla funzione difensiva del vuoto, questa è stata descritta anche nell'ambito di un altro aspetto della psicopatologia BPD, e non solo in riferimento agli stati psicotici. Il senso di vuoto può fungere da difesa anche nei confronti di stati emotivi spiacevoli e ricordi traumatici, assolvendo ad una funzione molto vicina a quella che svolge la dissociazione (D'Agostino et al., 2020). Uno studio di Rallis e colleghi (2012) ha messo in relazione vuoto e dissociazione, evidenziandone la stretta relazione. La relazione tra trauma e dissociazione nel BPD è stata ampiamente indagata, e sarebbe sicuramente clinicamente rilevante cercare di comprendere quale è il ruolo in questo ambito del senso di vuoto.

Ci sono diversi lavori che hanno coinvolto, in maniera più o meno indiretta, il senso di vuoto nel contesto del BPD. Una serie di studi longitudinali ha permesso di mettere in evidenza perché l'esperienza del vuoto non dovrebbero essere considerati un fenomeno clinico di secondo piano. Zanarini e collaboratori (2016; 2007) hanno studiato l'evoluzione, tramite un disegno di ricerca longitudinale, di ventiquattro sintomi del BPD in pazienti che stavano ricevendo un trattamento. Gli autori hanno descritto due raggruppamenti di sintomi che si differenziano per quanto riguarda il decorso. Il primo gruppo è quello relativo ai sintomi cosiddetti “acuti” e sono instabilità affettiva, pensiero quasi psicotico, grave disturbo

dell'identità, abuso/dipendenza da sostanze, devianza sessuale, autolesionismo, tentativi di suicidio manipolatori, relazioni burrascose, svalutazione/manipolazione/sadismo, richieste eccessive, gravi regressioni terapeutiche e problematiche controtransferali (Zanarini et al., 2016, 2007). Questi sintomi comprendono le manifestazioni più evidenti della psicopatologia borderline, ovvero quelle che più mettono in allarme i clinici, e sono da considerare marker del disturbo (Zanarini et al., 2016, 2007).

Nonostante questo, la loro remissione è relativamente rapida. Oltre ai sintomi acuti gli autori descrivono anche un altro raggruppamento di sintomi, i sintomi temperamentali, che sono i seguenti: depressione cronica/maggiore, sentimenti cronici di perdita di speranza/impotenza, rabbia cronica, ansia cronica, solitudine/vuoto cronici, pensiero strano/esperienze percettive insolite, paranoia non delirante, impulsività generale, intolleranza alla solitudine, preoccupazioni abbandoniche, controdipendenza, dipendenza/masochismo (Zanarini et al., 2016, 2007). Questi sintomi, a differenza di quelli acuti, non sono specifici del BPD e mostrano dei tassi di remissione più lenti, sia dopo 10 (Zanarini et al., 2007) che dopo 16 anni (Zanarini et al., 2016). L'elemento interessante in relazione al senso di vuoto è che questo sintomo, tra tutti i sintomi temperamentali, è quello con il più basso tasso di remissione (Zanarini et al., 2016, 2007). Questo significa che anche dopo molti anni dalla diagnosi, quando le manifestazioni più dirompenti non sono più presenti, il senso di vuoto resta.

Questo elemento ha un impatto sul funzionamento dell'individuo? Hanno provato a capirlo Ellison e collaboratori (2016) indagando la capacità di quattro criteri diagnostici del BPD (impulsività, instabilità affettiva, senso cronico di vuoto, rabbia intensa e inappropriata) nel predire una serie di indici di morbidità psicosociale, allo scopo di determinare la significatività clinica e l'impatto sul funzionamento di questi criteri. Gli indici di morbidità psicosociale presi in considerazione sono diversi e provenienti da diverse fonti osservative, e includono tentativi di suicidio, storia di ospedalizzazioni psichiatriche, disabilità temporanea, numero di altre diagnosi di asse I, punteggio alla *Global Assessment Functioning* (GAF), punteggio alla scala di funzionamento sociale, tempo senza lavoro nel corso degli ultimi 5 anni (Ellison et al., 2016). L'elemento interessante è che mentre gli altri criteri erano in relazione solo con alcuni di questi indici, il senso di vuoto era in associazione con tutti gli indici (Ellison et al., 2016). Questi dati, insieme, puntano verso una unica direzione: il senso di vuoto all'interno del BPD tende ad essere cronico (Zanarini et al., 2016) e associato ad una maggiore gravità del disturbo (D'Agostino et al., 2020; Ellison et al., 2016).

Tutti questi studi aiutano a comprendere quale sia l'impatto del senso di vuoto su dimensioni quali funzionamento generale e anche relativamente al trattamento, non ci dicono

niente su quella che sia l'esperienza in prima persona del paziente borderline. In questo senso, la ricerca di Miller e collaboratori (2021) già presentata (cfr. paragrafo 1.1) è molto utile, perché, oltre a fornire delle descrizioni in prima persona dell'esperienza di vuoto nei pazienti BPD, utilizza queste descrizioni anche per evidenziare le esperienze comuni ai pazienti rispetto al modo di sperimentare il vuoto, insieme a cognizioni, emozioni e comportamenti. Uno dei primi elementi che emerge dall'analisi dei resoconti dei pazienti è che il senso di vuoto è uno stato duraturo, frequente e difficile da alleviare (Miller et al., 2021). Diversi partecipanti riportavano di non sapere più cosa significasse non sentirsi vuoto, ed è difficile identificare strategie che possano alleviare il vuoto a lungo termine (mentre diversi riportavano di aver sviluppato strategie a breve termine) (Miller et al., 2021).

Un altro elemento riguarda il “quando” del senso di vuoto: questo stato si manifesta quando non si è occupati o distratti (Miller et al., 2021). Alcuni pazienti riferiscono che non c'è un evento a fare da *trigger*, “posso semplicemente svegliarmi e sentirmi così” (Miller et al., 2021, p. 5). Altri pazienti riportano che il senso di vuoto emerge quando non si stanno sforzando di connettersi con altre persone vicine a loro, essere impegnati invece può essere utile per evitare di sentire il vuoto, ad esempio essere impegnati in qualche attività lavorativa (Miller et al., 2021). Tuttavia, bisogna sottolineare come diversi pazienti riportano come l'esperienza di vuoto, nel momento in cui è presente, comporta una riduzione della capacità di funzionale. I pazienti descrivono, seppur in modi diversi, la comune sensazione di “non avere molta vita”, di essersi fermati (Miller et al., 2021).

C'è anche un altro aspetto interessante del lavoro di Miller e collaboratori (2021) che, nel tentativo di comprendere cognizioni, emozioni e comportamenti collegati al vuoto, hanno evidenziato due diverse tendenze che possono rendere conto del modo in cui questa esperienza viene vissuta. Da un lato, ci sono pazienti che vivono il vuoto come una esperienza spiacevole, stressante, che desiderano ridurre cercando di “creare” altre sensazioni o tentando di evitare l'esperienza. Altri partecipanti, invece, riportano di usare il vuoto come scelta attiva per tollerare emozioni intense e piacevoli soppiantando attivamente queste emozioni con il nulla (Miller et al., 2021). Per i pazienti che vivono il vuoto come un elemento disturbante, i resoconti riportano diversi tentativi per alleviare il vuoto, concettualizzate dagli autori come meccanismi di coping. Come abbiamo già evidenziato (cfr. paragrafo 1.3.1.3), un modo per generare affetti alternativi al vuoto è mettere in atto comportamenti impulsivi, ad esempio autolesionismo (Bentley et al., 2014; Klonsky et al., 2015; Miller et al., 2021; Nock & Prinstein, 2004) È interessante notare come diversi pazienti che mettono in atto comportamenti disadattivi

riportano spesso di non pensare al fatto che i comportamenti impulsivi possano essere tentativi di alleviare il senso di vuoto (Miller et al., 2021).

C'è poi il tema già in parte trattato della depressione nel BPD. Abbiamo già visto come, stando ad evidenze empiriche e cliniche, l'esperienza di vuoto sembra essere una caratteristica di una atipica forma depressiva, più per qualità che per quantità, che è caratteristica del BPD (Pazzagli & Rossi Monti, 2000; Westen et al., 1992). I resoconti dei pazienti però mettono in parte in crisi questa visione. I partecipanti della ricerca di Miller e collaboratori (2021) infatti riportano che le esperienze di vuoto e depressione sono da considerare due esperienze distinte. La depressione, nella visione dei pazienti, include sentimenti e cognizioni disturbanti, mentre il vuoto è caratterizzato dall'assenza di tutto (Miller et al., 2021). È particolarmente significativa la descrizione di un paziente rispetto a questa differenza: "la depressione è più un pensiero... il vuoto è l'assenza di pensiero" (Miller et al., 2021, p. 6). Inoltre, alcuni pazienti sottolineano come sia più difficile funzionare quando si sentono vuoti rispetto a quando si sentono depressi (Miller et al., 2021). Il tema della depressione nel BPD si rivela ulteriormente spinoso. Certo è che la prospettiva in prima persona fornita dai pazienti aggiunge un tassello ulteriore alla comprensione del fenomeno, e soprattutto evidenzia ancora una volta come l'esperienza di vuoto sia un'esperienza a sé stante, difficilmente comprensibile come un epifenomeno all'interno di un'altra esperienza. Questo vale sia per la depressione che per altri stati affettivi sopra discussi (disforia, solitudine, noia).

1.3.2.2 Disturbo narcisistico di personalità

Il senso di vuoto è stato ampiamente descritto nel disturbo di personalità narcisistico (Kernberg, 1975; Lafarge, 1989; Levy, 1984; Singer, 1977b, 1977a; Svrakic, 1985), anche se questa attenzione è risultata nella produzione di contributi soprattutto teorici, ad opera per lo più di autori psicodinamici, a scapito di lavori empirici.

Uno dei contributi maggiormente di rilievo per comprendere la natura del senso di vuoto nel paziente narcisista è senza dubbio quello di Kernberg (1975). L'autore descrive pazienti con narcisismo patologico che sono caratterizzati dalla presenza di un sé grandioso patologico e un grave deterioramento delle relazioni oggettuali interne (Kernberg, 1975). L'esperienza di vuoto in questi pazienti è in serio contrasto con l'esperienza di vuoto dei pazienti depressi o schizoidi secondo Kernberg, ed è caratterizzata dalla concomitante presenza di noia e irrequietezza. L'origine di questa esperienza sta nell'impossibilità per il paziente narcisista di empatizzare in profondità con le altre persone. La vita sociale diventa solamente l'opportunità, e il mezzo, per ottenere una immediata gratificazione narcisista e un senso di importanza che

però non è duraturo, anzi estremamente labile (Kernberg, 1975). Quando la gratificazione non viene raggiunta, questo mix di vuoto, inquietezza e noia prende il sopravvento (Kernberg, 1975).

Svrakic (1985), qualche anno dopo Kernberg, propone un modello il cui scopo è quello di presentare il funzionamento emotivo del paziente narcisista. L'utilità di questa formulazione sta nella possibilità di individuare diversi livelli all'interno del quale il senso di vuoto si muove. Secondo l'autore, la struttura emotiva globale del paziente narcisista può approssimativamente essere schematizzata in due livelli, che esistono simultaneamente; questi due livelli rappresentano la specifica struttura narcisista, ovvero la presenza di un vero sé e di un sé grandioso (Svrakic, 1985). Il primo livello emotivo è quello più profondo, sostanzialmente nascosto e all'interno del quale si trova la struttura del vero sé. Questo livello si manifesta clinicamente attraverso le emozioni narcisistiche primarie (Svrakic, 1985). Su un piano superficiale invece vediamo il livello secondo livello emotivo, ovvero quello del sé grandioso, dominato dalle emozioni narcisistiche secondarie. (Svrakic, 1985). I livelli, che, come detto, esistono simultaneamente, restano dissociati per via del meccanismo della scissione (in maniera analoga alle strutture del vero sé e del sé grandioso), mentre le emozioni corrispondenti sono qualitativamente diverse e non si manifestano mai contemporaneamente alla coscienza del paziente narcisista (Svrakic, 1985).

Le emozioni narcisistiche primarie sono da considerare come l'affettività di base di questi pazienti e sono generalmente connesse con il vero sé, e sono invidia cronica e intensa, rabbia e aggressione narcisistica, senso di vuoto e noia. Questi sentimenti di vuoto e noia, al livello primario sono miti ma costanti, e di questi il paziente è leggermente (ma costantemente) consapevole (Svrakic, 1985). Tuttavia, accade che il processo di gratificazione narcisista venga interrotto (durante il "periodo di inattività"), ed è in questo momento che viene sperimentata una tipologia diversa di vuoto, che è intenso, disturbante e soverchiante, ed appartiene al mondo delle emozioni narcisistiche secondarie, cioè quelle collegate al sé grandioso (Svrakic, 1985). Si tratta di una teorizzazione questa di Svračić incredibilmente preziosa dal punto di vista clinico.

Seppur sia presente una naturale schematizzazione di esperienze complesse, si tratta comunque di una formulazione che vuole rendere conto della complessità non tanto del mondo emotivo narcisista, quanto delle reazioni emotive che si presentano all'osservazione clinica. Ed in sostanza ci rimanda a due "tipologie differenti di vuoto". Un tipo "cronico", meno disturbante ma sempre presente, ed un tipo di vuoto più acuto, disturbante, ma che tende a risolversi più rapidamente. Si tratta di una visione che andrebbe testata empiricamente, e sarebbe utile

comprendere, qualora la formulazione fosse empiricamente fondata, se questo doppio livello di esperienza può essere rintracciato anche in altri disturbi che presentano senso di vuoto

1.4 Misurare il vuoto: strumenti esistenti e limiti di utilizzo

È stato sottolineato più volte nel corso del capitolo come, a fronte di diverse formulazioni teoriche proposte, manchi ancora uno studio sistematico del costruito del vuoto. Uno dei motivi alla base di ciò risiede nella scarsità di strumenti di *assessment* a disposizione. Mettere a punto uno strumento per misurare il vuoto è qualcosa di difficile, e lo diventa ancora di più se si vuole avere a disposizione uno strumento che colga tutta la complessità del fenomeno. Non avendo una definizione operativa condivisa viene meno di conseguenza la possibilità di tradurre questa definizione in uno strumento. D'altro canto, anche la natura soggettiva dell'esperienza rende ogni tentativo di misurare l'esperienza una operazione di estrema semplificazione. E poi c'è la difficoltà nel misurare qualcosa che per sua stessa natura è l'assenza di qualcosa.

Tutti questi fattori comunque non hanno impedito, soprattutto negli ultimi anni, di mettere a punto degli strumenti, più o meno complessi, che permettessero di rilevare l'esperienza di vuoto. Questi strumenti, seppur con i loro limiti, hanno permesso di spingere in avanti la ricerca sul tema del vuoto. Prima che fossero a disposizione questi strumenti l'unico metodo di *assessment* era quello di usare singoli item, spesso appartenenti a scale o interviste per la diagnosi del BPD (First et al., 2017; Rallis et al., 2012), o al limite sottoscale di strumenti che misurano costrutti più ampi (Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman, & Sirota, 2003). Ad oggi gli strumenti presenti in letteratura per la misurazione del senso di vuoto sono la *Experienced Levels of Emptiness Scale* (ELES, Hazell, 1984), la *Feeling of Emptiness Questionnaire* (Palomares et al., 2020) e la *Subjective Emptiness Scale* (SES, Konjusha et al., 2021; Price et al., 2020).

La scala ESEL è, a nostra conoscenza, la prima scala messa a punto per misurare l'esperienza di vuoto. Tuttavia, per come è stata concepita dagli autori si pone di misurare aspetti esistenziali del senso di vuoto e non è quindi uno strumento permeato da un'ottica clinica. Questa visione è riflessa direttamente nella decisione di includere fondamentalmente un campione non clinico nella validazione della scala (è stato incluso anche un ridotto campione clinico, composto da 5 pazienti psichiatrici) (Hazell, 1984). Un'analisi degli item evidenzia anche che sono contenuti item che fanno riferimento a costrutti sostanzialmente irrilevanti (ad esempio alessitimia e depersonalizzazione). Dal punto di vista psicometrico i dati supportano

comunque la validità convergente, mentre la validità divergente non è stata valutata (Hazell, 1984).

La *Feeling of Emptiness Questionnaire* (CSV in spagnolo) è uno strumento self-report composto da 33 item e disponibile ad oggi in lingua spagnola (Palomares et al., 2020). La scala è specifica per misurare il senso di vuoto nei pazienti BPD, ed è stata costruita seguendo una metodologia mista: gli item sono derivati unendo analisi qualitative e parere di esperti (Palomares et al., 2020). Una volta costruita una rosa di item, questi sono stati somministrati ad un campione di pazienti con diagnosi BPD come diagnosi primaria (Palomares et al., 2020). Dal punto di vista psicométrico il test mostra dei risultati solidi. C'è una buona alpha di Chronbach ($\alpha=.97$) e una buona validità convergente come evidenziata dalla correlazioni con delle dimensioni che sono dal punto di vista teorico in stretta relazione con il senso di vuoto, la validità divergente non è stata invece testata dagli autori (Palomares et al., 2020). Dal punto di vista della struttura (e come misura di validità di costrutto) gli autori hanno condotto una analisi delle componenti principali (PCA) che ha mostrato una struttura a 5 fattori, ma non è stato specificato se possono essere riferiti a delle dimensioni specifiche (Palomares et al., 2020).

La CSV è un buon strumento che ha dalla sua una metodologia di costruzione clinicamente orientata, e delle caratteristiche psicométriche decisamente solide. D'altro canto, ci sono diversi limiti. In primo luogo, abbiamo visto come sia lecito ipotizzare che il vuoto abbia una struttura multidimensionale, ma non è chiaro se le componenti che gli autori hanno identificato tramite la PCA sono una misura empirica di queste dimensioni. Purtroppo, gli autori non hanno teorizzato una struttura attesa e non è chiaro, dunque, quale sia il contenuto di queste componenti, così come non è chiaro cosa stiano a misurare. In secondo luogo, anche un'analisi degli item inclusi non aiuta a comprendere la natura del costrutto misurato. Così come per la ESEL anche la CSV include degli item che potrebbero misurare delle dimensioni che sono strettamente correlate al vuoto, ma che vuoto non sono. Sono degli esempi di questo l'item 2 ("mi sento solo), l'item 5 ("voglio morire") e l'item 9 ("sono felice") solo per citarne alcuni (Palomares et al., 2020, p. 227). In terzo luogo, dal punto di vista psicométrico la mancata misura della validità divergente è sicuramente un elemento di debolezza dello strumento, soprattutto allo scopo di comprendere quanto la scala è in grado di discriminare tra vuoto e costrutti non correlati.

L'ultimo strumento a disposizione per la misurazione del vuoto è la *Subjective Emptiness Scale*, disponibile nella versione originale in inglese (Price, Mahler, & Hopwood, 2019; Price et al., 2020) e validata in lingua tedesca (Konjusha et al., 2021). La versione originale della SES è uno strumento self report proposto in una prima fase nella versione a 7

items (Price et al., 2019) e successivamente ridotta ad una versione a 5 items (Price et al., 2020). Gli item sono stati creati sulla base delle trascrizioni dei pazienti BPD e lo strumento poggia sulla base di una definizione operativa del senso di vuoto, che secondo gli autori può essere definito come “uno stato di profonda vacuità in cui l’individuo si sente privo di soddisfazione e connessione con il mondo esterno” (Price et al., 2020, p. 1).

Lo strumento, a differenza della ESEL e della CSV ha due caratteristiche: pur partendo da resoconti di pazienti BPD l’intenzione dello strumento è quello di misurare il vuoto da un punto di vista transdiagnostico; in più l’intenzione è quello di arrivare a misurare il “cuore” dell’esperienza, ipotizzando per questo una struttura unidimensionale che renda conto di una componente comune a tutte le esperienze (Price et al., 2020). Questi due elementi rendono la SES uno strumento estremamente diverso rispetto agli altri. La validazione è stata effettuata tramite tre studi: il primo studio aveva l’obiettivo di arrivare ad una definizione di vuoto e proporre un pool di item (88 nella versione iniziale), il secondo studio aveva l’obiettivo di determinare la struttura della scala e ridurla ad una versione unidimensionale, il terzo studio invece aveva l’obiettivo di testare validità e affidabilità del test (Price et al., 2020). Relativamente alla struttura, le analisi condotte con l’analisi fattoriale confirmatoria (CFA) mostrano una struttura ottimale a 5 item nella versione definitiva, anche se in un primo momento era stata supportata la scelta di uno strumento a 7 item (Price et al., 2019).

Questa componente unica include sentimenti di assenza dalla propria vita, mancanza di soddisfazione, sentirsi costretti a vivere, e profonda solitudine (Price et al., 2020). Le correlazioni con altri strumenti clinici aiutano invece a definire i confini entro cui si muove l’esperienza. Si può considerare la disfunzione emotiva legata al vuoto come strettamente connessa a caratteristiche psicopatologiche correlate a domini internalizzanti e di distacco, mentre sono meno forti le relazioni con domini quali l’impulsività e l’ostilità (Price et al., 2020). Lo strumento è valido e attendibile e ci sono diversi punti di forza. Il modo stesso in cui lo studio è stato concepito rende lo strumento estremamente solido, anche in virtù dell’ampio campione coinvolto (circa 1000 partecipanti sia per lo studio 2 che per lo studio 3) (Price et al., 2020). Definire il senso di vuoto come un costrutto transdiagnostico tiene in considerazione l’ampia, seppur poco sistematica, letteratura prodotta sul tema, ed è inoltre una scelta clinicamente fondata.

L’altra caratteristica dello strumento, ovvero il tentativo di ridurre la scala a una sola dimensione, può invece rivelarsi un’arma a doppio taglio. Se da un lato è utile isolare una componente comune, abbiamo visto come il modo in cui l’esperienza viene raccontata dai pazienti stessi punta verso una multidimensionalità, ed uno strumento che ignora questa

caratteristica dell'esperienza rischia di essere riduttivo e di non aiutare a comprendere le complessità del funzionamento del vuoto all'interno dei vari disturbi.

Ad ogni modo la SES, seppur con i suoi limiti, resta ad oggi lo strumento migliore a disposizione per valutare il senso di vuoto. Per questo motivo, e per la necessità di avere a disposizione uno strumento per la valutazione empirica del senso di vuoto, il nostro gruppo di ricerca ha lavorato per la validazione cross culturale e psicometrica della SES in lingua italiana (SES-I), nella versione originale (cfr. capitolo 2), e in una versione modificata multidimensionale (M-SES, cfr. capitolo 3).

CAPITOLO 2

VALIDAZIONE ITALIANA DELLA SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (SES-I) E RIFLESSIONI CLINICHE SUL SENSO DI VUOTO

2.1 Subjective Emptiness Scale: validazione cross-culturale e psicometrica

L'analisi della letteratura sul senso di vuoto ci mette di fronte all'idea che le cose che sappiamo sul costrutto sono decisamente meno delle domande alle quali dobbiamo trovare una risposta. Il quadro che emerge è quello di essere di fronte ad un sintomo-esperienza altamente disturbante, che ha delle caratteristiche comuni a molti stati affettivi negativi con i quali è parzialmente sovrapposto, che comporta un marcato problema dal punto di vista del funzionamento sociale, lavorativo, interpersonale e che non è specifico di un dato disturbo quanto piuttosto relativamente trasversale, tanto da poter essere considerato un costrutto transdiagnostico (D'Agostino et al., 2020; Konjusha et al., 2021; Price et al., 2020).

In parallelo a questi punti fermi, abbastanza consolidati da diversi contributi teorici nonostante le poche ricerche di cui disponiamo, emergono diverse questioni ancora aperte: il senso di vuoto è effettivamente un costrutto multidimensionale? È possibile rilevare empiricamente queste dimensioni? Se sì, in che relazione sono queste dimensioni con gli stati affettivi negativi come noia, solitudine, disforia ed altre esperienze? C'è poi tutto il campo della psicopatologia: il senso di vuoto è una componente della depressione oppure la presenza di vuoto in associazione alla depressione è indice di disturbo di personalità? Com'è in relazione il senso di vuoto con la schizofrenia e come con i comportamenti e pensieri autolesivi e suicidari?

È evidente come la sola speculazione teorica o clinica non sia sufficiente per poter districare tutti i nodi. C'è la necessità di affrontare il problema da un punto di vista empirico. E per l'indagine empirica è necessario avere a disposizione degli strumenti validi ed affidabili che permettano di valutare il costrutto del vuoto in maniera adeguata. Come già discusso (cfr. paragrafo 1.4), sono pochi ad oggi gli strumenti che permettono di valutare il senso di vuoto, e tra questi quello più spendibile dal punto di vista clinico è senza dubbio la Subjective Emptiness Scale (SES, Price et al., 2020). Si tratta di uno strumento spendibile perché concettualizza il senso di vuoto in un'ottica transdiagnostica, mira a valutare il nucleo dell'esperienza di vuoto, è di facile somministrazione ed è stato validato sia in un campione clinico che non clinico (Price et al., 2020), e per questo può essere utilizzabile anche su soggetti che non hanno ricevuto una

diagnosi, allo scopo di poter chiarire ulteriormente aspetti dell'esperienza che non sono esclusivamente di pertinenza clinica.

Tuttavia, utilizzare uno strumento in una lingua diversa da quella in cui lo strumento è stato pensato è costruito è una scelta che richiede uno specifico lavoro di adattamento culturale che va al di là della mera traduzione linguistica (Hambleton, 2004). *Adattamento cross-culturale* è un termine che racchiude un insieme di metodologie il cui scopo è quello di rendere gli strumenti di misurazioni utilizzabili in culture diverse da quella di partenza, con un'attenzione non solo al mero piano della traduzione, ma anche a sfumature di natura culturale, per poter raggiungere un'equivalenza tra la versione "originale" e la versione "target" (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000).

Questo approccio è utile per almeno due ordini di motivi: in primo luogo, la creazione di strumenti *ex-novo* è un processo estremamente complesso che richiede una grande quantità di risorse e i cui risultati, in termini di validità e affidabilità, non sono sempre garantiti. I risvolti positivi della creazione di strumenti appositi vengono meno nel momento in cui la letteratura propone strumenti che hanno già le caratteristiche psicometriche richieste. In secondo luogo, la possibilità di avere due strumenti concettualmente equivalenti permette di poter confrontare i risultati in campioni diversi dal punto di vista culturale, ovvero tra diversi paesi o tra diversi sottogruppi con diverso background culturale all'interno dello stesso paese (Hambleton, 2004). Per questi motivi, non avendo, allo stato attuale, a disposizione uno strumento utilizzabile nel contesto clinico italiano, è stato deciso di adattare e validare la versione italiana della Subjective Emptiness Scale (SES-I).

2.1.1 Obiettivi

Lo studio che verrà presentato di seguito è stato progettato sostanzialmente con due obiettivi, che a loro volta comprendono diversi sotto-obiettivi. Il primo obiettivo è relativo all'adattamento cross-culturale dello strumento. Beaton e collaboratori (2000) hanno proposto una serie di linee guida per l'adattamento cross-culturale degli strumenti che consiste di 6 fasi (cfr. paragrafo 2.1.2), e aiutano a mettere a punto degli strumenti nella lingua target che non siano solamente il frutto di una traduzione letterale, ma l'esito di un processo che punta a rendere lo strumento nella lingua target equivalente a quello nella lingua di partenza. Il secondo obiettivo è quello della validazione psicometrica. Una volta terminato con successo il processo di validazione cross culturale, il passaggio successivo richiede di verificare se lo strumento gode di buona affidabilità e validità, e se queste sono in linea con i risultati ottenuti nello studio

originale. La modalità di verifica delle caratteristiche psicometriche consiste nel tentare di replicare, dove possibile, i risultati dello studio originale e contemporaneamente verificare ipotesi che sono state estrapolate dall'analisi della letteratura sul senso del vuoto.

L'affidabilità nello studio originale è misurata con il calcolo dell'alpha di Chronbach. Per quanto riguarda la validità, invece, gli aspetti da valutare sono molteplici. Il primo punto riguarda la struttura del test. Price e collaboratori (2020) hanno ideato il test ipotizzando che ci fosse una struttura unidimensionale alla base del costrutto, il "nucleo" o "cuore" dell'esperienza di vuoto. Sono quindi partiti da un'ampia rosa di item (88 nella prima versione) per arrivare ad una versione a 7 item (Price et al., 2019) che è stata poi ulteriormente ridotta a 5 item (Price et al., 2020).

Nella versione finale, il test fornisce un unico punteggio che riflette questa struttura unidimensionale, Questo elemento sostiene la validità di costrutto. Un altro elemento a favore della validità di costrutto è la possibilità del test di discriminare tra gruppo clinico e non clinico. Infatti, il senso di vuoto è un'esperienza che può essere presente in soggetti con e senza diagnosi di disturbo mentale (D'Agostino et al., 2020), anche se è ipotizzabile che sia presente in maniera decisamente più marcata nei pazienti. Questo dato è stato confermato dal lavoro di Price e collaboratori (2020) che ha mostrato come i livelli di senso di vuoto nei campioni clinici da loro considerati erano significativamente più elevati in confronto ad un campione di studenti (Price et al., 2020).

L'obiettivo è quello di replicare questo dato anche nel nostro lavoro. Un altro sotto-obiettivo è relativo alla valutazione della validità convergente e divergente. Da questo punto di vista, Price e collaboratori (2020) analizzano i pattern di correlazione tra il punteggio alla SES con altre scale cliniche. Secondo gli autori dello studio originale, correlazioni positive e significative con dimensioni relative al BPD e con tratti di personalità del dominio internalizzante e del distacco sostengono la validità convergente, mentre correlazioni nulle o deboli con i domini esternalizzanti e psicoticismo sono a sostegno della validità discriminante (Price et al., 2020).

Oltre a questi elementi che sono più strettamente legati alla valutazione dell'attendibilità e della validità, abbiamo tentato, nello studio che segue, di esplorare un altro tema, estremamente rilevante all'interno della letteratura sul vuoto, che non era stato direttamente indagato dallo studio di validazione originale. Il tema è quello dei pensieri e comportamenti autolesivi e dell'ideazione suicidaria, all'interno del quale il senso di vuoto riveste un ruolo controverso (Blasco-Fontecilla et al., 2013; D'Agostino et al., 2020; Klonsky, 2007a, 2008). L'obiettivo in questo caso non è strettamente legato ad elementi di natura psicometrica, ma è

un tentativo di comprendere più da vicino la natura della relazione tra senso di vuoto, autolesionismo e ideazione suicidaria.

2.1.2 Ipotesi

Si ipotizza che, in linea con lo studio originale (Price et al, 2020), la SES-I mostri degli ottimi valori in termini di affidabilità, calcolata sia con l'alpha di Chronbach che con altri indici.

Rispetto alla validità di costrutto, si ipotizza che: a) il test abbia una struttura monodimensionale analoga a quella del test originale (Price et al., 2020); b) i soggetti clinici riportino punteggi alla SES-I significativamente più elevati rispetto al gruppo non clinico.

Rispetto alla validità convergente si ipotizza: a) la correlazione positiva e significativa con strumenti relativi al BPD; b) la presenza di pattern di correlazioni positive e significative con tratti di personalità che rientrano nel dominio internalizzante e del distacco (Price et al., 2020).

Si attendono invece correlazioni deboli o nulle con i domini esternalizzanti e psicoticismo (ad esempio impulsività o pensiero psicotico) a sostegno della validità discriminante (Price et al., 2020).

2.1.3 Metodo

Gli obiettivi presentati nel paragrafo precedente richiedono due metodologie separate, una relativa alla validazione cross-culturale (Beaton et al., 2000) e una relativa alla validazione psicometrica. È evidente che i due processi sono uno conseguente all'altro, anche se facenti parte del medesimo progetto di ricerca. Allo scopo di rendere tutto più chiaro verranno presentati separatamente sia per quanto riguarda il metodo che per quel che riguarda i risultati.

2.1.3.1 Traduzione e adattamento cross-culturale

Come già discusso, l'adattamento cross-culturale è un processo che va al di là della mera traduzione linguistica, ma piuttosto punta a creare uno strumento che sia equivalente allo strumento di partenza. Questo processo è reso possibile grazie ad una serie di step che vedono coinvolti diversi professionisti.

Il primo step è quello della *forward translation*. Sono impegnati in questa fase due traduttori, il primo traduttore deve essere un esperto di psicologia clinica (o comunque nel campo della misura in oggetto), mentre il secondo traduttore deve essere un traduttore *naif*, comunque non esperto della materia oggetto del test (Beaton et al., 2000). I due traduttori dovrebbero essere bilingui e madrelingua nella lingua target (italiano in questo caso). Lo scopo di utilizzare due traduttori, di cui uno esperto e l'altro *naif* rispetto al contenuto del test ha lo scopo di creare due versioni del test (T1 e T2) che possono essere confrontate così da rilevare discrepanze rispetto ad alcuni termini.

Il secondo step consiste nella sintesi delle traduzioni. I due traduttori e un osservatore esterno si confrontano per creare, partendo da T1 e T2, una unica versione (T12). In questa fase dovrebbe anche essere prodotto un report scritto in cui viene descritto il processo di sintesi, e in cui vengano anche indicati tutti i punti controversi della traduzione e come si è deciso di risolverli.

Ottenuta la versione T12, si passa alla terza fase, quella della *back-translation*. In questa fase due traduttori madrelingua nella lingua di partenza (in questo caso inglese), senza essere a conoscenza della versione originale dello strumento, ritraducono la versione T12 nella lingua di partenza. Questo step è estremamente importante perché permette di controllare la validità della traduzione, nel senso di verificare se la traduzione riflette lo stesso contenuto rispetto alla versione originale, o se ci sono errori concettuali. Permette anche di verificare scelte lessicali poco chiare che altrimenti non sarebbero colte nella versione tradotta (Beaton et al., 2000).

Il quarto step prevede la costituzione di un comitato di esperti che comprende tutti i traduttori ed altri professionisti (ad esempio metodologi o linguisti oltre ad esperti del settore relativo al test da adattare). Lo scopo del comitato è quello di sviluppare, avendo a disposizione tutte le traduzioni, una versione preliminare (*prefinal version*) che verrà poi testata sul campo. Per fare ciò il comitato dovrà raggiungere un consenso relativamente a tutte le discrepanze tra le versioni. Le aree a cui devono fare riferimento nel momento in cui prendono una decisione sono sostanzialmente quattro: equivalenza semantica, equivalenza idiomatica, equivalenza esperienziale ed equivalenza concettuale.

Una volta risolti i nodi, e prodotto un resoconto scritto, si passa al test della versione preliminare. Lo scopo della somministrazione è quello di ottenere le risposte al questionario e dei feedback sulla comprensione del testo, ottenuti tramite una serie di domande aperte specificamente progettate. Nel caso della SES-I questa fase ha coinvolto 25 partecipanti (età media=26 anni).

Concluso il pretest si passa alla fase dell'approvazione finale, in cui vengono esaminati tutti i commenti dei partecipanti al pretest e se non emergono particolari criticità la versione definitiva viene prodotta e inviata per approvazione finale agli autori della scala originale, che dovrebbero comunque essere coinvolti quanto possibile nel processo di adattamento culturale, soprattutto nella fase in cui viene costituito il comitato di esperti, allo scopo di specificare alcune scelte linguistiche che nella lingua target possono essere poco chiare o confuse.

2.1.3.2 Validazione psicometrica

2.1.3.2.1 Partecipanti

Lo studio di validazione della SES-I ha coinvolto in totale 111 partecipanti, divisi in due gruppi: un gruppo clinico e un gruppo non clinico.

Il gruppo clinico è composto da un totale di 63 partecipanti. L'età media del gruppo è di 44,13 anni, (DS=12,49). Il range varia da un minimo di 19 ad un massimo di 65 anni, il 52,38% del campione è composto da uomini con il 47,62% di donne. Tutti i partecipanti erano in carico a servizi di salute mentale con scopi terapeutici e sono stati reclutati in strutture residenziali, semiresidenziali e diurne in due regioni italiane, nelle Marche e in Toscana. Oltre ad essere in carico a queste strutture, per essere inclusi nel campione dovevano avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni. Sono criteri di esclusione: a) problemi neurologici o gravi patologie mediche (ad esempio diabete, cancro); b) presenza di stati psicotici acuti; c) ritardo mentale; d) abuso di sostanze in corso; e) scarsa conoscenza della lingua italiana. I partecipanti sono stati coinvolti nella ricerca dai loro terapeuti di riferimento o dai responsabili del servizio e hanno aderito volontariamente.

Il gruppo non clinico comprende 48 soggetti che non erano in carico in nessuna struttura terapeutica. L'età media è di 34,13 anni (DS=11,48), con un range di età che varia da un minimo di 19 ad un massimo di 63 anni. Il 27,08% del campione è composto da uomini, il 72,92% da donne. I partecipanti inclusi in questo gruppo non hanno ricevuto diagnosi psichiatriche, neurologiche o di altre gravi patologie mediche, ed avevano una buona conoscenza della lingua italiana. Il contatto con i partecipanti volontari è avvenuto tramite annunci via social networks.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico per la Ricerca Umana dell'Università di Urbino e dai comitati etici responsabili delle strutture di salute mentale. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato prima di compilare il protocollo. Tutti i partecipanti hanno

portato a termine la compilazione dei questionari sotto la supervisione dello sperimentatore. I protocolli non presentavano dati mancanti.

2.1.2.3.2 Strumenti

Il protocollo della sperimentazione è composto esclusivamente da strumenti self-report: la Subjective Emptiness Scale – Italian (SES-I), il Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), Il Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire – Nonsuicidal (SITBQ-NS), il Beck Depression Inventory – II (BDI-II).

Le caratteristiche chiave della SES (Price et al., 2019, 2020) sono state presentate nei paragrafi precedenti (cfr. paragrafo 1.4 e 2.1). Dal punto di vista del contenuto, lo strumento proposto in origine è composto da 7 items (Price et al., 2019), e successivamente è stata presentata una versione ulteriormente, ridotta con delle caratteristiche psicometriche più solide, composta di 5 items (Price et al., 2020). Nel momento in cui è stato condotto lo studio, la versione a disposizione era la versione a 7 item, che erano i seguenti: “mi sento completamente solo al mondo”, “qualsiasi cosa io faccia, mi sento comunque insoddisfatto”, “mi sento vuoto dentro”, “mi sento come se fossi costretto a vivere”, “mi sento come se fossi disconnesso dal mondo”, “mi sento come se avessi un buco dentro”, “mi sento assente nella mia stessa vita” (gli item in italiano sono il risultato del processo di validazione cross-culturale, per i risultati approfonditi di questo processo cfr. paragrafo 2.1.2.3). Ad ogni item può essere assegnato un punteggio su scala Likert a 4 punti, da 1 (per niente vero) a 4 (molto vero). Dal punto di vista strutturale, come già evidenziato, la SES ha una struttura unidimensionale ed è stata validata testandola su due ampi campioni clinico su un campione non clinico, composto da studenti universitari. I dati mostrano una eccellente consistenza interna in entrambi i campioni clinici ($\alpha=.91$ in uno, $\alpha=.93$ nell'altro).

Il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012; Fossati, Borroni, & Somma, 2016) è uno strumento self-report ideato per valutare i “domini” e le “sfaccettature” di tratti di personalità così come concettualizzati dal modello alternativo per i disturbi di personalità proposto nella Sezione III del DSM-5. I domini sono Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo. Le sfaccettature, che sono effettivamente le sottoscale dello strumento sono: Affettività ridotta, Anedonia, Angoscia di separazione, Ansia, Convinzioni ed esperienze inusuali, Depressività, Disregolazione percettiva, Distraibilità, Eccentricità, Evitamento dell'intimità, Grandiosità, Impulsività, Inganno, Insensibilità, Irresponsabilità, Labilità emotiva, Manipolatorietà, Ostilità,

Perfezionismo rigido, Perseverazione, Ricerca di attenzione, Ritiro, Sospettosità, Sottomissione, Tendenza a correre rischi (Carlotta et al., 2015; Krueger et al., 2012). Lo strumento è composto da 220 item, possono essere valutati su una scala Likert a 4 punti che può andare da 0 (“sempre falso”) a 3 (“sempre vero”). La versione italiana mostra consistenza interna delle sfaccettature varia da accettabile ($\alpha=.72$) a eccellente ($\alpha=.96$), mentre per i domini questa varia da buona ($\alpha=.84$) a eccellente ($\alpha=.96$) (Carlotta et al., 2015; A Fossati et al., 2016).

La *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire – Nonsuicidal* (D’Agostino et al., 2018) è uno strumento self-report per la valutazione dei pensieri e comportamenti autolesivi. È composto da un totale di 28 item, 14 per misurare l’ideazione autolesiva e 14 per misurare i comportamenti. Per ognuna di queste due dimensioni viene valutato l’esordio, gli episodi recenti, l’uso contestuale di alcool e droghe, la probabilità, per quanto riguarda l’ideazione autolesiva, di mettere in atto comportamenti autolesivi, mentre se questi sono stati presenti viene valutata la probabilità di incorrere in altri episodi. Inoltre, c’è una parte relativa ai metodi e alle motivazioni alla base dei pensieri/comportamenti. Lo strumento fornisce punteggi su 3 sottoscale: Pensieri autolesivi (*self-injurious thoughts*, SIT), Comportamenti autolesivi (*self-injurious behaviors*, SIB), Spettro autolesivo (*self-injurious spectrum*, SIS). Lo strumento mostra un’eccellente consistenza interna ($\alpha=.98$) e una buona validità convergente.

Il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-III; Millon, 1994; Gritti, Samuel, & Lang, 2016) è uno strumento self-report il cui obiettivo è quello di effettuare diagnosi preliminari di disturbi di personalità e sindromi cliniche. È composto da 175 items dicotomici (vero/falso) e fornisce punteggi su 28 scale: 11 scale riguardano i disturbi di personalità (Schizoide, Evitante, Depressivo, Dipendente, Istrionico, Narcisista, Antisociale, Aggressivo, Compulsivo, Negativista, Masochista), 3 scale di disturbo di personalità grave (Schizotipico, Borderline, Paranoico), 7 scale relative a disturbi clinici (Ansia, Somatoforme, Bipolare, Distimico, Dipendenza dall’alcool, Dipendenza da droghe, Disturbo post-traumatico da stress), 3 relative a disturbi clinici gravi (Disturbo del pensiero, Depressione maggiore, Disturbo paranoide) e 4 scale di validità (Apertura, Desiderabilità, Falsificazione, Validità). Nella versione originale la consistenza interna varia da un minimo di .66 per la scala Compulsivo, fino ad un massimo di .99 per la scala della Depressione maggiore (Millon, 1994). Nel contesto clinico italiano lo strumento è usato in maniera estensiva, ed i dati sulla consistenza interna sono generalmente buoni, con un valore di $\alpha > .80$ per 20 scale su 28 (Gritti et al., 2016).

La *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio, & Sica, 2006) è uno strumento self-report di 21 items il cui obiettivo è quello di valutare la gravità della depressione. Gli items sono valutati sulla base della gravità

dei sintomi riportati su una scala likert a 4 punti, da 0 a 3. Nella versione originale la BDI-II ha una struttura unidimensionale che fornisce un unico punteggio (Beck et al., 1996). Studi più recenti invece hanno evidenziato come sia possibile estrarre due punteggi aggiuntivi dallo strumento relativi a due scale: la scala di sintomi di anedonici e la scala di sintomi non-anedonici (Joiner, Brown, & Metalsky, 2003). La consistenza interna dello strumento è eccellente, con valori dell'alpha che variano da .91 a .93 a seconda degli studi (Sprinkle et al., 2002). La versione italiana della BDI-II mostra valori più contenuti ma comunque buoni, con $\alpha=.82$ (Sica et al., 2015).

2.1.2.3.3 Analisi dei dati

Per quanto riguarda le modalità di analisi dei dati, in via preliminare sono stati utilizzati i dati dello studio originale per determinare il numero minimo di partecipanti che dovrebbero comporre ogni gruppo, utilizzando un approccio basato sulla power analysis (Lenth, 2001). La differenza tra gruppo clinico e non clinico verrà determinata usando un test non parametrico, la U di Mann-Whitney. Per determinare la struttura della SES verrà utilizzata una Analisi delle Componenti Principali (PCA) sull'intero campione ($n=111$). Dato che l'obiettivo dello studio è quello di confermare la struttura monodimensionale dello strumento originale (Price et al., 2020), e dal momento ci si attende una alta correlazione tra gli item della SES-I, la PCA sembra essere più adeguata rispetto ad una Analisi Fattoriale Esplorativa.

La consistenza interna verrà valutata utilizzando due indici: il coefficiente alpha di Chronbach e la correlazione inter-item media (MIIC). Nel gruppo clinico verranno calcolate delle correlazioni non parametriche, utilizzando il coefficiente ρ di Spearman-Brown, tra il punteggio della SES-I e i punteggi delle scale degli altri strumenti, allo scopo di stabilire validità convergente e discriminante. Sempre utilizzando il coefficiente di Spearman-Brown verrà utilizzata una correlazione parziale per testare la relazione tra l'item della BDI-II relativo all'ideazione suicidaria e il punteggio della SES-I, controllando gli effetti delle sottoscale del BDI-II. Le analisi sono state condotte con RStudio, nella versione 3.6.1.

2.1.4 Risultati

2.1.4.1 Adattamento cross-culturale

Nel corso del processo di adattamento cross-culturale, considerando tutte le fasi, non sono emerse questioni particolari. Solo in un passaggio, durante la sintesi delle traduzioni (step 2) è stato necessario confrontarsi con uno degli autori (Adrian Price) per dirimere una questione relativa alla scelta terminologica rispetto ad un item. Entrambi i traduttori (T1 e T2) hanno tradotto l'item 3 ("I feel empty inside") e l'item 6 ("I feel hollow") utilizzando le stesse parole. Così facendo, la questione che si è posta è stata quella di aver ottenuto due item uguali, avendo perso quell'elemento di differenziazione che era presente invece in lingua inglese. L'autore della versione originale ha sottolineato come il termine "*hollow*" fa riferimento a qualcosa non solo di vuoto in quanto tale, ma a un vuoto "scavato", "cavo", in sostanza ad un vuoto in cui è marcata la componente fisica. Per questo motivo l'item 6 è stato tradotto con "Mi sento come se avessi un buco dentro", per sottolineare l'aspetto appunto fisico che era presente nella versione originale. Nel corso del pretest non sono emerse note particolari e la versione proposta è stata approvata e somministrata per la validazione psicometrica.

2.1.4.2 Proprietà psicometriche della SES-I

Prima di entrare nel merito delle proprietà psicometriche, sono state calcolate delle statistiche per descrivere il campione e le differenze tra i gruppi rispetto a variabili demografiche e diagnostiche. Ci sono, infatti, differenze significative tra i due gruppi rispetto a età, sesso e livello scolastico. Rispetto al genere, in particolare, mentre nel gruppo clinico il numero di uomini e donne è relativamente bilanciato, nel gruppo non clinico il 72,92% del campione è composto da donne. Rispetto al livello scolastico, nel gruppo clinico circa la metà dei partecipanti ha un diploma di scuola superiore (53,97%) e poco più di un quarto dei partecipanti (26,9%) ha la licenza media, i laureati sono il 14,29%. Al contrario nel gruppo non clinico, più della metà dei partecipanti è laureato (58,33%), mentre il 29,17% ha il diploma di scuola superiore e solo il 4,17% ha la licenza media (tabella 1 per ulteriori dettagli).

Tabella 1. Frequenze e p-value del test esatto di Fisher per le variabili demografiche nel gruppo clinico e non clinico.

	Clinico		Non-clinico		p
	n	%	n	%	
Genere					
Femmine	30	47.62	35	72.92	.0111
Maschi	33	52.38	13	27.08	
Stato civile					
Single	29	46.03	34	70.83	.1242
Sposato	21	33.33	10	20.83	
Convivente	2	3.17	1	2.08	
Divorziato	8	12.70	3	6.25	
Vedovo	2	3.17	0	0	
Non specificato	1	1.59	0	0	
Livello scolastico					
Scuola media	17	26.98	2	4.17	<.0001
Diploma	34	53.97	14	29.17	
Qualifica professionale	2	3.17	2	4.17	
Laurea	9	14.29	28	58.33	
Specializzazione post-laurea	0	0	1	2.08	
Dottorato di ricerca	1	1.59	0	0	
Non specificato	0	0	1	2.08	
Autolesionismo (SITBQ_NS)					
Pensieri	19	30.16	2	4.17	.0004
Comportamenti	14	22.22	1	2.08	.0017

Note. Gruppo clinico n=63; gruppo non clinico n=48.

P-value statisticamente significativi in grassetto

Il MCMI-III è stato utilizzato per avere un quadro generale delle diagnosi prevalenti del gruppo clinico. Utilizzando il punteggio base-rate BR>85 come cut-off, sono state calcolate le frequenze dei disturbi all'interno del gruppo clinico. Per quanto riguarda i disturbi di personalità, le diagnosi più frequenti erano disturbo depressivo di personalità (30,16%), disturbo evitante (19,05%) e disturbo dipendente (14,29%); per quanto riguarda i disturbi clinici invece, il più frequente era l'ansia (22,22%), seguito dal disturbo depressivo maggiore (14,29%) e dalla distimia insieme al PTSD (entrambi 7,94%) (tabella 2 per ulteriori dettagli).

Tabella 2. Frequenze delle diagnosi secondo il MCMI-III nel campione clinico.

	Gruppo clinico	
	<i>f</i>	%
Disturbo di personalità		
Schizoide	7	11.11
Evitante	12	19.05
Depressivo	19	30.16
Dipendente	9	14.29
Istrionico	3	4.76
Narcisistico	0	0
Antisociale	1	1.59
Aggressivo	0	0
Ossessivo-compulsivo	0	0
Negativistico	8	12.7
Masochistico	5	7.94
Schizotipico	3	4.76
Borderline	4	6.35
Paranoide	1	1.59
Disturbi clinici		
Disturbo d'ansia	14	22.22
Disturbo somatoforme	1	1.59
Disturbo bipolare	0	0
Distimia	5	7.94
Dipendenza da alcool	0	0
Dipendenza da droghe	4	6.35
PTSD	5	7.94
Disturbo del pensiero	1	1.59
Disturbo depressivo maggiore	9	14.29
Disturbo del pensiero	3	4.76

Note. N=63.

I disturbi sono stati considerati presenti se base rate MCMI-III >85

Per quanto riguarda l'affidabilità dello strumento invece, la SES-I mostra degli ottimi risultati. Per quanto riguarda la consistenza interna, il valore standardizzato del coefficiente alpha di Chronbach è uguale a $\alpha=.92$, calcolato sull'intero campione di 111 partecipanti; il coefficiente di correlazione media intra-item MIIC= 0.57.

Per determinare la struttura della SES-I è stata condotta sugli item della scala una PCA con rotazione ortogonale (varimax), considerando l'intero campione (n=111). Per misurare l'adeguatezza del campione è stato calcolato l'indice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) che ha

prodotto un valore KMO=0.88, e valori individuali tutti maggiori di 0.84. Tutti i valori erano superiori al valore soglia di KMO=0.5. Il test di Bartlett è significativo ($\chi^2=549.83$, $gdl=21$; $p<0.0001$), ad indicare che le correlazioni tra gli item sono abbastanza grandi da poter giustificare l'uso della PCA. Le analisi degli autovalori mostra solo una componente con un autovalore maggiore di 1, ed è questa componente che è stata estratta in accordo con il criterio di Kaiser (Kaiser, 1960). La componente estratta spiega il 68% della varianza (tabella 3 per ulteriori dettagli sulla PCA).

Tabella 3. Risultati della PCA sulla Subjective Emptiness Scale (SES-I).

Item PCA	Saturazione delle componenti
	1
1. Mi sento completamente solo al mondo.	.75
2. Non importa quello che faccio, mi sento comunque insoddisfatto.	.77
3. Mi sento vuoto dentro.	.92
4. Mi sento come se fossi costretto a vivere.	.85
5. Mi sento come se fossi disconnesso dal mondo.	.83
6. Mi sento come se avessi un buco dentro.	.73
7. Mi sento assente alla mia stessa vita.	.90

Note. N= 111.

Il metodo di estrazione utilizzato è stato la Principal component analysis con rotazione varimax. Saturazioni superiori a 0.50 in grassetto.

L'analisi della potenza ha permesso di stabilire il numero minimo adeguato relativo al campione per effettuare un test di Mann-Whitney per campioni indipendenti e verificare se ci sono differenze significative tra i due gruppi rispetto al punteggio della SES-I. I parametri utilizzati sono stati estrapolati dallo studio originario (Price et al., 2019) e sono i seguenti: parametri del gruppo clinico ($M=2.56$; $DS=1.13$), parametri del gruppo non-clinico (1.38 ; $DS=0.68$). Il potere statistico è stato fissato per un valore $\beta=0.95$, il valore della d di Cohen è stato fissato a priori come $d=0.8$. Con questi parametri il campione minimo adeguato era composto da 74 partecipanti divisi equamente in 37 soggetti ogni gruppo. Il test di Mann-Whitney per campioni indipendenti è risultato significativo ($W=797$, $p<0.0001$).

Per determinare la validità dello strumento sono state calcolate le correlazioni non parametriche nel gruppo clinico tra il punteggio alla SES-I e le altre sottoscale. Relativamente

al PID-5, sono state trovate correlazioni positive e significative con le seguenti sfaccettature di tratto: Anedonia, Ansia, Depressività, Distraibilità, Eccentricità, Labilità emotiva, Ostilità, Impulsività, Disregolazione percettiva, Perseverazione, Affettività ristretta, Perfezionismo rigido, Angoscia di separazione, Sottomissione, Sospettosità ed Evitamento (tabella 4 per dettagli relativi alla forza delle correlazioni). Rispetto ai domini sono state trovate correlazioni positive e significative con tutti i domini ad eccezione del dominio Antagonismo (tabella 4 per ulteriori dettagli).

Tabella 4. Correlazioni Rho di Spearman tra il punteggio SES-I e il PID-5

Sfaccettature			
	ρ		ρ
Anedonia	.77**	Irresponsabilità	.08
Ansia	.67**	Manipolatorietà	-.06
Ricerca di attenzione	-.01	Disregolazione percettiva	.52**
Insensibilità	.23	Perseverazione	.39*
Inganno	.02	Affettività ristretta	.39*
Depressività	.81**	Perfezionismo rigido	.46**
Distraibilità	.50**	Tendenza a correre rischi	.17
Eccentricità	.46**	Angoscia di separazione	.35*
Labilità emotiva	.59**	Sottomissione	.31*
Grandiosità	-.01	Sospettosità	.45**
Ostilità	.41**	Convinzioni ed esperienze insolite	.20
Impulsività	.30*	Evitamento	.49**
Evitamento dell'intimità	.20		
Domini			
	ρ		ρ
Affettività negativa	.64**	Disinibizione	.40**
Distacco	.58**	Psicoticismo	.44**
Antagonismo	-.04		

Note. N=63. **p<.001, *p<.05.

Rispetto alle scale del MCMI-III, invece, sono state riscontrate correlazioni positive e significative con le scale Schizoide, Evitante, Depressiva, Dipendente, Passivo-aggressivo, Masochistico, Schizotipico, Borderline e Paranoide per quel che riguarda i disturbi di personalità; mentre per quanto riguarda i disturbi clinici le correlazioni positive e significative erano con le scale Disturbo d'ansia, Disturbo somatoforme, Distimia, PTSD, Disturbo del pensiero, Disturbo depressivo maggiore, Disturbo delirante. Insieme a queste correlazioni positive e significative, sono state trovate anche delle correlazioni negative e significative tra il punteggio alla SES-I e le scale Narcisistico e Istrionico (tabella 5 per ulteriori dettagli).

Tabella 5. Correlazioni con Rho di Spearman tra punteggio SES-I e MCMI-III.

	ρ		ρ
Disturbi di personalità		Disturbi clinici	
Schizoide	.46**	Disturbo d'ansia	.73**
Evitante	.47**	Disturbo somatoforme	.41**
Depressivo	.67**	Disturbo bipolare	.24
Dipendente	.45**	Distimia	.68**
Istrionico	-.50**	Dipendenza da alcool	.08
Narcisistico	-.41**	Dipendenza da sostanze	.03
Antisociale	.12	PTSD	.65**
Aggressivo	.24	Disturbo del pensiero	.75**
Ossessivo-Compulsivo	-.05	Disturbo depressivo maggiore	.55**
Passivo-Aggressivo	.62**	Disturbo delirante	.17
Masochistico	.56**		
Schizotipico	.52**		
Borderline	.61**		
Paranoide	.52**		

Note. N=63. **p<.001, *p<.05.

Le correlazioni tra il punteggio alla SES-I e i punteggi alla BDI-II sono tutte positive e significative. In particolare, i valori dei coefficienti sono molto alti per quanto riguarda il punteggio generale BDI-II ($\rho=0.81$; $p<0.001$) e la scala sintomi non anedonici ($\rho=0.81$;

$p < 0.001$), mentre il coefficiente è leggermente più basso per quanto riguarda la scala sintomi anedonici ($\rho = 0.63$; $p < 0.001$). Rispetto all'ideazione suicidaria è stato preso in considerazione l'item 9 della BDI-II che ha le seguenti opzioni di risposta: 0- non ho alcun pensiero suicida, 1- ho pensieri suicidi ma so che non li realizzerai, 2- sento che starei meglio se morissi, 3- se mi si presentasse l'occasione non esiterei ad uccidermi. Ci sono correlazioni positive e significative tra il punteggio all'item 9 e il punteggio alla SES-I nel gruppo clinico ($\rho = 0.65$; $p < 0.001$). Controllando l'effetto della scala sintomi non anedonici (ed escludendo dal computo della scala l'item 9) l'associazione diventa debole (correlazione parziale $\rho = 0.23$; $p = 0.064$).

Le ultime correlazioni osservate sono relative al punteggio della SES-I con le sottoscale del SITBQ-NS. I risultati mostrano correlazioni deboli ma significative con il punteggio SIT ($\rho = 0.38$; $p < 0.05$), SIB ($\rho = 0.29$; $p < 0.05$) e SIS ($\rho = 0.38$; $p < 0.05$).

2.1.5 Discussione

Il lavoro fino ad ora presentato si è mosso su un doppio binario, quello dell'adattamento cross-culturale e quello della validazione psicometrica. Nel corso dell'adattamento culturale, che ha previsto una serie di step in accordo con le linee guida proposte da Beaton e collaboratori (2000), non sono emerse particolari criticità e la versione che è esito di questo processo è uno strumento adatto ad essere utilizzato in diversi contesti in Italia, dai servizi di salute mentale per la valutazione clinica a contesti di ricerca.

Dal punto di vista psicometrico, i risultati sono in linea con quanto ci si attendeva. La struttura della SES-I è composta da un'unica componente. Questa struttura è consistente con quanto concettualizzato da Price e collaboratori (2020): tale componente rappresenta il "cuore" dell'esperienza di vuoto, che viene definito come un senso pervasivo e viscerale di distacco dall'esperienza nei domini interpersonale, intrapersonale ed esistenziale. La conferma della componente unidimensionale è dunque un elemento di conferma della validità di costrutto.

La presenza di una differenza statisticamente significativa tra gruppo clinico e non clinico nel punteggio alla SES-I sta ad indicare che il senso di vuoto è presente in maniera più marcata nel gruppo clinico, e questo risultato è in linea con quanto ipotizzato, ovvero che il senso di vuoto è riportato sia da soggetti con disturbi mentali che da soggetti senza, anche se la sua presenza appare più marcata nei soggetti clinici (D'Agostino et al., 2020). Questa differenza significativa è un ulteriore elemento a sostegno della validità di costrutto.

L'affidabilità è stata valutata con due diversi indici. L'alpha di Chronbach ha un valore eccellente sovrapponibile a quello della versione originale a 7 item (Price et al., 2019). L'indice MIIC invece ha un valore (0.57) che sta ad indicare come gli items della SES-I potrebbero avere

dei limiti ad includere l'intero costrutto, o per dirla in altri termini, prendono in considerazione solo un aspetto del senso di vuoto, lasciando "scoperti" altri aspetti. Questo è un elemento di criticità che emerge anche da altri dati e può indicare la necessità di uno strumento che permetta di cogliere meglio la complessità del costrutto del vuoto.

I dati sulla validità invece sono pieni di spunti interessanti sia dal punto di vista psicometrico che da quello clinico.

Un primo supporto alla validità convergente deriva dalla correlazione positiva e significativa con la scala del MCMI-III relativa al BPD. Dal momento che, dal punto di vista nosografico, i sentimenti di vuoto sono un sintomo del disturbo borderline secondo il DSM-5 (APA, 2013), la correlazione riscontrata dà sostegno alla validità convergente.

Secondariamente, il punteggio alla SES-I correla in maniera positiva e significativa con tutte le sfaccettature di tratto che hanno a che fare con il dominio dell'affettività negativa del PID-5 (Labilità emotiva, Ansia, Angoscia di separazione, Sottomissione, Ostilità, Perseverazione, Depressività, Sospettosità e Affettività ristretta). Anche questo risultato era atteso dal momento che diverse concettualizzazioni teoriche riportano come il senso di vuoto sia caratterizzato da "bassa positività affettiva" (D'Agostino et al., 2020; Rallis et al., 2012).

Il terzo punto a sostegno della validità convergente, collegato in qualche modo al precedente, è rappresentato dalla correlazione tra SES-I e tutte le misure di depressione, ovvero tutti i punteggi della BDI-II, la scala depressività del PID-5 e le scale Depressione Maggiore e Distimia del MCMI-III. La relazione tra depressione e senso di vuoto è stata ampiamente descritta in letteratura (D'Agostino et al., 2020; Kernberg, 1975; Klonsky, 2008; Rhodes et al., 2018; Westen et al., 1992), e resta ancora aperta la questione relativa al considerare il vuoto una componente intrinseca della depressione o piuttosto se la presenza concomitante di vuoto e depressione stia ad indicare la presenza di disturbi di personalità. I dati ricavati dal nostro studio confermano la stretta relazione tra senso di vuoto ed esperienza di depressione unita ad anedonia, che confermano la validità convergente. La questione resta aperta e necessita di essere indagata con metodologie ad hoc.

Un altro discorso relativo alla validità è quello relativo alla validità divergente. Alcuni nostri dati supportano questo tipo di validità, dal momento che emergono correlazioni nulle o deboli tra il punteggio SES-I e alcune dimensioni cliniche, tra cui quella del dominio dell'Antagonismo (e delle relative sfaccettature di tratto come Manipolatorietà, Inganno, Grandiosità, Ricerca di attenzione e Insensibilità) come misurato dal PID-5. L'Antagonismo è un dominio che fa riferimento soprattutto ad una dimensione interpersonale, all'interno della quale l'elemento centrale è quello di mettere le persone in contrasto le une con le altre (APA,

2013). Questa caratteristica dell'antagonismo è però a sua volta in contrasto con una componente centrale del vuoto, che come indicato dalla ricerca teorica e dagli stessi dati raccolti in questo studio, è un tipo di esperienza che ha a che fare con la disconnessione dagli altri, la solitudine e l'isolamento (D'Agostino et al., 2020; Price et al., 2020), e per questo motivo l'esperienza di vuoto e il dominio dell'antagonismo sono profondamente diverse.

Oltre a dati importanti dal punto di vista della validità, emergono poi spunti interessanti per riflessioni dal punto di vista clinico. Rispetto all'autolesionismo, per esempio, si è visto che il punteggio alla SES-I correla in maniera significativa con ideazione e comportamenti autolesivi come misurati dal SITBQ-NS. È da notare tuttavia che la correlazione è più forte con l'ideazione, mentre più debole con i comportamenti autolesivi. Questo risultato sembra indicare che il senso di vuoto possa essere più collegato ad aspetti ideativi che comportamentali. A dare ulteriore credito a questa ipotesi c'è la convergenza con anche altri risultati. Si è visto che le correlazioni con scale che hanno a che fare con impulsività o acting-out sono tutte nulle o deboli. È il caso delle scale Impulsività e Tendenza a correre rischi del PID-5 o le scale Dipendenza da sostanze o Dipendenza da alcool del MCMI-III.

Sembra emergere in sostanza che il senso di vuoto potrebbe essere in relazione con aspetti della psicopatologia che sono più internalizzanti e meno orientati all'azione, specialmente se questi agiti riguardano comportamenti autolesivi, perdita di controllo o altri comportamenti esternalizzanti. Si tratta di risultati sovrapponibili a quanto hanno rilevato Konjusha e collaboratori (2021) nella validazione tedesca della SES. Sempre a puntare nella stessa direzione c'è la relazione tra SES-I e ideazione suicidaria. La relazione in questo caso è significativa, ma quando viene controllato l'effetto dei sintomi non anedonici (ovvero sintomi propriamente depressivi come tristezza, pessimismo, sentimento di colpa, autocritica, problemi legati al sonno o all'appetito, per citarne alcuni) la correlazione diventa debole. Questo indica che buona parte della relazione tra vuoto e ideazione suicidaria può essere spiegata dalla presenza di sintomi depressivi in associazione al senso di vuoto, e non da quest'ultimo di per sé. In altre parole, il senso di vuoto è quasi per nulla responsabile della presenza di ideazione suicidaria. Si tratta di dati interessanti che è opportuno replicare in campioni più ampi.

Un ulteriore elemento di rilievo riguarda la correlazione negativa tra il punteggio SES-I e la scala Narcisistica dell'MCMI-III. Si tratta di un risultato inatteso, dal momento che diversi autori hanno riportato la presenza di senso di vuoto nei pazienti narcisisti (D'Agostino et al., 2020; Kernberg, 1975; Svrakic, 1985). La spiegazione della correlazione negativa però potrebbe essere racchiusa in un limite relativo alla scala Narcisistica del MCMI-III. Alcuni autori hanno infatti notato che questa scala potrebbe essere indicativa di un funzionamento sano

del sé, perché si è osservata un'elevazione di questi punteggi nelle popolazioni non cliniche (Craig, 2005). Dal momento che la SES-I ha dimostrato di saper discriminare tra gruppo clinico e non clinico, mostrando dei punteggi più alti nei soggetti appartenenti al gruppo clinico, appare ragionevole credere che la SES-I mostri una correlazione negativa con una scala che rileva soggetti sani.

Nonostante i dati siano nel complesso positivi e permettano di ritenere la SES-I uno strumento valido e affidabile, lo studio presenta comunque alcuni limiti. Il campione reclutato, nonostante sia in linea con quanto indicato dall'analisi della potenza statistica per determinare il numero minimo adeguato, non è perfettamente bilanciato tra gruppi rispetto a variabili demografiche come età, genere e livello scolastico. Questa eterogeneità complica le possibilità di interpretazioni dei dati tra i gruppi e anche la generalizzazione delle conclusioni. C'è anche un altro elemento che può essere considerato un limite della SES-I. Dal punto di vista diagnostico il campione è altamente eterogeneo, e questo rende complessa anche l'applicazione della SES-I. Lo strumento, misurando una componente nucleare dell'esperienza di vuoto, non può con un campione così eterogeneo informare rispetto alle modalità di esperienza del vuoto nei vari disturbi. Questo è un limite che appartiene al campione, ma è allo stesso tempo riflesso di un limite dello strumento stesso. L'idea di sviluppare una misura unidimensionale può diventare un limite quando si cerca di comprendere meglio differenti modi in cui il senso di vuoto viene sperimentato (D'Agostino et al., 2020), e questa difficoltà a cogliere elementi specifici viene anche evidenziata dal valore del MIIC.

Studi futuri dovrebbero essere progettati per superare questi limiti. In particolare, le problematiche dello strumento stesso andrebbero affrontate allo scopo di disporre di una misura che permetta di entrare più nel vivo del tema del senso del vuoto. Appare necessario, in primo luogo, aggiungere item alla SES-I che vadano a comporre uno strumento multidimensionale. Queste dimensioni dovrebbero ricalcare quelle già proposte dalla letteratura, ovvero: a) una componente corporea/fisica dell'esperienza di vuoto; b) una componente che fa riferimento a solitudine e disconnessione sociale (interpersonale); c) una componente che fa riferimento a un senso profondo di insoddisfazione personale e mancanza di scopo (cfr. capitolo 3 per ulteriori dettagli).

In conclusione, lo studio è stato progettato con l'intenzione di rendere disponibile una versione valida e affidabile della SES per il contesto clinico italiano, tentando di riprodurre i risultati principali proposti nello studio originale. Oltre a questo, che può essere considerato il punto di partenza, lo studio ha cercato di approfondire alcune questioni aperte, ad esempio il tema della relazione fra senso di vuoto e autolesionismo, utilizzando un campione clinico

proveniente da servizi di salute mentale. La relazione debole o nulla che è emersa tra vuoto e dimensioni come comportamenti autolesivi, impulsività e acting-out rappresentano uno spunto importante, soprattutto nella riflessione tra disturbo borderline, che vede in questi elementi alcuni punti cardine della psicopatologia, e senso di vuoto. Si tratta di un tema che meriterebbe approfondimenti, perché suggerisce che il senso di vuoto, che secondo la moderna nosografia è una caratteristica riscontrabile esclusivamente nel BPD, di fatto non è in relazione con le manifestazioni chiave di questo disturbo.

2.2 Predire il senso di vuoto nel BPD: il ruolo dei tratti disfunzionali di personalità

Come già precedentemente segnalato, i risultati della validazione italiana della SES restituiscono uno strumento funzionale che, seppur con alcuni limiti, può aiutare a gettare luce su alcuni aspetti della psicopatologia in relazione al vuoto. Tuttavia, ci sono questioni aperte sul tema, già emerse dall'analisi della letteratura, che potrebbero essere affrontate conducendo ulteriori analisi sul campione clinico già reclutato per la validazione della SES-I.

C'è in particolare un tema che può essere esplorato facendo ulteriori indagini su questo campione, ed è quello del ruolo del senso di vuoto nella psicopatologia borderline. Da quanto emerge dall'analisi della letteratura, si possono osservare in questo senso due posizioni sostanzialmente contrastanti. Da un lato, il senso di vuoto viene visto come in stretta relazione con gli aspetti di affettività negativa della psicopatologia borderline (D'Agostino et al., 2020; Price et al., 2020; Rallis et al., 2012; Westen et al., 1992; Zanarini et al., 2016, 2007), dall'altro lato, il vuoto, più che un'esperienza affettiva a sé stante, viene considerato un elemento centrale nell'esordio e/o mantenimento di comportamenti impulsivi, come ad esempio l'autolesionismo (Blasco-Fontecilla et al., 2015; Klonsky, 2007b, 2008). Cerchiamo di approfondire le due posizioni.

La visione del senso di vuoto come collegato al dominio dell'affettività negativa conta su diversi contributi. Primo tra tutti, il lavoro di Zanarini e collaboratori (2007; 2016) su questo aspetto è estremamente chiaro: il senso di vuoto è incluso tra i sintomi temperamentali del BPD, insieme a, tra gli altri, depressione cronica, rabbia cronica, ansia cronica, sentimenti cronici di perdita di speranza/impotenza (cfr. paragrafo 1.3.2.1). Questi sintomi, che rientrano generalmente nell'ambito affettivo, sono in un certo senso contrapposti ai sintomi cosiddetti acuti (Zanarini et al., 2016, 2007) che invece comprendono le manifestazioni più dirompenti della psicopatologia borderline, tra gli altri abuso/dipendenza da sostanze, autolesionismo, tentativi di suicidio manipolatori e relazioni burrascose (cfr. paragrafo 1.3.2.1).

Quello che evidenziano gli autori nei loro studi longitudinali è che queste due categorie di sintomi, acuti e temperamentali, hanno un diverso decorso, con i primi che mettono in allarme i clinici ma hanno una remissione relativamente rapida, e i secondi che invece hanno tassi di remissione più lenta (Zanarini et al., 2016, 2007). Quindi è probabile che, anche quando i sintomi legati all'impulsività non sono più presenti, il senso di vuoto e gli altri sintomi temperamentali siano ancora presenti (Zanarini et al., 2016, 2007), e questo può indicare che il vuoto non è così legato alla sfera dell'impulsività, quanto alle componenti affettive. Anche secondo Westen e collaboratori (1992), il senso di vuoto è una parte dell'esperienza affettiva della depressione nel BPD, dal momento che è proprio il senso di vuoto a distinguere la depressione BPD dalla depressione tipica del disturbo depressivo maggiore.

Ulteriori spunti in questo senso arrivano dalla riflessione sul tema del senso di vuoto ed altri stati affettivi. Parlando della disforia, si è visto come il senso di vuoto, in associazione a quest'ultima e a sensibilità interpersonale, possa essere considerato il "nucleo affettivo" della psicopatologia BPD (Korner et al., 2008). Inoltre, il confronto con altre esperienze affettive, ad esempio noia e solitudine, indica che il senso di vuoto tendenzialmente è meno orientato all'azione (D'Agostino et al., 2020). Ad esempio, la differenza tra noia e senso di vuoto sta proprio nel fatto che il soggetto annoiato desidera intraprendere una qualunque azione, desiderio che non è presente nelle persone che sperimentano senso di vuoto (D'Agostino et al., 2020). Discorso analogo può essere fatto per la solitudine. Il soggetto che sperimenta solitudine desidera entrare in contatto con le altre persone, mentre non c'è questo desiderio nel senso di vuoto (D'Agostino et al., 2020).

Seguendo invece una prospettiva differente, altri autori evidenziano come il senso di vuoto sia più strettamente legato a sintomi connessi con l'agito, come i comportamenti autolesivi. Secondo Klonsky (2008; cfr. paragrafo 1.3.1.3), ad esempio, il tentativo di ridurre il senso di vuoto è proprio una delle motivazioni alla base dei comportamenti autolesivi in pazienti con caratteristiche borderline. Nell'ipotesi dell'autore, la riduzione nel senso di vuoto riportata dai partecipanti prima e dopo il gesto autolesivo è indice del ruolo di mantenimento che ha il vuoto nel BPD. Sono dello stesso avviso Blasco-Fontecilla e collaboratori (2013), secondo cui l'autolesionismo può essere concettualizzato come un meccanismo di coping per gestire il senso di vuoto. Un altro recente lavoro, il cui obiettivo era quello di studiare la relazione tra BPD e disturbi alimentari, ha rilevato che il vuoto correlava in maniera significativa con autolesionismo, suicidio e anche con l'impulsività (De Paoli, Fuller-Tyszkiewicz, Huang, & Krug, 2020).

Serve dunque fare chiarezza per capire da che parte penda l'ago della bilancia, perché i contributi della letteratura non forniscono una visione univoca. Questa operazione di chiarezza è però complessa allo stato attuale, perché occorre considerare il funzionamento e i meccanismi sottostanti la psicopatologia borderline, e, guardando al BPD da un punto di vista categoriale, la questione diventa ardua. In questo senso possono tornare utili i dati della validazione SES-I, analizzati in modo differente. È possibile, infatti, condurre ulteriori approfondimenti sui dati già raccolti, prendendo in considerazione la SES-I insieme ad alcune scale del PID-5, lo strumento che misura i tratti di personalità disfunzionali secondo il modello alternativo per i disturbi di personalità (AMPD; APA, 2013).

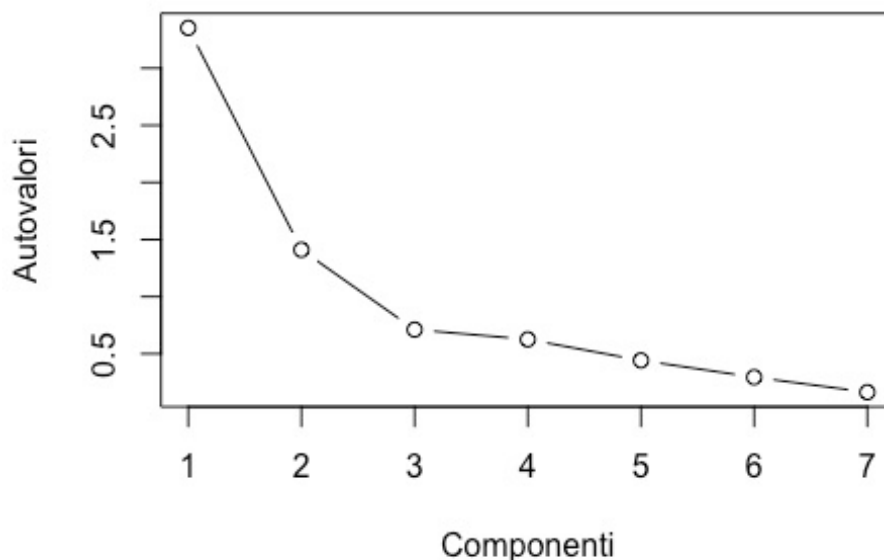
L'AMPD (e il PID-5 di conseguenza) definisce, infatti, tra gli altri, quali sono i tratti di personalità disfunzionali che caratterizzano il disturbo borderline di personalità, ovvero Labilità emotiva, Ansia, Angoscia di separazione, Depressività, Impulsività, Tendenza a correre rischi, Ostilità (APA, 2013). L'obiettivo è capire quali tra questi tratti possono predire il senso di vuoto, e in particolare se il senso di vuoto viene predetto da tratti che hanno a che fare con aspetti affettivi, oppure da tratti che sono per lo più orientati all'azione.

Tali analisi supplementari sono state condotte in due step: I) l'implementazione di una PCA sui PID-5-BPD per ridurre la dimensionalità dei dati ad un minor numero di componenti; II) uso delle componenti eventualmente estratte come variabili indipendenti in un modello lineare generale con una distribuzione gamma come distribuzione di probabilità ed una *link function* inversa, tenendo il punteggio alla SES-I come variabile dipendente. Prima di condurre la PCA sulle scale PID-5-BPD sono state calcolate misure per determinare l'adeguatezza del campione. L'indice di Kaiser-Meyer-Olkin ha dato un valore medio $KMO=0.72$. Il test della sfericità di Bartlett è significativo ($\chi^2= 182.71$, $df=21$, $p<0.0001$). Il valore della determinante della matrice di correlazione è 0.04479.

Alla luce di questi risultati si è provveduto ad estrarre le componenti. Una prima analisi ha estratto un numero di componenti uguali al numero delle sottoscale prese in considerazione ($n=7$). Il grafico degli autovalori (figura 1) mostra due componenti con un autovalore >1 . Sulla base del criterio di Keiser (Keiser, 1960), queste due componenti sono state estratte, ed una seconda PCA è stata implementata con rotazione varimax. Le due componenti spiegano complessivamente il 68% della varianza. Quattro sottoscale mostrano una saturazione maggiore di .50 sulla prima componente. Le scale in questione sono Labilità emotiva, Ansia, Angoscia di separazione e Depressività. La componente che include queste scale è stata chiamata componente Affettiva. La seconda componente, ribattezzata Comportamentale include le scale Impulsività, Ostilità e Tendenza a correre rischi (tabella 6 per i dettagli sulle saturazioni).

Il test di Shapiro-Wilk sul punteggio SES-I è significativo, e questo indica che il punteggio SES-I non segue una distribuzione normale ($W = 0.8906$, $p < .0001$), per cui è necessario utilizzare un modello lineare generalizzato (GLM) con una distribuzione di probabilità Gamma e una *link function* inversa.

Figura 1. Grafico degli autovalori sulle componenti PID-5-BPD.



I risultati del GLM indicano che c'è un effetto significativo della componente affettiva nel predire il senso di vuoto ($t = -3.403$, $p < 0.05$), mentre c'è un effetto non significativo della componente comportamentale ($t = -1.16$, $p = 0.25$) e dell'interazione tra le due componenti ($t = 0.73$, $p = 0.46$). È da notare che in virtù della *link function* inversa il t-value negativo in realtà è indicativo di una relazione positiva, ad indicare che all'aumentare della VI (le componenti) aumenta anche la VD (punteggio SES-I).

Che cosa ci dicono in sostanza questi ulteriori dati sulla discussione su BPD e senso di vuoto? Innanzitutto, la PCA mostra che i tratti disfunzionali che caratterizzano il BPD secondo l'AMPD possono essere ridotti in due grandi componenti. La prima componente rispecchia tratti di natura affettiva ed è composta dalle scale Labilità emotiva, Ansia, Angoscia di separazione e Depressività. Sono appunto dimensioni che hanno a che fare con l'affettività negativa e non sono legate in maniera diretta a comportamenti esternalizzanti. Diverso il discorso per la seconda componente, chiamata "comportamentale". Questa componente

comprende Impulsività, Ostilità e Tendenza a correre rischi. Si tratta di tutte componenti che hanno a che fare con agiti e/o problematiche di natura interpersonale.

Tabella 6. Risultati della PCA sui tratti PID-5-BPD.

Scale PID-5-BPD	Saturazioni	
	Affettivo	Comportamentale
1. Labilità emotiva	.82	
2. Ansia	.90	
3. Angoscia di separazione	.70	
4. Depressività	.78	
5. Impulsività		.77
6. Tendenza a correre rischi		.81
7. Ostilità		.57

Note. N=63

Il metodo di estrazione è la PCA con rotazione varimax. Sono mostrate solo le saturazioni >.50

Il dato clinico interessante che emerge dai risultati riguarda il fatto che le due componenti isolate non sono ugualmente efficaci nel predire il senso di vuoto, e che anzi solo la componente affettiva è in grado di predire un aumento del punteggio alla SES-I. In altre parole, aspetti della psicopatologia BPD legati a condotte esternalizzanti, come impulsività, tendenza a correre rischi, ed ostilità nelle relazioni interpersonali, non sembrano influenzare il senso di vuoto. Piuttosto, il vuoto sembra essere un aspetto della psicopatologia borderline quasi esclusivamente di carattere affettivo. Questo dato è in linea con quanto già emerso dall'analisi teorica e dai dati sulla validazione della SES-I, che vedevano la relazione tra senso di vuoto e impulsività, abuso di droghe/alcool e autolesionismo nulla o molto debole.

2.3 Dalla ricerca alla clinica: riflessioni sul senso di vuoto

I risultati delle ricerche condotte fin qui sulla SES forniscono spunti interessanti per riflessioni dal punto di vista clinico.

Una prima riflessione ha a che fare con la dimensione clinica del vuoto. La letteratura riporta che il senso di vuoto può essere presente sia nei pazienti con disturbi clinici che nelle persone senza disturbi mentali (D'Agostino et al., 2020; Peteet, 2011). I dati ricavati dalla SES-I sembrano confermare questo elemento, ma il gruppo clinico sembra avere qualcosa "in più".

I punteggi della SES-I infatti sono significativamente più elevati tra i pazienti con disturbi mentali, suggerendo che il vuoto è un fenomeno prevalentemente di interesse clinico. Inoltre, è probabile che la differenza sia non solo dal punto di vista quantitativo, ma che ci sia anche una differenza qualitativa, che purtroppo la SES-I non permette di rilevare.

Un'altra riflessione può essere effettuata sul concetto di senso di vuoto come costruito transdiagnostico. Questa visione è ampiamente descritta in letteratura: c'è tutto un corpus di lavori che indica come il vuoto sia presente in diversi disturbi (D'Agostino et al., 2020), e non solo nel BPD come invece indicato dal DSM-5 (APA, 2013). I dati sulla validazione della SES-I vanno infatti in questo senso, e a dimostrarlo è la varietà di correlazioni statisticamente significative con un grande numero di scale che rilevano disturbi di personalità, disturbi clinici e anche i tratti disfunzionali di personalità.

Un altro dato clinico interessante riguarda ciò che invece non sembra avere nulla a che fare con il vuoto (e quindi non correla con la SES-I). L'antagonismo infatti è l'unico dei cinque domini del PID-5 a non correlare con il punteggio SES-I. Si tratta di un elemento che conferma la validità divergente (cfr. paragrafo 2.1.4), ma il motivo alla base di questa conferma della validità convergente è importante anche dal punto di vista clinico. L'antagonismo è un dominio caratterizzato da "comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone [...], un'insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio" (A Fossati et al., 2016, p. 10). Questa assenza di correlazione con il senso di vuoto fa pensare, con le dovute cautele, che un paziente che sperimenta senso di vuoto è un paziente poco incline alla manipolazione, all'insensibilità, all'inganno e all'ostilità (A Fossati et al., 2016), tutte dimensioni che dovrebbero essere presenti in pazienti antisociali (A Fossati, Borroni, Somma, Markon, & Krueger, 2017).

In conclusione, un ultimo elemento che emerge dai dati ed è di grande interesse clinico riguarda il rapporto tra senso di vuoto e autolesionismo. Queste dimensioni, stando ai dati della validazione della SES-I, mostrano una relazione molto debole, e questo elemento è confermato anche dalle analisi supplementari condotte sulle sottoscale del PID-5, che indicano l'assenza di relazione tra vuoto e tratti di personalità disfunzionali legati alla sfera comportamentale. Tali dati tendono dunque a sconfessare la visione del senso di vuoto come dimensione coinvolta nel mantenimento dei comportamenti autolesivi (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Klonsky, 2008). Inoltre, è da notare che, sempre da quanto si osserva dalla validazione della SES-I, il senso di vuoto mostra una relazione più forte con la componente ideativa dell'autolesionismo, piuttosto

che comportamentale. Si tratta di un dato decisamente interessante, soprattutto per il valore che può avere dal punto di vista clinico, che sarebbe opportuno approfondire con specifici studi.

CAPITOLO 3

MODIFIED-SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (M-SES-I): VALIDAZIONE PRELIMINARE DI UNA VERSIONE MODIFICATA DELLA SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE

3.1 Oltre i limiti della SES: la costruzione di una versione modificata

Nel capitolo precedente è stato presentato un lavoro il cui obiettivo era quello di testare le caratteristiche psicometriche della versione italiana della Subjective Emptiness Scale (SES-I). La SES-I è il primo strumento nel panorama clinico italiano ad essere disponibile per la valutazione del senso di vuoto. Si tratta di uno strumento breve e versatile, potenzialmente di facile utilizzo in ambito clinico e di ricerca, e che ha dato buoni risultati in termini di validità e affidabilità, sia in un campione clinico che non clinico. Inoltre, ha tra i suoi punti di forza quello di utilizzare item che sono stati costruiti sulla base delle descrizioni in prima persona dell'esperienza di vuoto da parte dei pazienti BPD.

Tuttavia, come già sottolineato, la SES-I non è uno strumento perfetto e ci sono dei limiti che sono legati in gran parte al modo in cui lo strumento è stato pensato. Un primo limite è rappresentato dalla struttura unidimensionale. L'idea di ridurre lo strumento (e quindi il costrutto del vuoto) ad un unico fattore è l'obiettivo che ha guidato il lavoro degli autori, e il risultato è uno strumento molto breve (conta 5 item nella versione definitiva, Price et al., 2020) da cui è possibile estrapolare un solo punteggio. Un punteggio così concepito ha il limite di essere relativamente aspecifico, perché altamente (e facilmente) correlabile con diverse dimensioni psicopatologiche. Per fare un esempio tra tanti, nella nostra validazione abbiamo trovato una correlazione molto forte ($\rho > .80$) tra il punteggio SES-I e il punteggio depressione. Alla luce di questo dato sorgono dei dubbi sulla capacità dello strumento di differenziare adeguatamente i due costrutti (depressione e senso di vuoto), che sono certamente correlati ma non sovrapponibili.

Un secondo limite della SES è sempre legato all'operazione di riduzione degli item, ma in questo caso riguarda il contenuto della scala, perché eliminare una grande quantità di item comporta una perdita di ricchezza nelle descrizioni. Sappiamo dalla letteratura che il senso di vuoto è un costrutto estremamente complesso, sfaccettato, e con una grande variabilità molto

da persona a persona nel modo in cui viene descritto (Didonna & Gonzalez, 2009). Sembra difficile comprenderlo in tutta la sua complessità misurandolo con così pochi item.

Un ulteriore limite – che deriva in realtà dalle specifiche sopra citate dello strumento – è quello della struttura teorica alla base del test. Negli ultimi due anni abbiamo visto fiorire una grande quantità di studi sul vuoto. Diversi lavori hanno cercato di evidenziare e definire quelle che sono le componenti, o dimensioni, dell’esperienza di vuoto, lavorando sulle descrizioni dell’esperienza dei pazienti (Herron & Sani, 2021; Miller et al., 2021). Si può ritenere, ad oggi, che ci sia un generale accordo sul fatto che il costrutto del vuoto non sia “monolitico”, quanto piuttosto un’esperienza che può declinarsi in diversi modi. D’Agostino e collaboratori (2020) ad esempio hanno proposto tre componenti che vengono riportate, anche se con leggere differenze, da altri lavori, ovvero a) una componente fisico/corporea, b) una componente di solitudine/distacco interpersonale e c) una componente di insoddisfazione personale/mancanza di scopo.

Alla luce delle problematiche evidenziate sarebbe opportuno pensare a correttivi che permettano di superare alcuni dei limiti precedentemente evidenziati. Una possibile soluzione è quella di modificare la scala originaria, cercando di renderla più complessa, in termini di numero di item ma anche di possibili sottoscale che possano identificare e render meglio conto della complessità del costrutto dell’esperienza di vuoto. Abbiamo così sviluppato una versione rivista della Subjective Emptiness Scale, la Modified-Subjective Emptiness Scale (M-SES-I), un questionario self-report che include gli item della SES-I con l’aggiunta di item creati *ex-novo*.

I nuovi item sono stati costruiti integrando tre fonti. La prima fonte è la letteratura. Diversi lavori qualitativi riportano descrizioni testuali delle esperienze di vuoto in prima persona, sia di pazienti con BPD (Miller et al., 2021) sia di pazienti con altre diagnosi o partecipanti senza nessuna diagnosi (Herron & Sani, 2021). La seconda fonte è quella che attinge ai professionisti della salute mentale. Sono stati intervistati clinici sul tema del vuoto, in particolare cercando di capire come il vuoto viene descritto loro dai pazienti e quali metafore vengono più spesso usate. L’ultima fonte è quella degli 88 item costruiti per la versione preliminare della SES, basata sulle descrizioni di pazienti BPD dalla versione originale della SES. Le informazioni ricavate da queste tre fonti sono state integrate per creare un nuovo *pool* di item, in totale 29 (cfr. tabella 1).

Alla base della M-SES-I c’è anche una diversa ipotesi di struttura. Rispetto alla SES-I, infatti, la M-SES-I è uno strumento costituito da 3 dimensioni, in linea con la proposta di D’Agostino e collaboratori (2020): a) una dimensione fisico/corporea, b) una dimensione di

solitudine/disconnessione sociale, c) una dimensione di insoddisfazione personale/mancanza di scopo. Gli item creati sono stati attribuiti alle componenti ipotizzando, in base al contenuto tematico, l'appartenenza ad uno specifico dominio, appartenenza che dovrà essere poi verificata empiricamente, anche con l'obiettivo di eliminare eventuali item superflui. Lo strumento è stato poi preliminarmente testato in un campione non clinico per valutarne le caratteristiche psicometriche.

Tabella 1. *Lista degli item e relativi fattori della versione preliminare M-SES-I*

Fisico/corporeo	Solitudine/disconnessione sociale	Insoddisfazione/mancanza di scopo
Mi sento come una conchiglia vuota dentro	Mi sento assente nella mia stessa vita*	Sento di non sapere chi sono
Mi sento come se avessi la testa completamente vuota	Sento di non riuscire ad entrare in contatto con gli altri	Qualsiasi cosa io faccia, mi sento comunque insoddisfatto*
Mi sento come se avessi il cervello vuoto	Non sento niente	Mi sento come se fossi costretto a vivere*
Mi sento come un oggetto che fluttua nello spazio	Mi sento come se non riuscissi a farmi sentire dagli altri	Sento di non avere stimoli dentro di me
Mi sento vuoto dentro*	Mi sento completamente solo/a al mondo*	Mi sento come se non avessi un significato o uno scopo
Mi sento come un guscio d'uovo senza tuorlo dentro	Mi sento come se fossi disconnesso/a dal mondo*	Ho la sensazione che manchi qualcosa nella mia vita ma non so cosa
Mi sento come se avessi un buco dentro*	Mi manca l'affetto degli altri	Sento di non riuscire ad apprezzare nulla di ciò che faccio
Mi sento senza energie dentro	Sento di non avere niente di valore da offrire agli altri	Mi sento come se avessi perso la mia identità
Mi sento invisibile	Mi sento come un alieno rispetto alle altre persone	Mi sento morto dentro
Sento un buco in fondo al mio stomaco	Mi sento sfinito dagli altri	

Note. * Item SES-I

3.2 Validazione psicometrica della Modified-Subjective Emptiness Scale (M-SES-I)

3.2.1 Obiettivi

Il lavoro che segue è un pre-test il cui scopo è quello di indagare le caratteristiche psicometriche della M-SES-I, per capire se sussistono i requisiti minimi per ipotizzare una validazione dello strumento in un campione clinico. Il primo obiettivo è quello di verificare se la struttura a tre fattori ipotizzata è confermata anche dai dati. All'interno di questo processo di

verifica è importante anche stabilire quali item effettivamente misurano il costrutto ed eliminare invece quelli che si rivelano non adeguati.

Una volta verificata la struttura, verranno indagate le caratteristiche psicometriche del test, in termini di affidabilità e validità.

Per quanto riguarda la validità, gli obiettivi sono diversi. Se il contenuto tematico dei fattori dovesse essere coerente con quanto ipotizzato da D'Agostino e collaboratori (2020), si avrebbe l'effettiva conferma della validità di costrutto, sulla base dell'idea di considerare il vuoto come un costrutto multidimensionale composto da diversi ingredienti che sono presenti in proporzioni diverse a seconda dei pazienti.

Ci sono anche altri aspetti della validità da testare. Per quanto riguarda la validità convergente, le informazioni da ricercare sono diverse. In primo luogo, sapendo che il senso di vuoto è un'esperienza prevalentemente clinica (cfr. paragrafo 2.3), l'obiettivo è quello di studiare la relazione tra i fattori M-SES-I e scale che misurano indici di psicopatologia generale, ma anche dimensioni come depressione, problematiche interpersonali, isolamento e ritiro (D'Agostino et al., 2020).

Un secondo elemento da verificare per sostenere la validità convergente riguarda la relazione tra vuoto e altre dimensioni che fanno riferimento a dimensioni affettive, come ad esempio la disforia e la regolazione delle emozioni. Ad esempio, si è visto come il senso di vuoto, anche a causa della difficoltà ad intraprendere qualunque attività, sia uno stato difficile da regolare e/o interrompere (cfr. paragrafo 1.2). In questa ottica, ci si può aspettare dunque correlazioni positive con scale che identificano la difficoltà nella regolazione delle emozioni. Inoltre, sempre in riferimento alla dimensione affettiva, ci aspettiamo una correlazione positiva con scale che rilevano la disforia, visto che le due esperienze sono state considerate come parte integrante dello stesso nucleo affettivo (Korner et al., 2008).

Un ultimo obiettivo è la verifica della validità discriminante, che può essere testata studiando la relazione tra senso di vuoto e dimensioni relative all'impulsività. Ci si aspetta in questo senso che tutti i fattori correlino in maniera debole o nulla con misure di impulsività, sulla base dei risultati che abbiamo ricavato sia dalla validazione della SES-I (cfr. paragrafo 2.1) e dall'applicazione della SES-I su tratti disfunzionali relativi al BPD (cfr. paragrafo 2.2)

3.2.2 Ipotesi

Dal punto di vista strutturale si ipotizza che il test sia composto da tre fattori, che rispecchiano una dimensione fisico/corporea; una dimensione di solitudine/disconnessione sociale e una dimensione di insoddisfazione personale relative al senso di vuoto (cfr. tabella 1).

Dal punto di vista psicometrico ci si aspetta che l'attendibilità sia adeguata sia per quanto riguarda lo strumento in generale che per le sottodimensioni.

Rispetto alla validità, la conferma della struttura multidimensionale contribuisce alla validità di costrutto. Si ipotizza inoltre una correlazione significativa ma moderata tra questi fattori, che starebbe ad indicare la presenza di componenti condivise che non sono però del tutto sovrapponibili.

Ci si attende inoltre, a ulteriore prova della validità di costrutto, la correlazione positiva e significativa con scale che misurano il senso di vuoto.

Dal punto di vista della validità convergente si ipotizzano correlazioni positive e significative tra i fattori della M-SES-I e le scale Global Severity Index, Depressione e Sensibilità interpersonale della SCL-90-R, e con il punteggio generale della BDI-II, come suggerito dalla letteratura rispetto alla relazione tra vuoto e dimensioni cliniche (D'Agostino et al., 2020).

Rispetto alla relazione fra vuoto ed esperienza affettiva, ci si aspettano correlazioni positive con scale che identificano la difficoltà nella regolazione delle emozioni e con scale che rilevano la disforia, visto che le due esperienze sono state considerate come parte integrante dello stesso nucleo affettivo (Korner et al., 2008).

Rispetto alla validità discriminante si ipotizza che tutti i fattori M-SES-I correlino in maniera debole o nulla con misure di impulsività, sulla base dei risultati che abbiamo ricavato sia dalla validazione della SES-I (cfr. paragrafo 2.1) e dall'applicazione della SES-I su tratti disfunzionali relativi al BPD (cfr. paragrafo 2.2).

3.2.3 Metodi

3.2.3.1 Partecipanti

La ricerca ha coinvolto un totale di 94 partecipanti (età media 31.98, DS=8.62) che hanno completato una batteria di questionari self-report somministrati online tramite Google Moduli. Il link è stato diffuso tramite social network, ed erano invitati a partecipare soggetti di

età compresa tra i 18 e i 65 anni. Sono stati esclusi dalle analisi i partecipanti di età maggiore a 65 anni (n=1) e i partecipanti il cui protocollo aveva un tasso di risposte mancanti >5% (n=5). Il campione finale sul quale sono state condotte le analisi è composto da 88 partecipanti (età media=31.66, DS= 7.78, 12.50% maschi, 86.36% femmine, 1.14% preferisce non specificare, range d'età 20-60).

3.2.3.2 Strumenti

I partecipanti hanno completato un protocollo composto da sei strumenti self-report: la Modified-Subjective Emptiness Scale (M-SES), la Symptom Checklist 90 – Revised (SCL-90-R; Derogatis, 2011), la Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP; Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman, & Sirota, 2003), la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995), la Difficulties of Emotions Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004) e la Nepean Dysphoria Scale (NDS-I; Berle & Starcevic, 2012)

La *Modified-Subjective Emptiness Scale* (M-SES-I) è uno strumento che deriva dalla modifica della SES-I (Price et al., 2020). Nella versione preliminare che verrà testata in questo studio è composta da 29 item, 7 derivati dalla scala originale e i restanti creati *ex-novo*. Le opzioni di risposta sono derivate dalla SES-I e prevedono risposte su una scala likert a 4 punti, da 1 (per niente vero) a 4 (molto vero). La struttura che verrà testata prevede la presenza di 3 sottoscale: una scala fisico/corporea, una scala di solitudine/disconnessione sociale e una scala di mancanza di scopo/insoddisfazione. Le proprietà psicometriche e la struttura saranno valutate in questo studio.

La *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 2011; Sarno, Preti, Prunas, & Madeddu, 2011) è uno strumento self-report per la valutazione della presenza e intensità dei sintomi psicopatologici. È composta da 90 item con opzioni di risposta su scala Likert a 5 punti, in riferimento alla presenza dei sintomi negli ultimi 7 giorni. In totale ci sono 9 sottoscale e 3 indici globali. Le sottoscale sono Somatizzazione, Depressione, Ansia, Ossessivo-Compulsivo, Sensibilità Interpersonale, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione paranoide e Psicoticismo. Gli indici invece sono il Global Severity Index (GSI) che è un indicatore globale relativo alla intensità e profondità dei sintomi riportati, il Positive Symptom Total (PST) misura l'ampiezza della psicopatologia, e infine il Positive Symptomatic Distress Index (PSDI) misura l'intensità dei sintomi (Sarno et al., 2011). Nella versione italiana l'alpha di Chronbach delle sottoscale ha generalmente valori tra accettabile e buoni, esclusa la scala Ansia Fobica che ha un valore $\alpha=0.68$ (leggermente al di sotto del valore soglia di 0.70), mentre sei scale su nove hanno un valore superiore ad $\alpha=.80$ (Sarno et al., 2011).

La *Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale* (OMMP, Orbach et al., 2003; Tossani et al., 2019) è uno strumento self report per la valutazione del “dolore mentale”, ovvero una importante esperienza dolorosa diffusa tra le persone che hanno sperimentato perdita e trauma. Lo strumento nella versione italiana è composto da 31 item e fornisce risposte su scala Likert a 5 punti, da 1 (“fortemente in disaccordo”) a 5 (“totalmente d’accordo”). La versione italiana presenta una struttura multidimensionale caratterizzata da 5 fattori: Irreversibilità, Mancanza di controllo e “freezing”, Ferite Narcisistiche, Flooding emotivo, Senso di vuoto (Tossani et al., 2019). La consistenza interna della scala nella versione originale è accettabile, con l’alpha di Chronbach che varia da un minimo di $\alpha=.74$ a $\alpha=.95$ (Orbach et al., 2003). Nella versione italiana i valori di alpha per le cinque sottoscale variano da $\alpha=.81$ a $\alpha=.95$ (Tossani et al., 2019).

La *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995; Fossati, Di Ceglie, Acquarini, & Barratt, 2001) è uno strumento self report per la valutazione dell’impulsività. Gli item forniscono risposte su scala Likert a 4 punti, da 1 (“Raramente/Mai”) a 4 (“Sempre/Quasi sempre”). Le sottoscale sono 6: Attenzione, Impulsività motoria, Autocontrollo, Complessità cognitiva, Perseveranza, Instabilità cognitiva. La consistenza interna della versione originale è soddisfacente, con $\alpha=.82$ (Patton et al., 1995), la versione italiana presenta un valore simile, con $\alpha=.79$ (Andrea Fossati et al., 2001).

La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti, & Sica, 2010) è uno strumento self report per la valutazione delle difficoltà nella regolazione delle emozioni negative. Nella versione italiana lo strumento è composto da 36 item, i cui punteggi possono essere assegnati sulla base di una scala Likert a 5 punti, da 1 (“Quasi mai”) a 5 (“Quasi sempre”). Lo strumento è composto da 6 sottoscale: Mancanza di accettazione, Difficoltà nella distrazione, Mancanza di fiducia, Mancanza di controllo, Difficoltà nel riconoscimento, Ridotta autoconsapevolezza. Nella versione originale la consistenza interna è molto alta ($\alpha=.93$), con un’adeguata affidabilità delle sottoscale che mostrano tutte un valore di $\alpha>.80$ (Gratz & Roemer, 2004). La consistenza interna dello strumento nella versione italiana è elevata ($\alpha=.90$), per le sottoscale i punteggi variano da $\alpha=.74$ a $\alpha=.88$ (Sighinolfi et al., 2010).

La *Nepean Dysphoria Scale* (NDS-I; Berle & Starcevic, 2012; D’Agostino, Manganelli, Aportone, Rossi Monti, & Starcevic, 2016) è un questionario self report per la valutazione della gravità della disforia. Nella versione italiana è composto da 24 item, con opzioni di risposta su scala Likert a 5 punti, da 1 (“Per nulla”) a 5 (“Sempre”). Lo strumento è composto da 4 sottoscale: Irritabilità, Scontentezza, Risentimento interpersonale, Resa. Nella versione

originale la consistenza interna è eccellente ($\alpha=.91$), così come per la versione italiana ($\alpha=.95$) (Berle & Starcevic, 2012; D'Agostino et al., 2016).

3.2.3.3 *Analisi dei dati*

Per quanto riguarda le analisi, la struttura della scala verrà indagata con un'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) e Modelli di Equazioni Strutturali Esplorativi (ESEM). Dal momento che lo strumento si basa su una esplicita formulazione in termini di struttura attesa, si è deciso di implementare il primo luogo una CFA e solo successivamente, se il fit del modello CFA non risultasse adeguato, si cercherà di combinare un approccio esplorativo con un approccio confermativo in un modello ESEM.

L'affidabilità sulla struttura fattoriale verrà calcolata utilizzando alpha di Chronbach e omega di MacDonald (Revelle & Condon, 2019). Per testare la validità convergente e discriminante invece verranno calcolate correlazioni con il coefficiente non parametrico Rho di Spearman.

3.2.4 *Risultati*

Il campione preso in considerazione per le analisi è composto da 88 soggetti, i dettagli delle caratteristiche demografiche sono presentati in tabella 2.

La verifica della struttura della M-SES-I è stata condotta in due fasi. Nella prima fase è stata condotta una CFA sul modello ipotizzato nella versione di partenza (cfr. tabella 1), considerando tutti i 29 item. Gli indici di fit però non hanno restituito un quadro soddisfacente ($\chi^2=905.688$, $gdl=402$, $p<0.001$; CFI=0.69, TLI=0.66; RMSEA 0.12, CI=0.11-0.13, $p<0.001$). Per migliorare il fit, nella seconda fase si è utilizzato un modello ESEM. Sono stati eliminati gli item che avevano una saturazione $<.40$ su un fattore; oppure avevano più saturazioni con due fattori, con una differenza tra le saturazioni $<.10$).

In seguito a questa riduzione sono rimasti 18 item che saturano su 3 fattori. I fattori spiegano nel complesso il 39% della varianza. Il modello derivato dall'ESEM a 18 item presenta un fit decisamente superiore rispetto al precedente ($\chi^2=133.963$, $gdl=122$, $p=0.216$; CFI=0.98, TLI=0.98; RMSEA 0.034, CI=0.00-0.06, $p=0.773$) ed è la soluzione più parsimoniosa (per il dettaglio degli item cfr. tabella 3).

Rispetto all'attendibilità, le analisi hanno mostrato valori di consistenza interna misurati con alpha eccellenti ($\alpha=.92$). Rispetto all'attendibilità della struttura, calcolata con omega, i risultati mostrano un valore omega totale $\omega_t=.94$ e un valore di omega gerarchico $\omega_h=.73$. Per

le sottoscale ricavate dai fattori, i valori di omega sono tutti superiori a $\omega=.80$, con il valore del primo fatto $\omega=.86$, del secondo fattore $\omega=.88$ e del terzo fattore $\omega=.80$.

Tabella 2. *Caratteristiche demografiche del campione.*

	<i>n</i>	%
Genere		
Femmine	76	86.36
Maschi	11	12.50
Preferisce non specificare	1	1.14
Stato civile		
Celibe/nubile	42	47.73
In una relazione stabile	23	26.14
Sposato/a o convivente	21	23.86
Separato/a	1	1.14
Vedovo	1	3.17
Livello scolastico		
Diploma	57	64.77
Laurea	14	15.91
Dottorato di ricerca	11	12.54
Master/specializzazione post-laurea	4	4.56
Non specificato	2	2.28
Occupazione		
Lavoro full-time	41	46.9
Lavoro part-time	14	15.91
Libero professionista	13	14.77
Altro	20	22.8

Note. n=88.

Dall'analisi del contenuto degli item emerge che il primo fattore (F1-MSES) include item relativi al dominio corporeo, il secondo fattore (F2-MSES) include item relativi alla dimensione interpersonale/solitudine e disconnessione, il terzo fattore (F3-MSES) include item relativi alla dimensione di insoddisfazione. I fattori sono tra loro moderatamente correlati (cfr. tabella 4).

Tabella 3. *Item M-SES-I dopo l'applicazione del modello ESEM*

Fisico/ corporeo	Solitudine/ disconnessione sociale	Insoddisfazione/ mancanza di scopo
Mi sento come una conchiglia vuota dentro	Sento di non riuscire ad entrare in contatto con gli altri	Sento di non sapere chi sono
Mi sento assente alla mia stessa vita*	Mi sento come se non riuscissi a farmi sentire dagli altri	Qualsiasi cosa io faccia, mi sento comunque insoddisfatto*
Mi sento come se avessi il cervello vuoto	Mi sento come se fossi disconnesso dal mondo*	Ho la sensazione che manchi qualcosa nella mia vita ma non so cosa
Non sento niente	Sento di non avere niente di valore da offrire agli altri	
Mi sento come se fossi costretto a vivere*	Mi sento come se avessi perso la mia identità	
Mi sento vuoto dentro*	Mi sento invisibile	
Mi sento morto dentro	Mi sento come un alieno rispetto alle altre persone	
	Mi sento sfinito dagli altri	

Note. * Item SES-I

Rispetto alla relazione tra M-SES-I e Symptom Checklist-90-Revised, tutte le scale di quest'ultima correlano in maniera positiva e significativa con tutti i fattori.

In generale, le correlazioni più elevate sono quelle tra il fattore F2-MSES e la scala Sensibilità interpersonale ($\rho=.69$, $p<0.001$), e tra il punteggio F2-MSES e la Global Severity Index ($\rho=.65$, $p<0.001$).

Osservando nello specifico i fattori M-SES-I, il fattore F1-MSES mostra la correlazione più elevata con la scala della Depressione ($\rho=.58$, $p<0.001$). Il fattore F3-MSES mostra la correlazione più elevata con la scala Psicoticismo ($\rho=.52$, $p<0.001$) (cfr. tabella 5 per ulteriori dettagli).

Tabella 4. Correlazioni con Rho di Spearman tra fattori M-SES-I.

Fattore	1.	2.	3.
1. F1-MSES	-		
2. F2-MSES	0.44**	-	
3. F3-MSES	0.53**	0.41**	-

Note. n=88; ** $p<0.01$; * $p<0.05$.

F1-MSES = fattore corporeo/di inattività; F2-MSES = fattore interpersonale/ disconnessione sociale; F3-MSES = insoddisfazione/mancanza di scopo.

Tabella 5. Correlazioni con Rho di Spearman tra i fattori M-SES-I e le sottoscale SCL-90-R

Variabile	F1-MSES	F2-MSES	F3-MSES
SOM	.26**	.43**	.22*
O-C	.50**	.64**	.51**
I-S	.39**	.69**	.49**
DEP	.58**	.57**	.45**
ANX	.46**	.55**	.46**
HOS	.42**	.51**	.45**
PHOB	.40**	.48**	.36**
PAR	.28**	.58**	.39**
PSY	.58**	.60**	.52**
GSI	.53**	.65**	.51**

Note. n=88; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

F1-MSES = fattore corporeo; F2-MSES = fattore interpersonale/ disconnessione sociale; F3-MSES = insoddisfazione/mancanza di scopo; SOM = somatizzazione; O-C = ossessivo-compulsivo, I-S = sensibilità interpersonale; DEP = depressione; ANX = ansia; HOS = ostilità; PHOB = ansia fobica; PAR= ideazione paranoide; PSY = psicoticismo; GSI = global severity index.

Per quanto riguarda le correlazioni tra M-SES-I e Orbach e Mikulincer Mental Pain, tutti i fattori correlano in maniera positiva e significativa con la scala Senso di vuoto. La correlazione più forte è quella con il fattore F1-MSES ($\rho=.62$, $p<0.001$), mentre la correlazione

è moderata con il fattore F2-MSES ($\rho=.54$, $p<0.001$) e più bassa con il fattore F3-MSES ($\rho=.41$, $p<0.001$) (cfr. tabella 6 per ulteriori dettagli).

Per quanto riguarda le correlazioni tra M-SES-I e Barratt Impulsiveness Scale-11 le correlazioni più elevate sono quelle del fattore F2-MSES con la scala Instabilità cognitiva ($\rho=.51$, $p<0.001$) e Perseveranza ($\rho=.38$, $p<0.001$). Sono presenti correlazioni deboli tra i tre fattori e la scala Attenzione (F1-MSES $\rho=.31$, $p<0.01$; F2-MSES $\rho=.36$, $p<0.01$; F3-MSES $\rho=.25$, $p<0.05$), mentre sono presenti correlazioni non significative tra i tre fattori e le scale Impulsività motoria (F1-MSES $\rho=.12$, $p=0.25$; F2-MSES $\rho=.06$, $p=0.55$; F3-MSES $\rho=.09$, $p=0.36$) e Autocontrollo (F1-MSES $\rho=.20$, $p=0.06$; F2-MSES $\rho=.17$, $p=0.11$; F3-MSES $\rho=.19$, $p=0.07$) (cfr. tabella 6 per ulteriori dettagli).

Per quanto riguarda le correlazioni tra MSES e Difficulties in Emotion Regulation Scale, rispetto al fattore F1-MSES la correlazione più elevata è quella con la scala Difficoltà nel riconoscimento ($\rho=.56$, $p<0.001$), rispetto al fattore F2-MSES la correlazione più elevata è con la scala Mancanza di controllo ($\rho=.50$, $p<0.001$). Il fattore F3-MSES mostra la correlazione più elevata con la scala Difficoltà nel riconoscimento ($\rho=.47$, $p<0.001$). Ci sono correlazioni deboli o nulle con la scala Ridotta autoconsapevolezza (F1-MSES $\rho=.20$, $p=0.06$; F2-MSES $\rho=-.03$, $p=0.72$; F3-MSES $\rho=.21$, $p<0.05$). (cfr. tabella 7 per ulteriori dettagli).

Tabella 6. Correlazioni con Rho di Spearman tra i fattori M-SES-I e le sottoscale OMMP e BIS-11

Variabile	F1-MSES	F2-MSES	F3-MSES
OMMP			
Irreversibilità	.53**	.64**	.40**
Mancanza di controllo	.56**	.54**	.52**
Ferite narcisistiche	.59**	.64**	.45**
Flooding emotivo	.40**	.56**	.44**
Senso di vuoto	.62**	.54**	.41**
BIS-11			
Attenzione	.31**	.36**	.25*
Impulsività motoria	.12	.06	.09
Autocontrollo	.20	.17	.19
Complessità cognitiva	.26**	.06	.07
Perseveranza	.29**	.38**	.36**
Instabilità cognitiva	.22*	.51**	.37**

Note. n=88; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

F1-MSES = fattore corporeo; F2-MSES = fattore interpersonale/ disconnessione sociale; F3-MSES = insoddisfazione/mancanza di scopo; OMMP = Orbach e Mikulincer Mental Pain Scale; BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale

Per quanto riguarda le correlazioni tra Nepean Dysphoria Scale e M-SES-I Le correlazioni più elevate sono tra il fattore F1-MSES e le scale Scontentezza ($\rho=.52$; $p<0.001$) e Resa ($\rho=.44$; $p<0.001$) (cfr. tabella 7 per ulteriori dettagli).

Tabella 7. Correlazioni con Rho di Spearman tra i fattori M-SES-I e le sottoscale DERS e NDS-I

Variabile	F1-MSES	F2-MSES	F3-MSES
DERS			
Mancanza di accettazione	.42**	.40**	.41**
Difficoltà nella distrazione	.45**	.41**	.38**
Mancanza di fiducia	.54**	.42**	.44**
Mancanza di controllo	.44**	.50**	.29**
Difficoltà nel riconoscimento	.56**	.27*	.47**
Ridotta autoconsapevolezza	.20	-0.03	.21*
NDS-I			
Irritabilità	.34**	.41**	.28**
Scontentezza	.51**	.40**	.39**
Resa	.44**	.43**	.36**
Risentimento interpersonale	.30**	.40**	.29**

Note. $n=88$; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

F1-MSES = fattore corporeo; F2-MSES = fattore interpersonale/ disconnessione sociale; F3-MSES = insoddisfazione/mancanza di scopo; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; NDS-I = Nepean Dysphoria Scale

3.2.5 *Discussione*

I risultati preliminari mostrano che la M-SES-I è uno strumento valido e affidabile, che può essere utilizzato per la valutazione del senso di vuoto. La versione della M-SES-I a 18 item che si organizzano in tre fattori sembra avere un fit adeguato, confermando che questa versione della scala è in linea con l'ipotesi iniziale, che vedeva il senso di vuoto come un costrutto complesso, a tre fattori.

Il primo fattore consiste di 7 item e comprende principalmente item che rimandano ad una dimensione del vuoto fisica e corporea, in linea con quanto proposto da D'Agostino e collaboratori (2020). Gli item di questa componente contengono prevalentemente descrizioni del vuoto in senso metaforico, facendo riferimento ad immagini concrete (ad esempio "mi sento come una conchiglia vuota dentro) o a specifiche parti del corpo ("mi sento come se avessi il cervello vuoto"). È da notare che alcuni item che saturano in questo fattore non contengono propriamente una descrizione corporea del senso di vuoto (ad esempio "mi sento come se fossi costretto a vivere"). Si tratta però, di un dato che è necessario approfondire ulteriormente cercando di comprendere se questo tipo di saturazione è riscontrabile anche in un campione clinico.

Il secondo fattore include 8 item che fanno riferimento all'esperienza di vuoto in rapporto agli altri ("sento di non riuscire ad entrare in contatto con gli altri") o in riferimento alla distanza dagli altri ("mi sento come se fossi disconnesso dal mondo"). Il contenuto di questo fattore è sostanzialmente in linea con il fattore di solitudine/disconnessione sociale ipotizzato (D'Agostino et al., 2020).

Il terzo ed ultimo fattore include 3 item che sono relativi all'insoddisfazione e mancanza di scopo (ad es. "qualsiasi cosa io faccia, mi sento comunque insoddisfatto"). Anche in questo caso il contenuto del fattore è in linea con quanto ipotizzato in partenza.

La struttura non è solo supportata dai buoni indici di fit, ma anche dagli indici di attendibilità. Il valore eccellente della consistenza interna indica che gli item sono coerenti nel misurare il costrutto del senso del vuoto, e i valori dell'omega indicano che la struttura fattoriale è attendibile ed è possibile utilizzare i fattori come sottoscale.

Entrando nel campo della validità, emergono risultati interessanti. Anzitutto, il fatto che la M-SES-I sia effettivamente uno strumento composto da tre fattori coerenti con l'ipotesi di partenza dà sostegno alla validità di costrutto. E, in aggiunta a questo, la correlazione positiva e significativa tra tutti i punteggi M-SES-I e il punteggio alla scala Senso di vuoto della OMMP è una ulteriore conferma della validità di costrutto.

Come secondo elemento a sostegno della validità, tutti i punteggi della M-SES correlano con i punteggi della SCL-90-R. Si tratta di un dato rilevante sotto diversi punti di vista. In primo luogo, le correlazioni sono moderate, e questo indica che i costrutti non sono sovrapposti. Dal punto di vista concettuale questo elemento è importante perché indica che i fattori M-SES-I misurano un costrutto di rilievo clinico, ma non è sovrapponibile alle dimensioni misurate dalla SCL-90-R. Sarà importante osservare se questo tipo di associazione, soprattutto rispetto alla forza delle correlazioni, è riscontrabile anche in un campione clinico.

Entrando nel dettaglio delle correlazioni con la SCL-90-R, possiamo osservare che il fattore F2-MSES correla in maniera significativa con la scala Sensibilità interpersonale e Psicoticismo. Entrambi risultati attesi che sostengono la validità convergente. Infatti la scala della Sensibilità interpersonale misura sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti delle altre persone, dubbi su di sé e disagio nelle relazioni interpersonali (Sarno et al., 2011), e ci si attendeva la correlazione più forte fosse con il fattore “interpersonale” della M-SES-I. Allo stesso modo lo Psicoticismo contiene sia item che fanno riferimento ai sintomi di primo rango della schizofrenia, ma anche item indicativi di ritiro e isolamento sociale (Sarno et al., 2011), ed è la presenza di questo tipo di item che ci ha fatto ipotizzare l’associazione di questa scala con il secondo fattore della M-SES-I.

Altro elemento a sostegno della validità convergente è la correlazione di tutti e 3 i fattori M-SES-I con la scala della depressione della SCL-90-R, dato atteso anche alla luce della validazione SES-I. È interessante notare che la correlazione più forte è con il fattore F1-MSES; dato, anche questo, che è opportuno approfondire in un campione clinico.

Sono interessanti anche le correlazioni positive e significative che si osservano tra M-SES-I e DERS. La DERS misura problemi nella regolazione delle emozioni, e ci si aspettava la correlazione di questa dimensione con il senso di vuoto, dal momento che una delle caratteristiche del vuoto, emersa dal confronto con altre esperienze affettive, è la difficoltà a trovare delle strategie per interrompere o regolare l’esperienza spiacevole. Si tratta di un ulteriore elemento a sostegno della validità convergente.

Confermano la validità convergente anche le correlazioni con le dimensioni della disforia misurate con la NDS-I. Entrando nello specifico delle correlazioni, è interessante notare che il fattore di solitudine/disconnessione sociale correla più fortemente, rispetto agli altri due fattori M-SES-I, con le scale Irritabilità e Risentimento interpersonale. Si tratta di un dato atteso, dal momento che le due scale della NDSI-I hanno a che fare con gli aspetti esternalizzanti e interpersonali della disforia (D’Agostino et al., 2016).

La scala Resa invece correla maggiormente con il fattore corporeo della M-SES-I. Anche la scala Scontentezza della NDS-I correla maggiormente con il fattore F1-MSES, e questo dato è in qualche modo inatteso, dal momento che dovrebbe essere il terzo fattore della M-SES-I, quello appunto relativo alla dimensione dell'insoddisfazione e mancanza di scopo, ad essere maggiormente correlato. Sono necessari ulteriori studi per comprendere la natura della relazione.

Per quanto riguarda la validità divergente, il quadro che emerge dalle correlazioni con la BIS-11 conferma le attese. L'impulsività in generale è una dimensione psicopatologica poco correlata al senso di vuoto, e infatti le correlazioni delle scale BIS-11 con i fattori della M-SES-I sono tutte nulle o deboli. Unica eccezione è data dalla sottoscala Impulsività cognitiva che mostra una correlazione moderata con il fattore di solitudine/disconnessione sociale della M-SES-I. La natura della presenza di questa relazione deve essere approfondita da ulteriori studi.

In generale i risultati di questo studio preliminare sulla M-SES-I sono incoraggianti, ma ci sono comunque diversi limiti. L'uso di un campione esclusivamente non clinico per testare dimensioni cliniche è qualcosa che deve essere tenuto presente nel momento in cui si interpretano i risultati.

La selezione di questa tipologia di partecipanti è determinata da due motivi: in primo luogo la natura preliminare del lavoro. Il secondo motivo è legato alla situazione pandemica concomitante alla progettazione della ricerca, che ha rappresentato un ostacolo relativamente alla possibilità di accedere a strutture e servizi di salute mentale per il reclutamento di soggetti clinici,

Ad ogni modo, il fatto di aver usato un campione esclusivamente non clinico può causare distorsioni dal momento che le dimensioni studiate sono per definizione sottorappresentate in questi partecipanti. Per questo motivo le conclusioni non possono essere generalizzate, non prima almeno di aver replicato i risultati anche nella popolazione clinica.

Infine, i dati sembrano mostrare che anche il fattore di insoddisfazione/mancanza di scopo è poco definito. Infatti, questo fattore mostra coefficienti di correlazione sistematicamente più deboli rispetto agli altri due fattori M-SES-I. Bisognerà capire se questa mancanza di specificità è rilevabile anche in un campione clinico ed eventualmente applicare adeguati correttivi. Il fattore di solitudine/disconnessione sociale sembra essere quello più solido sia in termini di affidabilità sia in termini di validità convergente e divergente. Sarà importante determinare se questa solidità è osservabile anche in campioni clinici.

3.3 Conclusioni

Nei paragrafi precedenti abbiamo discusso e analizzato le caratteristiche psicometriche della SES-I e della sua versione modificata, la M-SES-I. La SES, nonostante sia uno strumento abbastanza recente, ha riscosso un discreto interesse anche in paesi non anglofoni, ed è stata tradotta, adattata e validata sia in Germania (Konjusha et al., 2021) sia, con il nostro studio, in Italia (D'Agostino et al., 2021). I limiti della scala, tuttavia, sono evidenti trasversalmente a tutte le versioni, perché determinati dalle caratteristiche intrinseche dello strumento, ovvero soprattutto la sua unifattorialità. La M-SES-I, invece, seppur ancora non testata in un campione clinico, nasce allo scopo di superare questi limiti, e i risultati dello studio preliminare sono incoraggianti in questo senso.

In particolare, per quanto riguarda la struttura, la SES-I è caratterizzata da una struttura monodimensionale a 5 item, che rappresenta il nucleo dell'esperienza di vuoto. La M-SES-I invece mostra una struttura composta da tre fattori derivanti da un numero totale maggiore di item: a) un fattore fisico/corporeo; b) un fattore di solitudine/disconnessione sociale e c) un fattore di insoddisfazione/mancanza di scopo. Questo tipo di struttura multidimensionale riflette meglio la complessità del costrutto del vuoto, apparendo così maggiormente in linea con le evidenze teoriche. In relazione a questo, un'altra differenza tra SES-I e M-SES-I riguarda i punteggi che vengono ricavati dalle scale. La SES-I restituisce un solo punteggio generale, la M-SES-I invece fornisce tre punteggi, che sono direttamente derivati dai fattori che compongono la scala. Questo permette alla M-SES-I di fornire valutazioni tra variabili ad un livello di dettaglio maggiore.

Per fare un esempio, se si vuole indagare la relazione tra senso di vuoto e depressione, la differenza tra le valutazioni effettuate con i due strumenti sta nel fatto che, mentre la SES-I può dirci solo se i costrutti sono in relazione, la M-SES-I invece può mostrare quale aspetto del vuoto è collegato all'esperienza della depressione, e se prevale una dimensione fisico/corporea dell'esperienza, una dimensione interpersonale o una dimensione di insoddisfazione.

Dunque, le possibilità di approfondimento che apre la M-SES-I rispetto alla SES-I sono molteplici e rappresentano un deciso passo in avanti rispetto allo strumento di partenza, che ci permette di riflettere in maniera diversa sul senso di vuoto. Guardando i dati della SES-I l'idea che ricaviamo del senso di vuoto è del tipo "bianco o nero". La M-SES-I invece sembra essere in grado di ricomporre la "scala di grigi" che restituisce la giusta complessità ad un quadro che sappiamo bene dalla teoria essere estremamente complesso.

Infine, è importante segnalare che la maggiore complessità sul piano teorico non si riflette in una maggiore complessità nell'utilizzo. Se la SES-I si caratterizza per essere uno

strumento veloce e flessibile per la valutazione del senso di vuoto, questo vale anche per la M-SES-I. Lo “scheletro” dello strumento è identico, anche per quanto riguarda le istruzioni per la somministrazione. In aggiunta, la M-SES-I si compone di 18 item contro i 7 della versione originale. A livello di tempi e modalità di somministrazione le differenze sono realmente irrilevanti perché la differenza nel numero di item non comporta un aumento significativo del tempo di somministrazione, se non nell'ordine di qualche minuto.

La M-SES-I sembra dunque uno strumento veloce e teoricamente fondato per la valutazione multifattoriale del senso di vuoto. È necessario, tuttavia, studiarne la struttura e le caratteristiche psicometriche in un campione clinico.

CONCLUSIONI

Il lavoro svolto restituisce un quadro del senso di vuoto estremamente complesso e variegato, in cui le questioni in sospeso sono ancora molteplici. La revisione della letteratura ha permesso di evidenziare diversi temi, primo su tutti quanto la definizione del costrutto del vuoto sia multifaccettata e soggettivamente variabile. Grazie ai vari contributi, soprattutto a quelli di natura qualitativa sulle esperienze dei pazienti, è stato possibile identificare gli “ingredienti chiave dell’esperienza di vuoto”: un’esperienza complessa e spiacevole, caratterizzata da una valenza negativa, e costituita da diverse componenti: una componente fisico/corporea, una componente di solitudine/disconnessione e una componente di insoddisfazione/mancanza di scopo.

Queste caratteristiche devono essere tenute a mente quando si cerca di comprendere la relazione del senso di vuoto con altri disturbi mentali. Rispetto a questo tema ci sono ancora diverse questioni aperte, che non possono essere comprese con la sola speculazione teorico-clinica, ed è per questo che gran parte degli sforzi nell’ambito di questo lavoro è stata orientata alla messa a punto di metodi standardizzati per misurare il costrutto del senso di vuoto. Proprio alla luce di queste necessità si è provveduto a validare la versione italiana della Subjective Emptiness Scale (SES-I). I dati raccolti restituiscono il quadro di uno strumento valido e affidabile, di facile utilizzo e clinicamente fondato, che però presenta alcuni limiti, primo fra tutti il fatto di basarsi su una struttura unidimensionale.

La Modified Subjective Emptiness Scale (M-SES-I) nasce proprio dall’idea di modificare la SES-I per superare questa visione unidimensionale. Dai dati ricavati dalla prima applicazione di questa versione rivista della SES-I in uno studio preliminare su un campione non clinico, abbiamo potuto osservare quanto la M-SES-I sia promettente in questo senso, soprattutto nel permettere una valutazione più complessa del senso di vuoto. Questo strumento può essere utile per muovere i prossimi passi nell’ambito della ricerca sul senso di vuoto. Certo, le questioni aperte restano ancora molte, soprattutto in merito alla relazione con altri disturbi. Ad esempio, c’è il tema della depressione, ovvero comprendere se il senso di vuoto sia una caratteristica intrinseca di questo fenomeno clinico, o se la presenza di vuoto e depressione sia un indice di disturbo di personalità. C’è poi il tema della schizofrenia, in cui il vuoto sembra essere sperimentato in maniera più concreta rispetto a come viene sperimentato nell’ambito di altri disturbi. Ancora, c’è il tema del narcisismo e la necessità di capire come il senso di vuoto

è in relazione con il funzionamento del paziente. Ed infine, c'è la necessità di studiare il vuoto in relazione anche ad altri disturbi oltre a quelli considerati in questo lavoro.

Ulteriori studi con la M-SES-I sarebbero molto utili in questo senso. Sarebbe opportuno, in primo luogo, applicare lo strumento in un campione clinico per vedere se i risultati di questo studio preliminare sono replicati o meno. Inoltre, analisi supplementari via modelli complessi (ad es., network analysis o modelli di equazioni strutturali) applicate alla M-SES-I potrebbero aiutare a fare luce sui temi ancora aperti rispetto alla relazione tra vuoto e psicopatologia. Ma certamente queste sono solo alcune delle possibili applicazioni, nella clinica e nella ricerca, di uno strumento che può segnare una importante svolta nella comprensione del fenomeno clinico del vuoto.

BIBLIOGRAFIA

- APA. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing, Arlington, USA.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory (BDI-II)*. Texas: The Psychological Association.
- Bench, S. W., & Lench, H. C. (2013). On the function of boredom. *Behavioral Sciences*, 3(3), 459–472. <https://doi.org/10.3390/bs3030459>
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638–656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Berle, D., & Starcevic, V. (2012). Preliminary validation of the Nepean Dysphoria Scale. *Australasian Psychiatry*, 20, 322–326.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Courtet, P., García Nieto, R., & De Leon, J. (2015). Horror vacui: Emptiness might distinguish between major suicide repeaters and nonmajor suicide repeaters: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 117–119. <https://doi.org/10.1159/000369937>
- Blasco-Fontecilla, H., De León-martínez, V., Delgado-gomez, D., Giner, L., Guillaume, S., & Courtet, P. (2013). Emptiness and suicidal behavior : an exploratory review. *Suicidology Online*, 4, 21–32.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2004). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. (pp. 73–109). <https://doi.org/10.1037/10307-003>
- Boffo, M., Mannarini, S., & Munari, C. (2012). Exploratory structure equation modeling of the UCLA loneliness scale: A contribution to the Italian adaptation. *TPM - Testing*,

- Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 19(4), 345–363.
<https://doi.org/10.4473/TPM19.4.7>
- Brenner, C. (1974). On the nature and development of affects: A unified theory. *The Psychoanalytic Quarterly*, 43(4), 532–556.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1974.11926686>
- Brown, N. W. (2013). Coping with infuriating, mean, critical people: the destructive narcissistic pattern. *Choice Reviews Online*, 44(09), 44-5323-44–5323.
<https://doi.org/10.5860/choice.44-5323>
- Cacioppo, S., Grippo, A., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and intervention. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Carlotta, D., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., Frera, F., Somma, A., ... Fossati, A. (2015). Adaptive and Maladaptive Personality Traits in High-Risk Gamblers. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 378–392. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_164
- Claes, L., Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients : which affect states are regulated ? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 386–392.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.001>
- Cochrane-Brink, K. A., Lofchy, J. S., & Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445–451.
[https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(00\)00106-7](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(00)00106-7)
- Craig, R. J. (2005). *New Directions in Interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*.
- D’Agostino, A., Manganelli, E., Aportone, A., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2016). Development, cross-cultural adaptation process and preliminary validation of the Italian version of the Nepean Dysphoria Scale. *Journal of Psychopathology*, 22(2), 149–156.
<https://doi.org/10.1360/03yd0531>
- D’Agostino, A., Pepi, R., Aportone, A., & Rossi Monti, M. (2018). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal (SITBQ- NS): development and validation of a revised version of The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) for the self-assessment of nonsuicidal Self-Injury. *Clinical Neuropsychiatry*, 344–352.

- D'Agostino, A., Pepi, R., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2020). The Feeling of Emptiness: A Review of a Complex Subjective Experience. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(5), 287–295. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000269>
- D'Agostino, A., Pepi, R., Rossi Monti, M., Starcevic, V., & Price, A. (2021). Measuring emptiness: Validation of the Italian version of the Subjective Emptiness Scale in clinical and non-clinical populations. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100226. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100226>
- Danckert, J., Hammerschmidt, T., Marty-Dugas, J., & Smilek, D. (2018). Boredom: Under-aroused and restless. *Consciousness and Cognition*, 61, 24–37. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.03.014>
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Huang, C., & Krug, I. (2020). A network analysis of borderline personality disorder symptoms and disordered eating. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 787–800. <https://doi.org/10.1002/jclp.22916>
- Derogatis, L. (2011). *SCL-90-R* (Giunti O.S.). Retrieved from <https://www.giuntios.it/catalogo/test/scl-90-r>
- Didonna, F., & Gonzalez, Y. (2009). Mindfulness and feeling of emptiness. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 125–151). <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6>
- Eastwood, J. D., Frischen, A., Fenske, M. J., & Smilek, D. (2012). The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 482–495. <https://doi.org/10.1177/1745691612456044>
- Ellison, Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2016). The clinical significance of single features of borderline personality disorder: Anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 261–270. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_193
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Elsner, D., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2018). What is the clinical significance of chronic emptiness in borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*, 26(1), 88–91. <https://doi.org/10.1177/1039856217734674>

- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 536–542. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0769-x>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., Spitzer, R. L., Fossati, A., & Borroni, S. (2017). *SCID-5-PD: intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5: guida per l'intervistatore*.
- Fossati, A., Borroni, S., & Somma, A. (2016). *PID-5 Adulti. Manuale d'uso della versione italiana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fossati, A., Borroni, S., Somma, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Testing relationships between DSM – 5 Section III Maladaptive traits and measures of self and interpersonal impairment in Italian community dwelling adults. *Personality Disorders : Theory , Research , and Treatment*, 8(3), 275–280.
- Fossati, Andrea, Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 815–828. <https://doi.org/10.1002/jclp.1051>
- Ghisi, M., Flebus, G., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). *Beck Depression Inventory - II* (Giunti O.S., Ed.). Retrieved from <http://www.giuntipsy.it/catalogo/test/bdi-ii>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gritti, E. S., Samuel, D. B., & Lang, M. (2016). Diagnostic agreement between clinicians and clients: The convergent and discriminant validity of the swap-200 and MCMI-III personality disorder scales. *Journal of Personality Disorders*, 30(6), 796–812. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_231
- Hambleton, R. K. (2004). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. <https://doi.org/10.4324/9781410611758>
- Harris, J. C. (2003). The wood of the self-murderers: the harpies and the suicides. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 229. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.3.229>
- Hartocollis, P. (1978). Time and affects in borderline disorders. *International Journal of*

Psycho-Analysis, 59(2–3), 157–163.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hazell, C. G. (1984). A scale for measuring Experienced Levels of Emptiness and Existential Concern. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 117, 177–182.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>

Herron, S. J., & Sani, F. (2021). Understanding the typical presentation of emptiness : a study of lived-experience. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922645>

Hughes, R., Kinder, A., & Cooper, C. L. (2019). *The Wellbeing Workout*. Cham: Palgrave Macmillan.

Joiner, T. E., Brown, J. S., & Metalsky, G. I. (2003). A test of the tripartite model's prediction of anhedonia's specificity to depression: Patients with major depression versus patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119(3), 243–250. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00131-8)

Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factoranalysis. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 141–151.

Kean, C. (2009). Silencing the self: Schizophrenia as a self-disturbance. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1034–1036. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp043>

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Oxford: Jason Aronson Inc.

Klonsky, E. D. (2007a). The functions of deliberate self-injury : A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(November 2005), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Klonsky, E. D. (2007b). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Klonsky, E. D. (2008). What is Emptiness? Clarifying the 7th Criterion for Borderline

- Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418–426.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.418>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219.
<https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury : Converging evidence for a two-factor structure The functions of nonsuicidal self - injury : converging evidence for a two - factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, (September).
<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Konjusha, A., Hopwood, C. J., Price, A. L., Masuhr, O., & Zimmermann, J. (2021). Investigating the transdiagnostic value of subjective emptiness. *Journal of Personality Disorders*, 35, 510.
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R., & Stevenson, J. (2008). The Nothing that is Something: Core Dysphoria as the Central Feature of Borderline Personality Disorder. Implications for Treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377–394.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.4.377>
- Kramer, D. A. (2002). A psychobiographical analysis of faith, hope, and despair in suicide. *Journal of Adult Development*. <https://doi.org/10.1023/A:1015785313076>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial Construction of a Maladaptive Personality Trait Model and Inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Ksinan, A. J., Mališ, J., & Vazsonyi, A. T. (2019). Swiping away the moments that make up a dull day: Narcissism, boredom, and compulsive smartphone use. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-019-00228-7>
- Lafarge, L. (1989). Emptiness as Defense in Severe Regressive States. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(4), 965–995.
<https://doi.org/10.1177/000306518903700405>
- Laing, R. D. (1959). *The divided self*. London: Tavistock Publications Limited.
- Lenth, R. V. (2001). Some practical guidelines for effective sample size determination.

- American Statistician*, 55(3), 187–193. <https://doi.org/10.1198/000313001317098149>
- Levy, S. (1984). Psychoanalytic Perspectives on Emptiness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(2), 387–404.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Retrieved from <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839>
- Lingiardi, V., & MacWilliams, N. (2017). *PDM-2: Psychodynamic Diagnostic Manual*. New York: The Guilford Press.
- Manchola, C. (2017). Three approaches for a practical bioethics. *Revista Bioética*, 25(2).
- Masland, S. R., Shah, T. V., & Choi-Kain, L. W. (2020). Boredom in Borderline Personality Disorder: A Lost Criterion Reconsidered. *Psychopathology*, 91711, 1–15. <https://doi.org/10.1159/000511312>
- Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2021). Understanding chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00164-8>
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: National Computer System.
- Nock, M. K. (2010). *Self-Injury*. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental Pain and Its Relationship to Suicidality and Life Meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231–241. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.231.23213>
- Palomares, N., López-Villatoro, J. M., Arévalo, J., Soto, A., Fuentes, M., Díaz-Marsá, M., & Carrasco, J. L. (2020). The feeling of emptiness questionnaire (CSV). Elaboration and validation. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 48(5), 220–228.
- Patton, J., Stanford, M., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.

- Pazzagli, A., & Rossi Monti, M. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, *33*(4), 220–226. <https://doi.org/10.1159/000029147>
- Peckham, A. D., Jones, P., Snorrason, I., Wessman, I., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2020). Age-related differences in borderline personality disorder symptom networks in a transdiagnostic sample. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 508–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.111>
- Peteet, J. R. (2011). Approaching Emptiness: Subjective, Objective and Existential Dimensions. *Journal of Religion and Health*, *50*(3), 558–563. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9443-7>
- Price, A. L., Mahler, H. I. M., & Hopwood, C. J. (2019). Subjective Emptiness: A Clinically Significant Trans-diagnostic Psychopathology Construct. *SocArXiv*, 1–36. Retrieved from <https://doi.org/10.31235/osf.io/f2x6r>
- Price, A. L., Mahler, H. I. M., & Hopwood, C. J. (2020). Construction and Validation of a Self-report Subjective Emptiness Scale. *Assessment*, 1–13. <https://doi.org/10.1177/1073191120968275>
- Rallis, B. A., Deming, C. A., Glenn, J. J., & Nock, M. K. (2012). What Is the Role of Dissociation and Emptiness in the Occurrence of Nonsuicidal Self-Injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *26*(4), 287–298. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.287>
- Revelle, W., & Condon, D. M. (2019). Reliability from α to ω : A tutorial. *Psychological Assessment*, *31*(12), 1395–1411. <https://doi.org/10.1037/pas0000754>
- Rhodes, J. E., Hackney, S. J., & Smith, J. A. (2018). Emptiness, Engulfment, and Life Struggle: An Interpretative Phenomenological Analysis of Chronic Depression Emptiness, Engulfment, and Life Struggle: An Interpretative Phenomenological Analysis of Chronic Depression. *Journal of Constructivist Psychology*, *0*(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/10720537.2018.1515046>
- Rossi Monti, M., & D'Agostino, A. (2018). Dysphoria as a Psychopathological Organizer in Borderline Patients. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, (March), 1–17. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.78>
- Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R: symptom checklist-90-R. Adattamento italiano*. Retrieved from <https://boa.unimib.it/handle/10281/19179>
- Schnyder, U., Valach, L., Bichsel, K., & Michel, K. (1999). Attempted suicide: Do we

- understand the patients' reasons. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 62–69.
[https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00064-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00064-4)
- Sica, C., Drislane, L., Caudek, C., Angrilli, A., Bottesi, G., Cerea, S., & Ghisi, M. (2015). A test of the construct validity of the triarchic psychopathy measure in an Italian community sample. *Personality and Individual Differences*, 82, 163–168.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.015>
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, R. L., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16(2), 141–170.
- Singer, M. (1977a). *The experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States: I. Deficiency and Ego defect versus Dynamic-Defensive models.*
- Singer, M. (1977b). The experience of emptiness in narcissistic and borderline states: II. The struggle for a sense of self and the potential for suicide. *International Review of Psycho-Analysis*, 4, 471.
- Sprinkle, S. D., Lurie, D., Insko, S. L., Atkinson, G., Jones, G. L., Logan, A. R., & Bissada, N. N. (2002). Criterion validity, severity cut scores, and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 381–385. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.3.381>
- Stanghellini, G. (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*, 8(1), 56–59.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00212.x>
- Stanghellini, G., Raballo, A., Broome, M. R., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (2019). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology.*
- Stanghellini, G., & Rossi Monti, M. (2009). *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica.* Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Starcevic, V. (2007). Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 9–13.
- Svrakic, D. (1985). Emotional features of Narcissistic Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142(6), 720–724.
- Tossani, E., Ricci Garotti, M. G., Mikulincer, M., Giovagnoli, S., Calzolari, G., Landi, G., & Grandi, S. (2019). Psychometric evaluation of the Italian version of Orbach & Mikulincer

- mental pain scale in a non-clinical sample. *Current Psychology*, (1962).
<https://doi.org/10.1007/s12144-019-0128-4>
- van Tilburg, W., & Igou, E. R. (2017). Boredom begs to differ: Differentiation from other negative emotions. *Emotion*, *17*(2), 309–322. <https://doi.org/10.1037/emo0000233>
- Westen, D., Moses, J., Silk, K., Lohr, N., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in Borderline Personality Disorder and Major Depression: when depression is not just Depression. *Journal of Personality Disorders*, *6*(4), 382–393.
- Widiger, T., Mangine, S., & Corbitt, E. (1995). *Personality disorder interview–IV*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 688–694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 929–935. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.929>
- Zandersen, M., & Parnas, J. (2018). Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, (June). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx183>

APPENDICE A – SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (SES)

Subjective Emptiness Scale

Instructions: Below is a list of statements describing various feelings or behaviors. Rate each item according to how true it is of your feelings and behaviors over the **last two weeks**. Your response should reflect whether or not you have experienced the feeling or behavior not how often you have experienced it. Please provide the first answer that comes to mind.

Statement	Not at all True	Somewhat True	Mainly True	Very True
1. I feel all alone in the world.				
2. No matter what I do, I still feel unfulfilled.				
3. I feel empty inside.				
4. I feel like I am forced to exist.				
5. I feel as though I am disconnected from the world.				
6. I feel hollow.				
7. I feel absent in my own life.				

APPENDICE B – SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE – ITALIAN (SES-I)

Subjective Emptiness Scale

Istruzioni: Di seguito troverà una lista di affermazioni che descrivono varie sensazioni e/o comportamenti. Valuti ciascuna affermazione secondo quanto è vera per lei, **pensando alle ultime due settimane**. La sua risposta dovrebbe rispecchiare **se ha o no** sperimentato le sensazioni e/o i comportamenti descritti, non quanto spesso li ha sperimentati. Fornisca, per favore, la prima risposta che le viene in mente.

Affermazione	Per niente vero	In parte vero	Per lo più vero	Molto vero
1. Mi sento completamente solo al mondo.				
2. Qualsiasi cosa io faccia, mi sento comunque insoddisfatto.				
3. Mi sento vuoto dentro.				
4. Mi sento come se fossi costretto a vivere.				
5. Mi sento come se fossi disconnesso dal mondo.				
6. Mi sento come se avessi un buco dentro.				
7. Mi sento assente nella mia stessa vita.				

**APPENDICE C – MODIFIED SUBJECTIVE EMPTINESS SCALE (M-
SES-I)**

Modified Subjective Emptiness Scale

Istruzioni: Di seguito troverà una lista di affermazioni che descrivono varie sensazioni e/o comportamenti. Valuti ciascuna affermazione secondo quanto è vera per lei, **pensando alle ultime due settimane**. La sua risposta dovrebbe rispecchiare **se ha o no** sperimentato le sensazioni e/o i comportamenti descritti, non quanto spesso li ha sperimentati. Fornisca, per favore, la prima risposta che le viene in mente.

Affermazione	Per niente vero	In parte vero	Per lo più vero	Molto vero
1. Mi sento come una conchiglia vuota dentro.				
2. Sento di non riuscire ad entrare in contatto con gli altri.				
3. Mi sento assente alla mia stessa vita.				
4. Sento di non sapere chi sono.				
5. Mi sento come se avessi il cervello vuoto.				
6. Mi sento come se non riuscissi a farmi sentire dagli altri.				
7. Non sento niente.				
8. Mi sento come se fossi disconnesso dal mondo.				
9. Mi sento come se fossi costretto a vivere.				

10. Sento di non avere niente di valore da offrire agli altri.				
11. Qualsiasi cosa io faccia, mi sento comunque insoddisfatto.				
12. Mi sento come se avessi perso la mia identità.				
13. Mi sento vuoto dentro.				
14. Mi sento invisibile.				
15. Ho la sensazione che manchi qualcosa nella mia vita ma non so cosa.				
16. Mi sento come un alieno rispetto alle altre persone.				
17. Mi sento morto dentro.				
18. Mi sento sfinito dagli altri.				