



**Università
di Genova**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA CLINICA E DI
COMUNITA'

SVILUPPO DI UNA MISURA PER LO SCREENING RAPIDO DELLA
PATOLOGIA DI PERSONALITA'

Relatore: Prof. Carlo Chiorri

Correlatore: Prof.ssa Cecilia Serena Pace

Candidato: Anna Canale

ANNO ACCADEMICO

2025/2026

Ai ragazzi che ho incontrato
durante il mio percorso di tirocinio,
per avermi insegnato che dietro ogni storia
c'è sempre una persona
e che ogni persona
merita di essere ascoltata.

A me,
per la forza che ho trovato lungo la strada.

Indice

CAPITOLO 1: ESPOSIZIONE DEI CONCETTI FONDAMENTALI	8
1.1 Definizione generale a partire dalla patologia di personalita' (PP) per giungere al disturbo di personalita' (DP)	8
1.2 La patologia di personalita' come "variazione maladattiva"	8
1.3 I disturbi di personalita' nel DSM-5 (sezione II): modello categoriale	9
1.4 Il modello categoriale-dimensionale a confronto	10
1.5 .Correlati clinici ed eziopatologici dei dp.....	13
1.5.1 Epidemiologia e impatto sulla Salute	13
1.6 Eziopatogenesi e stabilita'	15
1.7 Trattamento dei disturbi di personalita'	16
1.7.1 Psicoterapia	16
1.7.2 Farmacoterapia	17
1.7.3 Framework multidimensionale per il trattamento	18
1.8 Conclusioni	19
 CAPITOLO 2: EVOLUZIONE DELL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' TRA IL DSM-IV-TR E IL DSM-5	 20
2.1 Il Modello Categoriale: DSM-IV-TR E DSM-5 Sezione II	20
2.2 Definizione e Criteri Diagnostici Generali.....	21
2.3 I Dieci Disturbi ed il Sistema dei Cluster.....	22
2.4 Il Disturbo di Personalita' Non Altrimenti Specificato (PDNOS)	23
2.5. I limiti del modello Categoriale ed il Rationale del Cambiamento	24

2.5.1. Il problema della comorbidità	25
2.5.2. La diagnosi di PDNOS: frequenza o utilità informativa?	26
2.6 Il Modello Alternativo del DSM-5 (AMPD-Sezione III).....	26
2.6.1. Il Criterio A: Livello di funzionamento di personalità	27
2.6.2. Il Criterio B: Trattati di personalità Patologici	28
2.6.3 Criteri C-G: Pervasività, stabilità e diagnosi differenziale	30
2.7 Prospettiva Categoriale e dimensionale a confronto	31
2.7.1. La gravità del funzionamento come predittore centrale (criterio A)	32
2.7.2. Lo stile e la natura dimensionale dei tratti (criterio B)	33
2.7.3 Verso una “Revisione Dei Sistemi” di personalità	33
2.7.4. La personalizzazione diagnostica	34
2.8 Conclusioni	34
CAPITOLO 3: PRESENTAZIONE DEGLI STRUMENTI	36
3.1 Introduzione	36
3.2 Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)	37
3.2.1 Evoluzioni e versioni dello strumento.....	37
3.2.2 La scala Impairment / Distress (ID)	38
3.2.3 Validità e attendibilità.....	39
3.4 Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-I/II).....	40
3.4.1 Inquadramento teorico e contenuto	40
3.4.2 Struttura: scale e item	41
3.4.3 Validità e attendibilità: i punteggi Base Rate (BR)	42
3.5 Considerazioni Critiche	42
3.6 Personality Assessment Inventory (PAI)	43
3.6.1 Struttura delle scale e formato degli item	43

3.6.2 Validità e attendibilità	44
3.7 Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II/ SCID-5-PD)	45
3.7.1 Evoluzione e versioni dello strumento	46
3.7.2 Struttura, scale ed item	46
3.7.3 Metodi di valutazione	46
3.7.4 Validità e attendibilità	47
3.8 Conclusioni: derivazione degli item	48
CAPITOLO 4: DESCRIZIONE DELLA RICERCA EFFETTUATA	49
4.1 Scopo dello studio	49
4.2 Metodo	50
4.2.1 Partecipanti	50
4.2.2 Misure	52
4.2.3 Descrizione dei test utilizzati nello studio	52
4.2.4 Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)	52
4.2.5 Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD).....	54
4.2.6 Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-6)	55
4.2.7 Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ -4+)	57
4.2.8 Personality Assessment Inventory (PAI)	58
4.2.9 Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)	60
4.3 Sviluppo degli item dello studio	61
4.3.1 Procedura	62
4.3.2 Risultati delle analisi statistiche effettuate	64
4.3.3 Struttura fattoriale e attendibilità delle scale di PPQ	65
4.3.4 Validità dello strumento costruito	69
4.3.5 Analisi fattoriale sui punteggi di scala	71

4.4.Relazioni dei punteggi di scala con le variabili socio-demografiche...	75
4.4.1 Variabile sesso	76
4.4.2 Variabile stato civile.....	78
4.4.3 Variabili età, status socio-economico e orientamento politico	80
4.4.4 Variabile titolo di studio	83
4.5 Conclusioni	84
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI	85
5.1 Obiettivi e ipotesi dello studio	85
5.2 Discussione dei risultati alla luce della letteratura scientifica	87
5.2.1 Solidità psicometrica e superamento del modello categoriale	87
5.2.2 Validità: il PPQ come misura del criterio B	88
5.2.3 La struttura gerarchica e i macro-domini della personalità	89
5.2.4 Impatto delle variabili socio-demografiche	90
5.3 Limitazioni dello studio	94
5.3.1 Campionamento e rappresentatività	94
5.3.2 Bias di risposta e desiderabilità sociale	94
5.3.3 La sfida dell'ego sintonia	95
5.3.4 Assenza di un campione clinico e definizione dei cut-off	96
5.4 Proposte di cambiamento e direzioni future	97
5.4.1 Integrazione di un campione clinico	97
5.4.2 Approccio multi-metodo: il ruolo degli informatori.....	98
5.4.3 Studio longitudinale e stabilità dei tratti	98
5.5 Conclusioni	99
Bibliografia	102
Ringraziamenti.....	106

INTRODUZIONE

La parola personalità ha radici antiche che affondano nella cultura occidentale. Essa deriva dal latino *personā*, tale termine è collegato a *pars* (parte, ruolo), dall'etrusco *persu* (indica una figura mascherata nell'immaginario funerario) e dal greco antico *πρόσωπον* (*prósōpon*), che rappresentava sia il volto della persona sia la maschera usata dagli attori a teatro. Infatti secondo alcune prospettive, *personā* deriva dal verbo latino "personare" che significherebbe "parlare tramite", riferendosi così al mascheramento che si usava nei teatri dell'epoca, per amplificare la voce al fine interpretare al meglio il personaggio che si doveva portare sulla scena. Durante le prime riflessioni sull'essere umano e sulla sua mente si evidenziano tentativi di classificare le differenze interindividuali: Galeno ampliando la trattazione di Ippocrate, ad esempio, propose una delle prime teorie della personalità incentrata su quattro umori principali: sanguigno, collerico, melanconico e flemmatico. Associando così le caratteristiche più corporee a quelle maggiormente caratteriali e psicologiche. Parallelamente anche in altre culture, come nel teatro tradizionale giapponese, l'utilizzo delle maschere rappresentava differenti fasi di vita e stati d'identità, anticipando il concetto odierno di personalità come qualcosa di dinamico ed in trasformazione. Tale etimologia dimostra come la personalità sia stata, sin dai tempi più lontani, una combinazione

articolata tra quello che è il nostro ruolo sociale, modalità di relazionarsi ed interiorità .

I disturbi di personalità si pongono proprio in questo frangente, dove il sistema di percezioni, comportamenti ed emozioni si irrigidisce e diviene inflessibile e causa di sofferenza. In questi ultimi anni la ricerca ha portato alla luce l'origine di queste disfunzioni, risaltando come i fattori relativi ad identità, regolazione emotionale, comportamenti e stile relazionale vadano a costituire un insieme dinamico che può essere sensibile a modificazioni disadattive (*Somma et al ., 2022*). In tal senso, secondo il DSM-5, il disturbo di personalità è descritto come un pattern pervasivo e persistente di esperienza interiore e di comportamento che si discosta significativamente dalle aspettative culturali del luogo di appartenenza della persona. Esso permane stabile nel tempo e presente in molti contesti di vita. Inoltre è caratterizzato da scarsa flessibilità adattiva (APA, 2013; Somma et al., 2022).

A tal proposito, vi è un acceso dibattito relativo alla migliore modalità per classificare e concettualizzare i disturbi di personalità. Il modello categoriale classico ha messo a disposizione una classificazione che distingue le varie tipologie. Nonostante ciò, alcuni studi, hanno mostrato le limitazioni di un'impostazione rigida, evidenziando così il continuum tra tratti di personalità non patologici e patologici. I modelli dimensionali, danno una visione meno definita ma comunque coerente con la realtà clinica, dimostrando come la patologia non sia associata al risiedere in una

determinata categoria diagnostica, ma nella disfunzione del Sé e dell'andamento consueto della persona (Hengartner et al., 2018).

Conseguentemente vi è stato un incremento dell'interessamento per i disturbi di personalità, che è spiegato dalla loro influenza sul funzionamento quotidiano di una persona. Tali disturbi incidono sulla nostra capacità di intessere relazioni, sul benessere individuale, sulla salute fisica e sui risultati che possono avere la psicoterapia e la farmacoterapia. Conoscere in maniera approfondita la personalità e soprattutto le problematiche che ne derivano significa entrare nel cuore dell'esperienza umana. Nonostante ciò, la letteratura mostra come ci siano in realtà pochi strumenti brevi ed applicabili in maniera semplice. Molti strumenti spesso appaiono di lunga durata nella somministrazione e poco consoni ad un utilizzo rapido nella pratica clinica quotidiana. Da ciò emerge la necessità di strutturare misure da una parte più snelle ma mantenendo una buona solidità psicometrica in grado di garantire una precoce individuazione delle aree disfunzionali di personalità.

Il presente lavoro cerca di offrire una cornice di riferimento fondamentale per comprendere lo scopo di questa tesi: sviluppare una misura per lo screening rapido della patologia di personalità. Si mira a fornire uno strumento che possa essere non solo clinicamente utile ma anche pratico ed in linea con le moderne prospettive sulla personalità. In accordo con il modello dimensionale di personalità, ci si aspetta che la misura sviluppata riesca a valutare lungo un continuum la presenza di

caratteristiche disfunzionali. In particolare, si ipotizza che lo strumento mostri un'adeguata capacità di discriminare le alterazioni nei principali domini del funzionamento di personalità. Infine si prevede che la misura risulti pratica e di facile utilizzo in contesti clinici di screening, mantenendo allo stesso tempo buoni livelli di validità ed affidabilità.

CAPITOLO 1: ESPOSIZIONE DEI CONCETTI FONDAMENTALI

1.1 Definizione generale a partire dalla patologia di personalita' (PP) per giungere al disturbo di personalita' (DP)

La patologia di personalità (PP) e il disturbo di personalità (DP) sono due nozioni tra loro legate. La PP rappresenta una dimensione maggiormente estesa, che include tutte le manifestazioni disadattive dei tratti di personalità. Il DP dall'altra parte rappresenta una sua sottoinsieme determinato, definito operativamente all'interno dei sistemi diagnostici (Hengartner et al., 2018).

1.2 La patologia di personalità come "variazione maladattiva"

La patologia di personalità rimanda a un insieme di peculiarità abbastanza stabili che divengono nocive poiché molto inflessibili. Ciò viene descritto come una "Harmful variation", spiegando così che il disagio non dimori tanto nella presenza del tratto, quanto nella sua manifestazione rigida e maladattiva (Zachar & Kendler, 2010 citato in Hengartner et al., 2018).

Sono stati proposti vari criteri per identificare i tratti di personalità disfunzionali da quelli patologici, tra questi si possono ricordare:

- Estremità dei tratti: accentuazione di alcuni tratti.
- Presenza di disagio clinicamente significativo: sofferenza che influenza in maniera negativa il funzionamento quotidiano ed il benessere dell'individuo.
- Inflessibilità: relativamente ai pattern di comportamento e di esperienza emotiva.
- Compromissione funzionale: assolvimento di alcune mansioni vitali quotidiane e fondamentali.

Questi fattori fanno emergere come la patologia di personalità sia una dimensione più continua, che si estende oltre le categorie diagnostiche tradizionali (Clark, 2007; Leising & Zimmerman, 2011; Livesley, 1998; Tyrer et al., 2015; Wakefield, 2008; Widiger & Mullins-Sweatt, 2009; Wright, 2011 citato in Hengartner et al., 2018).

1.3 I disturbi di personalità nel DSM-5 (sezione II): modello categoriale

È opportuno chiarire che in termini operazionali, i disturbi di personalità vengono definiti tramite criteri diagnostici specifici come quelli proposti dal DSM-5. All'interno del DSM-5, il disturbo di personalità consiste in un modello stabile e che pervade esperienze interiori, e comportamenti. Esso si allontana nettamente dalle aspettative sociali e culturali del luogo di appartenenza (Somma et al., 2022). Questo modello viene dichiarato (Hengartner et al., 2018) :

1. Come duraturo e inflessibile che intacca molteplici ambiti della nostra vita.
2. Causa disagio clinico ma anche difficoltà in vari ambiti di vita come l'area lavorativa, personale e sociale.
3. Esordisce nella fanciullezza o nella prima età adulta.
4. Si presenta in almeno due delle seguenti aree:
 - Affettività.
 - Cognizione.
 - Controllo degli impulsi.
 - Funzionamento interpersonale.

Il DSM-5 riconosce il DP come un'alterazione strutturale, un "insuccesso" nel funzionamento psicologico che di solito sostiene la persona nell'adattamento all'ambiente in cui si trova. È appropriato aggiungere che la definizione di disturbo di personalità è piuttosto limitata: essa non ricopre totalmente la summa delle manifestazioni disadattive della personalità.

1.4 Il modello categoriale-dimensionale a confronto

Il modello categoriale, stipulato nella Sezione II del DSM 5, è stato per molto tempo l'approccio più usato per classificare i disturbi di personalità (DP). Esso si focalizza su dieci specifici DP, suddivisi in tre cluster (Somma et al., 2022):

1. Cluster A (Odd-suspicious): di cui fanno parte il disturbo Paranoide, Schizoide e Schizotipico.

2. Cluster B (Dramatic-Emotional-Erratic): che comprende il disturbo Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico.
3. Cluster C (Anxious-Fearful): che include il disturbo Evitante, Dipendente ed Ossessivo-Compulsivo.

La conseguente diagnosi necessita di un formato politetico e categoriale, in cui è fondamentale soddisfare un determinato numero di criteri per ottenere la diagnosi. Nonostante il suo grande utilizzo ha vari limiti (Hengartner et al., 2018):

- Assenza di fondamento normativo: non è ben definito su quali basi e concetti di personalità “sana” si basino le categorie proposte.
- Frequenza della PDNOS: molti pazienti presentano caratteristiche non classificabili in determinate categorie, portando all'utilizzo della classificazione “Disturbo di personalità Non Specificato”(PDNOS), con scarso valore clinico.
- Comorbidità ed eterogeneità: i pazienti spesso rientrano per alcuni criteri in più di un disturbo di personalità e individui che presentano la stessa diagnosi possono sperimentare problemi differenti tra loro.
- Classificazione artificiale: la distinzione dicotomica definita dalla presenza o dalla assenza non riflette la continuità naturale dei tratti di personalità.
- Limitata utilità clinica: la specifica diagnosi molto raramente guida l'elaborazione clinica e la programmazione del trattamento.

Queste limitazioni hanno spinto la ricerca ad approfondire metodologie ed approcci maggiormente funzionali, preparando il terreno al modello dimensionale.

Il modello dimensionale alternativo per i disturbi di personalità (AMPD) raffigura un modo di analizzare la personalità tenendo in considerazione la continuità che vige tra funzionamento sano e patologico. Si noti come ci sia una tendenza per la transizione verso i modelli dimensionali, dato che sono valutati da molti autori come maggiormente adeguati non solo per utilità clinica e validità ma anche per la capacità di rappresentare la complessità dei disturbi di personalità. Inoltre attraverso alcune indagini è stato osservato che tali modelli sono più vantaggiosi per la analisi del caso clinico e per la progettazione del trattamento rispetto ai modelli categoriali (Bornstein, 2019 citato in Natoli et al., 2024). Questo modello ha due componenti principali: criterio A e criterio B. Il criterio A stima la gravità generale della disfunzione mentre il il criterio B descrive lo stile della patologia. Un ulteriore approccio dimensionale rilevante è rappresentato dal modello dei cinque fattori di personalità, che presenta analogie con il Criterio B dell'AMPD (Costa, 1992 citato in Natoli et al., 2024). Tale modello percepisce la personalità come un insieme di tratti organizzati gerarchicamente, al cui livello più generale si collocano cinque dimensioni, definite come "Big Five". In questa visione, i disturbi di personalità non vengono concepiti come categorie separate ma come configurazioni disfunzionali o estreme di tratti che, in forma meno accentuata, caratterizzano la personalità normale (Widiger, 2020 citato in Natoli et al.,

2024). L'AMPD ha indicato criteri per sei disturbi di personalità: Antisociale, Borderline, Evitante, Narcisistico, Ossessivo compulsivo e Schizotipico. Infine per i casi che non rientrano nei prototipi sopra citati, ma soddisfano la compromissione moderata o maggiore e presentano uno o più domini patologici, si applica la diagnosi di "disturbo di personalità non specificato" (Somma et al., 2022).

1.5. Correlati clinici ed eziopatologici dei dp

1.5.1 Epidemiologia e impatto sulla Salute

La patologia di personalità e i disturbi di personalità sono condizioni cliniche molto diffuse. Inoltre hanno un impatto gravoso non solo sulla salute ma anche sulla società. Queste condizioni determinano un grande costo per la collettività. Alcune indagini epidemiologiche trasversali effettuate all'interno della popolazione generale del Nord America e dell'Europa occidentale rappresentano che la prevalenza dei DP oscilla tra il 4% e il 15%. Nei campioni comunitari analizzati, questi disturbi non determinano solitamente differenze significative in base al sesso o all'etnia. Tuttavia alcune condizioni come quella del Disturbo Antisociale di Personalità, risultano più frequentemente osservate negli uomini. Ciò suggerisce che i DP costituiscono un fenomeno clinico non raro ma che spesso viene sottovalutato, nonostante la presenza consistente nei servizi sanitari. La prevalenza dei DP aumenta in maniera sostanziale nei contesti per lo più sanitari. All'incirca un quarto dei pazienti che fanno accesso alle cure primarie e fino alla metà delle

persone che usufruiscono dei servizi psichiatrici ambulatoriali, rientrano nei criteri diagnostici per un DP. I disturbi di personalità sono correlati ad un rischio piuttosto alto di mortalità precoce. Difatti le forme più aggressive di patologia di personalità comportano una significativa riduzione dell'aspettativa di vita (Somma et al., 2022). Rispetto a quanto detto fino ad ora, si può affermare la partecipazione dei DP a dinamiche di esclusione del mercato del lavoro. Per di più la presenza di un disturbo di personalità fa sì che il conseguente esito terapeutico sia meno positivo e favorevole quando vi sono altre diagnosi concomitanti (Hengartner et al., 2018). Si può giungere così ad una maggiore cronicizzazione dei disturbi d'ansia o da addiction. Un fattore che risulta pregnante, è che l'influire della malattia non deriva dal particolare disturbo di personalità, quanto dal livello generale di gravità della patologia di personalità (Cramer et al., 2006; Soeteman, Verheul, et al., 2008 citato in Hengartner et al., 2018). L'intensità della PP è uno dei predittore più affidabili per quanto riguarda i problemi futuri in vari ambiti, come quello lavorativo, il tempo libero o delle relazioni interpersonali (Hopwood et al., 2011 citato in Hengartner et al., 2018). Come già accennato, i DP interferiscono su quella che è la sfera sociale dell'individuo. A tal proposito alcuni studi enfatizzano come la PP sia spesso messa in relazione con tassi elevati di separazioni o divorzi, relazioni conflittuali, disoccupazione e scarso rendimento a livello accademico. Tali evidenze mostrano la natura pervasiva di queste condizioni arrivando ad intaccare il benessere quotidiano del paziente.

Inoltre i DP sono correlati alla criminalità. Si quantifica che il 65% degli uomini e il 42% delle donne in detenzione, rientrano nei criteri di un DP (Fazel & Danesh 2002 citato in Hengartner et al., 2018). Infine la gravità del disturbo è un predittore considerevole anche di condotte criminali ed illegali (Yang et al., 2010 citato in Hengartner et al., 2018). In generale, tali aspetti rappresentano come i disturbi di personalità siano legati ad un significativo impatto sul funzionamento globale del paziente. Ciò sottolinea come i disturbi di personalità possano essere legati a comportamenti estremamente disfunzionali a livello sociale, consolidando il bisogno di definire interventi precoci e mirati.

1.6 Eziopatogenesi e stabilità

La PP deriva dall'intersecarsi di fattori non solo psicologici ma anche ambientali e genetici. L'ereditarietà dei tratti relativi ai PP è intorno al 40% e 50%, con un fattore genetico generale associato al nevroticismo, rappresentativo della gravità generale della Patologia di personalità (Blonigen et al., 2005; Distel et al., 2008; Livesley et al., 1998; Wright, Pahlen et al., 2017 citato in Hengartner et al., 2018).

Tra i fattori ambientali più importanti si ricordano (Hengartner et al., 2018):

- Esperienze infantili avverse (abusi fisici o sessuali).
- Attaccamento insicuro.
- Deficit di regolazione emotiva.

Ordinariamente si è soliti pensare che i DP siano immutabili, ma alcune ricerche longitudinali mostrano come i sintomi diminuiscano nel corso del

tempo. Infatti la gravità complessiva della patologia tende a diminuire ed avere una minore stabilità (Hengartner et al., 2018). Invece lo stile dei tratti disfunzionali risulta maggiormente costante anche se meno intenso (Natoli et al., 2024). Per tutti i motivi fino ad ora elencati, i trattamenti terapeutici pongono l'attenzione sull'attenuare la severità della patologia e si tenta di aiutare i pazienti ad esprimere i propri tratti in maniera più adattiva senza stravolgere la loro identità (Natoli et al., 2024). Ciò pone in evidenza come la PP non debba essere pensata come una condizione statica ma come un'entità dinamica, sensibile al cambiamento dove l'intervento del clinico è più orientato alla modulazione del disturbo che al suo totale sradicamento.

1.7 Trattamento dei disturbi di personalità

1.7.1 Psicoterapia

La psicoterapia si configura come la modalità di trattamento per i DP che più si predilige (Somma et al., 2022).

La maggior parte degli studi si è soffermata sul Disturbo Borderline di Personalità (DPB). Tra gli interventi relativi al DBP con più evidenza empirica a supporto, vi è la Terapia Dialettico-Comportamentale, la psicoterapia basata sul Transfert e la terapia fondata sulla mentalizzazione. Essi hanno portato ad esiti favorevoli su aspetti di rilievo della PP, come aggressività, ideazione suicidaria ed impulsività (Hengartner et al., 2018 ; Somma et al., 2022). È necessario ribadire che alcune evidenze suggeriscono come il potere dei trattamenti psicologici

possa essere sopravvalutato per effetto di bias di pubblicazione e di limitazioni metodologiche degli studi. In particolare, alcuni studi meta-analitici condotti nell'ambito della diagnosi di depressione maggiore hanno posto in rilievo una possibile inflazione degli effetti terapeutici (Driessen et al., 2015 citato in Hengartner et al., 2018), sollevando interrogativi analoghi nel campo dei disturbi di personalità (Hengartner et al., 2018). Invece per gli altri DP, come ad esempio quelli del cluster A, le evidenze sembrano scarse. Infine si ricorda il Disturbo Schizotipico di personalità, per il quale la terapia cognitiva sembra avere benefici (Somma et al., 2022).

1.7.2 Farmacoterapia

L'uso di farmaci tendenzialmente non è consigliato per la cura dei DP. La farmacoterapia dovrebbe essere piuttosto contenuta. Tuttalpiù dovrebbe essere utilizzata in parallelo ai trattamenti psicoterapeutici. Il farmaco può costituire un buon alleato nei casi in cui si cerca di diminuire specifici sintomi. Una volta alleviati è bene che si interrompa questa tipologia di terapia. Le evidenze che mostrano la sua efficacia sono poche e riguardano quasi solamente il DBP.

Nel DBP, si può usufruire di alcuni farmaci come:

- Gli stabilizzatori dell'umore (ad esempio topiramato e valproato)
- Gli antipsicotici atipici (ad esempio olanzapina)

È assolutamente fondamentale in ogni caso valutare il rapporto costi-benefici, tenendo sempre in considerazione non solo i probabili effetti collaterali ed il rischio di overdose ma anche il caso singolo della persona. Per gli altri DP, gli studi e le evidenze relative alla farmacoterapia sono scarse o assenti (Somma et al., 2022).

1.7.3 Framework multidimensionale per il trattamento

Tale approccio rende più semplice il trattamento in quanto allinea la progressione della patologia di personalità con la gerarchia degli interventi clinici, dai fattori generali a quelli più specifici (Natoli et al., 2024). Si fa riferimento a tre livelli in particolare (Natoli et al., 2024). Il trattamento dei disturbi di personalità, si focalizza sulla gravità del sintomo, ovvero sul livello 1, relativo al funzionamento interpersonale e del Sè. Il centro del problema ha sede in queste aree e per superarlo ci si appella ai cosiddetti fattori comuni alle diverse terapie, come la capacità di collegare emozioni e comportamenti e la chiarezza dei ruoli. Quando la gravità è diminuita, l'intervento si sposta sui livelli successivi, quindi stile e tratti di personalità (livelli 2-3). In questo momento si cerca di rendere i tratti più flessibili, permettendo di trasformare un perfezionismo rigido in una più adattiva attenzione ai particolari quando vi è necessità. Tutto ciò senza modificare l'essenza dei tratti. In sintesi, i DP richiedono un orientamento terapeutico integrato che si concentri sulla gravità della Patologia di personalità e personalizzato sui tratti specifici del paziente. La psicoterapia resta il trattamento principale (Hengartner et al., 2018; Somma et al., 2022) . Un

ulteriore aspetto da considerare è che i modelli dimensionali offrono un quadro più preciso e flessibile rispetto ai modelli categoriali poiché consentono di pianificare interventi mirati. La sfida futura consiste nel dimostrare l'efficacia degli interventi disponibili nella vita reale, valutando il cambiamento nel funzionamento quotidiano e interpersonale e non solo basandosi su meri criteri diagnostici (Natoli et al., 2024).

1.8 Conclusioni

Il presente capitolo ha proposto un'ampia cornice relativa ai disturbi di personalità, risaltando la loro natura complessa e sfaccettata. Sebbene il modello categoriale del DSM 5 sia stato a lungo una guida importante, ha presentato svariate limitazioni. Conseguentemente a ciò, si è arrivati ad adottare modelli dimensionali, che pongono in relazione normalità e patologia, permettendo una lettura più sfumata della personalità. Alla luce di quanto emerso, appare come lo studio dei disturbi di personalità richieda un superamento delle prospettive rigidamente categoriali a favore di modelli più dinamici, capaci di restituire la complessità del fenomeno. Questo mutamento teorico e clinico costituisce il presupposto fondamentale per lo sviluppo di strumenti di valutazione più efficaci, tra cui quelli orientati allo screening rapido della patologia di personalità. Questa modificazione permette una percezione più sfumata ed aderente a livello clinico rispetto all'intricatezza della patologia presentata.

CAPITOLO 2: EVOLUZIONE DELL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' TRA IL DSM-IV-TR E IL DSM-5

L'evoluzione della classificazione diagnostica dei disturbi di personalità tra DSM-IV-TR ed il DSM-5 riflette lo spostamento progressivo da un modello prevalentemente categoriale ad uno più articolato ed integrato, che incorpora dimensioni di funzionamento della personalità con tratti patologici. Questa transizione nasce dall'esigenza di superare i limiti teorici e clinici dei precedenti sistemi, mantenendo allo stesso tempo continuità con la nota pratica diagnostica.

2.1 Il Modello Categoriale: DSM-IV-TR E DSM-5 Sezione II

L'odierno approccio alla diagnosi dei disturbi di personalità, adottato nella Sezione II del DSM-5, mantiene un continuum con la pratica clinica confermata dal DSM-IV-TR (APA, 2013). In questo contesto, i disturbi di personalità sono concepiti come categorie diagnostiche distinte tra loro caratterizzate da specifici criteri diagnostici. Questo modello si basa sull'assunto che i disturbi di personalità siano entità discrete, identificabili tramite la presenza o assenza di determinati criteri (APA, 2000).

Un fattore cardine della pratica clinica categoriale riguarda la complessità insita nella valutazione. Infatti frequentemente essa può risultare complessa poichè molti dei tratti di personalità che potrebbero

essere definiti come “ego sintonici”, sono percepiti come parte integrante del proprio sé e di conseguenza non problematici e preoccupanti.

Per questa ragione, la diagnosi esige una valutazione dei pattern di funzionamento nel lungo periodo e l'integrazione di dati ed informazioni offerti da fonti collaterali quali familiari, partner ed amici per confermare che i tratti siano, come verrà spiegato di seguito, veramente inflessibili e pervasivi. Per quanto concerne l'insorgenza del disturbo, il modello definisce che le categorie diagnostiche possono essere impiegate con i bambini e gli adolescenti solo in casi rari e se i tratti perdurano per almeno un anno (APA, 2000). Questo aspetto rappresenta come la diagnosi in età evolutiva necessiti di un'attenzione maggiore così da non confondere fasi transitorie tipiche dell'età con quadri diagnostici più stabili.

2.2 Definizione e Criteri Diagnostici Generali

Un disturbo di personalità è illustrato come una modalità stabile di funzionamento psicologico e comportamentale che si allontana sensibilmente dai riferimenti culturali dell'individuo. Tale pattern si contraddistingue per essere presente in modo costante in diverse situazioni sociali e personali quotidiane. Si precisa anche che presenta anche una scarsa flessibilità. In base ai criteri diagnostici generali, ciò deve essere presente in almeno due delle seguenti aree (APA, 2000):

1. **Cognitività:** le modalità tramite cui la persona comprende sé stessa, gli altri e ciò che le accade attorno.

2. Affettività: la variabilità, l'intensità e l'appropriatezza della nostra risposta emotiva.
3. Funzionamento interpersonale: la maniera tramite cui ci relazioniamo con gli altri.
4. Controllo degli impulsi: capacità di modulare le reazioni immediate per adattarle alla situazione in cui ci troviamo.

Si tratta di modello stabile nel tempo, con esordio collocabile nell'adolescenza o nella prima età adulta. La diagnosi richiede che il pattern debba comportare una sofferenza significativa sul piano clinico oppure compromettere la vita sociale, lavorativa o altri ambiti importanti del nostro quotidiano. Infine, il pattern non deve essere spiegabile in maniera più adeguata da un altro disturbo mentale, né essere causato dagli effetti dovuti all'uso di sostanze stupefacenti o ad una condizione medica (APA, 2000).

2.3 I Dieci Disturbi ed il Sistema dei Cluster

I dieci disturbi di personalità specifici sono strutturati in tre cluster basati su alcune similarità, di seguito descritti (APA, 2000): nel Cluster A le persone appaiono spesso come "strane" o eccentriche. Questo segmento include il disturbo Paranoide (in cui è presente grande sfiducia e sospettosità per cui le azioni ed intenzioni altrui sono percepite come malevole), il disturbo Schizoide (vi è grande distacco dalle relazioni e poca espressività emotiva) ed il disturbo Schizotipico (che comprende una fatica notevole nello stringere relazioni intime e sono anche frequenti distorsioni cognitive o percettive oltre al mettere in atto comportamenti eccentrici).

Mentre nel Cluster B le persone si mostrano come molto emotive ed instabili. Viene incluso il disturbo Antisociale (caratterizzato da mancato rispetto e infrangimento dei diritti altrui), il disturbo Borderline (si tratta di persone molto altalenanti per quanto concerne le relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e negli affetti, il tutto associato ad impulsività), il disturbo Istrionico (determinato da teatralità e costante ricerca di attenzioni) ed il disturbo Narcisistico (delineato da scarsa empatia, necessità di essere ammirati e grandiosità). Infine nel Cluster C i pazienti qui si rappresentano come ansiosi e paurosi. Questa sezione comprende il disturbo Evitante (caratterizzato da sensibilità al giudizio negativo, inibizione sociale e percezione di inadeguatezza), il disturbo Dipendente (definito da un comportamento dimesso e Dipendente legato ad una massiccia necessità di attenzioni e cure) ed il disturbo Ossessivo Compulsivo (si è eccessivamente preoccupati per il controllo e perfezionismo). Nonostante questa classificazione sia utile a fini didattici, presenta limiti rilevanti. In tal senso non è infrequente che i pazienti presentino caratteristiche appartenenti a cluster diversi, evidenziando la scarsa capacità del sistema di rappresentare la vera realtà clinica in modo esaustivo. Completa il quadro la categoria del Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato (PDNOS), usata per condizioni di tipo "misto".

2.4 Il Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato (PDNOS)

Questa categoria viene utilizzata quando il profilo di personalità di un paziente aderisce ai criteri generali di un determinato disturbo di

personalità, ma non risponde a pieno ai criteri specifici di alcuna delle dieci categorie sopra citate. Il paziente può manifestare tratti di disturbi diversi che provocano una compromissione clinica. Tale diagnosi è connotata da quadri clinici che si possono definire come “misti”, in cui concorrono tratti di diversi disturbi di personalità che congiuntamente portano o ad un disagio che è clinicamente significativo o ad un adattamento alterato in alcune aree come quella sociale o lavorativa. In maniera separata tali tratti non arrivano alla soglia diagnostica necessaria per la diagnosi. Questa categorizzazione può essere usata anche quando il professionista valuta come adeguata una diagnosi di disturbo di personalità non compresa nella classificazione ufficiale. Tale aspetto pone in contrapposizione la complessità del funzionamento con la inflessibilità dei sistemi diagnostici.

2.5. I limiti del modello Categoriale ed il Rationale del Cambiamento

L'inserimento del modello alternativo emerge dal bisogno di superare ed affrontare i tanti limiti strutturali dell'approccio categoriale tradizionale. Uno dei limiti, come si potrà osservare conseguentemente, è relativo al fatto che il paziente tipico da una parte rientri nei criteri per soddisfare un certo disturbo di personalità ma di frequente ne soddisfa anche contemporaneamente molti altri, creando una comorbidità che rende difficile l'inquadramento clinico. Nel DSM-5 si specifica che questa diagnosi è quella maggiormente appropriata sotto il punto di vista descrittivo sebbene permanga clinicamente scarsamente informativa (APA, 2000).

Il rationale del cambiamento verso il modello della Sezione III pone le sue motivazioni nella volontà di superare tali lacune tramite un'analisi fondata su un continuum di funzionamento e su tratti di personalità patologici, piuttosto che su categorie chiuse (APA, 2013).

2.5.1. Il problema della comorbidità

Uno dei principali limiti del modello categoriale è l'alto tasso di comorbidità, che mostra come il paziente tipico presenti in contemporanea i criteri di più disturbi di personalità. Ciò indica che le classi diagnostiche non siano mutuamente escludentesi in quanto i pazienti presentano disturbi co-presenti che appartengono persino a cluster totalmente diversi. In questo contesto, quanto descritto può trovare conferma in alcuni quadri diagnostici: ad esempio il disturbo Paranoide può presentarsi come un antecedente premorboso dei disturbi psicotici come la schizofrenia o il disturbo delirante. Inoltre in maniera frequente è associato ai disturbi dell'umore come il disturbo depressivo maggiore. Allo stesso tempo il disturbo Paranoide è connesso anche ad un aumento del rischio di agorafobia e di disturbo Ossessivo-Compulsivo, oltre ad essere spesso correlato ai disturbi da uso di sostanze. Infine i disturbi che sembrano avere una maggiore comorbidità con tale condizione clinica risulterebbero essere ad esempio il Disturbo Schizotipico, Schizoide e Narcisistico, APA, 2000).

2.5.2. La diagnosi di PDNOS: frequenza o utilità informativa?

Un'altra difficoltà è relativa alla categoria del Disturbo Di Personalità Non Altrimenti Specificato (PDNOS). Il paradosso del modello categoriale pone le sue basi nel fatto che, sebbene il PDNOS sia una delle diagnosi più attribuite ai nostri pazienti, viene meno nell'offrire descrizioni cliniche necessarie per la strutturazione del trattamento. Il passaggio al modello dimensionale cerca proprio di oltrepassare questa ambiguità, fornendo una descrizione maggiormente fedele e dettagliata della psicopatologia individuale (APA, 2013). Ne deriva che la presenza di categorie residuali molto ampie possa ridurre l'utilità clinica della diagnosi, rendendo opportuno un approccio più dimensionale.

2.6 Il Modello Alternativo del DSM-5 (AMPD-Sezione III).

Il modello presentato nella terza sezione del manuale, simboleggia un'innovazione finalizzata ad affrontare le limitazioni del sistema categoriale. In questa prospettiva, i disturbi di personalità sono teorizzati in base al grado di compromissione del funzionamento della personalità e dalla presenza di tratti disfunzionali. In particolare, esso cerca di rispondere a criticità rilevanti quali la comorbidità tra i diversi disturbi e l'uso frequente della diagnosi residuale di "disturbo di personalità non altrimenti specificato"(PDNOS). Per risolvere tali problematiche, il modello alternativo adotta una prospettiva dimensionale, secondo la quale i disturbi di personalità vengono descritti tramite due componenti fondamentali: il livello di compromissione dell'assetto della personalità e

la presenza di tratti di personalità patologici (APA, 2013). L'organizzazione della personalità viene analizzato grazie ad un continuum che include sia aspetti legati all'identità individuale (identità e autodirezionalità) sia aspetti relativi alla sfera relazionale (empatia e intimità), considerati il nucleo centrale della psicopatologia di personalità. L'approccio multidimensionale permette quindi una valutazione più flessibile e clinicamente utile, in grado di cogliere l'eterogeneità delle manifestazioni dei disturbi di personalità, offrendo una descrizione più dettagliata e maggiormente flessibile (APA, 2013).

2.6.1. Il Criterio A: Livello di funzionamento di personalità

Il cuore della psicopatologia di personalità dimora nelle anomalie del funzionamento del Sé ed a livello interpersonale. Secondo la letteratura attuale, il funzionamento della personalità si dirama in due ambiti principali che a loro volta si biforcano (APA, 2013) :

1. Funzionamento del Sé:

- Identità: in relazione alla percezione che abbiamo di noi stessi, con confini ben evidenti tra noi e chi ci sta attorno. Il tutto viene accompagnato da un'attenta autovalutazione e da abilità di regolazione emotiva.
- Autodirezionalità: in riferimento al raggiungimento di obiettivi di vita nel breve periodo che siano coerenti e significativi.

2. Funzionamento interpersonale:

- Empatia: avere la capacità di comprendere ed apprezzare le esperienze e le motivazioni altrui, tenendo in considerazione gli effetti dei nostri comportamenti sugli altri riuscendo a tollerare visioni differenti dalle nostre.
- Intimità: si fa riferimento all'intensità e durata delle relazioni che possiamo avere con gli altri.

In aggiunta la gravità delle alterazioni viene operazionalizzata tramite la Scala Del Livello Di Funzionamento Della Personalità (LPFS). Quest'ultima differenzia cinque livelli di compromissione del funzionamento della personalità, che si stanziano lungo una gradazione che parte dal Livello 0 (che indica uno stato sano e adattivo) per arrivare al Livello 4 che corrisponde ad una compromissione grave. Per poter elaborare una diagnosi di disturbo di personalità, viene richiesto il raggiungimento di un livello di compromissione almeno moderato (Livello 2) (APA, 2013). Ne consegue un modello di valutazione realistico in maggior misura, che combina il livello d' influenza sull'organizzazione quotidiana con la presenza dei tratti.

2.6.2. Il Criterio B: Tratti di personalità Patologici

Se il criterio A è relativo al livello di gravità, il Criterio B definisce lo "stile" della patologia. Un tratto di personalità può essere concettualizzato come una tendenza relativamente stabile ad esprimere determinate modalità emotive, cognitive, di pensiero e di comportamento in maniera coerente nei più disparati scenari e nel corso del tempo. Questi tratti sono disposti in

maniera gerarchica in cinque grandi classi, che rappresentano sfumature disfunzionali dei tratti di personalità (APA, 2013) (figura 2.1):

- **Affettività negativa:** il paziente esperisce frequentemente ed intensamente una vasta varietà di emozioni negative.
- **Distacco:** il paziente mette in atto dei comportamenti tendenti all'evitamento di esperienze di tipo sociale ed emotivo, in particolare si fa riferimento al ritiro dalle relazioni interpersonali ed alla scarsa capacità di provare piacere.
- **Antagonismo:** la persona agisce dei comportamenti che la mettono in contrapposizione con gli altri, tali atteggiamenti sono definiti da un grande senso di importanza ed assenza di empatia.
- **Disinibizione:** l'individuo è orientato alla gratificazione immediata e presenta azioni impulsive senza considerare gli effetti che esse comportano.
- **Psicoticismo:** il soggetto sperimenta una serie di condotte ed idee insolite, bizzarre o incongruenti a livello culturale.

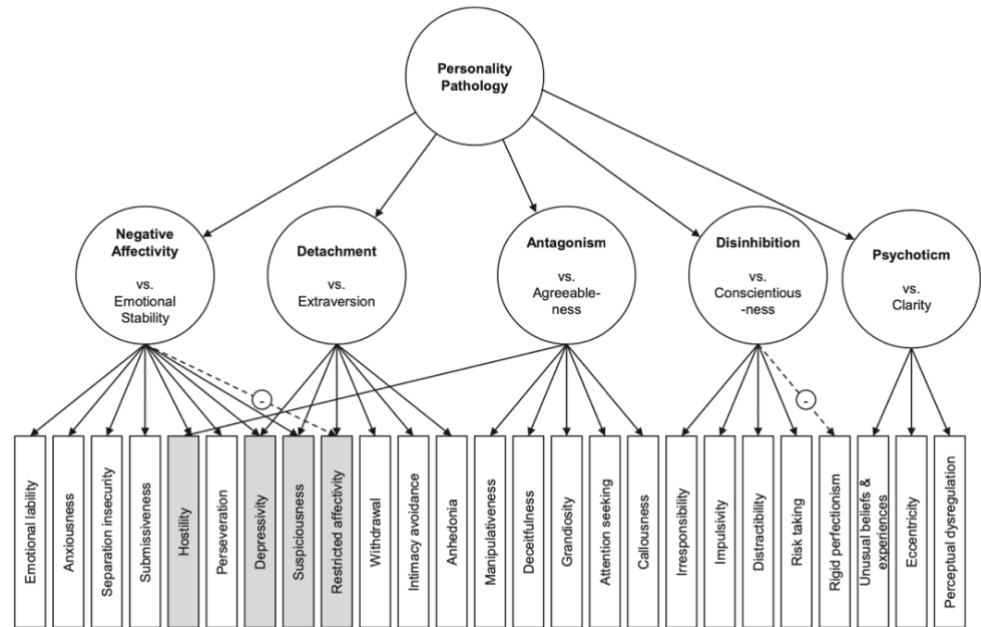


Figura 2.1: Modello gerarchico dei tratti di personalità disadattivi nel DSM 5 Sezione III (Hengartner et al., 2018).

Questi domini includono venticinque specifiche sfaccettature di tratto (facets). È doveroso segnalare che in questo sistema i tratti sono posti lungo uno range ed ogni paziente può essere situato all'interno di uno spettro in quanto i tratti mutano per intensità e polarità.

2.6.3 Criteri C-G: Pervasività, stabilità e diagnosi differenziale

Oltre all'assessment dei tratti e del funzionamento generale, la diagnosi di disturbo di personalità prevede che vengano rispettati anche ulteriori criteri, che ne definiscono la natura pervasiva e ne permettono la distinzione da altre condizioni (APA, 2013). Si fa riferimento alla pervasività (criterio C) quindi il deterioramento del funzionamento e l'espressione dei tratti devono essere relativamente inflessibili e pervasivi in un'ampia gamma di situazioni personali e sociali. Ciò riflette l'incapacità dell'individuo

di modificare il proprio pensiero o comportamento anche quando è chiaro che quell'approccio non è funzionale. Si deve contemplare anche la stabilità (criterio D) ovvero l'andamento del disturbo che deve essere relativamente stabile nel tempo, con esordi che possono essere collocati nell'adolescenza o nella prima età adulta. Si puntualizza che le alterazioni nell'organizzazione di personalità ed i tratti sono più stabili rispetto alle forme di manifestazioni sintomatiche dei disturbi. Infine viene compresa anche la diagnosi differenziale (Criteri E,F,G) in quanto per formulare la diagnosi è essenziale escludere che le compromissioni non siano meglio spiegate da un altro disturbo mentale (criterio E) oppure attribuibili solamente alle conseguenze ed effetti dovuti all'uso di sostanze o di un'altra condizione medica (criterio F). Infine non devono essere meglio comprese come normali per la fase di sviluppo o per l'ambiente sociale e culturale in cui vive l'individuo (criterio G). Tale classificazione favorisce maggiormente la precisione diagnostica ma fornisce al clinico anche informazioni utili per l'organizzazione del trattamento e la prognosi, indipendentemente dal fatto che venga attribuita una determinata diagnosi oppure quella di "Disturbo Di Personalità Tratto Specificato"(PD-TS) (APA, 2013).

2.7 Prospettiva Categoriale e dimensionale a confronto

Il passo che vi è stato nella classificazione di disturbi di personalità, che ha portato dal tradizionale approccio categoriale del DSM-IV-TR e della sezione II del DSM-5 al modello multidimensionale, sancisce proprio un

avanzamento rilevante dell'impostazione teorico-clinica, orientata a superare limiti strutturali presenti nella quotidiana pratica diagnostica (APA, 2013). L'impostazione anche se ha garantito coerenza con i sistemi precedenti, ha diverse carenze, tra cui la notevole sovrapposizione tra diagnosi e l'abituale utilizzo della categoria "Non altrimenti specificato". Quest'ultima può risultare utile per la descrizione di quadri eterogenei, ma si dimostra poco adeguata dal punto di vista prettamente descrittivo ed operativo (APA, 2013). Dall'altra parte il modello multidimensionale appare efficace se si considera il profilo clinico, poiché fornisce una lettura più complessa del funzionamento individuale basata su due elementi chiave: le caratteristiche stilistiche di personalità ed il livello di gravità (APA, 2013).

2.7.1. La gravità del funzionamento come predittore centrale (criterio A)

Il centro della psicopatologia di personalità è collocato nelle distorsioni dell'assetto interpersonale e del Sé. La letteratura considerata definisce che la gravità generalizzata della compromissione è con tutta probabilità il singolo predittore più importante più significativo per quanto concerne il disagio attuale e futuro sperimentato dal paziente (APA, 2013). A differenza dei sintomi descrittivi, le immagini che si hanno di sé e degli altri si caratterizzano come sistemi interconnessi, che influiscono in maniera diretta la qualità della relazione che si crea con il terapeuta, incidendo non solo l'andamento del trattamento ma anche i relativi esiti (APA, 2013). La possibilità di collocare il paziente lungo una "scala" di funzionamento, permette al clinico di sviluppare valutazioni più

consapevoli in relazione al grado di disfunzionalità ed alla presenza di eventuali condotte eteroaggressive o autolesive (APA, 2013).

2.7.2. Lo stile e la natura dimensionale dei tratti (criterio B)

Una grande novità di tale modello è la concezione dei tratti come dimensioni continue, non ci si riferisce alla presenza o assenza dei tratti ci troviamo in ambito prevalentemente sfumato. Ogni tratto è percepito come uno spettro con due poli opposti dove anche l'estremo opposto di un tratto patologico si rivela essere dannoso e non adattivo; ad esempio la gentilezza estrema porta a farsi sfruttare dagli altri. Infine i tratti ed i danni al funzionamento di un paziente sono più stabili rispetto alle manifestazioni sintomatiche, che tendono ad oscillare (wax and wane) nel corso del tempo (APA, 2013).

2.7.3 Verso una “Revisione Dei Sistemi” di personalità

Il modello multidimensionale è assimilato alla “revisione dei sistemi” usata nella medicina generale. Così come un medico valuta il sistema respiratorio e cardiovascolare anche se il suo paziente presenta sintomi neurologici, anche il professionista della salute mentale usa l'AMPD per approfondire sistematicamente tutti i cinque domini di personalità per non tralasciare aree che potrebbero giovare dell'intervento che viene proposto (APA, 2013). Tale parallelismo mette in luce come l'approccio dimensionale aspiri a garantire una valutazione generale e globale della personalità, aumentando l'efficienza della formulazione clinica.

2.7.4. La personalizzazione diagnostica

L'utilizzo della categoria "Disturbo Di Personalità Tratto Specificato"(PD-TS) oltrepassa le diagnosi "residue". Il PD-TS fa sì che il clinico possa "cucire su misura "(tailored) la descrizione del profilo di personalità di ogni paziente. Tutto ciò contribuisce allo sviluppo di una base di informazioni molto più solida per la strutturazione dell'intervento e per prevedere l'andamento di molti altri disturbi mentali concomitanti. In sintesi, il modello dimensionale non si limita ad etichettare il paziente, ma offre fornisce una mappatura dettagliata di quella che è struttura psichica, rendendo la diagnosi uno strumento realmente utile nella pratica terapeutica (APA, 2013).

2.8 Conclusioni

Il passo da DSM-IV-TR al modello alternativo della Sezione III non deve essere pensato come una transizione lineare, ma come un'operazione di restituzione dell'eterogeneità e complessità umana alla pratica clinica. Dove il modello categoriale correva il rischio di svalutare il paziente ponendolo in una casella predefinita, molto spesso fallendo nel tentativo, il sistema dimensionale offre una narrazione più aderente a quello che è il vissuto dei nostri pazienti. Focalizzarsi sul livello di funzionamento del Sé e su quello interpersonale implica constatare che il cuore della sofferenza non dimora in una lista di sintomi, ma nella qualità delle interconnessioni che la persona definisce con il mondo ed in primis con se stessa. In questa visione la diagnosi rinuncia alla sua funzione di sentenza per trasformarsi

in uno strumento di lavoro dinamico. In ultima istanza, si tratta del passaggio da una psichiatria delle categorie ad una psicologia delle persone, dove ogni tratto disfunzionale non è che un punto su un continuum che rimane in attesa di essere visto, capito e riabilitato.

CAPITOLO 3: PRESENTAZIONE DEGLI STRUMENTI

3.1 Introduzione

Questo capitolo ha il fine di descrivere in maniera dettagliata gli strumenti che hanno rappresentato il punto di partenza per l'estrapolazione degli item presenti all'interno di questa ricerca. La selezione di questi strumenti è stata condotta dal bisogno di coprire in modo ampio le varie metodologie di valutazione in ambito clinico, combinando sia l'approccio dell'intervista semi strutturata che il self report. La scelta di tali test mostra la necessità di cogliere la complessità della patologia di personalità tramite diverse lenti metodologiche (Blais, Baity, & Hopwood, 2011):

- Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): Uno strumento self-report rigorosamente legato alla teoria bisociale di Millon, che consente di valutare sia i pattern di personalità che le sindromi maggiormente cliniche (Millon, 1992).
- Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ): si tratta di un inventario auto-somministrato ideato per rappresentare in modo chiaro e diretto i criteri diagnostici del DSM (Hyer et al., 1988).
- Personality Assessment Inventory (PAI): una misura psicometrica moderna caratterizzata dall'uso di una scala di risposta Likert a quattro punti, permettendo una valutazione più dimensionale della

gravità dei sintomi e fondandosi su una solida validazione del costruito (Hopwood et al., 2010).

- Structured Clinical Interview for DSM (SCID): ritenuto il “gold standard” per la formulazione della diagnosi. Si tratta di un’intervista semi-strutturata che permette al clinico di unire il proprio giudizio professionale alle risposte del paziente (Somma et al., 2017). Inoltre, l’associazione di tali strumenti consente di ricostruire l’evoluzione dei criteri diagnostici nel campo della psichiatria e della psicologia clinica, che si estende dal DSM-III al DSM-5 (Hyer et al., 1988 ; Somma et al., 2017).

In generale, la scelta di questi strumenti si basa sul pensiero che la valutazione della personalità esiga un approccio multidimensionale, in grado di riunire differenti modelli teorici e procedure di assessment al fine di coglierne l’eterogeneità clinica.

3.2 Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)

Il Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) si presenta come uno dei primi strumenti self-report strutturati per la valutazione dei disturbi di personalità in connessione ai criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) (Fossati et al., 1998; Hyer et al., 1988).

3.2.1 Evoluzioni e versioni dello strumento

Lo sviluppo del PDQ ha seguito di pari passo le evoluzioni della nosografia psichiatrica ufficiale ed odierna, con il fine ultimo di garantire ai

professionisti uno strumento più rapido per operationalizzare i criteri diagnostici.

Si fa riferimento a tre versioni nello specifico (Hyer et al., 1988):

- PDQ (originale): è stato concepito per essere coerente con il DSM-III. Il suo inventario è formato da 163 item con modalità di risposta Vero/Falso. Questo test è pensato per valutare gli undici disturbi di personalità, che erano previsti allora. È composto da un numero di item che si differenzia per ogni disturbo che va da 8 a 22, ricalcando la ricchezza descrittiva del manuale (Hyer et al., 1988).
- PDQ-R (revised): lo strumento è stato aggiornato ed è diventato PDQ-R con l'ultima revisione nel DSM-III-R. Questa variante prevede 152 item, tenendo conto degli 11 disturbi dell'Asse II. Inoltre comprende anche il disturbo di personalità auto-frustrante (self-defeating)(Hyer et al., 1990).
- PDQ-4+: si tratta dell'ultima rielaborazione, coerente con il DSM-IV, che ha avuto una riduzione rilevante di item contenendone novantanove. Tratta i dieci disturbi di personalità ufficiali integrando anche due categorie proposte per ulteriori studi: il disturbo passivo-aggressivo ed il disturbo depressivo. Qui gli item sono posti in maniera casuale e sono stati rimossi gli item a punteggio invertito (reverse)(Fossati et al., 1998).

3.2.2 *La scala Impairment / Distress (ID)*

Una caratteristica distintiva del PDQ è la scala Impairment/Distress(ID), costituita da cinque item. Tale scala tenta di valutare il livello di disagio soggettivo o della compromissione oggettiva vissuti dalla persona nelle aree di funzionamento quotidiane. Questa misura è ritenuta come un vantaggioso test di screening rapido per individuare una probabile presenza di disfunzione di personalità(Hyler et al., 1988).

3.2.3 Validità e attendibilità

In termini psicometrici, il PDQ mostra una validità di facciata elevata, in quanto frequentemente gli item sono per lo più parafrasi o traduzioni letterali dei criteri del DSM. Nonostante ciò, la disamina delle sue proprietà prettamente cliniche ha illustrato alcune zone d'ombra. Lo strumento offre una significativa sensibilità, riconosciuta come l'abilità di identificare in maniera corretta le persone che potrebbero presentare una possibile psicopatologia, tuttavia però presenta una specificità ridotta o moderata. Ciò implica che, da una parte è utile nell'escludere la presenza di un disturbo quando i punteggi ottenuti sono bassi. Ma dall'altra parte propende a produrre una quantità abbastanza elevata di falsi positivi in concomitanza di punteggi elevati (Fossati et al., 1998; Hyler et al.,1990; Hyler et al.,1992). Conseguentemente a tali limitazioni, diverse ricerche hanno sottolineato una tendenza alla sovra diagnosi, rappresentando come il PDQ possa conferire un numero di diagnosi considerevole rispetto ad una valutazione clinica specialistica (Fossati et al., 1998; Hyler et

al.,1990; Hyler et al.,1992). Malgrado ciò, il PDQ garantisce una grande utilità nel settore clinico, in particolare come strumento di screening per le fasi iniziali. Infatti punteggi superiori a 50 nel PDQ-4+ (o a 40 nella versione originaria) precisano la possibile presenza di uno o più disturbi di personalità, suggerendo il bisogno di un'ulteriore indagine diagnostica (Fossati et al., 1998; Hyler et al., 1988). In questa prospettiva, il PDQ si pone come uno strumento cardine nel campo della valutazione self-report, grazie alla sua capacità di cogliere il sentire del paziente rispetto alle proprie difficoltà. In questo framework, esso non può essere visto come un sostituto dell'intervista, ma come una funzione complementare all'intero del processo di diagnosi.

3.4 Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-I/II)

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) nelle sue due varianti (I e II), riveste una posizione importante tra la strumentazione self-report per la valutazione della personalità, caratterizzandosi per il suo profondo legame con una teoria sistematica della psicopatologia di personalità (Millon, 1992).

3.4.1 Inquadramento teorico e contenuto

L'MCMI è stato progettato come misura operativa dei sintomi derivanti dalla Teoria Biosociale della personalità di Theodore Millon. Il principale elemento di forza di tale test dimora nel rapporto tra diagnosi clinica e teoria. Le scale mirano a misurare variabili legate ad un modello teorico vasto, capace di far emergere ipotesi sul comportamento del

paziente. Questa scala è elaborata per discriminare le sindromi cliniche acute (Asse I) e le caratteristiche di personalità maggiormente durature (presenti nell'Asse II). Ciò rende possibile al clinico di indagare la relazione tra la sintomatologia esperita sotto stress e i tratti più stabili (Millon, 1992).

3.4.2 Struttura: scale e item

Tale test in particolare nella variante MCMI-II, è formato da 165 item con modalità di risposta Vero/Falso. La brevità dello strumento, utilizzabile in all'incirca venti o trenta minuti, fa sì che sia ottimale negli ambiti clinici più routinari. In totale include ventidue scale e tre indici di modifica. Il test si sviluppa in differenti aree di valutazione che permettono una lettura globale del funzionamento psicologico. Gli indici di modifica, che si poggiano sulle scale Disclosure, Desirability e Debasement, danno modo di rilevare eventuali tendenze della persona a presentare se stessa in maniera altamente negativa o positiva, incidendo sulla validità delle risposte. Le scale dei pattern di personalità di base esaminano stili di personalità di gravità moderata, come quelli Evitante, Narcisistico, Schizoide e Antisociale. Mentre le scale di patologia di personalità grave si focalizzano su quadri più severi, come il disturbo Borderline, Paranoide e Schizotipico. In particolare, le sindromi cliniche valutano disturbi di intensità moderata, come ansia, disturbi dell'umore e abuso di sostanze, mentre le sindromi cliniche gravi riguardano condizioni più compromesse, tra cui depressione maggiore, disturbi deliranti e disturbi del pensiero. In generale, questa organizzazione consente una valutazione integrata che si

estende dalla validità delle risposte sino alla gravità della psicopatologia (Millon, 1992).

3.4.3 Validità e attendibilità: i punteggi Base Rate (BR)

Uno degli avanzamenti psicometrici maggiormente rilevanti in merito al MCMI risiede nell'utilizzo di punteggi di tipo Base Rate (BR) al posto degli usuali punti T. A differenza dei punteggi T, i punteggi BR sono tarati sulla reale prevalenza dei disturbi in seno alla popolazione clinica. Tale approccio assicura che la frequenza e quantità di diagnosi acquisite sia paragonabile ai tassi di prevalenza clinica osservati, permettendo di ottimizzare e massimizzare così l'efficienza discriminativa del test in questione (Millon, 1992).

3.5 Considerazioni Critiche

Nonostante l'elevata consistenza interna dimostrata nelle fasi di validazione e la sua solida base teorica, l'MCMI è stato al centro di alcune discussioni per due motivi: una limitazione dello strumento è relativa alla specificità della popolazione di riferimento, poiché i dati sono ricavati principalmente da campioni clinici. Per tale ragione, ciò non è compatibile con l'impiego nella popolazione generale, ma va applicato in contesti diagnostici specialistici. Un'ulteriore criticità è espressa dalla sovrapposizione degli item, dato che alcuni contribuiscono a più scale, producendo intercorrelazione tra i costrutti (Millon, 1992; Wetzler & Marlowe, 1992). Tuttavia, Millon ha sostenuto questa scelta percependola come una rappresentazione realistica della covariazione clinica tra i diversi

disturbi (Millon, 1992). Nonostante questi aspetti, l'MCMI resta uno strumento essenziale per una valutazione della personalità che congiunge profondità clinica e rigore psicometrico.

3.6 Personality Assessment Inventory (PAI)

Il Personality Assessment Inventory (PAI) è un inventario a scala multipla formato da 344 item ed è auto-valutativo. Esso è stato sviluppato per mettere a disposizione informazioni significative per l'elaborazione della diagnosi clinica, la previsione dei comportamenti e la strutturazione del trattamento. Il PAI è stato strutturato seguendo un approccio di validazione del costrutto. Tale metodologia integra procedure empiriche e teoriche per individuare costrutto con un buon supporto clinico (Hopwood et al., 2010).

3.6.1 Struttura delle scale e formato degli item

Tale strumento include ventidue scale non sovrapposte, che garantiscono che ciascun punteggio rifletta un costrutto ben definito ed elimini intercorrelazioni tra scale. Quest'ultime sono suddivise in quattro domini principali:

- Quattro scale di validità: Inconsistency (ICN), Infrequency (INF), Negative Impression Management (NIM) e Positive Impression Management (PIM).
- Undici scale cliniche: che misurano costrutti psicopatologici simili a quelli presenti nel DSM come depressione, ansia e schizofrenia.

- Cinque scale di considerazione del trattamento: fondamentali per la programmazione clinica e per prevedere comportamenti a rischio, comprendendo aggressività, ideazione suicidaria, stress, mancanza di supporto sociale e motivazione al trattamento.
- Due scale interpersonali: dove troviamo Dominance e Warmth, che considerano e analizzano lo stile relazione e l'alleanza terapeutica che si crea nella stanza di terapia.

Per esaminare in dettaglio la natura dei sintomi, dieci di queste scale (di cui nove sarebbero cliniche e una di trattamento) sono arricchite ed integrate da un totale di trentuno sottoscale. Ad esempio la scala della depressione contiene sottoscale per le componenti cognitive, fisiologiche ed affettive consentendo al terapeuta di organizzare e gestire la complessità della varietà dei sintomi anche tra pazienti che presentano la stessa condizione. Tale organizzazione gerarchica, sostenuta da un approccio di validazione del costrutto, rende il PAI uno strumento versatile e preciso per la valutazione clinica e la pianificazione del trattamento (Hopwood et al., 2010).

3.6.2 Validità e attendibilità

La solidità psicometrica del Personality Assessment Inventory deriva da un meticoloso processo di validazione del costrutto, che incorpora procedure metodologie empiriche e teoriche fondate sulla letteratura clinica. Lo strumento usufruisce di una scala Likert a quattro punti (3= Molto Vero, 2=PiuttostoVero, 1= Leggermente Vero, 0= Falso), che

dà la possibilità di registrare la presenza e l'intensità dei sintomi, concorrendo a determinare una significativa coerenza interna e attendibilità. La validità del PAI si sviluppa su molteplici livelli. La validità di contenuto è garantita dall'elevata copertura delle dimensioni patologiche, strutturate in trentuno sottoscale e dall'uso di parametri che consentono di distinguere diversi livelli di gravità clinica. Mentre la validità discriminante è supportata dall'assenza di sovrapposizione tra gli item, che permette a ogni scala di valutare costrutti distinti. Il test comprende un sistema di scale di validità che favorisce il monitoraggio dello stile della risposta fornita, tramite indicatori di coerenza (Inconsistency e Infrequency), di gestione dell'impressione (Positive e Negative Impression Management) e altri indici utili a differenziare tra simulazione e distorsioni inconsapevoli. Infine, le analisi fattoriali hanno verificato la validità della struttura interna del test, individuando quattro fattori, Sofferenza Affettiva, Acting Out, Isolamento Sociale e Trascuratezza, che supportano la strutturazione delle scale cliniche, interpersonali e di considerazione del trattamento (Hopwood et al., 2010). Nel complesso, quanto espresso fino ad ora rappresenta il PAI come uno strumento affidabile e clinicamente articolato.

3.7 Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II/ SCID-5-PD)

La Structured Clinical Interview for DSM (SCID) si configura come il “gold standard” per la formulazione della diagnosi dei disturbi di personalità (DP) in ambito di ricerca ma anche a livello clinico (Somma et al., 2017). Questo strumento si presenta come un'intervista semi-strutturata

progettata per essere somministrata da un professionista esperto o da un clinico specializzato, consentendo di coniugare il rigore dei criteri diagnostici con il giudizio clinico esperto (Somma et al., 2017).

3.7.1 Evoluzione e versioni dello strumento

La SCID-II è stata lo strumento di riferimento per i disturbi di personalità in particolare per quanto riguarda l'Asse II del DSM-IV, composto da circa 140 item (Fossati et al., 1998). È necessario riportare che con la pubblicazione del DSM-5 e il superamento del sistema multiassiale, l'intervista è stata rinnovata nella versione SCID-5-PD (Somma et al., 2017). Tale modifica non ha causato modifiche significative alla struttura dell'intervista, ma un adattamento ai criteri diagnostici del DSM-5, rimuovendo le categorie non più presenti nel manuale come il disturbo passivo-aggressivo o quello depressivo (Somma et al., 2017).

3.7.2 Struttura, scale ed item

La SCID-5-PD è un'intervista diagnostica composta da 119 item che facilitano l'analisi e la valutazione i dieci disturbi di personalità presenti nel manuale DSM-5. Questa tipologia di strumento consente di elaborare una diagnosi di Disturbo di Personalità con altra specificazione (Somma et al., 2017).

3.7.3 Metodi di valutazione

La SCID-5-PD propone una modalità di valutazione piuttosto flessibile che comprende due modalità di scoring. Da una parte, la valutazione di tipo categoriale permette al professionista di definire la

presenza o l'assenza di un disturbo di personalità analizzando se viene superata o meno la soglia diagnostica prevista (ad esempio, almeno cinque criteri su nove per il disturbo Borderline). Dall'altra parte si ha la valutazione dimensionale che attribuisce a ogni criterio un punteggio che va da zero (assente) a due (soglia). La somma dei punteggi che si sono ottenuti consente di disporre di un indice dimensionale per ciascuna condizione disfunzionale, il che rispecchia la gravità del quadro generale (Somma et al., 2017).

3.7.4 Validità e attendibilità

Le proprietà psicometriche della SCID-5-PD sono state abbondantemente validate. Gli studi effettuati sulla versione italiana rappresentano un'eccellente affidabilità inter-rater, con un coefficiente di correlazione intraclassa mediano pari a 0.94 per punteggi dimensionali, indicando un'elevata concordanza tra valutatori. Anche le diagnosi categoriali appaiono molto consistenti, con un coefficiente K di Cohen mediano di 0.89, riflettendo così un accordo quasi perfetto tra i clinici professionisti. Inoltre, lo strumento presenta una buona capacità discriminativa, riuscendo a differenziare tra tratti di personalità patologici e disfunzionali ed a valutare e rilevare anche le caratteristiche sottosoglia (k mediano= 0.78) Somma et al.,2017). Infine si può sostenere che la SCID-5-PD si conferma come uno strumento affidabile e clinicamente robusto per una valutazione adeguata valutazione dei disturbi di personalità sia in ambito clinico che di ricerca.

3.8 Conclusioni: derivazione degli item

La combinazione degli strumenti citati ha concesso di costruire un set di item solido che rappresenta la complessità della patologia di personalità in una prospettiva multilivello (Fossati et al 1998; Hopwood et al., 2010; Millon, 1992; Somma et al., 2017). Ciò oltrepassa le limitazioni dei test singoli, aggiungendo all'analisi delle strutture profonde di personalità la valutazione dei sintomi esperiti (Millon, 1992; Hopwood et al., 2010). Il PDQ e il PAI permettono di registrare la sintomatologia così come viene vissuta dal paziente: il primo tramite uno screening diretto basato sui criteri DSM (Hyler et al., 1988), mentre il secondo attraverso un'analisi relativa all'insensibilità e al significato dei sintomi, includendo anche indicatori utili alla valutazione del rischio e del funzionamento (Hopwood et al., 2010). L'MCMI, favorisce l'esplorazione dei pattern di personalità maggiormente stabili, differenziando tratti duraturi da manifestazioni più acute (Millon, 1992). La SCID rispecchia il riferimento clinico più rigoroso in quanto permette di integrare le informazioni self-report con il giudizio del clinico (Somma et al., 2017). Questa integrazione consente una valutazione esaustiva, teoricamente fondata e clinicamente accurata della personalità (Fossati et al., 1988; Hopwood et al., 2010; Millon, 1992; Somma et al., 2017).

CAPITOLO 4: DESCRIZIONE DELLA RICERCA EFFETTUATA

4.1 Scopo dello studio

In merito agli strumenti analizzati e alle evidenze teoriche discusse nei precedenti capitoli, lo studio presentato si propone di costruire una misura rapida e breve per lo screening dei disturbi di personalità che combini utilità clinica, praticità nella somministrazione e solidità psicometrica. Lo sviluppo di tale strumento si basa su una visione dimensionale della personalità, secondo cui le caratteristiche più patologiche non sono percepite come classi discrete, come dimensioni poste lungo un continuum di funzionamento. Considerando l'unione degli strumenti di assessment osservati e dei modelli teorici di cui si è tenuto conto, il fine è quello di ottenere una misura in grado di verificare velocemente ed in maniera efficace le manifestazioni più alterate della personalità del paziente (Maples et al., 2015; Somma et al., 2019). Si presuppone che lo strumento sia capace di differenziare le disfunzioni nel funzionamento di personalità e di fornire elementi significativi per l'individuazione precoce di possibili condizioni patologiche (Natoli et al., 2024).

Tale capitolo definisce le fasi di sviluppo della misura, le procedure impiegate per la selezione degli item e le analisi eseguite per valutarne le proprietà psicometriche, con il fine di appurarne validità, affidabilità e potenziale impiego futuro nei contesti clinici.

4.2 Metodo

4.2.1 Partecipanti

Il campione del presente studio era costituito da 252 partecipanti (% Femmine=74%, età media $38,9 \pm 15,9$ anni, range 18-77; titolo di studio mediano: Laurea triennale). Ulteriori dettagli sono riportati in Tabella 1.

I partecipanti sono stati reclutati tramite un campionamento di convenienza e a palla di neve, comprendendo persone presenti nella rete familiare, sociale e amicale della somministratrice, nonché colleghi universitari, professionisti presenti nel contesto di tirocinio e partecipanti ottenuti mediante piattaforme social online. Per assicurarne l'omogeneità e la validità dei dati, sono stati adottati i seguenti criteri: 1) età compresa tra i 18 anni e i 77 anni; 2) livello di istruzione non inferiore alla scuola primaria di primo grado; 3) nazionalità italiana.

Tabella 1 Statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche dei partecipanti questo studio ($n=252$)

<i>Variabile</i>	<i>Statistica</i>
Età (anni, $M \pm DS$, range)	38,9 $\pm$ 15,9(18-77)
Missing	6
Sesso(N,%)	
Femmina	187 (74,8%)
Maschio	63 (25,2%)
Missing	2
Status socio-economico (SES, $M \pm DS$, range)	6,79 $\pm$ 1,67(1-10)
Missing	0
Titolo di studio (N, %)	
Licenza elementare	1 (0,4%)
Licenza media/avviamento	11 (4,4%)
Diploma Scuola Secondaria di Secondo Grado (maturità)	70 (27,8%)
Laurea Triennale	63 (25,0%)
Laurea Specialistica/Magistrale	70 (27,8%)
Dottorato di ricerca / Master/Specializzazione	37 (14,7%)
Missing	0
Stato civile (N, %)	
Single, nessun legame stabile	53 (21,0%)
Relazione stabile senza convivenza	61 (24,2%)
Convivenza	40 (15,9%)
Matrimonio	77 (30,6%)
Separazione/Divorzio	14 (5,6%)
Vedovanza	7 (2,8%)
Missing	0
Condizione lavorativa(N, %)	
Lavoro a tempo pieno o parziale, ma non studio	111 (44,0%)
Studio e non lavoro	56 (22,2%)
Studio e lavoro a tempo pieno o parziale	54 (21,4%)
Non lavoro né studio	31 (12,3%)
Missing	0

Nota: N=ampiezza campionaria

4.2.2 Misure

4.2.3 Descrizione dei test utilizzati nello studio

La combinazione dei diversi livelli di personalità è stata ottenuta attraverso la selezione dei singoli item appartenenti ai seguenti strumenti trattati nei precedenti capitoli:

- Personality Inventory for DSM-5 (PID-5).
- Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder (SCID-5-PD).
- Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-6).
- Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+).
- Personality Assessment Inventory (PAI).
- Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II).

4.2.4 Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012; versione breve Maples et al., 2015; versione italiana in Fossati et al., 2013). Si tratta di un questionario self-report pensato per operationalizzare il Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità (AMPD), citato nella sezione III del DSM-5 (Krueger et al., 2012). La versione originale è formata da 220 item che riguardano affermazioni rispetto a cui i partecipanti dovrebbero evidenziare quanto l'affermazione possa essere descrittiva di sé, su una scala Likert a 4 punti (da 0=molto falso o spesso falso a 3=molto vero). Il test comprende 17 item reverse necessari al controllo della risposta. In questo strumento livelli rilevanti di patologia di

personalità corrispondono a punteggi più alti. Inoltre i punteggi vengono sommati per ottenere e calcolare 25 “sfaccettature” (facets) di tratto, (APA, 2013) che si riuniscono in 5 aree:

1. Distacco: si tratta di limitare e ridurre le esperienze socio-emotive. È presente e possibile anche il ritiro dalle interazioni interpersonali.
2. Disinibizione: si fa riferimento a comportamenti avventati senza pensare alle conseguenze. Inoltre vi è la tendenza ad ottenere una gratificazione immediata.
3. Antagonismo: si richiama un insieme di pattern comportamentali che possono creare difficoltà nel funzionamento interpersonale, manifestandosi tramite grandiosità e mancanza di empatia.
4. Psicoticismo: la persona sperimenta un ampio ventaglio di pensieri e comportamenti bizzarri e non coerenti con il contesto culturale di appartenenza.
5. Affettività Negativa: si considera il fare esperienza di emozioni negative in maniera frequente e profonda.

Al contempo vi sono anche altre varianti: la forma “brief” (PID-5-BF) da 25 item e la forma breve (PID-5-SF) da 100 item e nel presente studio è stata impiegata proprio quest’ultima.

La validazione italiana di questa scala (Somma et al., 2019) oltretutto, ha attestato che il PID-5-SF preservi un’affidabilità e una validità di costrutto quasi identiche alla versione originale, provando di essere uno strumento accurato sia per la popolazione clinica ma anche per quella generale. Infine l’invarianza della

misurazione rilevata consente un confronto maggiormente affidabile e più diretto tra campioni non clinici e clinici (Bach et al., 2017; Somma et al., 2019).

Per ultimo si può dire che il PID-5 è una risorsa importante che consente di esaminare i tratti di personalità patologici (Al-Dajani et al., 2016) (Criterio B) necessari per la diagnosi dimensionale dei disturbi di personalità (Krueger & Markon., 2014).

4.2.5 Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)

Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD; First et al., 2016; versione italiana in Somma et al., 2017). Lo SCID-5-PD è un'intervista semistrutturata per la diagnosi dei dieci disturbi di personalità discussi nella sezione II del DSM-5: Evitante, Ossessivo-Compulsivo, Dipendente, Paranoide, Schizoide, Istrionico, Schizotipico, Narcisistico, Antisociale e Borderline (Somma et al., 2017). È formato da 119 item che risultano essere coerenti con i criteri diagnostici del DSM-5 e hanno il compito di esaminare in maniera sistematica la persistenza, la pervasività e la presenza di tratti patologici (First et al., 2016). Di solito tale intervista è anticipata da un questionario autosomministrato di screening (SCID-5-SPQ) articolato in 106 domande Vero/Falso che necessitano di circa una ventina di minuti per essere concluse (Somma et al., 2017). Nel corso dell'intervista, il professionista analizza ogni criterio basandosi su una scala a 3 punti: 2 (soglia), 1 (sottosoglia), 0 (assente) (First et al.,

2016). Questa procedura consente al clinico di combinare la propria interpretazione professionale con l'accuratezza dei criteri diagnostici. Le valutazioni possono essere gestite in maniera categorica (verificando assenza/presenza della condizione patologica) o dimensionale (tramite la somma dei punteggi dei criteri) (Somma et al., 2017). Da ultimo un'elevata gravità dei sintomi è rappresentata da punteggi maggiori.

4.2.6 *Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-6)*

Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-6, versione breve; Bobbio & Manganelli, 2011; versione originale Paulhus, 1991). La BIDR-6 si propone come una scala autosomministrata che ha come fine la valutazione della desiderabilità sociale. Essa in letteratura è descritta come la propensione sistematica delle persone di restituire risposte sproporzionatamente positive per mostrarsi in maniera conveniente e favorevole agli occhi altrui (Holden & Passey, 2009). Questo concetto viene percepito con preoccupazione all'interno del contesto di ricerca psicologica, in quanto potrebbe introdurre distorsioni della risposta nei test self-report (Bobbio & Manganelli, 2011). In aggiunta si può definire che la forma breve italiana è strutturata da 16 item, 8 per ognuna delle due componenti (1. Self-Deceptive Enhancement (SDE-autoinganno)) e (2. Impression Management (IM- gestione dell'impressione)) rappresentate da affermazioni su una scala Likert a 6 punti (da 1= fortemente in disaccordo a 6= fortemente d'accordo). In tal senso è

opportuno precisare che sia stato ideato un modello diviso in due parti relative ai costituenti della desiderabilità sociale (Paulhus, 1991):

- Self- Deceptive Enhancement (SDE- autoinganno): verifica la tendenza a dare inconsciamente descrizioni di sé sincere ma positive in maniera eccessiva. Tutto ciò è volto alla tutela e promozione della propria autostima. In letteratura è percepito come una strategia di “buffering” o compensazione, legata alla credenza interiore della persona di avere capacità e qualità superiori alla media (Bobbio & Manganelli, 2011). Chi presenta un alto grado di questo costrutto presenta una forma di smisurata di “sicurezza narcisistica” che lo porta a guardarsi da una prospettiva positiva a prescindere da quella che è la realtà oggettiva (Paulhus, 1991; Bobbio & Manganelli, 2011).
- Impression Management (IM-gestione dell'impressione): valuta l'inclinazione ricorrente e conscia a proporre un'immagine pubblica di sé come favorevole, correlando in modo significativo con le scale di menzogna più tradizionali. Tale fattore si presenta come una risposta per lo più strategica mirando ad assecondare l'interlocutore o le richieste situazionali, cercando di nascondere volontariamente comportamenti non normativi o debolezze. Alcuni esempi che si possono fornire sono attinenti alla negazione di aver commesso piccole violazioni della legge o il mascherare i propri dubbi sul proprio valore o sul proprio agito professionale, arrivando a mettere in pratica una forma di dissimulazione con l'obiettivo di ottenere approvazione sociale. Ai fini della presente ricerca è stata utilizzata la

variante breve del Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-6), validata e adattata per il nostro contesto italiano (Bobbio & Manganelli, 2011). In quest'ultima versione, la scala SDE non ha item reverse, mentre la scala IM sì. Infatti in essa sono presenti ben 6 item reverse. Bisogna sottolineare che il punteggio può essere calcolato con metodo continuo o dicotomico (Stöber et al., 2002). Nel primo caso più si ha la tendenza a formulare risposte socialmente desiderabili più si ottengono punteggi elevati. Nel secondo caso si possono distinguere i soggetti sulla base della presenza o assenza di questa tendenza (Paulhus, 2002; Holden et al., 2003). In entrambe le condizioni, i punteggi elevati rispecchiano una maggiore inclinazione della persona a dare risposte socialmente desiderabili.

Infine il BIDR-SF ha mostrato di possedere ottime proprietà psicometriche nei campioni italiani, conservando una struttura fattoriale invariante per livello di istruzione e per genere (Bobbio & Manganelli, 2011).

4.2.7 Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ -4+)

Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ -4+, Hyler, 1994; versione italiana in Fossati et al., 1998). Il PDQ -4+ si configura come un questionario autosomministrato di screening per l'esame dei disturbi di personalità che tiene conto dei criteri presenti nel DSM-IV. È comprensivo di 99 item che consistono in brevi asserzioni a cui la persona può rispondere con Vero o Falso. Tali item analizzano i 10 disturbi dell'asse II e

due condizioni: il disturbo passivo-aggressivo e depressivo (Fossati et al., 1998). Il contenuto degli item riflette i criteri diagnostici ufficiali e dà il modo al paziente di riportare la propria percezione ed esperienza dei sintomi. Rispetto alle versioni precedenti, non è presente alcun item reverse in alcuna scala (Fossati et al., 1998). Inoltre un aspetto che contraddistingue questo strumento è la scala Impairment/Distress (ID), destinata ad analizzare l'effetto dei tratti di personalità sulla vita quotidiana del paziente (Hyer et al., 1998; Fossati et al., 1998). Il punteggio totale che si ottiene è dovuto alla somma di tutte le risposte patologiche che vengono fornite; un punteggio TS maggiore di 50 (oppure punteggi alti nelle singole scale) è percepito come un buon predittore ed indicatore di un'alta probabilità di presenza di uno o più disturbi di personalità (Fossati et al., 1998). Inoltre punteggi totali molto alti evidenziano un'elevata alterazione generale della personalità.

4.2.8 Personality Assessment Inventory (PAI)

Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991) si propone come un questionario autosomministrato a scala multipla che è costituito da 344 item. È stato sviluppato per esaminare i costrutti rilevanti per un'estesa varietà di applicazioni cliniche (Morey, 1991). Esso include 22 scale che si ramificano in 4 aree: scale cliniche (11) che valutano concetti simili a quelli discussi nel DSM, scale di validità (4) - denominate Inconsistency (ICN), Infrequency (INF), Negative Impression Management (NIM) e Positive Impression Management (PIM) - che verificano eventuali

distorsioni dell'immagine di sé o risposte casuali, scale interpersonali (2), che valutano lo stile relazionale tramite dimensioni come la dominanza (dominance) e calore (warmth), scale di considerazione del trattamento (5) che esaminano fattori come motivazione al trattamento, ideazione suicidaria e aggressività (Morey, 1991; Hopwood et al., 2010). La struttura interna dello strumento è sostenuta anche da quattro fattori: sofferenza affettiva, isolamento sociale, acting out e trascuratezza. Inoltre è da ricordare che le dieci scale sono sostenute da 31 sottoscale che consentono di effettuare una valutazione più attenta e dettagliata dei sintomi presenti (Morey, 1991). La persona è chiamata a rispondere tramite una scala Likert a 4 punti (0=falso, 1=leggermente vero, 2=piuttosto vero, 3=molto vero). Bisogna riportare che esiste anche una versione per adolescenti (PAI-A organizzato in 264 item) e una più breve che comprende i primi 160 item del test (Morey, 1991).

Infine i punteggi grezzi in questo strumento vengono trasformati in punti T (Media=50, DS=10) che si basano su campioni normativi clinici o della comunità generale. È necessario tenere presente che punteggi che superano i 70T evidenziano generalmente una possibile e probabile diagnosi.

4.2.9 Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II; Millon, 1987; versione italiana in Zennaro et al., 2008). È un inventario anch'esso autosomministrato, elaborato come misura operativa dei sintomi derivanti dalla Teoria della Personalità e della psicopatologia di Theodore Millon (Millon, 1987; Millon, 1992). Al suo interno si possono trovare 165 item a cui il paziente risponde con Vero o Falso, progettati per discriminare tra i disturbi clinici acuti che si possono presentare sotto stress (Asse I) e le caratteristiche durature facenti parte della personalità (Asse II). Esso prevede tre indici modificatori (disclosure, desirability e debasement) di cui si usufruisce per osservare la presenza della tendenza a distorcere la propria immagine di sé. Inoltre include anche 22 scale cliniche (Millon, 1987). Come è stato definito in precedenza, il punteggio viene calcolato attraverso punteggi Base rate (BR), che sfruttano dati di prevalenza clinica reale, per rispecchiare al meglio l'ipotetica presenza di un disturbo all'interno dell'ambito clinico (Millon, 1987; Millon, 1992). Questo test offre profili configurazionali che permettono al terapeuta di combinare i modelli di carattere con la sintomatologia clinica per una diagnosi più attenta. È da considerare che l'MCMI-II è validato per popolazioni cliniche e che il suo utilizzo richiede grande attenzione nei campioni non clinici (Millon, 1992).

4.3 Sviluppo degli item dello studio

Il processo di strutturazione dello strumento ha attraversato fasi di affinamento. Prima di tutto, è stata realizzata una revisione approfondita delle descrizioni dei sintomi e dei criteri diagnostici inerenti ai disturbi di personalità in base al DSM-V. In secondo luogo, gli item esistenti, suddivisi per disturbo, sono stati esaminati per valutarne la validità di contenuto rispetto ai domini sintomatologici identificati.

Conseguentemente, è stata svolta una revisione volta all'eliminazione di eventuali ridondanze tra gli item di ciascun disturbo. Come è stato accenato in precedenza, una fase importante di questo lavoro è stata relativa alla rimozione di tutti quei contenuti definiti "estremi", in quanto lo studio non è rivolto ad un campione clinico. In ragione di ciò, sono stati preferiti item in grado di offrire una buona variabilità delle risposte ed una maggiore sensibilità statistica nell'ambito del "non-paziente". Questa scelta tenta di permettere di osservare sfaccettature di tratti che, pur non essendo patologici, rappresentano una distribuzione significativa nella popolazione generale presa in considerazione. Un'eccezione da considerare è riguardante il disturbo Schizotipico, poiché le sue espressioni caratterizzanti necessitano della presenza di item con un grado elevato di rarità e specificità. In conclusione si sono ottenuti 112 item.

È opportuno aggiungere che l'indagine proposta ai partecipanti è stata strutturata in due passaggi, anticipata da moduli legati al consenso

informato e alla scheda sociodemografica. Una sezione contiene gli item sviluppati e posti in maniera casuale, combinati con quattro “bogus item” per il monitoraggio dell’attenzione e la scala di Paulhus sul tema della desiderabilità sociale, composta da sedici items. L’altra sezione include la versione breve del Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), usata per verificare la validità di costrutto. Altresì è stata condotta un’ulteriore fase di revisione tecnica su vari dispositivi come smartphone e computer. Questa verifica ha consentito di verificare che la visualizzazione dei test fosse adeguata e l’eventuale presenza di refusi ortografici, garantendo la leggibilità degli stimoli. Parimenti le aree non opportunamente descritte, sono stati costruiti e generati item “ex novo”.

Infine è stata seguita la teorizzazione relativa ai test di prestazione tipica, gli item sono rappresentati da proposizioni chiare, semplici e brevi e il sistema di risposta è basato su scala Likert a quattro punti (per niente, poco, abbastanza, molto).

4.3.1 Procedura

I partecipanti sono stati preventivamente informati degli obbiettivi della ricerca attraverso un messaggio di presentazione e contattati personalmente dalla somministratrice, assicurando loro il completo anonimato e spiegando al meglio le modalità in cui sarebbe avvenuto lo studio. Dopodichè, è stato fornito loro un collegamento ipertestuale attraverso un’app di messaggistica ed è stato consigliato e raccomandato

di portare a termine lo studio in un momento di tranquillità, prediligendo un contesto che favorisse una compilazione accurata e consapevole.

L'indagine svolta non ha richiesto un processo di rilevazione dei dati che necessitasse l'erogazione del test in un luogo neutro come un laboratorio o comunque standardizzato. Per tale ragione si è preferito giungere ai soggetti coinvolti tramite smartphone. Attraverso questa modalità, i partecipanti hanno compilato il test in maniera indipendente e differita. A tal proposito per tenere traccia della numerosità del campione che si stava creando, è stato domandato loro, se avevano piacere, di informare la somministratrice quando avevano completato il questionario.

In primo luogo, sono stati mostrati alla persona i moduli relativi all'informativa sul trattamento dei dati, al consenso informato e al consenso del trattamento dei dati. Dopo aver preso visione di ciò, il partecipante doveva dichiarare di aver letto e compreso l'informativa e di accettare di partecipare alla ricerca.

Dopo aver eseguito quanto sopra, alla persona è stata presentata una pagina introduttiva che mirava a ottenere informazioni socio-anagrafiche per confermare così che la persona avesse davvero le caratteristiche essenziali per prendere parte alla ricerca ed essere incluso nel campione e poi, in un secondo momento poter osservare le differenze nelle risposte date tenendo in considerazione tali variabili. Si specifica che queste informazioni erano relative a genere, età, titolo di studio conseguito, status occupazionale, status relazionale, percezione del

proprio orientamento politico e del proprio livello socio-economico.

Queste due ultime peculiarità, non hanno costituito parametri di inclusione o esclusione dal campione, ma hanno permesso di ottenere una descrizione maggiormente precisa della persona. Basandosi su quanto espresso sino ad ora, è stato deciso così di non tenere conto di alcuni partecipanti. In quest'ottica, alcuni sono stati esclusi dal campione finale poiché non hanno risposto ad alcuni item del test.

Oltre a ciò, per ridurre i bias distorcenti legati agli effetti di sequenza e ordine, la presentazione degli item è avvenuta in maniera randomizzata per ogni compilazione.

Da ultimo le somministrazioni sono state effettuate in forma autonoma e in luoghi privati che hanno determinato tempi di compilazione variabile, da dieci a venti minuti e sono state eseguite tramite istruzioni standardizzate definite a priori che evidenziavano come rispondere agli item. Infine la raccolta dati ha avuto una durata di circa sei mesi, realizzandosi tra il mese di dicembre 2025 e il mese di maggio 2026.

4.3.2 Risultati delle analisi statistiche effettuate

In questa sezione verranno presentati e illustrati i risultati ottenuti concernenti la validazione psicometrica del test costruito, Personality Problems Questionnaire (PPQ).

4.3.3 Struttura fattoriale e attendibilità delle scale di PPQ

In una fase iniziale, è stata esaminata la struttura fattoriale di ognuna delle dieci scale facenti parte il PPQ: Antisociale, Borderline, Dipendente, Evitante, Istrionico, Ossessivo-Compulsivo, Narcisistico, Paranoide, Schizotipico e Schizoide . Inoltre l'obbiettivo è stato anche quello di valutare se ogni scala presentasse un grado sufficiente di unidimensionalità. La maggior parte degli item ha dimostrato di possedere buone saturazioni, con rare eccezioni per item più deboli.

Più precisamente, la verifica delle saturazioni dei singoli item ha confermato la solida tenuta unidimensionale delle scale, con la quasi totalità degli item che presenta saturazioni notevolmente superiori alla soglia di accettabilità di .30.

Nello specifico si possono considerare i seguenti dati emersi dalle analisi effettuate:

1. Scala Antisociale (ANT): si presenta con il primo fattore che spiega il 38.2 % della varianza e mostra saturazioni solide tra .47 e .69..
2. Scala Borderline (BOR): l'analisi effettuata mostra come il primo fattore spieghi il 27.1 % della varianza. Altresì riporta saturazioni comprese tra .42 e .67, con un solo item (bor05) che presenta un valore di .29.

3. Scala Dipendente (DEP): anche in questa scala è il primo fattore a spiegare il 35.3 % della varianza totale. Peraltro la scala evidenzia saturazioni incluse tra .37 e .72..
4. Scala Evitante (AVO): qui il primo fattore spiega ben il 47.7 % della varianza totale. Inoltre sono presenti saturazioni molto elevate incluse tra .57 e .82..
5. Scala Istrionica (IST): il primo fattore spiega in questo caso il 39% della varianza. La scala riferisce anche una distribuzione delle saturazioni compresa tra .36 e .75..
6. Scala Narcisistica (NAR): il primo fattore spiega il 34.7 % della varianza totale e possiede saturazioni comprese tra .38 e .80..
7. Scala Ossessivo-compulsiva (OBS): l'analisi fattoriale evidenzia una buona struttura unidimensionale in cui il primo fattore spiega il 18.9 % della varianza totale. Inoltre la scala presenta saturazioni comprese tra .31 e .66. . Si individuano quattro item con saturazioni più deboli: obs01= .22, obs08= .08, obs10=.03, obs12= .19..
8. Scala Paranoide (PAR): essa rappresenta come il primo fattore sia in grado di spiegare il 45.5 % della varianza totale. Si aggiunge che questa scala evidenzia un'ottima struttura dimensionale, con saturazioni elevate per tutti gli item che compongono la scala, che vengono comprese tra .49 e .83.
9. Scala Schizoide (SCZ): in tale scala il primo fattore riesce a spiegare il 27.6 % della varianza totale. Essa presenta saturazioni

comprese tra .37 e .71, ad esclusione degli item scz05= .12 e scz06= .11..

10. Scala Schizotipica (SCT): connotata dal primo fattore che spiega il 35.2 % della varianza totale. Per giunta si caratterizza anche per una struttura solida, con saturazioni comprese tra .44 e .74..

In aggiunta a ciò, si può definire che l'osservazione dei grafici dei sedimenti (screeplot) delle dieci scale dà conferma della loro struttura unidimensionale. In tutti i grafici si registra un andamento pressochè identico: la curva degli autovalori mostra una discesa ripida, dove il primo fattore si colloca su un valore dominante riuscendo a spiegare la quota principale di varianza totale. Inoltre in ciascuna scala si registra un drastico punto di flesso; al di sotto di esso la retta acquisisce un andamento piatto e trascurabile.

In seguito è stata calcolata la Media, la Deviazione standard e gli indici di coerenza interna (Alpha di Cronbach) per tutte le scale utilizzate (Tabella 2). In merito a quanto descritto, sono stati ricavati i coefficienti di Alpha allo scopo di accertare l'affidabilità e la precisione del PPQ.

Tabella 2 Media (M), Deviazione Standard (DS) e Coerenza interna (Alpha di Cronbach) delle scale utilizzate in questo studio ($n=252$)

Scala	M	DS	Alpha
PPQ-Antisociale	1.35	.42	.85
PPQ-Evitante	2.19	.70	.91
PPQ-Borderline	1.91	.51	.83
PPQ-Dipendente	2.03	.60	.84
PPQ-Istrionico	1.84	.58	.86
PPQ-Narcisitico	1.99	.57	.85
PPQ-Ossessivo compulsivo	2.94	.50	.72
PPQ-Paranoide	2.10	.65	.91
PPQ-Schizotipico	1.76	.57	.82
PPQ-Schizoide	1.93	.57	.80
PID-Antagonismo	1.67	.52	.67
PID-Affettività negativa	2.30	.66	.71
PID-Distacco	1.69	.58	.67
PID-Disinibizione	1.63	.58	.71
PID-Psicoticismo	1.76	.64	.77
BIDR-Bias Egoistico	2.83	.42	.62
BIDR-Bias Moralistico	4.82	.52	.59

Nota: PPQ: Personality Problems Questionnaire, PID: Personality Inventory for DSM-5, BIDR: Balanced Inventory of Desirable Responding

Si osserva che tutte le scale del PPQ presentano una coerenza interna da buona a ottima, con valori di Alpha compresi tra .72 e .91.

4.3.4 Validità dello strumento costruito

Per indagare la validità del PPQ, sono state calcolate le correlazioni di Pearson con le dimensioni del BIDR e PID-5 (Tabella 3).

Tabella 3 Matrice di correlazione tra i punteggi del Personality Problems Questionnaire (PPQ) e i punteggi delle scale Personality Inventory for DSM-5 (PID) e Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR). I valori in *corsivo* indicano correlazioni $>|.30|$; i valori in **grassetto** rappresentano correlazioni $>|.50|$ ($n=252$).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. PPQ-ANT																
2. PPQ-BOR	.52															
2. PPQ-DEP	.13	.54														
4. PPQ-AVO	.01	.49	.77													
5. PPQ-IST	.63	.41	.35	.16												
6. PPQ-NAR	.56	.46	.19	.10	.78											
7. PPQ-OBS	-.42	-.12	.06	.13	-.17	-.04										
8. PPQ-PAR	.36	.56	.37	.43	.43	.57	.09									
9. PPQ-SCZ	.16	.41	.33	.50	.22	.16	.00	.56								
10. PPQ-SCT	.38	.59	.33	.37	.58	.50	-.16	.55	.35							
11. BIDR-M	-.66	-.61	-.29	-.26	-.50	-.38	.33	-.28	-.28	-.36						
12. BIDR-E	.14	.02	-.31	-.18	.17	.17	.16	.21	.01	.09	.06					
13. PID-ANT	.66	.42	.24	.09	.65	.65	-.26	.31	.07	.36	-.53	.08				
14. PID-DIST	.26	.41	.33	.43	.35	.18	.01	.53	.69	.31	-.23	-.04	.17			
15. PID-DISIN	.64	.57	.20	.13	.56	.46	-.32	.46	.29	.49	-.46	.10	.48	.36		
16. PID-ASIC	.14	.52	.68	.64	.25	.14	.12	.42	.33	.34	-.27	-.14	.17	.39	.25	
17. PID-PSIC	.32	.56	.45	.41	.46	.36	-.09	.51	.41	.74	-.38	-.02	.36	.43	.47	.46

Nota: PPQ: Personality Problems Questionnaire, 1: PPQ-ANT

(Antagonismo), 2: PPQ-BOR (Borderline), 3: PPQ-DEP (Dipendente),

4:PPQ-AVO (Evitante), 5: PPQ-IST (Istrionico), 6: PPQ-NAR (Narcisistico),

7: PPQ-OBS (Ossessivo-Compulsivo), 8: PPQ-PAR (Paranoide) ,9: PPQ-

SCZ (Schizoide),10 : PPQ-SCT (Schizotipico), BIDR: Balanced Inventory of

Desirable Responding (BIDR),11: BIDR-M (Bias Moralistico), 12: BIDR-E

(Bias Egoistico), PID: Personality Inventory for DSM-5, 13: PID-ANT

(Antagonismo), 14: PID-DIST (Distacco), 15: PID-DISIN (Disinibizione), 16: PID-AFF (Affettività Negativa), 17: PID-PSIC (Psicoticismo)

Si possono osservare buone correlazioni positive tra le scale del PPQ e quelle corrispondenti del PID-5 (ad esempio PPQ- Antisociale e PID-Antagonismo, $r = .66$; PPQ-Schizotipico e PID-Psicoticismo, $r = .74$). Si aggiunge che emerge una correlazione negativa significativa tra tratti esternalizzanti come l'Antisociale e il Borderline e il bias moralistico del BIDR, mostrando che punteggi elevati in scale come queste si possono associare ad una tendenza inferiore a presentarsi in maniera socialmente conforme.

4.3.5 Analisi fattoriale sui punteggi di scala

Un'ulteriore analisi fattoriale è stata condotta con il fine di aggregare le scale impiegate nello studio in dimensioni sovraordinate (Tabella 7).

L'analisi, svolta congiuntamente sui punteggi ottenuti alle scale del PPQ, PID e BIDR, aveva l'obiettivo di valutare la validità di costrutto degli strumenti considerati. In particolare, essa mirava a verificare se le scale convergessero in fattori coerenti con i costrutti teorici che si proponevano di misurare, fornendo così evidenze a sostegno della loro adeguatezza psicometrica.

Figura 4.2 Scree plot (grafico dei sedimenti) per analisi fattoriale congiunta delle scale PPQ, PID-5 e BIDR

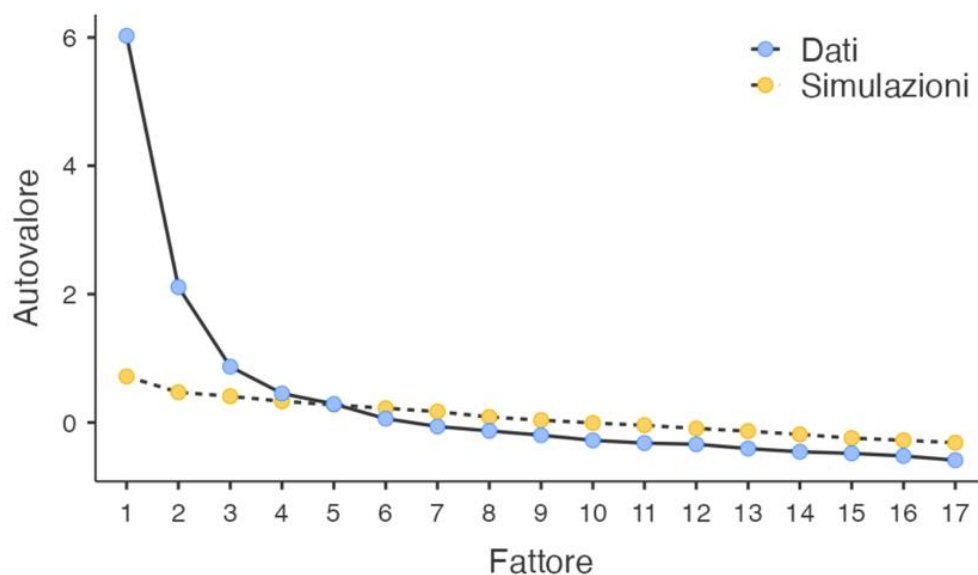


Tabella 4 varianza spiegata dalla soluzione a 5 fattori

Fattore	Carichi SS	% della Varianza	% Cumulata
1	3.18	18.73	18.7
2	2.66	15.63	34.4
3	2.13	12.55	46.9
4	1.98	11.66	58.6
5	1.60	9.42	68.0

Tabella 5 matrice delle saturazioni della soluzione a 5 fattori i punteggi delle scale PPQ, PID e BIDR ($n=252$)

Scala	F1	F2	F3	F4	F5
Somma-Ant	.88	-.11	-.03	.11	.07
Somma-Bor	.37	.38	.24	.15	.09
Somma-Dep	.04	.94	.05	-.07	-.03
Somma-Avo	-.08	.76	-.05	.28	-.01
Somma-Ist	.48	.13	.26	-.06	.37
Somma-Nar	.36	.00	.15	-.05	.70
Somma-Obs	-.58	.20	-.10	.06	.45
Somma-Par	.02	.12	.21	.44	.42
Somma-Scz	-.01	.05	.01	.82	.00
Somma-Sct	-.06	-.02	1.00	-.01	.00
Somma-Bidr-Moralistico	-.71	-.22	.04	-.04	.05
Somma-Bidr-Egoistico	-.13	-.36	-.01	.10	.58
Somma-Pid-antagonismo	.67	.11	.02	-.10	.24
Somma-Pid-distacco	.10	.01	.03	.80	-.05
Somma-Pid-disinibizione	.53	-.04	.25	.17	-.01
Somma-Pid-aff.-neg.	-.04	.68	.11	.07	.02
Somma-Pid-psicoticismo	.03	.19	.62	.15	-.04
r con F2	.14				
r con F3	.44	.40			
r con F4	.12	.43	.36		
r con F5	.25	.07	.34	.14	

Nota: Metodo di estrazione: MinRes; rotazione: oblimin. In **grassetto** le saturazioni sostanziali ($>|.30|$); r = correlazione

Tabella 6 Matrice di correlazione tra i 5 fattori emersi dall'analisi fattoriale esplorativa (n=252)

1	2	3	4	5	
F1	—				
F2	.14	—			
F3	.44	.40	—		
F4	.12	.43	.36	—	
F5	.25	.07	.34	.14	—

Nota: F1=Eternalizzazione; F2: Fragilità relazionale; F3=Eccentricità; F4=Distacco; F5=Grandiosità. In grassetto sono riportati i coefficienti di correlazione che indicano associazioni sostanziali ($r > |.30|$).

Tabella 7 Riassunto della soluzione fattoriale (n=252)

Fattore	Etichetta	Scale
F1	Eternalizzazione	• PPQ-Antisociale • PID-Antagonismo • PID-Disinibizione • BIDR-Moralistico (R)
F2	Fragilità relazionale	• PPQ-Dipendente • PPQ-Evitante • PID-Affettività Negativa • PPQ-Borderline
F3	Eccentricità	• PPQ-Schizotipico • PID-Psicoticismo
F4	Distacco	• PPQ-Schizoide • PID-Distacco • PPQ-Paranoide
F5	Grandiosità	• PPQ-Narcisistico • BIDR-Egoistico • PPQ-Ossessivo • PPQ-Istrionico

Nota: PPQ: Personality Problems Questionnaire, PID: Personality Inventory for DSM-5, BIDR: Balanced Inventory of Desirable Responding

Si può osservare come il grafico dei sedimenti (Figura 2) supporti l'estrazione di una soluzione a cinque fattori. Infatti in corrispondenza di essa, la curva dei dati reali interseca e scende al di sotto della curva simulata. Questa struttura risulta molto esplicativa, giungendo a spiegare complessivamente il 68.0 % della varianza totale (Tabella 4). Inoltre la matrice delle saturazioni (Tabella 5), mostra come le scale del PPQ saturino sui rispettivi fattori e presentino associazioni con le dimensioni corrispondenti del BIDR e PID-5. Si può inoltre osservare che la Tabella 6 rivela associazioni da deboli a moderate tra i cinque fattori emersi.

Infine il riassunto della soluzione fattoriale (Tabella 7) conferma l'organizzazione delle scale in cinque macro-domini nominati come: Esternalizzazione, Fragilità relazionale, Eccentricità, Distacco e Grandiosità. Questi risultati attestano l'ottima validità di costrutto del PPQ, sottolineando come quest'ultimo si integri in maniera coerente con i domini del PID-5 e le misure del BIDR, descrivendo dimensioni psicopatologiche ampie che vanno dall'esternalizzazione dei comportamenti alla fragilità nelle relazioni al distacco sociale.

4.4. Relazioni dei punteggi di scala con le variabili socio-demografiche

Sono state valutate le relazioni che intercorrono tra i punteggi delle scale di PPQ e le variabili socio-demografiche quali sesso, età, situazione relazionale, livello di educazione (istruzione), orientamento politico e status socio-economico dei partecipanti alla ricerca. Per indagarne l'impatto sono stati svolti test *t* di Student per campioni indipendenti e analisi di correlazione.

È doveroso chiarire che questa analisi è stata messa in atto con il fine di individuare potenziali pattern di associazione tra il contesto socio-ambientale, le caratteristiche individuali e i punteggi nelle scale dei tratti di personalità in un campione di popolazione non clinico. Le analisi compiute hanno generato un quadro complesso, mostrando come i punteggi nelle scale dei tratti di personalità disfunzionali presentino variazioni significative in concomitanza della stabilità relazionale, della collocazione dell'individuo all'interno del tessuto sociale e ideologico di riferimento e in base alla fascia d'età.

4.4.1 Variabile sesso

L'indagine sulle differenze di genere è stata svolta attraverso il test *t* di Student per campioni indipendenti. Poiché si discute di variabili dicotomiche, quindi che assumono solo due valori o categorie, l'obiettivo è comparare le medie dei punteggi per valutare se vi siano differenze significative a livello statistico tra maschi e femmine in relazione alla patologia di personalità (Tabella 8).

Tabella 8 Medie e deviazioni standard e risultati del test *t* per campioni indipendenti sui punteggi di scala del PPQ in base al sesso.

Variabile	Femmine (<i>n</i> =185)		Maschi (<i>n</i> =62)		<i>t</i> (gdl)	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	M	SD	M	SD			
PPQ-Antisociale	14.2	4.01	16.7	5.78	-3.82	<.001	-.56
PPQ-Borderline	23.4	6.23	21.6	5.56	2.02	.044	.30
PPQ-Dipendente	20.7	5.93	18.9	5.98	2.08	.038	.31
PPQ-Evitante	26.7	8.09	24.4	8.94	1.88	.061	.28
PPQ-Istrionica	20.1	6.43	20.3	6.27	-0.18	.855	-.03
PPQ-Narcisistica	23.4	6.51	25.2	7.69	-1.81	.071	-.26
PPQ-Ossessivo-Comp.	23.5	3.71	23.7	4.92	-0.37	.714	-.05
PPQ-Paranoide	24.9	7.65	26.1	8.23	-1.05	.294	-.15
PPQ-Schizoide	15.4	4.43	15.4	4.94	0.12	.904	-.02
PPQ-Schizotipica	16.1	5.28	14.9	4.58	1.67	.096	.24

Nota: *n*=ampiezza campionaria; M=media, SD=deviazione standard;

t(gdl)=valore della statistica *t* con i suoi gradi di libertà; *p* = *p*-value

I valori di *p* inferiori a .001 sono stati riportati come <.001

La tabella mostra che le le donne presentano punteggi significativamente superiori nelle scale Borderline e Dipendente; mentre, i maschi livelli elevati nella scala Antisociale . Non sono state rilevate differenze

significative tra maschi e femmine per i tratti i Narcisistici, Istrionici, Ossessivi, Paranoidi, Schizoidi e Schizotipici.

4.4.2 Variabile stato civile

L'indagine sulle differenze tra single e non è stata effettuata anch'essa tramite il test t di Student per campioni indipendenti. Poiché si tratta di variabili dicotomiche (due gruppi), il fine è valutare le medie dei punteggi per verificare se siano presenti differenze statisticamente significative tra i partecipanti che vivono una relazione e chi no in merito ai disturbi di personalità (Tabella 9).

Tabella 9 Medie e deviazioni standard e risultati del test per campioni indipendenti sui punteggi di scala del PPQ in base allo stato civile.

Variabile	No Relazione (n=73)		In Relazione (n=176)		t(gdl)	p	Cohen's d
	M	SD	M	SD			
PPQ-Antisociale	16.2	6.22	14.3	3.63	3.05	.003	.42
PPQ-Borderline	25.7	6.21	21.8	5.70	4.75	<.001	.67
PPQ-Dipendente	21.8	6.00	19.7	5.94	2.61	.010	.36
PPQ-Evitante	28.8	7.99	25.1	8.35	3.20	.002	.45
PPQ-Istrionica	21.6	7.14	19.6	5.93	2.25	.025	.31
PPQ-Narcisistica	24.9	7.46	23.4	6.55	1.56	.121	.22
PPQ-Ossessivo-Comp.	23.2	4.70	23.7	3.70	-0.92	.357	-.13
PPQ-Paranoide	28.1	8.60	24.1	7.16	3.69	<.001	.52
PPQ-Schizoide	17.5	4.66	14.6	4.21	4.91	<.001	.68
PPQ-Schizotipica	17.4	5.15	15.2	5.00	3.08	.002	.43

Nota: n=ampiezza campionaria; M=media, SD=deviazione standard;

t(gdl)=valore della statistica t con i suoi gradi di libertà; p = p-value

I valori di p inferiori a .001 sono stati riportati come <.001

Si osserva che la mancanza di una relazione sentimentale sufficientemente stabile si associ a punteggi significativamente elevati su quasi tutto lo spettro delle scale del PPQ, con punteggi superiori in ben otto su dieci scale. Tra queste si distinguono: Paranoide, Borderline e

Schizoide. Le uniche condizioni indipendenti dallo stato civile sono la scala Ossessivo-Compulsiva e quella Narcisistica. Nello specifico chi è single presenta punteggi elevati nelle scale Schizoide, Borderline e Paranoide oltre ad associazioni con punteggi elevati nelle scale Evitante, Schizotipica, Dipendente, Istrionica e Antisociale.

4.4.3 Variabili età, status socio-economico e orientamento politico

Per tali variabili è stato utilizzato il coefficiente di correlazione r di Pearson. Questo test è stato scelto con il fine di valutare la forza e la direzione dell'associazione lineare tra variabili quantitative continue, quindi che possono assumere un numero potenzialmente infinito di valori lungo un continuum (Tabella 10).

Tabella 10 correlazioni tra le variabili età, status socio-economico orientamento politico e scale del PPQ ($n=252$)

Scale	Età	SES	Orpol
PPQ-Antisociale	-.10	-.07	.10
PPQ-Borderline	-.23***	-.19**	.08
PPQ-Dipendente	-.19**	-.15*	.05
PPQ-Evitante	-.22***	-.13*	.09
PPQ-Istrionica	-.03	.02	.14*
PPQ-Narcisistica	-.03	.14*	.24***
PPQ-Ossessiva-comp.	.05	.11	.16**
PPQ-Paranoide	.03	-.00	.33***
PPQ-Schizoide	.02	-.07	.12
PPQ-Schizotipica	-.04	-.01	.19**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .00$; in grassetto le correlazioni sostanziali ($> |.30|$). M=Media, DS=Deviazione standard, α = Alpha di Cronbach.

SES= status socio-economico, Orpol= orientamento politico

È stato osservato che con l'aumentare dell'età, vi è una diminuzione della patologia di personalità in scale come quella dell'Evitante, del Dipendente

e del Borderline. I risultati mostrano associazioni negative tra la variabile età e i punteggi nelle scale Borderline e Evitante, rappresentando che, nel campione considerato, a età maggiori tendono a corrispondere punteggi inferiori nelle suddette dimensioni. Inoltre è importante mettere in luce a tal riguardo che nonostante lo stile dei tratti disfunzionali di personalità possa rimanere costante, la gravità generale della patologia di personalità propende per diminuire, a livello di intensità, nel corso del tempo (Hengartner et ., 2018).

Inoltre in merito allo status socio economico, si osserva che a punteggi maggiori nelle scale Borderline, Dipendente e Evitante corrispondono livelli inferiori di SES. Questo pattern di associazione appare essere in linea con quanto riscontrato in letteratura (Hopwood et al., 2011 citato in Hengartner et al., 2018). In maniera analoga, l'associazione positiva che è stata rilevata tra il SES e la scala narcisistica riflette una covariazione tra le due dimensioni, senza che i dati attuali possano stabilire la direzionalità di questa relazione.

Si noti anche come un orientamento politico tendente alla destra correli con tratti di sospettosità e controllo, si fa riferimento alle scale Narcisistica, Schizotipica, Istrionica, Ossessivo-Compulsiva e Paranoide. Si precisa che gli item della scala Paranoide del PPQ valutano la diffidenza nelle intenzioni altrui, la paura di essere raggirati e la visione del mondo come un luogo non sicuro. In particolare, l'associazione con la scala Paranoide evidenzia che, nel campione preso in esame, a un orientamento

che propende per la destra politica tendono a corrispondere punteggi più alti relativi a tale dimensione.

4.4.4 Variabile titolo di studio

In questo caso è stato impiegato il coefficiente Rho di Spearman (ρ). È stato deciso ciò poiché ci si trova di fronte ad una variabile ordinale quindi organizzata per livelli gerarchici. Lo scopo principale in questo frangente è quello di descrivere l'andamento dei tratti basandosi sul livello di istruzione ricevuto, esaminando la relazione tra i ranghi delle variabili (tabella 11).

Tabella 11 correlazione tra titolo di studio e scale del PPQ ($n=252$)

Scale PPQ	Istruzione(Edu)
PPQ-Antisociale	-.11
PPQ-Borderline	-.16*
PPQ-Dipendente	-.06
PPQ-Evitante	-.09
PPQ-Istrionica	.01
PPQ-Narcisistica	.05
PPQ-Ossessiva	.14*
PPQ-Paranoide	-.15*
PPQ-Schizoide	-.08
PPQ-Schizotipica	-.07

Nota: Nota: $*p < .05$; M=Media, DS=Deviazione standard, α = Alpha di Cronbach.

Si rileva che un titolo di studio alto si associ a punteggi minori nelle scale Borderline e Paranoide. Si registra anche una correlazione significativa

positiva con la scala Ossessiva, indicando un'associazione tra livelli di istruzione elevati e punteggi maggiori nella medesima scala citata.

4.5 Conclusioni

I risultati emersi e discussi nel presente capitolo mostrano come il Personality Problems Questionnaire (PPQ) risponda efficacemente alla finalità di fornire uno strumento di screening rapido ma allo stesso tempo psicometricamente solido per l'individuazione e valutazione della patologia di personalità. Le analisi effettuate hanno confermato l'unidimensionalità delle dieci scale comprovando che ogni suddivisione del test misura i costrutti patologici in esame.

La validità di costrutto del PPQ trova un solido supporto empirico nelle correlazioni positive rinvenute nelle scale corrispondenti al PID-5 e BIDR e dalla capacità del PPQ di organizzarsi in una configurazione a cinque fattori, compatibile con i domini del Modello Alternativo dei disturbi di personalità (AMPD) del DSM-5. Infine in linea con le attuali prospettive dimensionali, il PPQ si presenta come una combinazione funzionale e valida per l'individuazione preventiva di aree disadattive, offrendo una rappresentazione scientificamente meticolosa che pur essendo celere non rinuncia alla precisione essenziale per l'uso in ambiti di ricerca e screening anche non clinico.

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

5.1 Obiettivi e ipotesi dello studio

Quest'ultimo capitolo è finalizzato alla discussione dei risultati che sono emersi dalla ricerca effettuata, in ragione della letteratura scientifica esaminata nei precedenti capitoli e degli obiettivi prefissati.

L'intento principale della ricerca è stato la strutturazione e validazione del Personality Problems Questionnaire (PPQ), pensato come una misura di screening rapida, psicometricamente solida e di facile somministrazione per l'identificazione precoce dei disturbi di personalità. Questo proposito nasce dal bisogno di oltrepassare le limitazioni del modello categoriale, in favore di una visione maggiormente dimensionale della personalità. La costruzione del PPQ si basa sul presupposto che le caratteristiche patologiche siano poste lungo un continuum di funzionamento. In coerenza con quanto definito sino ad ora, la finalità da perseguire era quella di ottenere uno strumento che fosse in grado di valutare in maniera veloce ed efficace le manifestazioni più disfunzionali della personalità, combinando il rigore dei criteri diagnostici con la praticità d'uso necessaria nei contesti clinici.

In linea con tali premesse, le ipotesi che hanno orientato l'indagine prevedevano che lo strumento riuscisse a:

- Essere un ausilio pratico e di semplice utilizzo, mantenendo allo stesso tempo significativi livelli di affidabilità e validità

psicometrica, raffigurandosi come una risorsa scientificamente meticolosa sia per la pratica clinica che per la ricerca.

- Identificare i disturbi di personalità lungo un continuum, differenziando in modo significativo i livelli di funzionamento psicologico e i tratti patologici tra soggetti non clinici.

Nel complesso, i risultati ottenuti mostrano una buona coerenza con le ipotesi formulate e con la letteratura scientifica presa in esame, conseguentemente confermando l'efficacia del Personality Problems Questionnaire (PPQ) come strumento di screening rapido.

In primo luogo, in linea con l'ipotesi di disporre di una misura che presentasse di elevati livelli di validità e affidabilità, l'analisi delle scale del PPQ ha mostrato ottimi indici di coerenza interna. Si aggiunge che anche l'ipotesi di poter differenziare la patologia lungo un continuum dimensionale trova riscontro nell'analisi fattoriale sulle scale del PPQ, che ha favorito una soluzione a cinque fattori concorde con i macro-domini del Modello Alternativo dei Disturbi di personalità (AMPD) del DSM-5 (Al-Dajani et al., 2016). Tale equivalenza strutturale fornisce evidenze preliminari a sostegno della validità di costrutto del PPQ e la sua continuità teorica con i modelli dimensionali internazionali più accreditati (Barchi-Ferreira & Osório, 2020; Somma et al., 2019).

Invece in merito alla capacità del test di individuare le alterazioni nel funzionamento in relazione alle variabili sociodemografiche, i pattern emersi ricalcano in modo fedele i modelli di sviluppo ed epidemiologici

descritti nella letteratura, dimostrando che lo strumento è in grado di cogliere la variabilità clinica senza risentire di bias di misurazione sistematica (Al-Dajani et al., 2016).

Infine ciò che è necessario dichiarare è che attraverso questo studio, si è cercato di fornire al professionista un aiuto concreto e rapido volto al riconoscimento precoce di aree disadattive, rispondendo al bisogno di integrare l'utile della clinica quotidiana all'accuratezza scientifica.

5.2 Discussione dei risultati alla luce della letteratura scientifica

L'analisi dei dati eseguita ha offerto prove notevoli a supporto dell'utilità del PPQ, come strumento di screening per la patologia di personalità. In questa sezione, i risultati ottenuti vengono commentati conciliando le evidenze dello studio con i modelli dimensionali e gerarchici di personalità osservati nella prima parte del presente lavoro.

5.2.1 Solidità psicometrica e superamento del modello categoriale

Uno dei risultati più rilevanti concerne l'ottima coerenza interna dimostrata dalle scale del PPQ, con valori di Alpha di Cronbach compresi tra .72 e .91. Tali indici non solo superano, nel campione preso in esame, quelli rilevati per strumenti largamente validati come il BIDR e il PID-5, ma accertano la precisione della misura nel riconoscere i costrutti indagati.

Questo dato assume valore teorico se associato al bisogno di superare la scarsa validità di costrutto del modello categoriale della sezione II del DSM-5 (APA, 2013), discussa nel capitolo 1. Mentre il modello categoriale

è caratterizzato da una grande eterogeneità diagnostica e da comorbidità significativa, l'unidimensionalità delle scale del PPQ, riscontrata dall'analisi fattoriale, assicura che ogni dimensione misuri un unico e solo costrutto (Al-Dajani et al., 2016; Somma et al., 2022). In tal modo, il PPQ risponde alla critica che è stata mossa ai sistemi tradizionali, garantendo una mappatura dei tratti che riflette la reale struttura interna della patologia psicologica senza le sovrapposizioni arbitrarie caratterizzanti le categorie del DSM-IV (APA, 2000; Al-Dajani et al., 2016; Hengartner et al., 2018).

5.2.2 Validità: il PPQ come misura del criterio B

La validità del PPQ è ulteriormente confermata dalle buone correlazioni positive con il PID-5. È doveroso sottolineare la relazione significativa che vi è tra la scala relativa al tratto Schizotipico del PPQ e il dominio dello psicoticismo del PID-5 ($r=.74$), così come tra la scala Antisociale e l'antagonismo ($r=.66$). Questi risultati indicano che il PPQ condivida una quota significativa di varianza con i domini del PID-5, evidenziandone il potenziale impiego come misura breve per lo screening dei tratti patologici riconducibili al criterio B dell'AMPD del DSM-5 (APA, 2013; Krueger & Markon., 2014). Inoltre l'abilità del PPQ di convergere con il PID-5 dimostra che, pur essendo una misura pensata per lo screening rapido, esso trova il modo di catturare le stesse sfaccettature disfunzionali dei tratti previste dalla nosografia attuale (Somma et al., 2019). Si aggiunge anche che la correlazione negativa tra i tratti esternalizzanti

come quello Antisociale e Borderline e il bias moralistico presente nel BIDR, indica che lo strumento ideato è sensibile anche alla propensione della persona a non conformarsi socialmente, restituendo così un profilo clinico più autentico e meno falsato dalla desiderabilità sociale (Holden & Passey, 2009).

5.2.3 La struttura gerarchica e i macro-domini della personalità

L'analisi sulla struttura interna del test ha generato una soluzione a cinque fattori. Tale organizzazione offre prove empiriche a sostegno della validità di costrutto del PPQ, poiché mostra una sostanziale convergenza con alcuni macro-domini dell'AMPD e del modello a cinque fattori nel secondo capitolo (APA 2013; Al-Dajani et al., 2016). I domini del PPQ così si configurano come gli equivalenti dimensionali e patologici dei tratti di personalità (Apertura all'esperienza, Coscienziosità, Estroversione, Gradevolezza, Nevroticismo), sostenendo l'assunto scientifico secondo cui la psicopatologia rappresenta una variante quantitativamente disadattiva del funzionamento psichico sano (Natoli et al., 2024; Barchi-Ferreira & Osório, 2020).

Peraltro la letteratura analizzata definisce che i tratti costituenti la personalità non siano indipendenti, ma si riuniscano in dimensioni superiori che rispecchiano lo "stile" globale della patologia (Al-Dajani et al., 2016; Hengartner et al., 2018). La convergenza delle dieci scale del PPQ in questi cinque fattori avvalorava il fatto che lo strumento riesca a mappare la personalità del paziente all'interno di un quadro dimensionale

globale, oggi considerato come lo standard scientifico per la valutazione della personalità (Krueger & Markon, 2014; Widiger & Trull, 2007).

5.2.4 Impatto delle variabili socio-demografiche

I risultati relativi alle variabili sociodemografiche forniscono spunti di riflessione in linea con le evidenze epidemiologiche. In merito al genere, si è rilevato che le donne hanno riportato punteggi nettamente superiori nelle scale Borderline e Dipendente, mentre gli uomini mostrano livelli più elevati nella scala Antisociale (APA, 2000; Somma et al., 2022). Tali pattern ripercorrono la tendenza di prevalenza già note nei manuali diagnostici, dove i disturbi internalizzanti (rivolti verso l'interno) sono più frequenti nel sesso femminile e quelli esternalizzanti (rivolti verso l'esterno) in quello maschile (APA, 2013; Hengartner et al., 2018). Nel dettaglio, la letteratura conferma che il disturbo Antisociale è diagnosticato con più frequenza negli uomini, con tassi di prevalenza nella popolazione generale di circa il 3% contro l'1% delle donne. Al contrario, circa il 75% delle diagnosi effettuate di disturbo Borderline riguarda le donne (APA, 2000; APA, 2013). È interessante porre l'accento sul fatto che nei Servizi, la prevalenza generale dei disturbi di personalità sia spesso rappresentata come superiore nelle donne; nonostante ciò questa evidenza potrebbe essere condizionata da una maggiore propensione del sesso femminile a richiedere sostegno psicologico rispetto agli uomini (Somma et al., 2022). Un ulteriore aspetto su cui riflettere riguarda la cautela che viene richiesta dai manuali diagnostici nell' evitare che gli

stereotipi sociali sui ruoli di genere possano influire sulla valutazione clinica e diagnostica, portando di conseguenza a sovra-diagnosticare o sotto-diagnosticare determinati tratti (APA, 2000). Nel presente studio il fatto che non siano emerse differenze significative in scale come quella Narcisistica o Ossessivo-Compulsiva risulta di grande rilievo, poiché in altri contesti sono stati spesso associati come disturbi al genere maschile (APA,2000).

Per quanto riguarda lo stato civile, l'analisi delle differenze tra i gruppi mostra un'associazione tra l'assenza di una relazione sentimentale stabile e punteggi superiori in otto scale su dieci del PPQ, in particolare si osservano punteggi elevati nelle scale Borderline, Paranoide e Schizoide. Tali risultati trovano conferma nella letteratura clinica, la quale riferisce che la patologia di personalità si associa in modo sistematico a tassi considerevoli di separazioni e divorzi (Hopwood et al., 2011 citato in Hengartner et al., 2018).

In relazione all'età, è stata osservata una riduzione della patologia di personalità. Nel campione esaminato, una maggiore età risulta essere associata a punteggi inferiori nelle scale Borderline ed Evitante. Questa associazione potrebbe riflettere una capacità superiore di adottare strategie di coping funzionali, che, con il progredire dell'età, potrebbero contribuire a una minore manifestazione dei sintomi più acuti caratterizzanti la giovane età adulta (Hengartner et al., 2018; Roberts et al., 2006). È importante specificare che, sebbene lo stile dei tratti sia

incline a rimanere costante nel tempo, è proprio la gravità della patologia (quindi l'intensità comportata dalla disfunzione) a mostrare cali significativi con la crescita dell'individuo (Hengartner et al., 2018; Wright et al., 2016).

Considerando lo status socio-economico (SES) si può dire che nel campione preso in esame, livelli inferiori di status socioeconomico risultano associati a punteggi più alti nelle scale Borderline, Dipendente ed Evitante. Questo risultato appare coerente con la letteratura che delinea associazioni tra maggiore gravità della patologia di personalità e difficoltà di adattamento sociale, lavorativo e accademico. Tuttavia, la natura correlazionale dello studio non permette di stabilire la direzione del rapporto osservato. Inoltre i tratti Borderline, Dipendenti ed Evitanti implicano considerevoli difficoltà di adattamento a livello interpersonale e di regolazione emotiva. Come largamente documentato in letteratura, la patologia di personalità incide sul funzionamento globale e partecipa a dinamiche di esclusione dal mercato del lavoro, associandosi con tassi elevati di disoccupazione, scarso rendimento scolastico e conflittualità. Conseguentemente, le barriere adattive poste da queste aggregazioni di tratti rendono più complicato per l'individuo progredire nella carriera professionale, completare percorsi di studio avanzati e mantenere un'occupazione stabile nel tempo, compromettendo il raggiungimento di un SES più elevato (Hopwood et al., 2011 citato in Hengartner et al., 2018).

Tuttavia lo studio ha individuato una correlazione positiva tra SES e scala Narcisistica. Tale risultato può essere letto alla luce del concetto di Self-Deceptive Enhancement (autoinganno) (Bobbio & Manganeli, 2011). Ciò rappresenta la tendenza inconscia a sostenere un'immagine di sé grandiosa in maniera sproporzionata per proteggere la propria autostima. Così l'associazione positiva osservata tra SES e punteggi nella scala Narcisistica suggerisce una covariazione tra tali dimensioni. Tuttavia, i dati non consentono di stabilire alcuna relazione causale.

Relativamente all'orientamento politico, l'associazione tra posizioni più conservatrici (orientamento che propende verso la destra politica) e punteggi elevati nelle scale Paranoide e Ossessivo-Compulsiva rappresenta uno stile psicologico che può essere più incline alla sicurezza e al controllo. Ma data la natura esplorativa di questa analisi, tali risultati richiedono conferme in studi longitudinali.

Infine, l'analisi delle correlazioni relativa alla variabile "titolo di studio" rivela che un livello di istruzione elevato si associa negativamente ai punteggi nelle scale Borderline e Paranoide, mentre mostra un'associazione positiva significativa con la scala Ossessivo-compulsiva. In riferimento all'associazione negativa con la scala Borderline e Paranoide, ciò trova una spiegazione in quanto definito nel capitolo 1. In esso si è evidenziato come la gravità generale della patologia di personalità comprometta la sfera accademica della persona portando ad uno scarso rendimento (Hengartner et al., 2018).

5.3 Limitazioni dello studio

Nonostante i risultati incoraggianti sulla solidità dello strumento ottenuto, è doveroso prendere in esame una serie di limitazioni che possono aver inciso sui risultati e la loro generalizzabilità alla popolazione clinica e generale.

5.3.1 Campionamento e rappresentatività

Una prima limitazione è relativa alla strategia di campionamento. L'utilizzo di un campione ottenuto tramite campionamento di convenienza, reclutato in prevalenza nel contesto del Nord Italia e attraverso canali social, riduce la rappresentatività dei dati rispetto all'intera popolazione a livello nazionale. L'impiego di un campione di volontari può condurre potenzialmente a distorsioni, poiché tali soggetti potrebbero differenziarsi dai non-partecipanti per livelli superiori di motivazione, tratti specifici di personalità come un'elevata apertura all'esperienza o interesse verso il funzionamento psichico. Inoltre la composizione del campione presenta una grande prevalenza di soggetti di sesso femminile (74%), il che potrebbe aver influito sulle medie di alcune scale, data la nota sensibilità dei tratti di personalità alle differenze di genere.

5.3.2 Bias di risposta e desiderabilità sociale

Un secondo fattore critico dimora nella natura degli strumenti utilizzati. Nonostante l'inclusione di bogus-item per verificare l'attenzione e l'impiego della scala BIDR per valutare la desiderabilità sociale, il

ricorso a misure self-report espone al rischio di bias di risposta.

Basandosi sulla definizione che è stata data nel corso dei precedenti capitoli di desiderabilità sociale (Holden & Passey, 2009), nello studio la rilevazione di correlazioni negative tra bias moralistico e tratti esternalizzanti definisce che, mentre alcune persone possono aver fornito risposte con sincerità in merito alla loro scarsa conformità sociale, altri potrebbero aver dato profili “ripuliti” o eccessivamente in chiave positiva, alterando la reale gravità della patologia.

5.3.3 La sfida dell'ego sintonia

Fortemente legata al punto precedente è la difficoltà dell'ego-sintonia. Molti tratti che costituiscono i disturbi di personalità sono avvertiti dall'individuo come parte integrante della propria identità e non causa di disagio (APA, 2000). In questi casi, alla persona manca la necessaria introspezione per valutare criticamente il proprio funzionamento, conducendo ad una sottostima della patologia nei questionari autosomministrati (Huprich et al., 2011 citato in Hengartner et al., 2018). La letteratura suggerisce che, a fronte della presenza di tratti ego-sintonici, il giudizio clinico di un esperto o le relazioni di informatori esterni (informant reports) (Vazire & Carlson, 2011 citato in Barchi-Ferreira & Osório, 2020) tendono ad essere accurati in misura maggiore. L'assenza di un confronto con criteri definiti, come per l'intervista semistrutturata SCID-5-PD diretta da professionisti, riflette dunque un limite per la

validazione definitiva della precisione diagnostica del PPQ (Klonsky et al., 2002 citato in Barchi-Ferreira & Osório, 2020).

5.3.4 Assenza di un campione clinico e definizione dei cut-off

Probabilmente la limitazione più rilevante ai fini dell'utilità pratica dello strumento riguarda l'assenza di un campione clinico accertato.

Sebbene la costruzione del PPQ sia mirata in particolar modo allo screening, la sua taratura su una popolazione non clinica può limitare la possibilità di stabilire e indicare dei cut-off diagnostici empiricamente derivati (Al-Dajani et al., 2016; Barchi-Ferreira & Osório, 2020).

Si sa che nella popolazione generale, la quantità di persone che presenta livelli estremi di tratti patologici è ristretta (Al-Dajani et al., 2016). Conseguentemente, le analisi statistiche svolte potrebbero non aver colto l'intera gamma di variabilità funzionale a cogliere differenziare un tratto disfunzionale ma come da una condizione grave. Senza un raffronto tra i punteggi sani e pazienti con diagnosi certificata di disturbo di personalità, non è possibile calcolare indici di efficienza diagnostica, come la sensibilità e la specificità, preziosi per assicurare che lo strumento non produca un numero sovradimensionato di falsi positivi o falsi negativi nei reali contesti clinici (Fossati et al., 1998; Hyler et al., 1990; Hyler et al., 1992). In conclusione, sebbene il PPQ presenti una struttura interna solida, il suo impiego necessita cautela sino a quando non verranno effettuati studi integrativi che includano metodi di valutazioni multipli e

campioni differenziati (Al-Dajani et al., 2016; Barchi-Ferreira & Osório, 2020).

5.4 Proposte di cambiamento e direzioni future

In ragione delle riflessioni elaborate sulle limitazioni del presente studio, si possono descrivere varie prospettive di ricerca futura volte a rafforzare la validità del Personality Problems Questionnaire (PPQ) sviluppandone ulteriormente l'utilità clinica. Nel momento in cui si intendesse ripetere o approfondire l'indagine, tre direzioni appaiono ragionevoli per un avanzamento in termini qualitativi del progetto.

5.4.1 Integrazione di un campione clinico

Un cambiamento di rilievo potrebbe consistere nella composizione del campione. Malgrado la validazione su una popolazione generale sia una fase essenziale per uno strumento di screening, la ricerca futura dovrebbe comprendere un campione clinico con diagnosi accertate.

L'inclusione di un gruppo di pazienti consentirebbe di valutare la validità discriminante dello strumento, verificando la sua capacità di identificare, non solo tra soggetti non aventi tratti disadattivi e soggetti con, ma anche tra diverse gravità di patologia

Avere a disposizione dati riconducibili a popolazioni cliniche permetterebbe inoltre di calcolare gli indici necessari per stabilire cut-off empirici. Senza una comparazione con pazienti reali, rimane difficile determinare la linea di demarcazione tra un tratto nella norma e una

manifestazione patologica (Al-Dajani et al., 2016; Barchi-Ferreira & Osório, 2020).

5.4.2 Approccio multi-metodo: il ruolo degli informatori

La seconda modifica suggerita è relativa al superamento del solo ricorso al self-report. In ambito clinico-diagnostico è stato evidenziato che la valutazione della personalità possa essere alterata da ego-sintonia, come espresso in precedenza. Per rimediare a questo eventuale problema, sarebbe conveniente usufruire di una prospettiva multi-metodo, inserendo versioni del questionario rivolte a informatori esterni come partner o amici stretti (Vazire & Carlson, 2011 citato in Barchi-Ferreira & Osório, 2020). Gli informatori esterni possono offrire dati preziosi su caratteristiche della patologia che vengono ignorati dal soggetto preso in esame, in particolare ciò avviene per tratti legati al Narcisismo e all'antagonismo. Il confronto tra la percezione altrui e quella del soggetto diminuirebbe l'effetto dei bias di risposta, garantendo al clinico una visione più autentica del funzionamento dell'individuo (Natoli et al., 2024; Barchi-Ferreira & Osório, 2020).

5.4.3 Studio longitudinale e stabilità dei tratti

Infine, sarebbe interessante svolgere uno studio longitudinale. La personalità è definita come un costrutto stabile ma al contempo la gravità della patologia può fluttuare nel tempo arrivando anche a diminuire (Hengartner et al., 2018). Una ricerca che richieda somministrazioni ripetute distanziate nel tempo permetterebbe di:

- Osservare come i punteggi all'interno dei diversi tratti di personalità cambino in merito all'efficacia di interventi terapeutici o alla maturazione individuale (Hengartner et al., 2018).
- Valutare la stabilità temporale reale delle scale dello strumento, assicurandosi che lo strumento misuri tratti duraturi (Al-Dajani et al., 2016; Barchi-Ferreira & Osório, 2020).
- Verificare la capacità predittiva dello strumento in relazione a esiti di vita futuri, come la stabilità nelle relazioni interpersonali o il funzionamento lavorativo, così il PPQ non sarebbe solo un test di screening ma anche un indicatore prognostico (Al-Dajani et al., 2016).

Queste integrazioni metodologiche renderebbero possibile trasformare il PPQ in una risorsa clinica d'eccellenza, in grado di rispondere in maniera accurata alle difficoltà della moderna psicopatologia dimensionale.

5.5 Conclusioni

L'obiettivo centrale di questo progetto è stato quello di rispondere all'impellente necessità di disporre di strumenti di screening per i disturbi di personalità che siano allo stesso tempo pratici, brevi e solidi dal punto di vista psicometrico. Il passaggio dal modello categoriale del DSM-IV-TR alla prospettiva dimensionale introdotta nella sezione III del DSM-5 ha contrassegnato un cambio di paradigma importante: la patologia non è più percepita come una dicotomia presenza-assenza, ma come una variazione disadattiva collocata lungo un continuum di

funzionamento (Zachar & Kendler, 2010 citato in Hengartner et al., 2018).

In questo ambito, lo sviluppo del PPQ ha consentito di operationalizzare i tratti patologici previsti dal criterio B del Modello Alternativo Dei Disturbi Di Personalità (AMPD) (Somma et al ., 2022). I risultati forniscono evidenze preliminari a sostegno dell'utilità del PPQ come strumento di screening rapido dei tratti di personalità patologici.

Altro elemento di rilievo che risalta a partire dai risultati di analisi, è relativo alla solidità psicometrica dello strumento. Ciò è sostenuto dal fatto che le scale del PPQ hanno rappresentato livelli di coerenza interna e associazioni significative con le dimensioni corrispondenti del PID-5, fornendo ulteriori elementi a favore della validità dello strumento. Da questa angolazione, il PPQ offre una lettura variegata della personalità patologica, mantenendo allo stesso tempo una modalità di valutazione contenuta nei tempi e immediata. Inoltre anche le associazioni emerse con alcune variabili sociodemografiche, come è stato approfondito in precedenza, contribuiscono ad avvalorare l'idea che la patologia di personalità non sia un'entità statica. In questa visione, il valore del PPQ non dimora solamente nella capacità di individuare la presenza di determinati tratti patologici, ma anche nell'opportunità di fornire una rappresentazione più sfumata del funzionamento individuale. In tal senso contrastare un quadro esclusivamente categoriale denota riconoscere che le caratteristiche disadattive possono esprimersi tramite intensità differenti e combinarsi in base a configurazioni diverse da persona a persona. La valutazione che sia in misura maggiore dimensionale può

rappresentare un aiuto utile per eludere una lettura rigida della personalità e per indirizzare l'attenzione verso la specificità del singolo. Il PPQ può così configurarsi in questo senso, come punto di partenza per esplorare ancora più approfonditamente il funzionamento della personalità. In conclusione, tutto ciò è necessario per sottolineare come il presente studio abbia tentato di offrire una visione globale della complessità della personalità, consapevole che essa non possa essere esaurita da una singola ricerca, ma rappresenti un ambito della conoscenza in costante evoluzione, che può arricchirsi tramite il contributo congiunto della comunità scientifica. Un contributo che, pur all'interno della diversità degli approcci e delle prospettive, trova il proprio senso in un fine comune, già illustrato dalle prime pagine di questo studio: promuovere una conoscenza sempre più profonda della persona tramite ricerca e pratica psicologica volta al benessere degli individui e della comunità.

Bibliografia

- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62–81.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Alternative DSM-5 model for personality disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 761-781) American Psychiatric Association.
- Barchi-Ferreira, A. M., & Osório, F. L. (2020). The Personality Inventory for DSM-5: Psychometric evidence of validity and reliability—Updates. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(4), 339–358.
- Blais, M. A., Baity, M. R., & Hopwood, C. J. (Eds.). (2010). *Clinical applications of the Personality Assessment Inventory*. Routledge.
- Bobbio, A., & Manganelli, A. M. (2011). Measuring social desirability responding. A short version of Paulhus' BIDR 6. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 18(2), 117–135.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD)*. American Psychiatric Association.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689–708.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 172–178.
- Hengartner, M. P. (2018). Personality pathology. In V. Zeigler-Hill, & T. K. Shackelford (Eds.), *The SAGE handbook of personality and individual differences* (pp. 21–41). SAGE Publications.

- Holden, R. R., & Passey, J. (2009). Social desirability. In M. R. Leary, & R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 441–454). Guilford Press.
- Holden, R. R., Book, A. S., Edwards, M. J., Wasylkiw, L., & Starzyk, K. B. (2003). Experimental faking in self-report psychopathology: Unidimensional or multidimensional? *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1107–1117.
- Hyer, S. E. (1994). *PDQ-4+ Personality Questionnaire*. New York State Psychiatric Institute.
- Hyer, S. E., Rieder, R. O., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Hendler, J., & Lyons, M. (1988). The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders*, 2(3), 229–237.
- Hyer, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M., & Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1043–1048.
- Hyer, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, H. D., & Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33(2), 73–77.
- 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.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501.
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., & Krueger, R. F. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195–1210.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II manual*. National Computer Systems.

- Millon, T. (1992). Millon Clinical Multiaxial Inventory: I & II. *Journal of Counseling & Development*, 70(3), 421–426.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Natoli, A. P., Murdock, J. G., Merguie, J. L., & Hopwood, C. J. (2024). Dimensional models of personality and a multidimensional framework for treating personality pathology. *BJPsych Advances*, 30(6), 415–425.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol. 1, pp. 17–59). Academic Press.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49–69). Lawrence Erlbaum Associates.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1–25.
- Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Besson, E., Garbini, A., Granozio, S., Limuti, B., Perego, G., Pietrobon, A., Rugi, C., Turano, E., & Fossati, A. (2017). Inter-rater reliability of the Italian translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD): a study on consecutively admitted clinical adult participants. *Rivista di Psichiatria*, 52(3), 105–111.
- Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Fossati, A. (2019). Item response theory analyses, factor structure, and external correlates of the Italian translation of the Personality Inventory for DSM-5 Short Form in community-dwelling adults and clinical adults. *Assessment*, 26(5), 839–852.
- Somma, A., Fregna, L., Martini, F., & Fossati, A. (2022). Personality disorders. In R. Cavallaro & C. Colombo (Eds.), *Fundamentals of psychiatry for health care professionals* (pp. 181–198). Springer International Publishing.
- Stöber, J., Dette, D. E., & Musch, J. (2002). Comparing continuous and dichotomous scoring of the Balanced Inventory of Desirable Responding. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 370–389.

Zennaro, A., Ferracuti, S., Lazzeroni, A., & Sanavio, E. (2008). *MCMI-II: Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. Manuale (Adattamento italiano)*. Giunti Organizzazioni Speciali.

Ringraziamenti

Prima di tutti vorrei ringraziare la mia famiglia che è stata un punto fermo durante questi anni. Grazie per avermi sostenuta nei momenti belli e, soprattutto in quelli più difficili e per avermi accompagnata con pazienza fino a questo traguardo. Grazie per esserci stati nelle giornate di entusiasmo e in quelle di stanchezza, nei momenti in cui tutto sembrava andare per il verso giusto e in quelli in cui avevo bisogno di sapere di non essere sola. Questo traguardo parla anche un po' di voi, perchè dietro ogni passo che ho fatto c'è stato il vostro sostegno e la vostra presenza. Grazie per avermi permesso di arrivare fino a qui e, soprattutto, per esserci sempre.

Ringrazio mia sorella Claudia, la persona che in questi anni è stata più di una semplice sorella: una presenza, un punto di riferimento e qualcuno su cui ho sempre saputo di poter contare. Grazie per avermi sostenuta, per aver gioito con me delle mie conquiste e per essere stata al mio fianco anche quando io stessa facevo fatica a credere nelle mie capacità. Grazie per tutte le volte in cui mi hai ascoltata, rassicurata, fatta sorridere e, quando necessario, anche riportata con i piedi per terra. In questo percorso ci sono stati momenti di stanchezza, dubbi e difficoltà, ma sapere di averti accanto ha fatto la differenza. Sono fortunata ad averti nella mia vita e spero che questo traguardo possa essere anche un po' tuo, perchè dietro a ciò che sono oggi ci sono anche il tuo affetto, il tuo supporto e la tua presenza. Grazie Claudia per esserci sempre stata e per esserci sempre. Può cambiare tutto ma mai il nostro legame.

Inoltre desidero rivolgere il mio più sincero e sentito ringraziamento al mio relatore, Prof. Carlo Chiorri, per avermi accompagnata con grande competenza, disponibilità e attenzione lungo il percorso di realizzazione di questo elaborato. I suoi preziosi suggerimenti, le sue osservazioni e la sua guida hanno rappresentato per me un importante punto di riferimento, permettendomi non solo di portare a compimento

questo lavoro, ma anche di acquisire nuove conoscenze e di maturare una maggiore consapevolezza nel modo di affrontare il percorso professionale che mi attende.

Porterò con me quanto appreso durante questo percorso e terrò a mente i suoi consigli, che considero un prezioso bagaglio per il mio futuro. Lo ringrazio, infine, per la fiducia accordatami e per aver contribuito a rendere questa esperienza un'importante opportunità di crescita personale e professionale.

Un ringraziamento speciale va anche alla Prof.ssa Anna Zunino, per la disponibilità, l'attenzione e la costante presenza dimostrata durante tutto il percorso. La sua guida e la sua capacità di accompagnarmi con pazienza e professionalità sono stati essenziali per il mio percorso formativo e di crescita. La ringrazio per avermi sostenuta e incoraggiata e per tutto ciò che mi ha permesso di apprendere e portare con me in questa fase del mio percorso.

Ringrazio di cuore la mia tutor Dott.ssa Federica Fici, per avermi accolta, accompagnata e sostenuta durante la mia esperienza di tirocinio. Avere la possibilità di osservare da vicino il tuo lavoro, di confrontarmi con la complessità della realtà professionale e di imparare tramite le tue parole e azioni è stato per me un dono prezioso che porterò con me. Ti ringrazio per la fiducia che mi hai dimostrato, per la disponibilità con cui hai condiviso le tue conoscenze e per tutti gli insegnamenti, che nel tempo si sono trasformati sempre in importanti occasioni di riflessione.

Conserverò con gratitudine tutto ciò che ho imparato e i momenti vissuti, consapevole di quanto abbiano contribuito a rendere questo traguardo ancora più significativo. Senza di te questa esperienza non sarebbe stata la stessa.

Ringrazio anche la mia amica Ginevra, per esserci stata in questi anni e per aver condiviso con me una parte così importante di vita. Grazie per tutte le volte in cui mi hai ascoltata, sostenuta, incoraggiata e anche semplicemente per esserci stata, nei momenti più belli e soprattutto in quelli più difficili. Grazie per aver saputo esserci nel

modo giusto, con una parola, un messaggio, una risata o anche solo con la consapevolezza di sapere di poter contare su di te. In questi anni sono cambiate tante cose, ma sono proprio le persone che ci accompagnano lungo il cammino a rendere ogni traguardo ancora più speciale. Sono felice di poter guardare indietro e saper di aver condiviso con te tanti momenti che porterò sempre con me. Grazie per aver fatto parte di questo viaggio e per essere stata una presenza importante in questi anni.

Infine un ringraziamento speciale va anche a Giovanna e Federica .

Giovanna con te ho condiviso l'esperienza di tirocinio e tante giornate di questo percorso. Grazie per tutte le risate, per esserci sostenute nei momenti di maggiore fatica e per aver condiviso risate, preoccupazioni e soddisfazioni. Sono felice di aver vissuto questa parte di cammino con te e di aver trovato una persona su cui contare.

Federica, compagna di tante lezioni, esami e momenti di sconforto ma anche di tante risate e confidenze. Grazie per aver condiviso con me le fatiche di questi anni, per esserci stata nei momenti in cui avevamo bisogno di sostenerci a vicenda e per aver reso questo percorso un po' più leggero. Sono grata di averti incontrata lungo questa strada e ancora di più di sapere che ne avremo ancora tanta da percorrere insieme.

A tutti voi, semplicemente, grazie.