

La valutazione della personalità e dei disturbi di personalità

LE SCID I e II

- Derivando dal DSM ne condividono l'approccio categoriale non solo ai disturbi sintomatici ma anche ai disturbi di personalità

- Secondo questo approccio i Disturbi di Personalità rappresentano sindromi cliniche qualitativamente distinte.



I disturbi di ASSE II

Cluster A: D. eccentrici o bizzarri

- Paranoide (quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità)
- Schizoide (quadro caratterizzato da distacco sociale e ristretta gamma emozionale)
- Schizotipico (quadro caratterizzato da disagio nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, eccentricità)

Cluster B: D. Emotivi o esplosivi (o amplificativi)

- Antisociale (quadro caratterizzato da inosservanza e violazione delle leggi)
- Borderline (quadro caratterizzato da instabilità nelle relazioni personali, nel concetto di sé, nelle emozioni)
- Istrionico (quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione)
- Narcisistico (quadro caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia)

Cluster C:

D. Ansiosi o timorosi

- Evitante (quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità ai giudizi negativi)
- Dipendente (quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi)
- Ossessivo-Compulsivo (quadro caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo)

Il questionario SCID - II

- [SCID-II.pdf](#)
- [SCID II Report
Questionario.doc](#)
- [SCID II Report
Intervista.doc](#)

Ipotesi alternative per i disturbi di ASSE II

- Una alternativa è la prospettiva dimensionale, secondo la quale i Disturbi di Personalità rappresentano varianti non adattive di tratti o stili di personalità che si confondono impercettibilmente con la normalità e tra loro.

- Approcci alternativi di tipo dimensionale:
 - 1) I disturbi di personalità secondo la teoria dei Big Five
 - 2) Cloninger e Eysenck
 - 3) MMPI-2
 - 4) Il PDM e la SWAP

I BIG FIVE

- Le dimensioni (e le sottodimensioni) identificate sono:
 - **Stabilità Emotiva** (deriva dal fattore nevroticismo della teoria di personalità di Eysenck. Include le dimensioni di: impulsività, ansia, ostilità, depressione, autoconsapevolezza e vulnerabilità)
 - **Energia** (deriva dal fattore estroversione della teoria di personalità di Eysenck. Include le dimensioni di Dinamismo: vigore, attività; Dominanza: capacità di leadership)
 - **Apertura Mentale** (Include: Apertura verso nuove culture o verso quello che accade nella realtà; Apertura verso l'esperienza, curiosità desiderio di esplorazione)
 - **Coscienziosità** (Include: Scrupolosità, cura dei dettagli; Perseveranza)
 - **Gradevolezza** (Include: Cooperatività, facilità e piacere nello svolgere lavoro di gruppo; Cordialità)

Le versioni attuali del BFQ

Versione per gli adulti (BFQ)

Versione per bambini (BFQ-C) → due forme:

1) autovalutazione

2) eterovalutazione (p.e. genitori o insegnanti)

Le due forme del BFQ-C misurano, con item appropriati all'età, gli stessi costrutti.

Esistono norme appropriate per ogni versione e forma. Il test è edito da OS.

L'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

L'EPQ è stato creato dai coniugi Hans Jürgen e Sybil Eysenck negli anni '70.

Eysenck, sebbene di impostazione comportamentista, aveva proposto una teoria della personalità di tipo *temperamentale*

Il temperamento è innato ed è ereditabile

Le dimensioni della personalità

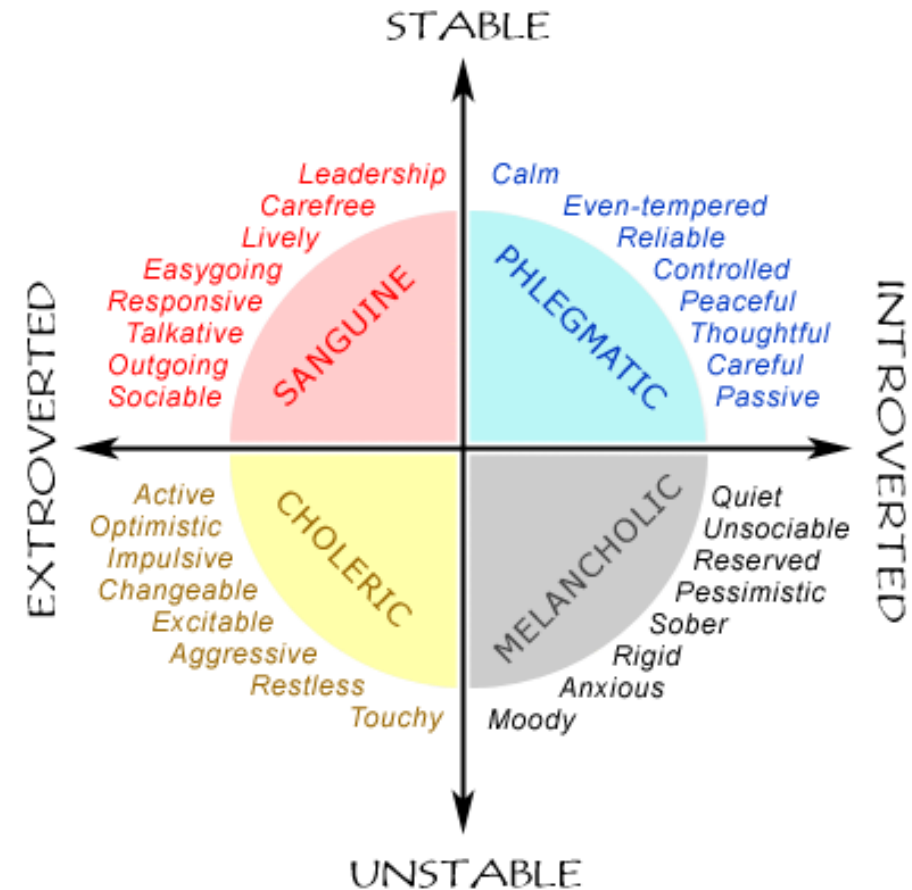
Tre grandi fattori di personalità:

- **Estroversione** →
- **Nevroticismo**
- **Psicoticismo** E' la scala più discussa e instabile; misura una caratteristica che va dall'adattamento sociale (+) fino al comportamento antisociale (-)

L'estroverso cerca la compagnia degli altri, è socievole e ha atteggiamenti positivi. L'introverso tende a isolarsi e non gradisce i contesti con un'eccessiva stimolazione. Il 16% della popolazione è estroversa, il 16% è introversa, mentre il 68% è tra i due poli.

I soggetti nevrotici tendono ad avere emozioni o sensazioni negative, ad essere depressi e ansiosi.

Le dimensioni della personalità



La dimensione dell'estroversione è legata al livello di eccitabilità (arousal) del sistema nervoso centrale.

La dimensione del Nevroticismo è legata al livello di attivazione del sistema simpatico: I soggetti stabili, riescono a mantenere la calma anche in situazioni molto stressanti.

Oltre alle scale che misurano le tre dimensioni di personalità previste, l'EPQ ha una scala di controllo (**scala Lie, L**) che misura la distorsione nelle risposte dovuta alla desiderabilità sociale.

L'EPQ è composto da 90 item (23 per la scala N; 21 per la scala E; 25 per la scala P; 21 per la scala L) nella versione originaria e da 100 item nella versione rivista del 1985.

La versione inclusa nella CBA è la versione ridotta a 48 item (12 per ciascuna scala).

Scoring: 1 punto risposte Sì (alcuni item sono invertiti)

Taratura: Oltre al campione originale inglese, l'EPQ è stato standardizzato in 25 paesi, tra cui l'Italia.

Destinatari: soggetti dai 18 anni in su (esiste anche una versione per bambini)

Attendibilità

	EPQ-R		EPQ (1)	EPQ (2)		EPQ (3)	
	M(225)	F(328)	M+F(500)	M(413)	F(389)	M(103)	F(152)
Reliability coefficient: Cronbach's alpha (Split-half for EPQ 1)							
P	0.80	0.70	0.70	0.71	0.72	0.72	0.65
F	0.82	0.81	0.82	0.83	0.83	0.84	0.85
N	0.82	0.83	0.88	0.79	0.81	0.81	0.81
L	0.73	0.81	0.73	0.79	0.83	0.82	0.71

(1) dati da Sanavio e Soresi (1979) su un campione italiano di 1022 soggetti

(2) dati da Eysenck (1985) su un campione inglese di 802 soggetti

(3) dati da Mazzotti e coll. (1990) su un campione italiano di 255 soggetti

La scala P, sia nel campione italiana che in quello inglese tende ad essere asimmetrica (asimmetria positiva) ciò è spiegabile con il fatto che i soggetti selezionati tendono ad avere un basso profilo psicotico.

Il TCI di Cloninger

Identifica due domini che, a loro volta, includono un totale di 7 dimensioni:

TEMPERAMENTO (risposte automatiche alla stimolazione emozionale)

- la ricerca della novità (novelty seeking)
- la dipendenza dalla ricompensa (reward dependence)
- l'evitamento del danno (harm avoidance)
- la persistenza (persistence)

CARATTERE (credenze e concezioni che influenzano il comportamento)

- Autodirezionalità
- Cooperatività
- Autotrascendenza (sia in termini di spiritualità che di idealismo).

riflettono l'attività di un sistema motivazionale di tipo appetitivo
→ sensibile alla ricompensa

→ riflettono l'attività di un sistema motivazionale di tipo difensivo
sensibile alla punizione

Il test MMPI-2

E' un test ad ampio spettro costruito per valutare le più importanti caratteristiche strutturali della personalità e dei disturbi emozionali.

La teoria di riferimento

- Il test MMPI riflette una concettualizzazione “apparentemente” a-teorica
- In realtà assume che la configurazione delle risposte date dalle persone, su scale definite in base a classi sintomatologiche, descriva la personalità
- Riflette, quindi, una teoria: quella secondo cui la personalità può essere descritta su base sintomatologica e psicopatologica
- Altri test, come lo SCL-90, al contrario, misurano gruppi sintomatologici senza voler descrivere, in questo modo, la personalità.

La costruzione del test

- Sviluppato verso la fine degli anni '30 del secolo scorso da Hathaway e McKinley, il test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) è stato messo a punto dopo un intenso lavoro di selezione degli item che meglio distinguevano pazienti (con disturbi di tipo nevrotico o psicotico) da gruppi di controllo.
- Il test, pubblicato per la prima volta nel 1942 e oggi alla sua seconda versione, è stato dunque costruito empiricamente, sulla base della sintomatologia tipicamente individuata in specifici gruppi clinici.

Validità e attendibilità della versione italiana

- In tutte le versioni, la **validità** viene prevalentemente dimostrata attraverso misure di validità concorrente o predittiva.
- **Coerenza interna**: per le scale di controllo e le scale di base varia da un minimo di .57 (Mf) a un massimo di .84 (Si) nei maschi e da un minimo di .34 (Mf) a un massimo di .89 (Sc) nelle femmine.
- Disponibile anche **test-retest**

standardizzazione

- Della versione americana:
1132 maschi e 1462 femmine
rappresentativi della popolazione generale
- Della versione italiana (Sirigatti e Pancheri, 1995):
403 maschi e 972 femmine
provenienti prevalentemente dall'Italia centrale, in maggioranza celibi/nubili

Requisiti minimi per usare il test

- Competenze psicometriche (p.e. un corso universitario in teorie e tecniche dei test)
- Competenze in personalità e psicopatologia (p.e. un corso universitario in psicopatologia)
- Qualifica: Responsabile dell'uso è un **professionista di livello C**, anche se la somministrazione e lo scoring possono essere effettuati da altri professionisti addestrati

Scale di Controllo

- **Controllo**: I punteggi indicano la validità delle risposte e/o altre variabili che possono avere influito sulle risposte rendendole meno vicine al costrutto.
- ? **(risposte non so)** → numero di item omessi. Fornisce indicazioni circa la validità del protocollo.
0-1 = valido 2-10= probabilmente valido
11-29= moderatamente valido ≥ 30 = non valido
- Lie** → risposte indicative di autodescrizione idealizzata di sé, risposte socialmente desiderabili
- Frequenza** → risposte comuni, banali.
- K (correzione)** → riflette la presenza di meccanismi di difesa immaturi o arcaici. Si usa per correggere i punteggi delle scale cliniche

Scale di Controllo: esempi di item

Lie:

- Non sempre dico la verità (F)
- Non tutti i giorni leggo l'articolo di fondo del giornale (F)

Frequenza:

- Mio padre è una buona persona (se suo padre è morto) mio padre è stato una buona persona (F)
- A volte sono posseduto dagli spiriti maligni (V)

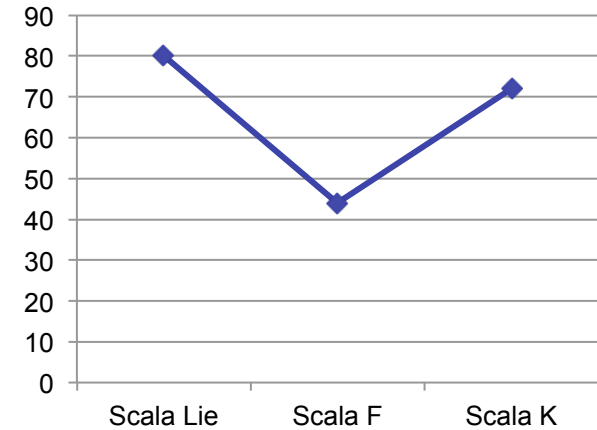
K (correzione)

- Ho pochissimi litigi con i miei familiari (V)
- La gente spesso mi delude (F)

Significato e Particolari configurazioni delle Scale di Controllo

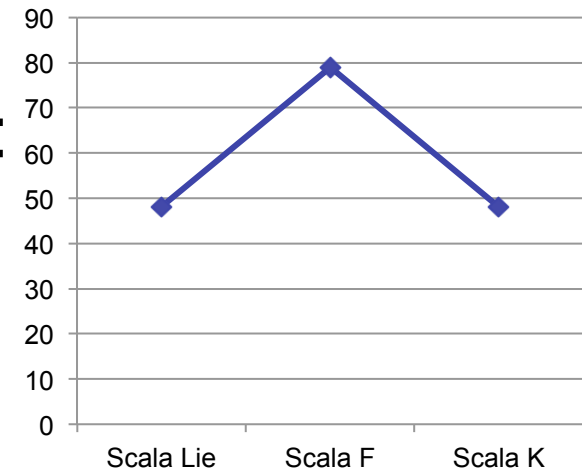
Simulazione di buon adattamento:

Lie → >80
Frequenza → ≤44
K (correzione) → >71



Simulazione di cattivo adattamento:

Lie → <49
Frequenza → 71-79
K (correzione) → <49



Scala di Mascolinità-femminilità

- **M/F**: Indica l'adesione a stereotipi di genere mascholini o femminili considerando un unico continuum con agli estremi i due opposti stereotipi: punteggi alti=alta adesione allo stereotipo mascolino; punteggi bassi=alta adesione allo stereotipo femminile
- Ad eccezione di alcuni item (per i quali i punteggi all'item sono opposti nel caso dei maschi e delle femmine) i punteggi vengono calcolati sommando le risposte agli stessi item ed invertendo la polarità della scala standard.
- Es. di item opposti: Mai ho compiuto pratiche sessuali insolite → per i M risposta sintomatica=vero; per le F=Falso
- Es di standardizzazione opposta: Punt. Grezzo=41 → punti T=81 x M e 33 x Femmine

Scale cliniche (I):

1) Ipocondria (Hs), sviluppata a partire dalla sintomatologia osservata in pazienti “nevrotici”

Es di item:

Ho disturbi di stomaco diverse volte alla settimana (V)

2) Depressione (D), sviluppata sulla base della sintomatologia osservata in pazienti con diagnosi di depressione

Es di item:

Vorrei essere felice così come sembrano gli altri (V)

Scale cliniche (II):

3) Isteria (Hy), sviluppata in base ai sintomi presentati da pazienti con disturbi sensoriali o motori senza una chiara base organica

Es di item:

Una volta la settimana o più spesso mi sento improvvisamente tutto caldo senza alcuna ragione (V)

4) Deviazione Psicopatica (Pd), sviluppata a partire dai sintomi tipici di pazienti culturalmente non deprivati e di intelligenza normale, indirizzati ai servizi di salute mentale a causa di problemi legali ricorrenti

Es di item:

A volte ho desiderato molto andare via da casa (V)

Scale cliniche (III):

- 5) Paranoia (Pa), sviluppata a partire dalla sintomatologia osservata in pazienti che presentavano stati paranoidei

Es di item:

Se la gente non ce l'avesse avuta con me avrei potuto avere molto più successo (V)

- 6) Psicastenia (Pt) – ovvero debolezza del controllo mentale sulle azioni e sui pensieri), sviluppata sulla base della sintomatologia osservata in pazienti con sintomi di tipo ossessivo-compulsivo, fobico.

Es di item:

Quasi sempre sto in ansia per qualcuno o per qualcosa (V)

Scale cliniche (IV):

7) **Schizofrenia (Sc)**, sviluppata in base ai sintomi presentati da pazienti con disturbo schizofrenico

Es di item:

Ho avuto periodi in cui svolgevo delle attività senza poi ricordarmi di cosa avevo fatto (V)

8) **Ipomania (Ma)**, sviluppata a partire dai sintomi presentati dai pazienti con disturbo maniaco-depressivo nei primi stadi della fase maniacale

Es di item:

Mai ho fatto qualcosa di pericoloso per il gusto di farlo (F)

9) **Introversione Sociale (Si)**, sviluppata in base alle risposte di studenti con punteggi alti in una scala simile precedente.

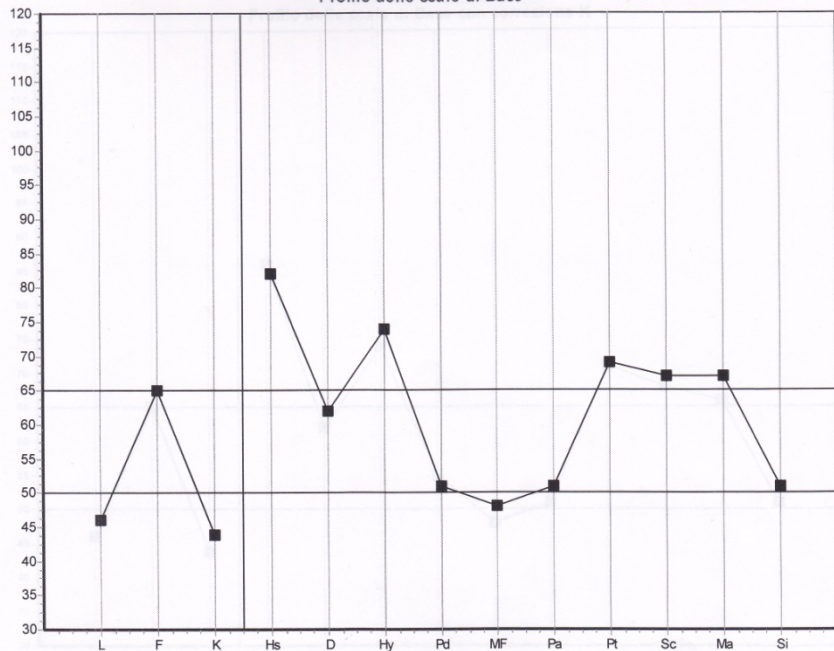
Es di item:

Le critiche o i rimproveri mi feriscono moltissimo (V)

Un esempio di profilo: il caso di G. paziente con DA e Narcolessia

- Profilo MMPI-2 scale cliniche di base
- Profilo MMPI-2 scale cliniche di base con correzione K

Profilo delle scale di Base



Scala	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	MF	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Grezzo	4	13	12	24	30	36	19	35	10	31	32	24	30
T	46	65	44	82	62	74	51	48	51	69	67	67	51
% Risp.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

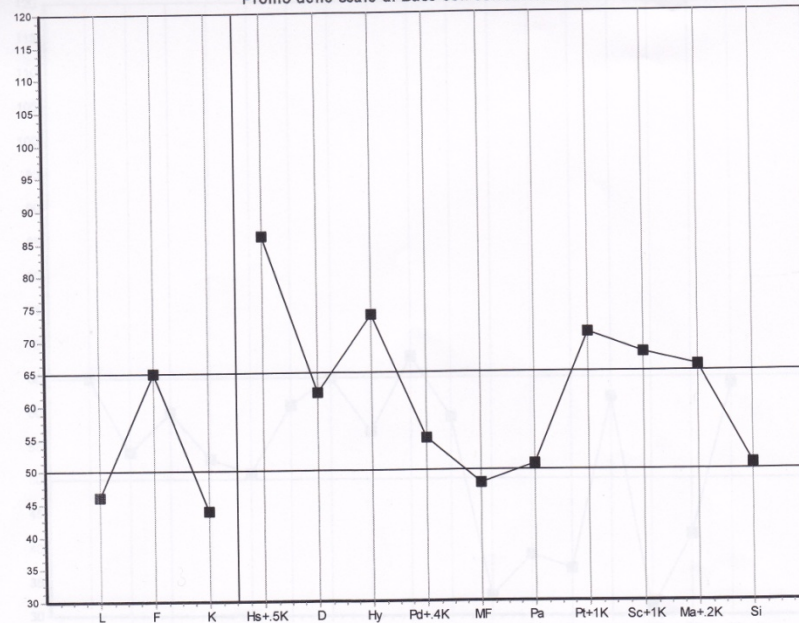
Non So (?) 0

F - K (grezzo): 1

Percentuale di risposte "Vero": 46

Percentuale di risposte "Falso": 53

Profilo delle scale di Base con correzione K



Scala	L	F	K	Hs+.5K	D	Hy	Pd+.4K	MF	Pa	Pt+1K	Sc+1K	Ma+.2K	Si
Correzione				6		5				12	12	2	
Grezzo	4	13	12	24	30	36	19	35	10	31	32	24	30
T	46	65	44	86	62	74	55	48	51	71	68	66	51
% Risp.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Altri raggruppamenti degli item in scale (I)

- **Scale di Harris e Lingoies** → scale ottenute scomponendo le scale cliniche di base in sottogruppi omogenei per area sintomatica indagata.

Es. Depressione:

D1: depressione soggettiva

D2: rallentamento psicomotorio

D3: disfunzioni fisiche

D4: Inefficienza mentale

D5: rimuginazione

Altri raggruppamenti degli item in scale (II)

- **Scale di contenuto:** Misure relative a *comportamenti sintomatici interiorizzanti* (scale di Ansia, paure, ossessività, depressione, preoccupazioni per la salute), *comportamenti sintomatici esternalizzanti* (scale di rabbia, cinismo, comportamenti antisociali, comportamento di tipo A), *autopercezione negativa* (scala di bassa autostima), *difficoltà generali* (scale di Disagio sociale, Problemi familiari, Difficoltà sul lavoro, Indicatori di difficoltà di trattamento)
- Scale supplementari
- Item critici

Altri raggruppamenti degli item in scale (III)

➤ **Scale supplementari:** proposte da vari ricercatori successivamente alla pubblicazione del test.

➤ **Item critici:**

Stato d'ansia acuto, ideazione suicidaria, minaccia di aggressione, stress situazionale da alcolismo, confusione mentale, minacce persecutorie, ecc

La SWAP

La Shedler-Western Assessment Procedure (SWAP)

Esistono 4 versioni:

1. SWAP-200
2. SWAP-200A(per adolescenti)
3. SWAP-II
4. SWAP-IIA(per adolescenti)

Caratteristiche di base della SWAP

1. Concezione della personalità di tipo *interazionista o condizionale* (i tratti di personalità costituiscono tendenze a reagire in modo specifico e stabile a situazioni specifiche e vissute in modo simile)
2. *Concezione dimensionale* dei disturbi di personalità che permette anche la diagnosi categoriale
3. Identifica *domini funzionali* →

Domini funzionali identificati dalla SWAP

1. Motivazioni, standard ideali, valori morali, paure e conflitti
2. Stili cognitivi, capacità di regolare le emozioni, meccanismi di difesa, risorse psicologiche
3. Rappresentazioni di sé, degli altri, della relazione
4. Modalità di sviluppo dei tre domini precedenti

Come si usa la SWAP per la diagnosi (I)

- Comprende 200 item che indagano i 4 domini funzionali
- Si tratta di uno strumento di etero-valutazione
- Il clinico, dopo aver condotto 3-5 colloqui ed avere somministrato l'Intervista Clinico-Diagnostica (CDI) appositamente predisposta per la SWAP codifica i 200 item secondo una procedura Q-sort

Come si usa la SWAP per la diagnosi (II)

- La tecnica Q-sort è una procedura ipsativa che consiste nell'ordinare una serie di item secondo una gerarchia che rifletta quanto ciascun item descrive il paziente
- Anche nel caso della SWAP, gli item vanno usati tutti secondo i seguenti criteri e modalità: →

Come si usa la SWAP per la diagnosi (III)

- I 200 item vanno collocati entro una scala a 8 punti (0-7) secondo una distribuzione fissa:

Elementi della scala	7	6	5	4	3	2	1	0
N item da collocare	8	10	12	14	16	18	22	100

La diagnosi

Cut-off = 60

Vanno effettuati due tipi di diagnosi:

- **Q**: secondo la modalità SWAP
- **PD**: secondo la modalità DSM

Se $T \geq 60$ sul prototipo ad alto funzionam. Il DP è assente anche in presenza di punti T alti con gli altri prototipi



Correlazione (standardizzata in punti T) fra il profilo SWAP e 10 diversi “prototipi” di disturbi di personalità identificati a priori (valutazione di 237 clinici statunitensi esperti e di diversa formazione teorica) **sulla base dei criteri dell’asse II del DSM più un prototipo di alto funzionamento (assenza di dist. di pers.)**

Nosografia SWAP (I)

Sulla base dell'analisi fattoriale-Q dei profili SWAP di 500 pazienti con Disturbi di Personalità sono state identificate 7 classi di stili/disturbi di personalità:

1. Disforico: inadeguatezza, inferiorità, fallimento, depressione
2. Antisociale-psicopatico: scarsi valori morali, assenza di rimorsi, ostilità, ecc
3. Schizoide: gamma limitata di emozioni e di relazioni strette, scarsa abilità sociale, ecc
4. Paranoide: sensazioni di incomprendimento, colpevolizzazione, vittimizzazione, ecc
5. Ossessivo: misto di valori positivi e negativi come la coscienziosità, razionalità, ecc
6. Istrionico: attaccamenti veloci e di breve durata, seduttività, teatralità, ecc
7. Narcisistico: idee di grandiosità, senso esagerato della propria importanza, ecc

Nosografia SWAP (II)

L'analisi fattoriale-Q di secondo ordine sul fattore 1 (stile disforico) entro cui rientrava il maggior numero dei pazienti (20%) ha evidenziato 5 sotto-fattori:

1. Evitante: timidezza, riservatezza, evitamento delle situazioni sociali
2. Depressivo ad alto funzionamento: caratteristiche di alto funzionamento (empatia, intuito, simpatia, ecc) in presenza di alto umore disforico
3. Emotivamente disregolato: emozioni che aumentano di intensità fino a sfuggire al controllo, include i pazienti con diagnosi di D. borderline
4. Dipendente-masochista: tendenza a sottomettersi e a coinvolgersi e rimanere in relazioni da cui subiscono abusi
5. Con ostilità esteriorizzata: sentimenti di rabbia, ostilità, colpevolizzazione degli altri per i propri fallimenti

LA SWAP-200 A

- Usa item diversi
- L'analisi fattoriale-Q ha evidenziato pattern diversi, in particolare l'esistenza di 2 stili e 5 disturbi di personalità:

1. Funzionamento sano
2. Stile inibito-autoritico

1. Antisociale/psicopatico
2. Emotivamente disregolato
3. Evitante/coartato
4. Narcisista
5. Istrionico

LA SWAP-II

- Versione modificata della SWAP-200 e più recente
- Identifica 10 stili/disturbi raggruppabili in 4 cluster:

1. Interiorizzante: ansioso, depressivo, dipendente, schizoide
2. Esteriorizzante: psicopatico, paranoide, schizoide
3. Borderline: emotivamente disregolato, istrionico, impulsivo
4. Alto funzionamento