

ARTICOLO

DPA - Dimensional Personality Assessment An Integrated Approach according DSM-5 Test innovativo di valutazione processuale della personalità

Laura Rapanà¹, Claudio Barbaranelli²

¹ ASPIC (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità); ASPICARSA (Associazione di Ricerca Scientifica Applicata)

² Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Roma - La Sapienza

Entrambi coautori del Test DPA - Dimensional Personality Assessment con Marco Pacifico, Veronica Rosa, Leonarda Giannini, Edoardo Giusti.



Citation

Rapanà L., Barbaranelli C. (2019).
DPA - Dimensional Personality
Assessment
An Integrated Approach according
DSM-5
Test innovativo di valutazione
processuale della personalità
Phenomena Journal, 1, 74-86
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.18>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Laura Rapanà
laura.rapana@tin.it

Ricevuto: 22 marzo 2019

Accettato: 10 giugno 2019

Publicato: 15 giugno 2019

ABSTRACT

The present paper examines the theoretical bases, the psychometric properties and the applicative uses of the Dimensional Personality Assessment, a process evaluation tool of personality inspired by Criterion A for the personality disorder described in the alternative model introduced in the latest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. The Dimensional Personality Assessment is a questionnaire that allows the self-evaluation of the person's functioning with regard to the following four dimensions and their respective three sub-dimensions: Identity (Self-esteem, Emotional Experience, Sense of Self), Self-direction (Self-reflective Ability, Pursuit of Goals, Standards and Inner Values), Empathy (Understanding the Effects of One's own Behavior on Others, Comprehension and Appreciation of the Experience, Tolerance of Others' Point of View) and Intimacy (Behavior of Mutual Respect, Desire and Capacity of Closeness, Depth and Duration of the Relationship). The questionnaire is completed by a control scale for the measurement of Social Desirability (Lie Scale). The Dimensional Personality Assessment consists of a total of 92 items measured on a 5-points Likert Scale. The Dimensional Personality Assessment has undergone a rigorous examination of its psychometric characteristics, such as its factor structure, its reliability, and the correlation with scales from several instruments used in clinical practice and in applied research (such as the Big Five Questionnaire-2 and the Symptom Checklist-90 Revised, among others). The Dimensional Personality Assessment was validated on a sample of over 500 non-clinical adults, and on a group of over 200 patients on psychotherapeutic treatment. The present paper describes the Dimensional Personality Assessment research project and its use during a psychotherapeutic treatment as an evidence-based instrument for the results.

KEYWORDS

Dimensional assessment, Test, monitoring, therapeutic assessment, integration, personality, evidence-based instrument.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente articolo esamina le basi teoriche, le proprietà psicometriche e gli usi applicativi del *Dimensional Personality Assessment*, uno strumento di valutazione processuale della personalità ispirato al Criterio A per il disturbo di personalità descritto nel modello alternativo, introdotto nell'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Il *Dimensional Personality Assessment* è un questionario che consente l'autovalutazione del funzionamento della persona rispetto alle seguenti quattro dimensioni e le rispettive tre sottodimensioni: Identità (Autostima, Esperienza emotiva, Senso di sé), Autodirezionalità (Capacità autoriflessiva, Perseguimento degli obiettivi, Standard e valori interni), Empatia (Comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri, Comprensione e apprezzamento dell'esperienza, Tolleranza del punto di vista degli altri) e Intimità (Comportamento del rispetto reciproco, Desiderio e capacità di vicinanza, Profondità e durata della relazione). Il questionario è completato da una scala di controllo per la misurazione della Desiderabilità Sociale (*Scala Lie*). Il *Dimensional Personality Assessment* comprende un totale di 92 item misurati su una scala Likert a 5 livelli. Il *Dimensional Personality Assessment* ha effettuato un esame rigoroso delle sue caratteristiche psicometriche, come la sua struttura fattoriale, la sua affidabilità e la correlazione con le scale di diversi strumenti utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca applicata (*Big Five Questionnaire-2* e *Symptom Checklist-90 Revised*, tra gli altri). Il *Dimensional Personality Assessment* è stato convalidato su un campione di oltre 500 adulti non clinici e su un gruppo di oltre 200 pazienti sottoposti a trattamento psicoterapeutico. Il presente lavoro descrive il progetto di ricerca del *Dimensional Personality Assessment* e il suo utilizzo durante un trattamento psicoterapeutico come strumento basato sull'evidenza dei risultati.

PAROLE CHIAVE

Assessment dimensionale, Test, monitoraggio, assessment terapeutico, integrazione, personalità, strumento evidence-based.

1. Introduzione

Il Test DPA - Dimensional Personality Assessment è un questionario di valutazione processuale della personalità realizzato da un gruppo di lavoro che integra competenze cliniche con quelle psicometriche [1]. L'idea nasce con l'ultima pubblicazione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th Ed. DSM-5 [2]). La nuova stesura del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali [2] ha introdotto, nella Sezione III, un modello alternativo di diagnosi (*Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*) che ha il compito d'integrare il punto di vista dimensionale prendendo in considerazione anche il vissuto del soggetto nei confronti dei sintomi. Quest'apertura alla dimensionalità ha attivato l'interesse a costruire un questionario che potesse misurare dimensionalmente il funzionamento della personalità. L'ispirazione è partita da uno dei sette criteri generali per il disturbo di personalità, il Criterio A, dove è proposta la Scala del livello di Funzionamento della Personalità (*Level of Personality Functioning Scale*, LPFS) che serve a definire e a valutare la gravità della patologia della personalità. Con questa Scala si affrontano per la prima volta gli aspetti di funzionamento della personalità suddivisi in due aree: un'area di funzionamento del Sé che comprende gli elementi dell'identità e dell'autodirezionalità, e un'area di funzionamento Interpersonale che comprende gli elementi dell'empatia e dell'intimità. Secondo tale modello, la gravità della compromissione del funzionamento della personalità è predittiva della presenza o meno di uno o più disturbi di personalità [3, 4, 5, 6]. A supporto di questa Scala di Funzionamento della Personalità descritta nel DSM-5, ci sono dati che mostrano come la metacognizione [7] e le rappresentazioni delle relazioni interpersonali [8, 9] siano compromesse in diretta proporzionalità alla quantità di criteri soddisfatti nella sfera del disturbo di personalità.

Riferimento epistemologico del modello

L'inquadramento teorico di base è l'approccio pluralistico integrato che presuppone una visione globale, complessiva della realtà, non riducibile a un unico principio, ma a principi molteplici di più linguaggi coesistenti e conflittuali [10, 11]. La sua applicazione prevede un approccio flessibile, dinamico, aperto, in continuo divenire, attento alle esigenze personali del singolo individuo volto al cambiamento [12]. Una visione unitaria dei vari approcci teorici permette di vedere la persona bisognosa di aiuto nella sua complessità, offrendole la possibilità di un intervento mirato ogni volta a uno specifico bisogno, in una determinata circostanza e in un momento particolare del percorso terapeutico [13, 14]. In conformità a questa visione, si è voluto costruire uno strumento versatile ed efficace, utilizzabile sensibilmente nelle diverse situazioni e che accompagni la terapia con dei riferimenti empirici. Siamo d'accordo con Norcross quando scrive che «la relazione terapeutica debba procedere da uno stadio all'altro seguendo il percorso dei clienti» [15, p. 33]; anche per questo, avere a disposizione uno strumento che aiuti a verificare se ciò stia accadendo, e in quale modo, potrebbe confermare e rafforzare una buona pratica.

Obiettivi

L'utilizzo di un approccio pluralistico integrato nella strutturazione degli item per la costruzione del Test ha raggiunto, quindi, lo scopo di realizzare uno strumento innovativo, snello e allo stesso tempo dettagliato, utile al clinico sia per un primo momento valutativo del funzionamento della personalità, per la formulazione di piani di trattamento che possano colmare aree critiche nel funzionamento della personalità, e per migliorare o ampliare i punti di forza delle aree non compromesse, sia durante il processo terapeutico come strumento di monitoraggio, sia come *evidence based* dei risultati dell'efficacia della terapia stessa.

Il presente studio

Il DPA- Dimensional Personality Assessment, sviluppato originariamente nel contesto italiano, nasce dalla collaborazione tra professionisti della pratica clinica e della ricerca di base; è stato costruito per scoprire il funzionamento della personalità attraverso la valutazione degli aspetti adattivi e disadattivi, può essere utilizzato sia in ambito clinico sia in ambito non clinico, proprio perché ha proprietà psicometriche che sono state tarate su ampi campioni di popolazione clinica e non clinica. Il DPA è un questionario che consente l'autovalutazione del funzionamento della persona rispetto a quattro dimensioni: l'Identità, l'Autodirezionalità, l'Empatia e l'Intimità. Per ogni dimensione sono state individuate tre sottodimensioni (Tabella 1).

Le quattro dimensioni, poste su un *continuum* che va da un livello di compromissione a un livello di adeguato funzionamento, possono essere successivamente lette, riprendendo la descrizione del DSM-5, all'interno delle due aree di funzionamento della personalità: l'area del Sé e l'area Interpersonale. L'Area del Sé include le dimensioni dell'Identità e dell'Autodirezionalità, e corrisponde a un funzionamento interno della persona, all'immagine che essa ha di se stessa, all'autostima, alle capacità di auto-riflessività e di perseguire obiettivi esistenziali coerenti e significativi nel breve e nel lungo tempo e agli standard e valori presenti. L'Area Interpersonale

AREE DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITÀ	DIMENSIONI DEL TEST	SOTTODIMENSIONI DEL TEST
Area del Sé	Identità	1. AE-Autostima.
		2. EE-Esperienza Emotiva.
		3. SS-Senso di Sé.
	Autodirezionalità	1. AU-Capacità Autoriflessiva.
		2. DIR-Perseguimento degli obiettivi.
		3. ST-Standard e valori interni.
Area Interpersonale	Empatia	1. CEC-Comprensione effetti proprio comportamento su altri.
		2. CV-Comprensione e valorizzazione dell'esperienza.
		3. TPV-Tolleranza dei punti di vista altrui.
	Intimità	1. CRR-Comportamento di rispetto reciproco.
		2. DV-Desiderio e capacità di vicinanza.
		3. PD-Profondità e durata della relazione.

Tab. 1. Struttura sintetica del DPA [Modificata da:1, Figura 3-1, p. 18].

include le dimensioni dell'Empatia e dell'Intimità, e corrisponde a un funzionamento della persona con l'alterità, alla sua capacità di tollerare punti di vista diversi dai propri, di avere consapevolezza dell'effetto del proprio comportamento sugli altri, di avere desiderio di vicinanza e la capacità di far durare le relazioni.

Metodo

Strumenti

Si è partiti da una versione “allargata” del Test che ha permesso, grazie a una serie di Analisi Fattoriali Confermative (AFC) ed esplorative, di individuare gli item che presentavano le caratteristiche di dimensionalità (e.g., *factor loadings* elevati su un'unica dimensione) e di coerenza interna (e.g., coefficiente item totale corretto e coefficiente alfa se l'item è eliminato) e che potessero essere quindi combinati in modo attendibile per misurare le dimensioni e le sottodimensioni indagate; per un approfondimento si può consultare il Manuale DPA [1].

Da un pool iniziale di oltre 200 item quindi, dopo varie somministrazioni, tramite i risultati delle analisi multivariate e in coerenza con la riflessione teorica sui costrutti, è stata raggiunta una versione definitiva del DPA che consta di 92 item, 8 dei quali utilizzati per rilevare la tendenza a fornire un'immagine socialmente desiderabile (*Scala Lie*). Tutti gli item sono valutati dal soggetto su una Scala di risposta Likert a 5 punti (per niente d'accordo= 1, poco d'accordo= 2, né d'accordo, né in disaccordo= 3, molto d'accordo= 4, completamente d'accordo= 5). La scala a 5 punti potrebbe introdurre un “errore di tendenza centrale”; nel nostro caso ciò può essere escluso se si considerano le distribuzioni delle variabili osservate “nucleari” (cioè non scomponibili ulteriormente in sotto-item), ovvero degli item. Nel campione utilizzato per la validazione del DPA, infatti, le medie variano da un minimo di 1.3 a un massimo di 3.4. Inoltre, anche se gli item si conformano tendenzialmente alla distribuzione normale, il valore della asimmetria (*skewness*) degli item varia da -1.7 a 0.7, ovvero le curve degli item presentano una sostanziale variabilità nell'addensarsi sulla latitudine dei punteggi alti (asimmetria negativa) piuttosto che bassi (asimmetria positiva). Tutto questo evidenzia l'assenza di una presupposta “tendenza centrale” che si verificherebbe se le distribuzioni fossero addensate sulla media teorica (= 2) e se le asimmetrie fossero tendenzialmente tutte uguali a 0.

La presenza di item formulati in senso positivo e di item formulati in senso negativo rispetto ai costrutti (nello *scoring* e nella valutazione dei punteggi, i punteggi degli item negativi sono stati “invertiti” o “riflessi”: 5 diventa 1, 4 diventa 2, 2 diventa 4, 1 diventa 5), quindi, sembra aver avuto successo nell'evitare l'addensamento delle risposte sia su valori sempre estremi, sia su valori centrali, riducendo l'acquiescenza e favorendo un processo di risposta più “meditato”. Infine, per ragioni psicometriche, usare una scala di misura senza un punto intermedio (quindi con un numero di ancore pari e non dispari), rende discutibile considerare la variabile risultante come formata da “intervalli equivalenti”, indipendentemente dal numero di ancore scelte. La definizione di un numero di ancore dispari, con un punto intermedio e con una formula-

zione equilibrata delle ancore stesse (come nel caso del presente Test), favorisce la possibilità di considerare la variabile risultante come formulata a livello intervallare [16].

Al fine di esaminare la validità di costruito del DPA, i punteggi nel Test sono stati correlati con quelli di due strumenti che rappresentano *standard* di riferimento per la misura della personalità “normale” e dei disturbi psicologici, il *Big Five Questionnaire-2* (BFQ [17], BFQ-2 [18]) e il *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R [19]). Poiché si tratta di due strumenti ampiamente noti e usati in letteratura, si rimanda alle voci riportate in bibliografia per una loro descrizione.

Partecipanti

Il DPA [1] è stato standardizzato su un campione di comodo di 710 soggetti residenti in Italia, 204 dei quali erano pazienti con diagnosi clinica, in trattamento psicoterapeutico presso diversi centri clinici. Il 51% dei soggetti è di sesso femminile. L'età media è di 42,8 anni (con DS che indica meramente e descrittivamente la dispersione dell'età nel campione = 16.6) e varia dai 18 agli 87 anni. Il 55% ha un diploma di scuola superiore, il 25% ha una laurea (triennale, specialistica o di vecchio ordinamento), il 7% un diploma di scuola media inferiore e il 2% di scuola elementare. Il 44% è celibe/nubile, il 44% coniugato/convivente, il 5% separato e il 7% vedovo. Per quanto riguarda l'attività professionale, le tipologie più frequenti sono rappresentate da liberi professionisti (12%), dipendenti pubblici (12%), dipendenti presso enti privati (11%) e casalinghe (8%).

Il questionario è stato quindi analizzato e validato su due differenti campioni: uno clinico e uno non clinico, dando così la possibilità di un'analisi del Test su entrambe queste popolazioni, suddivise anche al loro interno per maschi e femmine.

Risultati

L'attendibilità delle scale principali, calcolata tramite l'indice di coerenza interna Alfa di Cronbach, è risultata molto adeguata, riportando le scale valori superiori alla “soglia” di riferimento (pari a .70), come si evince di seguito [1, Tabella 4-3, p. 31]:

- Auto-direzionalità: .80
- Intimità: .87
- Empatia: .87
- Identità: .91
- Desiderabilità Sociale: .70

La validità interna (o dimensionalità) del questionario è stata esaminata tramite un'AFC [20]. La scelta dell'approccio confermativo è motivata dalla presenza d'ipotesi forti da parte degli autori in merito: a) al numero di fattori presenti nella soluzione; b) allo schema fattoriale ipotizzato, ovvero l'influenza di ogni dimensione latente sugli indicatori/variabili osservate. Utilizzando una pratica ampiamente diffusa, soprattutto in presenza di numerosi indicatori come nel presente Test [21], gli indicatori dei fattori nell'AFC sono stati costruiti con il metodo dei *parcel-item*. Tale approccio risulta particolarmente utile [22, 23, 21, 24] poiché:

- riduce l'errore di misurazione (in quanto i *parcels* sono più attendibili dei singoli item);

- consente di ottenere stime più stabili riducendo il numero di parametri da stimare;
- migliora l'approssimazione alla distribuzione normale rispetto ai singoli item;
- aumenta il livello di misurazione delle variabili osservate, rendendole più compatibili con il livello degli intervalli equivalenti.

Considerando il livello di misurazione delle variabili, e poiché non erano presenti problemi di normalità, le analisi fattoriali sono state effettuate considerando il metodo di stima della massima verosimiglianza (ML, Maximum Likelihood) tramite il programma statistico Mplus 8 [25]. La Tabella 2 mostra il risultato dell'analisi che evidenzia chiaramente che i 4 fattori ipotizzati trovano riscontro empirico nella soluzione fattoriale.

Gli indici di bontà dell'adattamento della soluzione sono i seguenti: RMSEA = .066; CFI = .973; TLI = .959; SRMR = .024[1].

Parcel scale	Auto-direzionalità	Intimità	Empatia	Identità
<i>Autodirezionalità_parcel_1</i>	.50		.35	
<i>Autodirezionalità_parcel_2</i>	.78			
<i>Autodirezionalità_parcel_3</i>	.83			
<i>Intimità_parcel_1</i>		.76		
<i>Intimità_parcel_2</i>		.89		
<i>Intimità_parcel_3</i>		.84		
<i>Empatia_parcel_1</i>			.82	
<i>Empatia_parcel_2</i>			.92	
<i>Empatia_parcel_3</i>			.84	
<i>Identità_parcel_1</i>				.84
<i>Identità_parcel_2</i>				.88
<i>Identità_parcel_3</i>				.89

Tab. 2. Risultati dell'Analisi Fattoriale Confermativa [1, Tabella 4-1, p. 30].

Le correlazioni tra i fattori (Tabella 3) variano tra .28 e .75.

	Autodirezionalità	Intimità	Empatia
Intimità	.69***		
Empatia	.61***	.61***	
Identità	.75***	.63***	.28***

Nota. *** $p < .001$

Tab. 3. Correlazioni tra i fattori [1, Tabella 4-2, p. 31].

La validità di costrutto ha trovato risultati coerenti nelle correlazioni con le dimensioni di altri strumenti relativi a dimensioni "psicopatologiche" (SCL-90-R) o "non-psicopatologiche", come ad esempio quelle comprese nel modello del Big Five [17, 18]. Nel caso della SCL-90-R [19], riportata in Tabella 4, «sono soprattutto le dimensioni dell'Identità e dell'Intimità a essere (negativamente) correlate con le dimensioni specifiche e il punteggio totale della SCL-90-R. Le dimensioni della SCL-90-R quindi sono presenti sia nell'Area del Sé (rappresentata dalla dimensione

dell'Identità) sia nell'Area Interpersonale (rappresentata dalla dimensione dell'Intimità). Anche la dimensione Autodirezionalità presenta correlazione inverse e significative con quasi tutte le dimensioni specifiche della SCL-90-R (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Depressione, Ansia, Ansia fobica, Psicoticismo), mentre la dimensione dell'Empatia presenta correlazione inverse e significative con la dimensione specifica Ostilità» [1, pp. 32-33].

Scale SCL-90-R	Auto-direzionalità	Empatia	Identità	Intimità	Desiderabilità sociale
<i>Somatizzazione</i>	-.25**	-.06	-.41***	-.29***	-.03
<i>Ossessività-Compulsività</i>	-.23**	-.02	-.46***	-.35***	.05
<i>Ipersensibilità interpersonale</i>	-.18*	-.03	-.55***	-.38***	-.05
<i>Depressione</i>	-.24**	-.01	-.64***	-.39***	-.02
<i>Ansia</i>	-.30***	-.07	-.55***	-.34***	-.05
<i>Ostilità</i>	-.10	-.33***	-.23**	-.34***	-.03
<i>Ansia fobica</i>	-.25**	-.10	-.35***	-.36***	-.13
<i>Ideazione paranoide</i>	-.17*	-.16	-.38***	-.45***	.01
<i>Psicoticismo</i>	-.23**	-.01	-.49***	-.35***	-.04
<i>Global Severity Index</i>	-.23**	-.08	-.61***	-.42***	-.01

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tab.4. Correlazioni tra le scale principali del DPA e le scale della SCL-90-R [1, Tabella 4-5, p. 33].

Essendo stato considerato un campione clinico, si possono considerare le differenze tra clinici e non-clinici come un'ulteriore evidenza empirica della validità rispetto al criterio, intendendo in questo modo la capacità del Test di differenziare tra soggetti clinici e non clinici.

Le differenze tra i campioni, clinico e non clinico, sono statisticamente significative [1] per le scale AU della Autodirezionalità ($p < .01$), CEC dell'Empatia ($p < .05$), AE ($p < .05$), EE ($p < .01$) e SS ($p < .05$) della Identità, e CRR ($p < .05$) e PD ($p < .001$) della Intimità, dove le persone nel campione "non clinico" ottengono punteggi più alti delle persone del campione "clinico".

Le differenze tra maschi e femmine risultano statisticamente significative per le scale CEC dell'Empatia ($p < .001$), AE ($p < .001$), EE ($p < .001$) dell'Identità, dove le femmine presentano punteggi più elevati dei maschi, e SS ($p < .001$) dell'Identità, dove avviene il contrario [1].

Discussione

Utilizzo del Test DPA ed esempi di applicazione

La procedura di validazione e standardizzazione del DPA ha dato luogo a uno stru-

mento versatile, di facile utilizzo e spendibile in vari ambiti: da quello clinico, a quello organizzativo, alla valutazione di aspetti personologici primari, a quello della ricerca di base.

La somministrazione cartacea può essere autogestita dal soggetto, richiede circa quindici minuti di tempo e può essere effettuata individualmente o in contesti di gruppo. L'attribuzione dei punteggi, la codifica e l'analisi del Test, richiede circa venti minuti di tempo. È prevista la costruzione di una versione computerizzata per un uso specifico dello strumento, anche in contesti organizzativi e di gruppo [1].

In particolare, l'utilizzo del DPA in ambito clinico, può avere diverse sfaccettature:

- si accompagna bene ad altri Test (o può esserne complementare) per una valutazione iniziale del paziente e per impostare un piano di trattamento;
- è utilizzabile come tecnica per un lavoro di consapevolezza della persona sul proprio funzionamento. Il Foglio Profilo dei risultati del questionario (Prototipo della versione cartacea riportato nelle Figure 1 e 2), offre all'individuo la possibilità di *visualizzare* il proprio funzionamento della personalità, permettendo una riflessività nel *qui e ora* (*assessment terapeutico*);
- può essere, inoltre, un buono strumento di monitoraggio del percorso psicoterapeutico, potendo soddisfare criteri di trattamenti *evidence based* [26, 15].

In quest'anno il DPA è stato utilizzato anche per il monitoraggio dei risultati nel percorso psicoterapeutico da parte di alcuni Autori del Test. Lo strumento ha permesso di registrare con accuratezza i cambiamenti del soggetto in più fasi (misurazione del cambiamento *in progress*), dando l'opportunità di prestare attenzione, di volta in volta e in modo specifico, agli aspetti che si andavano rinforzando e a quelli che rimanevano carenti e disfunzionali all'interno dell'economia psichica e relazionale della persona. Ha permesso, in più, di condividere tali risultati in modo oggettivo attraverso il Foglio Profilo, direttamente con il paziente, permettendogli una responsabilizzazione e un'attivazione emotiva nel vedere riportati i propri cambiamenti. In questo caso lo strumento, da oggetto freddo, diventa un mezzo di comunicazione emotiva e di stimolazione di processi mentali nel *qui e ora* all'interno di una relazione terapeutica. In accordo con il modello *Therapeutic Assessment* [27], il DPA è un Test che si presta a essere utilizzato come amplificatore dell'empatia nella relazione con il paziente, favorendo così anche l'alleanza terapeutica [28]. Esso suggerisce, inoltre, qual è il problema e come affrontarlo direttamente con la persona in modo efficace, quali passi seguire affinché possa capirlo in profondità e in tempi brevi [29]. I risultati del modello *Therapeutic Assessment* rivelano due benefici principali che si sono avuti anche con l'utilizzo del Test DPA:

- in primo luogo, alcuni individui mostrano un miglioramento sintomatico e un aumento dell'autostima;
- in secondo luogo l'*assessment* sembra funzionare come un trampolino che aiuta il paziente in vista del successivo trattamento, aiutandolo a fare un buon uso di quel trattamento [30]. Il DPA è uno strumento che si integra in modo efficace anche con altri modelli terapeutici alternativi e innovativi, come il Modello OMeSA - One Mental Shot Assessment Therapy [31]. Al fine di mostrare lo strumento rispetto all'*asses-*

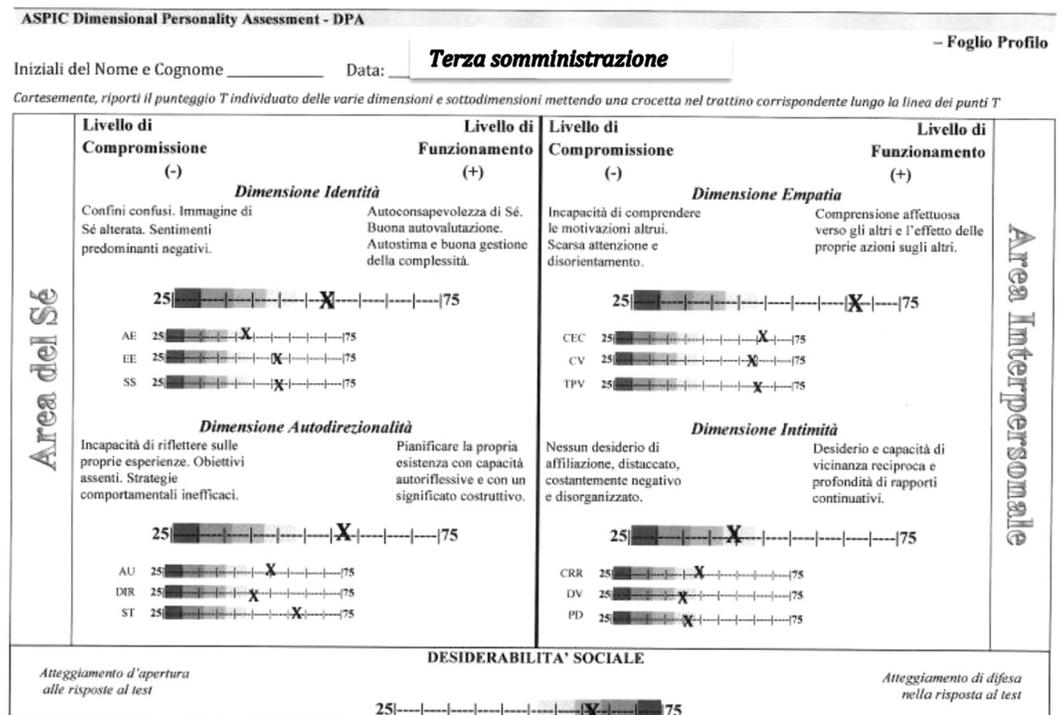
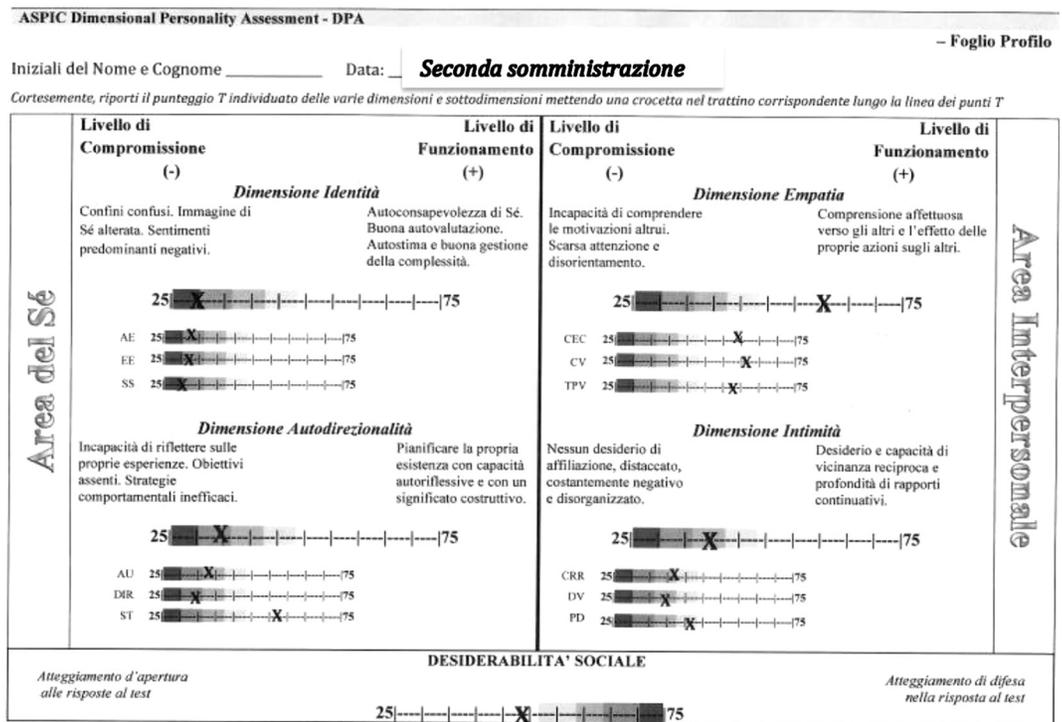


Fig.2. Prototipo del Foglio Profilo DPA: Seconda e Terza somministrazione

Possiamo osservare dal Foglio Profilo (Figura 2, *Terza somministrazione*) l'evidenza di vari aspetti migliorati nel funzionamento di personalità del soggetto in esame, dando conferma positiva alle osservazioni cliniche effettuate nel corso dei mesi (forte diminuzione della sintomatologia, cambiamenti comportamentali costruttivi e chiusura della terapia farmacologica), riconoscendo, in particolare, il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico iniziale: il miglioramento della Sottodimensione Autostima (AE= punto T 48) e del funzionamento complessivo del Sé (Dimensione Identità= punto T 54 e Dimensione Autodirezionalità= punto T 57). Un punteggio lievemente alto nella Scala DS (punto T 62) identifica un atteggiamento di difesa e la volontà di fare bella figura; in questa situazione, è stato interpretato come un movimento ancora energeticamente attivo della paziente verso un rafforzamento della propria autostima.

Conclusioni e limiti dello studio

Con il Dimensional Personality Assessment, abbiamo voluto realizzare uno strumento innovativo, utile ed efficace, di effettiva validità e attendibilità, in particolare nel lavoro clinico, diagnostico e psicoterapeutico. In linea con l'*evidence-based practice* [33, 34], esso potrebbe rappresentare anche uno strumento da utilizzare in modo ottimale nella ricerca, superando la dicotomia pratica-ricerca e permettendo una loro integrazione, migliorando la conoscenza della ricchezza e della complessità del processo psicoterapeutico [35]. Essendo, inoltre, un questionario di valutazione generale del funzionamento della personalità, il suo utilizzo si può espandere oltre il mondo clinico ad ambiti d'intervento focalizzati su un maggior *benessere* della persona e ad ambiti organizzativi.

Il presente studio rappresenta un primo elemento di verifica delle proprietà del DPA e in quanto tale non è esente da limiti. In particolare, i campioni utilizzati non sono rappresentativi della popolazione italiana, anche se piuttosto ampi. Inoltre, andrebbe considerata la possibilità di esplorare in modo sistematico la relazione tra DPA e altri strumenti per la misurazione di dimensioni psicopatologiche e non, in un'ottica di validità predittiva. A tale fine il gruppo di ricerca che ha lavorato alla messa a punto del DPA ha intrapreso un programma di studi per colmare queste limitazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., & Giusti, E. (2019). *DPA - Dimensional Personality Assessment*. Firenze: Giunti Psychometrics.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. (5th ed.). DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. Trad. it. *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. 5. ed.* Milano: Raffaello Cortina, 2014.
3. Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332-346.
4. Morey, L. C., Bender, D., & Skodol, A. E. (2013). Validating the Proposed DSM-5 Severity Indicator for Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 729-735.
5. Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician Judgments of Clinical Utility: A

Comparison of DSM-IV-TR Personality Disorders and the Alternative Model for DSM-5 Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 398-405.

6. Hopwood, C. J., Good, E. W., & Morey, L. C., (2018). Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report. *Journal of Personality Assessment*, 9, 1-10.

7. Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., et al. (2014). Metacognitive Dysfunctions in Personality Disorders: Correlations with Disorder Severity and Personality Styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(137), 1-16.

8. Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Lysaker, P. H., d'Angerio, S., Conti, M. L., et al. (2013). Differences between Axes Depend on where you Set the Bar. Associations among Symptoms, Interpersonal Relationship and Alexithymia with Number of Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 27, 371-382.

9. Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2016). *Integrated Treatment for Personality Disorder: A modular Approach*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Trattamento integrato per i disturbi di personalità. Un approccio modulare*. Milano: Raffaello Cortina, 2017.

10. Giusti, E., Montanari, C., & Montanarella, G. (1995). *Manuale di psicoterapia integrata*. Milano: Franco Angeli.

11. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2004). *Psicoterapie integrate: Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.

12. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: L'aderenza veloce al trattamento*. Roma: Sovera.

13. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2006). *Psicodiagnosi integrata: Valutazione transittiva e progressiva del processo qualitativo e degli esiti nella psicoterapia pluralistica fondata sull'evidenza obiettiva*. Roma: Sovera Strumenti.

14. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *System of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis. (9th ed.)*. New York: Oxford University Press.

15. Norcross, J. C. (2011a). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. Roma: Sovera, 2012, vol. 2.

16. Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis(2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

17. Caprara, G.V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2000). *BFQ. Big Five Questionnaire (2nd ed.)*. Firenze: Giunti Psychometrics.

18. Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Vecchione, M. (2008). *Big Five Questionnaire-2: Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.

19. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). *The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care*. In M. E. Maruish, *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

20. Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.

21. Dabholkar, P. A., Thorpe, D. I., & Rents, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. *Journal of Academy of Marketing Science*, 24(1), 3-16.

22. Bagozzi, R. P., & Heatherton, T. F. (1994). A general approach to representing multifaceted personality constructs: Application to state self-esteem. *Structural Equation Modeling*, 1(1), 35-67.

23. Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International Journal of Research in Marketing*, 13, 139-161.

24. Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.

25. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2017). *Mplus (Version 8.0)* [computer software]. Los Angeles: Author.

26. Norcross, J. C. (2011). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona: Ricerche scientifiche a prova di evidenza*. Roma: Sovera, 2012, vol. 1.

27. Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic Effects of Providing MMPI-2 Test Feedback to College Students Awaiting Therapy. *Psychological Assessment*, 4(3), 278-287.

28. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2014). *Alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: Sovera Strumenti.

29. Finn, S.E., Fischer, C.T., & Handler, L. (Eds.). (2012). *Collaborative/Therapeutic Assessment: A Casebook and Guide*. USA: Wiley & Sons.
30. Krishnamurthy, R., Finn, S. E., & Aschieri, F. (2016). Therapeutic Assessment in Clinical and Counseling Psychology Practice. In U. Kumar (Ed.), *The Wiley Handbook of Personality Assessment* (pp. 228-239). USA: Wiley & Sons.
31. Rapanà, L., & Spalletta, E. (2018). One Mental Shot Assessment Therapy-OMeSA. Un nuovo modello d'intervento integrato per diagnosi terapeutica e supervisione in una (sola) seduta. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 8, 147-158.
32. First, M.B., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S., & Spitzer, R.L. (2016). *User's Guide to Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Trad. it. SCID-5-PD. Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5®. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
33. Goodheart, C.D., Kazdin, A.E., & Sternberg, R.J. (2006). *Psicoterapia a prova di evidenza. Dove la pratica e la ricerca si incontrano*. Roma: Sovera.
34. Rapanà, L. (2013). La SPP. Scheda di sintesi del percorso psicoterapeutico. *Integrazione nelle Psicoterapie*, 3, 272-279.
35. Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2017). *Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica*. Roma: Sovera Strumenti.