

La valutazione scientifica della personalità. Evidenze empiriche e contesti ambientali

The scientific assessment of personality. Empirical evidence and environmental contexts

Piero Porcelli

Abstract

Personality is viewed as patterns of psychological and behavioral characteristics that are supposed to be constant and individuated individual differences that are shown in a wide range of social and personal contexts. This paper illustrates 3 issues. 1) Evidence on personality assessment shows that the range of effect sizes of personality tests are similar to those obtained in medicine. 2) Personality assessment is largely dependent on external contexts (social relations, attachment bonds) and biological aspects (epigenetic mechanisms). 3) The quality of personality assessment is dependent on the information source (self-report scales, observer-rated instruments, performance-based tools) and the inferential process (nomothetic and idiographic approaches).

Key words: Assessment, Diagnosis, Epigenetics, Personality, Psychometrics

Riassunto

La personalità è generalmente intesa come un insieme di caratteristiche psicologiche e di modalità comportamentali costanti nel tempo che definiscono le differenze individuali che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. In questo lavoro vengono esaminate tre aspetti. 1) Le evidenze sulla valutazione di personalità mostrano che i test di personalità hanno un range di *effect size* simile alle misure generalmente adottate in medicina. 2) La valutazione di personalità è largamente dipendente da contesti esterni (rapporti sociali, attaccamento) e aspetti biologici (meccanismi epigenetici). 3) La qualità della valutazione di personalità dipende dalla natura della fonte di informazione (scale auto-somministrate, valutazione da osservatori esterni, valutazioni di performance) e dal processo di inferenza (approccio nomotetico e approccio idiografico).

Parole chiave: Assessment, Diagnosi, Epigenetica, Personalità, Psicometria

Per corrispondenza: Piero PORCELLI, UO Psicologia Clinica, Ospedale IRCCS De Bellis, Castellana Grotte (Bari) • e-mail: piero.porcelli@irccsdebellis.it

Piero PORCELLI, Psicologo, Responsabile dell'UO di Psicologia Clinica dell'Ospedale IRCCS De Bellis di Castellana Grotte (Bari). Docente aggregato presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma La Sapienza.

Introduzione

Definire cosa si intenda per personalità è un'operazione complessa. Mettendo insieme varie teorie, modelli e scuole, si può affermare che la personalità è un insieme organizzato e dinamico di caratteristiche individuali stabili nel tempo, il quale definisce l'unicità (in termini di differenze e di vulnerabilità inter-individuali) di pensieri, emozioni, motivazioni e comportamenti che si manifestano in un ampio spettro di contesti socio-culturali. Si tratta quindi di un concetto ad ampio raggio frutto dell'interazione di fattori biologici (predisposizioni genetiche, mutazioni epigenetiche, adattamenti fisiologici costanti), psicologici (comportamenti e aspettative apprese, risposte emozionali, stili di elaborazione cognitiva, fattori evolutivi e inconsci, modelli interiorizzati di attaccamento) e socio-culturali (attese socio-culturali e familiari, influenza del gruppo di appartenenza, modelli appresi di comportamento da contesti più ampi come i media) (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

A fronte di questa complessità, è illusorio pensare che ci possa essere un test o anche un metodo composito che possa valutare in modo completamente affidabile e valido l'interazione dei vari fattori implicati, tenendo anche conto del fattore "tempo", ossia dello sviluppo e delle fasi del ciclo di vita del soggetto. Inoltre, in aggiunta alla complessità di definizione dell'oggetto di studio, nella valutazione di personalità è essenziale considerare il soggetto valutatore. Indipendentemente dai contenuti e dall'ambito specifico a cui si applicano, la diagnosi psicologica si basa su tre punti tra di loro concatenati: la clinica, la professionalità e la formazione (Barron, 1998; Porcelli, 2013).

Il primo punto è costituito dalla *clinica*, intesa come osservazione di fenomeni all'interno di una relazione professionale. L'osservazione in quanto tale non è professionale: scambiare quattro chiacchiere con una persona in modo informale al bar, sia pure su seri problemi psicologici, non indica un'osservazione clinica. L'osservazione psicologica è clinica perché compiuta all'interno di una relazione professionale definita dal setting, ossia dal fatto che il paziente viene osservato in un luogo specificamente adibito al colloquio o al test, in un tempo preciso concordato e dietro un compenso per la prestazione laddove istituzionalmente previsto. La definizione del setting è un prerequisito fondamentale della diagnosi psicologica, un elemento necessario ma chiaramente non sufficiente poiché a sua volta si basa sul punto successivo.

Il secondo punto è costituito dalla *professionalità*. Il paziente chiede di essere osservato o viene inviato in osservazione a determinate condizioni perché la persona che fornisce il servizio (lo psicologo in quanto provider) ha acquisito una adeguata e specifica capacità che lo mette in grado di fornire il servizio. L'acquisizione delle capacità professionali non è di per sé sufficiente a fornire un servizio di

diagnosi psicologica poiché si basa sull'ulteriore successivo punto.

Il terzo punto è costituito dalla *formazione*, intesa non necessariamente e non semplicemente come una formazione di tipo strutturato, sul modello di quella psicoanalitica o cognitivista nell'area della psicoterapia. Per formazione intendo un processo di sviluppo nel tempo che consente l'integrazione attuale delle conoscenze di base del settore (come la laurea in psicologia), il training specifico per aree diagnostiche omogenee (ad esempio, il testing in età evolutiva o in neuropsicologia, i questionari multi-item e multi-tratto di personalità, il testing proiettivo), le supervisioni effettuate nelle varie aree tematiche del testing, le esperienze cliniche maturate sul campo, l'aggiornamento permanente che consente a ciascuno psicologo di selezionare il materiale testologico in base agli studi di affidabilità e validità che continuamente compaiono in letteratura. Senza questo processo integrato di formazione, non esiste professionalità nella diagnosi psicologica e, di conseguenza, non esiste neanche la capacità di effettuare un'osservazione clinica dotata di senso.

In questo lavoro, verranno esaminati 3 aspetti: (1) quali sono le evidenze scientifiche sulla valutazione (*assessment*) di personalità, (2) quanto la valutazione di personalità dipende da aspetti biologici e contesti ambientali, (3) quanto la valutazione di personalità dipende dalla natura delle fonti di informazione.

1. Le evidenze scientifiche della valutazione di personalità

È opportuno anzitutto distinguere fra testing, assessment e assessment di personalità. Il *testing* è un processo semplice in cui viene somministrata una specifica scala per ottenere un particolare punteggio a cui applicare successivamente un certo significato descrittivo in base ai riferimenti normativi e nomotetici. L'*assessment* è invece un processo complesso nel quale viene somministrato un gruppo di test i cui risultati vengono interpretati insieme ad altre fonti di informazione (anamnesi, informazioni dell'inviante, osservazione diretta, colloqui clinici), finalizzato ad una ampia ed adeguata comprensione del soggetto. L'*assessment di personalità* infine riguarda la descrizione e la spiegazione del modo in cui le persone percepiscono, pensano, vivono emotivamente e agiscono: una gamma di comportamento umano che va dalla percezione soggettiva alla predizione attuariale del comportamento. In poche parole, il *testing* viene fatto dallo strumento (test, scala, questionario, ecc) mentre l'*assessment* viene fatto dal clinico. L'*assessment di personalità*, a sua volta, è un processo che varia, dipende dai quesiti posti, dal soggetto testato, dalla formazione professionale e dal tempo che il clinico vi dedica, e da una miriade di altri fattori tali da

rendere praticamente impossibile ricondurlo a un insieme definito di regole e passaggi. Il senso di una valutazione è legato all'utilità di definire quelle caratteristiche della personalità che risultano rilevanti per prendere decisioni nei contesti più diversi, quali ad esempio quello clinico o forense. In un contesto clinico, per esempio, l'assessment risponde a quesiti su diagnosi differenziale e strategie di trattamento mentre in un contesto forense contribuisce a valutare la sanità o la capacità di intendere e di volere o di dare un contributo rispetto alle capacità genitoriali nelle cause d'affidamento (Abbate, 2009).

Valutare la personalità significa, da un certo punto di vista, riuscire a predire una determinata caratteristica o funzione psichica per mezzo di uno strumento caratterizzato da precisi standard psicometrici di affidabilità inter-osservatore (esaminatori esperti raggiungono un elevato accordo nell'assegnazione di indicatori quantitativi o qualitativi), validità di costrutto (lo strumento usato identifica correttamente il costrutto che si intende valutare), validità convergente e divergente (le indicazioni fornite identificano correttamente gli scopi per i quali lo strumento è ritenuto valido). Rispetto alla valutazione nelle scienze naturali, tuttavia, l'assessment delle funzioni di personalità non può avere una base di riferimento "normale" poiché la definizione di "normalità" in senso psicologico fa riferimento a contesti socio-culturali e non naturali. Come categoria, la "normalità" - che dovrebbe costituire il "punto zero" a partire dal quale valutare le deviazioni - può essere definita in almeno 3 modi distinti nelle scienze psicologiche che si basano su strutture di conoscenza differenti: a) ciò che è statisticamente comune o "nella media" in una popolazione; b) ciò che è parte del funzionamento adattivo di un organismo in un dato contesto ecologico; c) ciò che è normativamente prescritto o atteso in un particolare ambito sociale e culturale. Tutt'e tre le definizioni sono chiaramente dipendenti dal contesto e non possono essere definite se non all'interno di un determinato contesto (Kirmayer & Crafa, 2014). Questo aspetto critico è chiarito lucidamente nella concezione di Wakefield (2007, 2010) di diagnosi come "disfunzione dannosa" distinguendo una parte normativa del comportamento (comportamento disadattivo per l'individuo o componente di valore del "danno"), che dipende dalle norme e dal giudizio sociale, da una parte disfunzionale (perturbazione del funzionamento affettivo-cognitivo o componente fattuale), che riflette l'alterazione della funzione. Pertanto le funzioni di personalità necessarie per adattarci ad un determinato ambiente dipendono fondamentalmente da un lato dal contesto socio-culturale e dall'altro dalla traiettoria storica ed evolutiva di ciascun individuo.

Rimandando più avanti la discussione sul contesto ambientale e socio-culturale, la domanda da porsi è quindi su quali basi il clinico può predire (nel senso anglosassone di inferire un dato sotto specifiche condizioni) le funzioni di personalità di un determinato individuo? Identificare un sintomo, un disturbo, un tratto di personalità o un disturbo di personalità significa effettuare un processo di inferenza tramite il quale da un set di dati osservativi viene dedotta un'affermazione di livello più generale di carattere diagnostico. L'osservazione clinica di un fenomeno (per esempio, la tendenza a ridurre gli scambi interpersonali) è generalmente effettuata o mediante colloqui clinici o mediante

test psicologici (questionari o test). Dall'insieme delle osservazioni tramite colloqui o esami testologici si arriva alla conclusione sulla presenza di un sintomo (isolamento sociale), di un disturbo (fobia sociale), di un tratto di personalità (introversione sociale) o di un disturbo di personalità (disturbo evitante di personalità). Qual è il metodo migliore per effettuare inferenze più sicure? La tradizione nordamericana si basa maggiormente sull'uso di algoritmi statistico-matematici di trasformazione di dati di osservazione quantitativi che mettono a confronto il singolo soggetto con un campione di riferimento (approccio nomotetico). La tradizione europea, invece, si basa maggiormente su clinici esperti che trasformano dati qualitativi e fenomenologici che enfatizzano l'unicità e l'irriducibilità del singolo individuo (Fig. 1).

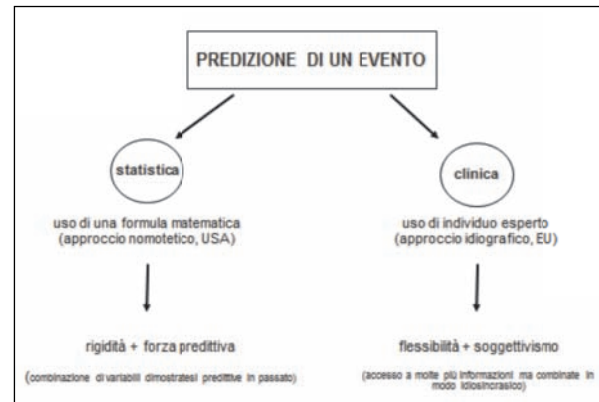


Fig. 1. Predizione scientifica

P. Meehl (1954), uno dei padri della psicometria contemporanea, era fermamente convinto che i metodi statistico-matematici fossero superiori ai giudizi clinici. Oggi si è molto più cauti anche in ambienti anglosassoni. Westen e Weinberger (2004) sottolineano i punti di forza e i limiti di entrambi gli approcci. Da un lato, il metodo statistico ha un'enorme forza predittiva data dalla combinazione di variabili che si sono dimostrate predittive in passato sotto differenti condizioni sperimentali, aspetto che costituisce specularmente la debolezza del metodo clinico in quanto soggettivo e non controllato. Dall'altro lato, il metodo statistico ha la sua maggiore debolezza nella sua rigidità, al contrario del metodo clinico il cui maggior punto di forza è proprio la sua grande flessibilità poiché il clinico ha accesso a molte informazioni contemporaneamente ed è in grado di ricombinarle sulla misura del singolo soggetto con la sua storia e i suoi aspetti idiopatici.

Tenendo conto che, come detto prima, il sintomo o il tratto di personalità è valutato dal *test* mentre la diagnosi è fatta dal *clinico* (AA.VV., 2009), è necessario mettere un punto fermo sulla capacità degli strumenti di *assessment* di personalità di identificare in modo attendibile i tratti di personalità che si propongono di valutare. Nel 1890 J. Cattell coniò il termine "test mentale" (Cattell, 1890), dopo aver visitato il primo laboratorio sperimentale di psicologia a Lipsia da Wundt (il quale non era però interessato alla valutazione delle differenze inter-individuali) e il laboratorio di Galton a Londra (che era invece molto interessato alle differenze fra gli individui). L'impulso maggiore allo svi-

luppo dell'*assessment* psicologico arrivò sostanzialmente nei periodi successivi alle due guerre mondiali, soprattutto negli USA per la selezione dei quadri dell'esercito e il problema della gestione dei veterani con quello che sarebbe diventato il PTSD. Dopo un lento declino dell'*assessment*, criticato negli anni '60-'70 da comportamentisti (non esiste la personalità) e da umanisti e psicoanalisti (gli individui non possono essere misurati) per ragioni opposte, oggi questa pratica è basata su solidi criteri clinici ed empirici, tanto che esistono ben 4 istituzioni negli USA espressamente dedicate all'*assessment*. Poiché per limiti di spazio non è possibile dar conto di tutto ciò che è noto per la validazione dell'*assessment*, mi limiterò a citare gli esempi più eclatanti.

Qualche anno fa, è stato pubblicato un articolo di review molto importante in cui sono state analizzate più di 125 meta-analisi sulla validità dei test psicologici effettuate su 800 campioni per centinaia di migliaia di soggetti (Meyer et al., 2001). Esaminando statisticamente la forza dell'associazione fra indici diagnostici e costrutti a cui si riferiscono (tecnicamente, *effect size*), sia in psicologia che in medicina, gli autori giungono alle seguenti conclusioni: 1) la validità dei test psicologici è empiricamente forte e convincente; 2) la validità dei test psicologici è paragonabile alla validità dei test biomedici in un range che va da correlazioni significative a correlazioni bassissime (vedi Tab.1); 3) test specifici per definiti aspetti psicologici forniscono informazioni uniche e non sostituibili con altre fonti; 4) la valutazione di personalità basata esclusivamente sul colloquio clinico è soggetta a scarsa validità diagnostica sul piano delle evidenze scientifiche.

Effect size molto bassi (<0.30)		
Metodo	Criterio	r
Ecografia di routine	Previsione di parto eutocico con successo	0.01
Bech Hopelessness Scale	Previsione di suicidio riuscito	0.08
Densitometria ossea	Rischio di frattura delle anche	0.25
PCL-R	Recidive criminali	0.28
Effect size moderati (0.30-0.50)		
Mammografia	Sviluppo di cancro a un anno	0.32
PCL-R	Previsione di comportamento violento	0.33
Rorschach	Criteri esterni coerenti con gli indici	0.35
MMPI	Diagnosi differenziale depressione/psicosi	0.37
MMPI	Criteri esterni coerenti con gli indici	0.38
SPECT con prova da sforzo	Diagnosi di coronaropatia	0.46
Effect size eccellenti (>0.50)		
RMN	Diagnosi di metastasi di cancro cervicale	0.55
WAIS	Criteri esterni coerenti con gli indici	0.57
ECG da sforzo	Diagnosi di coronaropatia	0.58
MMPI (scale di validità)	Simulazione di psicopatologia	0.74
Ecodoppler	Diagnosi di disturbi cardiovascolari	0.83

Tab. 1: Esempi di effect size fra indici diagnostici e costrutti di riferimento in psicologia e medicina (modificato da Meyer et al., 2001).

Per citare i test di personalità più usati nella pratica clinica (Rorschach e MMPI-2), le evidenze scientifiche della validità di scale e indici che li compongono è stata accertata in molti studi. Due lavori di meta-analisi e review di meta-analisi compendiano sostanzialmente la letteratura nota fino ad oggi. In un primo lavoro, Hiller e collaboratori (Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry, & Brunell-Neuleib, 1999) hanno messo a confronto oltre 250 studi specifici su MMPI/MMPI-2 e Rorschach (particolarmente con il metodo Rorschach ad oggi più validato scientificamente ed usato a livello internazionale, il Comprehensive System

(CS) di Exner). La validità media, in termini di *effect size*, dei due test è risultata sostanzialmente sovrapponibile (0.29 per il Rorschach CS e 0.30 per il MMPI/MMPI-2). È interessante notare che, specificando i costrutti distinti su cui si è valutato l'*effect size* dei due test, emerge che:

- a) il MMPI ha coefficienti di correlazione più alti (0.39) rispetto al Rorschach (0.20) – e quindi risulta essere più valido – per criteri esterni costituiti da diagnosi psichiatriche e scale auto-somministrate;
- b) il Rorschach ha coefficienti di correlazioni più alti (0.37) del MMPI (0.18) – e quindi risulta essere più valido – per criteri esterni costituiti da variabili oggettive di comportamento e valutazioni effettuate da terzi.

Alle stesse conclusioni è giunta la maggiore meta-analisi mai effettuata su un test di personalità, pubblicata da Mihura e collaboratori sul Rorschach CS (Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013). Esaminando 95 lavori, il Rorschach CS evidenzia un *effect size* corretto molto più elevato ($r = 0.27$) se il criterio esterno è costituito da valutazioni oggettive di comportamento rispetto a quanto si ottiene ($r = 0.08$) se è costituito da scale auto-somministrate. In particolare, degli oltre 70 indici di cui è composto il Rorschach CS, 13 hanno dimostrato un supporto empirico eccellente ($r > 0.33, p < 0.001$), 17 un supporto empirico buono ($r > 0.21, p < 0.05$) e solo 10 un supporto empirico modesto ($r < 0.15, p < 0.05$). Le variabili con maggior supporto empirico sono relative all'*assessment* dei processi cognitivi (come l'indice di psicosi *PTI*) mentre quelle meno supportate empiricamente sono quelle più rare (come la proiezione di colore, *CP*).

In conclusione, i test di personalità hanno una validità e un'affidabilità simile alle misure generalmente adottate in medicina e il loro uso va differenziato a seconda del problema da valutare. Se usati adeguatamente e con competenza, i test di personalità più diffusi in psicologia clinica (MMPI-2 e Rorschach Comprehensive System) consentono di ottenere informazioni valide e attendibili sui tratti e i problemi oggetto di valutazione.

2. Dipendenza della personalità da aspetti biologici e contesti ambientali

Vi sono dei limiti importanti nei test di personalità, al di là delle strette valutazioni psicometriche e oltre quanto discusso all'inizio sulla competenza professionale della diagnosi psicologica. Il primo è dato dal fatto che la personalità non è un oggetto temporalmente statico (ma si evolve nel corso dell'evoluzione individuale) e concettualmente definito. Come visto nell'Introduzione, la personalità è un insieme dinamico di interazione fra fattori biologici e socio-culturali, oltre che psicologici. In una parola, le funzioni psicologiche non esistono in astratto ma sono strutturalmente legate alle variabili biologiche e interpersonali. Nessuno strumento di *assessment* di personalità è oggi in grado di effettuare una valutazione integrata e complessiva di tutti i fattori implicati. In questa sezione, verranno discussi due aspetti per i quali vi sono solide evidenze empiriche e che non sono valutati nei test di personalità: i fattori biologici e le relazioni interpersonali.

In uno studio seminale che ha ricevuto oltre 3000 citazioni, Caspi et al. (2002) hanno seguito una coorte australiana di 1037 soggetti dalla nascita all'età di 26 anni, effettuando valutazioni multiple in media ogni 2 anni. L'ipotesi era quella di valutare i correlati evolutivi del comportamento antisociale ed hanno mirato principalmente a due fattori, entrambi determinanti in questo senso: il maltrattamento subito da bambini e il genotipo MAO-A, il gene della monoamino-ossidasi A locato nel cromosoma X, che metabolizza alcuni neurotrasmettitori implicati nel comportamento aggressivo inibendoli, fra cui noradrenalina, serotonina e dopamina. Il maltrattamento è stato valutato, con colloqui e test sui soggetti reclutati, i loro genitori e i loro insegnanti, dai 3 agli 11 anni, ed è risultato che due terzi del campione (64%) non ha subito alcuna forma di maltrattamento. All'età di 26 anni, è stato valutato poi il comportamento antisociale prendendo in considerazione 4 variabili: diagnosi di disturbo della condotta secondo il DSM-IV, condanne penali per crimini violenti, predisposizione all'aggressività effettuata con appositi test e disturbo di personalità antisociale effettuato interrogando persone vicine al soggetto. Come si evince benissimo dalla Fig. 2, presi isolatamente né il maltrattamento infantile né la bassa attività del gene MAO-A predicano il comportamento antisociale ma solo l'interazione fra bassa attività MAO-A e maltrattamento subito da bambini sono forti e significativi predittori del comportamento antisociale da adulto.

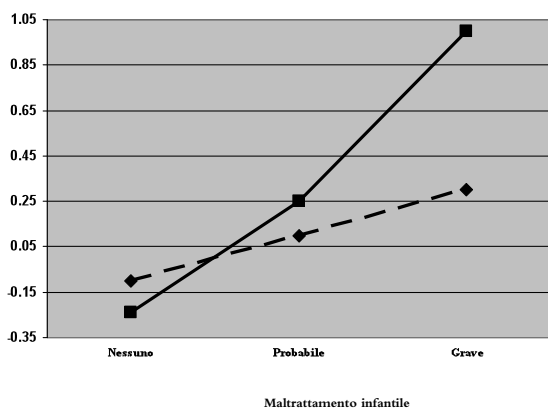


Fig. 2: Medie dell'indice composto di comportamento antisociale (punteggio z) a 26 anni in funzione dell'attività del gene MAOA e del maltrattamento infantile (modificato da Caspi et al., 2002)

Il peso dell'interazione fra maltrattamento infantile e correlati genetici sul comportamento antisociale adulto è stato successivamente studiato in molti altri studi longitudinali. Sostanzialmente tutti gli ulteriori studi hanno confermato i risultati del lavoro di Caspi e collaboratori del 2002. Per esempio, uno studio neozelandese effettuato su 1265 soggetti nati nel 1977 ha adottato un disegno di studio identico a quello di Caspi prima citato e ha trovato risultati identici: l'interazione fra bassa attività del gene MAO-A e abusi fisici e sessuali registrati in età infantile predicano il comportamento antisociale all'età di 30 anni, indipendentemente da come tale comportamento antisociale viene valutato (scale auto-somministrate, colloquio clinico, condanne penali) (Fergusson, Boden, Horwood, Miller, &

Kennedy, 2011). Risultato identico è stato ottenuto anche da uno studio effettuato su 209 neonati inglesi di giovani madri (età media 26 anni) in un ambiente sociale povero (Hill, Breen, Quinn, Tibu, Sharp, & Pickles, 2011; Pickles et al., 2013) su fattori meno *hard* rispetto agli indici obiettivi di abuso fisico e sessuale come l'ambiente sociale prossimo al bambino e la sensibilità materna ai bisogni del figlio. In questo caso, la predizione di comportamento aggressivo all'età di 5 e 14 anni è stata determinata dall'interazione del genotipo MAO-A con la privazione sociale (livello salariale della famiglia, tipo di lavoro dei genitori, salute fisica del bambino, qualità dell'istruzione scolastica, qualità dell'ambiente di vita e comportamenti penalmente rilevanti dei genitori) e con l'attenzione della madre ai segnali comunicativi del figlio durante il gioco libero fra i due. Infine, uno studio USA su 720 famiglie ha valutato il comportamento antisociale dei figli (9-18 anni) con l'ambiente condiviso (convivenza familiare di fratelli in famiglie consanguinee), non-condiviso (fratelli e gemelli mono/eterozigoti in famiglie adottive) e genetico (gemelli monozigotici in famiglie consanguinee) (Feinberg, Button, Neiderhiser, Reiss, & Hetherington, 2007). Il livello di interazione familiare è stato valutato con un gradiente che andava da negativo (5 scale più osservazioni dirette) a caloroso (3 scale più osservazioni dirette). Il risultato è stato anche stavolta chiarissimo: all'aumentare della *Parental Negativity* aumentava anche l'influenza dei 3 fattori mentre all'aumentare della *Parental Warmth* si annullava l'influenza dei fattori genetici ed aumentava quella dei fattori familiari condivisi.

Come indicato da quasi tutti i modelli teorici sulla formazione della personalità, *in primis* il modello dell'attaccamento, e come è anche intuitivo, la personalità è largamente determinata dai fattori evolutivi precoci, per cui si comprende benissimo l'importanza degli elementi tanto protettivi quanto traumatici sulle funzioni psichiche in età adulta. Ciò che però è meno noto e meno scontato è quanto queste relazioni interagiscano con i fattori biologici i quali restano al di fuori del campo di *assessment* di personalità. Fra i fattori biologici, quelli genetici iniziano da una decina d'anni ad essere indagati in modo più sistematico, come evidenziato dagli studi *GxE* (*Gene-Environment*) sopra menzionati come esempio fra i tanti. L'interazione *GxE* ha effetti di lungo periodo che non si limitano alla semplice predisposizione genetica ma comporta modificazioni sia funzionali che strutturali sulle funzioni cerebrali che a loro volta influiscono su personalità e comportamento (Bottaccioli, 2014). Alcuni studi hanno chiaramente evidenziato "ferite limbiche" (*limbic scars*) in pazienti adulti con esperienze di maltrattamento infantile, fra cui principalmente iper-responsività funzionale dell'amigdala (responsabile dell'elaborazione rapida e pre-cognitiva degli stimoli di pericolo) e riduzione strutturale del volume dell'ippocampo (essenziale nella formazione di nuovi ricordi che consentono la ristrutturazione cognitiva delle memorie traumatiche) (Dannowski et al., 2012; Hosang, Shiles, Tansey, McGuffin, & Uher, 2014). Recentemente, è stato pubblicato uno studio longitudinale su 59 soggetti con età media di 22 anni i quali erano stati valutati con la *Strange Situation* all'età di 18 mesi e la metà dei quali aveva avuto una madre con depressione post-partum. È stato verificato un effetto maggiore dell'attaccamento insicuro (maggiormente di tipo evitante) sull'allargamento del volume dell'amigdala in que-

sti soggetti, dopo aver controllato l'effetto per una serie di variabili confondenti (depressione materna, durata della depressione materna, livelli di depressione dei soggetti, ecc) (Moutsiana et al, 2014). Le interazioni $G \times E$ non hanno influenza solo sulle modificazioni cerebrali ma possono influire sui meccanismi epigenetici (cambiamenti nell'espressione genica non causate da mutazioni genetiche e che possono essere ereditabili). È stato per esempio dimostrato di recente su topi di laboratorio (Gapp et al, 2014) che il comportamento di depressione viene "passato" trans-generazionalmente dall'animale separato precocemente dalla madre alla propria progenie, come si evince sia dal comportamento dei figli che dall'esame dell'RNA nello sperma dell'animale traumatizzato.

In conclusione, fattori non-psicologici di tipo biologico, relazionale ed evolutivo (interazioni epigenetiche, modelli relazionali precoci, conseguenti modificazioni funzionali e strutturali delle strutture cerebrali, ecc.) influenzano in modo sostanziale le funzioni di personalità ma la loro valutazione non è al momento integrabile in modo coerente nell'*assessment* di personalità.

3. Dipendenza dell'*assessment* di personalità dalle fonti di informazione

Tradizionalmente, i test di personalità sono stati suddivisi dicotomicamente in *oggettivi* (es. MMPI) e *proiettivi* (es. Rorschach). Per tantissime ragioni, questa suddivisione è ritenuta oggi obsoleta e sbagliata. Per esempio, di "oggettivo" nel MMPI c'è semplicemente il fatto che lo stimolo è costituito da una frase mentre tutto il resto è dovuto al modo in cui il soggetto *interpreta* il contenuto e il senso dell'item. Allo stesso modo, nel Rorschach gli elementi proiettivi intervengono in modo non sostanziale nel processo di risposta basato fondamentalmente su un *problem solving* di natura percettivo-cognitiva (Exner, 1989; Exner, Porcelli, & Appoggetti, 2002). Una suddivisione dei test di personalità più adeguata e razionale si basa non tanto sulle caratteristiche dello stimolo ma sui processi psicologici attivati durante l'esecuzione del test (Meyer & Kurtz, 2006): fornire informazioni esplicite su di sé (scale auto-somministrate come il MMPI-2), fornire informazioni sul soggetto da parte di terzi informati (test valutati dal partner o dal clinico), fornire informazioni implicite sulle funzioni psicologiche mediante compiti strutturati (test *performance-based* come il Rorschach), fornire informazioni implicite sulle funzioni psicologiche mediante compiti non strutturati (test proiettivi non strutturati come il TAT).

Non si tratta di stilare una classificazione dei test di personalità in questa sede ma puntualizzare come *le informazioni ottenute con l'assessment di personalità sono largamente dipendenti dalla natura delle fonti di informazione*. Infatti, nei test auto-somministrati come il MMPI-2, il soggetto deve "filtrare" il contenuto degli item in base alla consapevolezza esplicita di sé (ossia all'immagine consapevole di sé) e contemporaneamente decidere se, in base al contesto dell'*assessment* (per esempio, accertamento diagnostico in un setting clinico o contesto peritale per affidamento minori o richiesta danni), è meglio rispondere onestamente oppure presentarsi in modo più "sano" o più "patologico" (Abbate, 2009; Abbate

& Roma, 2014). Al contrario, in un test *performance-based* come il Rorschach, il soggetto si trova di fronte a stimoli che possono essere interpretati in tanti modi, la maggior parte dei quali è sconosciuto al soggetto; deve rivolgere la propria attenzione verso l'esterno (lo stimolo ambiguo) e non verso l'interno (consapevolezza di sé e dei motivi dell'*assessment*); deve attribuire dei significati agli stimoli in base alle proprietà della figura (tavola di Rorschach); e infine deve scegliere quale risposta potenziale può fornire e quale invece scartare e non fornire verbalmente (Bornstein, 2010). Due esempi tratti dalla letteratura possono aiutare a comprendere quanto la natura del test e dalla predisposizione del soggetto influenzino radicalmente la direzione delle informazioni diagnostiche di personalità. Uno studio israeliano (Berant, Newborn, & Orgler, 2008) ha preliminarmente valutato la disponibilità a parlare liberamente di sé senza atteggiamenti difensivi o manipolazioni in positivo o negativo dell'immagine di sé (valutati con il *Self Disclosure Questionnaire*), dividendo i soggetti in *high* e *low self-disclosure*, e poi valutato suicidalità, depressione e solitudine con scale auto-somministrate (*Suicide Risk Scale*, *Beck Depression Inventory* e *UCLA Loneliness Scale*) e Rorschach CS (*S-CON*, *DEPI* e *Isolation Index*). I risultati sono stati poco convergenti fra loro a indici appaiati per costruito ma altamente mediati dalla *self disclosure*: i soggetti nel gruppo *high self-disclosure* hanno ottenuto punteggi più alti agli indici Rorschach mentre i soggetti nel gruppo *low self-disclosure* hanno ottenuto punteggi più bassi alle scale auto-somministrate. Bornstein (2007) ha dimostrato in modo limpido e lineare che l'identificazione dei tratti di personalità dipendente è dovuta all'interazione fra tipo di informazione (*self-report* o *performance-based*) e struttura di personalità del soggetto: individui con disturbo dipendente di personalità secondo il DSM-IV ottengono punteggi elevati sia a un test auto-somministrato (*Interpersonal Dependency Inventory*, IDI) che all'indice Rorschach di dipendenza (*Rorschach Oral Dependency*, ROD) mentre individui con disturbo istrionico di personalità ottengono punteggi di dipendenza interpersonale molto alti alla scala *performance-based* ROD ma molto bassi alla scala auto-somministrata IDI.

La differente natura delle fonti di informazione e il differente processo psicologico attivato per effettuare una prova di *assessment* è alla base di due risultati importanti per avere la corretta consapevolezza professionale sull'uso dei test di personalità, risultati su cui c'è un fondamentale consenso nella comunità scientifica. Il primo risultato è caratterizzato dal fatto che il grado di concordanza fra misure di natura diversa sullo stesso costruito di personalità è basso (coefficienti di correlazione fra 0.10 e 0.30).

Costrutto	Fonti di valutazione	r
Prova di memoria	Auto-valutazione vs test cognitivo	0.13
Rendimento lavorativo	Auto-valutazione vs lavoratore subordinato	0.14
Disturbi comportamentali (adolescenti)	Auto-valutazione vs clinico	0.14
Caratteristiche di personalità	Auto-valutazione vs terzo informato	0.16
Disturbo di personalità (Asse II DSM-IV)	Auto-valutazione vs clinico	0.18
Rendimento lavorativo	Auto-valutazione vs collega	0.19
Disturbi comportamentali (adolescenti)	Auto-valutazione vs insegnante	0.21
Tratti di personalità	Auto-valutazione vs coniuge	0.29
Disturbi comportamentali (adolescenti)	Genitore vs insegnante	0.29
Disturbi comportamentali (adolescenti)	Genitori vs clinico	0.34

Tab. 2: Esempi di correlazione fra differenti fonti di informazioni sullo stesso costrutto (modificato da Meyer et al., 2001).

Come si vede nella Tabella 2, per una grande quantità di costrutti (memoria, rendimento sul lavoro, problemi di adolescenti, tratti e disturbi di personalità, ecc.), il livello di convergenza fra osservatori diversi (se stessi, insegnanti, clinici, genitori, colleghi, coniuge, ecc.) è nella maggior parte dei casi al di sotto della soglia convenzionale ($r > 0.30$) di forza dell'associazione. È bene tener presente che questo non è un problema esclusivamente della psicologia clinica e dell'assessment di personalità ma della valutazione *tout court*. Una situazione identica è presente anche in altri settori della clinica, come la valutazione degli esiti degli interventi. Per esempio, in una meta-analisi su 48 studi clinici sulla depressione maggiore è stato osservato che l'associazione fra esito del trattamento e sintomi è più bassa se la valutazione è stata fatta con scale *self-report* rispetto a quella basata su scale valutate dal clinico (*clinician-rated*), per cui le due tipologie di strumenti non misurano la stessa cosa: o le scale *self-report* sono più conservative o quelle *clinician-rated* sono più sensibili al cambiamento o sono vere entrambe le ipotesi (Cuijpers, Li, Hofmann, & Andersson, 2010). In un altro settore (psico-oncologia), uno studio sudcoreano ha mostrato un disaccordo nel 47% dei casi fra medici e pazienti sulla valutazione del *performance status* di 111 pazienti oncologici se questi ultimi avevano anche un punteggio di depressione elevato (Jeon et al., 2007).

Questo aspetto spiega infine le basse correlazioni (tipicamente nel range 0.20-0.30) fra MMPI-2 e Rorschach (Archer & Krishnamurthy, 1993; Ganellen, 1996). Una chiave importante per comprendere e utilizzare correttamente i due test di personalità sta nel *non* confrontare gli indici sulla base delle etichette (un indice di depressione di due test diversi può valutare cose completamente differenti, nonostante il titolo contenga la stessa parola "depressione") ma lo stile di risposta ai due test (Meyer, 1996, 1997). Lo stile di risposta si valuta considerando il cosiddetto *primo fattore* (primo predittore che spiega la maggior parte della varianza dei punteggi complessivi del test all'analisi della componente principale) che nel caso del MMPI-2 è dato dalla scala A di Welsh e nel caso del Rorschach CS dagli indici R e Lambda. Indici omologhi di depressione e psicosi del MMPI-2 (scala 2, scala 7, DEP e PSY-5-NEG per la depressione e scala 8, BIZ e PSY-5-PSY per la psicosi) e del Rorschach CS (DEPI e S-CON per la depressione e PTI e SCZI per la psicosi) sono molto differenti (ossia le correlazioni sono bassissime o nulle) se gli stili di risposta sono

differenti. Al contrario, gli indici diagnostici sono altamente concordanti se gli stili di risposta sono identici nei due test. In altre parole, MMPI-2 e Rorschach hanno punti di forza e di debolezza importanti (vedi Tabella 3): entrambi sono diagnosticamente molto importanti poiché *obbligano lo psicologo clinico a ragionare sui risultati*, a spiegare le concordanze e le discordanze e quindi a effettuare l'assessment in modo integrato e razionale, e non semplicemente meccanico.

	MMPI	RORSCHACH
Fonte di informazione	<ul style="list-style-type: none"> Elevata <i>face validity</i> Informazioni esplicite dipendenti dall'auto-consapevolezza e dalla volontà di parlare onestamente di sé 	<ul style="list-style-type: none"> Nessuna <i>face validity</i> Informazioni implicite su meccanismi e funzioni psicologiche inconsapevoli
Forza	<ul style="list-style-type: none"> Informazioni specifiche e rapide sui sintomi Auto-descrizione dalla propria prospettiva (introspezione) 	<ul style="list-style-type: none"> Dimostrazione comportamentale della personalità Informazioni non disponibili e non manipolabili dal paziente
Limiti	<ul style="list-style-type: none"> Comprensione degli item e identici incoraggi delle risposte del test Onestà del paziente (auto-presentazione conscia e inconscia) 	<ul style="list-style-type: none"> Capacità di verbalizzare le percezioni Sufficiente impegno (volontà di verbalizzare)
Predizioni	<ul style="list-style-type: none"> Comportamenti espliciti Diagnosi DSM Caratteristiche auto-attribuite Risposte ad altri <i>self-report</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Comportamenti spontanei Difese e coping Caratteristiche implicite Stile cognitivo

Tab. 3: Confronto fra MMPI-2 e test di Rorschach.

Conclusioni

C'è una differenza fondamentale fra *testing* e *assessment*. Il *testing* è un processo di semplice decodificazione di un punteggio mentre l'*assessment* di personalità è un processo cognitivo complesso che viene effettuato dal clinico, e non dal test. Le caratteristiche di base dell'*assessment* sono costituite pertanto dal setting clinico, dalla professionalità dell'operatore e dalla formazione generale e specifica sul test dello psicologo clinico.

Se usati adeguatamente, i test di personalità sono associati in termini di *effect size* ai relativi costrutti in modo simile alle misure generalmente adottate in medicina, con un range che va da correlazioni bassissime a correlazioni significative.

La valutazione scientifica della personalità dipende largamente da almeno due aspetti che ne costituiscono al tempo stesso un limite e un'opportunità. Uno è rappresentato da fattori non psicologici (neurobiologici, epigenetici, relazionali) che influenzano le funzioni di personalità ma non sono adeguatamente integrate nell'*assessment*. Il secondo è rappresentato dall'eterogeneità delle fonti di informazioni che possono fornire dati completamente differenti sugli stessi costrutti e che quindi necessitano di un'operazione logica di integrazione cognitivamente attiva da parte dello psicologo clinico.

Bibliografia

- AA.VV. (2009). Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica. Ordine Nazionale degli Psicologi. Retrieved November 10, 2014 from http://www.psy.it/allegati/parere_diagnosi.pdf
- Abbate, L. (2009). Testing psicologico e assessment diagnostico. In Dazzi, N., Lingiardi, V. & Gazzillo, F. (Ed.). *La diagnosi in psicologia clinica* (pp. 243-254). Milano: Raffaello Cortina.

- Abbate, L., & Roma, P. (2014). *MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Archer, R.P. & Krishnamurthy, R. (1993). Combining the Rorschach and the MMPI in the assessment of adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 60, 132-140.
- Barron, J. (Ed.) (1998). *Making diagnosis meaningful. Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Berant, E., Newborn, M., & Orgler, S. (2008). Convergence of self-report scales and Rorschach indexes of psychological distress: The moderating role of self-disclosure. *Journal of Personality Assessment*, 91, 365-372.
- Bornstein, R.F. (2007). Might the Rorschach be a projective test after all? Social projection of an undesired trait alters Rorschach Oral Dependency scores. *Journal of Personality Assessment*, 88, 354-367.
- Bottaccioli, F. (2014). *Epigenetica e psico-neuro-endocrino-immunologia*. Milano: Edra.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Cattell, J. (1890). Mental tests and measurements. *Mind*, 15, 373-381.
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S.G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 768-78.
- Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., et al. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 71, 286-293.
- Exner, J.E. (1989). Searching for projection in the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 53, 520-536.
- Exner, J.E., Porcelli, P., & Appoggetti, P. (Eds.). (2002). *Il test di Rorschach secondo il sistema di Exner*. Trento: Erickson.
- Feinberg, M.E., Button, T.M., Neiderhiser, J.M., Reiss, D., & Hetherington, E.M. (2007). Parenting and adolescent antisocial behavior and depression: evidence of genotype x parenting environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 64, 457-465.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J., Miller, A.L., & Kennedy, M.A. (2011). MAOA, abuse exposure and antisocial behaviour: 30-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 198, 457-463.
- Ganellen, R.J. (1996). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in personality assessment*. New York: Routledge.
- Gapp, K., Jawaid, A., Sarkies, P., Bohacek, J., Pelczar, P., Prados, J., et al. (2014). Implication of sperm RNAs in transgenerational inheritance of the effects of early trauma in mice. *Nature Neuroscience*, 17, 667-669.
- Hill, J., Breen, G., Quinn, J., Tibu, F., Sharp, H., & Pickles, A. (2011). Evidence for interplay between genes and maternal stress in utero: monoamine oxidase A polymorphism moderates effects of life events during pregnancy on infant negative emotionality at 5 weeks. *Genes Brain and Behavior*, 12, 388-396.
- Hiller, J.B., Rosenthal, R., Bornstein, R.F., Berry, D.T.R., & Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, 11, 278-296.
- Hosang, G.M., Shiles, C., Tansey, K.E., McGuffin, P., & Uher, R. (2014). Interaction between stress and the BDNF Val66Met polymorphism in depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine* 12, 7. doi: 10.1186/1741-7015-12-7.
- Jeon, H.J., Shim, E.J., Shin, Y.W., Oh, D.Y., Im, S.A., et al. (2007). Discrepancies in performance status scores as determined by cancer patients and oncologists: are they influenced by depression? *General Hospital Psychiatry*, 29, 555-561.
- Kirmayer, L.J. & Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 435. doi: 10.3389/fnhum.2014.00435.
- Lingiardi, V. & Gazzillo, F. (Ed.). (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Maloney, M.P. & Ward, M.P. (1976). *Psychological Assessment: a conceptual approach*. New York: Oxford University Press.
- Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Meyer, G.J. & Kurtz, J.E. (2006). Advancing personality assessment terminology: Time to retire "objective" and "projective" as personality test descriptors. *Journal of Personality Assessment*, 87, 223-225.
- Meyer, G.J. (1996). The Rorschach and MMPI: Toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. *Journal of Personality Assessment*, 67, 558-578.
- Meyer, G.J. (1997). On the integration of personality assessment methods: The Rorschach and MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 68, 297-330.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Mihura, J.L., Meyer, G.J., Dumistrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: systematic reviews and meta-analyses of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin*, 139, 548-605.
- Moutsiana, C., Johnstone, T., Murray, L., Fearon, P., Cooper, P.J., Platsikas, C., et al. (2014). Insecure attachment during infancy predicts greater amygdala volumes in early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (in press). doi: 10.1111/jcpp.12317.
- Pickles, A., Hill, J., Breen, G., Quinn, J., Abbott, K., Jones, H., et al. (2013). Evidence for interplay between genes and parenting on infant temperament in the first year of life: monoamine oxidase A polymorphism moderates effects of maternal sensitivity on infant anger proneness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1308-1317.
- Porcelli, P. (2013). La competenza della diagnosi psicologica. Laboratorio Romano di Psicodiagnostica. Retrieved December 14, 2014, from <http://www.laboratorioromanopsicodiagnostica.it/la-competenza-della-diagnosi-psicologica/> Psychoanalytic theory as a unifying framework for 21st century personality assessment. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 133-152.
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6, 149.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 337-351.
- Westen, D. & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595-613.