La valutazione della gravità dei Disturbi di Personalità nei servizi psichiatrici

De Panfilis Chiara[1*], Ruju Luca[2], Pelosi Annalisa[3], Riccardi Silvia[4], per il Gruppo di lavoro Dipartimentale per i Disturbi di Personalità del DAI-SMDP di Parma[5]

Appartenenza:

1 Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Psichiatria, Università di Parma; UOC Servizi Psichiatrici Ospedalieri a direzione universitaria, DAI-SMDP, AUSL Parma

2 Centro di Salute Mentale di Fidenza, DAI-SMDP, AUSL Parma

3 Dipartimento di Neuroscienze, Unità di Psicologia, Università di Parma

4 Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

5 Ampollini Paolo, Breviario Giancarlo, Cero Sara, Codeluppi Silvia, De Ferri Alberto, De Panfilis Chiara, Miglioli Maristella, Mistrali Antonella, Rizzi Mira, Ruju Luca

*Corrispondenza:

Ospedale Maggiore, pad. 21 Braga, viale A. Gramsci 14, 43126 Parma;

tel. +390521903594; email: **chiara.depanfilis@unipr.it**

inviato il 16.4.2015 rivisto il 29.4.2015 accettato il 18.5.2015

Abstract

The Emilia-Romagna Regional Guidances for Severe Personality Disorders (SPD) posit that PD "severity" determines patients' eligibility for dedicated programs for PD within the Departments of Mental Health and Pathological Dependencies (DMH-PD). This study evaluate the reliability and validity of a clinician-rated scale assessing the severity of personality functioning (the RUDE Scale for Personality Dysfunction), aimed at providing a reliable indicator of PD severity to be employed in professionals' daily practice within the DMH-PD.

For this aim, we adapted the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale (LPFS) by implementing its anchor points with fine-grained clinical descriptions drawn from the Structured Interview for Personality Organization (STIPO). Thus, the RUDE includes the 4 LPFS scales (Identity, Self-Direction, Empathy, and Intimacy), each articulated along five levels of dysfunction (0-4) illustrated by detailed prototypical descriptions. The RUDE total score ranges from 0 to 16.

Data were collected from 65 clinicians of Parma DMH-DP who provided diagnostic information on two of their patients. A RUDE rating equal or greater than 7 demonstrated 90% sensitivity and specificity for a DSM-IV clinical diagnosis of PD. Further data collection regarding RUDE construct validity is still ongoing across Emilia-Romagna DMH-DP. Convergent validity was established in a subsample of 30 patients using independent ratings on the STIPO, the SCID-II and the Global Assessment of Functioning scale. Content validity was demonstrated by a significant Lawshe's index on "relevance ratings" obtained, for each RUDE item, by 9 national experts on PD.

These results suggest that the RUDE represents a valuable instrument to assess the severity of personality dysfuction within DMH-PD. In addition, the RUDE might help mental health professionals to develop a shared view of PD as intra-psychic disorders that foster impairment in the self and interpersonal domains, rather than as "pathologies of behavior".

Riassunto

Le Linee di Indirizzo per i Gravi Disturbi di Personalità (GDP) della Regione Emilia Romagna identificano nella "gravità" del DP il criterio di eleggibilità per i trattamenti dedicati per DP all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP). Questo studio valuta quindi l'affidabilità e validità di una rating scale per la gravità del disfunzionamento della personalità (RUDE), da compilarsi da parte del clinico ed atta a fornire un indicatore di gravità di DP di agevole impiego nella pratica clinica dei servizi.

La RUDE rappresenta un adattamento della Scala dei Livelli di Funzionamento della Personalità del DSM-5, che è stata implementata con le descrizioni cliniche tratte dalla Intervista Strutturata per l'Organizzazione di Personalità (STIPO). Come tale, la RUDE comprende quindi 4 sottoscale (Identità, Autodirezionalità, Intimità ed Empatia), ognuna articolata in 5 livelli di disfunzionamento in tali aree (0-4), cui corrispondono specifiche descrizioni cliniche. Il punteggio totale RUDE può pertanto variare da 0 a 16.

I dati raccolti da 65 clinici del DSM-DP di Parma su 130 pazienti indicano che un valore RUDE≥7 mostra sensibilità e specificità del 90% rispetto ad una diagnosi clinica di DP. La raccolta dati per confermare la validità di costrutto della RUDE è ancora in corso in Emilia-Romagna. In un sottogruppo di 30 pazienti la RUDE ha mostrato correlazioni significative con misure convergenti di DP (SCID-II, STIPO e VGF). Infine,i giudizi di rilevanza ottenuti da 9 giudici esperti a livello nazionale hanno permesso di stabilirne la validità di contenuto.

Questi risultati indicano che la RUDE costituisce un utile strumento per la valutazione del disfunzionamento della personalità nei DSM-DP. Infine, la RUDE può contribuire a promuovere, nei servizi psichiatrici, una comprensione dei DP come patologia del funzionamento intrapsichico che si manifesta in disturbi nell'area del sé e delle relazioni interpersonali, piuttosto che come "devianza" comportamentale.

Introduzione

Le Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità (GDP), pubblicate nel 2013, hanno esplicitato -per la prima volta in Italia- la necessità che i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) offrano programmi di trattamento dedicati, evidence-based ed integrati per gli utenti affetti da GDP (1).

Recependo le indicazioni regionali, il DSM-DP di Parma ha costituito un gruppo di lavoro sui GDP, con il compito di promuovere l'applicazione delle linee di indirizzo nel contesto di cura locale. E' parso importante concentrarsi in primis sulla definizione di "gravità" di DP, dal momento che è tale caratteristica ad identificare gli utenti eleggibili ad un programma specifico per i DP all'interno dei DSM-DP regionali. Sembrava dunque imprescindibile dotare gli operatori dei servizi di uno strumento condiviso atto a valutare la gravità dei DP, che fosse di agevole uso nella pratica clinica quotidiana, ma allo stesso tempo attento a recepire le indicazioni regionali, che enfatizzano la necessità di considerare "l'eleggibilità per i trattamenti erogati dal DSM – DP in favore di pazienti con Disturbo di Personalità" sulla base del "quadro

psichico (alterazione del funzionamento mentale)" e della "importanza della menomazione e/o disabilità socio-relazionale" piuttosto che sulla base delle "condotte abnormi" che "invece…non hanno valore diagnostico".

Coerentemente a tale prospettiva, ad oggi le evidenze empiriche concordano nell'indicare come la caratteristica nucleare dei DP sia la compromissione nelle aree del Sé e delle Relazioni Interpersonali, che si declina in diversi livelli di gravità/disfunzionamento della personalità (2-5). La Sezione III del DSM-5 include, a tale proposito, la Scala dei Livelli di Funzionamento della Personalità (Level of Personality Functioning Scale, LPFS), una rating-scale da compilarsi da parte del clinico sulla base della propria conoscenza del paziente, suddivisa appunto in 2 macroaree di potenziale disfunzionamento della personalità: area del "Sè" (che include le sottoscale Identità e Autodirezionalità) e area "Interpersonale" (che include le sottoscale Empatia e Intimità). Ognuna delle sottoscale LPFS fornisce "anchor points" che descrivono le caratteristiche di 5 diversi livelli di disfunzionamento (da 0=nessuno/minimo, a 4=estremo/gravissimo). Gli studi di validazione nordamericani (6) hanno dimostrato che la LPFS fornisce un indicatore della gravità dei DP significativamente correlato alle valutazioni dei clinici circa diagnosi, disfunzionamento psico-sociale, prognosi e livello di intensità di cure degli utenti con DP. Tuttavia, dalle discussioni condotte all'interno del gruppo di lavoro dipartimentale sui gravi DP del DSM-DP di Parma è emerso che le descrizioni dei vari livelli di gravità della LPFS sembravano utilizzare una terminologia piuttosto vaga, che ne avrebbe inficiato l'applicabilità nella pratica quotidiana dei servizi. Ad esempio, termini poco descrittivi come "Sé", "confini interpersonali", "standard interni di comportamento", in assenza di precise esemplificazioni per ogni livello, potrebbero rendere ardua un'assegnazione precisa dei punteggi LPFS da parte dell'operatore.

Si è quindi pensato di "implementare" la struttura della LPFS con descrizioni prototipiche più dettagliate, per ogni livello di disfunzionamento delle 4 sottoscale. A tale scopo si è fatto ricorso alle esaustive descrizioni della patologia di personalità fornite dalla Structured Interview of Personality Organization (STIPO) (7,8). La STIPO è una intervista semistrutturata ideata sul modello del colloquio strutturale di Kernberg. La sua somministrazione prevede un training specifico e lunghi tempi di intervista (almeno 2 ore), che ne pregiudicano l'impiego su larga scala come strumento di screening. Tuttavia, la STIPO include al suo interno descrizioni articolate ed esaustive dei possibili livelli di gravità/disfunzionamento nelle aree della identità, relazioni oggettuali, difese primitive, aggressività, mostrando sostanziali overlap concettuali con la LPFS (la quale deve infatti alla teoria delle relazioni oggettuali la concettualizzazione della patologia di personalità come disturbo nel concetto di sé e delle relazioni interpersonali).

Pertanto, nel corso del 2013 il Gruppo Dipartimentale di Parma per i GDP ha sviluppato una rating-scale "ibrida" LPFS+elementi descrittivi della STIPO (la Scala RUDE per il Disfunzionamento della Personalità).

Le versioni preliminari della rating scale sono state estensivamente pilotate nel DSM-DP di Parma ed in seguito revisionate a partire dal feedback degli operatori coinvolti, fino ad arrivare alla struttura finale della RUDE, che comprende, in analogia alla LPFS, le 4 sottoscale Identità, Autodirezionalità, Intimità ed Empatia, più due sottoscale in Appendice (Investimento e Senso Etico), mutuate dalle descrizioni STIPO di tali domini e motivate dall'importanza della valutazione, anche ai fini della prognosi e della eleggibilità al trattamento, del grado di compromissione socio-lavorativa e dei comportamenti antisociali. Ogni sottoscala è, al pari della LPFS, articolata in 5 livelli di gravità/disfunzionamento (da 0=assente a 4=gravissimo). Ad ogni livello corrispondono due brevi ma dettagliate descrizioni prototipiche. Un esempio di tali item "ibridi" per la scala Identità, paragonati alle descrizioni LPFS e STIPO, è fornito nella tabella in Appendice.

La somma dei punteggi alle sottoscale principali (punteggio RUDE totale: range 0-16) doveva essere in grado, nell'intenzione degli adattatori della scala, di fornire un punteggio globale di gravità che potesse servire come indicatore di inclusione/esclusione rispetto ai programmi dipartimentali per GDP. Tale indicatore deve dunque essere in grado di "catturare" sia una diagnosi clinica di DP sia costrutti realmente rilevanti al core della patologia di personalità.

A tale scopo è stato avviato uno studio per valutare la consistenza interna, affidabilità test-retest e le validità di costrutto, convergente e di contenuto nonché la applicabilità nei servizi della RUDE. Il presente contributo ne riporta i primi risultati.

Materiali e Metodi

Consistenza interna e validità di costrutto della RUDE

Nel periodo novembre 2013-febbraio 2014 i componenti del gruppo di lavoro sui DP del DAI-SMDP di Parma hanno chiesto a diversi professionisti della salute mentale dei vari servizi di appartenenza del DSM-DP, reclutati in modo random, di fornire informazioni cliniche ed i punteggi RUDE su due loro pazienti, uno con diagnosi clinica di DP e l'altro senza. Il gruppo dei professionisti che ha aderito allo studio (n=65) era composto per il 49.2% da specialisti psichiatri, per il 10.8% da psicologi psicoterapeuti e per il 40% da medici in formazione specialistica psichiatrica e psicologi specializzandi in psicoterapia. I pazienti descritti erano in trattamento presso Centri di Salute Mentale (CSM: 19.2%), Servizi per le Tossicodipendenze (SerT: 23.1%), Servizi Psichiatrici Ospedalieri (38.5%), l'Ospedale Privato Accreditato "Villa Maria Luigia" (6.2%), Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA: 3.8%) e specialisti privati (4.6%). Ai clinici è stato chiesto di fornire, per ognuno dei pazienti, alcune notizie demografiche (sesso, età), una diagnosi descrittiva di Asse I e II secondo il DSM-IV-TR ed i punteggi RUDE. Le istruzioni per la compilazione della RUDE raccomandavano una sufficiente conoscenza del paziente e, dove possibile, l'utilizzo di fonti di informazione anche diverse dal paziente stesso.

I pazienti così identificati (n=130, 54 maschi, 74 femmine, 2 missing; età media 40±15.1 anni) erano quindi classificati dal giudizio del clinico come affetti da un DP (n1=65) e senza DP (n2=65): i due gruppi non differivano per sesso, ma il primo era leggermente più giovane (37.5±13.8 vs 42.7±16, p=.05). La distribuzione dei Disturbi di Asse I nel campione totale comprendeva Disturbi dell'Umore (27.7%), Disturbi da Dipendenza da Sostanze (14.6%), Disturbi d'Ansia (10%), Disturbi Psicotici (7.7%), Disturbi da Abuso di Sostanze (6.9%), Disturbi dell'Alimentazione (6.2%) e Disturbi del Controllo degli impulsi (3.8%), mentre nel 16.2% dei casi il paziente veniva giudicato privo di una diagnosi di Asse I. Per quanto concerne il solo gruppo di pazienti con DP, il 20.8% veniva descritto come affetto da DP Borderline, il 10.8% da DP Misto, il 9.2% da DP NAS, il 3.8% da DP Narcisistico, il 3.1& da DP Istrionico, ed il 2.3% da DP Antisociale. Era presente una comorbidità di Asse I nel 35% dei casi.

La consistenza interna della RUDE è stata valutata tramite l'α di Cronbach.

Per esaminare se i punteggi RUDE fossero correlati ad una diagnosi clinica di DP sono state condotte analisi della curva Receiver Operating Characteristic (ROC) per valutare la sensibilità e specificità dei punteggi RUDE (validità di costrutto).

Validità Convergente

Un sotto-campione di pazienti (n=30; 15 con DP, 15 senza DP; 25 femmine, età media 19-62) è stato quindi sottoposto, ai fini della valutazione di validità convergente, alla Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) (10), alla Structured Interview for Personality Organization (7,8) ed alla scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (11).

La validità convergente è stata esaminata tramite correlazioni di Spearman tra punteggi RUDE, VGF, scale STIPO e numero di criteri soddisfatti alle SCID-II per i diversi DP.

Validità di contenuto

Sono stati contattati tramite email 18 esperti nazionali nel campo dei DP, rappresentativi delle aree di psicopatologia descrittiva, psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia psicodinamica, età evolutiva, valutazione dell'organizzazione di personalità e ricerca empirica sui DP. A tali "giudici esperti" veniva chiesto di fornire un giudizio di rilevanza, per ogni descrizione/item delle 6 sottoscale della RUDE corrispondente ai diversi livelli di gravità, secondo un punteggio 1-3 (1= essenziale; 2= utile ma non essenziale; 3= non necessario) (12). Il punteggio di rilevanza riguardava dunque la capacità di ogni item a "catturare" il costrutto/area di funzionamento esplorato dalla scala cui appartiene. Il tasso di risposta del campione dei giudici esperti è stato del 50%, sufficiente comunque a garantire che fossero rappresentate le diverse aree di esperienza (psicopatologia descrittiva: n=2; psicoterapia cognitivo-comportamentale: n=2; psicoterapia psicodinamica: n=1; età evolutiva: n=1; valutazione dell'organizzazione di personalità: n=2; ricerca empirica: n=1). La validità di contenuto è stata quindi esaminata tramite l'indice VC di Lawshe.

Risultati

Consistenza interna e validità di costrutto della RUDE

La RUDE ha mostrato eccellente consistenza interna (campione totale: α=.92; gruppo con DP: α=.76; gruppo senza DP: α=.83), che non era significativamente influenzata dall'esperienza clinica del compilatore (specialista o in formazione). I pazienti con diagnosi clinica di DP mostravano punteggi significativamente maggiori in tutte le scale, indipendentemente da sesso ed età (Tabella 1).

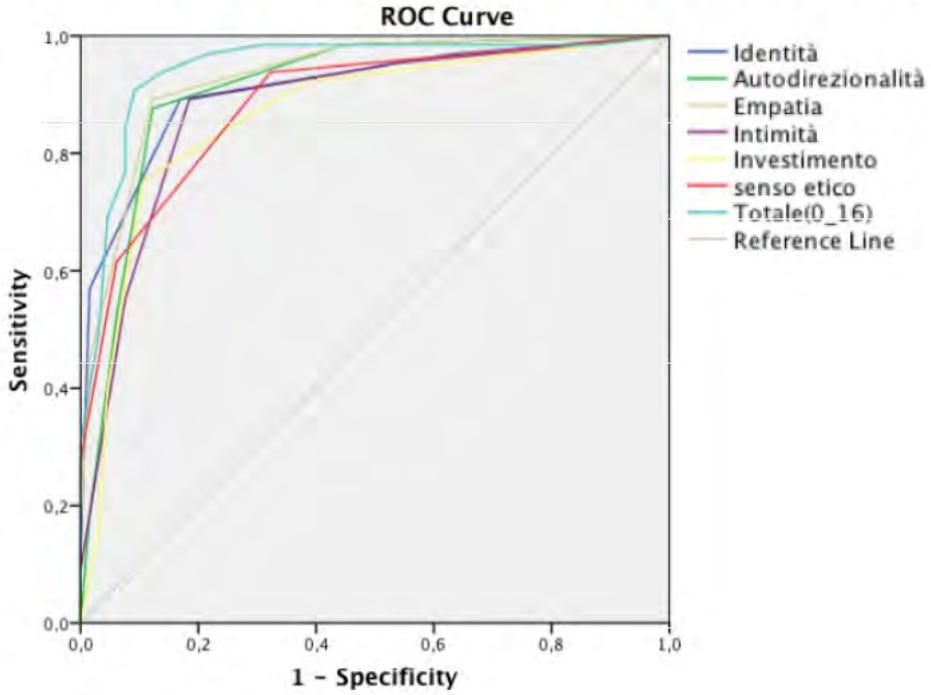
Tabella 1. Punteggi RUDE nel gruppo con (n=65) e senza (n=65) Disturbi di Personalità (DP).

	DP	NO DP	$F_{[1,81]}$	*p*
Identità	2.55±.9	.78±7	35.1	<.001
Autodirezionalità	2.56±1	.61±.8	42	<.001
Empatia	2.52±.9	.56±.7	43	<.001
Intimità	2.48±.9	2.68±2.6	31.2	<.001
Totale 0-16	10.2± 2.8	6.59±4.6	60.4	<.001
Investimento	2.22±1	.53±.8	15.7	<.001
Senso Etico	1.88± 1	.39±6	21.1	<.001

Nota: Analisi della covarianza. Covariata: età (F=1.8, *p*=.1); fattori fra soggetti: sesso (F=.7, *p*=.9) e comorbidità di asse I (F=1.1, *p*=.3).

La Figura 1 mostra la curva ROC per il punteggio RUDE totale e le varie scale RUDE (outcome: diagnosi clinica di DP). L'area sotto la curva (AUC) per il totale RUDE era di .946, che riflette un grado di corrispondenza estremamente elevato tra punteggi RUDE e diagnosi clinica di DP. La Tabella 2 mostra inoltre le stime di sensibilità e specificità per vari "valori-soglia" della RUDE rispetto ad una diagnosi clinica di DP. Un valore RUDE≥7 risultava essere il miglior compromesso tra sensibilità (91%) e specificità (falsi positivi <10%). Sulla base degli stessi dati, valori alla RUDE totale ≥10 identificavano correttamente il 70% dei soggetti con DP (a fronte di meno del 5% di falsi positivi), e sembrano dunque costituire un indice affidabile di grave disfunzionamento della personalità. Infine, valori≥13 si associavano ad una specificità del 100%.

Figura 1. Analisi ROC delle scale RUDE (variabile dipendente: presenza/assenza di diagnosi clinica di Disturbo di Personalità (n=130).



Scale RUDE	Area sotto la curva
Identità	.911
Autodirezionalità	.911
Empatia	.930
Intimità	.880
Totale 0-16	.946
Investimento	.866
Senso Etico	.887

Tabella 2. Valori soglia del totale RUDE in relazione a specificità e sensibilità per una diagnosi clinica di Disturbo di Personalità (DP) (n=130).

Punteggi RUDE Totale (0-16)	Sensibilità	1-Specificità
0 - 6	1.0 - .938	1.0 - .138
7*	**.908**	**.092**
8 - 9	.846 - .769	.077
10 **	**.692**	**.046**
11 - 12	.492 - .308	.031 - .000
13***	**.169**	**.000**
14 - 17	.108 - .000	.000

Nota:
* Punteggi ≥7: soglia proposta per la presenza di disfunzione di personalità moderata (DP)
** Punteggi ≥10: soglia proposta per la presenza di disfunzione di personalità grave (grave DP)
*** Punteggi ≥13: soglia proposta per la presenza di disfunzione di personalità gravissima

Validità di Contenuto

La validità di contenuto media della RUDE è risultata soddisfacente (0.87; minima concordanza statisticamente significativa per 9 raters: 0.75-0.78). I soli 5 items giudicati non attinenti al costrutto in esame (due della scala empatia (livelli 1-3), uno ciascuno nella scala Identità -livello 1. Autodirezionalità -livello 1) e Intimità - livello 2) sono stati riformulati alla luce delle indicazioni dei giudici esperti, ma solo se non rappresentavano fedeli trascrizioni dei LPF del DSM-5 (in quest'ultimo caso, sono stati lasciati invariati).

Validità Convergente

I punteggi delle sottoscale e quello totale RUDE si correlavano positivamente a tutte le scale STIPO e negativamente ai punteggi VGF; erano inoltre significativamente correlati ad un maggior numero di criteri del Cluster B soddisfatti alla SCID-II (Tabella 3).

Tabella 3. Correlazioni tra le principali scale RUDE ed il totale RUDE con i punteggi VGF, le scale STIPO ed il numero di criteri soddisfatti per DP alla SCID-II (n=130).

Misure:	Identità	Autodirezionalità	Empatia	Intimità	Totale 0-16
VGF	-.801*	-.846*	-.740*	-.872*	-.906*
Scale STIPO					
Identità	.795*	.784*	.892*	.717*	.859*
Relazioni Oggettuali	.750*	.772*	.852*	.829*	.881*
Difese Primitive	.785**	.818*	.867*	.695*	.850*
Coping	.677*	.789*	.810*	.725*	.818*
Aggressività	.798*	.771*	.757*	.707*	.788*
Criteri SCID-II					
Cluster A-totale	.175	.024	.211	.318*	.237
Paranoide	.204	.077	.253	.343*	.273
Schizoide	-.059	-.192	-.044	.131	.002
Schizotipico	.094	.246	.334*	.224	.274
Cluster B-totale	.737*	.742*	.844*	.711*	.828*
Borderline	.790*	.680*	.690*	.614*	.735*
Istrionico	.490*	.556*	.578*	.445*	.570*
Narcisista	.391*	.359*	.655*	.461*	.535*
Cluster C-totale	-.311*	-.168	-.141	-.113	-.174
Ossessivo Compulsivo	-.448*	-.354*	-.190	-.141	-.261
Evitante	.016	-.019	-.104	.066	-.014
Dipendente	.086	.167	.038	-.007	.073

Nota: VGF=scala per la Valutazione Globale del Funzionamnto; STIPO: Structured Interview for Personality Organization; SCID-II Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; Rho di Spearman; *=p<.05, one-tailed

Conclusioni

La RUDE risulta uno strumento valido ed affidabile per la valutazione del livello di disfunzionamento della personalità nei DSM-DP. La raccolta dati sulla validità di costrutto è ancora in corso nella regione Emilia-Romagna, allo scopo di confermare in un campione più ampio e rappresentativo il proposto cut-off di 10 sul punteggio totale RUDE per la presenza di Disfunzione Grave della Personalità. Tuttavia, sulla base dei dati preliminari qui presentati si può affermare che la RUDE è adatta ad

orientare il clinico sulla presenza di un GDP, così come definito dalle linee di indirizzo regionali: “condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell’area della formazione e della stabilità dell’identità e del Sé... Sono disturbi che si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale.” (1).

La RUDE sembra dunque utile a valutare la eleggibilità degli utenti dei DSM-DP per i trattamenti dedicati per i GDP nei DSM-DP, indipendentemente dai diversi orientamenti formativi dei professionisti e senza necessità di esteso training specialistico, coniugando da un lato la agilità, velocità di compilazione e fruibilità della LPFS e dall’altro la profonda comprensione clinica della patologia di personalità che si evince dalla STIPO.

Nell’ambito dei servizi psichiatrici, l’utilizzo della RUDE può potenzialmente presentare ulteriori vantaggi:

1. Favorisce il lavoro di equipe, promuovendo una valutazione semplice e condivisa tra i diversi operatori del livello globale di gravità per il singolo paziente e favorendo l’identificazione delle aree prioritarie per il trattamento.
2. Indaga aspetti “core disfunzionali” della personalità piuttosto che sintomi “acuti”, permettendo di ottenere una valutazione dell’assetto personologico non influenzata dalla momentanea reattività del paziente a specifici life-events e dai conseguenti sintomi “ di stato” potenzialmente confondenti.
3. Permette di pianificare un piano di trattamento congruo rispetto alle potenzialità del paziente, riducendo il pericolo di regressione e di cronicizzazione con interventi che tengano conto delle sue risorse. Nello specifico, una valutazione di gravità su più aree (Sè, Autodirezionalità, Empatia, Intimità, e in appendice Capacità di Investimento e Senso Etico) non solo permette di focalizzarsi sugli aspetti disfunzionali, ma anche di individuare possibili punti di forza della struttura di personalità.
4. In prospettiva, l’individuazione di un livello di gravità nella patologia di personalità consente una ottimizzazione delle risorse disponibili nell’ambito del piano di cura. Risulta ad oggi evidente come l’utilizzo di trattamenti ad elevata intensità, che coinvolgono più istituzioni e setting di cura (residenzialità, utilizzo del circuito dell’emergenza-urgenza, tirocini formativi, coinvolgimento del Servizio Sociale ecc..), richieda una attenta valutazione del paziente al fine di non sovrastimare o sottostimare le necessità assistenziali. L’adozione della sola diagnosi categoriale o dei soli criteri clinici comportamentali porta con sè il rischio di inserire o escludere in un percorso assistenziale ad alta intensità una categoria variegata e polimorfa di utenti che, pur mostrando elevato carico psicopatologico, potrebbero beneficiare di interventi differenti.
5. Quando utilizzata in modo longitudinale, permette una valutazione della efficacia dei trattamenti e fornisce un feedback chiaro all’equipe curante che può adattare il piano di trattamento in atto sulla base della psicopatologia ancora presente e/o dei miglioramenti ottenuti.

In conclusione, la descrizione della condizione clinica del paziente affetto da DP offerta dalla RUDE consente una prima valutazione dell’entità del disfunzionamento della personalità, la possibilità di seguirne l’evoluzione nel tempo, ed una modalità condivisa, nell’ambito dei DSM-DP, per descrivere le scelte cliniche, spesso difficili, che si rendono necessarie nel corso della presa in carico degli utenti con GDP.

Riconoscimenti

Si ringraziano tutti i professionisti del DSM-DP di Parma che hanno contribuito alla ricerca ed i giudici esperti che hanno fornito le valutazioni per la validità convergente (Massimo Ballerini, Sergio Dazzi, Andrea Fontana, Fabio Madeddu, Carlo Maggini, Giuseppe Nicolò, Emanuele Preti, Elena Prunetti, Irene Sarno).

Riferimenti

1. Linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità, Servizio Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri – Regione Emilia Romagna. **http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee.pdf**. 2013

2. Berghuis H, Kamphuis JH, Verheul R. Core Features of Personality Disorder: Differentiating General Personality Dysfunctioning from Personality Traits. J Pers Disord. 2012;26(5):”704–716”.

3. Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. J Pers Assess. 2011;93(4):”332-46”.

4. Morey LC, Berghuis H, Bender DS, Verheul R, Krueger RF, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. J Pers Assess. 2011;93(4):”347-53”.

5. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington:American Psychiatric Pub;2013

6. Morey LC, Bender DS, Skodol AE. Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2013;201(9):”729-35”.

7. Clarkin JF, Caligor E, Stern BL, Kernberg OF. Structured Interview of Personality Organization (STIPO). New York: Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University;2006.

8. Madeddu F, Preti E. Structured Interview of Personality Organization (STIPO) - La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di Kernberg. Adattamento Italiano a cura di Personality Disorder Lab – Dipartimento di Psicologia Università Milano Bicocca. Milano: Raffaello Cortina Editore;2012.

10. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM–IV Axis II Disorders, Patient Edition (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press (1997).

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th Edition, Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

12. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology. 1975;28(4):”563–575”.

Appendice.

Si riportano, a titolo esemplificativo, i livelli 0 (“assenza di patologia della personalità”) e 4 (“disfunzionamento gravissimo”) della RUDE e le corrispondenti descrizioni delle scale LPFS (DSM-5) e STIPO-100 per quanto concerne il dominio Identità. La versione completa della RUDE è comunque disponibile scrivendo agli autori.

LPFS: Scala Sé, sottoscala Identità, livello 0/4	STIPO: Scala Identità, sottoscala Senso di Sé-coerenza e continuità, Senso di Sé-autovalutazione Livello 0/3	RUDE: Scala Sé, livello 0/4
Ha una costante e unitaria consapevolezza di sé. Mantiene confini appropriati al ruolo. Ha una autostima positiva coerente e autoregolata unitaa una corretta valutazione di sé. E' capace di percepire tollerare e regolare una gamma completa di emozioni.	Descrive se stesso/a in modo sottile, profondo e mostrando consapevolezza; gli/le è facile produrre molteplici e diverse caratteristiche e considerare sia aspetti positivi che negativi di sé; qualità narrativa; riflette sul senso della sua personalità e della vita mentale interiore. continuità del senso di Sè nel tempo. Ha una idea chiara delle proprie opinioni/gusti. Senso stabile di Sè nelle diverse situazioni. Poco o nessun disagio/angoscia nello stare solo/a; nessuna perdita di senso di sé nel trascorrere tempo da solo/a. Nessuna perdita del senso di Sè nel contesto di relazioni intime. Poca o nessuna tendenza a valutarsi in relazioni ad altri. L'autovalutazione non è influenzata significativamente in tale processo. non si sente costantemente migliore o superiore agli altri. Non si sente eccezionalmente speciale; poca o nessuna esperienza di svalutazione degli altri; poca o nessuna sensazione che gli altri siano costantemente al di sotto del suo livello. Non si percepisce costantemente come inferiore agli altri. Stabile senso di autostima (positivo o negativo); sebbene alcuni soggetti possano riportare di sentirsi meglio/peggio rispetto a sé stessi in alcuni giorni più di altri, questo processo sembra inserito in una più generale condizione di stabilità positiva o negativa dell'immagine di sé e della autostima. Resilienza della autostima: risponde a come gli altri lo/la vedono, ma il senso globale di autoastima non è eccessivamente influenzato o alterato; evidente continuità del senso di autostima.	Si descrive come persona in n sufficientemente articolato e approfon cogliendo aspetti sia positivi sia negati sé; è in grado di giustificare incongru nella descrizione. L'autostima è stab autoregolata, non intaccata dal sem giudizio altrui e non subisce evider prolungate modificazioni a seguito di e stressanti.

Identità- Livello 4.

LPFS: Scala Sé, sottoscala Identità, livello 4/4	STIPO: Scala Identità, sottoscale Senso di Sé-coerenza e continuità, Senso di Sé-autovalutazione, livello 3/3	RUDE: scala Sé, sottoscala Ident livello 4/4
L'esperienza di un sé unitario e il senso di sé come agente l'autonomia sono praticamente assenti o sono incentrati sulla percezione di una persecuzione esterna. I confini con gli altri sono confusi o mancanti. Ha una immagine di sé debole o distorta, facilmente minacciata dalle interazioni con gli altri; vi sono significative distorsioni e confusione nella valutazione di sé. Le emozioni non sono congruenti con il contesto o l'esperienza interiore. I sentimenti predominanti anche se disconosciuti o attribuiti agli altri possono essere l'odio o l'aggressività.	Descrizione superficiale di sé: scarsa ricchezza di dettagli o profondità; nessuna capacità di considerare sé stesso come oggetto intero; povertà nei descrittori di sé: lista di aggettivi senza alcuna elaborazione; poca o nessuna qualità narrativa; scarsa o nessuna riflessione sulla vita mentale interiore. Risposta estremamente superficiale (alla continuità e alla stabilità del senso di Sè, circa i propri gusti e preferenze, alla capacità di stare da solo senza provare angoscia, alla perdita del senso di Sè nelle relazioni intime,alla valutazione di Sè attraverso gli altri in senso migliorativo o negativo e alla stabilità della visione di Sè); la risposta mostra evidente incoerenza ed è scarsamente integrata; non è in grado di riflettere sulla domanda o comprenderla; non risponde alla domanda o lo fa in modo incoerente	Incapace di descrivere stesso/non comprende domanda/risponde in modo pertinente o disorganizzato. senso di unicità personale assente o organizzato attorn una percepita "persecuzi esterna". Profonda sensazione di es sbagliati/difettosi, o senso vuoto, o in alternativa visione c gravemente grandiosa, valutazione irrealistica c proprie capacità e consegue imprevedibilità degli stati affe collegati a tale valutazione.