

## La diagnosi in psicologia clinica: il modello dei big five

di Paola Bianchi

**Paola Bianchi**, psicologa clinica e di comunità, psicoterapeuta ad indirizzo fenomenologico esistenziale della psicologia umanistica. Specializzata presso ASPIC, Istituto formazione Psicoterapeuti. Svolge attività libero professionale occupandosi prevalentemente dell'area clinica, progettazione e formazione accreditata. Collabora con le attività formative ASPIC. Si interessa inoltre di sostegno psicologico durante i trapianti e le donazioni.  
bianchipaola@hotmail.com

### Abstract

La **valutazione** della **personalità** degli individui nel tempo si è ampiamente sviluppata e integrata. Un'attenta valutazione iniziale orienta il professionista che opera nel campo della salute mentale al tipo di intervento più appropriato al cliente. I contributi di numerose ricerche sull'**assessment diagnostico** provenienti dall'American Psychological Association, confermano che la diagnosi può essere veramente funzionale se impegna sinergicamente strumenti empiricamente convalidati e supportati dalla letteratura clinica. La convergenza tra i risultati ottenuti ai **test** e i dati emersi dal **colloquio clinico** permettono di formulare diagnosi accurate. Il lavoro presenta un possibile strumento di valutazione della personalità il **Modello dei Big Five**. Il questionario di autovalutazione dei Big Five si propone come soluzione in cui confluiscono diverse tradizioni di ricerca e dal quale è possibile rilevare una più solida descrizione dimensionale della personalità.

**Key Words:** Big Five Questionnaire, Testing Psicologico, Personalità, Modelli dimensionali

La valutazione è un momento delicato del colloquio clinico durante il quale viene formulata una diagnosi della personalità nei suoi aspetti strutturale e dinamico (Tognazzo, 2008). Il processo di misurazione del grado di funzionamento di alcuni meccanismi cognitivi, affettivi e comportamentali si avvale di metodi e strumenti specifici che variano a seconda della peculiarità del caso e risentono della teoria di riferimento del professionista che la redige. L'interesse per la diagnosi ha inizio tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 con la psichiatria che considerava i disturbi mentali come malattie del cervello. Secondo il modello medico-psichiatrico la scientificità della diagnosi sta nel descrivere in modo accurato e rigoroso ciò che accade al soggetto. Ulteriore apporto significativo venne dato negli anni '50 dalla comparsa della terapia comportamentale (sperimentale Watson) che sottolineava l'importanza della validità scientifica degli strumenti atti a rilevare le caratteristiche della personalità. Fino agli anni '80 la psicoanalisi è stata l'unica impostazione che ha dominato la valutazione psicologica tanto che la prima e seconda edizione del DSM hanno risentito notevolmente l'influenza dell'approccio psicodinamico (Gilson, 1994). Negli anni '70 i neokrepeliani danno vita ad un movimento che riconsidera l'importanza della diagnosi e l'utilizzo del DSM

che fornisce diagnosi descrittive e ateoretiche. Secondo questa corrente scientifica, la diagnosi psicologica è utile alla condivisione di informazioni per mezzo di un linguaggio sintetico e comprensibile. Negli anni '80 Pao (1979) descrivendo i diversi metodi diagnostici per la schizofrenia e tanti altri disturbi psichici, sostenne che continuare ad usare un approccio descrittivo e sintomatico come quello utilizzato da Bleuler per la schizofrenia, era utile alla classificazione e all'identificazione della malattia più che alla scelta del trattamento. Un concetto di diagnosi del tutto innovativo viene proposto da Menniger (1962); secondo l'autore lo scopo della diagnosi non si traduce nella ricerca del nome da dare ad una malattia piuttosto cosa fare di fronte ad essa, capire come il paziente è malato, come ha raggiunto lo stato di malessere, in quale modo il disturbo gli assicura dei tornaconti, quali interventi possono modificare il suo stato di disagio. In altri termini, occorre comprendere l'individuo malato e non limitarsi a classificare la sua malattia (Gilson, 1994, p.29). Il concetto di valutazione si è modificato nel tempo e continua ad evolvere, dispiegandosi attraverso un lavoro di indagine e di esplorazione necessario per aumentare le nostre conoscenze e comprensioni. L'obiettivo della valutazione è giungere ad un "profilo complessivo" (Lis, 1993, p.16 e p.62).

Per fare ciò secondo la comunità scientifica gli strumenti utilizzati per la diagnosi devono essere empiricamente convalidati e supportati dalla letteratura clinica che ne dimostri l'utilità applicativa nonché punti di forza e criticità. Alcuni esempi di questo dialogo sono strumenti come la SWAP Western Shedler, il TAT, il Rorschach, la Wais, l'MMPI, il Manuale Diagnostico Psicodinamico. La convergenza tra i risultati ottenuti ai test e i dati emersi dal colloquio clinico, ci permette di passare alla diagnosi della personalità secondo il criterio che Rapaport denomina "metodo di concordanza degli indici" (Rapaport et al., 1968). Gli strumenti a disposizione del clinico sono numerosi (Boncori, 2006) la scelta dei quali si basa principalmente sulla preparazione dell'esaminatore e sulla specifica problematica presentata dal cliente. Attualmente grazie ai contributi di numerose ricerche sull'assessment diagnostico provenienti dall'American Psychological Association si è giunti alla conclusione che la diagnosi può essere veramente funzionale se impiega sinergicamente un insieme di test fino a farne un "singolo strumento diagnostico" (Rapaport, Gill e Schafer, 1968). Le linee guida per la costruzione di una batteria di test indicano che un assessment diagnostico può essere esaustivo se ad una batteria di test affianca un questionario self report e una misura *performance based*, come l'MMPI-2 e Rorschach, ai quali si può aggiungere a seconda della domanda, un test di livello (Scale Wechsler), un test tematico (TAT) e test grafici.

### **I modelli di valutazione della personalità: categoriale e dimensionale**

La diagnosi categoriale derivante dal DSM-III e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1994) benchè sia utile per la sua praticità, presenta problemi di validità. E' possibile osservare di frequente che i disturbi psicologici si distribuiscono per lo più in un *continuum* dimensionale e non categoriale (un soggetto può essere più o meno ansioso).

Attualmente non è stata ancora dimostrata la validità di costruito del maggior numero di diagnosi relative al DSM III e del DSM IV, ciò è dimostrato dal fatto che la comorbilità delle diagnosi psichiatriche categoriali risulterebbe alta.

Sulla base di queste evidenze, per aumentare la validità del DSM-V (2012), sono stati introdotti aspetti dimensionali per le seguenti dicotomie: validità/attendibilità, categoriale/dimensionale e politetico/monotetico.

Riguardo l'approccio dimensionale, possiamo dire che si caratterizza per lo studio "strut-

turale” della personalità; pone attenzione alle strutture sottostanti responsabili del comportamento manifesto.

L’interesse per la valutazione dimensionale della personalità ha favorito lo sviluppo di vari strumenti di misura:

- 16 Personality Factors (PF) Questionnaire di Cattell (1905-1998);
- Eysenck Personality Inventory (EPI) di Eysenck (1916-1997);
- Five-Factor Model (FFM) di Costa & Mc Crae (Big Five);
- Temperament and Character Inventory (TCI) di Cloninger (1999);
- Schedule for Nondaptive and Adaptive Personality (SNAP) di Clark (1993);
- Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire (DAPP-BQ) di Livesly;
- Structural Analysis of Social Behavior (SASB) della Benjamin (1996);
- Le “due dimensioni fondamentali della personalità” di Blatt;
- Shedler – Western Assessment Procedure (SWAP di Shedler e Western (2003);
- Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) di Millon.

Alcuni autori hanno tentato di rapportare tra loro tutti i modelli dimensionali, Widiger e Simonsen (2004), hanno individuato quattro aree comuni a tutti i modelli dimensionali: Estroversione vs Introversione; Disponibilità vs Antagonismo; Controllo vs Impulsività; Stabilità emotiva vs Instabilità emotiva. Clark e Watson (1999), evidenziano invece tre “superfattori” che corrispondono anche a tre dimensioni dei Big Five di Eysenck: Emotività negativa, Emotività positiva; Disinibizione/Costrizione.

Una classificazione dei tipi di personalità strutturata su basi scientifiche, richiede strumenti atti a cogliere la complessità, la variabilità e l’ampiezza del campione oggetto di indagine. Sebbene Cattell (1963), abbia individuato nell’analisi fattoriale il metodo elettivo per la ricerca sulla personalità e nel questionario di autovalutazione lo strumento privilegiato per la raccolta dei dati, egli ha studiato particolari sistemi di organizzazione dei tratti di personalità non riducibili l’uno all’altro. La diversità dei metodi di costruzione delle scale e le differenze degli items considerati rappresentativi delle varie dimensioni della personalità, hanno causato un quadro piuttosto disarticolato su quali e quante siano le dimensioni da considerare. Il modello Big Five, cinque grandi fattori si propone come soluzione in cui vengono a confluire diverse tradizioni di ricerca e dal quale sembra poter scaturire una più solida tassonomia della personalità.

### **Il modello dei Big Five**

Tra le teorie fattoriali quella che ha ottenuto maggiori evidenze empiriche e studi di generalizzabilità a diversi contesti internazionali è senza dubbio il modello dei Big Five. Partendo dalla considerazione che *“le differenze individuali che sono più salienti e socialmente rilevanti nella vita delle persone finiranno per essere codificate nelle varie lingue: più importanti sono tali differenze e più è probabile che vengano espresse con singole parole (Angleitner e Ostendorf, 1988, p.174)”*, si è cercato di coniugare la tradizione psicolessicale con quella fattoriale. Questa struttura universale, è costituita da:

- **Nevroticismo:** Tendenza all’ansia, Ostilità rabbiosa, Tendenza alla depressione, Ansietà sociale, Impulsività, Vulnerabilità .
- **Estroversione:** Calore emotivo, Istinto gregario, Assertività, Attività, Ricerca di eccitazione, Emozionalità positiva.

- **Apertura:** Fantasia, Senso estetico, Apertura alle emozioni, Apertura all'esperienza,
- Consapevolezza, Curiosità intellettuale, Rispetto per i valori.
- **Gradevolezza:** Fiducia, Schiettezza, Altruismo, Acquiescenza, Modestia, Empatia.
- **Scrupolosità:** Competenza, Ordine, Senso del dovere, Impegno per il risultato,
- Autodisciplina, Riflessività .

In ambito internazionale la valutazione dei cinque fattori è affidata al NEO PI-R (Neuroticism, Extroversion, Openness to experience Personality Inventory-Revised; Costa, McCrae, 1992), mentre nel contesto nazionale e da qualche anno internazionale con forme tradotte in Francese, Spagnolo e Rumeno si utilizza il BFQ (Big Five Questionnaire Inventory, Caprara, Barbaranelli, Borgogni, 1993). Recentemente il costrutto dei Big Five è stato utilizzato per studiare la psicopatologia. Partendo dalla considerazione che il disturbo di personalità è un'amplificazione patologica di tratti sani, sono state introdotte alcune sottodimensioni e sono state individuate delle evidenze empiriche. Al momento si sta verificando quanto questo sistema "implementato" del FFM sia generalizzabile a diversi contesti e quanto mantenga proprie le indubbie proprietà psicometriche (Widiger et al., 2002; McCrae, Lockenhoff, Costa, 2005; Pacifico, 2012).

### **Il Big Five Questionnaire**

L'applicazione dell'analisi fattoriale allo studio della personalità ha permesso la manipolazione di più variabili e l'estrapolazione di quei fattori che rappresentano le relazioni lineari tra variabili ed osservazioni, confermando l'esistenza di costrutti psicologici stabili propri di ogni individuo, che possono essere elaborati tramite i Big Five. Secondo la tradizione fattorialista, ogni tratto psicologico rilevante, è riconducibile a strutture latenti che costituiscono le componenti fondamentali della personalità, analizzabili attraverso l'analisi fattoriale. Le cinque dimensioni dei Big Five quindi rappresentano strutture latenti a cui poter ricondurre ogni spiegazione e descrizione dell'individuo poiché si riferiscono alle modalità stabili utilizzate dalla persona per interagire con gli altri e con l'ambiente, alla regolazione dell'umore e alla attività conoscitiva. Sull'esperienza dei lavori di Costa e McCrae (1985, 1991) che avevano proposto un questionario (NEO-PI) per la misurazione dei Big Five di ben 181 items aumentati a 241 nella versione più recente, si è arrivati successivamente alla stesura del BFQ che ambisce ad essere un miglioramento dei precedenti questionari, in quanto guidato da criteri di massima aderenza e controllo nell'individuazione delle diverse sottodimensioni e dei loro items. I Big Five rappresentano così lo strumento per la descrizione della personalità che utilizza il linguaggio comune nell'ambito dei questionari di personalità.

Il modello dei cinque fattori è economico, comprensibile e sufficientemente esaustivo per descrivere la personalità e può costituire una matrice comune nel processo di valutazione, riducendo tutte quelle forme di incertezza e di variabilità, derivanti dalle varie teorie o da termini dal significato non sempre inequivocabile. Altri aspetti importanti di questo modello sono la generalizzabilità, riscontrata attraverso lingue e culture differenti e la possibilità di individuare altre dimensioni derivanti dall'integrazione con il modello circonflesso (Benjamin, 2003).

I riferimenti derivanti dall'integrazione di questi due approcci, consente di individuare i tratti di personalità, la loro intensità e la qualità delle interazioni relazionali, situandole in un continuum dimensionale (Giusti, Montanari, Iannazzo, 2004, p. 82).

Il Big Five Questionnaire di G.V. Caprara, C. Barbaranelli e L. Borgogni (1993), indivi-

due le cinque dimensioni fondamentali per la descrizione e la valutazione della personalità ad un livello di generalità intermedio rispetto ai modelli che fanno riferimento a poche dimensioni estremamente generali (EPI di Eysenck) e rispetto ai modelli che prevedono un maggior numero di dimensioni di portata più specifica, ma meno generalizzabili (16 PF di Cattell).

I cinque fattori individuati sono: Nevroticismo, Estroversione, Apertura, Amabilità, Coscienziosità (Cattell, 1963). Questi fattori tendono a rimanere costanti in tutto il periodo dell'età adulta e mostrano aspetti di affidabilità e validità esplicativa (John, 1990):

E = Estroversione o Energia, che è inerente a un orientamento fiducioso ed entusiasta nei confronti delle varie circostanze della vita, la maggior parte delle quali sono interpersonali; la denominazione energia è parsa appropriata essendo stata rapportata specificatamente al nostro contesto linguistico (Caprara e Perugini 1990; 1991b)

A = Gradevolezza o Amicalità, che include, a un polo, caratteristiche come l'altruismo, il prendersi cura, il dare supporto emotivo e, al polo opposto, caratteristiche come l'ostilità, l'indifferenza verso gli altri, l'egoismo;

C = Coscienziosità, che fa riferimento a caratteristiche come la precisione e l'accuratezza, l'affidabilità, la responsabilità, la volontà di avere successo e la perseveranza;

S = Stabilità emotiva, che è una dimensione molto ampia comprendente una varietà di caratteristiche collegate all'ansietà e alla presenza di problemi di tipo emotivo, quali la depressione, l'instabilità di umore, l'irritabilità, ecc. ;

M = Apertura all'esperienza o Apertura mentale, che fa riferimento all'apertura verso nuove idee, verso i valori degli altri e verso i propri sentimenti .

### Le sottodimensioni

Per ognuno dei Big Five sono state individuate due sottodimensioni, ciascuna delle quali fa riferimento ad aspetti diversi della medesima dimensione. Per ogni sottodimensione la metà delle affermazioni è formulata in senso positivo rispetto al nome della scala, mentre l'altra metà è formulata in senso negativo, al fine di controllare eventuali risposte date a caso. In totale i BFQ consta di 132 item e le 10 sottodimensioni sono:

- Di (Dinamismo) e Do (Dominanza) (E);
- Cp (Cooperatività) e Co (Cordialità) (A);
- Sc (Scrupolosità) e Pe (Perseveranza) (C);
- Ce (Controllo dell'emozione) e Ci (Controllo degli impulsi) (S);
- Ac (Apertura alla cultura) e Ae (Apertura all'esperienza) (M).

I test di personalità sono inclini a molti tipi di distorsione, soprattutto quando le persone sono motivate a presentarsi sotto una luce favorevole o (in casi molto più rari) sfavorevole.

Lo strumento per contenere i tentativi di falsificazione, presenta al suo interno una scala di validità: la scala L (Lie), il cui scopo è quello di fornire una misura della tendenza del soggetto a dare un profilo di sé falsato. La risposta agli item del BFQ viene data su una scala Likert a 5 punti (da "assolutamente vero per me" ad "assolutamente falso per me").

### Somministrazione del BFQ e calcolo dei punteggi

La somministrazione del BFQ può essere individuale o di gruppo. È importante che l'operatore in fase di spiegazione e svolgimento del test, non influenzi i soggetti con accenni o suggerimenti relativi alle risposte. È da sconsigliare una risposta volutamente falsa ricor-

dando agli esaminati la possibilità di controllare la veridicità delle risposte. Il questionario è composto da una serie di fogli notizie che permettono in fase di analisi, una più chiara identificazione della personalità del soggetto. Il calcolo del punteggio per ogni sottodimensione, dimensione principale e scala Lie, viene effettuato per mezzo di lucidi che vengono sovrapposti al foglio di risposta, consentendo di evidenziare e sommare i punteggi degli items considerati negativi e positivi.

La somma del punteggio positivo più la differenza ottenuta sottraendo il punteggio negativo da 36 costituisce il totale della sottodimensione presa in considerazione.

La somma dei punteggi delle due sottodimensioni darà il valore della dimensione principale. I punteggi grezzi ottenuti per tutte le dimensioni principali, le sottodimensioni e la scala Lie, dovranno poi essere convertiti in punteggi standardizzati o punteggi T.

Le tabelle per la standardizzazione di cui è corredato il questionario, suddivise per sesso, per dimensioni e sottodimensioni, sono state ottenute in riferimento allo studio di un gruppo composto da 2035 soggetti, di cui 1015 maschi e 1020 femmine.

Le scale espresse in punteggi T hanno media pari a 50 e deviazione standard pari a 10 per cui, ad esempio, un punteggio T di 60 presenta una deviazione standard sopra la media e corrisponde all'84° percentile. I punteggi ottenuti dalle singole scale e, soprattutto la relazione che esiste tra loro, permettono un'interpretazione del profilo generale dell'esaminato. Così ad esempio, un punteggio basso in coscienziosità combinato con punteggi alti nelle dimensioni Apertura mentale e Stabilità emotiva, può essere indicativo di un potenziale creativo.

Infine riguardo gli ambiti applicativi diverse ricerche hanno mostrato la rilevanza del modello dei Big Five per l'individuazione delle caratteristiche di personalità nei vari contesti organizzativi (selezione del personale, orientamento, assessment center, pianificazione e sviluppo carriere, formazione).

Nel settore della psicologia clinica e della salute questo strumento può trovare ampio uso in quanto permette di evidenziare lo stile di adattamento che si è sedimentato nel corso della vita e migliorare la comprensione dell'origine delle difficoltà attuali e le prospettive future di benessere psicologico. Nell'ambito educativo e dell'orientamento, può essere utilizzato per misurare il livello di adattamento e di successo che l'adolescente può avere nelle attività scolastiche.

### **Bibliografia**

Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (a cura di), (1996), *Mini DSM-IV. Criteri Diagnostici*, Masson, Milano.

Angleither A., Ostendorf F. (1988). The lexical approach to Personality: Historical Research. *In European Journal of Personality*, 2, 171-203.

Benjamin L.S., (2003), *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, Guilford, New York.

Beutler L.E. – Harwood T. M., (2002). *Psicoterapia prescrittiva elettiva. La scelta del trattamento sistematico fondata sull'evidenza*. Sovera, Roma.

Boncori L., (1993). *Teorie e tecniche dei test*. Bollati Boringhieri, Torino.

Caprara G.V., Perugini M. (1991). L'approccio Psicolessicale, l'emergenza dei Big Five nello studio della personalità. *In Giornale Italiano di psicologia*, 18, 721-747.

Caprara G.V. Barbaranelli C., Borgognoni L., (1993). *Big Five Questionnaire*. Manuale OS, Firenze.

- Caprara G.V., Barbaranelli C., Livi S., (1994). Mapping Personality Dimension in the Big Five Model. *In Europea Review of Applied Psychology*, 44,9-15.
- Cattell R.B., (1963). The description of personality. Principles and Findings in a Factor Analysis. *In American Journal of Psicology*, 58, 69-90.
- Clark L.A. & Watson D. (1999). Temperament anew paradigma for trait psychology. In: Pervin L.A. e John O.P., editors. *Handbooh of personality. Theory an Research*. New York: Guilford, 1999, pp 399-423.
- Costa P.T., Mc Crae R.R., (1990). Personality disorders and the five factors model of personality. *In Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Dazzi N., Lingiardi., Gazzillo F.,(2009) *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Raffaello Cortina,Milano.
- Delisle G., (1992). *Disturbi della personalità*. Sovera, Roma
- Digman J. M.,(1990). Personality structure: emergence of the five factor model. *In Annual Review of Psychology*, 41, 417-440..
- Ercolani A.P., Areni A., (1983). *Statistica per la ricerca in psicologia*. Il Mulino, Bologna.
- Gislon M.C. (1994). *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*. Boringhieri, Milano.
- Giusti E., (1989). *La terapia del con-tatto emotivo*. Riza Scienze, n. 23, Milano.
- Giusti E., (1997). *Psicoterapie: denominatori comuni*. Angeli, Milano.
- Giusti E., Benedetti M., (2011). *Il Counseling di Comunità*. Ed Sovera Roma
- Giusti E., Bianchi E., (2011). *Evolvere rimanendo insieme*. Ed. Sovera Roma.
- Giusti E., Militiello F., (2011). *Neuroni specchio e psicoterapie*. Ed. Sovera Roma.
- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A. (2000). *Psicoterapie Integrate*. Masson, Milano.
- Giusti E., Pacifico M., Staffa T. (2007). *L'intelligenza multidimensionale. Per la psicoterapia innovativa*. Ed. Sovera Roma.
- Giusti E., Pagani A., (2012). *Il successo professionale 2.0*. Ed Sovera Roma.
- Giusti E., Spalletta E., (2012). *Psicoterapia e Counseling comunanze e differenze*. Ed. Sovera Roma.
- Goldberg L.R. (1990). An alternative description of personality; The Big Five factor structure. *In Journal of Personality and Social Psicology*. 59, 1216, 1229.
- Goldberg L.R. (1992). The development of markers of the Big Five structure. *In Psychological Assesment* 4, 26, 42.
- Goldman R.G., Greenberg L.S., (1997). Case formulation in process-experientiae therapy in T.D. Eells (ed). *In Handbook of Psicotherapy: Case Formulation Guilford New York*.
- Kernberg O.F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Boringhieri, Torino.
- John O.P., (1990). The Big Five factor taxonomy: dimension of personality in natural language and in questionnaire. *In Pervin L.A., Handbook of Personality theory and research, Guilford New York*.
- Lingiardi V., Madeddu F. (1994) *I meccanismi di difesa* Cortina Milano.
- Lis A. (1993) *Psicologia Clinica. Problemi diagnostici ed elementi di psicoterapia*. Giusti, Frende.
- Manucci C. – Di Matteo L., (2004) *Come gestire un caso clinico*. Sovera , Roma.
- MC Crae R.R., Costa P.T. (1989). The Structure of interpersonal Traits: Wiggin' s Circumplex and the five moodel factor. *Journal of Personality and social Psychology* 56, 586, 595.

- MC Crae R.R., Costa P.T. (1989). More reasons to adopt the five factor model. *American Psychologist*, 44, 451, 452.
- Mc Crae R.R., Lockenhoff C.E., Costa P. Jr (2005). *The Five Factor Theory of Personality*. Handbooh of personality: theory and research.
- Mc Williams N., (1994). *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio, Roma.
- Menninger K.A., Mayman, M., Pruyser, P.W. (1962). *A manual for Psychiatric Case Study*, 2ed. Grune & Stratton, Oxford, UK..
- Miller T.R. (1992). The Psychotherapeutic utility of the five factor model of personality: a clinical experience. In *Journal of Personality assesment*
- Muran J., Barber J., P., (2012). *L'alleanza terapeutica. Una guida Evidence Based per la pratica clinica*. Ed. Sovera Roma.
- Norcross J. C., (2012). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona*. Ed Sovera Roma.
- Ostendorf, F., & Angleitner, A. (1992). On the generality and comprehensiveness of the Five- Factor Model of personality: Evidence of five robust factors in questionnaire data. In G.V.Caprara & G.Van Heck (Eds.), *Modern personality psychology* (pp. 73–109). London: Harvester Wheatsheaf.
- Pacifico M., (2012). Diagnosi nell'approccio pluralistico integrato. Riflessioni. *Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling*, 1.
- Pao Ping-Nie, (1984). *Disturbi schizofrenici*. Cortina, Milano.
- Rapaport, D., Gill., M.M., Shafer, R. (1968). Diagnostic Psychological Testing, revised edition. *International Universities Press, New York*.
- Shertzer B., Linden J. D. (1979). *Foundamentals of individual appraisal*, Houghton Mifflin, Boston.
- Spalletta E. (2010), *Personalità sane e disturbate*. Un' introduzione propedeutica alla cura delle normopatie del quotidiano. Ed. Sovera Roma.
- Tognazzo D.P. (1990). *Lo studio dei gemelli in psicodiagnostica*. In L. Valente Torre, i gemelli, il vissuto del doppio. La Nuova Italia, Firenze 221, 225.
- Widiger T.A. & Simonsen E. (2005). Alternative dimensional models for personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality disorders*, 19, 2: 110-130.
- Widiger T.A. et al., (2002). Diagnostic Categories or Dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorder. *Journal of abnormal psychology*, vol. 114 (4), Nov 2005: 494-504
- Zapparoli G.C., (1985). *La diagnosi come momento di integrazione e di differenziazione*. Bompiani, Milano