

# L'assessment di personalità in età evolutiva: uno studio sperimentale su bambini con diagnosi di ADHD

*Personality assessment during childhood: an empirical study on children diagnosed with ADHD*

Marzia Tschabold <sup>1</sup>, Alexandro Fortunato <sup>1</sup> e Anna Maria Speranza <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute dell'Università Sapienza di Roma*

**Sommario** Adottando una nuova proposta avanzata dal PDM-3, il presente studio intende esplorare i pattern emergenti di personalità in un campione di bambini con diagnosi di ADHD. Il campione clinico, composto da 30 bambini tra i 4 e gli 11 anni, è stato confrontato con un campione normativo composto da 30 bambini nella stessa fascia d'età privi di diagnosi. Entrambi i campioni sono stati valutati mediante il CPAP-Q e CBCL. Le analisi svolte hanno evidenziato nel campione clinico un funzionamento di personalità complessivamente più compromesso e molto eterogeneo, con la prevalenza di pattern disregolati. Tali risultati supportano l'utilità clinica di svolgere un assessment di personalità in età evolutiva, suggerendo che possa contribuire ad una comprensione più articolata del sintomo e alla formulazione di un trattamento più efficace.

**Parole chiave** Infanzia, personalità, ADHD, PDM-3

**Abstract** Adopting a new proposal advanced by the PDM-3, this study aims to explore emerging personality patterns in a sample of children diagnosed with ADHD. The clinical sample, consisting of 30 children aged between 4 and 11 years old, was compared with a normative sample of 30 age-matched children with no diagnosis. Both samples were assessed using the CPAP-Q and the CBCL. Data revealed that the clinical sample showed a more compromised and highly heterogeneous level of personality functioning, with a prevalence of dysregulated patterns. These results support the clinical utility of assessing personality in developmental age, suggesting that it may contribute to a more nuanced understanding of symptoms and the formulation of more effective treatment strategies.

**Key Words** Childhood, personality, ADHD, PDM-3

## Introduzione

Caratterizzato da pattern pervasivi, persistenti e maladattivi di disattenzione, iperattività ed impulsività, il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD o DDAI) rappresenta attualmente una delle condizioni cliniche più frequentemente osservate in età evolutiva - con una prevalenza globale del 7,6% (Jongrakthanakij et al., 2026) - ed è tra i principali motivi di accesso ai Servizi per l'infanzia.

Oltre ad essere connotato da un deficit delle funzioni esecutive e delle competenze di autoregolazione (Pozo-Rodríguez et al., 2026), il disturbo è associato a rilevanti compromissioni in diversi ambiti del funzionamento del bambino. In particolare, le difficoltà attentive e nel controllo degli impulsi incidono significativamente sull'area dell'apprendimento e sul contesto scolastico, provocando uno scarso rendimento e la sperimentazione di ripetute esperienze di insuccesso, che nei casi più gravi possono condurre a fenomeni di dispersione scolastica (Pagerols et al., 2026; de Veen et al., 2025).

Sul piano familiare tali difficoltà possono essere causa di elevati livelli di stress genitoriale e di un aumento dei conflitti genitore-bambino a causa della strutturazione di relazioni caratterizzate da dinamiche coercitive o punitive (Zhao et al., 2025; Chang et al., 2021).

Anche il funzionamento sociale risulta frequentemente compromesso, con difficoltà nei processi di socializzazione, problematiche nelle relazioni con i pari, emarginazione o maggiore rischio di inserimento in gruppi dissociali (Liu et al., 2025; Storebø et al., 2019).

L'interazione tra queste aree di compromissione funzionale può avere ricadute significative sullo sviluppo dell'identità del bambino. Le ripetute esperienze di insuccesso, rifiuto o conflitto possono infatti interferire con la costruzione di un senso del Sé adeguato e coerente, favorendo al contrario vissuti di inadeguatezza ed una riduzione del senso di autoefficacia, che possono perdurare fino all'adolescenza (Stern et al., 2025). Come evidenziato da studi longitudinali, in assenza di un adeguato intervento, questo quadro maladattivo tende a persistere nel tempo, portando ad esiti variegati. In adolescenza l'ADHD può infatti spesso essere associato ad un elevato rischio di abuso di sostanze e criminalità, ma anche ad un'attenuazione dell'iperattività motoria, sostituita dall'insorgenza di sintomi internalizzanti quali ansia, depressione e ideazioni suicidarie (Foulds et al., 2025).

In questa prospettiva, si evidenzia che nel momento in cui tali difficoltà non sono identificate e trattate precocemente, il solo intervento focalizzato sulla diminuzione dell'iperattività e sull'aumento della capacità di concentrazione, non otterrà i risultati previsti nell'interesse globale del benessere e della salute del bambino (Wang et al., 2026). Una lettura focalizzata esclusivamente sul sintomo, infatti, rischia di non cogliere la complessità del funzionamento psicologico del bambino che lo manifesta, né le differenze individuali che caratterizzano quadri clinici apparentemente omogenei.

Alla luce di tali considerazioni, il Manuale Diagnostico Psicodinamico, nella sua terza edizione

(Lingiardi e McWilliams, 2025), propone un modello che consente di collocare la sintomatologia all'interno di una comprensione più ampia e articolata del funzionamento dell'individuo, proponendosi come una tassonomia di persone più che di sintomi. Nello specifico, per la fascia d'età compresa tra i 4 e gli 11 anni, il Manuale propone una valutazione multilivello del funzionamento psicologico, organizzata su tre assi: l'asse dedicato alla valutazione del funzionamento mentale (*Asse MC - Profilo del funzionamento mentale nell'infanzia*) consente di esplorare un insieme di 13 capacità psicologiche fondamentali per lo sviluppo (come la capacità di mentalizzazione, la capacità di differenziazione e integrazione o la capacità di regolazione degli impulsi), fornendo ai clinici gli strumenti necessari per descrivere lo stato psicologico del bambino e contestualizzarlo all'interno della fase di sviluppo che sta attraversando.

Accanto alla valutazione del funzionamento mentale, l'Asse PC (*Livelli di organizzazione della personalità emergente e difficoltà nell'infanzia*) permette di valutare il livello di organizzazione della personalità emergente del bambino, adottando il modello strutturale di Kernberg, lungo un continuum che va da un funzionamento sano a livelli progressivamente più compromessi, arrivando a configurazioni di tipo psicotico.

L'ADHD viene collocato nel terzo asse (*Asse SC - Pattern sintomatologici nell'infanzia: l'esperienza soggettiva*) all'interno del quale la sintomatologia viene considerata alla luce delle esperienze soggettive del bambino, considerando il modo in cui il sintomo viene interiorizzato e assume significato all'interno della sua esperienza emotiva e relazionale. In questo senso, il PDM-3 consente di comprendere l'ADHD non solo in termini di manifestazioni comportamentali osservabili, ma come espressione di un funzionamento psicologico complesso, in cui sintomi, funzionamento mentale e l'organizzazione di personalità si influenzano reciprocamente. In questa nuova edizione, il Manuale avanza anche una proposta clinica basata sulle ricerche empiriche più recenti, che prevede la possibilità di descrivere pattern emergenti di personalità intesi come configurazioni ancora in evoluzione del funzionamento di personalità del bambino. Tali pattern non vengono dunque concepiti come strutture di personalità consolidate, né da intendersi come diagnosi di disturbi di personalità, bensì come modalità ricorrenti di organizzazione dell'esperienza di Sé, dell'altro e degli affetti, suscettibili di cambiamento nel corso dello sviluppo.

Questa proposta trova fondamento empirico negli studi condotti con il Child Personality Assessment Procedure Q-Sort (Fortunato et al., 2021), uno strumento di valutazione clinician-report sviluppato per bambini di età compresa tra i 4 e gli 11 anni, che consente di identificare differenti configurazioni di pattern di personalità emergenti, offrendo una lettura articolata delle modalità con cui il bambino organizza l'esperienza emotiva e relazionale. In linea con il modello del PDM-3, tali pattern permettono di comprendere come la sintomatologia si inserisca nel funzionamento complessivo del paziente, evitando una lettura frammentata o esclusivamente categoriale del quadro clinico.

L'applicazione di questa prospettiva risulta particolarmente interessante nel caso dell'ADHD,

condizione caratterizzata da una marcata eterogeneità clinica, che comprende una notevole variabilità di manifestazioni, individuali e relative a sottogruppi, le cui eziologie vanno da anomalie neurologiche a fattori sociali e ambientali. Alla luce di queste considerazioni, il presente studio si colloca all'interno dell'innovativa proposta clinica avanzata dal PDM-3 e sostenuta dagli studi sul CPAP-Q, con l'obiettivo di esplorare i pattern emergenti di personalità in un campione di bambini con ADHD, contribuendo ad una comprensione più approfondita del sintomo in relazione al bambino che lo manifesta, al fine di orientare in modo più mirato l'intervento clinico.

## Materiali e metodi

### Partecipanti

Lo studio ha coinvolto due gruppi di bambini di età compresa tra i 4 e gli 11 anni: un campione clinico composto da 30 bambini con diagnosi primaria di ADHD e un campione normativo di 30 bambini che non presentavano alcuna diagnosi psicopatologica. I dati del campione clinico sono stati forniti da un pool di psicologi, psicoterapeuti e neuropsichiatri dell'età evolutiva reclutati dall'elenco dei membri delle associazioni nazionali di psicoterapia dell'età evolutiva e da centri specializzati nel trattamento di minori. I bambini appartenenti a questo campione erano in valutazione o trattamento da almeno due mesi e non assumevano terapia farmacologica.

Il campione normativo è stato invece reclutato attraverso famiglie volontarie e valutato da clinici in formazione a seguito di incontri domiciliari. Lo studio è stato approvato dalla Commissione Etica del Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute dell'Università di Roma La Sapienza (n. 25/2017).

	<i>campione normativo</i>	<i>campione clinico</i>
N	30	30
N maschi	22	22
N femmine	8	8
Età media (anni)	9	9.5
Diagnosi	nessuna	ADHD
Età media madri (anni)	45	43,9
Età media padri (anni)	48	45,6
N coppie genitoriali conviventi/sposate	24	22
N coppie genitoriali separate/divorziate	6	8

Tab. 1 - Tabella riassuntiva delle caratteristiche dei due campioni

## Strumenti

### Child Behavior Checklist – Clinician Version

Il Child Behavior Checklist-Clinician Version (Achenbach, 1991) è un questionario che valuta le difficoltà comportamentali ed emotive e le competenze sociali in bambini e adolescenti. Permette di esplorare un ampio spettro di caratteristiche evolutive, valutando il comportamento attraverso due scale che indagano rispettivamente sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. È composto da 128 items raggruppati in 11 scale che valutano le problematiche del bambino e 4 scale che ne valutano le competenze a cui il clinico può rispondere su una scala a 3 punti che va da 0 (non vero/per niente o mai) a 2 (molto vero/spesso). Analogamente alle versioni parent e teacher report, la versione clinician report dello strumento ha dimostrato alti livelli di validità e attendibilità (Achenbach, 1991; Achenbach e Rescorla, 2000). In uno studio di validazione italiana (Frigerio et al., 2004), le scale hanno inoltre dimostrato di avere una coerenza interna soddisfacente con alti valori dei coefficienti alpha, il che evidenzia una buona applicabilità dello strumento in Italia.

### Child Personality Assessment Procedure Q-Sort

Il CPAP-Q (Fortunato et al., 2021) è uno strumento clinician-report ideato per l'assessment dei pattern emergenti di personalità infantili nei bambini dai 4 agli 11 anni. Si basa su una metodologia Q-Sort, molto utilizzata nell'assessment di personalità (Westen et al., 2003, 2014; Westen e Shedler, 1999, 1999b). Lo strumento è composto da 200 item formulati in modo semplice, ateoretico e non gergale, che il clinico è portato ad ordinare in otto categorie in base al grado con il quale questi descrivono il paziente. Il punteggio 0 viene attribuito agli item che sono irrilevanti o che non descrivono per nulla il paziente; il punteggio 7 viene assegnato agli item considerati altamente descrittivi; i punteggi intermedi vengono attribuiti agli item che descrivono il bambino a vari livelli. Lo strumento identifica 7 prototipi diagnostici di pattern emergenti di personalità empiricamente derivati che hanno dimostrato buoni livelli di validità e attendibilità (Fortunato et al., 2021):

1. Alto funzionamento
2. Borderline/Impulsivo
3. Borderline/Disregolato
4. Schizoide
5. Inibito/Autocritico
6. Ossessivo
7. Disforico/Dipendente

È opportuno precisare che le denominazioni utilizzate per indicare i pattern emergenti di personalità del CPAP-Q non coincidono pienamente con quelle riportate nel PDM-3. Tale differenza nasce dal fatto che le presenti categorie sono state derivate empiricamente, mentre quelle inserite all'interno del Manuale e nate sulla base di tali studi, sono state modificate per evitare l'impiego di terminologie potenzialmente fuorvianti (come l'utilizzo del termine "borderline", già usato per descrivere l'organizzazione di personalità). Al di là delle differenze terminologiche, la descrizione dei pattern rimane sostanzialmente sovrapponibile e coerente con quelli descritti nel PDM-3.

## **Analisi dei dati**

Tutte le analisi statistiche sono state svolte utilizzando SPSS 24 per Windows (IBM, Armonk, NY). È stato calcolato un T-test per campioni indipendenti tra le scale del CBCL dei due campioni per verificare se questi fossero effettivamente diversi tra loro e che le loro differenze non fossero legate all'azione del caso. Sono state poi condotte analisi descrittive finalizzate ad esplorare la distribuzione dei pattern di personalità nei due campioni.

## **Risultati**

I risultati ottenuti al T-test per campioni indipendenti svolto sulle scale del CBCL (Tabella 2) mostrano che le medie del campione normativo e di quello clinico sono significativamente diverse tra loro e che questa differenza non è attribuibile all'azione del caso.

Proseguendo con le analisi, anche il T-test per campioni indipendenti svolto sulle scale dei pattern emergenti di personalità del CPAP-Q (Tabella 3) ha mostrato delle differenze significative nei due campioni. L'unica eccezione è data dal pattern emergente di personalità ossessivo, che per poco non risulta significativo ( $p = 0.051$ ). Questo può essere spiegato dal fatto che i tratti ossessivi nei bambini molto spesso vengono valutati come positivi e non come disadattivi, soprattutto nel contesto scolastico. Per questo motivo, anche se di poco, non si nota una differenza significativa per questo pattern di personalità tra il gruppo clinico e quello normativo. In linea con i dati ottenuti al T-test per campioni indipendenti sulle scale del CPAP-Q, l'istogramma 1 permette di confrontare i due campioni sulla base delle medie dei punteggi grezzi ottenuti alla scala del pattern emergente di personalità ad alto funzionamento e ai pattern emergenti disfunzionali valutati con il CPAP-Q. Come atteso, è possibile osservare punteggi mediamente più alti alle scale dei pattern emergenti di personalità disfunzionali nel campione clinico rispetto al normativo e, al contrario, punteggi più alti al pattern emergente di personalità ad alto funzionamento nel campione normativo rispetto a quello clinico.

Scale CBCL	Campione normativo		Campione clinico		<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>		
Ansia/Depressione	3,77	3,38	7,17	5,246	-2,984**	58
Ritiro/Depressione	1,27	1,311	2,87	3,126	-2,585*	58
Lamentele Somatiche	0,9	1,348	2,47	3,17	-2,491*	58
Problemi Sociali	1,8	2,219	5,87	3,148	-5,783***	52,109
Problemi di pensiero	1,4	1,522	3,77	3,626	-3,296**	58
Problemi Attenzione	2,93	3,129	11,4	3,49	-9,894***	57,321
Trasgressione Regole	2,47	2,255	4,6	3,719	-2,686**	47,781
Comportamenti Aggressivi	2,93	2,864	13,27	6,695	-7,772***	58
Scala dei Problemi Internalizzanti	5,93	4,37	12,5	9,811	-3,349***	58
Scala dei Problemi esternalizzanti	5,4	4,415	17,87	9,744	-6,383***	58
Profilo Totale	21,6	14,665	55,57	22,093	-7,016***	58
Problemi affettivi	1,63	1,752	4,7	3,761	-4,048***	58
Problemi di ansia	3,2	2,631	5	3,62	-2,203*	52,959
Problemi somatici	0,23	0,774	1,43	2,622	-2,404*	58
Deficit dell'Attenzione/iperattività	2,57	2,609	9,27	2,651	-9,866***	57,985
Problemi Oppositivo-Provocatoria	1,37	1,671	5,47	2,403	-7,673***	51,729
Problemi della Condotta	2,57	2,3	6,07	5,477	-3,227*	58

Tab. 2 - T-test sulle scale del CBCL<sup>b</sup> nei due campioni (N campione normativo = 30; N campione clinico = 30)

<sup>b</sup>Child Behavior Checklist – Clinician Version (Achenbach, 1991); \*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Scale CPAP-Q	Campione normativo		Campione clinico		<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>		
Alto funzionamento	97,93	15,702	57,37	20,827	8,519***	53,917
Borderline/Impulsivo	20,47	16,137	63,7	24,655	-8,036***	58
Borderline/Disregolato	24,83	15,596	54,2	19	-6,544***	55,878
Schizoide	17,8	13,069	45,07	17,599	-6,813***	58
Inibito/Autocritico	35,3	21,983	52,23	21,352	-3,026**	57,951
Ossessivo	41,1	16,635	49,27	21,133	-1,663	54,967
Disforico/Dipendente	25,03	17,079	48,53	19,024	-5,035***	57,338

Tab. 3 - T-test sulle scale del CPAP-Q<sup>a</sup> nei due campioni (N campione normativo = 30; N campione clinico = 30)

<sup>a</sup> Childhood Personality Assessment Procedure-Q Sort (Fortunato et al., 2021); \*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

Il seguente istogramma (fig.1) riporta il confronto tra i punteggi medi ottenuti alle scale di personalità sana e disfunzionale del CPAP-Q<sup>a</sup> nei due campioni.

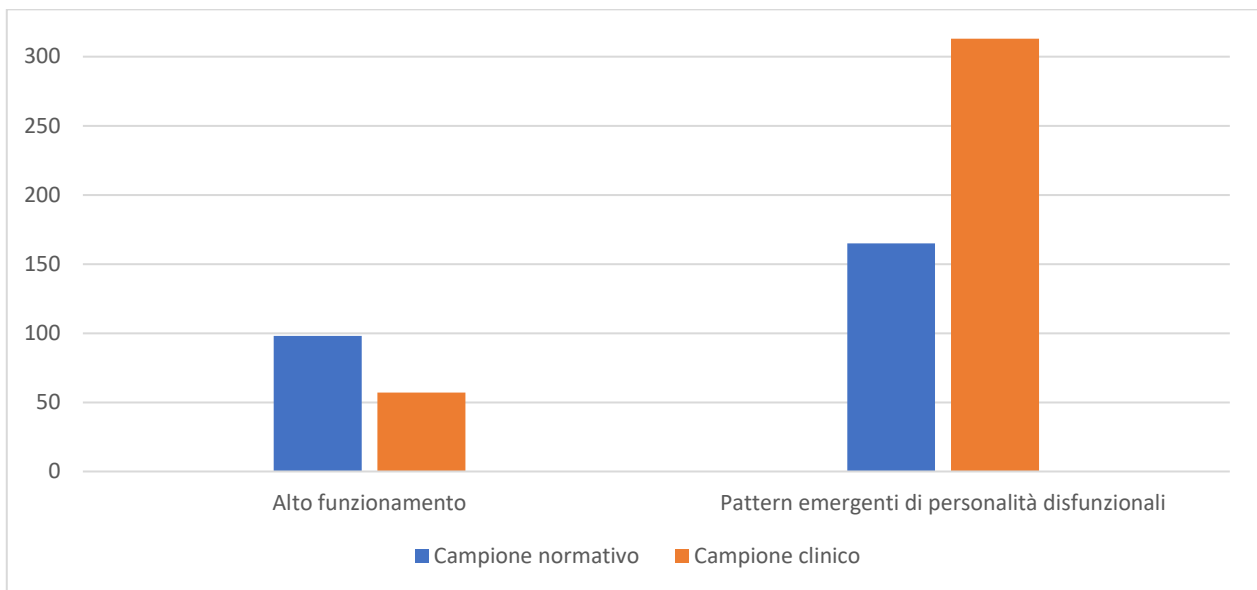


Fig. 1 - Childhood Personality Assessment Procedure-Q Sort (Fortunato et al., 2021)

Il secondo istogramma (fig. 2) permette invece di confrontare visivamente le medie dei punteggi grezzi ottenuti ad ogni scala del CPAP-Q in entrambi i campioni, fornendo una panoramica più specifica delle caratteristiche di personalità predominanti nei due gruppi.

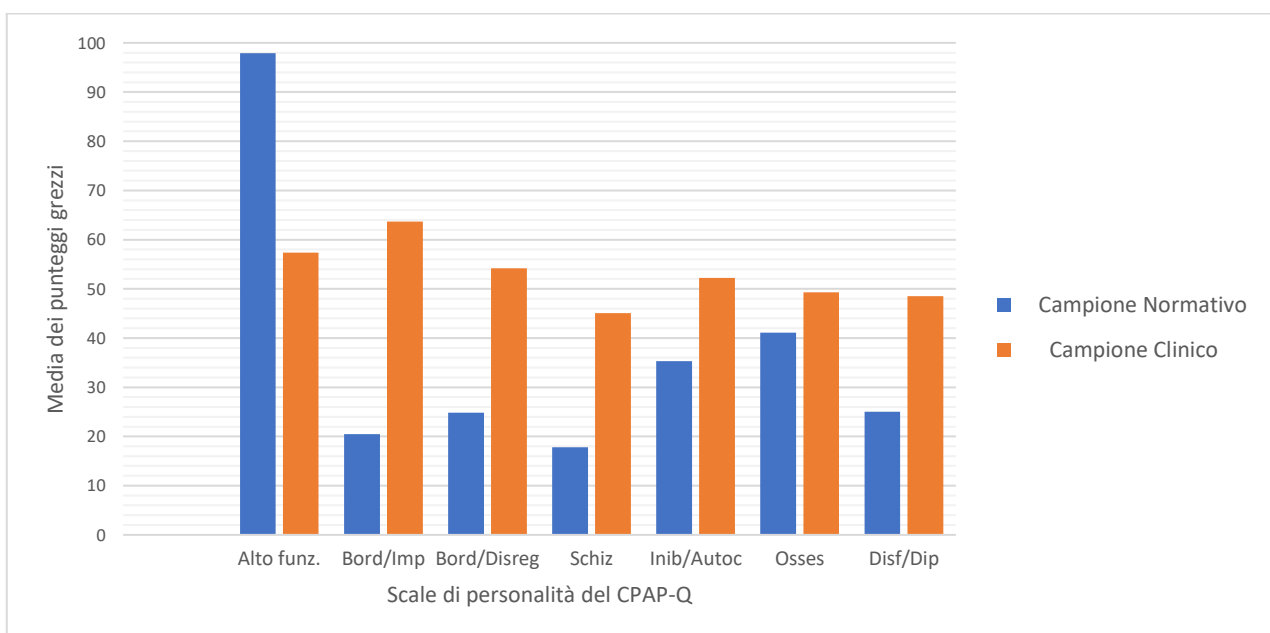


Fig. 2 - Childhood Personality Assessment Procedure-Q Sort (Fortunato et al., 2021)

A differenza del campione normativo, che presenta per la maggior parte un pattern emergente di personalità ad alto funzionamento, la distribuzione dei profili di personalità nel campione clinico evidenzia una marcata eterogeneità nonostante sia composto da bambini che presentano la stessa diagnosi clinica. Il pattern predominante risulta essere quello borderline/impulsivo, seguito da quello ad alto funzionamento e dal borderline/disregolato, che supera di poco il profilo inibito/autocritico, l'ossessivo, il disforico/dipendente e lo schizoide.

## Discussione

I risultati ottenuti sottolineano il valore clinico della valutazione della personalità in età evolutiva. Nel complesso, il campione clinico mostra un funzionamento di personalità maggiormente compromesso rispetto al campione normativo, evidenziato dalla presenza di punteggi medi significativamente più elevati sulle scale dei pattern emergenti di personalità disfunzionali.

Questo dato suggerisce l'importanza di considerare, accanto alla dimensione sintomatologica, anche la progettazione di un intervento che tenga conto del funzionamento di personalità, dimensione che inevitabilmente influenza e al tempo stesso è influenzata dai sintomi, essendo la personalità una diatesi significativa per la psicopatologia.

Allo stesso tempo, l'eterogeneità dei pattern emergenti di personalità osservata nel campione clinico indica che la diagnosi di ADHD, se considerata dal punto di vista meramente sintomatologico, rischia di mascherare differenze psicologiche informative del funzionamento del paziente, che possono essere rilevanti per la formulazione del caso e per il trattamento.

Ad esempio, nei casi in cui l'ADHD si inserisce all'interno di un pattern emergente di personalità ad alto funzionamento, la sintomatologia, inserendosi in una struttura psicologica integra, può essere letta prevalentemente in termini di difficoltà nelle funzioni esecutive, con buone risorse di integrazione dell'esperienza emotiva e relazionale. In questi casi gli interventi possono focalizzarsi maggiormente sugli aspetti sintomatologici e sul supporto delle funzioni esecutive stesse, sostenendo le risorse già presenti. I bambini con questo pattern emergente di personalità, infatti, mostrano in genere un senso di Sé coeso, un esame di realtà intatto e gestiscono bene la loro autostima.

In linea con la letteratura sulla comorbilità tra ADHD e personalità borderline in adolescenti e adulti (Tiger et al., 2022; O'Grady e Hinshaw, 2023) all'interno del campione clinico i pattern emergenti di personalità borderline disregolato e impulsivo risultano essere i più diffusi.

Contrariamente al primo caso, una sintomatologia ADHD inserita all'interno di questa configurazione di personalità suggerisce che, in questi casi, le difficoltà comportamentali e attentive possano rappresentare l'espressione di difficoltà più profonde nella sfera della regolazione affettiva.

Questi bambini sono infatti caratterizzati da instabilità dell'umore, impulsività, rabbia e utilizzano principalmente difese di livello immaturo. Tendono a sperimentare rapidi cambiamenti emotivi che li portano ad esprimere le emozioni in modo teatrale o attraverso la somatizzazione. Spesso instaurano relazioni instabili sia con i coetanei che con gli adulti ed hanno un senso di Sé fragile, che oscilla di frequente tra attribuzioni positive e negative.

Nei casi in cui il funzionamento risulta maggiormente compromesso, dunque, le difficoltà attentive e comportamentali si inseriscono in un quadro più complesso. In tali situazioni un intervento centrato esclusivamente sui sintomi rischia di risultare inefficace, rendendo necessario un lavoro clinico maggiormente orientato alla sfera della regolazione delle emozioni e alla creazione di un senso di Sé coeso.

I punteggi elevati riscontrati sulla scala del pattern emergente di personalità inibito/autocritico possono invece descrivere bambini che tendono all'isolamento, che provano un'eccessiva vergogna e che manifestano eccessiva insicurezza. In questo caso si potrebbe ipotizzare che le difficoltà scolastiche e sociali dovute a deficit dell'attenzione e della concentrazione potrebbero contribuire al crescere del senso di inadeguatezza del bambino, portandolo ad evitare situazioni sociali, diventando in questo modo sempre più dipendente dai propri caregiver e sviluppando spesso una sintomatologia ansiosa o depressiva. Questo può portarlo a voler evitare la scuola e le relazioni con i coetanei, ma poiché il ritiro nella maggior parte delle volte non è percepito come pericoloso nei confronti degli altri, gli insegnanti o i genitori potrebbero non preoccuparsi e sottostimare tale sintomo.

Questi bambini provengono spesso da famiglie disfunzionali con caregiver dominanti, inaffidabili e intrusivi, che scoraggiano l'autonomia e premiano la dipendenza. In questo caso il trattamento, più che puntare esclusivamente all'eliminazione del sintomo, dovrebbe favorire la costruzione della relazione terapeutica all'interno della quale il bambino riesca a sviluppare sicurezza e autonomia.

Punteggi elevati sulla scala del pattern emergente di personalità ossessivo, caratterizzato da pensieri ruminanti, rigidità e testardaggine, spesso accompagnate da rituali compulsivi, in questo caso suggeriscono che in alcuni bambini con ADHD tale rigidità possa assumere una funzione compensatoria. Queste caratteristiche potrebbero infatti essere finalizzate a ridurre l'ansia e a mantenere un senso di controllo di fronte alle difficoltà attentive e di regolazione emotiva tipiche del disturbo. In questa prospettiva i tratti ossessivi non si configurano dunque come espressione di un funzionamento adattivo, ma come tentativi di contenimento di una fragilità sottostante.

Rispetto al campione normativo, infine, il campione clinico presenta un punteggio medio molto più alto anche sulla scala del pattern emergente di personalità schizoide. Il PDM-3 descrive questi bambini come timidi, introversi e ritirati, che utilizzano difese come la scissione, la proiezione, l'identificazione proiettiva e il ritiro nella fantasia, che possono comportare una confusione tra il loro

mondo interno e la realtà esterna e per questo possono condurre a difficoltà di concentrazione ed eccessiva frustrazione. Nei casi più compromessi questo pattern può portare allo sviluppo di disturbi più gravi, come sintomi schizotipici o psicotici. In questi casi l'intervento terapeutico necessita di diverse specificità rispetto ad altri profili.

## Conclusioni

I risultati ottenuti evidenziano come la valutazione della personalità, anche in questa fase di vita, possa orientare in modo significativo la formulazione del caso clinico e la pianificazione del trattamento. Interventi centrati esclusivamente sul sintomo, infatti, rischiano di risultare insufficienti nei casi caratterizzati da maggiore fragilità, mentre possono rivelarsi più adeguati nei profili ad alto funzionamento.

In questo senso, la nuova proposta clinica avanzata dal PDM-3 si rivela un utile strumento per la comprensione del paziente, in grado di informare il clinico sulla direzione in cui lo sviluppo del bambino sta proseguendo, in modo da intervenire in un'ottica preventiva.

L'identificazione del pattern emergente di personalità può infatti permettere di intervenire precocemente su traiettorie di sviluppo potenzialmente patologiche, riducendo in questo modo il rischio di una strutturazione più stabile di un disturbo di personalità in adolescenza e in età adulta.

## Bibliografia

- Achenbach T.M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*, University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach T.M. e Rescorla L.A. (2000), *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*, «Research Center for Children, Youth, & Families», vol. 30
- Chang C.C., Chen Y.M., Hsiao R.C., Chou W.J. e Yen C.F. (2021), *Affiliate Stigma in Caregivers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Roles of Stress-Coping Orientations and Parental Child-Rearing Styles*, «International journal of environmental research and public health», vol. 18, n. 17, DOI: 10.3390/ijerph18179004
- De Veen B.T.H., Knollmann M., Van Dongen-Boomsma M., Herpers P.C.M., Spitzcok von Brisinski I., Hebebrand J., Scholte R.H.J., Staal W.G. e Reissner V. (2025), *School Absence and Mental Health in a Help-Seeking Sample From Child and Adolescent Psychiatry*, «Clinical child psychology and psychiatry», vol. 31, n. 2, pp. 721-743, DOI: 10.1177/13591045251400395

- Fortunato A., Tanzilli A., Lingiardi V. e Speranza A. (2021), *The CPAP-Q: A Q-sort assessment procedure for assessing traits and emerging personality patterns in childhood*, «Acta Psychologica», vol. 229, DOI: 10.1016/j.actpsy.2022.103688
- Foulds J.A., Boden J.M., Kerr J.A., Douglas K.M., Pettie M., Young J.T., Taylor M.R., Donovan K. e Porter R. (2025), *Long-term outcomes associated with adolescent ADHD symptomatology: birth cohort studyn*, «The British journal of psychiatry: the journal of mental science», pp. 1-8, DOI: 10.1192/bjp.2025.10475
- Frigerio A., Cattaneo C., Cataldo M., Schiatti A., Molteni M. e Battaglia M. (2004), *Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers*, «European Journal of Psychological Assessment», vol. 20, n. 2, pp. 124-133, DOI: 10.1027/1015-5759.20.2.124
- Jongrakthanakij N., Prachason T., Limsuwan N., Kiatrungrit K., Thongpan M., Lorterapong P., Wisajun P. e Jullagate S. (2026), *From ADHD symptoms to parental stress: The roles of functional impairment, family functioning, and parental ADHD*, «PloS one», vol. 21, n. 1, DOI: 10.1371/journal.pone.0341817
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2025), *The Psychodynamic Diagnostic Manual, 3rd edition (PDM-3)*, «World Psychiatry», vol. 24, n. 3, pp. 442-443, DOI: 10.1002/wps.21361
- Liu Z., Yin W., Chen Z., He W., Zhang Z., Sun S. e Yu M. (2025), *The mechanism of social interaction deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder children: the role of cognitive flexibility*, «Frontiers in psychiatry», vol. 16, n. 1691228, DOI: 10.3389/fpsy.2025.1691228
- O'Grady S.M. e Hinshaw S.P. (2023), *Developmental predictors of young adult borderline personality disorder: a prospective, longitudinal study of females with and without childhood ADHD*, «BMC psychiatry», vol. 23, n. 106, DOI: 10.1186/s12888-023-04515-3
- Pagerols M., Autet A., Prat R., Pagespetit È., Andreu M., Español-Martín G., Martínez L., Puigbó J., Prat G., Casas M. e Bosch R. (2026), *The negative impact of neurodevelopmental disorders and multiple co-occurring conditions on academic performance of school-age children and adolescents*, «Scientific reports», vol. 16, n. 2406, DOI: 10.1038/s41598-025-27769-1
- Pozo-Rodríguez M., Cruz S., Conde-Pumpido-Zubizarreta S., Carracedo A., Tubio-Fungueiriño M. e Fernández-Prieto M. (2026), *A systematic review on the association between executive function and emotional regulation in autism, ADHD, and autism/ADHD*, «Neuroscience and biobehavioral reviews», vol. 183, n. 106570, DOI: 10.1016/j.neubiorev.2026.106570
- Stern A. e Lamash L. (2025), *Associations between identity perception, symptom severity, and quality of life in adolescents with ADHD*, «Scientific reports», vol. 15, n. 1, DOI: 10.1038/s41598-025-26963-5

- Storebø O.J., Elmoose Andersen M., Skoog M., Joost Hansen S., Simonsen E., Pedersen N., Tendal B., Callesen H.E., Faltinsen E. e Gluud C. (2019), *Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (Adhd) in children aged 5 to 18 years*, «Cochrane Database of Systematic Reviews», vol. 6, DOI: 10.1002/14651858.CD008223.pub3
- Tiger A., Ohlis A., Bjureberg J., Lundström S., Lichtenstein P., Larsson H., Hellner C., Kuja-Halkola R. e Jayaram-Lindström N. (2022), *Childhood symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder*, «Acta psychiatrica Scandinavica», vol. 146, n. 4, pp. 370-380, DOI: 10.1111/acps.13476
- Wang L., Peng X., Dong H., Ma C., Liang G., Zhao W., Jia F. e Du L. (2026), *The effect of Ecological Executive Skills training on emotional problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder*, «BMC psychiatry», vol. 26, n. 112, DOI: 10.1186/s12888-025-07748-6.
- Westen D., Shedler J. e Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP- 200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Westen D., DeFife J.A., Malone J.C. e DiLallo J. (2014), *An empirically derived classification of adolescent personality disorders*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry», vol. 53, n. 5, pp. 528-549, DOI: 10.1016/j.jaac.2013.12.030
- Westen D. e Shedler J. (1999°), *Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method*, «American Journal of Psychiatry», vol. 156, pp. 258-272
- Westen D. e Shedler J. (1999b), *Revising and assessing axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders*, «American Journal of Psychiatry», vol. 156, pp. 273-285
- Zhao Y., Xiao Z., Chen Z. e Song Y. (2025), *A Comparative Network Analysis of Parenting Stress and Affiliate Stigma in Parents of Children With ASD and ADHD*, «Clinical psychology & psychotherapy», vol. 32, n. 6, DOI: 10.1002/cpp.70205