

Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità



Ilario Mammone*, Giancarlo Dimaggio**

Ricevuto il 5 febbraio 2023

Accettato il 5 giugno 2023

Sommario

Questa review si concentra sugli aspetti diagnostici e sul trattamento del Disturbo Evitante di Personalità (DE). Gli studi attuali sottolineano la stretta relazione tra DE e Disturbo d'Ansia Sociale e la relativa stabilità dei sintomi oltre che l'impatto in termini sociali ed economici. Le scarse evidenze empiriche mostrano risultati promettenti per gli interventi psicoterapici, in particolare per le terapie di orientamento cognitivo-comportamentale, anche di terza onda. Mancano a oggi studi randomizzati sufficientemente solidi, mentre stanno aparendo recentemente alcuni lavori su gruppi di pazienti con grave DE trattati grazie a una comprensione accurata della psicopatologia. Complessivamente, allo stato dell'arte, è possibile suggerire alcuni obiettivi generali di medio-lungo termine da tenere in considerazione nel trattamento di questi pazienti. Gli approcci terapeutici dovrebbero mirare ai pattern pervasivi di inibizione e ritiro sociale, ai sentimenti di inadeguatezza e all'ipersensibilità verso il giudizio negativo e il rifiuto. Sarebbe utile anche puntare al miglioramento delle funzioni riflessive e metacognitive, a interrompere i processi di rimuginio e ruminazione. Allo stato attuale sappiamo che il DE è un disturbo con importanti problemi sintomatici e sociali e sono urgentemente necessari studi randomizzati controllati per definire meglio come trattarlo con efficacia.

Parole chiave: Disturbo Evitante di Personalità, ritiro sociale, linee guida, psicoterapia.

* Centro Clinico Sinergie; via Dancalia 5 – 00185 Roma; e-mail: ilariomammone@gmail.com.

** Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale; via Orazio, 3 – 00193 Roma; e-mail: gdimaje@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 52/2023
DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16175

Good clinical practices for Avoidant Personality Disorder

Abstract

This review focuses on the diagnostic aspects of and the treatments for Avoidant Personality Disorder (AvPD). Current studies underline the close relationship between AvPD and social anxiety disorder and the stability of symptoms as well as the social and economic impact of the disorder. Although little empirical evidence exists, data in favor of psychotherapeutic interventions appear to be promising. Particularly encouraging are findings from cognitive-behavioral orientation therapies, including third wave ones. While studies on patients with severe AvPD are appearing, sufficiently powered randomized controlled trials are still lacking. The available evidence suggests some medium to long term goals to be pursued, that is overcoming patterns of inhibition and social withdrawal, regulating feelings of inadequacy and sensitivity to social criticism, and tackling rejection sensitivity. Sustaining reflexive and metacognitive capacities and interrupting repetitive thinking is also suggested. We currently know that AvPD is a disorder with serious symptom comorbidity and social problems, and larger randomized clinical trials are urgently needed to advance our understanding on how to best treat it.

Keywords: Avoidant Personality Disorder, social withdrawal, guidelines, psychotherapy.

Introduzione

Il Disturbo Evitante (DE) è uno tra i disturbi di personalità (DP) più diffusi (Torgersen *et al.*, 2001; Zimmerman *et al.*, 2005) e comporta rilevanti problematiche di adattamento e funzionamento sociale (Cramer *et al.*, 2006; Ullrich *et al.*, 2007) oltre che ingenti costi economici (Soeteman *et al.*, 2008).

Gli individui con DE mostrano sin dall'infanzia uno specifico pattern comportamentale, caratterizzato da inibizione sociale, estrema timidezza, sensibilità al giudizio negativo e al rifiuto, derivanti da un'idea nucleare e persistente di inadeguatezza e inferiorità nei confronti degli altri, insieme all'aspettativa di essere giudicati male e rifiutati (APA, 2022), con senso di identità scarsamente integrato, difficoltà nella gestione delle emozioni negative e scarsa agency (Sørensen *et al.*, 2019). Di conseguenza, mettono in atto un marcato evitamento delle interazioni sociali, percependosi come indesiderati ed emarginati dalle altre persone, e hanno tipicamente una scarsa rete sociale (Sanislow & Hector, 2020). Spesso, il loro estremo bisogno di sicurezze e certezze, a cui si associa bassa autostima e ipersensibilità al rifiuto, li porta ad avere notevoli limitazioni nella vita quotidiana e a sovrastimare le probabilità che si presentino problemi e pericoli, soprattutto di natura interpersonale. Comprensibilmente, i principali problemi riguarderanno la sfera relazionale e lavorativa (Sperry, 2016).

Per diagnosticare un DE, il pattern descritto deve essere stabile nel tempo, la risposta a una varietà di situazioni deve essere sufficientemente rigida determinando un'estrema deviazione dal comportamento medio nel background socio-culturale del soggetto. Millon ne concepì l'essenza come caratterizzata da «un desiderio di relazionarsi con gli altri, che tuttavia è frustrato a causa dell'iper-sensibilità agli stimoli sociali e dell'iper-reattività all'umore e ai sentimenti degli altri» (Millon, 1981), descrivendo la presenza di un modello interpersonale di *ritiro attivo*, specialmente quando si prospetta il rischio di una critica (Millon & Everly, 1985).

A partire dal DSM-5 (APA, 2013) il DE è stato inserito tra i DP del Cluster C, che annovera disturbi con prevalenti manifestazioni comportamentali ansiose o inibite. Sebbene questi soggetti siano ritenuti più trattabili di quelli appartenenti ai cluster A e B, il DE è stato finora sottovalutato e scarsamente studiato in ambito clinico (Sperry, 2016), probabilmente a causa dei dubbi riguardanti la sua specificità rispetto ad altri disturbi, in particolare il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS) e, in misura minore, i DP schizoide e dipendente. Non a caso è stato uno degli ultimi a essere incluso nella classificazione.

Secondo l'ipotesi del *continuum di gravità*, il DE è considerato una variante grave del DAS (Heimberg, 1996). Infatti, la maggior parte degli studi clinici controllati sono incentrati sul DAS con o senza DE (Lampe & Malhi, 2018), tanto che qualche anno fa un tentativo di revisione sistematica in *Cochrane Library* è fallito per carenza di studi (Weinbrecht *et al.*, 2016). Sebbene molti dei criteri del DAS e del DE possano sovrapporsi, tanto che il dibattito su quale sia il confine tra DE e DAS rimane tuttora aperto (Dalrymple, 2012), il DSM fa una distinzione concettuale tra le due condizioni cliniche: mentre nel DE, l'evitamento scaturisce essenzialmente da una bassa autostima e dalla paura del rifiuto, manifestandosi in tutte le situazioni sociali, nel DAS la paura e l'evitamento sarebbero più circoscritti a situazioni con estranei e sarebbero focalizzati sull'idea che gli altri possano vedere e giudicare i sintomi dell'ansia, quali il rossore, i tremori, la sudorazione, ecc. Inoltre, i domini dell'intimità e dell'attaccamento risultano essere gravemente disturbati soprattutto nel DE e la capacità di comprendere gli stati mentali (Pellecchia *et al.*, 2018) è più scarsa rispetto ai pazienti con DAS.

Prevalenza

La prevalenza *lifetime* stimata è di circa il 2% (Cox *et al.*, 2009), sebbene questo dato non sia uniformemente condiviso (Trull *et al.*, 2010). I dati sulla differenza di sesso e sull'età di insorgenza sono troppo frammentari

e contraddittori per poter trarre conclusioni affidabili (Grant *et al.*, 2004; Lenzenweger *et al.*, 2007). Sicuramente, si può osservare come la prevalenza aumenti di molto all'interno delle popolazioni cliniche, variando dal 5% a oltre il 50% (Torgersen, 2012).

I principali studi epidemiologici hanno riportato una serie di deficit nelle dimensioni *psicologica, sociale e somatica* (Gunderson *et al.*, 2000; Olsson & Dahl, 2012). I livelli di compromissione nel DE risulterebbero meno gravi del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e del Disturbo Schizotipico, ma più gravi rispetto al Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e al Disturbo Depressivo Maggiore (Skodol, Gunderson *et al.*, 2005). Le persone con DE hanno mediamente un livello di istruzione inferiore, minori probabilità di sposarsi, convivere e lavorare, tanto da ricorrere più spesso a sussidi di invalidità, con livelli gravi di disagio soggettivo e bassa autoefficacia percepita, presenza di disturbi del funzionamento psichico e ridotta qualità della vita (Olsson & Dahl, 2012; Wilberg *et al.*, 2009).

Comorbidità

La presenza di DE associato a DAS comporta una maggiore gravità dei sintomi (Herbert *et al.*, 1992) e una prognosi nettamente peggiore (Massion *et al.*, 2002). In particolare, gli episodi di ansia sociale sono più duraturi e il rischio di recidiva è quadruplicato nel caso in cui all'inizio del trattamento sia presente comorbidità con DE (Ansell *et al.*, 2011). Ci sono prove a sostegno dell'ipotesi che, anche se trattati, gli individui con DAS + DE mantengano più sintomi o sperimentino più recidive (Eskildsen *et al.*, 2010) e che i tratti evitanti siano più stabili (Kvarstein & Karterud, 2012). Il DE è associato anche ad altri disturbi d'ansia (Eikenaes *et al.*, 2015): una percentuale significativa di pazienti con Disturbo di Panico presenta caratteristiche del DE (Arntz, 1999); così come pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Pinto *et al.*, 2006; Prabhu *et al.*, 2013) e Disturbo d'Ansia Generalizzato (Garyfallos *et al.*, 1999). Il DE mostra alti tassi di comorbidità con altri DP, in particolare all'interno del cluster C (Lampe & Malhi, 2018; Skodol *et al.*, 2011; Weinbrecht *et al.*, 2016). Ad esempio, il 59% degli individui con DP dipendente soddisfano anche i criteri per il DE (Stuart *et al.*, 1998). Il DE si può presentare in comorbidità con depressione, con abuso di sostanze e, secondo alcuni dati, può essere associato a rischio suicidario (Cox *et al.*, 2009; Lampe & Sunderland, 2015). Una diagnosi di DE sembra aumentare anche il rischio di depressione post-partum (Oddo-Sommerfeld *et al.*, 2016) e comportare un peggioramento degli esiti del trattamento (Oleski *et al.*, 2012). È

frequente l'associazione con alcuni disturbi dell'alimentazione, come l'Anoressia Nervosa e il Binge Eating (Farstad *et al.*, 2016). Recentemente è stato osservato come il DE rappresenti la comorbidità più comune nei casi di *Hikikomori* (Teo *et al.*, 2015) che consiste in una forma grave di isolamento sociale volontario osservata più spesso in individui di età giovane (Kato *et al.*, 2020). Il DE è dunque una condizione clinica diffusa e comune, con un impatto rilevante sulla prognosi dei disturbi in comorbidità. In caso di trattamenti difficoltosi di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi del comportamento alimentare, è quindi opportuno fare un assessment volto a individuare la presenza di disturbo o tratti di personalità evitanti.

Decorso

Il decorso è variabile, di solito questi pazienti si raccontano timidi e inibiti socialmente sin dall'infanzia. Col passare del tempo tali aspetti possono diventare così gravi e disadattivi da indurre il soggetto a rivolgersi a uno specialista. I sintomi sembrano gradualmente migliorare con l'età (APA, 2022), ma in più della metà dei pazienti la diagnosi tende a rimanere stabile (Skodol *et al.*, 2005). Alcuni sintomi, quali il "percepirsi inetti e inferiori", persistono più di altri, mentre altri, come il "ritiro dalle situazioni sociali e professionali", sembrano più variabili (McGlashan *et al.*, 2005). Secondo alcuni studi il numero di criteri diagnostici diminuisce nell'arco di dieci anni (Gjerde *et al.*, 2015; Sanislow *et al.*, 2009).

Trattamento

Ad oggi, sono stati realizzati pochi RCT specifici per il trattamento del DE. Tuttavia, vari studi indicano che i trattamenti psicologici possono essere utili, benché non vi siano sufficienti evidenze per sostenere che un trattamento sia preferibile a un altro (Bartak *et al.*, 2010; Coid *et al.*, 2006; Lampe & Malhi, 2018; Simonsen *et al.*, 2019; Weinbrecht *et al.*, 2016).

Non vi sono attualmente farmaci registrati e generalmente si ritiene che la farmacoterapia non sia efficace. Gli approcci psicoterapici più frequenti sono terapie a orientamento cognitivo-comportamentale e psicodinamico (Cambridge Handbook of Personality Disorders, 2020).

Le Terapie Cognitivo-Comportamentali (Cognitive Behavioral Therapies – CBT) comprendono lo sviluppo di una formulazione individualizzata (Clark & Wells, 1995), l'identificazione delle idee disfunzionali, l'indivi-

duazione di cognizioni e credenze più adattive, e la messa a punto di esperimenti comportamentali per sfidare i tipici “comportamenti di sicurezza” (Emmelkamp *et al.*, 2006; Rees & Pritchard, 2015). Preliminare a ogni intervento è la creazione dell’empirismo collaborativo (Beck *et al.*, 2015), ossia un clima di fiducia e cooperazione finalizzato al coinvolgimento nel trattamento. Questo passaggio è cruciale nella terapia del DE proprio per la difficoltà che tali soggetti incontrano nel partecipare attivamente a qualsiasi forma di trattamento. Ad esempio, nella fase iniziale dell’intervento è frequente che i pazienti mettano in atto test di fiducia o che adottino i loro schemi consolidati di evitamento, mostrando difficoltà a rispettare le regole del setting o cancellando gli appuntamenti. Il terapeuta deve inoltre essere sempre molto cauto nell’uso di tecniche cognitive basate sul confronto e sulla disputa diretta. Soprattutto è importante non impegnare prematuramente il paziente nella confutazione dei pensieri automatici e degli schemi, poiché tali sfide possono essere facilmente interpretate come critiche personali. Tali tecniche vanno usate solo nel momento in cui la relazione terapeutica è solida e il paziente è pienamente impegnato nella terapia. Generalmente, un approccio basato sulla collaborazione e sulla scoperta guidata avrà più probabilità di essere accettato e condiviso. Già in una fase precoce del trattamento, si può intervenire per ridurre l’ansia sociale e l’evitamento cognitivo ed emotivo. Per esempio, poiché questi soggetti si sforzano di evitare sia le emozioni negative che i pensieri che suscitano sentimenti spiacevoli, è utile puntare ad aumentare la tolleranza emotiva con metodi di *desensibilizzazione* e *ristrutturazione*. Interventi come un *social skills training* strutturato o sessioni di terapia di gruppo si possono integrare nel trattamento per potenziare le abilità sociali del paziente.

Le terapie psicodinamiche si concentrano sulle difese e sull’immagine di sé, da cui tali difese scaturiscono. In ottica psicodinamica, il pattern comportamentale è motivato dalla vergogna per non essere all’altezza del loro ideale dell’Io (Eskedal & Demetri, 2006) con una percezione di sé come debole, inadeguato o indegno, fisicamente o mentalmente difettoso, o disgustoso (Wurmser, 1981). Tali sentimenti hanno origine nell’infanzia, da esperienze di sviluppo carenti e nocive. Gli interventi si basano: sul costante monitoraggio e analisi della relazione terapeutica, sull’esplorazione delle cause alla base della vergogna in relazione alle passate esperienze di sviluppo e sul supporto e riconoscimento empatico (sia dell’umiliazione e della vergogna, sia della sofferenza connessa a esse). È previsto l’incoraggiamento a esporsi a situazioni attivanti e temute, accompagnato dall’esplorazione e dall’interpretazione dei vissuti e delle fantasie (Gabbard, 2014). Secondo il modello di psicoterapia dinamica breve (McCullough *et al.*, 2003; McCullough,

1997), compito del terapeuta è chiarire, condividere e regolare, limitando la tendenza a interpretare, mirando quindi alla ristrutturazione dei meccanismi di difesa, alla regolazione emotiva e alla riformulazione degli schemi interpersonali.

Più di recente, sono stati proposti altri approcci per il DE: la Schema Therapy (Bamelis *et al.*, 2014); la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) (Lynch & Cheavens, 2008); l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), combinata con la Terapia Dialettico-Comportamentale (Chan *et al.*, 2015); la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) (Dimaggio *et al.*, 2007; 2015; Gordon-King *et al.*, 2018; Dimaggio *et al.*, 2019) e un approccio che combina la TMI con la terapia di gruppo basata sulla mentalizzazione (Simonsen *et al.*, 2022; Wilberg *et al.*, 2023).

La Schema Therapy (ST) (Young & Klosko, 2003) mira a modificare modelli di vita radicati e autodistruttivi che si estrinsecano in schemi maladattivi (*Early Maladaptive Schemas* – EMS) i quali si sviluppano a partire da bisogni insoddisfatti dell'infanzia (Arntz, 2012). Il trattamento cerca di ridurre l'impatto degli EMS e di sostituire le risposte negative di coping e le modalità con cui si presentano gli schemi (*mode*) con alternative più sane, che consentano ai pazienti di soddisfare i propri bisogni emotivi fondamentali (Rafaeli & Bernstein, 2010). Ci si concentra in primo luogo nell'identificare l'EMS che è alla base dei problemi a lungo termine e, in secondo luogo, si supporta il cambiamento degli schemi negativi e dei *mode* disadattivi. Una parte importante della ST ha lo scopo di rafforzare e migliorare le modalità di espressione degli schemi adattivi e funzionali posseduti da ogni individuo (Arntz, 2012). Gli schemi centrali del DE sono il *bambino solo/vulnerabile* e il *bambino abbandonato/maltrattato*. Il primo schema è associato agli stati emotivi che il soggetto tenta di evitare nel momento in cui sperimenta il senso di solitudine e di inferiorità già provati da bambino. Il secondo rappresenta lo stato emotivo vissuto in situazioni di abuso o abbandono. In particolare, per il DE, alcuni obiettivi specifici includono: rafforzare il senso di fiducia e sicurezza attraverso l'elaborazione emotiva di ricordi traumatici; riconoscere i bisogni e le emozioni della modalità bambino vulnerabile e avere esperienze emotive correttive attraverso la relazione terapeutica; ridimensionare le modalità genitoriali punitive e critiche introiettate e sostituirle con atteggiamenti più sani verso i propri bisogni ed emozioni; sviluppare la parte sana adulta per rendere meno necessarie le strategie di coping disfunzionali (Arntz, 2012).

L'adattamento della Terapia Dialettico-Comportamentale (Lynch, 2018) per il trattamento dei disturbi che, come il DE, condividono l'eccessivo controllo quale fattore psicologico determinante, è indicato come Radically Open

Dialectical Behavior Therapy. Mentre l'approccio DBT originale (Linehan, 1993) è focalizzato sul regolare gli impulsi e le emozioni, questo adattamento promuove l'apertura e la flessibilità, al fine di ridurre la rigidità di pensiero. Quindi, mentre nel caso di pazienti borderline gli opposti da integrare riguardano emozioni contrastanti e bruschi cambiamenti dello stato emotivo, nel caso del DE, il conflitto è tra il desiderio di stare insieme alle altre persone e l'intensa paura di non riuscire a farlo. Questa variante del trattamento DBT si basa sul presupposto che il controllo eccessivo possa essere una delle strategie più efficaci sviluppate dai soggetti con DE per preservare il loro equilibrio psicologico (Drago *et al.*, 2016). La DBT è stata proposta anche in combinazione con la Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes *et al.*, 1999) in uno studio di caso singolo, per affrontare sintomi di disregolazione emotiva e autolesionismo, depressione, ansia e sentimenti pervasivi di inadeguatezza (Chan *et al.*, 2015).

La Terapia Metacognitiva Interpersonale ipotizza che i problemi dei pazienti con DP vengano mantenuti dai meccanismi di interazione tra i seguenti domini:

1. *schemi interpersonali disadattivi* per sé e per gli altri, dove gli schemi interpersonali sono previsioni su come gli altri risponderanno ai propri obiettivi, mentre la sofferenza deriva dalle aspettative che tali obiettivi rimarranno insoddisfatti (Baumeister & Leary, 1995; Gilbert, 1989; Liotti & Gilbert, 2011; Panksepp, 1998);
2. *metacognizione alterata*, ossia la capacità di riconoscere e di riflettere sugli stati mentali, propri e altrui (Semerari *et al.*, 2003);
3. *ridotta memoria autobiografica*;
4. *regolazione emotiva e coping disadattivi* negli estremi della disregolazione e dell'inibizione.

L'intervento mira a migliorare il funzionamento interpersonale e a ridurre la gravità dei sintomi. Il paziente viene aiutato a identificare e denominare le proprie emozioni, descriverle e realizzare come gli eventi siano interpretati a partire da un insieme predefinito di idee nucleari su se stessi e sul mondo. La TMI si propone di sviluppare nel paziente una migliore capacità di esplorare il rapporto tra pensieri ed emozioni, stabilire i nessi di causalità psicologica con i comportamenti disfunzionali, promuovere e affinare la capacità di capire cosa gli altri pensano, provano e cosa li muove ad agire, affinché il paziente acquisisca modi di relazionarsi più funzionali, facendo leva sulle proprie risorse interne e attraverso la comprensione degli schemi interpersonali che guidano le proprie azioni. Sebbene appartenga ad approcci cognitivo-com-

portamentali di terza ondata, la TMI integra elementi di approcci psicodinamici, di mentalizzazione e basati sulla narrativa (Dimaggio *et al.*, 2013). È stata recentemente rivista per migliorare la specificità delle procedure di intervento e incorporare la promozione di parti sane del sé attraverso tecniche esperienziali e corporee (Dimaggio *et al.*, 2019).

Panoramica dei principali studi clinici

Complessivamente, i dati sul trattamento psicologico del DE vanno interpretati con estrema cautela a causa del limitato numero, sia di studi effettuati che di pazienti coinvolti (Lampe & Malhi, 2018; Sørensen *et al.*, 2019). Infatti, l'APA non indica nessuna specifica terapia come "trattamento psicologico supportato dalle evidenze" per nessun DP, con l'eccezione del DBP (APA, 2001). Ciò non vuol dire che la psicoterapia sia inefficace, piuttosto sono altamente raccomandati approcci integrati e "personalizzati" per la concettualizzazione e il trattamento dei DP (Dimaggio *et al.*, 2012).

La maggior parte della ricerca empirica proviene da studi sul trattamento del DAS in cui sono stati riportati i risultati per il DAS con e senza DE. Inoltre, poiché i DP del cluster C si presentano spesso in comorbidità con altri problemi come ansia, depressione e disturbi alimentari, è frequente che i sintomi di questi ultimi siano così in primo piano da oscurare il sottostante DP. Ad esempio, l'ampia sovrapposizione tra il DE e i DAS, espone al rischio di misurare effetti generici per i sintomi di entrambi i disturbi. Alcune evidenze mostrano come gli studi risentano di fattori di disturbo quali i frequenti drop-out (Alden, 1989; Barber *et al.*, 1997), le difficoltà incontrate nello stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica (Strauss *et al.*, 2006), le difficoltà dei pazienti nel regolare le emozioni (Weinbrecht *et al.*, 2016) e l'alto tasso di recidiva (Gude & Vaglum, 2001; Karterud *et al.*, 2003). Nell'insieme, i risultati sono discordanti. Sebbene si evidenzia l'efficacia degli approcci CBT nel ridurre i sintomi (Lampe & Malhi, 2018), va sottolineato che la maggioranza degli studi sull'efficacia degli approcci psicodinamici è stata condotta su pazienti del Cluster C senza focalizzarsi sui soggetti con DE (Weinbrecht *et al.*, 2016).

I primi studi realizzati hanno dimostrato che i pazienti con DE rispondevano bene a tecniche di tipo comportamentale (Alden, 1989; Renneberg *et al.*, 1990). Tali interventi erano solitamente erogati prevalentemente in un formato di gruppo a orientamento comportamentale e includevano esercizi di esposizione graduata in vivo o desensibilizzazione sistematica, giochi di ruolo comportamentali, lavoro sull'immagine di sé e social skill training

(Alden, 1989; Hope *et al.*, 1995; Renneberg *et al.*, 1990; Stravynski *et al.*, 1994). In seguito all'introduzione della Terapia Cognitiva per i DP (Beck & Freeman, 1990) e del modello cognitivo dell'ansia sociale (Clark & Wells, 1995), gli studi successivi sul trattamento del DE hanno incluso tecniche cognitive (Emmelkamp *et al.*, 2006; Rees & Pritchard, 2015; Strauss *et al.*, 2006). Sono inoltre state testate anche forme di trattamento psicodinamico breve (Emmelkamp *et al.*, 2006; Svartberg *et al.*, 2004).

Una terapia di gruppo CBT di 10 settimane per 76 pazienti con DE (Alden, 1989) è risultata complessivamente efficace, benché non fosse chiaro a quale aspetto specifico del trattamento fosse imputabile il miglioramento sintomatologico. Il trattamento si concentrava su tecniche come la definizione di obiettivi specifici all'interno dei gruppi, la discussione di gruppo, l'interesse e il supporto del terapeuta, il chiarimento di problemi e obiettivi. Il trattamento comprendeva anche interventi di esposizione graduale, un training delle abilità interpersonali e un particolare focus sulle relazioni intime. In uno studio successivo (Alden & Capreol, 1993) è stato evidenziato come i pazienti con DE mostravano una certa variabilità di problemi interpersonali, ipotizzando che ciò avesse influenzato la risposta al trattamento. I pazienti con DE con tratti di dipendenza interpersonale beneficiavano maggiormente di interventi sull'assertività e sulle relazioni intime. Al contrario, per i pazienti con DE con tratti marcati di evitamento e distanza emotiva risultavano più efficaci gli interventi basati sull'esposizione in vivo a situazioni sociali.

È stato realizzato uno studio (Svartberg *et al.*, 2004) su 50 pazienti con diagnosi di DP del Cluster C (21 dei quali con DE), confrontando la Terapia Cognitiva, basata sul modello di Beck (1990) per i DP, con la terapia psicodinamica breve (McCullough *et al.*, 2003). Entrambi gli interventi hanno prodotto miglioramenti sintomatologici significativi, un minore stress percepito e un miglioramento delle relazioni interpersonali. Dopo due anni di follow-up, circa la metà dei soggetti era ancora sotto la soglia sintomatologica e il 40% era in una condizione di benessere. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due interventi, sebbene il disagio registrato fosse minore nel gruppo assegnato alla terapia psicodinamica.

Un trial clinico su un campione di 44 pazienti con DE (Emmelkamp *et al.*, 2006) assegnati casualmente a un trattamento psicodinamico, basato sul modello di Malane e di Luborsky (Luborsky, 1984; Malan, 1976) o cognitivo, basato sul modello cognitivo di ansia sociale di Clark e Wells (Clark & Wells, 1995) e sul modello cognitivo di Beck e Freeman (1990), ha evidenziato che il risultato di entrambi i trattamenti era migliore rispetto al gruppo di controllo. Il trattamento psicodinamico era incentrato sull'analisi delle difese e sulla ristrutturazione affettiva, con particolare attenzione all'alleanza

terapeutica sulla base della quale il conflitto inconscio più essenziale può essere chiarito e risolto con l'ausilio di tecniche espressive, come la chiarificazione, il confronto e l'interpretazione. Venivano anche utilizzate tecniche di supporto e di regolazione emotiva. Il trattamento cognitivo si concentrava sull'empirismo collaborativo tra paziente e terapeuta in combinazione con specifiche tecniche cognitive e comportamentali come il dialogo socratico, il monitoraggio delle convinzioni, l'analisi dei vantaggi e degli svantaggi dell'evitamento, il monitoraggio e la pianificazione dell'attività, compiti di esposizione graduale, esperimenti comportamentali e giochi di ruolo. I pazienti nel gruppo cognitivo hanno riportato risultati significativamente migliori rispetto ai pazienti nel gruppo psicodinamico e i benefici di entrambi i trattamenti sono stati mantenuti al follow-up di 6 mesi. Una critica mossa al suddetto studio riguardava la breve durata del trattamento e la natura poco chiara della terapia psicodinamica (Leichsenring & Leibing, 2007).

Un mix di trattamenti psicodinamici e cognitivi è stato utilizzato in un'indagine norvegese che prevedeva terapie di gruppo per pazienti con DP e altre diagnosi psichiatriche (Karterud *et al.*, 2003). Il campione era ampio (n = 1.010) e il DE era presente come diagnosi principale in 253 soggetti. Il trattamento è stato efficace per tutti i pazienti, compreso il DE, benché quelli senza DP abbiano avuto esiti migliori rispetto quelli con DP. Tuttavia, a un anno, entrambi i gruppi hanno mostrato un decorso simile. Il trattamento del DE ha mostrato risultati equiparabili a quelli riscontrati per gli altri DP.

Uno studio multicentrico olandese ha confrontato la Schema Therapy (ST) con la Clarification Oriented Therapy (derivata dalla terapia centrata sul cliente) in pazienti del cluster C (Bamelis *et al.*, 2015). Al follow up di 3 anni, l'80% dei pazienti trattati con ST non soddisfaceva i criteri per la diagnosi di DP, mentre per la COT era soddisfatta nel 60%. Uno studio non controllato di ST di gruppo (Skewes *et al.*, 2015) ha evidenziato un 35% di drop-out, mentre il 36,8% dei pazienti ha ottenuto un cambiamento significativo dei sintomi al termine del trattamento. In un altro studio con pazienti anziani (Videler *et al.*, 2018), tre pazienti non soddisfacevano più i criteri diagnostici del DE al termine della terapia.

Diversi studi hanno impiegato la TMI, il cui intervento, come abbiamo visto, si propone di migliorare la sintomatologia e il funzionamento sociale e aumentare l'aderenza alla terapia, focalizzandosi sugli schemi interpersonali disadattivi, sia impliciti/automatici che consapevoli (Dimaggio *et al.*, 2019); sulla metacognizione alterata (Moroni *et al.*, 2016; Semerari *et al.*, 2014), che ostacolerebbe la comprensione dei processi cognitivo-affettivi che si celano dietro schemi disadattivi (Colle *et al.*, 2017; Dimaggio *et al.*, 2007; Eikenaes *et al.*, 2013; Nicolò *et al.*, 2011); e su strategie di coping comportamentali

disfunzionali come l'evitamento, la sottomissione o il perfezionismo (Arntz, 2012b; Dimaggio *et al.*, 2018; Popolo *et al.*, 2014). Attualmente vi sono alcune prove dell'efficacia della TMI nel trattamento del DE ottenute tramite studi di caso singolo e con piccoli campioni. In un primo studio, un paziente con DE è stato trattato con successo (Dimaggio *et al.*, 2017). Il paziente che all'inizio del trattamento soddisfaceva 23 criteri, alla fine del trattamento ne soddisfaceva solo 10 e non era più inquadrabile in una diagnosi di DE. In un secondo studio, tutti e tre i pazienti con DE non soddisfacevano più i criteri di diagnosi di DE dopo 1 anno di trattamento (Gordon-King *et al.*, 2018; 2019). In un terzo studio di caso singolo, un paziente trattato per 2 anni ha mostrato, dopo 6 mesi dalla fine del trattamento, miglioramenti nel funzionamento sociale e metacognitivo (migliore differenziazione, schemi interpersonali più adattivi e immagini più benevole e positive di sé e degli altri). Inoltre, per i pazienti con PD misti, incluso DE, ci sono anche i risultati di due studi non controllati e uno studio pilota randomizzato controllato con TMI fornito in un programma psicoeducativo/esperienziale semi-strutturato (MIT-G) (Inchausti *et al.*, 2020; Popolo *et al.*, 2018; 2019). In questi studi è stato ottenuto un cambiamento affidabile con ampi effetti sui sintomi e sul funzionamento e, nel MIT-G, il gruppo sperimentale (11 soggetti con DE) ha sostanzialmente superato il gruppo di controllo. Inoltre, la capacità di valutare gli stati mentali del sé e degli altri era migliorata in modo significativo solo nel gruppo TMI.

Sono rilevanti in quanto applicati specificamente al DE i due studi recentemente pubblicati (Simonsen *et al.*, 2022; Wilberg *et al.*, 2023) che hanno adottato una combinazione di TMI e Terapia Basata sulla Mentalizzazione hanno dimostrato una capacità molto buona di tenere i pazienti in trattamento con drop-out molto ridotti, e sono risultati efficaci sia sugli aspetti sintomatici che nucleari del DE stesso.

Conclusioni

Nonostante l'esiguo numero di studi, i pochi dati pubblicati suggeriscono che la psicoterapia dovrebbe essere il trattamento di base, portando a benefici individuali e a una riduzione dei costi di cura (Magnavita, 2010; Sanislow & Hector, 2020). Ciò è suggerito anche da una revisione meta-analitica della psicoterapia per individui con disturbi del cluster C, che ha rilevato miglioramenti significativi con la Terapia Cognitivo-Comportamentale, con la terapia psicodinamica e il social skill training (Simon, 2009).

Gli studi che impiegano protocolli di trattamento CBT hanno mostrato una certa efficacia. I pazienti trattati mostrano miglioramenti nelle manife-

stazioni sintomatiche, quali ansia, Fobia Sociale ed evitamento, mantenuti al follow-up (Emmelkamp *et al.*, 2006). Inoltre, i pazienti sembrano beneficiare particolarmente del trattamento con protocolli di esposizione graduale, mentre i dati sul social skill training (SST) sono meno chiari (Alden, 1989). Ciò potrebbe essere influenzato da differenze nel comportamento interpersonale. In particolare, sembra che gli individui con problematiche interpersonali connesse all'idea di essere costretti e controllati dagli altri possano beneficiare del SST, mentre quelli con problematiche interpersonali legate a diffidenza e risentimento non ne beneficerebbero (Alden & Capreol, 1993). La terapia di gruppo a orientamento CBT ha trovato impiego nel trattamento del DE. Per esempio, interventi combinati di desensibilizzazione sistematica, tecniche comportamentali e un lavoro mirato sull'immagine di sé, si sono mostrati efficaci, in particolare per quanto riguarda la paura del giudizio negativo (Renneberg *et al.*, 1990). Anche il trattamento psicodinamico si è rivelato efficace, in particolare sull'ansia e sull'evitamento in relazione ai conflitti inconsci e ai vissuti di vergogna (Emmelkamp *et al.*, 2006). La terapia psicodinamica sembra migliorare anche il disagio percepito (Winston *et al.*, 1994) e l'insight (Svartberg *et al.*, 2004).

Oltre ai classici trattamenti psicodinamici e cognitivo-comportamentali sono attualmente disponibili interventi di nuova generazione (DBT, ST, TMI, ACT, ecc.) che iniziano a mostrare risultati promettenti. Questi approcci terapeutici hanno in comune una formulazione del caso individualizzata che include l'evitamento esperienziale come strategia chiave di coping disadattivo e una particolare attenzione alla relazione terapeutica. In particolare, i pazienti con DE, oltre a sperimentare una "angoscia" generalizzata, sembrano avere problemi a riconoscere e denominare le emozioni. L'ipotesi è che, nel momento in cui un individuo non è in grado di accedere a pensieri e sentimenti specifici, non sia in grado di utilizzare strategie più adattive di regolazione emotiva, quindi, nel tentativo di alleviare l'angoscia, mette in atto comportamenti come l'evitamento, la sottomissione o un coping disfunzionale (per esempio abuso di sostanze). Inoltre, il deficit di mentalizzazione e metacognizione aumenterebbe la difficoltà nelle relazioni interpersonali. Attualmente, un buon punto di partenza per pianificare un trattamento dovrebbe focalizzarsi su una formulazione completa e individualizzata del caso clinico che tenga conto dei sintomi, del funzionamento emotivo (inclusa la mentalizzazione, la metacognizione e l'alessitimia), del funzionamento relazionale (incluso lo stile di attaccamento) e delle strategie di coping (incluso l'evitamento comportamentale ed esperienziale).

Nell'insieme, gli studi suggeriscono che potrebbe essere utile intervenire su dimensioni trasversali del disturbo, identificando costrutti di ordine superiore

Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità

che corrispondano meglio al modello dimensionale. Ad esempio, l'autostima, la sensibilità al rifiuto e l'evitamento esperienziale (Sanislow & Hector, 2020)

In conclusione, il DE, come tutti i DP, necessita di un piano di intervento "su misura", modulare e focalizzato sulle problematiche e sulle esperienze soggettive. Volendo illustrare una sinossi dei possibili obiettivi terapeutici, possiamo proporre il seguente prospetto, che tiene conto sia degli aspetti di ambivalenza conflittuale, che di ipersensibilità del soggetto con DE. La tabella (*Tabella 1*) riassume le principali indicazioni cliniche, in termini di obiettivi a lungo termine, ricavate dalle descrizioni e indicazioni di intervento presenti in alcuni testi di largo uso (Benjamin, 2003; Beck *et al.*, 2015; Carcione *et al.*, 2016; Dimaggio *et al.*, 2013; 2019; Gabbard, 2014; Greenberg & Goldman, 2008; Dimaggio & Semerari, 2003; Hayes & Smith, 2005; Johnson, 2021; Livesley *et al.*, 2017; Lynch, 2018; Oldham *et al.*, 2017; Young & Klosko, 2003; Young *et al.*, 2018).

Tabella 1. Raccomandazioni cliniche per il trattamento del Disturbo Evitante di Personalità

| Obiettivi suggeriti per la psicoterapia | Testi di riferimento |
|---|---|
| Ridurre il ritiro sociale e la percezione di solitudine/emarginazione/estraneazione correlati all'ansia sociale, per esempio migliorando la capacità di conversare con le altre persone e altre abilità interpersonali. | <ul style="list-style-type: none"> • Beck <i>et al.</i>, 2015 • Dimaggio & Semerari, 2003 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2013 • Johnson, 2021 • Young <i>et al.</i>, 2018 |
| Aumentare la concentrazione attiva sugli stimoli, sulle sensazioni e sulle emozioni piacevoli e orientate ai propri desideri e valori e diminuire la focalizzazione sugli stimoli, sensazioni ed emozioni spiacevoli e dolorosi. Mantenere all'attenzione cosciente le emozioni positive, invece di restare preda di emozioni negative, come ansia, vergogna e tristezza. | <ul style="list-style-type: none"> • Beck <i>et al.</i>, 2015 • Young & Klosko, 2003 • Young <i>et al.</i>, 2018 • Hayes & Smith, 2005 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2019 • Lynch, 2018 • Johnson, 2021 • Gabbard, 2014 |
| Ridurre i sentimenti di paura e angoscia, aumentando i sentimenti di pace interiore e tranquillità. Aumentare la capacità di auto-lenire, autoregolare le emozioni e rilassarsi. | <ul style="list-style-type: none"> • Young & Klosko, 2003 • Young <i>et al.</i>, 2018 • Benjamin, 2003 • Hayes & Smith, 2005 |
| Migliorare l'autostima e ridurre la tendenza all'autocritica, interrompendo i processi di rimuginio e ruminazione. | <ul style="list-style-type: none"> • Beck <i>et al.</i>, 2015 • Young & Klosko, 2003 • Young <i>et al.</i>, 2018 • Gabbard, 2014 • Benjamin, 2003 • Dimaggio & Semerari, 2003 • Carcione <i>et al.</i>, 2016 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2013 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2019 |

| Obiettivi suggeriti per la psicoterapia | Testi di riferimento |
|--|---|
| Ridurre le paure, il rimuginio e le ruminazioni riguardo al rifiuto e all'umiliazione. Ridurre la diffidenza e la sospettosità nei confronti degli altri, per esempio ridurre la paura di essere sottomesso/sopraffatto dagli altri se interagisce in modo significativo. | <ul style="list-style-type: none"> • Gabbard, 2014 • Young & Klosko, 2003 • Dimaggio & Semerari, 2003 • Beck <i>et al.</i>, 2015 • Hayes & Smith, 2005 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2019 |
| Aumentare l'esposizione alle situazioni sociali temute. Aumentare la disponibilità ad assumersi dei rischi nei contesti interpersonali, riducendo la paura di essere indipendente e di farsi carico di aspetti importanti della propria vita, quali quelli professionali o sentimentali. | <ul style="list-style-type: none"> • Beck <i>et al.</i>, 2015 • Turkat, 1990 • Benjamin, 2003 • Carcione <i>et al.</i>, 2016 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2013 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2019 |
| Migliorare la capacità di riconoscere i propri stati mentali, in particolare le proprie emozioni e migliorare la capacità di riconoscere la corrispondenza tra i propri pensieri, emozioni e comportamenti. | <ul style="list-style-type: none"> • Gabbard, 2014 • Beck <i>et al.</i>, 2015 • Young & Klosko, 2003 • Hayes & Smith, 2005 • Benjamin, 2003 • Carcione <i>et al.</i>, 2016 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2013 • Dimaggio <i>et al.</i>, 2019 • Johnson, 2021 |

Bibliografia

- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6): 756-764. DOI: 10.1037//0022-006x.57.6.756.
- Alden, L.E. & Capreol, M.J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24(3): 357-376. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80211-4.
- Alden, L.E., Laposa, J.M., Taylor, C.T. & Ryder, A.G. (2002). Avoidant personality disorder: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16(1): 1-29. DOI: 10.1521/pedi.16.1.1.22558.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ansell, E.B., Pinto, A., Edelen, M.O., Markowitz, J.C., Sanislow, C.A., Yen, S., Zangbar, M., Skodol, A.E., Shea, M.T., Morey, L.C., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H. & Grilo, C.M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41(5): 1019-1028. DOI: 10.1017/S0033291710001777.
- Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 37 Suppl 1: S97-134. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00052-2.
- Arntz, A. (2012a). Schema Therapy for Cluster C Personality Disorders (pp. 397-414). In: *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/9781119962830.ch30.

- Arntz, A. (2012b). Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2): 189-208. DOI: 10.5127/jep.024211.
- Bamelis, L.L.M., Arntz, A., Wetzelaer, P., Verdoorn, R. & Evers, S.M.A.A. (2015). Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: a multicenter, randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(11): e1432-40. DOI: 10.4088/JCP.14m09412.
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3): 305-322. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Barber, J.P., Morse, J.Q., Krakauer, I.D., Chittams, J. & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*, 34(2): 133-143. DOI: 10.1037/h0087774.
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M.D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B.V., Hamers, E.F.M., Meerman, A.M.M.A., Aerts, J., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., Stijnen, T. & Emmelkamp, P.M.G. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(1): 20-30. DOI: 10.1159/000254902.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3): 497-529.
- Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman, A. (Eds.). (2015). Cognitive therapy of personality disorders. In: *Progress in behavior modification*, vol. 28. New York: Guilford Press. DOI: 10.1176/ajp.149.3.402.
- Beckwith, H., Moran, P.F. & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and Mental Health*, 8(2): 91-101. DOI: 10.1002/pmh.1252.
- Benjamin, L. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
- Cambridge Handbook of Personality Disorders (2020). In *The Cambridge Handbook of Personality Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2016). *Curare i Casi Complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Chan, C.C., Bach, P.A. & Bedwell, J.S. (2015). An Integrative Approach Using Third-Generation Cognitive-Behavioral Therapies for Avoidant Personality Disorder. *Clinical Case Studies*, 14(6): 466-481. DOI: 10.1177/1534650115575788.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia (pp. 69-93). In: Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneier, F.R. (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press. psycnet.apa.org/record/1995-98887-004.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188: 423-431. DOI: 10.1192/bjp.188.5.423.
- Colle, L., Pellecchia, G., Moroni, F., Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. & Procacci, M. (2017). Levels of social sharing and clinical implications for severe social withdrawal in patients with personality disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 8(DEC): 263. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00263.

Ilario Mammone, Giancarlo Dimaggio

- Cox, B.J., Pagura, J., Stein, M.B. & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety*, 26(4): 354-362. DOI: 10.1002/da.20475.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3): 178-184. DOI: 10.1016/j.comppsy.2005.06.002.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, Axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 21(5): 552-567. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.5.552.
- Crino, R.D. & Andrews, G. (1996). Personality disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 30(1): 29-38. DOI: 10.1016/0022-3956(95)00043-7.
- Dalrymple, K.L. (2012). Issues and controversies surrounding the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8): 993-1008, quiz 1009. DOI: 10.1586/ern.12.81.
- Denys, D., Tenney, N., van Meegen, H.J.G.M., de Geus, F. & Westenberg, H.G.M. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3): 155-162. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00056-9.
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P.H., Catania, D. & Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2): 157-166. DOI: 10.1002/jclp.22151.
- Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G., Perrini, F., Raouna, A., Osam, C.S., Buonocore, L., Bandiera, A. & Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: Perfectionism, emotional inhibition, and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 83: 71-78. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.03.005.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2013). *Terapia Metacognitiva Interpersonale dei Disturbi di Personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. & Salvatore, G. (2019). *Corpo, Immaginazione e Cambiamento. Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Popolo, R. & Salvatore, G. (2019). Formulation of functioning for avoidant personality disorder in metacognitive interpersonal therapy (pp. 137-160). In: *Case Formulation for Personality Disorders: Tailoring Psychotherapy to the Individual Client*. Amsterdam: Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-12-813521-1.00008-4.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A. & Lysaker, P.H. (2007). Poor metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5): 386-401. DOI: 10.1002/cpp.541.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Fiore, D., Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2012). General principles for treating personality disorder with a prominent inhibitedness trait: towards an operationalizing integrated technique. *Journal of Personality Disorders*, 26(1): 63-83. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.1.63.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L. & Popolo, R. (2017). Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Case Study Series. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47(1): 11-21. DOI: 10.1007/s10879-016-9342-7.

Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità

- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Drago, A., Marogna, C. & Sogaard, H. (2016). A Review of Characteristics and Treatments of the Avoidant Personality Disorder. Could the DBT be an Option? *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 2. DOI: 10.23937/2572-4037.1510013.
- Eikenaes, I., Egeland, J., Hummelen, B. & Wilberg, T. (2015). Avoidant personality disorder versus social phobia: The significance of childhood neglect. *PLoS ONE*, 10(3). DOI: 10.1371/journal.pone.0122846.
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H. & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27(6): 746-763. DOI: 10.1521/pedi_2013_27_109.
- Eikenaes, I., Pedersen, G. & Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3): 245-260. DOI: 10.1111/papt.12075.
- Emmelkamp, P.M.G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G.A., Koster, H.C. & van Apeldoorn, F.J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 189: 60-64. DOI: 10.1192/bjp.bp.105.012153.
- Eskedal, G.A. & Demetri, J.M. (2006). Etiology and Treatment of Cluster C Personality Disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(1): 1-17. DOI: 10.17744/mehc.28.1.7yjq6tabcexb1a6j.
- Eskildsen, A., Hougaard, E. & Rosenberg, N.K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2): 94-105. DOI: 10.3109/08039480903426929.
- Farstad, S., McGeown, L. & von Ranson, K. (2016). Eating Disorders and Personality, 2004-2016: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46: 91-105. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.04.005.
- Feske, U., Perry, K.J., Chambless, D.L., Renneberg, B. & Goldstein, A.J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10(2): 174-184. DOI: 10.1521/pedi.1996.10.2.174.
- Gabbard, G.O. (2014). *APA – Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Milis, V., Donias, S., Giouzevas, J. & Parashos, A. (1999). Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology*, 32(6): 308-318. DOI: 10.1159/000029104.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature And Suffering*. New York: Routledge.
- Gjerde, L.C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ystrom, E., Tams, K., Aggen, S.H., Ørstavik, R.E., Kendler, K.S., Reichborn-Kjennerud, T. & Knudsen, G.P. (2015). A longitudinal, population-based twin study of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits from early to middle adulthood. *Psychological Medicine*, 45(16): 3539-3548. DOI: 10.1017/S0033291715001440.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R.D. & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders Featuring Emotional Inhibition: A Multiple Baseline Case Series. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4): 263-269. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000789.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R.D. & Dimaggio, G. (2019). Metacognitive Interpersonal

- Therapy for Personality Disorders: The Case of a Man with Obsessive–Compulsive Personality Disorder and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1): 39-47. DOI: 10.1007/s10879-018-9404-0.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. & Pickering, R.P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7): 948-958. DOI: 10.4088/jcp.v65n0711.
- Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47(4): 426-429. DOI: 10.1176/ps.47.4.426.
- Gude, T. & Vaglum, P. (2001). One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: a prospective study comparing patients with “pure” and comorbid conditions within cluster C, and “pure” C with “pure” cluster A or B conditions. *Journal of Personality Disorders*, 15(3): 216-228. DOI: 10.1521/pedi.15.3.216.19210.
- Gunderson, J.G., Shea, M.T., Skodol, A.E., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Stout, R.L., Zanarini, M.C., Grilo, C.M., Oldham, J.M. & Keller, M.B. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 14(4): 300-315. DOI: 10.1521/pedi.2000.14.4.300.
- Hayes, S.C. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. (1996). *Social phobia, avoidant personality disorder and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety*. New York: John Wiley & Sons.
- Herbert, J.D., Hope, D.A. & Bellack, A.S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2): 332-339. DOI: 10.1037//0021-843x.101.2.332.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G. & Hope, D.A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2): 318-325. DOI: 10.1037//0021-843x.101.2.318.
- Hope, D.A., Herbert, J.D. & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19(4): 399-417. DOI: 10.1007/BF02230408.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Donnellan, M.B., Samuel, D.B., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. & Skodol, A.E. (2013). Ten-year rank-order stability of personality traits and disorders in a clinical sample. *Journal of Personality*, 81(3): 335-344. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2012.00801.x.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G. & Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4): 348-356. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.03.004.
- Inchausti, F., Moreno-Campos, L., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Fonseca-Pedrero, E., MacBeth, A., Popolo, R. & Dimaggio, G. (2020). Metacognitive Interpersonal Therapy in Group for Personality Disorders: Preliminary Results from a Pilot Study in a Public Mental Health Setting. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3): 197-203. DOI: 10.1007/s10879-020-09453-9.
- Johnson, S.M. (2021). *La teoria dell'attaccamento in pratica. La terapia focalizzata sulle emozioni EFT nel setting individuale, di coppia e familiare*. Miano: FrancoAngeli.

Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità

- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, O., Haavaldsen, G., Irion, T., Leirvåg, H., Tørum, E. & Urnes, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3): 243-262. DOI: 10.1521/pedi.17.3.243.22151.
- Kato, T.A., Kanba, S. & Teo, A.R. (2020). Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*, 19(1): 116-117. DOI: 10.1002/wps.20705.
- Kvarstein, E.H., Arnevik, E., Halsteinli, V., Rø, F.G., Karterud, S. & Wilberg, T. (2013). Health service costs and clinical gains of psychotherapy for personality disorders: a randomized controlled trial of day-hospital-based step-down treatment versus outpatient treatment at a specialist practice. *BMC Psychiatry*, 13: 315. DOI: 10.1186/1471-244X-13-315.
- Kvarstein, E.H. & Karterud, S. (2012). Large variations of global functioning over five years in treated patients with personality traits and disorders. *Journal of Personality Disorders*, 26(2): 141-161. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.2.141.
- Lampe, L. & Malhi, G.S. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11: 55-66. DOI: 10.2147/PRBM.S121073.
- Lampe, L. & Sunderland, M. (2015). Social phobia and avoidant personality disorder: similar but different? *Journal of Personality Disorders*, 29(1): 115-130. DOI: 10.1521/pedi_2013_27_079.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy*, 80(2): 217-228. DOI: 10.1348/147608306X117394.
- Lenzenweger, M.F. (1999). Stability and change in personality disorder features: the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(11): 1009-1015. DOI: 10.1001/archpsyc.56.11.1009.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6): 553-564. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Liotti, G., Fassone, G. & Monticelli, F. (2017). *L'evoluzione dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca e clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1): 9-25. DOI: 10.1348/147608310X520094.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Lynch, T.R. (2018). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and Practice for Treating Disorders of Overcontrol*. Context Press.
- Lynch, T.R. & Cheavens, J.S. (2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2): 154-167. DOI: 10.1002/jclp.20449.
- Lynch, T.R., Cheavens, J.S., Cukrowicz, K.C., Thorp, S.R., Bronner, L. & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2): 131-143. DOI: 10.1002/gps.1703.
- Magnavita, J. (2010). Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes. In: Magnavita, J. (ed.), *Evidence-based treatment of personality*

Ilario Mammone, Giancarlo Dimaggio

- dysfunction: *Principles, methods, and processes*. American Psychological Association. DOI: 10.1037/12130-000.
- Malan, D.H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York-London: Plenum Medical Book.
- Massion, A.O., Dyck, I.R., Shea, M.T., Phillips, K.A., Warshaw, M.G. & Keller, M.B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(5): 434-440. DOI: 10.1001/archpsyc.59.5.434.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Lanza Hurley, C. (2003). *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, V.L. (1997). *Changing Character: Short-term Anxiety-regulating Psychotherapy For Restructuring Defenses, Affects, And Attachment*. New York: Basic Books.
- McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Ralevski, E., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Bender, D., Stout, R.L., Yen, S. & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5): 883-889. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.883.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality DSM-III: Axis II*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Millon, T. & Everly, Gsj. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R. & Mann, A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 102(1): 52-57. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.102001052.x.
- Moroni, F., Procacci, M., Pellicchia, G., Semerari, A., Nicolò, G., Carcione, A., Pedone, R. & Colle, L. (2016). Mindreading dysfunction in avoidant personality disorder compared with other personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10): 752-757. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000536.
- Nestadt, G., Di, C., Samuels, J.F., Bienvenu, O.J., Reti, I.M., Costa, P., Eaton, W.W. & Bandeen-Roche, K. (2010). The stability of DSM personality disorders over twelve to eighteen years. *Journal of Psychiatric Research*, 44(1): 1-7. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2009.06.009.
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P.H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R. & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1): 37-42. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.07.046.
- Oddo-Sommerfeld, S., Hain, S., Louwen, F. & Schermelleh-Engel, K. (2016). Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 191: 280-288. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.040.
- Oleski, J., Cox, B.J., Robinson, J. & Grant, B. (2012). The predictive validity of Cluster C personality disorders on the persistence of major depression in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Personality Disorders*, 26(3): 322-333. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.3.322.
- Olsson, I. & Dahl, A.A. (2012). Avoidant personality problems--their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6): 813-821. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.10.007.

Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità

- Oosterbaan, D.B., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., de Meij, T.G.J. & van Dyck, R. (2002). The influence on treatment gain of comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1): 41-43. DOI: 10.1097/00005053-200201000-00010.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press. psycnet.apa.org/record/1999-02235-000.
- Parker, G., Roussos, J., Austin, M.P., Hadzi-Pavlovic, D., Wilhelm, K. & Mitchell, P. (1998). Disordered personality style: higher rates in non-melancholic compared to melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 47(1-3): 131-140. DOI: 10.1016/s0165-0327(97)00133-x.
- Pellecchia, G., Moroni, F., Colle, L., Semerari, A., Carcione, A., Fera, T., Fiore, D., Nicolò, G., Pedone, R. & Procacci, M. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference? *Comprehensive Psychiatry*, 80: 163-169. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.09.011.
- Pinto, A., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., Pagano, M.E. & Rasmussen, S.A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5): 703-711. DOI: 10.4088/jcp.v67n0503.
- Popolo, R., Lysaker, P.H., Salvatore, G., Montano, A., Buonocore, L., Sirri, L., Imbimbo, A. & Dimaggio, G. (2014). Emotional inhibition in personality disorders. In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6): 377-378. DOI: 10.1159/000365110.
- Popolo, R., MacBeth, A., Brunello, S., Canfora, F., Ozdemir, E., Rebecchi, D., Toselli, C., Venturelli, G., Salvatore, G. & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy in group: a feasibility study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(3): 155-163. DOI: 10.4081/ripppo.2018.338.
- Popolo, R., MacBeth, A., Canfora, F., Rebecchi, D., Toselli, C., Salvatore, G. & Dimaggio, G. (2019). Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3): 342-358. DOI: 10.1111/papt.12182.
- Prabhu, L., Cherian, A.V., Viswanath, B., Kandavel, T., Bada Math, S. & Janardhan Reddy, Y.C. (2013). Symptom dimensions in OCD and their association with clinical characteristics and comorbid disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(1): 14-21. DOI: 10.1016/j.jocrd.2012.10.002.
- Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. (2001). *The American Journal of Psychiatry*, 158(10): 1-52. psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf.
- Quirk, S.E., Berk, M., Pasco, J.A., Brennan-Olsen, S.L., Chanen, A.M., Koivumaa-Honkanen, H., Burke, L.M., Jackson, H.J., Hulbert, C.A., Olsson, C., Moran, P., Stuart, A.L. & Williams, L.J. (2017). The prevalence, age distribution and comorbidity of personality disorders in Australian women. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2): 141-150. DOI: 10.1177/0004867416649032.
- Rafaeli, E. & Bernstein, D.P. (2010). *Schema Therapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Rees, C.S. & Pritchard, R. (2015). Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1): 45-55. DOI: 10.1037/a0035158.
- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European*

Ilario Mammone, Giancarlo Dimaggio

- psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(3): 151-159. DOI: 10.1016/s0924-9338(00)00240-6.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M.C., Ørstavik, R.E., Tambs, K. & Kendler, K.S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11): 1722-1728. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06101764.
- Renneberg, B., Goldstein, A.J., Phillips, D. & Chambless, D.L. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21(3): 363-377. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80337-5.
- Sanislow, C.A. & Hector, A.D. (2020). Cluster C Anxious-Fearful Personality Pathology and Avoidance (pp. 302-316). In: *The Cambridge Handbook of Personality Disorders*. Cambridge University Press. DOI: 10.1017/978110833931.053.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4): 238-261. DOI: 10.1002/cpp.362.
- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. & Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6): 751-766. DOI: 10.1521/pedi_2014_28_137.
- Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. & Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(3): 277-286. DOI: 10.1002/(sici)1098-108x(199804)23:3<277::aid-eat5>3.0.co;2-g.
- Simon, W. (2009). Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(2): 153-165. DOI: 10.1080/13651500802570972.
- Simonsen, S., Eikenæs, I.U.M., Nørgaard, N.L., Normann-Eide, E., Juul, S. & Wilberg, T. (2019). Specialized Treatment for Patients with Severe Avoidant Personality Disorder: Experiences from Scandinavia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1): 27-38. DOI: 10.1007/s10879-018-9395-x.
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P. & Dimaggio, G. (2022). Treating Avoidant Personality Disorder with Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(3): 163-171. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001432.
- Skewes, S.A., Samson, R.A., Simpson, S.G. & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01592.
- Skodol, A.E., Bender, D.S., Morey, L.C., Clark, L.A., Oldham, J.M., Alarcon, R.D., Krueger, R.F., Verheul, R., Bell, C.C. & Siever, L.J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2): 136-169. DOI: 10.1521/pedi.2011.25.2.136.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Pagano, M.E. & Stout, R.L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5): 487-504. DOI: 10.1521/pedi.2005.19.5.487.

Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità

- Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S., Stout, R.L., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3): 443-451. DOI: 10.1017/s003329170400354x.
- Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J.V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2): 259-265. DOI: 10.4088/jcp.v69n0212.
- Sørensen, K.D., Wilberg, T., Berthelsen, E. & Råbu, M. (2019). Lived Experience of Treatment for Avoidant Personality Disorder: Searching for Courage to Be. *Frontiers in Psychology*, 10: 2879. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02879.
- Sperry, L. (2016). Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders. In: *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders*. New York: Routledge.
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau, J.-P. & Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2): 337-345. DOI: 10.1037/0022-006X.74.2.337.
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallée, Y.J. & Elie, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39(8): 377-383. DOI: 10.1177/070674379403900805.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(4): 302-315. DOI: 10.1521/pedi.1998.12.4.30.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(5): 810-817. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.5.810.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L. & Fredrikson, M. (2004). Social phobia and avoidant personality disorder: one spectrum disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(2): 147-152. DOI: 10.1080/08039480410005530.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T. & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5): 675-691. DOI: 10.1017/S0140525X05000129.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6): 624-632. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199735013.001.0001.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6): 590-596. DOI: 10.1001/archpsyc.58.6.590.
- Torvik, F.A., Welander-Vatn, A., Ystrom, E., Knudsen, G.P., Czajkowski, N., Kendler, K.S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2016). Longitudinal associations between social anxiety disorder and avoidant personality disorder: A twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1): 114-124. DOI: 10.1037/abn0000124.

Ilario Mammone, Giancarlo Dimaggio

- Trull, T.J., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P.K. & Sher, K.J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4): 412-426. DOI: 10.1521/pedi.2010.24.4.412.
- Turkat, I. (1990). *Personality Disorders: A Psychological Approach to Clinical Management*. New York: Pergamon.
- Ullrich, S., Farrington, D.P. & Coid, J.W. (2007). Dimensions of DSM-IV personality disorders and life-success. *Journal of Personality Disorders*, 21(6): 657-663. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.6.657.
- Videler, A.C., van Alphen, S.P.J., van Royen, R.J.J., van der Feltz-Cornelis, C.M., Rossi, G. & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging and Mental Health*, 22(6): 738-747. DOI: 10.1080/13607863.2017.1318260.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J. & Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3): 29. DOI: 10.1007/s11920-016-0665-6.
- Widiger, T.A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2): 340-343. DOI: 10.1037//0021-843x.101.2.340.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G. & Urnes, Ø. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5): 390-396. DOI: 10.1080/08039480902831322.
- Wilberg, T., Pedersen, G., Bremer, K., Johansen, M. & Kvarstein, E. (2023). Combined group and individual therapy for patients with avoidant personality disorder. A pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 14: 1181686 DOI: 10.3389/fpsy.2023.1181686.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L. & Muran, J.C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(2): 190-194. DOI: 10.1176/ajp.151.2.190.
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2018). *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Trento: Erickson.
- Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T. (2020). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-24612-3.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10): 1911-1918. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911.