

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA, 30 VOL. 52 N° 1, 2023



SOCIETÀ ITALIANA DI TERAPIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA

52

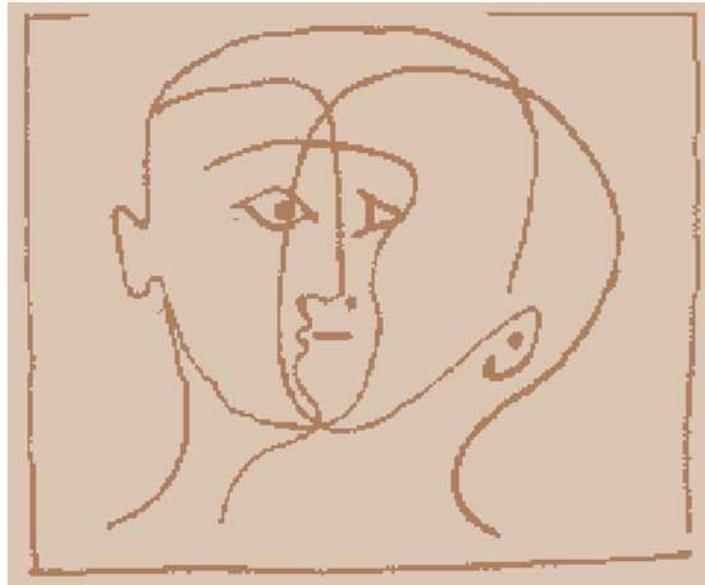
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

GIUGNO

2023

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>



PUBBLICAZIONE SEMESTRALE



QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Stefano Ardenghi, Gabriella Catalano, Giulia Rampoldi, Barbara Renzetti, Marianna Russo, Selena Russo, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Lorenzo Cionini, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari, Savina Stoppa Beretta, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: GECA SRL, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese (MI).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

I Semestre 2023 – Finito di stampare nel luglio 2023

Prefazione di <i>Rita Ardito</i>	pag. 5
Editoriale. Linee guide e indirizzi di buona pratica clinica per i disturbi sintomatici e di personalità sintomatici: il ruolo delle Terapie Cognitivo-Comportamentali Parte 1 – I disturbi di personalità di <i>Ilaria Baiardini, Giancarlo Dimaggio</i>	» 7
<i>SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche</i>	
Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento psicologico dei Disturbi Borderline e Antisociale di Personalità di <i>Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta</i>	» 15
Il Disturbo Narcisistico di Personalità. Concettualizzazione del costrutto, rassegna empirica sull'efficacia dei trattamenti, principi e suggerimenti per una buona pratica clinica di <i>Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio</i>	» 51
Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità di <i>Ilario Mammone, Giancarlo Dimaggio</i>	» 72

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP).
Rassegna della letteratura sull'efficacia dei trattamenti
psicologici e indicazioni di buona pratica clinica
di *Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio*

pag. 97



Prefazione

Rita Ardito*



La nostra rivista dedica due numeri monografici ai materiali prodotti dalle colleghe e dai colleghi del *Gruppo di Lavoro SITCC sulle Linee Guida e le buone prassi*. Questa breve prefazione intende contribuire a contestualizzare questa scelta editoriale permettendo al lettore di apprezzare come nasce questa iniziativa e per quali motivi è importante per la nostra Società.

Quando nel 2015 iniziai il mio primo mandato da Presidente della SITCC, in cima all'elenco delle cose da fare c'era quello di portare la nostra Società a una maggiore visibilità e influenza istituzionale. Questo obiettivo ha incrociato una stagione politica che ha visto il Parlamento iniziare a discutere il tema della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, discussione che, dopo un lungo iter, ha preso la forma della Legge 24/2017, più nota come Legge Gelli/Bianco. Questa Legge prevede, per le Società che lo desiderano, la possibilità di essere inserite in un elenco di Società formalmente riconosciute dal Ministero, a patto di soddisfare una serie di criteri, formali e scientifici. Cogliendo l'occasione data dal nuovo quadro normativo, la nostra Società, dopo un lavoro piuttosto complesso che ha richiesto diverse operazioni, compresa, ad esempio, la riscrittura dello Statuto, ha ricevuto il 7 novembre 2018 il riconoscimento da parte del Ministero della salute.

Il fatto che la SITCC abbia ricevuto il riconoscimento ministeriale è stato di fondamentale importanza perché l'articolo 5 della Legge Gelli/Bianco dà

* Già Presidente SITCC 2015-2021. Prof. Associato di Psicologia clinica, Università di Torino, via Verdi 8 – 10124 Torino; e-mail: rita.ardito@unito.it.v

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 52/2023
DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16171

Rita Ardito

la possibilità alle Società riconosciute dal Ministero della salute di produrre linee guida e promuovere buone prassi. Questa possibilità prima non era prevista ed è certamente stata un'importante innovazione.

Sfruttando questa possibilità, il 23 giugno 2020 il Comitato Direttivo SITCC ha deliberato all'unanimità una mia proposta per la costituzione di un *Gruppo di Lavoro sulle linee guida e le buone prassi*. L'obiettivo è stato fin da subito contribuire a portare all'attenzione del Legislatore e, più in generale all'attenzione di tutte le figure che giocano un ruolo in questi scenari, le prove di efficacia provenienti dalla letteratura scientifica a sostegno del modello cognitivo-comportamentale. Come sappiamo, la Terapia Cognitivo-Comportamentale gode infatti di una solida letteratura scientifica che ne attesta l'efficacia in un numero ampio di condizioni cliniche. È nostro compito continuare a rappresentare con chiarezza questo stato di cose in modo che le scelte che in futuro verranno prese a tutti i livelli possano basarsi su prove di efficacia. Certamente si tratta di un'operazione in continuo divenire che ha richiesto e continuerà a richiedere sforzi costanti. Dedicare due numeri della nostra rivista ufficiale a questo obiettivo va in questa direzione.

Ringrazio Ilaria Baiardini e Giancarlo Dimaggio per l'invito a scrivere questa prefazione. In particolare, li ringrazio per aver accolto il mio suggerimento di curare due numeri monografici di *Quaderni* dedicati ai materiali prodotti dalle colleghe e dai colleghi del Gruppo di Lavoro sulle Linee Guida, colleghe e colleghi che a loro volta ringrazio per aver prima accettato di far parte di questo Gruppo di Lavoro e poi di contribuire a scrivere queste pagine dopo aver dedicato tempo a riflettere e sistematizzare la letteratura più recente sui diversi temi indagati.

Il mio pensiero più riconoscente va a Giovanni Fassone che fino alla fine ha coordinato il Gruppo di Lavoro ed è stato riferimento prezioso per la sua autorevolezza e il suo equilibrio. Sempre con noi.

Editoriale. Linee guida e indirizzi di buona pratica clinica per i disturbi sintomatici e di personalità sintomatici: il ruolo delle Terapie Cognitivo-Comportamentali
Parte 1 – I disturbi di personalità



Ilaria Baiardini*, Giancarlo Dimaggio**

Il Gruppo di Lavoro della SITCC sulle linee guida è stato costituito e ha operato con un obiettivo preciso: documentare il ruolo *evidence-based* dei modelli di Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) nel trattamento psicologico e psicoterapeutico dei principali disturbi.

L'evidence-based medicine (EBM) è un movimento che ha avuto inizio nei primi anni '90 del ventesimo secolo, quando un gruppo di metodologi ed epidemiologi della McMaster University di Hamilton, in Ontario (Canada) ha pubblicato una serie di studi circa il modo di utilizzare la letteratura biomedica nella pratica clinica. Questi lavori, sostanzialmente, ponevano l'accento su tre aspetti fondamentali della formazione e dell'aggiornamento in medicina: conoscere e comprendere i risultati degli studi clinici, utilizzare criteri per la valutazione critica della ricerca scientifica e determinare il modo migliore per applicare i risultati della ricerca nella pratica quotidiana (Guyatt, 1991; Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).

A partire da questo background, l'EBM si è sviluppata come un nuovo paradigma che si proponeva di integrare le migliori evidenze di ricerca con l'esperienza clinica e i valori del paziente (Sackett *et al.*, 1996). Si tratta, in altri termini, di basare le decisioni riguardo la cura di ogni singolo paziente

* Clinica di Malattie Respiratorie e Allergologia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova, Viale Benedetto XV, 6 – 16132 Genova; e-mail: ilaria.baiardini@libero.it.

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

su un uso «coscienzioso, esplicito e giudizioso» (Sackett *et al.*, 1996) delle informazioni aggiornate e metodologicamente valide derivate dalla letteratura. Questo nuovo modo di pensare e di agire ridimensiona il ruolo dell'esperienza clinica, dell'opinione del professionista esperto e dell'intuizione nel processo decisionale clinico sul quale si fonda il processo di cura.

L'EBM è stata originariamente pensata e sviluppata per essere utilizzata da singoli professionisti nella loro pratica clinica. L'obiettivo era quello di fornire all'operatore sanitario le competenze per valutare criticamente le prove della ricerca e adattare a un particolare paziente e a un singolo setting.

La rapida e progressiva diffusione di questo approccio a livello internazionale (Djulbegovic & Guyatt, 2017) è stata favorita da alcuni fattori che hanno contribuito a mettere in crisi i modelli tradizionali della formazione e della pratica in ambito medico:

- la crescita continua del numero delle pubblicazioni scientifiche, che ha modificato le esigenze e le modalità di aggiornamento professionale per i medici;
- lo sviluppo delle tecnologie informatiche, e in particolare di internet, che ha favorito l'accessibilità e la diffusione della ricerca.
- una crescente consapevolezza dell'inadeguatezza delle pratiche cliniche standard e del loro impatto sia sulla qualità che sul costo della cura;
- i limiti imposti dalla crisi finanziaria che investe i sistemi sanitari e la conseguente pressione a indirizzare le risorse verso prestazioni la cui efficacia sia riconosciuta sulla base di evidenze scientifiche.

Questo nuovo modo di pensare e agire rappresenta ora le evidenze più aggiornate risultanti da studi metodologicamente rigorosi, principalmente studi clinici randomizzati controllati (RCT) e revisioni sistematiche, che corrispondono al più alto livello di qualità scientifica e rappresentano il vertice della piramide EBM (*Figura 1*).

Le linee guida sono strumenti evidence-based che hanno l'obiettivo di rendere più facile per i professionisti della salute conoscere e applicare in modo «coscienzioso, esplicito e giudizioso» (Sackett *et al.*, 1996) il numero sempre crescente di evidenze disponibili. Il passaggio dai risultati delle sperimentazioni cliniche alle linee guida è un processo complesso. Il primo passo consiste nella ricerca della letteratura disponibile. Il secondo è la valutazione critica della qualità metodologica degli studi. Quindi, nella terza fase, i risultati vengono aggregati, e si procede a una valutazione in termini di efficacia, effetti collaterali, validità, tollerabilità, fattibilità e costi

(World Health Organization, 2012). Sulla base di questo processo, le linee guida forniscono raccomandazioni per il trattamento di specifici disturbi o condizioni sulla base di revisioni che riassumono le prove dell'efficacia del trattamento. Il livello di evidenza e la forza della raccomandazione di ogni intervento vengono classificati secondo scale predefinite, come illustrato nelle *Figure 2 e 3*.

Figura 1. Gerarchia dell'evidenza



Figura 2. Livelli di evidenza delle raccomandazioni

Livello di evidenza A	Dati derivati da numerosi trial clinici randomizzati o meta-analisi
Livello di evidenza B	Dati derivati da un singolo trial clinico randomizzato o da ampi studi non randomizzati
Livello di evidenza C	Consenso degli esperti e/o studi di piccole dimensioni, studi retrospettivi, registri

Figura 3. Classi delle raccomandazioni

Classe della raccomandazione	Definizione	Espressione consigliata
Classe I	Evidenza e/o consenso generale che un determinato trattamento o intervento sia vantaggioso, utile ed efficace	È raccomandato/ indicato
Classe II	Evidenza contrastante e/o divergenza di opinione circa l'utilità/efficacia di un determinato trattamento o intervento	
<i>Classe IIa</i>	Il peso dell'evidenza/opinione è a favore dell'utilità/efficacia	Deve essere preso in considerazione
<i>Classe IIb</i>	L'utilità/efficacia risulta meno accertata sulla base dell'evidenza/opinione	Può essere preso in considerazione
Classe III	Evidenza o consenso generale che un determinato trattamento o intervento non sia utile/efficace e che in taluni casi possa essere dannoso	Non è raccomandato

In ambito psicologico, in linea con l'emergere del paradigma EBM, già nel 1995 l'American Psychological Association (APA) ha enfatizzato l'importanza di identificare, studiare e diffondere terapie supportate empiricamente (*empirically supported therapies* – ESTs) (Sanderson & Woody, 1995), cioè interventi la cui efficacia sia dimostrata da trial clinici controllati e randomizzati. Tale approccio è confluito nella pratica basata sull'evidenza (*evidence-based practice in psychology* – EBPP), che si configura come l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche derivate dalla letteratura, con l'esperienza clinica, nel contesto delle caratteristiche, della cultura e delle preferenze del paziente, al fine di raggiungere il miglior risultato possibile in ogni singolo caso (American Psychological Association, 2006a). Queste tre dimensioni che caratterizzano l'EBPP consentono di coprire le aree della ricerca, della clinica e della cura del paziente e ci aiutano a garantire un intervento personalizzato sulla base delle evidenze e della competenza del singolo psicoterapeuta.

L'obiettivo dell'EBPP è quello di promuovere una pratica psicologica efficace e di migliorare la salute pubblica applicando principi supportati empiricamente nelle fasi di valutazione psicologica, formulazione del caso e intervento terapeutico.

Negli ultimi 30 anni, lo sviluppo delle linee guida è diventato una prati-

ca standard anche nell'ambito dei disturbi psichiatrici e psicologici: l'elenco dei documenti disponibili, sviluppati da istituzioni, enti pubblici e privati, nonché da società scientifiche, è disponibile sul sito del Library on the Guidelines International Network (GIN).

Oggi agli psicoterapeuti, come a tutti gli operatori sanitari, è richiesto di basare il loro intervento sulle evidenze disponibili. Ciò significa che devono possedere competenze per recuperare, valutare e integrare tali evidenze nella pratica clinica.

Diffondere linee guida e buone pratiche per la psicoterapia rappresenta un elemento fondativo della missione, della visione e dei valori della SITCC.

Sulla base di queste premesse, questo Gruppo di Lavoro ha effettuato un'analisi delle linee guida esistenti con l'obiettivo di documentare il livello di evidenza e la forza delle raccomandazioni relativi agli interventi psicoterapeutici di orientamento cognitivo-comportamentale.

Nel caso di disturbi per i quali non sono presenti linee guida, è stata effettuata un'analisi della letteratura disponibile, al fine di evidenziare non soltanto le prove di efficacia, ma anche gli inevitabili *caveat* tra i quali: qualità degli studi; trasferibilità e applicabilità al SSN; formazione e aggiornamento degli operatori, oltre a ulteriori considerazioni più generali meritevoli di riflessione

Non per tutti i disturbi, come si potrà vedere nei due numeri dedicati al tema, esistono linee guida. In questo primo lavoro solo il contributo di Nicolò e colleghi (2023) potrà riassumere le linee guida, che esistono, per i Disturbi Antisociale e Borderline di Personalità. Nel caso degli altri disturbi di personalità, Mammone e Dimaggio (2023) hanno passato in rassegna i lavori sul Disturbo Evitante di Personalità e hanno proposto dei suggerimenti di buona pratica clinica basati sugli studi di efficacia esistenti, alcuni sono trial randomizzati, altri studi senza gruppo di controllo su campioni di varia grandezza. Gasparre e Dimaggio (2023) hanno svolto un lavoro simile sul Disturbo Narcisistico di Personalità per il quale il problema è serio: è un disturbo diffuso, che genera sofferenza in chi ne è affetto, ma per il quale quasi non esistono studi di efficacia. Quindi gli autori hanno proposto alcuni principi di intervento basati su una dissezione della psicopatologia narcisistica. Magnani e Dimaggio (2023) hanno passato in rassegna la letteratura di efficacia sul Disturbo Ossessivo di Personalità, per il quale per il quale esistono solo tre studi randomizzati e controllati e diversi studi longitudinali, a disegno prima-dopo e casi singoli. Le linee guida sono state tracciate sulla base della letteratura esistente che mostra soprattutto come il DOCP sia un quadro sotto-diagnosticato e che se trascurato peggiora il decorso delle condizioni alle quali è associato.

Nel secondo numero dei Quaderni in programmazione l'anno prossimo, descriveremo invece le linee guida e i principi di buona pratica clinica su Depressione, Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbo Post-Traumatico da Stress semplice e complesso, Disturbi Dissociativi, Disturbi Bipolari e Disturbi Psicologici nell'Età Evolutiva.

Che cosa speriamo di trasmettere ai lettori, in particolare ai terapeuti appartenenti alla SITCC? Innanzitutto che è possibile coltivare una cultura dell'intervento basata sulle prove di efficacia e sull'aggiornamento. Sappiamo da tempo che la psicoterapia tende a essere efficace, certo, ma è necessario conoscere quello che abbiamo bisogno per i disturbi specifici, quella dovrebbe essere la base di partenza di un terapeuta che lavori seguendo le conoscenze scientifiche. Troppo spesso ascoltiamo colleghi che non si informano, non si aggiornano e non seguono le linee guida laddove queste sono disponibili. È pensabile oggi un terapeuta che incontri un paziente con un Disturbo d'Ansia e non segua le indicazioni di utilizzare esperimenti comportamentali insieme o in alternative a tecniche per ridurre il rimuginio e il pensiero ripetitivo?

Si può sollevare un'obiezione all'impresa che la SITCC ha messo in atto fin da quando Rita Ardito ha costituito il gruppo di lavoro per distillare le linee guida disponibili e il ruolo nei vari disturbi della famiglia delle Terapie Cognitive-Comportamentali. L'obiezione ha due facce. La prima è: le terapie sono tutte equivalenti e quindi possiamo intervenire con il modello che preferiamo dato che a essere efficaci sono i fattori comuni. Come mostreranno i lavori riassunti nei due numeri per molti disturbi non è così. Le terapie cognitive tendono a essere superiori per i Disturbi d'Ansia (Bhattacharya *et al.*, 2023; Kindred *et al.*, 2022), per il Disturbo Ossessivo (Öst *et al.*, 2022) e le terapie più studiate per il Disturbo Post-Traumatico da Stress sono di matrice cognitiva a valenza espositiva insieme all'EMDR (Hoppen *et al.*, 2022) e sono efficaci e sicure.

Il secondo argomento è: la maggior parte dei pazienti hanno patologie complesse, presentano comorbidità tra disturbi sintomatici e tra gli stessi e i disturbi di personalità. Quindi seguire le linee guida è impossibile e bisogna ancorarsi alla sola formulazione del caso, in una continuazione elaborazione della relazione terapeutica. È un argomento sensato, un terapeuta che tratta un Disturbo d'Ansia in comorbidità con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo ed evitante di personalità dovrà tenere conto di tutti questi problemi e non potrà seguire ciecamente il protocollo per il Disturbo d'Ansia che seguirebbe se questo si presentasse in solitudine. Ma questo non è un argomento per non conoscere le linee guida e non tenerne conto. La componente espositiva e di interruzione del pensiero ripetitivo andrà co-

munque seguita, perché a oggi quello è il meglio che i dati di ricerca di efficacia ci offrono. Alla sapienza e alla competenza del clinico rimane come lavorare per intrecciare il lavoro sulle varie componenti del disturbo in quel caso singolo, ma la conoscenza di ciò che per i vari disturbi risulta efficace è imprescindibile.

Questo ci auguriamo che i contributi presentati in questo numero dei Quaderni e in quello che apparirà l'anno prossimo: che i soci di una società scientifica come è sempre stata ed è tuttora la SITCC: possano conoscere le evidenze più recenti efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento dei disturbi psicologici e psichiatrici più comuni. E che, a partire da questa conoscenza mettano in atto sistematicamente una psicoterapia che ha il massimo delle possibilità di essere benefica, rispetto a un lavoro basato su una presunta autodichiarata esperienza e competenza. E, allo stesso modo, che tali contributi siano di stimolo per migliorare gli approcci psicoterapeutici esistenti, perché la scienza è progresso sulle spalle dei giganti, avanzamento su quanto è stato scoperto prima.

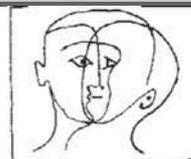
Bibliografia

- American Psychological Association (2006a). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4): 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J.K. & Hofmann, S.G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Current psychiatry reports*, 25(1): 19-30. DOI: 10.1007/s11920-022-01402-8.
- Djulgovic, B. & Guyatt, G.H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*, 390(10092): 415-423. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31592-6.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17): 2420-2425. DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- Gasparre, A. & Dimaggio, G. (2023). Il Disturbo Narcisistico di Personalità. Concettualizzazione del costrutto, rassegna empirica sull'efficacia dei trattamenti, principi e suggerimenti per una buona pratica clinica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 51-71. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16174.
- Guidelines International Network (GIN). *International Guidelines Library & Registry*; disponibile su: guidelines.ebmportal.com.
- Guyatt, G. (1991). Evidence-Based Medicine. *ACP J Club*, A-16: 114. DOI: 10.7326/ACPJC-1991-114-2-A16.
- Hoppen, T.H., Lindemann, A.S. & Morina, N. (2022). Safety of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder: meta-analysis on the incidence and relative risk of deterioration, adverse events and serious adverse events. *The British Journal of Psychiatry*, 221(5): 658-667. DOI: 10.1192/bjp.2022.111.

Ilaria Baiardini, Giancarlo Dimaggio

- Kindred, R., Bates, G.W. & McBride, N.L. (2022). Long-term outcomes of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 92: 102640. DOI: 10.1016/j.janxdis.2022.102640.
- Magnani, B. & Dimaggio, G. (2023). Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP). Rassegna della letteratura sull'efficacia dei trattamenti psicologici e indicazioni di buona pratica clinica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 97-129. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16176.
- Mammone, I. & Dimaggio, G. (2023). Suggerimenti di buona pratica clinica per il Disturbo Evitante di Personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 72-96. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16175.
- Nicolò, G., Azzara, C., Cantelmi, V., Contrada, C. & Mozzetta, G. (2023). Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento psicologico dei Disturbi Borderline e Antisociale di Personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52: 15-49. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16173.
- Öst, L.G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G. ... & Wergeland, G.J. (2022). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 104170. DOI: 10.1016/j.brat.2022.104170.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023): 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Sanderson, W.C. & Woody, S. (1995). Manuals for empirically validated treatments: A project of the Division of Clinical Psychology, American Psychological Association Task Force on Psychological Interventions. *The Clinical Psychologist*, 48: 7-11.
- WHO (World Health Organization) (2012). *WHO Handbook for Guideline Development*. G.R. Committee. Geneva: WHO.

***Sintesi delle evidenze scientifiche
e delle linee guida per il trattamento
psicologico dei Disturbi Borderline
e Antisociale di Personalità***



Giuseppe Nicolò*, Carla Azzara**, Veronica Cantelmi**,
Claudio Contrada**, Giorgio Mozzetta**

Ricevuto il 17 giugno 2023

Accettato il 19 giugno 2023

Sommario

Negli ultimi anni la classificazione dimensionale dei disturbi di personalità e lo sviluppo di trattamenti manualizzati hanno concorso a una nuova concettualizzazione di tali disturbi. Pertanto, si rende necessaria la messa in atto di trattamenti clinici basati su evidenze e buone pratiche, tramite l'applicazione di linee guida internazionali per il trattamento dei disturbi di personalità. Ciò premesso, l'obiettivo del presente elaborato è quello di analizzare le principali linee guida per quel che concerne il trattamento del Disturbo Borderline (BPD) e del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD), al fine di individuare quali sono i trattamenti raccomandati e con maggior prova di efficacia. A tale scopo sono stati presi in esame due tra i più autorevoli contributi: quello del National Institute of Health and Care Excellence (NICE) e quello dell'American Psychiatric Association (APA). Inoltre, vista la necessità di fornire evidenze scientifiche aggiornate, oltre alle linee guida sono state poi prese in considerazione recenti rassegne e metanalisi sul trattamento dei disturbi in esame. In conclusione, in linea con la nuova concettualizzazione dimensionale proposta nella III sezione del DSM-5, la letteratura sembra suggerire al clinico una maggiore attenzione all'aspetto dimensionale dei disturbi di personalità all'interno dell'intervento psicoterapico, perché permette di utilizzare tratti e domini specifici per l'impostazione di un intervento più mirato.

Parole chiave: linee guida, NICE, APA, Cochrane, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Antisociale di Personalità.

* Scuola Italiana Cognitivismo Clinico (SICC), viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; Terzocentro psicoterapia Cognitiva, via Ravenna, 9C – 00161 Roma; e-mail: gnicolo66@gmail.com.

** Scuola Italiana Cognitivismo Clinico (SICC), viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; e-mail: carlaazzara27@gmail.com; veronica.cantelmi@gmail.com; claudio.contrada87@gmail.com; giorgiomozzetta@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 52/2023
DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16173

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

Summary of scientific evidence and guidelines for the psychological treatment of Borderline and Antisocial Personality Disorders

Abstract

In the last years, the dimensional classification of Personality Disorders and the development of manualized treatments have contributed to a new conceptualization of these disorders. Therefore, it is necessary to implement evidence-based clinical treatments and good practices, through the application of international guidelines for the treatment of personality disorders. This paper aims to analyze the main guidelines from recent literature regarding the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD) and Antisocial Personality Disorder (ASPD) and to identify which are the recommended treatments with greater efficacy. For this reason, two of the most authoritative sources of international guidelines were examined: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the American Psychiatric Association (APA). Furthermore, given the need to provide updated scientific evidence, in addition to the guidelines, recent reviews and meta-analyses on the treatment of disorders in question were considered. In conclusion, the literature suggests that clinicians pay greater attention to the dimensional aspect of personality disorders within the psychotherapeutic intervention because it allows the use of specific traits and domains for setting up a more targeted intervention.

Keywords: guidelines, NICE, APA, Cochrane, Borderline Personality Disorder, Antisocial Personality Disorder.

Introduzione

Negli anni la ricerca orientata sugli interventi rivolti ai Disturbi di Personalità, sviluppati secondo costrutti e modelli teorici coerenti, ha permesso di diffondere trattamenti manualizzati di comprovata efficacia, tra i quali la Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), la Transference Focused Psychotherapy (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006), e il Mentalization Based Treatment (Bateman & Fonagy, 2006) in termini di modificazioni di specifici fattori dimensionali, impulsività e metacognizione.

Diversi interventi, seppur efficaci, tendono ad agire su differenti dimensioni e aspetti psicopatologici, questo porta la ricerca a mantenere il suo focus sull'efficacia dei trattamenti basati sui modelli più recenti come la Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2007; Carcione *et al.*, 2021) e la Schema Therapy (Young, Klosko & Weishaar, 2007).

Lo sviluppo di trattamenti psicoterapici manualizzati e la classificazione dimensionale dei disturbi di personalità proposta nel DSM-5, hanno concorso allo sviluppo di una nuova concettualizzazione dei Disturbi di Personalità (DP), che smentisce il presupposto di immodificabilità della struttura di

personalità e apre la possibilità a diverse prospettive in termini di prognosi e trattamento.

Nell'ultima edizione del DSM viene infatti presentato, nella sezione III, un modello dimensionale per i disturbi di personalità. Questo permette al clinico un ragionamento rivolto al funzionamento della personalità e ai tratti di personalità patologica non limitandosi alla sola diagnosi nosografica. I disturbi di personalità, in questo nuovo modello, sono caratterizzati da due elementi principali, ovvero la compromissione del funzionamento della personalità su un piano identitario e interpersonale e la presenza di tratti di personalità patologici.

Pertanto, al fine di mettere in atto una pratica clinica basata sull'evidenza e sulle buone pratiche, si rende necessaria una disamina sistematica dei principali approcci psicoterapici che risultano essere efficaci nel trattamento dei Disturbi di Personalità, con particolare focus sul Disturbo Borderline e sul Disturbo Antisociale di Personalità.

Linee guida esistenti

Vengono di seguito illustrate le principali linee guida internazionali esistenti per le raccomandazioni di trattamento del Disturbo Borderline e del Disturbo Antisociale di Personalità.

Purtroppo, non è disponibile una grande produzione di documenti di indirizzo e raccomandazioni per il trattamento dei disturbi di personalità in generale, e dei due disturbi di personalità in oggetto in particolare. Inoltre, nonostante l'esplosione messa a punto di nuovi trattamenti psicoterapici con focus sui DP, non è ancora stato prodotto un aggiornamento delle LG in merito. Probabilmente, il mancato aggiornamento è comprensibile alla luce della mancanza di sufficienti e omogenei studi di efficacia sui trattamenti. Tale osservazione incoraggia la prosecuzione della ricerca in tal senso.

Linee guida NICE (2009; 2013; 2015): una visione di insieme

Le linee guida NICE si propongono di sviluppare un modello multidisciplinare per il trattamento del Disturbo Borderline e Antisociale di Personalità. Tale organismo indipendente e no profit anglosassone è un punto di riferimento anche italiano per la similarità dei sistemi sanitari.

Le linee guida sono applicabili per entrambi i disturbi a soggetti di età pari o superiore ai 18 anni di età. Si ribadisce che la diagnosi di disturbo

di personalità in età inferiore ai 18 anni è controversa e ad alto tasso di inappropriatazza.

I disturbi di personalità borderline e antisociale sono due condizioni distinte, che si manifestano con modalità differenti e che prevedono percorsi di cura diversi.

I due disturbi sono stati raggruppati nell'edizione di un unico documento per riportarne la somiglianza negli approcci terapeutici e non per ipotizzare una sovrapposizione tra le due condizioni.

Il modello di trattamento proposto è articolato in sette punti che prevedono:

1. *Una valutazione clinica strutturata:* prevede che i professionisti della salute mentale utilizzino una valutazione clinica strutturata per diagnosticare il Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale. Il rationale che guida l'indicazione deriva dall'osservazione relativa alla complessità nell'identificazione diagnostica dei disturbi borderline e antisociale di personalità. Spesso, infatti, gli utenti hanno bisogno di un supporto che vada oltre l'assistenza sanitaria e questo rende complessa la pianificazione dell'assistenza. L'esecuzione di una valutazione strutturata utilizzando strumenti riconosciuti è essenziale per identificare una serie di sintomi, fare una diagnosi accurata e riconoscere le comorbidità.

La valutazione clinica strutturata dovrebbe essere effettuata utilizzando uno strumento standardizzato e convalidato. I principali strumenti disponibili per la diagnosi dei disturbi di personalità borderline e antisociali includono:

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini *et al.*, 1987);
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) (First *et al.*, 1997);
- Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) (Pfohl *et al.*, 1995);
- International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger *et al.*, 1994);
- Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer & Alexander, 1979);
- Standardized Assessment of Personality (SAP) (Mann *et al.*, 1981).

La valutazione clinica strutturata dovrebbe essere effettuata utilizzando uno strumento standardizzato e convalidato. I principali strumenti disponibili per la diagnosi dei disturbi di personalità borderline e antisociali includono:

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini *et al.*, 1987);

- Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5 PD) (First *et al.*, 2016);
 - Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model Personality Disorders (SCID-5 AMPD) (First *et al.*, 2018);
 - Personality Assessment Inventory (PAI) (Morey, 2016);
 - Personality Assessment Inventory-Adolescent (PAI-A) (Morey, 2021);
 - International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger *et al.*, 1994);
 - Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer & Alexander, 1979);
 - Standardized Assessment of Personality (SAP) (Mann *et al.*, 1981).
2. *L'erogazione di trattamenti psicologici per persone con Disturbo Borderline di Personalità*: viene indicata la necessità di offrire terapie psicologiche alle persone con Disturbo Borderline di Personalità che li aiutino a gestire la loro condizione. È raccomandato di concordare con i pazienti la tipologia di trattamento, la durata delle sedute e la frequenza della terapia che ricevono. Non vengono tuttavia identificati specifici trattamenti psicoterapici.
 3. *L'erogazione di terapie psicologiche per persone con Disturbo Antisociale di Personalità*: viene raccomandata l'offerta di terapie cognitive e comportamentali di gruppo alle persone con Disturbo Antisociale di Personalità, concordate con l'utente termini di durata e intensità.
 4. *Le indicazioni per il trattamento farmacologico*: secondo le linee guida, i farmaci antipsicotici e stabilizzatori sono risultati utili nella gestione a breve termine delle crisi (la durata del trattamento non deve essere superiore a 1 settimana) o nel trattamento delle condizioni di comorbidità. Tuttavia, nessun farmaco ha dimostrato l'efficacia nel trattamento o nella gestione del Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale.
 5. *Indicazioni per il passaggio tra curanti, tra servizi o per la sospensione del trattamento (continuità assistenziale)*: le linee guida identificano durante eventuali cambiamenti nel trattamento (di curante o di tipologia di trattamento o di servizio) il momento in cui spesso si verificano comportamenti autolesionistici e tentativi di suicidio. Pertanto, risulta di fondamentale importanza discutere con l'utente i cambiamenti in anticipo ed elaborare un piano strutturato e graduale, ritenuto accettabile per il paziente. Deve inoltre essere previsto un accesso facilitato ai servizi qualora dovesse insorgere una crisi. L'integrazione dei servizi è importante per stabilire percorsi chiari per le transizioni tra servizi e agenzie e per garantire assistenza e supporto ben organizzati. I cambiamenti nel processo terapeutico che necessitano di particolare attenzione includono, ma non sono limitati a:

- il passaggio da un servizio a un altro;
 - trasferimenti da strutture ospedaliere e di detenzione a strutture comunitarie;
 - la transizione dai servizi di salute mentale per bambini e adolescenti ai servizi di salute mentale per adulti;
 - l'interruzione del trattamento a seguito di una crisi;
 - l'interruzione del trattamento o della presa in carico dei servizi;
 - la fine del trattamento o della presa in carico dei servizi;
 - eventuali modifiche alla relazione terapeutica.
6. *Prevedere il raggiungimento di obiettivi di istruzione scolastica e di inserimento lavorativo nel piano terapeutico riabilitativo*: nonostante la sintomatologia dei disturbi di personalità borderline e antisociale possa spesso essere migliorata con gli interventi terapeutici, le persone con tali disturbi spesso riscontrano difficoltà per quel che concerne l'inserimento nella comunità e gli aspetti lavorativi. Pertanto, le linee guida NICE raccomandano che gli operatori sanitari e sociali sviluppino piani di assistenza multidisciplinari in collaborazione con gli utenti, al fine di identificare obiettivi a breve termine come l'assistenza sociale e il supporto abitativo. Inoltre, questi piani di assistenza dovrebbero anche considerare gli obiettivi a lungo termine per l'istruzione e l'occupazione.
7. *Supervisione del personale che ha in carico soggetti con Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale*: i professionisti della salute mentale che prendono in carico persone con Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale dovrebbero sottoporsi a supervisione costante, prevedendo con chiarezza la frequenza e le modalità.
- Alcuni professionisti della salute mentale, infatti, possono trovare difficile lavorare con persone con Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale. Le persone con disturbo di personalità possono avere difficoltà di comunicazione, nella costruzione di relazioni di fiducia e nel rispettare i confini. Questo può essere estremamente stressante per il personale e talvolta può provocare atteggiamenti negativi verso questa tipologia di utenti. Pertanto, il livello e la frequenza del supporto e della supervisione che i professionisti della salute mentale ricevono devono essere adattati al loro ruolo e alle esigenze individuali.
- La supervisione del personale può essere focalizzata sul monitoraggio delle prestazioni, sul supporto del singolo professionista o su un mix di entrambi questi obiettivi.
- La supervisione del personale dovrebbe:
- fare uso dell'osservazione diretta (ad esempio, registrazioni audio/video di sedute) e misurazioni dei risultati di routine

- supportare l'adesione all'intervento specifico
- promuovere la coerenza e l'affidabilità terapeutica generale
- contrastare gli atteggiamenti negativi del personale.

Linee guida NICE (2013; 2015): focus sul Disturbo Antisociale di Personalità. Indicazioni al trattamento

Quando si parla di Disturbo Antisociale di Personalità (DASP) emerge una significativa problematicità nel panorama dell'evidenza.

Ad oggi, infatti, esistono scarsi studi EBM nei trattamenti per pazienti con DASP, a causa di un numero insufficiente di studi. Crescenti ricerche suggeriscono che il Disturbo Antisociale di Personalità si sviluppi e si mantenga a causa di un'interazione biologica (genetica/fisiologica/neurobiologica) e fattori ambientali.

Negli ultimi anni il dibattito è stato rivolto verso i criteri diagnostici, molto centrati sui comportamenti osservabili, piuttosto che sulle dimensioni di personalità, come ben descritto nella sezione III del DSM-5.

Il modello alternativo pone un'enfasi maggiore sulle dimensioni personologiche permettendo al clinico maggiori manovre di intervento.

La linea guida NICE sul Disturbo Antisociale di Personalità fornisce raccomandazioni sui trattamenti, sulla gestione e la prevenzione sia nel contesto sanitario che in quello forense, mettendo in luce come, spesso, una delle problematicità di chi è affetto da questo disturbo è che viene escluso dai trattamenti e dai servizi a causa della difficile gestione.

L'attenzione viene posta in particolare al contesto familiare, per poi passare ai tratti di personalità fino ad arrivare ai risvolti sociali e viene sottolineata come la variabilità del decorso non esclude un recupero nel tempo, anche se, alcuni individui continuano a manifestare problematiche sociali e interpersonali.

Dalle linee guida emerge come elemento centrale la relazione attraverso la creazione di un clima di fiducia e affidabilità e il mantenimento di un atteggiamento non giudicante e coerente per creare un clima di ottimismo evitando un approccio potenzialmente punitivo, che aumenterebbe il drop out.

Quando si valuta una persona con possibile Disturbo Antisociale di Personalità, professionisti sanitari nei servizi di salute mentale e nei servizi forensi dovrebbero condurre una valutazione completa dei comportamenti antisociali; del funzionamento della personalità, delle strategie di coping, dei punti di forza e delle vulnerabilità.

Viene sostenuta l'importanza di valutare la possibile comorbilità con al-

tri disturbi (inclusi depressione e ansia, abuso di droghe o alcol, Disturbo Post-Traumatico da Stress e altri disturbi della personalità); la necessità di cure psicologiche, assistenza sociale, sostegno e lavoro, riabilitazione o sviluppo; violenza domestica e abusi.

Le strutture forensi o specializzate sui disturbi di personalità sono indicate come più adeguate per la valutazione del rischio di violenza, devono tenere conto di questa sia nel momento attuale che nella storia del soggetto, inclusa la gravità, le circostanze, i precipitanti e le vittime; la presenza di disturbi mentali in comorbidità e/o abuso di sostanze; attuali fattori di stress, relazioni ed eventi della vita; ulteriori informazioni sono da reperire attraverso documenti scritti o da familiari e caregiver (previo consenso), perché la persona con personalità antisociale potrebbe non essere sempre una fonte affidabile di informazioni. L'invio di questi paziente ai servizi specializzati o forensi dovrebbe essere preso in considerazione nel momento in cui vi è un comportamento violento o minaccioso che suggerisca un rischio significativo, la possibilità di un episodio di grave violenza, compresi comportamenti predatori o quando la violenza potrebbe riguardare bambini o altre persone vulnerabili.

Molto importante è la valutazione dei pregressi storici di violenza che dovrebbero essere una guida sul piano manageriale nello sviluppo di una previsione di rischio di violenza futura. Il personale dei servizi di salute mentale di cure secondarie dovrebbe prendere in considerazione un invio a servizi forensi laddove siano presenti violenza o minaccia in atto che suggerisca un rischio immediato o interruzione del trattamento, così come una storia di violenza grave, inclusi reati predatori o attacchi ai bambini o altre persone vulnerabili.

In ambito forense viene marcata l'importanza di una valutazione che dia indicazione sulla gravità del disturbo e sulla presenza di una psicopatia, individuando come strumenti elettivi la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (Caretto *et al.*, 2011) che fornisce una valutazione affidabile del costrutto di psicopatia o la PCR-SV versione abbreviata e la Historical Clinical Risk (HCR-20) (Caretto *et al.*, 2019) per la valutazione del rischio di recidiva.

Quando viene fatta diagnosi di DASP è buona prassi che il caso vada discusso con la persona, i familiari e il personale che lo segue per eliminare la possibile stigmatizzazione ed esclusione dai servizi. L'intervento indicato è basato su terapie cognitive e comportamentali di gruppo in cui viene sottolineato come si debba dare una continuità di trattamento cercando di prevenire l'interruzione e tenerne conto nella pianificazione iniziale dell'intervento.

Le linee guida NICE raccomandano terapie psicologiche per la gestione e il trattamento dei sintomi e dei comportamenti associati alla personalità antisociale.

In particolare, la Terapia Cognitivo-Comportamentale basata sul gruppo aiuta ad affrontare problemi come impulsività, difficoltà interpersonali e comportamento antisociale e può facilitare la riduzione di comportamenti offensivi. A causa della varietà dei sintomi e dei bisogni, gli approcci devono mostrare un'elevata flessibilità per essere in grado di adattarsi alle diverse realtà. Coinvolgere le persone con il Disturbo Antisociale di Personalità nelle decisioni sulla propria cura è la chiave principale per integrarli nel trattamento.

Nella fase iniziale di un trattamento così come durante tutto l'intervento, erogato in contesti istituzionali e residenziali, è fondamentale prestare attenzione alla motivazione e all'impegno a causa dell'elevata vulnerabilità al *drop out* in questi pazienti.

È altresì importante mettere in condizione le persone con DASP di poter scegliere o meno il coinvolgimento dei propri familiari nel percorso di cure, considerando anche i bisogni delle famiglie, prestando attenzione all'impatto di comportamenti antisociali e violenti sulla stessa e le conseguenze di un significativo abuso di droghe o alcol oltre che le esigenze e i rischi per eventuali bambini presenti in famiglia e della tutela dei loro interessi.

Per le persone considerate ad alto rischio le Istituzioni sanitarie dovrebbero sviluppare un piano di gestione integrato coinvolgendo i servizi sanitari, sociali e legali. I servizi sociali che si occupano della messa alla prova dovrebbero guidare la persona sia quando si trova in uscita finale di esperimento, dopo aver scontato un periodo di reclusione, o presso una REMS o in carcere, sia durante le licenze dagli stessi istituti, con i servizi di salute mentale e servizi di assistenza sociale che forniscono una rete di supporto e un collante lavorativo.

Le raccomandazioni sono state strutturate su quattro punti necessari per affrontare le limitazioni nate dall'assenza di studi e dalle poche prove di efficacia disponibili:

1. interventi mirati specificamente a Disturbo Antisociale di Personalità;
2. il trattamento e la gestione dei sintomi e comportamenti associati al Disturbo Antisociale di Personalità, come l'impulsività e l'aggressività;
3. il trattamento di disturbi concomitanti come la depressione e l'abuso di droghe;
4. la gestione del comportamento antisociale e lesivo della altrui incolumità.

Il focus dei diversi interventi è rivolto al comportamento aggressivo, anche se gli interventi hanno dimostrato un potenziale anche sulle altre dimensioni, con conseguente beneficio per sé e per gli altri.

Per tutte le persone con diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità, a prescindere dal luogo di cura o internamento e dalla presenza o meno di una dipendenza, è considerato elettivo l'intervento cognitivo comportamentale di gruppo, al fine di affrontare problemi come impulsività, difficoltà interpersonali e comportamento antisociale.

Qualora il paziente abbia commesso reati si dovrebbe sempre considerare l'opportunità di offrire interventi cognitivo-comportamentali basati sul gruppo, incentrati sulla riduzione dei comportamenti antisociali e sulla recidiva.

Nell'erogazione di un intervento di gruppo cognitivo-comportamentale è fondamentale incoraggiare e supportare i partecipanti durante tutto il percorso, anche per chi è sottoposto a obbligo di cure, regolando l'intensità e la durata dell'intervento in base alla valutazione del rischio e ricordando che a tutti i livelli di rischio i pazienti possono trarre beneficio.

Nel Disturbo Antisociale di Personalità o nei comportamenti associati ad aggressività, rabbia e impulsività, gli interventi farmacologici non dovrebbero essere utilizzati come trattamento di routine. In particolare, per le persone che assumono impropriamente sostanze, è importante fornire supporto psicologico e/o farmacologico come da linee guida specifiche. Nel caso ci sia un abuso di sostanze è bene considerare l'invio a comunità terapeutica specializzate nel trattamento delle dipendenze.

All'interno della popolazione affetta da Disturbo Antisociale di Personalità c'è una piccola percentuale che soddisfa i criteri di Psicopatia o di quello che gli anglosassoni definiscono Dangerous and Severe Personality Disorder (Disturbo di Personalità Grave e Pericoloso) su cui gli esiti degli interventi sono assenti o ridotti. In assenza di prove per il trattamento del DASP e psicopatia, le raccomandazioni sono estrapolate dal trattamento del Disturbo Antisociale di Personalità adattando l'intervento attraverso l'estensione delle sessioni gruppali a quelli individuali, con sessioni di richiamo, follow up costanti e monitoraggi ravvicinati.

Il personale che fornisce interventi a persone che soddisfano i criteri per la psicopatia o DASP dovrebbero ricevere una frequente supervisione e un alto livello di supporto. Il personale dovrebbe essere formato adeguatamente sia per i servizi di base sia per quelli specializzati. Questo dovrebbe essere fornito da una rete di professionisti di diverse agenzie che collaborano insieme, assumendosi un ruolo centrale nello sviluppo degli standard e nel coordinamento dei percorsi di cura monitorando l'efficacia dei percorsi clinici.

Di vitale importanza è il lavoro di integrazione tra le diverse istituzioni che si occupano di tali pazienti oltreché una chiarezza nel percorso che possa garantirne l'efficacia specificando e chiarendo punto per punto gli interventi

disponibili e consentendo in tal modo una comunicazione efficace tra medici e servizi in ogni momento e fornendo i mezzi per risolvere differenze e/o eventuali disaccordi. Occorre inoltre stabilire criteri chiari e concordati che permettano all'utente di muoversi tra i servizi. Per quanto possibile, criteri oggettivi e condivisi dovrebbero essere sviluppati in relazione alla valutazione globale del bisogno, del rischio e della trattabilità.

A causa della complessità e dei tempi lunghi del trattamento gli interventi dovrebbero essere effettuati da servizi forensi o da servizi specialistici per i disturbi della personalità.

Mentre per i minori autori di reato con una storia di comportamenti criminali che sono all'interno di un servizio istituzionale, è opportuno che l'intervento di gruppo cognitivo comportamentale si concentri alla riduzione di comportamenti offensivi e altri comportamenti antisociali.

Gli interventi psicologici, riportati dalla linea guida, offerti ai bambini che manifestano aggressività a scuola, mirano al controllo della rabbia, attraverso un numero di tecniche cognitive comportamentali come:

- il *Cognitive Problem-Solving Skills Training* (Kazdin *et al.*, 2010), un intervento che mira a ridurre la condotta problematica dei bambini insegnando loro risposte diverse alle diverse situazioni interpersonali in una cornice cognitiva con tecniche comportamentali con particolare attenzione ai processi di pensiero. Il training comprende l'insegnamento di un approccio graduale alla risoluzione dei problemi interpersonali, compiti strutturati come giochi e storie per aiutare lo sviluppo delle abilità combinando diverse tecniche, tra cui *modeling*, la pratica, il *role-playing* e il rinforzo;
- il *Self-talk* (Hatzigeorgiadis, 2006) il dialogo interno viene utilizzato come parte dell'addestramento per la gestione della rabbia. Inoltre, vengono indicati trattamenti come la Terapia familiare strategica breve, un intervento che ha un focus sistemico ed è influenzato da altri approcci. Gli elementi principali includono il coinvolgimento e il sostegno della famiglia, l'identificazione delle interazioni familiari disadattive cercando di promuovere scambi adattivi;
- la *Functional Family Therapy* (Alexander *et al.*, 2013) in cui l'elemento principale consiste nel coinvolgimento e nella motivazione della famiglia al trattamento, nella risoluzione dei problemi e nel cambiamento del comportamento attraverso la formazione dei genitori e della loro comunicazione, tentando di generalizzare il cambiamento dei comportamenti specifici per influenzare positivamente le interazioni sia all'interno della famiglia che in altri contesti come le scuole;

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

- la *Multidimensional Treatment Foster Care* (Fisher *et al.*, 2000), rivolta a bambini o ragazzi in affido, utilizza strategie della terapia familiare e comportamentale per intervenire direttamente sia sui sistemi che sui processi legati ai comportamenti antisociali. Include un gruppo di sostegno per i genitori affidatari con i genitori biologici dei bambini;
- la *Multisystemic Therapy* che utilizza strategie di terapia familiare e terapia comportamentale per intervenire direttamente sui sistemi e nei processi relativi al comportamento antisociale;
- il *Parent-training* (Hawkins *et al.*, 2019) questo intervento mira a insegnare alle famiglie la gestione del comportamento dei bambini, aumentando la competenza e la fiducia dei genitori nell'educazione dei figli e migliorare il rapporto genitore figlio, utilizzando una buona comunicazione e un'attenzione positiva per aiutare lo sviluppo del bambino. Esempi di programmi ben sviluppati sono il Triple P, definito come Positive Parenting Program (Sanders *et al.*, 2000; 2014) e Webster-Stratton (Webster-Stratton *et al.*, 1988);
- il *Social Problem Skills Training* (Elias *et al.*, 1992), una forma specifica di training che mira alla risoluzione di problemi cognitivi modificando i processi di valutazione interpersonale del bambino e sviluppando una maggiore comprensione delle credenze e dei desideri negli altri, migliorando la capacità del bambino di regolare le proprie risposte emotive, che si è dimostrato efficace nella prevenzione delle condotte di bullismo.

Nel trattamento dell'adulto con Disturbo Antisociale di Personalità le prove sono limitate e i risultati degli interventi sono modesti. Questo porta a sottolineare come la prevenzione rivolta ai bambini, agli adolescenti a rischio e alle loro famiglie abbia un grande valore.

La linea guida NICE fornisce principi generali per gli operatori dei servizi di dell'età dello sviluppo invitandoli a bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità del giovane con la responsabilità genitoriale e a conoscere il quadro giuridico e sanitario che si applica ai minori. I servizi rivolti all'età evolutiva dovrebbero stabilire metodi affidabili per identificare bambini a rischio di problematiche della condotta, concentrandosi sull'identificazione dei genitori vulnerabili come ad esempio genitori problematici con patologie psichiatriche o con dipendenza, madri di età inferiore ai 18 anni, con una particolare attenzione a quelle con una storia di maltrattamenti durante l'infanzia, genitori con una storia di assistenza residenziale o anche genitori con significativi contatti precedenti o attuali con il sistema giuridico.

Linee guida NICE (2009; 2013; 2015): focus sul Disturbo Borderline di Personalità. Indicazioni al trattamento

Il documento fornisce delle raccomandazioni per il trattamento e la gestione del Disturbo Borderline di Personalità, sia in età adulta che nei giovani al di sotto dei 18 anni, che soddisfano i criteri per la diagnosi.

I principi generali presenti nelle linee guida sono riferibili a tutte le persone con Disturbo Borderline di Personalità; tuttavia, le raccomandazioni sul trattamento sono dirette soprattutto alle forme più gravi del disturbo.

Inoltre, nonostante la frequente comorbidità con depressione, disturbi d'ansia, DCA, PTSD, abuso di alcol e droghe, Disturbo Bipolare, queste linee guida NICE non prevedono la gestione delle diverse condizioni co-presenti.

Per prima cosa, le LG sottolineano la necessità di non escludere a priori le persone con BPD dai servizi di assistenza sanitaria o sociale a causa della loro diagnosi o a causa di lesioni autoinflitte.

I giovani con diagnosi di BPD o che presentano sintomi e comportamenti che possano suggerire tale diagnosi, dovrebbero comunque usufruire dei trattamenti e dei servizi raccomandati nelle linee guida, ma ciò dovrà avvenire all'interno dei CAMHS (*Child and Adolescent Mental Health Services*), ovvero dei servizi ambulatoriali di neuropsichiatria infantile.

Il trattamento e l'accesso ai servizi deve essere assicurato ed erogato in maniera paritaria anche a persone di colore o appartenenti a minoranze etniche, ciò tenendo sempre presente il retroterra culturale e le necessità cliniche. È importante tener conto anche dell'aspetto linguistico poiché, se questo dovesse risultare un impedimento all'accesso ai servizi, sarebbe consigliato fornire alle persone informazioni e trattamenti erogati nella loro lingua di preferenza, oltre alla possibilità di utilizzare degli interpreti.

Le NICE tengono conto anche della possibile co-presenza, in persone con BPD, di disturbi dell'apprendimento.

In tali casi è consigliato effettuare le fasi di assessment e diagnosi consultando dei servizi specializzati in tali disturbi.

Per quel che concerne il trattamento, le linee guida NICE consigliano di lavorare in maniera collaborativa con le persone con BPD per sviluppare la loro autonomia e promuovere la capacità di scelta, assicurando il loro coinvolgimento attivo nella ricerca di soluzioni ai loro problemi anche durante le crisi, incoraggiandole a considerare le diverse opzioni di trattamento e le scelte di vita a disposizione, spiegando anche quali saranno gli effetti di tali scelte.

Un ulteriore obiettivo, ritenuto importante, è lo sviluppo di una relazione di fiducia, da promuovere attraverso l'esplorazione delle opzioni di trattamento in un clima ottimistico, spiegando al paziente che la ripresa è possibile.

È necessario, in quest'ottica, lavorare in maniera aperta coinvolgendo il paziente, cercando di mantenere il più possibile un atteggiamento non giudicante e allo stesso tempo che risulti coerente e affidabile. Tutto ciò tenendo sempre presente che molte persone avranno sperimentato rifiuti, abusi e traumi e incontrato lo stigma che spesso si associa all'autolesionismo e al DBP.

Secondo le linee guida inoltre è indispensabile il coinvolgimento di familiari e caregiver nella presa in carico della persona con DBP.

Si consiglia di chiedere apertamente alla persona con BPD se desidera coinvolgere la famiglia o i caregiver nel trattamento, assicurando il diritto alla riservatezza.

Viene, tuttavia, incoraggiato il coinvolgimento di tali figure di riferimento, dopo essersi assicurati che ciò non comporterebbe a un drop out da parte della persona o, addirittura, a un mancato accesso ai servizi.

In caso di coinvolgimento, si consiglia di informare i familiari e i caregiver sull'eventuale presenza di gruppi di sostegno a loro dedicati.

Nel caso di presa in carico di minori con diagnosi di BPD presso i servizi di neuropsichiatria infantile, è necessario bilanciare la promozione e lo sviluppo dell'autonomia del minore con le responsabilità dei genitori della persona o dei suoi caregiver.

Nella fase di assessment, il NICE inserisce nelle linee guida alcuni principi da rispettare per effettuare l'assessment con persone con BPD.

Consiglia, infatti, di spiegare chiaramente come si svolgerà il processo di assessment, di utilizzare un linguaggio quanto più possibile non tecnico e di spiegare la diagnosi di BPD e ciò che significa concretamente. A seguito di questa fase si consiglia di proporre un supporto alla persona soprattutto se durante l'assessment sono stati trattati aspetti delicati, ad esempio un trauma infantile.

Rispetto alla gestione delle interruzioni del trattamento e supporto alle transizioni, si consiglia di prevedere che sospensione e fine del trattamento di persone con BPD, così come il trasferimento da un servizio all'altro, potrebbero evocare emozioni difficili da gestire e reazioni forti.

In questo caso il NICE consiglia di assicurarsi che tali cambiamenti siano discussi anticipatamente con la persona e, se necessario, con i familiari e che questo avvenga in maniera ben strutturata e graduale. Inoltre, è consigliato assicurarsi che il piano di trattamento supporti la collaborazione effettiva con altre strutture o professionisti, includendo la possibilità di accedere ai servizi in occasione delle crisi, oltre ad assicurarsi che al momento dell'invio ad altri servizi (incluso il trattamento psicologico) il paziente venga precedentemente informato e poi supportato durante il passaggio, sempre dopo aver ottenuto il suo consenso. Per quanto riguarda il passaggio di ragazzi con BPD dalla neu-

ropsichiatria infantile ai servizi per adulti, è importante che i due servizi collaborino per minimizzare gli effetti negativi, programmando il trasferimento in base alle esigenze della persona anche dopo il compimento del diciottesimo anno di età, oppure proseguire con il trattamento all'interno dei servizi per minori anche oltre il diciottesimo anno di età se c'è il rischio che il paziente possa abbandonare il percorso, non rivolgendosi ai servizi per adulti.

Rispetto alla pianificazione del trattamento, le linee guida in questo caso sottolineano l'importanza di sviluppare piani terapeutici multidisciplinari, sempre in collaborazione con l'utente e, ove concordato, con i suoi familiari.

Il piano terapeutico dovrebbe innanzitutto identificare chiaramente i ruoli e responsabilità di tutti i professionisti coinvolti; dovrebbe identificare obiettivi a breve termine e specificare gli step che la persona e le altre figure effettueranno per raggiungere gli stessi.

Successivamente si dovranno identificare gli obiettivi a lungo termine, anche da un punto di vista occupazionale e lavorativo, che dovrebbero guidare la strategia generale di trattamento; ciò che è importante è che questi obiettivi siano realistici e collegati a quelli a breve termine. Il piano terapeutico, inoltre, dovrebbe prevedere un programma di gestione delle crisi che permetta di identificare le potenziali cause scatenanti, di specificare le strategie di self-management e che stabilisca chiaramente le modalità con le quali accedere ai servizi quando tali strategie non bastano.

Tale piano dovrebbe essere condiviso con il medico di medicina generale e con l'utente del servizio.

Relativamente alla valutazione e gestione del rischio nella presa in carico di persone con DBP, il NICE consiglia, nella fase di assessment generale, di valutare anche i rischi differenziando tra quelli più imminenti e quelli prevedibili nel lungo periodo e identificare i rischi per sé e per gli altri (compresi eventuali figli a carico).

In seguito, sarà importante sviluppare piani di gestione del rischio in collaborazione con la persona e tenendo conto degli eventuali cambiamenti nelle relazioni interpersonali, compresa quella con il terapeuta, coinvolgendo l'intero team multidisciplinare (quando presente) nella gestione dei rischi attraverso la costante supervisione di tutti i membri del team, specialmente quelli con minor esperienza.

Quando si considera il trattamento psicologico per persone con DBP, le linee guida consigliano di tenere conto innanzitutto delle preferenze dell'utente del servizio, del grado di compromissione e la gravità del disturbo, della disponibilità della persona a impegnarsi con la terapia, la motivazione al cambiamento, la capacità di rispettare i confini della relazione terapeutica e la disponibilità del supporto personale e professionale.

Quando, invece, si implementa il trattamento per persone con BPD o per una condizione in comorbidità si consiglia di fornire informazioni sul trattamento psicologico preso in considerazione. In questo modo la persona potrà effettuare una scelta consapevole, un'occasione per discutere anche di informazioni che riguardano l'efficacia dei diversi tipi di trattamento disponibili.

A tal proposito, si consiglia di prendere in considerazione alcune caratteristiche specifiche del trattamento da proporre all'utente:

- un approccio teorico integrato utilizzato dall'intera équipe (compreso il terapeuta) e che sia condiviso con l'utente;
- un trattamento strutturato in accordo con le linee guida NICE;
- disponibilità della supervisione per il terapeuta.

Anche se la frequenza delle sedute di psicoterapia dovrebbero adattarsi ai bisogni della persona e del contesto in cui vive, si potrebbero prendere in considerazione due sedute alla settimana.

Ulteriori consigli riguardano la durata degli interventi psicologici, che non dovrebbero durare meno di tre mesi. Per quanto concerne il tipo di terapia si consiglia di utilizzare un programma completo di Terapia Dialettico Comportamentale (DBT), in particolare per le donne per le quali risulta prioritario ridurre i ricorrenti atti autolesivi. Inoltre, risulta importante monitorare l'effetto del trattamento su diversi outcomes, inclusi: funzionamento personale, uso di alcol e sostanze, autolesionismo, depressione e sintomi caratteristici del BPD.

Per quel che riguarda il trattamento farmacologico, le linee guida riportano che il trattamento farmacologico non dovrebbe essere utilizzato per il BPD, né per i singoli sintomi e comportamenti associati al disturbo (per esempio, i comportamenti autolesivi, l'instabilità emotiva, i comportamenti a rischio e i sintomi psicotici transitori).

Si consiglia, inoltre, di non utilizzare gli antipsicotici per il trattamento a medio e lungo termine e di prendere in considerazione l'uso di farmaci nel trattamento generale delle condizioni cliniche in comorbidità con il BPD.

È, tuttavia, possibile prendere in considerazione l'uso di farmaci per un breve periodo, da somministrare con cautela, come parte del trattamento generale della persona con BPD in una fase critica. La durata di questo trattamento, tuttavia, non dovrebbe durare più di una settimana.

Nel documento, infine, si delineano alcuni principi generali di gestione delle crisi della persona con BPD che prevedono di mantenere la calma, cercare di comprendere la crisi dal punto di vista della persona, cercare di esplorare le ragioni della crisi utilizzando domande aperte e frasi validanti, cercare

di stimolare la riflessione sulla eventuale soluzione che non dovrebbe essere proposta finché non sono stati chiariti i problemi, considerare altre possibili opzioni prima di considerare un ricovero.

Per quanto concerne l'uso di farmaci durante le crisi le linee guida consigliano di tenere in considerazione alcuni aspetti importanti, quali la possibilità che la persona possa abusare del farmaco prescritto, il possibile ruolo psicologico che può assumere il prescrivere un farmaco e l'impatto che ciò può avere sulla relazione terapeutica, l'uso di un unico farmaco e che sia prescritto con la minima dose efficace.

Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder (APA 2011)

Per completezza d'informazione, riportiamo di seguito quanto contenuto nella linea guida APA.

Tuttavia, occorre sottolineare che dal 2001 (anno di pubblicazione del documento) ad oggi, non sono stati effettuati aggiornamenti significativi della linea guida (eccezion fatta per l'aggiunta di alcuni dati nel 2005, non sufficienti comunque per essere considerati un aggiornamento).

Pertanto, la linea guida non rispetta gli standard di riferimento del National Guidelines Clearing House (l'ente statunitense di sorveglianza sulla qualità delle linee guida), non è stata redatta considerando i più moderni sviluppi relativi ai trattamenti psicoterapici e farmacologici ed è pertanto da considerarsi non più attuale.

L'obiettivo del documento era quello di fornire una guida pratica agli psichiatri per il trattamento del DBP basato sulle evidenze disponibili e sul consenso clinico.

L'elaborato è suddiviso in tre parti, a loro volta articolate in diverse sezioni:

- *Parte A*: contiene le raccomandazioni per il trattamento dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, si divide in:
 - sezione I: contiene il riassunto delle raccomandazioni per il trattamento;
 - sezione II: guida alla formulazione e all'attuazione di un piano di trattamento per il singolo paziente;
 - sezione III: illustra una serie di fattori che potrebbero alterare le raccomandazioni generali discussi nella sezione II;
 - sezione IV: affronta i problemi di gestione del rischio che devono essere considerati quando si trattano pazienti con Disturbo Borderline di Personalità.

- *Parte B*: raccoglie l'analisi dei dati disponibili, sulla base dei quali sono state redatte le raccomandazioni per il trattamento della Parte A. La Parte B si suddivide poi in due sezioni:
 - sezione V: fornisce una panoramica dei criteri del DSM-IV-TR, i tassi di prevalenza per il Disturbo Borderline di Personalità e informazioni generali sulla sua storia naturale e decorso;
 - sezione VI: è una rassegna strutturata e una sintesi delle pubblicazioni in letteratura per quanto riguarda i trattamenti disponibili per il Disturbo Borderline di Personalità.
- *Parte C*: presenta le future esigenze della ricerca ovvero quelle aree in cui sono necessari ulteriori dati provenienti dalla ricerca per guidare le decisioni cliniche.

In generale, è possibile affermare che le linee guida dell'APA, dal punto di vista strutturale e di contenuto presentano poche differenze con le linee guida NICE, precedentemente esposte.

Rispetto all'assessment iniziale, lo psichiatra effettua un primo *assessment* del paziente per determinare il tipo di trattamento da utilizzare. Vista la frequente presenza di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio nei pazienti con BPD, l'APA consiglia di dare la priorità a questi problemi attraverso un'accurata valutazione della sicurezza che, insieme alla valutazione dei fattori clinici, fornirà indicazioni per il setting da implementare (ambulatoriale o ricovero). Successivamente sarà possibile effettuare un assessment completo, chiarendo fin dall'inizio quale sarà la cornice terapeutica e quali saranno gli obiettivi da perseguire in accordo con il paziente.

Anche nelle linee guida APA si afferma che il trattamento primario per il BPD è la psicoterapia, associata alla farmacoterapia mirata ai sintomi.

Tuttavia, viene considerato importante continuare a fornire un supporto psichiatrico al paziente lungo tutto il trattamento, ciò include rispondere alle crisi e monitorare la sicurezza del paziente, stabilire e mantenere l'alleanza terapeutica oltre a fornire informazioni riguardanti il disturbo e il relativo trattamento, coordinare il trattamento con gli altri professionisti coinvolti, monitorare i progressi del paziente ed effettuare una rivalutazione del piano terapeutico. Lo psichiatra dovrà tener conto dei problemi relativi al fenomeno della scissione e della gestione dei confini.

L'APA delinea i principi necessari per la scelta del trattamento da utilizzare per il BPD. Per quanto concerne il tipo di terapia da utilizzare, si consiglia una terapia a lungo termine affinché i pazienti con BPD possano ottenere e mantenere miglioramenti duraturi nella personalità, nelle difficoltà interpersonali e nel funzionamento generale. L'uso della farmacoterapia, sempre sul-

la base dell'esperienza clinica, risulta efficace per il trattamento di sintomi (quali instabilità emotiva, impulsività, sintomi simil-psicotici e comportamenti autolesivi) e in associazione alla psicoterapia.

Il focus del trattamento dovrebbe considerare il disturbo di personalità così come i disturbi di asse I e asse II in comorbidità, dando priorità ai fattori di rischio e ai sintomi predominanti. Il trattamento selezionato dovrebbe essere flessibile (vista l'eterogeneità delle manifestazioni del disturbo), dovrebbe incontrare le preferenze del paziente, possibilmente erogato da più professionisti della salute mentale purché ci sia collaborazione all'interno del team e chiarezza sui ruoli.

Per quanto concerne la psicoterapia, l'APA consiglia due approcci risultati efficaci da studi RCT: la psicoterapia psicoanalitica/psicodinamica e la Terapia Dialettico-Comportamentale.

La caratteristica in comune dei trial presi in considerazione era che il trattamento prevedeva degli incontri individuali settimanali con un terapeuta, una o più sedute di gruppo settimanali e degli incontri tra terapeuti per consultazione/supervisione.

L'APA afferma che dai trial clinici non sono emersi risultati che suggeriscano quali pazienti potrebbero rispondere meglio e a quale specifica terapia. Tuttavia, questa affermazione non tiene conto dei risultati più recenti, vista la data di pubblicazione delle linee guida (2001).

Ad ogni modo, l'APA riporta una serie di fattori, provenienti dall'esperienza clinica, che possono guidare il terapeuta a prescindere dal tipo di trattamento scelto. Innanzitutto, risulta necessario costruire una solida alleanza terapeutica e monitorare i comportamenti autolesivi e suicidari. Un altro aspetto fondamentale è quello di validare costantemente la sofferenza e l'esperienza del paziente e, allo stesso tempo, aiutarlo a prendersi la responsabilità per le sue azioni. Altra componente di una terapia efficace risulta essere la gestione delle emozioni, del paziente e del terapeuta, promuovendo la riflessione piuttosto che le azioni impulsive, ridurre la tendenza del paziente alla dissociazione e impostare dei limiti ai comportamenti autolesivi.

Relativamente alla farmacoterapia, viene indicata come utile per trattare sintomi di stato nei periodi di scompenso acuto, ma anche per le vulnerabilità di tratto.

I sintomi mostrati dai pazienti con BPD spesso ricadono in tre dimensioni comportamentali:

- disregolazione emotiva;
- discontrollo comportamentale e impulsività;
- difficoltà cognitive e percettive.

Per quanto concerne il trattamento della disregolazione emotiva, dovrebbe essere inizialmente trattata, secondo queste linee guida (attualmente superate dalle recenti revisioni della letteratura che sconsigliano assolutamente l'uso degli antidepressivi) (Vita *et al.*, 2011) con inibitori selettivi della ricaptazione della Serotonina (SSRI) o in associazione con benzodiazepine, inibitori delle monoamino-ossidasi (MAOI) e stabilizzatori dell'umore (litio, valproato, carbamazepina). Anche per quanto riguarda il trattamento del discontrollo degli impulsi è consigliabile l'uso di SSRI, se necessario in associazione con neurolettici a basso dosaggio, stabilizzatori dell'umore e MAOI. Per il trattamento dei sintomi cognitivo-percettivi, quali sospettosità, pensieri di riferimento, ideazione paranoide, allucinazioni, derealizzazione e depersonalizzazione, si consiglia l'uso di neurolettici a basso dosaggio che sembrano avere effetto anche sul tono dell'umore, l'impulsività e l'ostilità/aggressività.

La pianificazione del trattamento, inoltre, dovrebbe tenere in considerazione alcuni fattori che potrebbero avere un effetto sul trattamento: comorbidità con altri disturbi di asse I e asse II, uso di sostanze, comportamenti violenti e tratti antisociali, autolesionismo cronico, traumi e disturbo da stress post-traumatico (PTSD), sintomi dissociativi, fattori di stress in ambito psicosociale, genere, età e fattori culturali. A queste manifestazioni sintomatologiche in compresenza con il BPD, le linee guida APA dedicano una sezione specifica.

Vengono infine fornite indicazioni per problemi relativi alla gestione del rischio.

La gestione del rischio, in particolare, include la necessità di collaborazione e comunicazione tra i vari professionisti che hanno in cura la persona, così come un'accurata e adeguata documentazione.

I problemi di transfert e controtransfert dovrebbero, infatti, essere discussi in consultazione con i colleghi vista la tipologia di pazienti ad alto rischio.

Per quanto riguarda la fine del trattamento l'APA consiglia di seguire le linee guida standard per tutti i casi. È inoltre opportuno e utile effettuare una psicoeducazione sul disturbo ai pazienti, sempre in un'ottica di gestione di eventuali rischi.

Altra caratteristica clinica che necessita di particolare considerazione è il rischio suicidario di questi pazienti, le loro violazioni del setting e i potenziali comportamenti impulsivi e violenti.

Rassegne, meta analisi e ricerche di rilievo

Vengono di seguito riportate alcune recenti revisioni sistematiche della letteratura, ritenute significative nell'ambito del trattamento per il Disturbo Borderline e per il Disturbo Antisociale di Personalità.

A tal proposito, risulta necessario sottolineare l'importanza della conoscenza di tali studi nell'ottica dell'applicazione di tecniche e trattamenti psicoterapici basati sull'evidenza.

Difatti, pur considerando le indicazioni contenute nelle linee guida come fondamentali per l'impostazione del trattamento, nell'ottica di una presa in carico globale del paziente con DP, esse non dirimono completamente la questione circa la tipologia di trattamento psicoterapico risultante essere più efficace per gli specifici disturbi di personalità presi in considerazione.

Le revisioni e metanalisi proposte forniscono al clinico interessanti spunti in tal senso, identificando alcuni trattamenti psicoterapici specifici che raccolgono prove di efficacia per il trattamento di aspetti sintomatologici peculiari del Disturbo Borderline e del Disturbo Antisociale di Personalità.

Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Cochrane Database of Systematic Review, 2020)

Il documento si basa sulla revisione sistematica della letteratura inerente ai trattamenti sviluppati e proposti per la presa in carico di persone con Disturbo Borderline di Personalità.

La review si propone l'obiettivo di riassumere ciò che sappiamo attualmente sull'effetto della psicoterapia nelle persone con BPD, allo scopo di determinarne l'effetto sui pazienti sia in termini di efficacia che di eventuali conseguenze dannose o iatrogene, coerentemente con il concetto di interventi psicoterapici *evidence-based*.

Gli autori hanno confrontato dunque gli effetti dei trattamenti psicologici su persone con diagnosi di BPD e nello specifico hanno verificato e paragonato gli outcome in soggetti che non hanno ricevuto cure, che hanno continuato la loro trattamento abituale (*treatment as usual* – TAU), che erano in lista di attesa per un trattamento o che hanno ricevuto un trattamento specifico per il DBP, individuale o di gruppo.

L'analisi ha preso in considerazione 75 studi, per un totale di 4.507 partecipanti, per lo più donne, di età media compresa tra 14,8 e 45,7 anni. Gli studi hanno esaminato un'ampia varietà di trattamenti psicologici (oltre 16 tipi diversi) e sono stati condotti principalmente in strutture ambulatoriali.

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

La durata dei trattamenti presi in esame variava da 1 da uno a 36 mesi.

Le terapie presenti in maggior numero tra gli studi analizzati sono state la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) (Linehan *et al.*, 1993) e il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT) (Bateman & Fonagy, 2016).

A seguito delle analisi di comparazione, in primo luogo viene messo in evidenza come i soggetti che hanno beneficiato di trattamento psicoterapico, se confrontati con soggetti che non effettuano alcun trattamento o in lista di attesa, mostrano un generale miglioramento della gravità della sintomatologia. Tuttavia, non emerge alcuna differenza significativa per quel che concerne gli agiti autolesivi o i comportamenti suicidari.

I risultati relativi alla comparazione della psicoterapia rispetto al “trattamento abituale” mostrano che i trattamenti psicoterapici presi in esame riducono la gravità generale della sintomatologia del Disturbo Borderline di personalità, il comportamento suicidario, gli agiti autolesivi e gli aspetti depressivi in modo clinicamente significativo, migliorando al contempo il funzionamento psicologico globale.

In particolare, poi, tra i trattamenti psicoterapici presi in esame, la DBT risulta essere più efficace se comparata al “trattamento abituale” nel ridurre la gravità generale della sintomatologia DBP, ridurre l’autolesionismo e nel miglioramento del funzionamento psicosociale.

Allo stesso modo l’MBT sembra essere più efficace rispetto al trattamento abituale e agli altri trattamenti psicoterapici nel ridurre i comportamenti autolesivi e suicidari e nel trattamento degli aspetti depressivi.

Tuttavia, gli autori sottolineano come questi risultati siano basati su prove *low quality* e si riservano pertanto la possibilità di ottenere differenti evidenze a seguito di un aumento del numero di trial clinici presi in esame.

Infine, viene riportato come la maggior parte degli studi non abbia implicato effetti negativi, e che gli eventuali effetti negativi riscontrati non erano direttamente attribuibili agli effetti del trattamento psicologico.

Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis (Oud et al., 2018)

L’obiettivo principale di questo studio è stato quello di verificare se le “terapie specializzate” sono efficaci sulla gravità del BPD in generale, sui sintomi specifici e sui drop-out.

Da sottolineare che in questo studio vengono considerati i seguenti sintomi come caratteristici del Disturbo Borderline di Personalità: timore abbandonico, pattern interpersonali disfunzionali, disordine dell’identità, impulsivi-

vità, ideazione e atti suicidari, atti autolesivi, instabilità emotiva, sensazione di vuoto, rabbia e sintomi dissociativi.

Gli autori definiscono, inoltre, “terapie specializzate” quegli approcci terapeutici che sono stati progettati in maniera specifica per il trattamento del BPD e sono: Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT), Terapia Focalizzata sul Transfert (TFP) (Clarkin, 1999) e la Schema Therapy (ST) (Young, 2003).

Ciò che risulta comune a tutte queste forme di psicoterapia per il BPD condividono le teorie sull’eziologia e sui fattori di mantenimento del disturbo, condividono il fatto che sono strutturate secondo specifici protocolli e specifiche tecniche, oltre al fatto che prestano particolare attenzione alla relazione terapeutica.

Gli autori hanno incluso studi RCT sui quattro trattamenti selezionati in persone maggiorenni con BPD che hanno effettuato un percorso di psicoterapia individuale per almeno 16 settimane. Sono stati poi confrontati con gruppi nei quali sono stati utilizzati altri trattamenti specializzati e protocolli e con i gruppi di controllo nei quali si includevano trattamenti abituali (*treatment asusual* – TAU), lista d’attesa, Attention Control Training e trattamenti comunitari erogati da esperti (CTBE).

In totale sono stati presi in considerazione 63 articoli di 20 studi pubblicati tra il 2014 e il 2015. La maggior parte dei partecipanti sono stati trattati in setting ambulatoriali, solo uno degli studi è stato condotto in regime di ricovero e in un altro i pazienti erano parzialmente ospedalizzati. In quasi tutti gli studi è stata utilizzata un’intervista diagnostica strutturata per valutare la presenza di BPD: la più utilizzata è stata la Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders (SCID-II), solo in uno studio è stata utilizzata la Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised (DIB-R) (Zanarini *et al.*, 1989).

Sono state poi effettuate dieci comparazioni: le terapie specializzate sono state confrontate con i TAU, con i CTBE e con i trattamenti psicologici protocolli (general psychiatric management – GPM; *structured clinical management* / management clinico strutturato – SCM; terapia centrata sul cliente – CCT). Le altre sette comparazioni sono di tipo uno-a-uno tra terapie specializzate (DBT vs TFP e ST vs TFP). Altri due confronti sono stati effettuati per verificare l’efficacia di interventi aggiuntivi (ST con o senza disponibilità telefonica, DBT con o senza esposizione prolungata). Infine, in tre confronti la DBT è stata comparata con due interventi che contenevano elementi di DBT che sono poi stati ulteriormente comparati tra loro nel confronto finale.

I risultati suggeriscono che le psicoterapie specializzate, progettate per trattare specificamente persone con BPD, sono più efficaci del TAU e CTBE.

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

L'analisi post-hoc, nella quale sono stati confrontati gli studi in cui le terapie specializzate con TAU o CTBE sono stati combinati, conferma questo effetto positivo sulla gravità generale del disturbo (anche se moderato) a favore delle psicoterapie specializzate. Tale effetto positivo sembra emergere anche nel ridurre l'autolesionismo. Un altro beneficio delle terapie specializzate, è che risultano generalmente ben tollerate, con un tasso di possibile drop-out inferiore al 38% rispetto alle terapie non-specializzate (CTBE o TAU).

Un dato interessante riguarda ciò che emerge dal confronto tra terapie specializzate e altre terapie protocollate, dove l'effetto sugli outcome non risulta significativo.

Dall'analisi di un sottogruppo, tuttavia, emergono effetti positivi maggiori della MBT sui comportamenti suicidari, l'autolesionismo e i pattern interpersonali disfunzionali rispetto alla SCM. In un altro sottogruppo, la DBT si è mostrata migliore della CCT nel ridurre i comportamenti suicidari, l'autolesionismo, e la dissociazione/psicoticismo, anche se l'effetto è qualitativamente basso.

In conclusione, da questo studio emerge che le terapie specializzate sono più efficaci di TAU e CTBE, anche se non è chiaro quale trattamento sia più efficace e per quale tipologia di paziente, e se siano più efficaci di altri trattamenti protocollati.

Ciò che è importante di questa metanalisi è che ci fornisce delle importanti implicazioni per la pratica clinica. Innanzitutto, risulta sicuramente raccomandabile proporre terapie specializzate per il BPD nel trattamento ambulatoriale e per ridurre i sintomi caratteristici del disturbo.

Gli autori ipotizzano, inoltre, che i trattamenti protocollati potrebbero essere più facilmente applicabili in un contesto comunitario e per pazienti meno complessi.

Per pazienti più gravi, invece, si garantisce di poter utilizzare terapie specializzate. Gli utenti, tuttavia, dovrebbero poter essere informati sulle differenti psicoterapie specifiche e specializzate per il BPD.

Metacognitive Interpersonal Therapy in Borderline Personality Disorder: Clinical and Neuroimaging Outcomes From the CLIMAMITHE Study. A Randomized Clinical Trial (Rossi et al., 2023).

L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare se la Terapia Metacognitiva Interpersonale (MIT) possa rappresentare un approccio promettente per il BPD, con un possibile superamento di alcuni limiti riscontrabili negli approcci basati sui sintomi.

La MIT è una terapia di stampo cognitivo-comportamentale orientata alla promozione delle abilità metacognitive e al miglioramento delle relazioni interpersonali (Carcione *et al.*, 2021; Dimaggio *et al.*, 2007). È progettata per trattare aspetti patologici della personalità, piuttosto che specifici disturbi, in linea con l'attuale dibattito sui PD riportato anche sull'ICD-11 e nel criterio A del modello alternativo per i disturbi di personalità del DSM-5 (AMPD; Sezione III DSM-5) (APA, 2013). In quest'ultimo, infatti, emerge il ruolo chiave svolto dalle abilità riflessive nella valutazione del livello di funzionamento generale della personalità, attraverso le capacità dell'individuo di:

- riflettere su di sé, così da promuovere un senso del Sé e di autodirezionalità stabili;
- comprendere la mente dell'altro per stabilire e mantenere buone relazioni interpersonali (APA, 2013).

Il costrutto di metacognizione include un set di abilità funzionali necessarie a identificare stati mentali, riflettere su di essi e attribuirli a sé o all'altro (Carcione *et al.*, 2010; 2021; Semerari *et al.*, 2003). Poiché il livello di metacognizione è dimostrato essere un predittore di miglioramento nella patologia della personalità (Carcione *et al.*, 2019), un potenziamento delle funzioni metacognitive potrebbe, secondo gli autori, aiutare i pazienti con BPD nella regolazione emotiva, nella regolazione degli impulsi e nel funzionamento interpersonale.

Per dimostrare l'efficacia della MIT nel miglioramento delle suddette funzioni e nel miglioramento generale della patologia della personalità che caratterizza il BPD, gli autori hanno deciso di comparare gli effetti clinici della MIT sulla disregolazione emotiva (outcome primario), su altri aspetti caratteristici del BPD e su altre dimensioni della personalità, con trattamenti standard. Inoltre, hanno pensato di correlare tali effetti con quelli riscontrabili a livello neurobiologico, misurando i cambiamenti nell'attività dell'amigdala (outcome secondario).

Il disegno sperimentale, definito CLIMAMITHE, è un trial clinico longitudinale randomizzato, implementato in due diversi centri. I criteri di inclusione per i pazienti erano: età compresa tra 18 e i 45 anni e diagnosi di BPD (secondo i criteri del DSM-IV-TR), oltre alla firma del consenso informato. I criteri di esclusione erano: una diagnosi di schizofrenia nel corso della vita, disturbo schizoaffettivo, abuso di sostanze o dipendenza nei 3 mesi precedenti all'arruolamento allo studio, disturbo bipolare e altre patologie neurologiche.

A seguito dello screening iniziale, nello studio sono stati inclusi 78 pa-

zienti e randomizzati in due gruppi, divisi per tipo di intervento, MIT e trattamento standard SCM (*Structured clinical management*), ai quali è stato aggiunto un gruppo di controllo costituito da 28 soggetti sani, come riferimento per la valutazione degli outcome neurobiologici. È stato effettuato un assessment clinico in tre momenti differenti: all’inizio dello studio (T0), dopo sei mesi (T6) e alla fine del trattamento (dopo dodici mesi – T12). L’outcome clinico primario, la disregolazione emotiva, è stata misurata attraverso il DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) (Gratz & Roemer, 2004), un questionario *self-report* di 36 item (scala 1-5). Il secondo outcome clinico, le abilità metacognitive, è stato misurato attraverso il MAI (*Metacognition Assessment Interview*) (Semerari *et al.*, 2012). È stata, inoltre, misurata la patologia della personalità e altri aspetti sintomatologici, quali depressione, impulsività, funzionamento interpersonale e alessitimia, attraverso una serie di strumenti, reperibili nell’articolo originale (Rossi *et al.*, 2023).

Per quanto concerne l’acquisizione dei dati neurobiologici, sono state effettuate scansioni fMRI su un sottogruppo di 60 pazienti e 30 soggetti di controllo. Durante le sessioni di risonanza magnetica, ai partecipanti venivano presentati tre stimoli visivi con differente valenza emotiva: si trattava di immagini categorizzate come “piacevoli”, “neutre” e “spiacevoli” secondo la standardizzazione IAPS (*International Affective Picture System*) (Lang *et al.*, 2008). Ai soggetti veniva chiesto di osservare l’immagine ed effettuare una scelta tra le tre medesime categorie, dopodiché veniva registrata un’immagine strutturale al tempo T1 (ovvero, dopo il task), durante la quale ai partecipanti veniva chiesto di restare fermi più possibile.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, la MIT seguiva una serie di fasi strutturate sulla base della manualizzazione e concettualizzazione della stessa, seguendo una gerarchia di obiettivi:

1. assessment dei sintomi, degli stati mentali, delle funzioni metacognitive, dei problemi interpersonali, skills di regolazione emotiva;
2. interventi sugli aspetti che interferiscono con l’alleanza terapeutica e/o mettono a rischio il paziente (es. autolesionismo, comportamenti suicidari);
3. interventi sui sintomi fonte di sofferenza;
4. interventi mirati alla promozione dell’integrazione tra gli stati mentali.

La struttura del trattamento prevedeva una sessione individuale di un’ora settimanale e un gruppo di skills metacognitive, della durata di un’ora e mezza alla settimana. Era previsto, inoltre, un piano di gestione delle crisi e

tutti i terapeuti coinvolti nel trattamento seguivano delle supervisioni in settimanali in team.

Per quanto riguarda la SCM, si tratta di un intervento *evidence-based* di comunità basato su un modello di approccio supportivo derivato da raccomandazioni specifiche nelle linee guida APA per il BPD, mirato al trattamento della sintomatologia specifica del disturbo, che comprende: psicoeducazione, problem-solving, un piano di sicurezza, una revisione del piano farmacologico e un follow-up assertivo nel caso in cui i pazienti manchino all'appuntamento.

Dai risultati si evince che i punteggi medi alla DERS, che misura le difficoltà nella regolazione emotiva, si riducevano in entrambi i gruppi sul piano longitudinale. Emerge, quindi, un importante cambiamento nel tempo in entrambi i gruppi, ma maggiore nel gruppo MIT (anche se solo moderatamente e non statisticamente significativo). Emerge, inoltre, che MIT e SCM erano similmente efficaci sulla disregolazione emotiva; tuttavia, la MIT ha mostrato un effetto maggiore rispetto alla SCM e un tasso di *responders* più alto nella comparazione tra i due gruppi (37% vs 15%). In entrambi i gruppi è emerso un miglioramento significativo dei sintomi depressivi, psicopatologia di stato, alessitimia e funzionamento interpersonale. La MIT, tuttavia, ha mostrato un effetto maggiore sulle abilità metacognitive rispetto alla SCM. Mentre la psicopatologia specifica per il BPD risultava migliorare nel gruppo trattato con SCM, la MIT ha mostrato un maggior decremento dei punteggi in termini di impulsività e numero di criteri specifici per i disturbi di personalità.

Rispetto ai correlati neurobiologici, i risultati mostrano come entrambe le terapie modulassero l'attività dell'amigdala nei pazienti BPD. I risultati provenienti dalle scansioni MRI, infatti, hanno mostrato un'attività di *baseline* dell'amigdala destra di segno opposto nei pazienti (MIT + SCM) rispetto al gruppo di controllo, in tutte le condizioni-stimolo (positivo/neutro/negativo). Nello specifico, è risultata una tendenza alla significatività se comparazione tra un'attivazione positiva nei pazienti e un'attivazione negativa nei controlli. Nella valutazione longitudinale è emerso un effetto significativo del tempo e del gruppo sull'attività dell'amigdala destra in tutte e tre condizioni-stimolo, ma non significativo nell'interazione Gruppo x Tempo, da cui risulta che il cambiamento dell'attività nel tempo era simile in entrambi i gruppi di pazienti.

Da questo studio gli autori affermano, quindi, che la Terapia Metacognitiva Interpersonale possa essere un valido trattamento psicoterapico per il BPD, tramite una promozione di maggiori abilità metacognitive e quindi, in una riduzione della disregolazione emotiva, dell'impulsività, dei sintomi

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

depressivi, della psicopatologia di stato e delle dimensioni psicopatologiche della personalità. Ciò a conferma dell'ossatura teorica della MIT, secondo la quale la psicopatologia sia l'esito di disfunzioni nelle abilità metacognitive.

Psychological interventions for antisocial personality disorder (Cochrane Database of Systematic Review, 2020)

Come per il documento sui trattamenti psicoterapici per il Disturbo Borderline di Personalità la review si propone l'obiettivo di riassumere ciò che sappiamo attualmente sugli effetti della psicoterapia nelle persone con Disturbo Antisociale di Personalità, allo scopo di determinarne l'effetto sia in termini di efficacia che di eventuali conseguenze dannose o iatrogene, coerentemente con il concetto di interventi psicoterapici evidence-based.

Gli autori hanno confrontato dunque gli effetti dei trattamenti psicologici su persone con diagnosi di ASPD e nello specifico hanno verificato e paragonato come outcomes primari: aggressività, una seconda condanna, stato/funzionamento globale, funzionamento sociale ed eventi avversi, in soggetti che non hanno ricevuto cure, che hanno continuato il loro trattamento abituale (*treatment as usual* – TAU) o che erano in lista di attesa per un trattamento.

Le procedure metodologiche utilizzate sono quelle standard previste dalle Cochrane reviews.

L'analisi ha preso in considerazione 19 studi per 18 interventi psicologici differenti. Sono stati utilizzati i dati di 10 studi per un totale di 605 partecipanti, per lo più uomini (75%), di età media compresa 35,5 anni. Gli studi hanno esaminato otto varietà di trattamenti psicologici diversi.

Le terapie presenti in maggior numero tra gli studi analizzati sono state la Dialectical Behaviour Therapy (DBT), Cognitive Behaviour therapy (CBT), Impulsive Lifestyle Counselling (ILC), Contingency Management (CM) + Standard Maintenance (SM), "Driving Whilst Intoxicated" Programme (DWI), Schema Therapy (ST), Social Problem-solving Therapy (SPS), Psychosocial Risk Management (PSRM "Resettle" programme).

La review mostra che non ci sono prove di evidenza per raccomandare o rifiutare qualsiasi trattamento psicologico per le persone con la diagnosi di ASPD.

Gli autori riportano che solo pochi interventi hanno affrontato gli outcome primari sopra descritti, degli otto che lo hanno fatto, solo il Contingency management, ovvero l'intervento che utilizza tecniche di rinforzo, in stretta prossimità temporale, al verificarsi di un comportamento positivo per aumentarne la frequenza, unita a un intervento di mantenimento standard (SM),

la Schema Therapy e la Dialectical Behaviour Therapy hanno dimostrato che l'intervento può essere più efficace della condizione di controllo. Nel complesso, la certezza delle prove era scarsa o molto bassa.

Nessuno degli interventi ha mostrato prove convincenti di poter produrre una modifica nel comportamento antisociale. In accordo con gli autori questo evidenzia la continua necessità di ampliare gli studi per produrre un numero maggiore di dati in grado di guidare lo sviluppo e l'applicazione di interventi psicologici per ASPD.

Ancora una volta emerge come siano disponibili prove molto limitate sugli interventi psicologici per adulti con ASPD.

Antisocial Personality Disorder: A Current Review (Glenn et al., 2013)

Questa review si concentra sull'analisi di studi che hanno migliorato la comprensione delle caratteristiche di individui che si adattano alla definizione ASPD, evidenziando l'esistenza di differenti sottotipi del disturbo e sottolineando come le condizioni di comorbidità influenzino la manifestazione del disturbo ASPD.

Inoltre, vengono discusse ricerche sull'eziologia dell'ASPD, che hanno identificato alcuni fattori genetici e ambientali che possono contribuire allo sviluppo e alla persistenza del comportamento antisociale.

Vengono riportati alcuni risultati di ricerca di imaging cerebrale, che contribuiscono a migliorare la comprensione delle relazioni tra ASPD e altri disturbi.

Infine, vengono discussi alcuni risultati di ricerca preliminari sul trattamento di questo disturbo, aspetto questo di particolare interesse per il lavoro oggetto di questo elaborato.

Gli autori partono dalla considerazione relativa al riconoscimento per lungo tempo del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) come una delle condizioni psicotologiche più difficili da trattare.

Difatti, gli individui con ASPD, per caratteristiche insite nel disturbo stesso, raramente cercano in maniera spontanea l'accesso al trattamento.

Inoltre, spesso, i professionisti della salute mentale e i servizi sono riluttanti nella presa in carico di pazienti con diagnosi di ASPD, a causa delle difficoltà riscontrate nella costruzione di una solida alleanza terapeutica e della scarsa compliance al trattamento dei pazienti.

Viene riportato uno studio di Davidson e collaboratori (2009) che mette a confronto la terapia cognitivo comportamentale e i *treatment as usual* in un campione di pazienti con diagnosi di ASPD in regime di comunità. Questo

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

studio evidenzia come i pazienti in trattamento con la CBT riportano un piccolo ma non significativo miglioramento rispetto al funzionamento sociale e alla messa in atto di condotte aggressive eterodirette, e nessun miglioramento significativo rispetto al *treatment as usual* relativamente ai vissuti di rabbia o nell'espressione di aggressività verbale.

Gli autori pongono infine l'attenzione sul trattamento basato sulla mentalizzazione, ovvero basato sullo sviluppo della capacità di pensare ed essere consapevoli dei propri e altrui stati mentali.

Studi preliminari suggeriscono che questo trattamento può essere efficace nel ridurre i comportamenti aggressivi in individui con ASPD con moderati livelli di tratti psicopatici.

Riflessioni conclusive

Questo elaborato ha voluto fornire ulteriori evidenze al fine di analizzare le principali linee guida e revisioni della letteratura per quel che concerne i trattamenti più efficaci per il Disturbo Borderline (DBP) e del Disturbo Antisociale di Personalità (DASP).

Negli ultimi anni il dibattito è stato rivolto verso i criteri diagnostici, centrati sui comportamenti osservabili, piuttosto che sulle dimensioni di personalità, come ben descritto nella sezione III del DSM-5.

I disturbi di personalità, in questo nuovo modello dimensionale, sono caratterizzati da due elementi principali:

1. da compromissioni del funzionamento di personalità su un piano identitario e interpersonale;
2. da tratti di personalità patologici.

Il modello alternativo pone, quindi, un'enfasi maggiore sulle dimensioni personologiche permettendo al clinico maggiori manovre di intervento.

Le linee guida NICE si propongono di sviluppare un modello multidisciplinare per il trattamento del DBP e del DASP e sono applicabili per entrambi i disturbi a soggetti di età pari o superiore ai 18 anni di età.

Quando si parla di DASP emerge una significativa problematicità nel panorama dell'evidenza in quanto, ad oggi, esistono scarsi studi EBM nei trattamenti per pazienti con DASP.

Le linee guida NICE forniscono raccomandazioni sui trattamenti, sulla gestione e la prevenzione sia nel contesto sanitario che in quello forense. L'intervento indicato è basato su terapie cognitive comportamentali (TCC)

svolte in gruppo che aiutano ad affrontare problemi come impulsività, difficoltà interpersonali e comportamento antisociale e possono facilitare la riduzione di comportamenti offensivi.

Inoltre, è stata riportata una breve descrizione delle linee guida edite dall'APA nell'ottobre del 2001, le quali, dal punto di vista strutturale e di contenuto presentano poche differenze con le linee guida NICE precedentemente esposte.

Per individuare il trattamento più efficace del DBP e DASP, in aggiunta alla linee guida, è fondamentale avvalersi dei risultati emersi dalle metanalisi, in quanto la pubblicazione delle linee guida è antecedente alla pubblicazione del DSM-5 e quindi non tengono conto della nuova classificazione di personalità per tratti dimensionali.

Nello specifico, gli autori della Cochrane review (Storebø *et al.*, 2020), hanno estratto informazioni relative alle caratteristiche del trattamento (ad esempio l'intensità, la durata, la tipologia di protocollo utilizzato), alle caratteristiche dei partecipanti, e alle caratteristiche metodologiche dello studio, confrontando dunque gli effetti dei trattamenti psicologici su persone con diagnosi di DBP.

I risultati relativi alla comparazione della psicoterapia rispetto al *treatment as usual* (TAU) mostrano che la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) riduce la gravità generale della sintomatologia del DBP, il comportamento suicidario, gli agiti autolesivi e gli aspetti depressivi in modo clinicamente significativo, migliorando al contempo il funzionamento psicosociale.

Risultati analoghi emergono da uno studio condotto da Davidson *et al.* nel 2009, che mette a confronto la TCC e i TAU in un campione di pazienti con diagnosi di DASP in regime di comunità. I pazienti in trattamento con la DBT riportano un miglioramento rispetto al funzionamento sociale e alla messa in atto di condotte aggressive eterodirette.

Un'ulteriore conferma dell'efficacia delle "terapie specializzate", quali DBT, MBT, Schema therapy (ST), sulla gravità del DBP viene fornita dalla metanalisi di Oud e collaboratori (2018), la quale conferma l'efficacia per il DBP nel trattamento ambulatoriale e per ridurre i sintomi caratteristici del disturbo. Un ulteriore dato a conferma di questa tesi è possibile riscontrarla nel recente studio di Rossi e collaboratori (2023), da cui emerge che anche la Terapia Metacognitiva Interpersonale (MIT) possa considerarsi un valido trattamento psicoterapico per il BPD, tramite una promozione di maggiori abilità metacognitive e quindi, in una riduzione della disregolazione emotiva, dell'impulsività, dei sintomi depressivi, della psicopatologia di stato e delle dimensioni psicopatologiche della personalità.

In conclusione, nonostante lo scarso numero di evidenze a disposizione,

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

la letteratura sembra suggerire che l'approccio dimensionale del Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità possa essere di grande supporto al clinico all'interno dell'intervento psicoterapico, poiché consentirebbe di impostare il trattamento focalizzato agli specifici tratti e alle disfunzioni nelle abilità sottostanti alla psicopatologia della personalità (es. abilità di mentalizzazione in Bateman & Fonagy, 2016; funzioni metacognitive in Dimaggio *et al.*, 2007; Carcione *et al.*, 2021).

Bibliografia

- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S. & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*, 158(10 Suppl): 1-52. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.1.1.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult*. Edizione italiana a cura di A. Fossati & S. Borroni. Milano: Raffaello Cortina (2015).
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Conti, L., Nicolò, G., Fiore, D., Procacci, M. & Semerari, A. (2010). *Metacognition Assessment Scale (MAS) V. 4.0. Manual*. Roma: Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva. Manoscritto non pubblicato.
- Carcione, A., Riccardi, I., Bilotta, E., Leone, L., Pedone, R., Conti, L., Colle, L., Fiore, D., Nicolò, G., Pellicchia, G., Procacci, M. & Semerari, A. (2019). Metacognition as a predictor of improvements in personality disorders. *Frontiers in Psychology*, 10: 170. DOI: 10.3389/Fpsyg.2019.00170.
- Carcione, A. & Semerari, A. (2021). Commentary on the Presentation of the Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) model (pp. 171-175). In: Ruggiero, G.M., Caselli, G. & Sassaroli, S. (eds.), *CBT case formulation as therapeutic Process*. Cham: Springer.
- Carcione, A., Semerari, A. & Nicolò, G. (2021). *Complex cases of personality disorders. Metacognitive interpersonal therapy*. Cham: Springer.
- Caretti, V., Scarpa, F., Ciappi, S., Castelletti, L., Catanesi, R., Carabellese, F.F., Ferracuti, S., Nava, F.A., Nicolò, G., Paterniti, R., Rivellini, G. & Schimmenti, A. (2019). *HCR-20 v3 – Assessing risk for violence. Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento*. Firenze: Hogrefe.
- Caretti, V., Manzi, G.S., Schimmenti, A. & Seragusa, L. (2011). *PCL-R. Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Firenze: Giunti.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy*

- of personality disorders: Metacognition, states of mind, and interpersonal cycles.* New York: Routledge.
- Elias, M.J. & Clabby, J.F. (1992). *Building Social Problem-Solving Skills: Guidelines from a School-Based Program.* Jossey Bass Publishing.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-II).* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, P.A. & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional treatment foster care: A program for intensive parenting, family support, and skill building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8: 155-164. DOI: 10.1177/10634266000800303.
- Gibbon, S., Khalifa, N.R., Cheung, N.H., Völlm, B.A. & McCarthy, L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9): CD007668. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub3.
- Glenn, A.L., Johnson, A.K. & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 15(12): 427. DOI: 10.1007/s11920-013-0427-7.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1): 41-54. DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
- Hatzigeorgiadis, A. (2006). Instructional and Motivational Self-Talk: An Investigation on Perceived Self-Talk Functions. *Hellenic Journal of Psychology*, 3: 164-175.
- Hawkins, K.R., Apolzan, J.W., Staiano, A.E., Shanley, J.R. & Martin, C.K. (2019). Efficacy of a Home-Based Parent Training-Focused Weight Management Intervention for Preschool Children: The DRIVE Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(6): 740-748. DOI: 10.1016/j.jneb.2019.04.002.
- Iobst, E.A., Alderfer, M.A., Sahler, O.J., Askins, M.A., Fairclough, D.L., Katz, E.R., Butler, R.W., Dolgin, M.J. & Noll, R.B. (2009). Problem solving and maternal distress at the time of a child's diagnosis of cancer in two-parent versus lone-parent households. *Journal of pediatric psychology*, 34(8): 817-821. DOI: 10.1093/jpepsy/jsn140.
- Kazdin, A.E. (2010). Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder (pp. 211-226). In: Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5): 733-747. DOI: 10.1037//0022-006x.60.5.733.
- Lang, P.J., Bradley, M.M. & Cuthbert, B.N. (2008). *International Affective Picture System (IAPS): Instruction manual and affective ratings, Technical Report A-8.* The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., Ferguson, B. *et al.* (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personali-

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

- ty disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(3): 215-224. DOI: 10.1001/archpsyc.1994.03950030051005.
- Mann, A.H., Jenkins, R., Cutting, J.C. & Cowen, P.J. (1981). The development and use of standardized assessment of abnormal personality. *Psychological medicine*, 11(4): 839-847. DOI: 10.1017/s0033291700041337.
- NICE Clinical guideline (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*, disponibile su: www.nice.org.uk/guidance/cg78.
- NICE Clinical guideline. (2013). *Antisocial personality disorder: prevention and management*, disponibile su: www.nice.org.uk/guidance/cg77.
- NICE Quality standard. (2015) *Personality disorders: borderline and antisocial*, disponibile su: www.nice.org.uk/guidance/qs88.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M.L., Verhoef, R. & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(10): 949-961. DOI: 10.1177/0004867418791257.
- Pfohl, B., Blum, N.S. & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV*. American Washington, DC: Psychiatric Press.
- Plebani, M. & Trenti, T. (2002). *Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Rossi, R., Corbo, D., Magni, L.R., Pievani, M., Nicolò, G., Semerari, A., Quattrini, G., Riccardi, I., Colle, L., Conti, L., Gasparotti, R., Macis, A., Ferrari, C., Carcione, A. & CLIMAMITHE study group (2023). Metacognitive interpersonal therapy in borderline personality disorder: Clinical and neuroimaging outcomes from the CLIMAMITHE study-A randomized clinical trial. *Personality disorders*. DOI: 10.1037/per0000621.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A. & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 624-640. DOI: 10.1037/0022-006X.68.4.624.
- Sanders, M.R., Kirby, J.N., Tellegen, C.L. & Day, J.J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4): 337-357. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.04.003.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, 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., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., Nicolò, G., Pedone, R., Siccardi, T., D'Angerio, S., Ronchi, P., Maffei, C. & Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition assessment interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 200(2-3): 890-895. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.07.015.
- Storebø, O.J., Stoffers-Winterling, J.M., Völlm, B.A., Kongerslev, M.T., Mattivi, J.T., Jørgensen, M.S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C.P., Callesen, H.E., Lieb, K. & Simonsen, E. (2020) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5): CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2.
- Tyrer, P. & Alexander, J. (1979). Classification of Personality Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 135(2): 163-167. DOI: 10.1192/bjp.135.2.163.

- Vita, A., De Peri, L. & Sacchetti, E. (2011). Antipsychotics, Antidepressants, Anticonvulsants, and Placebo on the Symptom Dimensions of Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled and Open-Label Trials. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(5): 613-624. DOI: 10.1097/JCP.0b013e31822c1636.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5): 715-730. DOI: 10.1037//0022-006x.66.5.715.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Chaunceyab, D.L. & Gunderson, J.G. (1987). The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive psychiatry*, 28(6): 467-480. DOI: 10.1016/0010-440x(87)90012-5.

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.



Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli



Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

***Il Disturbo Narcisistico di Personalità.
Concettualizzazione del costrutto, rassegna
empirica sull'efficacia dei trattamenti,
principi e suggerimenti per una buona
pratica clinica***



Anna Gasparre*, Giancarlo Dimaggio**

Ricevuto il 18 maggio 2023

Accettato il 5 giugno 2023

Sommario

Il presente lavoro è partito da una rassegna dei contributi storici sulla concettualizzazione del narcisismo e del Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP), evidenziando l'evoluzione in termini di diagnosi clinica all'interno della classificazione DSM sui disturbi mentali. Si è focalizzato sulla complessità del Disturbo Narcisistico di Personalità e l'utilità di definirlo come un continuum che va dalla normalità alla patologia piuttosto che una mera categoria. All'interno di questo continuum gli autori hanno identificato le due varianti di interesse, il narcisismo *overt* o grandioso e *covert* o vulnerabile. Gli autori proseguono enucleando le principali sfide nella gestione dei pazienti con tratti narcisistici, responsabili degli esiti peggiori nella terapia. Le terapie psicologiche specificamente progettate per il trattamento dei pazienti con DNP sono relativamente poche e pochi o nessuno di questi trattamenti sono stati testati in studi controllati randomizzati. Emerge quindi come il trattamento delle PN o con DNP rappresenti una sfida sia sul piano clinico che empirico poiché mancano prove empiriche su come trattarli. La mancanza di trattamenti supportati empiricamente, ha fatto emergere la necessità di delineare linee guida di "buona pratica clinica", in linea con l'idea di un approccio più integrato al trattamento dei disturbi di personalità.

Parole chiave: Narcisismo patologico, Disturbo Narcisistico di Personalità, psicoterapia, principi di trattamento.

* Empea: centro clinico e di ricerca in psicoterapia cognitivo-comportamentale; via Giuseppe Bozzi 9 – 70132 Bari; e-mail: gasparre.anna@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/qpc52-2023oa16174

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

Narcissistic personality disorder. Conceptualization of the construct, empirical review on the effectiveness of treatments, principles and suggestions for good clinical practice

Abstract

This work reviews historical contributions to the conceptualization of narcissism and Narcissistic Personality Disorder (NPD), including its evolution as a clinical diagnosis within the DSM classification of mental disorders. It focuses on the complexity of Narcissistic Personality Disorder and the importance of defining it as a continuum ranging from normal to abnormal personality expression. In this continuum, the authors identify two typical features, overt or grandiose and covert or vulnerable narcissism. Then, authors consider a wide variety of challenges that contribute to worse outcomes in therapies with NPD patients. Only few theoretical approaches have advanced treatments targeting NPD and hardly any of these treatments were tested in randomized controlled trials. Treating persons with PN, or with NPD is a challenge to clinicians as sound empirical evidence on how to treat them is lacking. The lack of empirically supported treatments has highlighted the need to provide some principles of “good clinical practice”, in line with the idea of a more integrated approach to the treatment of personality disorders.

Keywords: Pathological Narcissism; Narcissistic Personality Disorder, psychotherapy, treatment principles.

La diagnosi

L'uso diffuso da parte dei clinici, del concetto di narcisismo patologico come un tipo di personalità distinta, sotto le influenze dei pensieri di psicoanalisti quali Kernberg (1970) e Kohut (1977), o di psicologi quale Millon, ha portato all'introduzione del Disturbo Narcisistico di Personalità nella terza edizione del DSM (DSM-III) nel 1980 (American Psychiatric Association, 1980). I 9 criteri individuati dal DSM-IV, anche se utili per la loro praticità, hanno sempre lasciato in molti clinici un senso di incompiutezza, comportando grossi problemi diagnostici. Si percepisce una descrizione alquanto riduttiva della complessità dell'ampio spettro di stati mentali presenti in questo tipo di pazienti. Autori come Cain *et al.* (2008) hanno notato che il DSM-IV (1994) si è prevalentemente focalizzato sulle caratteristiche di grandiosità del disturbo e non ha catturato adeguatamente il sottostante aspetto di vulnerabilità che è evidente in molti individui narcisisti e che rappresenta l'area più disturbata del DNP. Nel DSM-IV, inoltre, il DNP è stato definito come uno dei disturbi più rari osservati nella comunità e nei campioni clinici, nonostante una consistente presenza di osservazioni cliniche abbiano, invece, osservato un'elevata prevalenza di tratti narcisistici problematici in pazienti con disturbi di personalità.

Tali punti deboli sono stati in parte superati dal DSM-5 (2013) che propo-

ne un modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità, secondo un approccio ibrido dimensionale-categoriale. Tale modello consente di descrivere meglio la complessità del quadro narcisistico, sia in termini di funzionamento di sé e di funzionamento interpersonale, sia in termini di tratti di personalità, avvicinando così la descrizione del funzionamento psicologico maggiormente all'esperienza clinica e alla ricerca recente sul DNP.

Lo spettro del narcisismo

Il DSM-5 descrive il narcisismo come un continuum. Ci soffermiamo qui sulle due varianti di interesse per il clinico, ovvero il narcisismo overt o grandioso e covert o vulnerabile. Di fatti il cosiddetto narcisismo maligno ipotizzato da Kernberg (1992) manca di supporto empirico e per gran parte descrive personalità paranoide e antisociali. Confonderlo col narcisismo probabilmente getta una luce nera sul narcisismo ingiustificata.

Il narcisismo grandioso e quello vulnerabile

A partire da caratteristiche nucleari condivise, è generalmente accettato che si possono differenziare almeno due presentazioni del narcisismo patologico: il narcisismo *overt*, grandioso, palese e il narcisismo *covert*, nascosto e vulnerabile (Cooper, 1998; Cain, 2008; Miller *et al.*, 2010; Pincus *et al.*, 2014; Pincus & Lukowitsky, 2010).

Thomaes, Brummelman e Sedikides (2018) in una meta-analisi hanno identificato tre aspetti cruciali del narcisismo di tipo *overt*: la sovrastima di sé (*self-enhancement*), il bisogno di ammirazione e un orientamento interpersonale di tipo antagonistico. Il *self-enhancement* è caratterizzato da un aumentato senso di importanza e dalla tendenza a percepirsi superiori agli altri: i narcisisti tenderebbero a sovrastimare la propria intelligenza e la propria attrattività fisica (Bleske-Rechek, Remiker & Baker, 2008), così come le proprie prestazioni in compiti complessi (Farwell & Wohlwend-Lloyd, 1998). Da un punto di vista interpersonale, le persone narcisiste preferiscono emergere ed essere apprezzate senza preoccuparsi di risultare aggressive, arroganti, o snob (Scopelliti, Loewenstein & Vosgerau, 2015). Il bisogno di ammirazione li porta a porsi al centro dell'attenzione, spesso dominando la conversazione (Buffardi & Campbell, 2008) e manifestando una netta preferenza per ruoli o posizioni di superiorità (Brunell *et al.*, 2008). Nelle relazioni affettive sembrano preferire partner caratterizzati da alto prestigio ricono-

sciuto (fisico o sociale), mostrandosi meno interessati al senso di intimità e affetto (Horton & Sedikides, 2009). Inoltre, sul piano interpersonale, quando non ricevono il riconoscimento e l'adulazione che pensano di meritare, tendono a reagire in modo antagonistico, con ostilità (Moeller, Crocker & Bushman, 2009), minore empatia (Hepper, Hart & Sedikides, 2014) e propensione a manipolare gli altri (Nagler *et al.*, 2014).

L'altra forma, quella *covert*, è invece caratterizzata da senso di vergogna, imbarazzo e umiliazione, estrema sensibilità al giudizio degli altri e alle critiche, atteggiamento schivo e inibito, falsa umiltà e compiacenza. A livello interpersonale, il narcisismo vulnerabile risulta più distaccato, freddo, evitante e sfruttabile (Pincus & Lukowitsky, 2010). Poiché i loro vissuti sono carichi di vergogna e modestia, spesso a livello interpersonale l'altro erroneamente interpreta il timido e preoccupato desiderio di occuparsi di qualcun altro come interesse genuino. Incapaci di mantenere relazioni personali durevoli, sono segretamente denigratori, invidiosi delle persone che li circondano, e incapaci di trarre soddisfazione dalle proprie realizzazioni, che a volte sono anche considerevoli.

Tuttavia, recenti ricerche suggeriscono che più che due tipi diversi di narcisismo siano diverse presentazioni che la stessa persona può manifestare in diversi momenti, per esempio oscillare tra stati di arroganza e presunzione eccessiva a stati di profonda vergogna, colpa e inferiorità (Caligor & Stern, 2020; Crisp & Gabbard, 2020; Dimaggio *et al.*, 1999; 2003; Kealy *et al.*, 2015). Così come il narcisismo overt, anche il narcisismo covert implica una forte autocentratura (Brown & Elliot, 2016); presentando maggiori aspetti di ansia sociale, insicurezza, evitamento e costante difesa (Miller *et al.*, 2012; Hart *et al.*, 2017). Studi recenti hanno anche mostrato che pazienti con un narcisismo grandioso tendono con maggiore frequenza e probabilità a oscillare tra stato di grandiosità e vulnerabilità, mentre il tipo vulnerabile mostra livelli più stabili di sentimenti negativi e raramente esprime grandiosità (Edershile & Wright, 2021). Dato che la maggior parte dei narcisisti presenta queste fluttuazioni, secondo alcuni autori essi possono essere considerati come due manifestazioni del narcisismo patologico che coesistono, in momenti diversi, all'interno della stessa persona (Dimaggio & Semerari, 2003).

Psicopatologia della personalità narcisistica

Coerentemente con alcune rassegne empiriche (Dimaggio *et al.*, 2006; 2007; Dimaggio, 2022), gli aspetti della psicopatologia narcisistica su cui la letteratura sembra convergere sono i seguenti:

1. Le persone con PN sono guidate da *rappresentazioni tipiche disadattive di sé e degli altri* chiamati anche schemi interpersonali disadattivi (Young *et al.*, 2003; Dimaggio *et al.*, 2015) nel tentativo di soddisfare “desideri o bisogni fondamentali”. Sulla base di questi schemi, la PN sperimenta diversi stati mentali, tra cui rabbia per essere feriti o rifiutati, vuoto e alienazione, colpevolezza, invidia, paura e ansia, un senso di annientamento. Di rado entrano in stati mentali di grandiosità, si percepiscono pieni di gloria, di orgoglio, soddisfazione e realizzazione personale (Dimaggio *et al.*, 2002; Modell, 1984; Ronningstam, 2009).
2. Le PN sono caratterizzate da una *compromissione delle capacità di auto-riflessione e tendenze all'intellettualizzazione*. Hanno difficoltà a etichettare i propri stati emotivi, in particolare quelli legati alla vulnerabilità e fragilità, piuttosto quando hanno appena sperimentato il fallimento del rifiuto ricorrono a teorie astratte e all'intellettualizzazione (Ronningstam, 2020; Dimaggio *et al.*, 2002).
3. Nonostante l'idea comune che le persone con DNP siano fortemente orientate agli obiettivi e si comportino come carri armati quando guidati da un obiettivo, la loro azione è spesso compromessa, e mostrano *disturbi dell'agency*, passando dall'aspettativa *hyperagency* alla perdita dell'agency (Ronningstam, 2009). Quando queste persone non perseguono la grandiosità e neppure combattono contro qualcuno che percepiscono come un ostacolo, mancano di una fonte interiore per un'azione auto-generata e orientata allo scopo (Kohut, 1977; Dimaggio *et al.*, 2007; 2012).
4. *Scarsa teoria della mente ed empatia*. Le PN sono caratterizzati da una ridotta capacità di comprendere gli altri e da bassa empatia (De Panfilis *et al.*, 2019; Dimaggio *et al.*, 2009; Ritter *et al.*, 2014). Sembra che il loro problema sia di natura motivazionale, cioè hanno le capacità cognitive per capire gli altri ma non sono motivati a farlo (Urbonaviciute & Hepper, 2020).
5. *Coping disadattivo*. Le strategie che i pazienti utilizzano automaticamente in modo difensivo, per ridurre il dolore psicologico (Kealy *et al.*, 2017) o per evitare di entrare in contatto con la propria fragilità e vulnerabilità sono: il *self-enhancement* (tendenza alla sopravvalutazione) (John & Robins, 1994), il perfezionismo (finalizzato a correggere i difetti intollerabili che vedono in se stessi; Dimaggio *et al.*, 2018), la procrastinazione (che ha il fine di mantenere una presentazione grandiosa e senza macchia) (Weinberg & Ronningstam, 2020), il ricorso all'onnipotenza e alla negazione degli aspetti più vulnerabili (es. comportamenti rischiosi quali il sesso senza preservativo, il gioco d'azzardo, l'abuso di alcol e droghe

ecc.), la ruminazione e preoccupazione (finalizzata a ridurre la sofferenza, ma con effetti controproducenti in termini di manifestazioni di aggressività) (Krizan & Johar, 2015).

Epidemiologia

La maggior parte degli studi epidemiologici su DNP hanno utilizzato campioni clinici, tuttavia sono carenti gli studi che misurano la prevalenza di DNP nella popolazione generale. Gli studi sulla popolazione generale sui disturbi di personalità sono stati ostacolati dalle dimensioni esigue dei campioni presi in analisi e dal loro confinamento ad aree geografiche specifiche come ad es. singole città, limitando così l'analisi statistica delle caratteristiche socio demografiche di DNP. Una rassegna sistematica di studi che riportano la prevalenza di DNP in campioni non clinici di adulti ha trovato sette studi che hanno utilizzato interviste strutturate o semi-strutturate per valutare il disturbo di personalità: la prevalenza media complessiva di DNP era dell'1,2% e l'intervallo 0-6,2% (Dhawan *et al.*, 2010). Il più recente e completo di questi studi è il Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions (NESARC) (Hasin & Grant 2015), condotto su 34093 civili negli Stati Uniti. Tale studio ha mostrato una prevalenza complessiva di DNP del 6,2%, con tassi più elevati per gli uomini (7,7%) rispetto a donne (4,8%), nei giovani adulti e nelle persone separate, divorziate, vedove o mai sposate. Furono osservati livelli elevati di co-occorrenza di abuso di alcool, umore, ansia e altri disturbi della personalità (Stinson *et al.*, 2008).

Tassi relativamente bassi di prevalenza del DNP riportati in campioni provenienti sia da contesti clinici che dalla popolazione generale possono essere in parte dovuti al concetto restrittivo identificato dalla diagnosi DSM-5, che non coglie gli aspetti più vulnerabili di narcisismo patologico.

Comorbilità e diagnosi differenziale

A partire dalla pratica clinica e dai dati di letteratura, sembra che gli aspetti interpersonali del disturbo narcisistico *covert* di personalità mostrino diverse sfumature, dando evidenza di una serie di varianti del disturbo, per cui possiamo parlare di un prototipo generale (Westen, 1990), il Disturbo Narcisistico di Personalità, e di varianti dello stesso (o sottotipi).

Ad esempio, alcuni studi hanno messo in evidenza le somiglianze tra il

sottotipo “*covert*” e il Disturbo Evitante di Personalità, per quanto riguarda l’evitamento dei rapporti con altri percepiti come critici e ridicolizzanti, unito alla sensazione di essere inferiori e di non valere. L’elemento distintivo è la presenza nel primo, seppur mascherata, di un sentimento di grandiosità che invece non si riscontrerebbe nel secondo (Dickinson & Pincus, 2003).

Un’altra variante può ritrovarsi in combinazione con tratti del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità. Tratti comuni sono il ricorso a comportamenti perfezionistici che il paziente adotta rigidamente al fine di recuperare un senso di maggior valore, la preoccupazione per l’ordine e per le regole e la procrastinazione. In questo senso, il perfezionismo sembra assumere una funzione regolatoria finalizzata al mantenimento di una buona immagine di sé.

Fossati *et al.* (2017) hanno individuato una sottocategoria di pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità dalle caratteristiche in parte sovrapponibili alla personalità paranoide quali: rabbia persistente, ostilità, sospettosità e indifferenza verso emozioni e problemi altrui (Fossati *et al.*, 2017).

Il Disturbo Narcisistico di Personalità condivide alcune caratteristiche anche con altri disturbi di personalità raggruppati sotto la stessa etichetta, chiamata “Cluster B”: il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo Istrionico di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità.

Per quanto riguarda specifiche similitudini con il Disturbo Borderline, entrambe le condizioni sono caratterizzate dalla tendenza a idealizzare e svalutare sia stesso che l’altro, tendenza all’impulsività, scarsa empatia e bisogno di ammirazione, bassa tolleranza alle emozioni negative e convinzione che tutto sia dovuto (Carcione & Semerari, 2017). In uno studio di Euler *et al.* (2018) il narcisismo grandioso è risultato fortemente associato con il Disturbo Narcisistico di Personalità, mentre il narcisismo vulnerabile solo con il Disturbo Borderline di Personalità.

Il Disturbo Istrionico invece si caratterizza per una eccessiva emotività e per la ricerca costante di attenzioni, che ad alti livelli conducono la persona a comportarsi in modo seduttivo e teatrale (APA, 2013). Caratteristiche simili con il DNP sono l’egocentrismo e il bisogno di ammirazione. Tuttavia nel funzionamento istrionico i comportamenti inappropriatamente provocanti e sessualizzati rappresentano un marker distintivo (Beck, Davis & Freeman, 2015).

Anche tra il DNP e il Disturbo Antisociale esistono aree di sovrapposizione e punti di non contatto. Rabbia, auto-distruttività e aggressività sono presenti in entrambi i disturbi ma nel Disturbo Antisociale di Personalità è presente una difficoltà a provare senso di colpa e rimorso. Anche la tendenza allo sfruttamento degli altri per promuovere se stessi è caratteristica di en-

trambi i disturbi. Tuttavia, i pazienti con Disturbo Antisociale sfruttano gli altri per guadagno materiale; quelli con Disturbo Narcisistico di Personalità sfruttano gli altri per regolare la loro autostima.

Insieme a tratti di tipo narcisistico, più o meno rilevanti in termini clinici, possono presentarsi anche un'ampia varietà di sintomi e di disturbi comportamentali, quali ad esempio ansia e depressione (Pincus *et al.*, 2014), abuso di alcol e droghe (Stinson *et al.*, 2008), disturbi del comportamento alimentare (Gordon & Dombeck, 2010), e comportamenti a rischio specialmente se sono socialmente disapprovati (Leder *et al.*, 2020). Fjermestad-Noll *et al.* (2020) in un recente studio, hanno studiato la presenza di perfezionismo, vergogna e aggressività nei pazienti con DNP e il ruolo della vergogna come fattore di mediazione o moderazione per l'aggressività.

Infine, prima di porre diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità è importante considerare la co-occorrenza di altri fattori quali Disturbo Post-Traumatico da Stress (APA, 2013), e la presenza di un uso/abuso di sostanze, di assunzione di farmaci e/o la presenza di altre condizioni mediche che potrebbero essere implicate nelle alterazioni di personalità o aggravarne il quadro.

Trattamenti del Disturbo Narcisistico di Personalità

La conoscenza sull'utilità dei trattamenti esistenti per il DNP è limitata. Poche teorie hanno suggerito approcci terapeutici al DNP. I trattamenti psicoterapeutici per il DNP sono stati sviluppati all'interno di due tradizioni principali: la tradizione psicoanalitica/psicodinamica e la tradizione cognitiva-comportamentale (Yakeley, 2018). Questi due approcci condividono alcune tecniche e interventi terapeutici. Nella maggior parte delle modalità psicoterapeutiche il trattamento è individuale, tuttavia, la terapia di gruppo può essere efficace quando emergono difficoltà legate alla vergogna, alla dipendenza, all'autosufficienza, al disprezzo e all'invidia verso gli altri, sebbene gli individui altamente narcisistici possono dominare o compromettere i gruppi o competere con il terapeuta per essere il capogruppo.

Tra gli approcci psicodinamici si distingue la Psicoterapia focalizzata sul transfert (TFP) (Transference-focused psychotherapy) implementata per il trattamento di DNP, da Kernberg *et al.* negli USA (Clarkin 2007), originariamente sviluppata per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità. Data l'efficacia della TFP per i pazienti con BPD, incluso un numero di pazienti con DNP in comorbilità, Diamond e Hersh (2020), hanno adattato le tecniche della TFP effettuando modifiche specifiche per i pazienti con DNP

o tratti narcisistici. L'obiettivo principale della TFP-N è concentrarsi sui pattern interpersonali disturbati di relazione nel qui e ora dell'interazione terapeutica come veicolo che influenza cambiamenti a lungo termine nell'organizzazione della personalità e cambiamenti nelle aree sentimentali e lavorative. Il trattamento basato sulla mentalizzazione, originariamente anch'esso sviluppato per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (Bate-man & Fonagy, 2004) è in corso di un tentativo di applicazione alle PN (Drozek, Brandon & Unruh, 2020). Il terapeuta lavora attivamente per convalidare empaticamente l'esperienza del paziente, incoraggiando il chiarimento, l'elaborazione e la contestualizzazione al fine di aumentarne la complessità della narrazione affettiva e sviluppare progressivamente rappresentazioni di sé e dell'altro flessibili, più elaborate ed emotivamente coinvolte.

Approcci cognitivo-comportamentali e di terza onda. Alcune modalità terapeutiche empiricamente fondate di matrice cognitivo comportamentale, per il trattamento dei disturbi di personalità, sono state adattate al trattamento dei pazienti con disturbo narcisistico. Questi includono la Schema Therapy e la Terapia Metacognitiva Interpersonale, mentre esiste solo uno studio di caso singolo sulla Terapia Dialettico Comportamentale (Reed-Knight & Fischer, 2011).

La Schema Therapy (Young *et al.*, 2003), implementata originariamente per il trattamento del Disturbo Borderline, si concentra sul “contrasto agli schemi precoci disadattivi” riguardanti le relazioni con se stessi e con gli altri e sulla promozione di una “modalità di funzionamento adulta” più sana. Il terapeuta utilizza un processo di “*re-parenting*”, incoraggiando il paziente a regolare meglio le fluttuazioni narcisistiche nella reattività emotiva e a sviluppare empatia per raggiungere un'intimità emotiva con gli altri. Ad oggi, non sono stati condotti studi clinici sull'applicazione di tale approccio al DNP, ma le osservazioni clinici tendono a suggerire che potrebbe essere efficace per il disturbo.

La Terapia metacognitiva Interpersonale (TMI) (Dimaggio *et al.*, 2007; 2012; 2019; 2022; Carcione *et al.*, 2016) si è fin da subito interessata a modellizzare il narcisismo (Dimaggio *et al.*, 2002) e proporre una strategia di intervento. Dimaggio *et al.* (2022) ha sintetizzato le aree di intervento della TMI per il narcisismo nel modo seguente: a) aumentare l'autoriflessione e ridurre l'intellettualizzazione; b) affrontare l'impatto degli schemi disadattivi; c) supportare l'agency e l'azione orientata agli obiettivi; d) ridurre le tendenze a ricorrere a strategie di coping disadattivi e promuovere modi più sani per affrontare il dolore e la sofferenza psicologica; g) promuovere la teoria della mente e l'empatia. Questi obiettivi possono essere raggiunti in diversi modi, tra cui: lavorare attraverso la relazione terapeutica, impostare e concorda-

re un contratto terapeutico condiviso, ragionevole e orientato agli obiettivi, concentrarsi sulle emozioni invece che accettare intellettualizzazioni, utilizzare esercizi comportamentali e tecniche esperienziali (es. l'immaginazione guidata, due sedie, gioco di ruolo).

Prove di efficacia degli approcci terapeutici

Poche teorie hanno suggerito approcci terapeutici al DNP. Tuttavia, nessuno di questi trattamenti è stato testato in studi randomizzati controllati con pazienti con DNP, e quando i pazienti con DNP sono stati inclusi nel campione, il loro numero effettivo era troppo piccolo per le analisi statistiche oppure i risultati non erano riportati separatamente per i pazienti con DNP (Ball, 2007; Ball *et al.*, 2005; 2011; Bamelis *et al.*, 2014; Clarkin *et al.*, 2007; Vinnars *et al.*, 2005).

Alcuni autori hanno delineato modalità di trattamento per i pazienti con DNP in comorbidità con il Disturbo Borderline di Personalità (BPD) (Diamond & Clarkin *et al.*, 2014). Mancano specifici trattamenti farmacologici per il DNP e le strategie di trattamento tipiche includono il trattamento sintomatico delle condizioni che si presentano in comorbidità (Ronningstam & Weinberg, 2013).

In una rassegna sui fattori che possono favorire oppure ostacolare il processo terapeutico con il DNP, Weinberg e Ronningstam (2020), basandosi sull'esperienza clinica e sull'analisi della letteratura, hanno documentato un'ampia varietà di fattori che contribuiscono a esiti peggiori nelle terapie con pazienti con DNP.

- *Sul piano cognitivo*: scarso riconoscimento di stati interni (Dimaggio *et al.*, 2008), intolleranza alle differenze di prospettiva (Britton, 2004), prospettiva reversibile, ovvero negazione della consapevolezza raggiunta in terapia (Etchegoyen, 2005; Kernberg, 2007), rifiuto di accettare spiegazioni logiche (Kernberg, 2007).
- *Sul piano emotivo*: difficoltà ad accedere, etichettare ed esprimere emozioni (Dimaggio *et al.*, 2008; Modell, 1984; Ronningstam, 2017), paura ed evitamento (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013), noia e stimolo alla fame (Ronningstam, 1996), assenza di significato (Ronningstam, 1996).
- *Sul piano interpersonale*: povere relazioni sociali (Kernberg, 2007), estrema competitività e invidia del terapeuta (Kernberg, 2007), attaccamento ansioso evitante o disorganizzato (Diamond & Clarkin *et al.*, 2014), paura

della dipendenza dal terapeuta (Kernberg, 2007), reazioni paranoiche al terapeuta (Kernberg, 2007).

- *Sul piano dell'autostima*: ricerca dell'autoaffermazione, non della consapevolezza (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2005), esternalizzazione della responsabilità (Ronningstam, 2005), autocritica cronica, disprezzo e odio per se stessi (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2005), perfezionismo (Ronningstam, 2005).
- *Sul piano del funzionamento morale*: mancanza di titolarità nelle responsabilità (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2005), disonestà (Kernberg, 2007), mancanza di impegno (Kernberg, 2007), limitata capacità di provare rimorso (Kernberg, 2007), parassitismo sociale (Kernberg, 2007).
- *Sul piano della motivazione per il cambiamento*: motivazione estrinseca al cambiamento o dipendente dall'umore (Ronningstam, 2005), motivazione al cambiamento minacciata da comportamenti passivo-parassitari (comportamento antisociale che viene tipicamente espresso senza sensi di colpa, es. mentire, rubare, sfruttare gli altri), da abuso dello status di VIP o potere (Kernberg, 2007; Silverman *et al.*, 2012).
- *Controtransfert*: è probabile che potenti reazioni controtransferali portino a interferenze con il trattamento e persino *enactment* distruttivi del trattamento, se non esaminati.

Di recente Weinberg e Ronningstam (2023) hanno condotto il primo studio di efficacia volto a identificare ed esplorare modelli, processi e indicatori di cambiamento nel narcisismo patologico. Si tratta in effetti di un *single case series*, condotto su 8 pazienti con diagnosi di PDN, sottoposti a psicoterapia individuale di varie forme. Gli autori hanno osservato difficoltà nell'ottenere cambiamenti a lungo termine a seguito del trattamento, poiché gli aspetti classici della patologia narcisistica, quali la sovrastima di sé a livello interpersonale, l'evitamento, l'aggressività e il controllo, intralciavano la formazione di una buona alleanza terapeutica e ostacolavano il raggiungimento di obiettivi terapeutici chiari e precisi finalizzati al cambiamento. Nonostante tali difficoltà, è emerso come tutti i pazienti mostrassero un miglioramento significativo nel funzionamento di vita e della personalità e relazioni più strette e durature, con una remissione della diagnosi di DNP. Il processo di cambiamento è stato graduale, con alcuni notevoli cambiamenti che si sono verificati in specifici contesti di vita. Ulteriori fattori che contribuivano al cambiamento includevano la motivazione e l'impegno dei pazienti, la capacità riflessiva, la regolazione delle emozioni, l'agency e l'impegno interpersonale e sociale.

I problemi nella terapia del narcisismo

In ragione della loro complessità sia del funzionamento interpersonale che della regolazione degli stati interni i pazienti con questo disturbo rendono la psicoterapia particolarmente complicata ponendo diverse sfide nella gestione e nel trattamento del DNP, fin dalla fase di richiesta di aiuto. Yakeley (2018), enuclea una serie di sfide e di ostacoli che tali pazienti pongono al percorso terapeutico e al terapeuta stesso. In primis, le persone con PN spesso non hanno una chiara consapevolezza che le loro difficoltà possano essere dovute a tratti di personalità problematici, è molto frequente un senso di vittimismo o la sensazione di avere diritto a speciali trattamenti, la tendenza a incolpare gli altri per averli trattati male o a criticarli. Possono presentarsi in terapia con sensazioni di vuoto, disforia e disperazione; sentimenti di vergogna, umiliazione e senso di inutilità, in particolare come conseguenza di eventi di vita quali la rottura di una relazione o la perdita del lavoro, o problematiche familiari. Oppure possono essere stati indirizzati ai servizi di salute mentale a causa di condizioni mentali in comorbilità come ad es. disturbo depressivo o tendenza al suicidio. Altre difficoltà manifestate sono l'isolamento sociale, le disfunzioni sessuali, l'irritabilità e l'aggressività e l'aumento della dipendenza da droghe e/o alcol per migliorare l'umore. Se finalmente gli viene fatta una diagnosi, spesso la rifiutano perché sfida il loro senso di "straordinarietà", oppure perché può accentuare i sentimenti già molto presenti di scarsa autostima, vergogna e umiliazione.

Le persone con DNP sono spesso molto difficili da coinvolgere nel trattamento e se si riesce ad avviare un percorso terapeutico, sono molto frequenti le rotture nella relazione terapeutica. Molto spesso il paziente si sente criticato o trattato ingiustamente dal clinico, può anche risentirsi del potere che percepisce nel clinico oppure al contrario desiderare di compiacere il terapeuta a tal punto da riferire miglioramenti fittizi e non reali per soddisfare l'implicita aspettativa di miglioramento del terapeuta.

Inoltre, può accadere che l'offerta di aiuto può far precipitare l'individuo con PN nello stato mentale della vergogna se equipara debolezza e vulnerabilità allo stato di "paziente". Tali sentimenti di vulnerabilità se vissuti come intollerabili porteranno il paziente a mettere in atto strategie di difesa quali la proiezione, la grandiosità, l'onnipotenza all'interno della relazione con il terapeuta che a sua volta proverà vergogna o senso di inadeguatezza. Queste sfide nel trattamento evidenziano il complesso di risposte contro-transferali che possono derivare nei clinici, come frustrazione, rabbia o nichilismo terapeutico o, al contrario, sentimenti di particolarità e competenza terapeutica.

Ciò sottolinea l'importanza di una supervisione clinica regolare, pratica riflessiva, gruppi di discussione sui casi, indipendentemente dall'approccio terapeutico, in cui i sentimenti del clinico possono essere esplorati in sicurezza per ottenere insight sulla psicopatologia e sulle difficoltà interpersonali del paziente e sul modo in cui queste influenzano la relazione terapeutica. È importante che il terapeuta, riconosca quei sentimenti di vergogna e risentimento quando si relazionano con pazienti con PN per evitare risposte contro-transferali inutili e persino punitive.

Suggerimenti per una buona pratica terapeutica

Recentemente diversi autori hanno proposto una serie di suggerimenti terapeutici selezionando gli approcci più adatti al trattamento di PN e DNP (Yakeley, 2018; Weinberg & Ronningstam, 2020; Dimaggio, 2022). Nello specifico si farà riferimento alle linee pragmatiche dei “si fa” e “non si fa” per il trattamento del DNP offerti da Weinberg e Ronningstam (2020) e ai suggerimenti proposti da Dimaggio (2022) sulla base di un modello di psicopatologia del narcisismo.

I primi identificano una serie di principi associati a uno sviluppo terapeutico più positivo: aiutare i pazienti a identificare gli obiettivi e la direzione delle loro terapie, promuovere un senso di agentività, promuovere uno spostamento dell'attenzione verso il senso di vulnerabilità e anticipare le difficoltà nello sviluppo e nel mantenimento dell'alleanza di trattamento. Errori comuni in questi trattamenti sono impegnarsi in una lotta di potere con il paziente, rinforzare la grandiosità del paziente, sfidare direttamente la grandiosità del paziente e ignorare i comportamenti che interferiscono con il trattamento. Secondo questa importante rassegna l'identificazione dei principi di terapie efficaci con i pazienti con DNP può favorire lo sviluppo di approcci terapeutici più efficaci per DNP.

Tali principi sono, tuttavia, derivati dall'esperienza clinica e non da una teoria del DNP. Dimaggio (2022) si basa invece su un modello psicopatologico della PN supportato empiricamente e include tecniche esperienziali, come immaginazione guidata e riscrittura, gioco di ruolo, delle due sedie, lavoro corporeo. Tra i modelli attuali, solo la Schema Therapy (Young *et al.*, 2003) e la TMI (Dimaggio *et al.*, 2019) li includono nel loro repertorio. Dimaggio (2022) prendendo spunto dai contributi summenzionati di Yakeley (2018), Weinberg e Ronningstam (2020), propone che per avere successo la terapia dovrebbe mirare a: a) aumentare l'autoriflessività e ridurre l'intellettualizzazione; b) affrontare l'impatto di schemi disadattivi al punto da pren-

dere una distanza critica da essi e formare significati più sani e flessibili con cui le persone possano dare un senso al sé e alla relazione sociale e utilizzarli per guidare la loro azione; c) supportare l'agency e l'azione orientata agli obiettivi; d) ridurre le tendenze a ricorrere a coping disadattivi e promuovere modi più sani per affrontare il dolore e la sofferenza psicologica; g) promuovere la teoria della mente e l'empatia.

Questi obiettivi possono essere raggiunti attraverso diverse strade, tra cui:

1. *Lavorare attraverso la relazione terapeutica*: il terapeuta deve fornire convalida e supporto, evitando allo stesso tempo attentamente le critiche, incolpando i pazienti per i loro comportamenti interpersonali. Anche il contrario deve essere evitato. I terapeuti non dovrebbero lasciare che i pazienti li sminuiscano o li insultino. Questo atteggiamento corrisponde a quello che Safran e Muran definiscono rottura dell'alleanza "di confronto" (Safran & Muran, 2000) che il clinico deve riconoscere e affrontare prontamente. Se i terapeuti lasciano che i pazienti li svalutino, confermano l'idea che il disprezzo è accettabile in una relazione, che meritiamo di essere maltrattati e non abbiamo il diritto di difendersi.
2. *Impostare e concordare un contratto terapeutico*: è importante che terapeuta e paziente lavorino insieme per identificare in modo collaborativo obiettivi realistici, chiari e misurabili. Il terapeuta, deve essere esplicito sul fatto che il cambiamento dipende dall'impegno nel compito, senza impegno alcuni obiettivi non potranno essere raggiunti. Attraverso la negoziazione del contratto terapeutico si promuove nel paziente l'agency.
3. *Concentrarsi sulle emozioni invece che accettare le intellettualizzazioni*: dinanzi alla difficoltà di accesso ai propri stati interiori il terapeuta farebbe meglio ad adottare una posizione di "non sapere", curiosa, al fine di sondare gli affetti e le cognizioni legate all'episodio riportato e avere accesso al loro mondo interiore, condividerle, senza ricorrere a inferenze e interpretazioni basate su teorie generali.
4. *Utilizzo di esperimenti comportamentali e di tecniche esperienziali*: tecniche, come l'immaginazione guidata, il *rescripting*, giochi di ruolo o tecnica delle due sedie (Dimaggio *et al.*, 2019) possono aiutare i pazienti ad apprendere, *in vivo*, mentre stanno esperendo le emozioni negative, modificando ad es. la postura o il tono di voce, o adottando azioni differenti che possono anche cambiare il loro stato mentale.

Conclusioni

Da quanto finora esposto, emerge un quadro psicopatologico molto complesso che pone non pochi problemi sul piano della gestione della relazione terapeutica al terapeuta.

C'è quindi bisogno di trattamenti personalizzati e validati empiricamente. Il problema è che, ad oggi, non ce ne sono, nonostante la prevalenza complessiva di DNP varia dallo 0% al 6% nella popolazione generale, dall'1,3% al 20% nella popolazione clinica e 8,5%-20% in studi privati ambulatoriali (Lenzenweger *et al.*, 2007; Torgersen, 2012; Zimmermann, Chelminski & Joung, 2008). Si sta sempre più supportando l'idea di un approccio più integrato al trattamento dei disturbi di personalità, tra i quali anche il DNP (Livesley, 2012), sulla base del riconoscimento che le diverse modalità e tecniche possono essere utilizzate sinergicamente e in modo graduale per le diverse fasi di presentazioni e di sviluppo dei disturbi. I terapeuti farebbero meglio a evitare di essere troppo sicuri delle proprie capacità terapeutiche generiche, e invece dovrebbero adattarsi ai bisogni specifici di queste persone. Da qui emerge l'importanza di definire linee di buona pratica clinica per un disturbo così diffuso, in attesa dei necessari studi di efficacia.

Allo stesso tempo, insieme al crescente interesse per PN e DNP, e per linee guida di buona pratica clinica indispensabili per una terapia efficace, è auspicabile che aumenti anche l'interesse dei clinici e dei ricercatori per lo studio di questa popolazione e ponga le basi per lo sviluppo di approcci terapeutici più efficaci per il DNP.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.) (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ball, S.A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21: 305-321. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.3.305.
- Ball, S.A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., Bujosa, C.T. & O'Neill, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46: 371-379. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.11.003.

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

- Ball, S.A., Maccarelli, L.M., LaPaglia, D.M. & Ostrowski, M.J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199: 319-328. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182174e6f.
- Bamelis, L.L., Evers, S.M., 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: 305-322. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001.
- Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*, 3rd edition. New York: Guilford Press.
- Bleske-Rechek, A., Remiker, M.W. & Baker, J.P. (2008). Narcissistic men and women think they are so hot... but they are not. *Personality and Individual Differences*, 45: 420-424. DOI: 10.1016/j.paid.2008.05.018.
- Britton, R. (2004). Subjectivity, objectivity, and triangular space. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 47-61. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00152.
- Brown, D.P. & Elliott, D.S. (2016). *Attachment disturbances in adults: Treatment for comprehensive repair*. W.W. Norton. DOI: 10.1080/00029157.2018.1544438.
- Brunell, A.B., Gentry, W.A., Campbell, W., Hoffman, B.J., Kuhnert, K.W. & DeMarree, K.G. (2008). Leader emergence: The case of the narcissistic leader. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34: 1663-1676. DOI: 10.1177/0146167208324101.
- Buffardi, L.E. & Campbell, W.K. (2008). Narcissism and social networking websites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34: 1303-1314. DOI: 10.1177/0146167208320061.
- Cain, N.M., Pincus, A.L. & Ansell, E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28: 638-656. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.09.006.
- Caligor, E. & Stern, B.L. (2020). Diagnosis, Classification, and Assessment of Narcissistic Personality Disorder Within the Framework of Object Relations Theory. *Journal of Personality Disorders*, 34, Supplement: 104-121. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.104.
- Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2016). *Curare i Casi Complessi. La Terapia Metacognitiva Interpersonale dei Disturbi di Personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Carcione, A. & Semerari, A. (a cura di). (2017). *Il narcisismo e i suoi disturbi: la terapia metacognitiva interpersonale*. Firenze: Eclipsi.
- Clarkin, J.F., Levy, J.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164: 922-928. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.922.
- Cooper, A. (1998). Nuovi sviluppi nella diagnosi clinica del Disturbo Narcisistico di Personalità In: Ronningstam, E.F. (a cura di). *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Crisp, H. & Gabbard, G.O. (2020). Principles of Psychodynamic Treatment for Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34: Supplement: 143-158. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.143.
- De Panfilis, C., Antonucci, C., Meehan, K.B., Cain, N.M., Soliani, A., Marchesi, C., Clarkin, J.F. & Sambataro, F. (2019). Facial Emotion Recognition and Social-Cognitive Correlates

- of Narcissistic Features. *Journal of Personality Disorders*, 33: 433-449. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_350.
- Dhawan, N., Kunik, M.E., Oldham, J. *et al.* (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 51: 333-339. DOI: 10.1016/j.comppsy.2009.09.003.
- Diamond, D., Clarkin, J.F., Levy, K.N., Meehan, K.B., Cain, N.M., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with or without narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50: 175-201. DOI:10.1037%2Fper0000065.
- Dickinson, K.A. & Pincus, A.L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17: 188-207. DOI: 10.1521/pedi.17.3.188.22146.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio, G. & Attinà, G. (2012). Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorders with perfectionistic features: The case of Leonardo. *Journal of Clinical Psychology*, 68: 922-934. DOI: 10.1002/jclp.21896.
- Dimaggio, G. (2022). Treatment principles for pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(4): 408-425. DOI: 10.1037/int0000263.
- Dimaggio, G., Fiore, D., Lysaker, P.H., Petrilli, D., Salvatore, G., Semerari, A. *et al.* (2006). Early narcissistic transference patterns: An exploratory single case study from the perspective of dialogical self theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4): 495-516. DOI: 10.1348/147608305X 63089.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Conti, M.L., Nicolò, G., Fiore, D., Pedone, R., Popolo, R., Procacci, M. & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in Personality Disorder: An analysis with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology e Psychotherapy*, 16: 450-462. DOI: 10.1002/cpp.619.
- Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G., Perrini, F., Raouana, A., Osam, C.S., Buonocore, L., Bandiera, A. & Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: perfectionism and emotional inhibition as predictors of personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 83: 71-78. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.03.005.
- Dimaggio, G., Nicolò, G., Fiore, R., Pedone, R., Popolo, R., Centenero, E., Semerari, A. & Carcione, A. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder. Three psychotherapy patients analysed through the Grid of Problematic States. *Psychotherapy Research*, 18: 466-480. DOI: 10.1080/10503300701881877.
- Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiore, D. & Mancioffi, S. (2003). Il Disturbo Narcisistico di Personalità: la malattia della grande vita (pp. 161-200). In: Dimaggio, G. & Semerari, A. (a cura di), *I Disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio, G., Procacci, M. & Semerari, A. (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza (pp. 231-279). In: Semerari, A. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Lysaker, P.H., Ottavi, P., & Popolo, R. (2015). Behavioral activation revised as a common mechanism of change for personality disorders psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25: 30-38. DOI: 10.1037/a0038769.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. New York: Routledge.

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

- Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A. & Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles. Proposal for an integrated model of Narcissism. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12: 421-451. DOI: 10.1037/1053-0479.12.4.421.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. & Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento. Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Drozek, R.P. & Unruh, B.T. (2020). Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34: 177-203. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.177.
- Edershile, E.A. & Wright, A.G.C. (2021). Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(5): 1386-1414. DOI: 10.1037/pspp0000370.
- Etchegoyen, R.H. (2005). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac.
- Farwell, L. & Wohlwend-Lloyd, R. (1998). Narcissistic processes: Optimistic expectations, favorable self-evaluations, and self-enhancing attributions. *Journal of Personality*, 66: 65-83. DOI:10.1111/1467-6494.00003.
- Fjermestad-Noll, J., Ronningstam, E., Bach, B.S., Rosenbaum, B. & Simonsen, E. (2020). Perfectionism, Shame, and Aggression in Depressive Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34, Supplement: 24-41. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.25.
- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Pincus, A.L., Markon, K.E. & Krueger, R.F. (2017). Profiling pathological narcissism according to DSM-5 domains and traits: A study on consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Psychological Assessment*, 29(11): 1400-1411. DOI: 10.1037/pas0000348.
- Gordon, K.H. & Dombeck, J.J. (2010). The associations between two facets of narcissism and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11: 288-292. DOI: 10.1016/j.eat-beh.2010.08.004.
- Hart, W., Adams, J., Burton, K.A. & Tortoriello, G.K. (2017). Narcissism and self-presentation: Profiling grandiose and vulnerable narcissists' self-presentation tactics. *Personality and Individual Differences*, 1044: 8-57. DOI: 10.1016/j.paid.2016.06.062.
- Hasin, D.S. & Grant, B.F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50: 1609-1640. DOI: 10.1007/s00127-015-1088-0.
- Hepper, E.G., Hart, C.M. & Sedikides, C. (2014). Moving Narcissus: Can narcissists be empathic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40: 1079-1091. DOI: 10.1177/0146167214535812.
- Horton, R.S. & Sedikides, C. (2009). Narcissistic responding to ego threat: When the status of the evaluator matters. *Journal of Personality*, 77: 1493-1525. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00590.x.
- John, O.P. & Robins, R.W. (1994). Accuracy and Bias in Self-perception: Individual Differences in Self-Enhancement and the role of Narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 66: 206-219. DOI: 10.1037/0022-3514.66.1.206.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., Steinberg, P.I. & Piper, W.E. (2015). Narcissism and Relational Representations Among Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 29: 393-407. DOI: 10.1521/pedi_2013_27_084.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J.S., Rice, S.M. & Oliffe, J.L. (2017). Pathological narcissism and maladaptive self-regulatory behaviours in a nationally representative sample of Canadian men. *Psychiatry Research*, 256: 156-161. DOI:10.1016/j.psychres.2017.06.009.

- Kernberg, O.F. (1992) *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale: University Press.
- Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4): 800-822. DOI: 10.1177/000306517001800403.
- Kernberg, O.F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55: 503-539. DOI: 10.1177/00030651070550020701.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Krizan, Z. & Johar, O. (2015). Narcissistic rage revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(5): 784-801. DOI: 10.1037/pspp0000013.
- Leder, J., Foster, J.D. & Schütz, A. (2020). Willing to do what others won't: Narcissism, risktaking, and social approval. *Personality and Individual Differences*, 153: article 109672. DOI: 10.1016/j.paid.2019.109672.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replica. *Biol Psychiatry*, 62(6): 553-564. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
- Livesley, W.J. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26: 17-42. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.1.17.
- Miller, J.D., Dir, A., Gentile, B. *et al* (2010). Searching for a vulnerable dark triad: comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality*, 78: 1529-1564. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x.
- Miller, J.D., Price, J., Gentile, B., Lynam, D.R. & Campbell, W.K. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of the interpersonal circumplex. *Personality and Individual Differences*, 53: 507-512. DOI: 10.1016/j.paid.2012.04.026.
- Modell, A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. International Universities Press.
- Moeller, S.J., Crocker, J. & Bushman, B.J. (2009). Creating hostility and conflict: Effects of entitlement and self-image goals. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45: 448-452. DOI: 10.1016/j.jesp.2008.11.005.
- Pincus, A.L. & Lukowitsky, M.R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 68: 943-953. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215.
- Pincus, A.L., Cain, N.M. & Wright, A.G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 5: 439-443. DOI: 10.1037/per0000031.
- Reed-Knight, B. & Fischer, S. (2011). Treatment of narcissistic personality disorder symptoms in a dialectical behaviour therapy framework: a discussion and case example. In: Campbell, W.K. & Miller, J.D. (a cura di), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. John Wiley & Sons. DOI: 10.1002/9781118093108.ch42.
- Ritter, K., Vater, A., Rüsche, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.H. & Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215: 429-437. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.11.019.
- Ronningstam, E. (1996). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 3: 326-340. DOI: 10.3109/10673229609017201.
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. New York: Oxford University Press.

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-5. *Psychiatric Annals*, 39: 111-121. DOI: 10.3928/00485713-20090301-09.
- Ronningstam, E. (2017). Intersect between self-esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder. Implications for alliance building and treatment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(3): 1-13. DOI: 10.1186/s40479-017-0054-8.
- Ronningstam, E. (2020). Internal processing in patients with pathological narcissism or narcissistic personality disorder: Implications for alliance building and therapeutic strategies. *Journal of Personality Disorders*, 34, Supplement: 80-103. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.80.
- Ronningstam, E. & Baskin-Sommers, A. (2013). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder. A link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15: 191-201. DOI: 10.31887/DCNS.2013.15.2/eronningstam.
- Ronningstam, E. & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 11: 167-177. DOI: 10.1176/appi.focus.11.2.167.
- Ronningstam, E. & Weinberg, I. (2023). Narcissistic Personality Disorder: Patterns, processes, and Indicators of Change in Long-term Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*. In press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Scopelliti, I., Loewenstein, G. & Vosgerau, J. (2015). You call it “self-exuberance”, I call it “bragging”: Miscalibrated predictions of emotional responses to self-promotion. *Psychological Science*, 26: 903-914. DOI: 10.1177/0956797615573516.
- Silverman, B.C., Asby, A., Brendel, D.H., Choras, P., Chu, J.A., Holman, J. & Bodkin, J.A. (2012). Psychiatric treatment of the VIP: Some paradoxical risks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200: 545-548. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318257c805.
- Stinson, F.S., Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Chou, S.P., Huang, B., Smith, S.M., Ruan, W.J., Pulay, A.J., Saha, T.D., Pickering, R.P. & Grant, B.F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7): 1033-1045. DOI: 10.4088/jcp.v69n0701.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In: Widiger, T.A. (a cura di), *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Thomaes, S., Brummelman, E. & Sedikides, C. (2018). Narcissism: A social-developmental perspective. In: Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T.K. (a cura di), *The SAGE handbook of personality and individual differences: Applications of personality and individual differences*. SAGE Publications. DOI: 10.4135/9781526451248.n16.
- Urbonaviciute, G. & Hepper, E.G. (2020). When is narcissism associated with low empathy? A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 89: 104036. DOI: 10.1016/j.jrp.2020.104036.
- Vinnars, B., Barber, J.P., Norén, K., Gallop, R. & Weinryb, R.M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus non manualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1933-1940. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1933.
- Weinberg, I. & Ronningstam, E. (2020). Dos and Don'ts in Treatments of Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34: Supplement, 122-142. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.122.

Il Disturbo Narcisistico di Personalità

- Westen, D. (1990). The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self-esteem: Experimental, clinical, and theoretical considerations. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 13, 183-239.
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 24: 305-315. DOI: 10.1192/bja.2018.20.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press. DOI: 10.1007/s11630-003-0064-2.
- Zimmerman, M., Chelminski, I. & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31: 405-420. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.015.

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., Abrahamson, 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., Giouzepas, 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

Ilario Mammone, Giancarlo Dimaggio

- 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. 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: 10.1017/9781108333931.053.
- 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/pe.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/pe.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.

***Disturbo Ossessivo-Compulsivo
di Personalità (DOCP).
Rassegna della letteratura sull'efficacia
dei trattamenti psicologici e indicazioni
di buona pratica clinica***



Barbara Magnani*, Giancarlo Dimaggio**

Ricevuto il 10 marzo 2023

Accettato il 5 giugno 2023

Sommario

La presente rassegna delinea le indicazioni di buona pratica clinica per il trattamento psicologico del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP) sulla base dei dati presenti in letteratura riguardo al disturbo e agli studi di efficacia prodotti finora.

Definiremo il disturbo e i criteri per la formulazione della sua diagnosi secondo il modello in uso attualmente e il modello in fase di sviluppo e revisione. Di seguito, saranno riportati i dati epidemiologici dai quali emerge che il DOCP è tra i disturbi di personalità più frequenti. Proseguendo, riporteremo i dati sulla comorbidità con altri disturbi, dai quali si rileva un quadro di estrema interazione tra il DOCP e gli altri disturbi di personalità e numerosi disturbi sintomatologici. Tale complessità si riflette in una difficoltà nel formulare una buona diagnosi differenziale e in una sottostima della presenza del disturbo. Inoltre, riporteremo i dati sull'impatto del DOCP sul funzionamento sociale del paziente che suggeriscono che la sua presenza influenza negativamente il decorso delle sintomatologie soprattutto quando associato a disturbi dell'umore, sottolineando l'importanza della sua identificazione e diagnosi. Infine, saranno riportati gli studi che indagano l'efficacia della psicoterapia nel DOCP dai quali emerge che la psicoterapia cognitiva, nelle sue varie forme, sarebbe la più efficace per il DOCP.

Al momento non esistono indicazioni di buona pratica clinica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e, per nostra conoscenza, in letteratura. Pertanto, la rassegna

* Centro Informa-Mente, via Brigata Reggio 32 – 42124, Reggio Emilia; e-mail: barbara.magnani@informa-mente.it.

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

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

terminerà con la formulazione di tali indicazioni considerando la direzione suggerita dai dati riportati in ogni sezione.

Parole chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità; buona pratica clinica; psicoterapia cognitiva.

Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD). Literature review on the efficacy of psychological treatments and suggestions for good clinical practice

Abstract

Drawing from the existing literature and efficacy studies, this review advances suggestions for good clinical practice in the psychological treatment of Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD).

The disorder and the formulation of its diagnosis are defined according to the current model and to the model under development. Epidemiological data show that OCPD is one of the most common personality disorders. Furthermore, data on the co-occurrence of OCPD with other disorders highlight a strong interaction between OCPD and the other personality disorders and several symptomatic conditions. Such complexity makes differential diagnosis difficult and leads to an underestimation of the OCPD. In addition, data showing the negative impact of OCPD on social functioning, especially when associated with mood disorders, point out the importance of timely recognising and diagnosing OCPD. Finally, we report on studies investigating the efficacy of psychotherapy for OCPD, showing that cognitive-based psychotherapies are the most effective for OCPD.

At present, there is a lack of recommendations for good clinical practice from the World Health Organisation and, to our knowledge, from the literature. Therefore, the review will conclude with the formulation of these suggestions in accordance with the directions of the data presented in each section.

Keywords: Obsessive-Compulsive Personality Disorder; good clinical practice; cognitive psychotherapy.

Definizione

Il Disturbo di Personalità viene definito, dal 1990, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come un severo disturbo nella costituzione caratteriologica e nelle tendenze comportamentali, che normalmente coinvolgono diverse aree della personalità e conducono a una considerevole distruzione personale e sociale (WHO, 1992). Attualmente, viene definito dall'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (APA, 2014), come un «pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della

cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione» (APA, 2014, p. 747).

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP), viene definito oggi come un «pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese della flessibilità, apertura ed efficienza, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro o più dei [seguenti] criteri» (APA, 2014, p. 786).

Diagnosi

Nell'attuale DSM-5, sezione II (APA, 2014, p. 786), per porre la diagnosi di DOCP, occorre che il paziente soddisfi 4 dei seguenti 8 criteri:

1. è preoccupato per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività;
2. mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (es. è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi *standard* oltremodo rigidi);
3. è eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non giustificati da evidenti necessità economiche);
4. è eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori (in modo non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa);
5. è incapace di gettare via oggetti consumati di nessun valore, anche quando non hanno alcun valore affettivo;
6. è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano al suo modo di fare le cose;
7. adotta una modalità di spesa improntata sull'avarizia sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in caso di future catastrofi;
8. manifesta rigidità e testardaggine.

Nell'attuale ICD-11, la definizione dei criteri diagnostici per questo disturbo è al momento sotto revisione. Allo stato corrente, non è ancora possibile definire se questo disturbo sarà contemplato nell'ICD-11. Nella revisione proposta, tutte le diagnosi di personalità verranno rimosse e sostituite

da singole diagnosi di “disturbo di personalità”. In ogni caso, saranno individuati particolari “specificatori” del disturbo denominati “tratti di personalità prominenti”. Ci sarà, inoltre, la possibilità di classificare i gradi di severità del disturbo partendo da gradi moderati a gradi severi basandosi sulla disfunzione nelle relazioni interpersonali e nella vita quotidiana dei pazienti¹.

Data la presenza di una diagnosi tramite il DSM-5 e una diagnosi in costruzione dell'ICD-11 per il DOCP, questa rassegna si baserà principalmente sulla diagnosi posta dal DSM-5 (APA, 2014).

Il presente sistema diagnostico è di tipo categoriale. Si intende che si attribuisce la diagnosi a seconda della soddisfazione, o meno, dei criteri necessari. Tale sistema diagnostico è stato ampiamente messo in discussione nel corso dell'ultimo ventennio. I criteri del DSM dai precedenti fino al 5 (DSM-IV: APA, 1994) sono stati considerati troppo poco specifici per identificare la percentuale di persone con DOCP rispetto alla popolazione generale (Diedrich & Voderholzer, 2015; Hertler, 2013; Ansell *et al.*, 2008; Hummelen *et al.*, 2008; Grilo *et al.*, 2004). Coerentemente, i criteri del DSM-IV (APA, 1994) sono stati considerati suscettibili di produrre variabilità inter-gruppo diagnostico (Fineberg *et al.*, 2014). Tali criteri, mantenuti fin dal DSM-III (APA, 1987), sono stati descritti come troppo ampi da produrre eterogeneità nel gruppo diagnostico, alta comorbidità con altri disturbi, confini diagnostici arbitrari e inconsistenti, e scarsa copertura della diagnosi (Clark, 2007; Skodol, 2012; Ligget & Sellbom, 2018). Alcuni studi hanno tentato di verificare se i criteri del DSM-IV erano efficaci nel predire la diagnosi di DOCP. In accordo con il DSM-IV (1994), come nel DSM-5 (2014), la caratteristica essenziale del DOCP è la preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese della flessibilità, apertura ed efficienza. Considerando questo criterio come centrale, si assiste a una sovrapposizione del 77% con pazienti con altri disturbi di personalità e un'associazione peculiare con il Disturbo Narcisistico e Schizoide di Personalità. Inoltre, il DOCP, con i criteri del DSM-IV, è quello che correla di più con tutti gli altri disturbi di personalità e maggiormente con il Disturbo Paranoide di Personalità (Hummelen *et al.*, 2008). In uno studio longitudinale condotto nell'arco di due anni, Skodol e collaboratori (2005) hanno dimostrato che i criteri maggiormente efficaci nel predire la diagnosi di DOCP erano la preoccupazione per i dettagli (DSM-5 – 1), la manifesta rigidità e testardaggine (DSM-5 – 8) e la riluttanza a delegare (DSM-5 – 6). Data la controversia sull'uso dei criteri diagnostici nel passaggio dal DSM-IV al DSM-5, in

¹ www.ocduk.org/related-disorders/obsessive-compulsive-personality-disorder/clinical-classification-of-obsessive-compulsive-personality-disorder.

uno studio più recente Samuel e Widiger (2011) hanno sostenuto la necessità di osservare i disturbi di personalità da una prospettiva dimensionale, più che categoriale, riconoscendo inoltre che il DOCP era il disturbo che meno era stato osservato da questa prospettiva fino ad ora. Gli autori hanno somministrato misure per il tratto di coscienziosità (DSM-5 – 4), per i tratti del DOCP secondo il DSM-IV e per specifiche componenti del DOCP (come ad esempio il perfezionismo – DSM-5 – 2). Lo studio ha rivelato che le misure di coscienziosità erano molto consistenti nello spiegare la diagnosi di DOCP, in particolare le scale che misuravano la variante maladattiva del DOCP. In sostanza, lo studio ha voluto dimostrare che il DOCP rappresenterebbe una variante dimensionale (di grado) maladattiva del tratto di coscienziosità (Samuel & Widiger, 2011).

Date le evidenze sulla necessità di una caratterizzazione dimensionale del disturbo di personalità (Riddle *et al.*, 2016), il DSM-5 (APA, 2014, p. 884) propone una sezione (III) in cui i disturbi di personalità sono osservati secondo un modello alternativo che prevede un criterio dimensionale (criterio A) di funzionamento della personalità. Secondo il criterio A del modello alternativo, la diagnosi è posta se il paziente presenta un funzionamento moderato o grave in almeno due aree della personalità comprese tra le aree di funzionamento del sé (identità/esperienza unitaria di sé; autodirezionalità/perseguimento obiettivi esistenziali) o di funzionamento interpersonale (empatia/comprendimento e valorizzazione delle altrui esperienze; intimità/profondità e durata del rapporto con gli altri). Una volta soddisfatto questo criterio si considera il criterio B, ovvero quello dei tratti personologici. I tratti considerati per il DOCP sono perfezionismo rigido, perseverazione, evitamento dell'intimità e affettività ridotta. Per porre la diagnosi è necessario che il paziente presenti almeno 3 dei 4 tratti, tra cui obbligatoriamente il perfezionismo. Nelle *Figura 1A* e *1B* è mostrata una rappresentazione grafica del modello alternativo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e della sua evoluzione dal modello categoriale utilizzato dal DSM-III al DSM-5.

La revisione attuale dei criteri diagnostici per il DOCP nell'ICD-11 è in linea con la proposta alternativa del DSM-5 (Bach *et al.*, 2017). Anche per la diagnosi di DOCP posta dall'ICD-10 la critica più frequente è stata quella di considerare il disturbo come categoriale, che si estende su un'unica dimensione (Fineberg *et al.*, 2014). Anche per l'ICD, la proposta è quella di considerare il disturbo secondo una struttura multifattoriale (Grilo *et al.*, 2004). Infatti, nella proposta citata per l'ICD-11, emerge l'intento di considerare sia la struttura dei tratti di personalità, sia un criterio dimensionale di gravità del funzionamento della persona.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

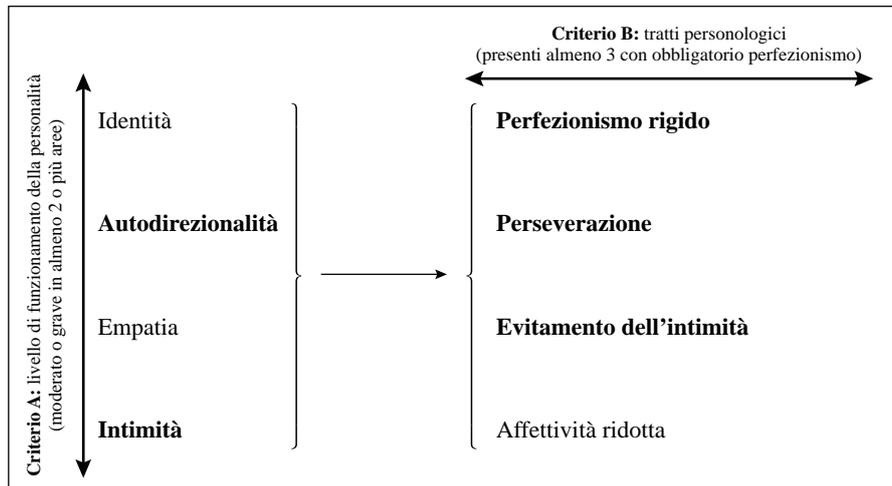
Per ora, il DSM-5 invita all'uso di entrambi i modelli diagnostici per i disturbi di personalità, il primo (sez. II) per la pratica clinica e il secondo (sez. III) per scopi di ricerca. Alcune evidenze dimostrano che le sfaccettature considerate nel modello alternativo spiegano una più grande porzione di varianza del DOCP concettualizzato secondo il modello ad 8 criteri utilizzato dal DSM-III al DSM-5 sezione II (Liggett *et al.*, 2018). Altri autori invece ritengono che la formulazione di due *set* diagnostici per la clinica e la ricerca aumenterà l'eterogeneità dei risultati e complicherà l'integrazione tra i due modelli (Diedrich & Voderholzer, 2015). Ad esempio, in uno studio recente Liggett e collaboratori (2017) hanno trovato che dei quattro tratti considerati dal modello alternativo del DSM-5 per il DOCP, solo il perfezionismo rigido predice adeguatamente la diagnosi. Altri tratti come la (bassa) impulsività sono emersi predittivi del quadro e, secondo gli autori, andrebbero aggiunti al modello diagnostico alternativo (Liggett & Sellbom, 2018).

La Figura 1 mostra una rappresentazione grafica della diagnosi di un potenziale paziente che risponde ad almeno 4 su 8 criteri per la diagnosi categoriale del DSM-5 sezione II (1A) e/o presenta un funzionamento di personalità moderato o grave in almeno 2 aree (autodirezionalità e intimità) e presenta almeno tre tratti di personalità compreso il perfezionismo rigido (più perseverazione ed evitamento dell'intimità) secondo il DSM-5 sezione III (1B).

Figura 1A. Rappresentazione grafica della diagnosi categoriale secondo il DSM-5 sezione II in un potenziale paziente

Criterio DSM-5 sez. II	Criterio soddisfatto	Diagnosi
1. Preoccupazione per dettagli	Sì	
2. Perfezionismo maladattivo	Sì	
3. Eccessiva dedizione al lavoro	No	
4. Coscienziosità	Sì	
5. Accaparramento	No	
6. Riluttanza a delegare	Sì	
7. Avarizia	No	
8. Rigidità e testardaggine	Sì	
Diagnosi		Sì

Figura 1B. Rappresentazione grafica della diagnosi secondo il modello alternativo del DSM-5, sezione III, in un potenziale paziente



Epidemiologia

Il DSM-5 sezione II (APA, 2014, p. 789) stima la prevalenza del DOCP tra il 2,1 e il 7,9%, considerandolo uno dei disturbi di personalità più diffusi. Attualmente non è presente un sondaggio epidemiologico nazionale. Il dibattito in atto riguardo ai criteri diagnostici rende complessi gli studi epidemiologici data l'eterogeneità delle diagnosi e degli strumenti diagnostici utilizzati.

Se si considera la prevalenza nella popolazione generale, i dati raccolti con il modello diagnostico classico (DSM-III – DSM-5 sez. II) sui disturbi di personalità in generale, e del DOCP in particolare, sono contrastanti. Spesso questi studi condotti su scala nazionale considerano la prevalenza dei disturbi di personalità (DP) e la prevalenza di ogni cluster (A, B o C) nella popolazione non clinica (Lenzenweger, 2008). Torgesten e colleghi (2001), in uno studio su un campione Norvegese, hanno trovato una prevalenza generale di DP del 13,4%, con una prevalenza del cluster C (9,3%) più alta rispetto al cluster A (4,1%) e B (3,1%). In un campione Britannico (Coid *et al.*, 2006), gli autori hanno trovato una prevalenza generale di DP del 10,1% con una paragonabile prevalenza tra i tre cluster. Riguardo a campioni Statunitensi, Samuel e colleghi (2002), hanno stimato una prevalenza generale di DP del 9,0% con un maggiore prevalenza del cluster B rispetto ad A e C. Crawford

e colleghi (2005) invece, hanno stimato una prevalenza di DP del 15,7%, una comparabile prevalenza del cluster A e B (6,8 e 6,1% rispettivamente) e un'alta prevalenza del cluster C (10,6%). Un recente studio epidemiologico Statunitense (Grant *et al.*, 2012), si è concentrato in modo specifico sul DOCP nella popolazione generale e ha trovato una prevalenza del disturbo nell'arco di vita del 7,8%. Dati Italiani per questa sezione non sono presenti.

Se si considera la prevalenza nella popolazione clinica i dati cambiano. In un campione psichiatrico Statunitense Zimmerman e colleghi (2005) hanno trovato che il DOCP avrebbe una prevalenza dell'8,7% quando è presente da solo, che salirebbe al 49,3% quando è presente insieme a un altro DP e il cluster C sarebbe il più rappresentato tra i DP (21,8%) rispetto al B (13,0%) e all'A (5,6%). Ansell e colleghi (2010) hanno condotto uno studio epidemiologico su una popolazione clinica di etnia Ispanica e hanno trovato una prevalenza del DOCP del 26%. In questa sezione è presente un interessante studio su un campione clinico Italiano (Rossi *et al.*, 2000). Gli autori hanno trovato una prevalenza del 28,3% per il DOCP, secondo soltanto al Disturbo Borderline di Personalità.

Riguardo alla prevalenza del DOCP a seconda del genere, alcuni studi evidenziano un dato di simile distribuzione del DOCP tra uomini e donne (Grant *et al.*, 2012), mentre altri studi evidenziano una maggiore distribuzione del disturbo tra gli uomini rispetto alle donne (Light *et al.*, 2006; Shea *et al.*, 2002). Nel lavoro Italiano non è presente questo dato (Rossi *et al.*, 2000).

Per riassumere i dati eterogenei elencati fin qui possiamo dire che nella popolazione generale la prevalenza del DOCP si aggira attorno al 10% ed è spesso tra i disturbi più rappresentati nei DP. Nella popolazione clinica la prevalenza del DOCP oscilla tra l'8,7% e il 28,3% quando si presenta da solo e la percentuale sale quando si presenta in concomitanza di altri DP.

Lo studio più recente che ha tentato di mettere ordine ai dati di prevalenza dei DP nelle culture occidentali è una revisione sistematica e meta-analitica della letteratura (Volkert *et al.*, 2018). Gli autori hanno considerato gli studi pubblicati per popolazioni a cultura occidentale dal 1° gennaio 1994 (data di pubblicazione del DSM-IV) al 31 luglio 2017. Data la selezione di questo lasso temporale, la presenza di studi che considerano il modello categoriale del DSM è maggiore rispetto a quelli che considerano il modello diagnostico alternativo. Gli studi analizzati riguardavano campioni dei seguenti paesi: USA, Svezia, Germania, Australia, Regno Unito, Turchia, Olanda. I risultati hanno mostrato una prevalenza generale di DP del 12,6%, con la più alta prevalenza del cluster A (7,23%) rispetto agli altri due, e la più alta prevalenza del DOCP (4,32%) se si considerano i disturbi singolarmente. La presente meta-analisi ha anche messo in evidenza che il tipo di sistema diagnostico

utilizzato può cambiare le percentuali di prevalenza. In particolare si è visto che quando gli studi utilizzavano strumenti *self-rated* (compilate dai partecipanti) per la diagnosi secondo il DSM-IV o per l'ICD-10, la percentuale di prevalenza era più alta che in studi in cui le misurazioni per la diagnosi erano *expert-rated* (compilate da esperti). In quest'ultimo caso, la prevalenza di PD è scesa al 7,74% e quella del DOCP al 2,36%.

Per concludere, il DOCP è un disturbo frequente sia quando cercato tra la popolazione generale sia clinica, ed è uno dei DP più frequenti, in accordo con quanto esprime il DSM-5 nella sezione II. La varianza di prevalenza oscilla a seconda del metodo usato per la diagnosi. Sono carenti i dati Italiani che esistono solo sulla popolazione clinica e considerano il sistema diagnostico in uso nel 2000. Sono da incoraggiare studi epidemiologici su campione Italiano con strumenti diagnostici *expert-rated* validati e attuali.

Co-occorrenza

Con altri disturbi di personalità

Le evidenze che mostrano un'associazione tra il DOCP e altri disturbi di personalità sono diverse sia nei campioni clinici sia generali (deReus & Emmelkamp, 2012; Diedrich & Voderholzer, 2015), come emerso anche dai dati epidemiologici. In particolare, è stata trovata co-occorrenza tra il DOCP e i DP del cluster A, nello specifico con il Disturbo Schizotipico e Paranoide (Hummelen *et al.*, 2008; Rossi *et al.*, 2000; Stuart *et al.*, 1998). I risultati di questi studi sembrano consistenti (deReus e Emmelkamp, 2012) in quanto in ognuno di loro è stata usata una intervista semi-strutturata per la diagnosi del DSM-IV, ovvero uno strumento *expert-rated*. Le associazioni così strette tra il DOCP e il cluster A hanno portato i teorici a chiedersi se il disturbo in questione appartiene davvero al cluster C (Diedrich & Voderholzer, 2015). In un lavoro che ha studiato la stabilità del modello diagnostico dei DP del DSM nel corso di 10 anni (Sanislow *et al.*, 2009) è emerso che il costrutto del DOCP, che risiede nel cluster C (ansioso-spaventato), è molto frequentemente associato al costrutto "eccentrico" del cluster A (Rossi *et al.*, 2000) e si sovrappone poco al costrutto del Disturbo Evitante del cluster C. Gli autori discutono che può esistere un aspetto nucleare del costrutto del DOCP più maladattivo, che è in relazione con gli aspetti più severi del cluster A più che con gli aspetti di ansia relativi al cluster C (Sanislow *et al.*, 2009).

In un interessante studio Hopwood e collaboratori (2006), hanno tentato di comprendere il modello gerarchico di relazione inter-disturbo di perso-

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

nalità, i quali mostrano un'alta percentuale di comorbidità tra di loro. Vengono selezionati nello studio i disturbi che emergono come differenziati tra loro negli studi correlazionali ovvero: il Disturbo Schizotipico, Borderline, Evitante e Ossessivo-Compulsivo di Personalità. Per la diagnosi è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata condotta da intervistatori esperti formulata sui criteri del DSM-IV. È stata inoltre usata una scala *self-rated* che misurava il funzionamento sociale. I risultati di questo studio hanno prodotto argomentazioni utili per la discussione sui modelli gerarchici dei DP (Kernberg, 1977; Millon, 1985; Gunderson, 1984; 2001) che meriterebbero spazio per essere discusse in modo approfondito. Nello specifico, il DOCP è emerso come l'unico disturbo a risultare sommerso nelle variabili funzionali. Si intende che il DOCP, quando è in comorbidità con altri DP, sembra la componente meno determinante del quadro clinico. Tuttavia, in una piccola porzione di pazienti, la diagnosi di DOCP è in grado di produrre varianza nel modello per specifici tratti di personalità come la coscienziosità (Hopwood *et al.*, 2006). In altre parole il DOCP è risultato poco discriminante sul funzionamento del paziente rispetto ad altri DP in comorbidità ma suscettibile di produrre differenziazione diagnostica con gli altri quadri di personalità.

Per riassumere, la letteratura sull'associazione tra il DOCP e gli altri DP converge nel dire che il DOCP si associa frequentemente con i disturbi del cluster A. Emerge la controversia del modello diagnostico utilizzato nell'essere sensibile alla diagnosi differenziale tra i DP, che sarà fonte di dibattito fino a quando saranno disponibili dati che si basano sul nuovo modello alternativo.

Con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

La questione dell'associazione tra DOCP e DOC è largamente dibattuta in letteratura. Storicamente, esiste una posizione nella tradizione psicoanalitica che considera DOC e DOCP come diverse espressioni dello stesso quadro psicopatologico (deReus & Emmelkamp, 2012). Secondo Freud, una fissazione alla fase di sviluppo psicosessuale anale produceva una personalità ossessivo-compulsiva e predisponeva all'insorgenza del DOC (Freud, 1908). Secondo un'altra posizione DOCP e DOC sono distinte categorie diagnostiche perché si intendono sottese da condizioni mentali differenti che non sono in relazione tra loro (Albert *et al.*, 2004; McGlashan *et al.*, 2000). Il fattore principale che dovrebbe distinguere il DOCP dal DOC è l'egosintonia (Starcevic & Brakoulias, 2014). Mentre il DOC appare principalmente

egodistonico, il DOCP risulterebbe principalmente egosintonico (Starcevic *et al.*, 2013; Diedrich & Voderholzer, 2015). Distinguere questi due disturbi tramite questa caratteristica sembra essere importante per le sue implicazioni nel trattamento. Infatti i disturbi egosintonici sono descritti come più resistenti ai trattamenti rispetto ai disturbi egodistonici perché ridurrebbero la motivazione al cambiamento (Starcevic *et al.*, 2013). In supporto a questa ipotesi, Cullen e collaboratori (2008) hanno mostrato che i pazienti con diagnosi di DOC con tratti tipici del DOCP (come perfezionismo e riluttanza a delegare), avevano meno probabilità di ricevere qualche trattamento perché lo ricercavano meno dei pazienti con DOC senza questi tratti. Comunque, una argomentazione a sfavore dell'efficacia del fattore di egosintonia nel distinguere i due disturbi è che non si può dire con certezza che tutte le manifestazioni del DOC siano egodistoniche (ed esempio la preoccupazione per la contaminazione) e che tutte le manifestazioni del DOCP siano egosintoniche (ad esempio il perfezionismo rigido) (Starcevic & Brakoulias, 2014; Diedrich & Voderholzer, 2015).

Un'altra caratteristica che dovrebbe distinguere il DOCP dal DOC, secondo il DSM-5, è l'assenza di compulsioni nel DOCP rispetto al DOC (APA, 2014; Pinto *et al.*, 2011). A questo proposito esistono tre studi che confrontano pazienti con diagnosi di DOC in comorbidità o no con il DOCP. Lochner e colleghi (2011) trovano che i casi in cui DOC e DOCP erano associati, erano i casi in cui compariva il maggior numero di compulsioni, diversamente dal trovare assenza di compulsioni nel DOCP. In modo simile, altri due studi non trovano un aumento di compulsioni nel DOC ma più frequenti ossessioni nel DOCP in particolare per la simmetria e l'accaparramento (Coles *et al.*, 2008) o ossessioni di dubbio (Garyfallos *et al.*, 2010). In definitiva, il criterio della presenza/assenza di compulsioni non solo non sembra dirimente per distinguere i due quadri ma i risultati degli studi descritti sembrano supportare l'ipotesi psicodinamica di un unico continuum psicopatologico. Infatti sono stati interpretati sostenendo che il DOCP rappresenta una variante più severa del DOC (Lochner *et al.*, 2011), o un suo sottotipo (Garyfallos *et al.*, 2010).

La questione se DOC e DOCP siano due disturbi distinti o l'espressione di un unico disturbo è lontano dall'essere risolta. I dati della frequenza di associazione tra le due diagnosi lo dimostrano (Starcevic & Brakoulias, 2014). Secondo il modello diagnostico classico, l'ammontare di individui che ricevono una diagnosi di DOCP tra gli individui con diagnosi di DOC va dal 22,9% al 47,3% (Albert *et al.*, 2004; Coles *et al.*, 2008; Pinto *et al.*, 2011; Gordon *et al.*, 2013; Starcevic *et al.*, 2013). In una metanalisi sulla comorbidità tra i DP e i disturbi d'ansia (Friborg *et al.*, 2013) è emerso che il DOC ha molta più probabilità di comparire insieme al DOCP che con gli altri DP.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

Questi risultati non solo non rispondono alla questione della distinzione tra i due disturbi ma gettano nuovamente luce sui dubbi riguardo alla specificità della diagnosi del DOCP secondo il modello classico.

A questo riguardo, sono importanti gli studi che indagano quali caratteristiche dei due quadri favoriscono la loro sovrapposizione o la loro distinzione. Ad esempio, nel DSM-IV, i comportamenti di accaparramento sembrano aumentare la sovrapposizione tra i due disturbi (Starcevic *et al.*, 2013; Wetterneck *et al.*, 2011; Pinto *et al.*, 2014). Coerentemente, il DSM-5 ha escluso i comportamenti di accaparramento come criterio diagnostico del DOCP e l'ha inserito in una apposita sezione tra i disturbi ossessivo-compulsivo correlati (APA, 2014). Anche altri fattori chiave del DOCP sono stati segnalati come potenziali fattori che aumentano la comorbidità tra i due disturbi come il perfezionismo o la sensazione di incompletezza (Lee *et al.*, 2009; Wetterneck *et al.*, 2011). Al contrario, alcuni fattori sembrano non sovrapporre i due quadri come ad esempio le ossessioni di contaminazione e i correlati sintomi di pulizia che sono tipici del DOC e le ossessioni di rigidità e ed eccessivo autocontrollo che sono tipiche del DOCP (Pinto *et al.*, 2014; Baer *et al.*, 1994).

Per concludere, la frequenza di comorbidità tra DOCP e DOC è molto alta. Diverse questioni rimangono da risolvere prima di comprendere se questa associazione è dovuta a un continuum psicopatologico tra i due disturbi, a limitazioni dei sistemi diagnostici nel distinguerli o a comprovate relazioni di associazione.

Con altri disturbi

Disturbi d'ansia

Il DOCP si associa ai disturbi d'ansia con una percentuale del 23-24% nella popolazione non clinica (Diedrich & Voderholzer, 2015; Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004). Nella popolazione clinica, ovvero in pazienti che presentano una diagnosi di Disturbo d'Ansia a vita, il DOCP è stato associato alle Fobie Specifiche (22%), al Disturbo di Panico (23-28%), alla Fobia Sociale (33%) e maggiormente, al Disturbo d'Ansia Generalizzato (34%) (Diedrich & Voderholzer, 2015; Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004; Albert *et al.*, 2004; McGlashan *et al.*, 2000). Tuttavia McGlashan e collaboratori (2000) evidenziano che il DOCP non è il DP maggiormente associato con i disturbi d'ansia, rispetto ad altri disturbi di personalità come quello schizotipico, evitante o borderline.

Disturbi dell'umore

Il DOCP è frequentemente associato ai disturbi dell'umore. Tra i pazienti che presentano una diagnosi a vita di Disturbo Unipolare il 23-28% presenta anche il DOCP (Diedrich & Voderholzer, 2015; Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004). Corruble e colleghi (1996) riportano che il DOCP è il più associato del cluster C ai disturbi unipolari (20%). Più recentemente è stato dimostrato che il DOCP è tra i tre DP maggiormente associati ai disturbi dell'umore unipolari insieme al Disturbo Borderline e Dipendente di Personalità (Schiavone *et al.*, 2004). In contrasto con Schiavone e colleghi (2004), ma similmente ai risultati per i disturbi d'ansia, McGlashan e colleghi (2000) trovano che il DOCP concorre con i disturbi dell'umore meno di altri DP. Riguardo ai pazienti che presentano una diagnosi di Disturbo Bipolare la percentuale di associazione con il DOCP va dal 26 al 39% (Grant *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2004).

Disturbi del comportamento alimentare

Una relazione piuttosto frequente è quella tra DOCP e la sfera dei disturbi dell'alimentazione, per la quale esistono numerose evidenze empiriche (Lilenfeld *et al.*, 2006). Il range di associazione con l'Anoressia Nervosa andrebbe dal 5% all'80% con una media stimata attorno al 35% (deReus & Emmelkamp, 2012; Gartner *et al.*, 1989; Nilsson *et al.*, 1999; Serpell *et al.*, 2002; Karwautz *et al.*, 2003; Halmi *et al.*, 2005). L'associazione tra DOCP e Anoressia Nervosa risulta talmente frequente e in alcuni casi i tratti di personalità sono talmente evidenti da suggerire una doppia diagnosi (Serpell *et al.*, 2002). Inoltre, uno studio familiare, suggerisce come i tratti di personalità ossessivo-compulsivi potrebbero essere fattore di sviluppo sia per il DOCP che per l'Anoressia Nervosa (Wonderlich & Mitchell, 1997). Riguardo alla Bulimia Nervosa i dati di prevalenza del DOCP sono simili a quelli per l'Anoressia Nervosa, ovvero dal 3% al 60% (Herzog *et al.*, 1992; Piran *et al.*, 1988; Wonderlich *et al.*, 1990; Braun *et al.*, 1994; Gartner *et al.*, 1989; Halmi *et al.*, 2005). Anche per questo quadro è stato trovato che aspetti della personalità ossessivo-compulsiva, in particolare il perfezionismo, predisporrebbero una certa vulnerabilità al suo sviluppo (Halmi *et al.*, 2005), tanto da rappresentare un indice di rischio considerato negli studi genetici per l'espressione del fenotipo caratteristico dei disturbi alimentari (Westen & Harnden-Fischer, 2001). Coerentemente, anche l'associazione tra DOCP e Disturbo da Alimentazione Incontrollata è molto frequente con ampi range

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

simili agli altri due disturbi. Un dato specifico per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata indica una prevalenza del DOCP del 25% (Grilo & McGlashan, 2000). In un interessante studio più recente (Becker *et al.*, 2010) è stato dimostrato che in pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata l'associazione più frequente con i disturbi di personalità si trova con quello evitante e ossessivo-compulsivo, sottolineando una già comprovata relazione con le personalità del cluster C (Yanovski *et al.*, 1993).

Se si considera la letteratura sui disturbi alimentari come unica categoria diagnostica, emerge come la concomitanza col DOCP rappresenti non solo un fattore di esordio o di mantenimento ma anche un fattore interferente con la riuscita del trattamento (Crane *et al.*, 2007). In una recente revisione meta-analitica della letteratura (Dufresne *et al.*, 2020) su partecipanti adolescenti è emerso che tra i tratti di personalità che più sembrano in relazione con esordio e mantenimento dei quadri alimentari vi è la coscienziosità e l'affettività negativa, tipici del DOCP. Infine, Anderlueh e colleghi (2009) hanno somministrato interviste diagnostiche retrospettive riguardo al corso nell'arco di vita dei sintomi di disturbi alimentari e tratti di personalità ossessivo-compulsiva a un campione di donne con diagnosi attuale di disturbo alimentare. I risultati hanno mostrato che i tratti di perfezionismo e rigidità, tipici della personalità ossessivo-compulsiva, erano quelli maggiormente associati a un mantenimento a lungo termine dell'alterato peso corporeo.

Altri disturbi

Tra gli altri quadri che si trovano spesso in comorbidità con il DOCP troviamo la malattia di Parkinson con una percentuale del 40% (Nicoletti *et al.*, 2013). Prima di questo recente lavoro, erano stati descritti i tratti caratteristici della "personalità parkinsoniana", tra cui preoccupazione per l'ordine, rigidità, introversione e mancanza di ricerca di novità. Questa somiglianza tra la personalità parkinsoniana e la personalità ossessivo-compulsiva suggerisce una possibile base neurobiologica comune tra DOCP e malattia di Parkinson (Menza, 2000; Ishihara & Brayne, 2006). A questo proposito è interessante il recente studio che descrive un'associazione frequente (30%) tra il DOCP e il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Medeiros & Grant, 2018). Gli studi sulla relazione tra DOCP, malattia di Parkinson e Disturbo da Gioco d'Azzardo, stanno sempre più convergendo verso la descrizione di circuiti neurali comuni tra i disturbi come il circuito dopaminergico (Weintraub & Claassen, 2017). In modo interessante e incoraggiante, tuttavia, i recenti dati sull'asso-

ciazione tra DOCP e Disturbo da Gioco d'Azzardo, dicono che i pazienti che mostrano entrambi i disturbi hanno un funzionamento meno grave rispetto ai pazienti che hanno solo il Disturbo da Gioco d'Azzardo. Nello specifico, i pazienti con i due disturbi in comorbidità, mostravano sintomi di gioco d'azzardo più lievi, una più lenta progressione dal gioco d'azzardo con scopo ricreativo a gioco patologico, un più consapevole utilizzo delle procedure di scommessa e riconoscimento degli stimoli che scatenano il comportamento di gioco e infine riportano un minor impatto sui problemi relazionali legati al gioco (Medeiros & Grant, 2018).

Per riassumere, ci sono evidenze che dimostrano associazioni tra il DOCP e altri quadri che sono sottesi da circuiti neurobiologici e neurofisiologici comuni. Le relazioni tra le espressioni sintomatologiche, la loro rilevanza clinica nella psicopatologia e nel trattamento del DOCP sono ancora poco conosciute ma interessanti da esplorare.

Impatto del DOCP sul funzionamento psico-sociale

Nonostante nel corso della presente rassegna sono stati citati lavori che considerano l'impatto funzionale del DOCP come lieve se confrontato con altri disturbi, numerosi studi dimostrano che interferisce in modo invalidante con il funzionamento quotidiano della persona (Diedrich & Voderholzer, 2015), pertanto il suo impatto non può essere sottovalutato. In uno studio finalizzato a misurare l'impatto funzionale dei diversi DP, il DOCP è quello che sembra avere un minor impatto sul funzionamento generale nella vita quotidiana rispetto ai disturbi schizotipico e borderline. Tuttavia, i pazienti con DOCP presentano un funzionamento molto scarso in almeno un'area funzionale (Skodol *et al.*, 2002). In uno studio longitudinale condotto dal medesimo gruppo di ricerca (Skodol *et al.*, 2005), è stato dimostrato che, tra i disturbi di personalità considerati, il DOCP era l'unico in cui non si assisteva a un miglioramento del funzionamento globale nel tempo. Coerentemente, esistono studi che dimostrano che il DOCP è associato con situazioni di peggioramento nel tempo di sintomi psicologici e adattamento sociale. Ad esempio, il criterio del DOCP di preoccupazione per la produttività a esclusione dello svago, è frequentemente associato alla dipendenza dal lavoro e, insieme a essa è uno dei maggiori fattori di impatto sulla sindrome da burn-out a livello mondiale (Raisikila *et al.*, 2013; Rossler *et al.*, 2015; Atroszko *et al.*, 2020). In modo interessante, il DOCP è stato descritto come il disturbo di personalità, insieme a quello borderline, che ha più impatto sulle risorse economiche globali per la salute mentale (Soeteman *et al.*, 2008).

In linea con l'associazione tra DOCP e disturbi dell'umore, è stato recentemente identificato un impatto del disturbo di personalità in questione sull'aumento dei sintomi da depressione post-partum o sulla vulnerabilità al disturbo (van Broekhoven *et al.*, 2019). Gli autori spiegano che, durante la gravidanza, che rappresenta un periodo di vulnerabilità a livello biologico, psicologico e sociale, i tratti del DOCP riguardanti il bisogno di controllo predisporrebbero all'aumento di sintomi depressivi. La questione è importante poiché nello studio di van Broekhoven e colleghi (2019), la presenza di DOCP nelle donne in gravidanza aumentava più del doppio l'ideazione suicidaria post-partum rispetto all'assenza di DOCP. In accordo con questi dati, tratti di personalità ossessivo-compulsiva sono stati trovati come frequentemente associati a pensieri suicidari, comportamenti auto-lesivi e tentato-suicidio sia in presenza che in assenza di sintomi depressivi (Bowen *et al.*, 2019; Diaconu & Turecki, 2009).

Per concludere, il DOCP sembra avere uno scarso impatto sul funzionamento globale della persona rispetto ad altri disturbi di personalità, ma la sua presenza influenza il decorso delle sintomatologie oppure può favorire l'insorgere di quadri psicopatologici gravi soprattutto quando associato ai disturbi dell'umore.

Trattamenti psicologici del DOCP

Dalla rassegna esposta fino a questo momento risulta evidente come il DOCP sia un quadro psicopatologico ampiamente diffuso, associato a numerosi altri quadri, resistente ai cambiamenti nel tempo e che ha un significativo impatto sul funzionamento personale e sociale degli individui. Per questo è importante delineare lo stato dell'arte sull'efficacia dei trattamenti psicologici per il DOCP.

A causa della già nominata caratteristica di egosintonia, i pazienti con DOCP tendono a non ricercare il trattamento terapeutico (Perry *et al.*, 2007; Cullen *et al.*, 2008). Perry e colleghi (2007), in uno studio sui predittori di efficacia della terapia psicodinamica a lungo termine, hanno evidenziato che la presenza di DOCP era l'unico fattore a determinare una bassa frequenza di sessioni di terapia. Secondo gli autori, il bisogno di indipendenza e controllo tipici del DOCP potrebbero sfavorire la ricerca del trattamento. Anche Cullen e collaboratori (2008) producono risultati simili. All'aumento dei tratti di personalità per il DOCP diminuisce la probabilità di ricevere un trattamento. Tuttavia, esistono risultati contrastanti riguardo alla tendenza a ricevere un trattamento dei pazienti con DOCP. Diversi studi hanno di-

mostrato che questi pazienti cercano spesso una terapia spinti da una propria motivazione proprio perché riconoscono la loro sofferenza (Chessick, 2001), infatti, sembrano accedere ai trattamenti con frequenza maggiore rispetto ai pazienti con depressione (Bender *et al.*, 2001; 2006). Per favorire una delle due posizioni mancano studi recenti che utilizzano strumenti e modelli teorici correnti.

Per quanto riguarda gli studi di efficacia delle terapie psicologiche sul DOCP, nel presente lavoro abbiamo proceduto selezionando gli articoli tramite le seguenti parole chiave: *obsessive-compulsive personality disorder treatment, obsessive-compulsive personality disorder therapy, personality disorder treatment, personality disorder therapy*. Dopodiché, abbiamo escluso i lavori che studiavano solo l'efficacia di trattamenti farmacologici. Riguardo ai lavori sulle terapie nei disturbi di personalità abbiamo selezionato quelli in cui si faceva riferimento specifico al DOCP. La *Tabella 1* rappresenta un sommario dei lavori selezionati e delle loro caratteristiche.

Tabella 1. Di seguito gli acronimi usati nella tabella.

- SRC = Studio Randomizzato Controllato
- DDM = Disturbo Depressivo Maggiore
- DEP = Disturbo Evitante di Personalità
- QPT = Questionnaire Personality Trait
- TCC = Terapia Cognitio-Comportamentale
- TPS = Terapia Psicodinamica Supportiva
- TIP = Terapia Interpersonale Psicodinamica
- ST = Schema Therapy
- TU = Terapie Usuali
- TOC = Terapia Orientata al Chiarimento
- PAF = Personality Assessment Form
- TC = Terapia Cognitiva
- Long. = Longitudinale
- INS = Insonnia
- TC-INS = Terapia Cognitiva per l'Insonnia
- TC-DP = Terapia Cognitiva per i Disturbi di Personalità
- DAG = Disturbo d'Ansia Generalizzato
- DPP = Disturbo Paranoide di Personalità.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

Tabella 1. Studi che indagano l'efficacia della psicoterapia nel DOCP e loro caratteristiche

Riferimento	Disegno	Disturbi	Campione
Kikkert <i>et al.</i> , 2016	SRC	• DDM con elevati tratti di DOCP o DEP	341
Bamelis <i>et al.</i> , 2014	SRC	• DP incluso DOCP	323 89 con DOCP
Barber & Muenz, 1996	SRC	• DDM con elevati tratti di DOCP o DEP	239
Petrov <i>et al.</i> , 2018	Long.	• INS con tratti di DP incluso DOCP	23 8 con DOCP
Hayes & Yasinski, 2015	Long.	• DOCP e DEP	30 8 con DOCP
Enero <i>et al.</i> , 2012	Long.	• DOCP	116
Cummings <i>et al.</i> , 2012	Long.	• DOCP • DEP • Depressione in comorbidità	37 15 con DOCP
Strauss <i>et al.</i> , 2006	Long.	• DOCP • DEP	30
Barber <i>et al.</i> , 1997	Long.	• DOCP • DEP • Depressione o ansia in comorbidità	38
Smith <i>et al.</i> , 2016	Pre-post	• DP incluso DOCP	910

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

(Tab. 1 segue)

Valutazione diagnostica	Modalità e approccio terapeutico	Risultati
MINI, per inclusione con diagnosi di DDM; QPT, assessment dimensionale per i DP	<ul style="list-style-type: none"> • 16 sessioni individuali di TCC • 16 sessioni individuali di TPS • Durata, 22 settimane 	La TPS è più efficace nei pazienti depressi con tratti di DOCP. La TCC è più efficace nei pazienti depressi con tratti di DEP.
SCID-I e II per criteri DSM-IV; Personality disorder questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • Sessioni settimanali di ST oppure, TU o TOC • Differenti durate 	La ST è più efficace di TU e TOC nel miglioramento dal disturbo di personalità, nel funzionamento globale e sociale. Vi è ridotto numero di drop-out per ST rispetto a TU e TOC.
PAF, assessment dimensionale per i DP	<ul style="list-style-type: none"> • Più di 12 sessioni di TC o TIP • Durata 15 settimane 	La TC è più efficace della TIP nei pazienti depressi con tratti di DOCP.
SCID-II-PQ, assessment dimensionale per i DP	<ul style="list-style-type: none"> • TC-INS combinata a ipnotici • Follow-up a un anno 	I pazienti con INS e tratti di DOCP migliorano dopo il trattamento combinato ma dopo un anno mostrano un sonno più disturbato dei pazienti con INS senza DOCP.
SCID-II per criteri DSM-III-R	<ul style="list-style-type: none"> • 3 fasi di TC-DP 	I pazienti con DOCP e DEP migliorano allo stesso modo. Per entrambi la terza fase è predittiva dei risultati del trattamento.
Secondo i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • 10 sessioni di TCC di gruppo 	Il livello sintomatologico pre-trattamento ne predice il risultato.
SCID-I e II per i criteri del DSM-III-R	<ul style="list-style-type: none"> • TC-DP • Durata 52 settimane 	La variabilità dell'autostima nelle prime 10 settimane di trattamento predice il miglioramento del DOCP e dei sintomi depressivi.
SCID-I e II per i criteri del DSM-III-R	<ul style="list-style-type: none"> • TC • Durata 52 settimane 	In entrambe i disturbi l'alleanza precoce e la riparazione della rottura predice la riduzione dei sintomi di personalità e depressivi.
SCID-I e II per i criteri del DSM-III-R	<ul style="list-style-type: none"> • Sessioni settimanali di Terapia psicodinamica • Durata 52 settimane 	I pazienti con DOCP migliorano nei sintomi e nelle misure funzionali. Alla fine del trattamento l'85% non incontra più i criteri della diagnosi.
SCID-II per criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Basata sulla Mentalizzazione Durata 6-8 settimane 	I pazienti con DOCP mostrano punteggi di cambiamento più affidabili dei pazienti con altri DP.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

(Tab. 1 segue)

Riferimento	Disegno	Disturbi	Campione
Popa <i>et al.</i> , 2013	Pre-post	<ul style="list-style-type: none">• DOCP• DAG in comorbidità	31
Ng, 2005	Pre-post	<ul style="list-style-type: none">• DOCP• Depressione cronica in comorbidità	20
Cheli <i>et al.</i> , 2020	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP	1
Gordon-King <i>et al.</i> , 2018	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP• DDM oppure• DEP e Ansia sociale oppure• DDM GAD e DPP in comorbidità	7 3 con DOCP
Dimaggio <i>et al.</i> , 2016	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP	3 1 con DOCP
Montazeri <i>et al.</i> , 2014	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP	1
Dimaggio <i>et al.</i> , 2011	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP• DDM in comorbidità	1
Lynch & Cheavens, 2008	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP• DPP e DDM in comorbidità	1
Fiore <i>et al.</i> , 2008	Caso	<ul style="list-style-type: none">• DOCP• DEP in comorbidità	1

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

(Tab. 1 segue)

Valutazione diagnostica	Modalità e approccio terapeutico	Risultati
SCID-II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • 40 sessioni individuali di TCC combinata ad antidepressivi 	Miglioramento dei sintomi d'ansia e dei tratti del DOCP.
SCID-I e II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • 22 sessioni di TC 	Il trattamento ha ridotto i sintomi di ansia e depressione. Dopo il trattamento 9 pazienti non incontravano più i criteri per la diagnosi di personalità e 8 quelli per la diagnosi sintomatologica.
SCID-5-PD per i criteri del DSM-5	<ul style="list-style-type: none"> • 24 sessioni di TMI • Durata 6 mesi 	Completa remissione della diagnosi.
SCID-II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali di TMI • Durata 12 mesi 	1 paziente su 3 con DOCP non completa il trattamento. Per gli altri 2 vi è completa remissione della diagnosi e riduzione dei sintomi a un range non clinico.
SCID-II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali per 21 mesi + Sessioni individuali bi-settimanali per 3 mesi di TMI • Durata 24 mesi 	Riduzione dei criteri diagnostici del DOCP e della sintomatologia globale.
SCID-I e II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • 16 sessioni individuali di ST 	Si assiste a un miglioramento del disturbo.
SCID-II	<ul style="list-style-type: none"> • TMI • Durata 3 anni 	Dopo il trattamento diminuiscono i sintomi per la diagnosi di personalità e migliorano i livelli di depressione e alessitimia.
SCID-II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali di DBT • Durata 9 mesi e • Sessioni di gruppo settimanali di DBT • Durata 6 mesi 	Completa remissione della diagnosi.
SCID-II per i criteri del DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • Sessioni individuali settimanali di TMI • Durata 31 settimane • Sessioni di gruppo settimanali di TMI • Durata 36 settimane 	Completa remissione della diagnosi.

La maggior parte degli studi di efficacia descritti, 16 su 19, ha utilizzato terapie di approccio cognitivista. Del resto, l'approccio cognitivo è quello che ha prodotto il maggior numero di studi di efficacia, randomizzati e controllati e meta-analisi (Leichsenring *et al.*, 2006).

Gli studi randomizzati e controllati sono, purtroppo, soltanto tre (Kikkert *et al.*, 2016; Bamelis *et al.*, 2014; Barber & Munez, 1996). Tutti si basano su criteri diagnostici precedenti al DSM-5. In modo interessante, il lavoro di Kikkert e colleghi (2016) rappresenta un tentativo di replica del lavoro di Barber e Munez (1996). Nel lavoro meno recente, erano stati confrontati due trattamenti terapeutici, la Terapia Cognitiva (Beck *et al.*, 1976) e la Terapia Interpersonale Psicodinamica (Klerman *et al.*, 1984), in pazienti con DOCP o Disturbo Evitante di Personalità in comorbidità con il Disturbo Depressivo Maggiore. I risultati avevano mostrato una superiorità della Terapia Interpersonale Psicodinamica nel migliorare il DOCP rispetto alla Terapia Cognitiva. Lo studio più recente (Kikkert *et al.*, 2016), dove sono state confrontate la Terapia Cognitivo-Comportamentale (Beck, 1976) e la Terapia Psicodinamica Supportiva (Driessen *et al.*, 2013) in un campione numericamente e clinicamente simile, ha ottenuto risultati ampiamente contrastanti. La terapia dinamica, in questo caso, è risultata più efficace per i pazienti con Disturbo Evitante di Personalità, mentre la Terapia Cognitivo-Comportamentale è risultata più efficace per il DOCP. Gli autori spiegano le possibili differenze tra i risultati dei due studi partendo dalle divergenze metodologiche, per prima l'utilizzo di terapie sì, cognitiva e dinamica, ma basate su modelli e protocolli più recenti. Anche l'assetto di analisi statistiche utilizzato è stato diverso. Infine erano diversi gli strumenti diagnostici. Pertanto gli autori concludono che non è possibile affermare se uno dei due approcci terapeutici è effettivamente più efficace dell'altro nel ridurre il DOCP con questi soli dati. Lo studio randomizzato e controllato, pubblicato in data intermedia tra i due (Bamelis *et al.*, 2014), ha studiato l'efficacia di una terapia di base cognitivista ma diversa dalle precedenti, la Schema Therapy (Young, 1999). Il confronto è stato condotto con la terapia orientata al chiarimento (Sachse, 2001) e trattamenti usuali. La Schema Therapy, è risultata più efficace degli altri due tipi di trattamento i quali comunque hanno prodotto un miglioramento del quadro clinico.

Diversi sono invece gli studi longitudinali che indagano l'efficacia dei trattamenti per il recupero del DOCP in associazione ad altri disturbi. Purtroppo, infatti, l'unico dato che indaga unicamente il DOCP è lo studio di Enero e colleghi (2012). Lo studio dimostra che la Terapia Cognitivo-Comportamentale è efficace nel ridurre il disturbo e che i pazienti che ottengono punteggi più alti alle scale sintomatologiche prima del trattamento hanno

minori probabilità di migliorare. Altri quattro studi longitudinali adottano terapie di approccio cognitivista. In uno studio molto recente (Petrov *et al.*, 2018) è stata adottata la Terapia Cognitiva per l'insonnia in pazienti con insonnia e tratti di personalità tra cui i tratti del DOCP in combinazione alla somministrazione di ipnotici. Lo studio dimostra che la Terapia Cognitiva è efficace nel diminuire l'insonnia, ma anche che i pazienti con tratti di DOCP, rispetto ad altri tratti, mostrano un minore miglioramento al follow-up, con una scarsa qualità del sonno che rimane stabile nel tempo. Un altro studio dimostra che la Terapia Cognitiva è efficace nel ridurre i sintomi di DOCP e, in ugual modo, del Disturbo Dipendente di Personalità (Strauss *et al.*, 2006). Infine, due studi hanno testato l'efficacia della Terapia Cognitiva per i disturbi di personalità sul DOCP e sul Disturbo Evitante di Personalità (Hayes & Yasinski, 2015; Cummings *et al.*, 2012). Curiosamente entrambi si sono interessati ai fattori predittivi dell'efficacia della terapia. In tutti e due gli studi la diagnosi non è risultata un fattore predittivo per l'efficacia della terapia, ovvero la terapia ha funzionato in ugual modo per entrambe le diagnosi. Nel caso di Cummings e colleghi (2012), è risultata predittiva la terza fase della terapia, ovvero quella in cui si ottiene, nel contesto terapeutico, la maggior attivazione e destabilizzazione dei *pattern* di personalità correlati al disturbo. Nel caso di Hayes e Yasinski (2015), la variabilità dell'autostima durante il percorso terapeutico è risultata predire l'esito del trattamento in modo adattivo. In altre parole, più la variabilità dell'autostima è grande nell'individuo, più è grande la probabilità di cambiamento. Infine, uno studio longitudinale meno recente ha indagato l'efficacia della terapia psicodinamica (Barber *et al.*, 1997) nel DOCP e nel Disturbo Evitante di Personalità. Gli autori hanno trovato una remissione completa della diagnosi nell'85% dei pazienti con DOCP.

Tre studi a disegno pre-post sono concordi nel mostrare l'efficacia della Terapia Cognitiva, cognitivo-comportamentale e basata sulla mentalizzazione (Allen & Fonagy, 2014) sulla riduzione dei sintomi di ansia, depressione e dei tratti di personalità nei DOCP (Ng, 2005; Popa *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2017).

Un buon numero di studi su caso singolo, sono stati prodotti riguardo a modelli terapeutici integrati recenti di approccio cognitivo ovvero la Schema Therapy, la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) (Dimaggio *et al.*, 2015, per un recente manuale) e la Dialectical Behavioral Therapy (DBT) (O'Connell & Dowling, 2014, per una recente *review*). In quattro su sette studi si assiste a una completa remissione del disturbo. In uno di questi viene usata la DBT (Lynch & Cheavens, 2008) mentre in tre la TMI (Cheli *et al.*, 2020; Gordon-King *et al.*, 2018; Fiore *et al.*, 2008). In altri tre, sia la Schema

Therapy (Montazeri *et al.*, 2014) che la TMI (Dimaggio *et al.*, 2011; 2017) si mostrano efficaci nel ridurre i sintomi di DOCP. Va notato che per gli studi meno recenti di TMI (Fiore *et al.*, 2008; Dimaggio *et al.*, 2011) i pazienti erano stati selezionati *ad hoc* sulla base dell'esito e non erano studi controllati fin dall'inizio. Sono quindi stati soggetti a *bias* di selezione. Al contrario, gli studi di Dimaggio e colleghi (2017) e Cheli e colleghi (2020) seguono un disegno di ricerca *single-case* e lo studio di Gordon-King e colleghi (2018) segue un disegno a *baseline multiple* in una serie di casi. In questi ultimi studi quindi la selezione dei pazienti era controllata prima dell'inizio del trattamento. Riguardo alla terapia TMI stanno emergendo dati incoraggianti riguardo alla versione di gruppo. Uno studio recente randomizzato e controllato sui disturbi di personalità, che non comprendeva tuttavia il DOCP, ha mostrato efficacia della TMI di gruppo nel promuovere un cambiamento clinico in questi pazienti (Popolo *et al.*, 2019). Attualmente è in corso uno studio randomizzato e controllato sulla TMI di gruppo che include due pazienti con DOCP che hanno completato il trattamento per i quali sarà possibile dimostrarne gli esiti (Popolo *et al.*, 2021).

Considerate tutte insieme, le evidenze appaiono largamente sbilanciate verso un numero maggiore di indagini per le terapie a base cognitiva rispetto agli altri approcci. Gli unici dati randomizzati e controllati presenti che confrontano la Terapia Cognitiva con la terapia psicodinamica sono contrastanti e pongono dubbi più che risolvere la questione. Inoltre, la recente pubblicazione del nuovo DSM-5 e l'attuale incompleto adeguamento degli strumenti diagnostici, rende difficile avere una stima concreta dell'efficacia dei vari trattamenti terapeutici sulla diagnosi di DOCP posta oggi. L'unico studio che utilizza uno strumento diagnostico coerente con i criteri del DSM-5 è quello di Cheli e collaboratori che è molto recente (Cheli *et al.*, 2020). Inoltre sono molto rari gli studi che si riferiscono unicamente al DOCP, e di questi nessuno randomizzato e controllato. Nonostante queste premesse, se si dovesse affermare quale approccio terapeutico fornisce maggiori dati di efficacia nel trattamento del DOCP, allo stato attuale la risposta sarebbe la Terapia Cognitiva nelle sue varie forme.

Indicazioni di buona pratica clinica

Al momento non esistono indicazioni di buona pratica clinica specifiche per il DOCP da parte dell'OMS. La ricerca di tali linee guida nel sistema dell'organizzazione indirizza alla buona pratica per i disturbi mentali. Anche in letteratura, per nostra conoscenza, non esistono linee guida né per

la popolazione italiana né europea. Una recente revisione della letteratura (Simonsen *et al.*, 2019), ha evidenziato che solo 9 paesi europei presentano linee guida di pratica clinica e intervento per i disturbi di personalità. Tre paesi hanno pubblicato linee guida solo per i disturbi di personalità in generale, tre per il Disturbo Borderline di Personalità e uno per il Disturbo Antisociale. I risultati della revisione hanno mostrato estreme divergenze nelle raccomandazioni riguardo alla diagnosi e al tipo di intervento. Tuttavia, tutte le linee guida raccomandano la psicoterapia come trattamento di prima scelta per i disturbi di personalità.

I risultati della presente rassegna vanno in questa direzione. Indipendentemente dal tipo di approccio utilizzato, la psicoterapia produce effetti benefici sulla riduzione dei sintomi e dei tratti di personalità del DOCP.

In generale, osservando i dati sullo stato dell'arte sulla clinica del DOCP tracciati fin qui, proponiamo i seguenti principi che il clinico è invitato a seguire:

1. data l'alta prevalenza del disturbo e l'alta relazione con altri disturbi, porre un'accurata diagnosi servendosi di strumenti recenti e validati;
2. valutare l'impatto del disturbo a livello del funzionamento psico-sociale generale e l'ideazione suicidaria, in particolare quando il DOCP è in comorbidità con i disturbi depressivi;
3. suggerire primariamente un trattamento psicoterapeutico;
4. l'approccio che ha mostrato maggiori evidenze nel ridurre il quadro clinico è la Terapia Cognitiva;
5. considerare nell'intervento la caratteristica centrale del DOCP che risulta essere il perfezionismo rigido.

Bibliografia

- Albert, U., Maina, G., Forner, F. & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive psychiatry*, 45: 325-332. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.06.005.
- Allen, J.G., Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. In: Hales, R.E., Yudofsky, S.C., Roberts, L.W. (eds.). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. 6th. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. & Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological medicine*, 39(1): 105-114. DOI: 10.1017/S0033291708003292.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Ansell, E.B., Pinto, A., Crosby, R.D., Becker, D.F., Añez, L.M., Paris, M. & Grilo, C.M. (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(3): 275-281. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.02.005.
- APA – American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Atroszko, P.A., Demetrovics, Z., Griffiths, M.D. (2020). Work addiction, obsessive-compulsive personality disorder, burn-out, and global burden of disease: Implications from the ICD-11. *International journal of environmental research and public health*, 17(2): 660. DOI: 10.3390/ijerph17020660.
- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R.F. & Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta psychiatrica scandinavica*, 136(1): 108-117. DOI: 10.1111/acps.12748.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 55: 18-23.
- Bamelis, L.L., Evers, S.M., 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: 305-322. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Barber, J.P., Muenz, L.R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5): 951. DOI: 10.1037/0022-006X.64.5.951.
- 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: theory, research, practice, training*, 34(2): 133. DOI: 10.1037/h0087774.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becker, D.F., Masheb, R.M., White, M.A. & Grilo, C.M. (2010). Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51(5): 531-537. DOI: 10.1016/j.comppsy.2009.11.005.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Oldham, J.M. & Gunderson, J.G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 158: 295-302. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.2.295.
- Bender, D.S., Skodol, A.E., Pagano, M.E., Dyck, I.R., Grilo, C.M., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Zanarini, M.C., Yen, S., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric services*, 57: 254-257. DOI: 10.1176/appi.ps.57.2.254.
- Bowen, R., Rahman, H., Dong, L.Y., Khalaj, S., Baetz, M., Peters, E. & Balbuena, L. (2019). Suicidality in people with obsessive-compulsive symptoms or personality traits. *Frontiers in psychiatry*, 9: 747. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00747.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24: 859-867. DOI: 10.1017/S0033291700028956.

- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 76(11): 2055-2066. DOI: 10.1002/jclp.23051.
- Chessick, R.D. (2001). OCD, OCPD: Acronyms do not make a disease. *Psychoanalytic inquiry*, 21(2): 183-207. DOI: 10.1080/07351692109348931.
- Clark, L.A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual review of psychology*, 58: 227-257. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190200.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P. *et al.* (2006). Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *British journal of psychiatry*, 188: 423-31. DOI: 10.1192/bjp.188.5.423.
- Coles, M.E., Pinto, A., Mancebo, M.C. *et al.* (2008). OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *Journal of psychiatric research*, 42: 289-296. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.12.009.
- Corruble, E., Ginestet, D. & Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *Journal of affective disorders*, 37(2-3): 157-170. DOI: 10.1016/0165-0327(95)00091-7.
- Crane, A.M., Roberts, M.E. & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *International journal of eating Disorders*, 40: 581-588. DOI: 10.1002/eat.20419.
- Crawford, T.N., Cohen, P., Johnson, J.G. *et al.* (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of personality disorders*, 19: 30-52. DOI: 10.1521/pedi.19.1.30.62179.
- Cullen, B., Samuels, J.F., Pinto, A., Fyer, A.J., McCracken, J.T., Rauch, S.L. ... Nestadt, G. (2008). Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 25(3): 218-224. DOI: 10.1002/da.20293.
- Cummings, J.A., Hayes, A.M., Cardaciotto, L. & Newman, C.F. (2012). The dynamics of self-esteem in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: an adaptive role of self-esteem variability? *Cognitive therapy and research*, 36: 272-281. DOI: 10.1007/s10608-011-9375-x.
- de Reus, R.J.M. & Emmelkamp, P.M.G. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder: a review of current empirical findings. *Personal mental health*, 6: 1-21. DOI: 10.1002/pmh.
- Diaconu, G. & Turecki, G. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *The journal of clinical psychiatry*, 70(11): 13040. DOI: 10.4088/JCP.08m04636.
- Diedrich, A. & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 17: 1-10. DOI: 10.1007/s11920-014-0547-8.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A. & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 84(1): 70-83. DOI: 10.1348/147608310X527240.
- 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: 10.1177/1534650120960234.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W., Dekker, J.J.M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American journal of psychiatry*, 170(9): 1041-1050. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12070899.
- Dufresne, L., Bussi eres, E.L., B edard, A., Gingras, N., Blanchette-Sarrasin, A., B egin, C. (2020). Personality traits in adolescents with eating disorder: A meta-analytic review. *International journal of eating disorders*, 53(2): 157-173. DOI: 10.1002/eat.23183.
- Fineberg, N.A., Reghunandanan, S., Kolli, S. & Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Brazilian journal of psychiatry*, 36: 40-50. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1282.
- Fiore, D., Dimaggio, G., Nicol o, G., Semerari, A., Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of clinical psychology*, 64(2): 168-180. DOI: 10.1002/jclp.20450.
- Freud, S. (1908). Character and anal eroticism (pp. 169-75). In: Strachey, J. (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 9. London: Hogarth.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S.,  overg ard, K.T. & Rosenvinge, J.H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of affective disorders*, 145(2): 143-155. DOI: 10.1016/j.jad.2012.07.004.
- Gartner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. & Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American journal of psychiatry*, 146: 1585-1591. DOI: 10.1176/ajp.146.12.1585.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A. & Bozikas, V.P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatry research*, 177(1-2): 156-160. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.01.006.
- Gordon, O.M., Salkovskis, P.M., Oldfield, V.B. & Carter, N. (2013). The association between obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder: prevalence and clinical presentation. *British journal of clinical psychology*, 52: 300-315. DOI: 10.1111/bjc.12016.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R.D. & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series. *The journal of nervous and mental disease*, 206(4): 263-269. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000789.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61: 361-368. DOI: 10.1001/archpsyc.61.4.361.
- Grant, J.E., Mooney, M.E., Kushner, M.G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DMS-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of psychiatric research*, 46: 469-75. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.009.
- Grilo, C.M. & McGlashan, T.H. (2000). Convergent and discriminant validity of DSM-IV Axis II personality disorder criteria in adult outpatients with binge eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 41: 163-166. DOI: 10.1016/S0010-440X(00)90042-7.
- Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Sanislow, C.A., Stout, R.L., Shea, M.T. ...

- McGlashan, T.H. (2004). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive-compulsive personality disorder: a 2-year prospective study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 110(1): 64-68. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00311.x.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Halmi, K., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M.M., Kaplan, A.S. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 38: 371-374. DOI: 10.1002/eat.20190.
- Hayes, A.M., Yasinski, C. (2015). Pattern destabilization and emotional processing in cognitive therapy for personality disorders. *Frontiers in psychology*, 6: 107. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00107.
- Hertler, S.C. (2013). Understanding obsessive-compulsive personality disorder. *SAGE Open*, (3). DOI: 10.1177/2158244013500675.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M. & Sacks, N.R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 53: 147-152.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Tracie Shea, M., Grilo, C.M. & McGlashan, T.H. (2006). Hierarchical relationships between borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 113(5): 430-439. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00683.x.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., Karterud, S. (2008). The quality of the DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6): 446-455. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181775a4e.
- Ishihara, L. & Brayne, C. (2006). What is the evidence for a premorbid parkinsonian personality: a systematic review. *Movement disorders*, 21: 1066-1072. DOI: 10.1002/mds.20980.
- Karwautz, A., Troop, N.A., Rabe-Hesketh, S. et al. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of personality disorders*, 17: 73-85. DOI: 10.1521/pedi.17.1.73.24057.
- Kernberg, O.F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization (pp. 87-121). In: Hartcollis, P. (ed.), *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.
- Kikkert, M.J., Driessen, E., Peen, J., Barber, J.P., Bockting, C., Schalkwijk, F. ... Dekker, J.J. (2016). The role of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits in matching patients with major depression to cognitive behavioral and psychodynamic therapy: A replication study. *Journal of affective disorders*, 205: 400-405. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.017.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Lee, J.C., Prado, H.S., Diniz, J.B. et al. (2009). Perfectionism and sensory phenomena: phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 50: 431-436. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.11.007.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American journal of psychotherapy*, 60(3): 233-259. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233.

Barbara Magnani, Giancarlo Dimaggio

- Lenzenweger, M.F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 31(3): 395-403. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.003.
- Liggett, J. & Sellbom, M. (2018). Examining the DSM-5 alternative model of personality disorders operationalization of obsessive-compulsive personality disorder in a mental health sample. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 9(5): 397. DOI: 10.1037/per0000285.
- Liggett, J., Sellbom, M. & Carmichael, K.L. (2017). Examining the DSM-5 Section III criteria for obsessive-compulsive personality disorder in a community sample. *Journal of personality disorders*, 31(6): 790-809. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_281.
- Liggett, J., Sellbom, M. & Bach, B. (2018). Continuity between DSM-5 Section II and Section III personality traits for obsessive-compulsive personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1): 144-151. DOI: 10.1002/cpp.2147.
- Light, K.J., Joyce, P.R., Luty, S.E., Mulder, R.T., Frampton, C.M., Joyce, L.R. (2006). Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality disorder in patients with major depression. *American journal of medical genetics part B*, 141B: 409-413. DOI: 10.1002/ajmg.b.30308.
- Lilenfeld, L.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical psychology review*, 26(3): 299-320. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.10.003.
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S. & Stein, D.J. (2011). Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 35(4): 1087-1092. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2011.03.006.
- 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.
- McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T. & Morey, L.C. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta psychiatrica scandinavica*, 102: 256-264. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x.
- Medeiros, G.C., & Grant, J.E. (2018). Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity. *Journal of behavioral addictions*, 7(2): 366-374. DOI: 10.1556/2006.7.2018.50.
- Menza, M. (2000). The personality associated with Parkinson's disease. *Current psychiatry reports*, 2: 421-426. DOI: 10.3389/fneur.2018.01191.
- Millon, T. & Everly, G.S. (1985). *Personality and its disorders: a biosocial learning approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Montazeri, M.S., Neshatdoost, H.T., Abedi, M.R. & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder. *Zahedan university of medical sciences*, 16(5): 92-94.
- Ng, R.M.K. (2005). Cognitive therapy for obsessive-compulsive personality disorder. A pilot study in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong journal of psychiatry*, 15: 50-3.
- Nicoletti, A., Luca, A., Raciti, L. *et al.* (2013). Obsessive compulsive personality disorder and Parkinson's disease. *PLoS ONE*, 8: e54822. DOI: 10.1371/journal.pone.0054822.
- Nilsson, E.W., Gillberg, C., Gillberg, I.C. & Rasta, M. (1999). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Personality disorders. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 38: 1389-1395. DOI: 10.1097/00004583-199911000-00013.

- O'Connell, B., Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6): 518-525. DOI: 10.1111/jpm.12116.
- Perry, J.C., Bond, M. & Roy, C. (2007). Predictors of treatment duration and retention in a study of long-term dynamic psychotherapy: childhood adversity, adult personality, and diagnoses. *Journal of psychiatric practice*, 13: 221-32. DOI: 10.1097/01.pra.0000281482.11946.fc.
- Petrov, M.E., Emert, S.E. & Lichstein, K.L. (2019). Obsessive-compulsive personality disorder features and response to behavioral therapy for insomnia among patients with hypnotic-dependent insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 17(6): 740-752. DOI: 10.1080/15402002.2018.1483369.
- Pinto, A., Liebowitz, M.R., Foa, E.B. & Simpson, H.B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 49: 453-458. DOI: 10.1016/j.brat.2011.04.004.
- Pinto, A., Steinglass, J.E., Greene, A.L., Weber, E.U. & Simpson, H.B. (2014). Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biological psychiatry*, 75: 653-659. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.09.007.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International journal of eating disorders*, 7: 589-599. DOI: 10.1002/1098-108X(198809)7:5<589::AID-EAT2260070502>3.0.CO;2-H.
- Popa, C.O., Buicu, G. & Ardelean, M. (2012). The obsessive-compulsive personality disorder, approached by cognitive-behavioural therapy. *Acta Medica Transilvanica*, 2: 251-252.
- 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.
- Popolo, R., MacBeth, A., Lazzarini, L., Brunello, S., Venturelli, G., Rebecchi, D. ... Dimaggio, G. (2021). Metacognitive interpersonal therapy in group versus TAU+ waiting list for young adults with personality disorders: Randomized clinical trial. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 13(6): 619-628. DOI: 10.1037/per0000497.
- Raiskila, T., Sequeiros, S.B., Kiuttu, J., Kauhanen, M.L., Läksy, K., Rissanen, P. ... Joukamaa, M. (2013). Obsessive-compulsive personality disorder is common among occupational health care clients with depression. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(2): 168-171. DOI: 10.1097/JOM.0b013e3182717e6d.
- Riddle, M.A., Maher, B.S., Wang, Y., Grados, M., Bienvenu, O.J., Goes, F.S. ... Samuels, J. (2016). Obsessive-compulsive personality disorder: Evidence for two dimensions. *Depression and anxiety*, 33(2): 128-135. DOI: 10.1002/da.22452.
- Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Kalyvoka, A. & Petruzzi, C. (2000). Pattern of comorbidity among anxious and odd personality disorders: The case of obsessive-compulsive personality disorder. *CNS spectrums*, 5(9): 23-26. DOI: 10.1017/S1092852900021623.
- Rössler, W., Hengartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. & Angst, J. (2015). Predictors of burnout: Results from a prospective community study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 265: 19-25. DOI: 10.1007/s00406-014-0512-x.
- Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J. III *et al.* (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British journal of psychiatry*, 180: 536-542. DOI: 10.1192/bjp.180.6.536.

- Samuel, D.B. & Widiger, T.A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(3): 161. DOI: 10.1037/a0021216.
- Sanislow, C.A., Little, T.D., Ansell, E.B., Grilo, C.M., Daversa, M., Markowitz, J.C. ... McGlashan, T.H. (2009). Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 118(3): 507. DOI: 10.1037/a0016478.
- Sachse, R. (ed.) (2001). *Psychologische psychotherapie der persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schiavone, P., Dorz, S., Conforti, D., Scarso, C. & Borgherini, G. (2004). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: A comparative study. *Psychological reports*, 95: 121-128. DOI: 10.2466/pr0.95.1.121.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M. & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical psychology review*, 22(5): 647-669. DOI: 10.1016/S0272-7358(01)00112-X.
- Shea, M.T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L.C., Grilo, C. & McGlashan, T. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American journal of psychiatry*, 159(12): 2036-2041. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.12.2036.
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H.J., Doering, S., Kaera, A. ... Mehlum, L. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1): 1-10. DOI: 10.1186/s40479-019-0106-3.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S. ... Oldham, J.M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American journal of psychiatry*, 159(2): 276-283. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.2.276.
- Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S. ... 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.
- Skodol, A.E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 8: 317-344. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131.
- Smith, R., Shepard, C., Wiltgen, A., Rufino, K., Fowler, J.C. (2017). Treatment outcomes for inpatients with obsessive-compulsive personality disorder: An open comparison trial. *Journal of affective disorders*, 209: 273-278. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.002.
- Soeteman, D.I., Roijen, L.H.V., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of clinical psychiatry*, 69(2): 259. DOI: 10.4088/jcp.v69n0212.
- Starcevic, V. & Brakoulias, V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current opinion in psychiatry*, 27(1): 62-67. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000030.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D. & Hannan, A. (2013). Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring with obsessive-compulsive disorder: conceptual and clinical implications. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 47(1): 65-73. DOI: 10.1177/0004867412450645.
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P. ... Beck,

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

- 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. DOI: 10.1037/0022-006X.74.2.337.
- 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: 302-315. DOI: 10.1521/pedi.1998.12.4.302.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58: 590-596. DOI: 10.1001/archpsyc.58.6.590.
- van Broekhoven, K.E., Karreman, A., Hartman, E.E., Lodder, P., Endendijk, J.J., Bergink, V. & Pop, V.J. (2019). Obsessive-compulsive personality disorder symptoms as a risk factor for postpartum depressive symptoms. *Archives of women's mental health*, 22: 475-483. DOI: 10.1007/s00737-018-0908-0.
- Volkert, J., Gablonski, T.C., Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 213(6): 709-715. DOI: 10.1192/bjp.2018.202.
- Weintraub, D., Claassen, D.O. (2017). Impulse control and related disorders in Parkinson's disease. *International review of neurobiology*, 133: 679-717. DOI: 10.1016/bs.irn.2017.04.006.
- Westen, D. & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American journal of psychiatry*, 158(4): 547-562. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.4.547.
- Wetterneck, C.T., Little, T.E., Chasson, G.S. *et al.* (2011). Obsessive-compulsive personality traits: how are they related to OCD severity? *Journal of anxiety disorders*, 25: 1024-1031. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.06.011.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Genève: World Health Organization.
- Wonderlich, S.A. & Mitchell, J.E. (1997). Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology bulletin*, 33(3): 381-390.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International journal of eating disorders*, 9: 607-616. DOI: 10.1002/1098-108X(199011)9:6<607::AID-EAT2260090603>3.0.CO;2-0.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. & Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American journal of psychiatry*, 150: 1472-1479. DOI: 10.1176/ajp.150.10.1472.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chermilinski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American journal of psychiatry*, 162: 1911-1918. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911.





Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista. L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche. Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
