



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea in Psicologia Cognitivo-applicata

Tesi di Laurea Magistrale

**L'accordo-paziente terapeuta nella valutazione dei tratti
maladattivi di personalità: uno studio preliminare**

**Patient-therapist agreement in the assessment of maladaptive
personality traits: a preliminary study**

Relatrice

Prof.ssa Gioia Bottesi

Laureando: Giacomo Lippa

Matricola: 2052532

Anno Accademico: 2022-2023

Indice

Introduzione	4
 Capitolo I	
I Disturbi di personalità: caratteristiche fenomenologiche e psicopatologia.....	6
1.1 Dalla personalità normale alla personalità patologica.....	6
1.1.1 Lo sviluppo dei tratti di personalità.....	6
1.1.2 Il Disturbo di personalità: definizione e sviluppo nel corso della vita....	7
1.2 I sistemi di classificazione per i Disturbi di personalità.....	10
1.2.1 Il modello categoriale.....	10
1.2.2 Le principali critiche ai sistemi categoriali.....	14
1.2.3 Il Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità (<i>Alternative Model of Personality Disorders</i> , AMPD).....	16
1.2.4 I tratti maladattivi di personalità dell'AMPD: la valutazione della personalità.....	20
 Capitolo II	
L'accordo sé-altro: la duplice valutazione della personalità.....	28
2.1 Il <i>Personality Inventory for DSM-5</i> (PID-5) nella valutazione dell'accordo sé-altro.....	28
2.2 L'accordo sé-altro tra <i>target</i> e <i>informant</i> in <i>setting</i> clinici e non.....	31
2.3 L'utilizzo dell'AMPD nell'indagine dell'accordo sé-altro.....	38
2.4 L'accordo paziente-terapeuta nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità.....	45
 Capitolo III	
La ricerca.....	51

3.1 Obiettivi e ipotesi.....	51
3.2 Metodo.....	55
3.2.1 Partecipanti.....	55
3.2.2 Strumenti.....	57
3.2.3 Procedura.....	60
3.2.4 Analisi statistiche.....	61
3.3 Risultati.....	62
3.3.1 Grado di accordo paziente-terapeuta riguardo ai domini e alle sfaccettature (<i>rank-order</i>).....	62
3.3.2 Differenza tra auto- ed etero-valutazione nei livelli medi dei domini e delle sfaccettature.....	65
3.3.3 Associazioni tra il grado di accordo sé-altro e la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse insieme al paziente.....	67
3.4 Discussione e conclusioni.....	70
Bibliografia.....	81

Introduzione

La psicopatologia dei disturbi della personalità (DP) è tutt'ora un argomento soggetto a controversie e sul quale la ricerca deve fare ancora dei passi avanti. Fino a pochi anni fa i DP erano concettualizzati, all'interno dei manuali categoriali come il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; *American Psychiatric Association* [APA], 2000), come sindromi cliniche distinte l'una dall'altra e tramite la presenza o assenza di criteri diagnostici specifici. Il presente approccio non è stato risparmiato da critiche nel corso degli anni, portando così la comunità clinica alla necessità di sviluppare un modello alternativo che riuscisse ad arginare e a superare tali limitazioni. Pertanto, è stata introdotta l'edizione del DSM-5, dove nella sezione III "Misure e Modelli emergenti", il *Personality and Personality Disorders Workgroup* ha descritto il modello alternativo per i disturbi di personalità (*Alternative Model of Personality Disorders*; AMPD) e sviluppato uno strumento volto a operationalizzare i tratti maladattivi di personalità descritti dall'AMPD, creando così il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5).

Le valutazioni *self-report* sono sempre state utilizzate all'interno della pratica clinica per l'*assessment* della personalità, nonostante però siano stati evidenziati dalla letteratura nel corso degli anni alcuni limiti, che non garantivano l'accuratezza delle informazioni ricavate da tali misurazioni. Dunque, la comunità clinica ha spinto per introdurre delle valutazioni alternative che provenissero da informatori terzi (chiamate *other-report*), in grado di fornire un maggior numero di informazioni circa la personalità dell'individuo scelto come *target*. Gli informatori presi in considerazione potevano appartenere a diverse categorie che riflettevano diverse tipologie di relazione con l'individuo, come ad esempio: amici, familiari o *partner* romantici. Inoltre, è stata introdotta un'ulteriore forma di informatore, ovvero quella del clinico (psicologo, psicoterapeuta o psichiatra), in modo che le competenze e la professionalità nell'ambito della salute mentale potessero dare un ulteriore apporto alle informazioni ricavate sulla personalità dell'individuo (Samuel et al., 2018).

Il presente studio si è proposto di valutare l'accordo sé-altro nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità, andando a esplorare il grado di accordo tra le auto- ed etero-valutazioni fornite, rispettivamente, dai pazienti e dai terapeuti e servendosi degli strumenti presentati all'interno dell'AMPD.

Nel primo capitolo di questo elaborato verrà presentato un *excursus* su ciò che rappresenta la personalità, le sue caratteristiche psicologiche e le sue componenti genetiche ed ereditarie. Successivamente, si proseguirà nell'esplorazione di ciò che riguarda la personalità patologica con i relativi DP, i quali verranno descritti in modo specifico. Successivamente verranno illustrati i principali modelli diagnostici utilizzati nella clinica corrente, partendo da un'analisi dei modelli categoriali e dei loro limiti per poi, introdurre il modello AMPD, soffermandosi in modo specifico sulla descrizione dei Criteri A e B, dei 5 domini di tratto e delle relative 25 sfaccettature.

Nel secondo capitolo verrà descritto lo strumento PID-5 e la sua versione per informatori (*Personality Inventory for DSM-5 Informant Form* [PID-5-IRF]). Successivamente sarà presentata la letteratura nell'ambito dell'accordo sé-altro, concentrandosi prima sugli studi che hanno adottato modelli categoriali nell'analisi dei tratti maladattivi di personalità fino agli studi più recenti, che hanno utilizzato il modello dimensionale AMPD. Infine, verranno presentati i principali studi che hanno indagato il grado di accordo sé-altro utilizzando i terapeuti come informatori esterni, sottolineando l'importanza di valutare la personalità secondo più prospettive all'interno dei contesti clinici di *routine*.

Nel terzo e ultimo capitolo, sarà presentata la ricerca: verranno descritti gli obiettivi e le ipotesi dello studio, i partecipanti, gli strumenti adottati, la procedura, le analisi statistiche e i risultati ottenuti. Infine, verranno discussi e argomentati i risultati emersi dalla ricerca e verranno evidenziati i limiti, le direzioni future e le implicazioni teoriche e cliniche che il presente studio può fornire.

CAPITOLO I

I DISTURBI DI PERSONALITÀ: CARATTERISTICHE FENOMENOLOGICHE E PSICOPATOLOGIA

1.1 DALLA PERSONALITÀ NORMALE ALLA PERSONALITÀ PATOLOGICA

1.1.1 Lo sviluppo dei tratti di personalità

Negli ultimi anni, la letteratura sui Disturbi di Personalità (DP), ha avuto come obiettivo quello di comprendere quali possano essere i fattori di rischio che portino all'insorgenza di queste patologie e, soprattutto, indagare quale sia il funzionamento psicopatologico specifico per ognuno di questi disturbi (Zimmermann et al., 2005). Per comprendere la psicopatologia e l'eziopatogenesi dei DP, occorre però partire da quello che è il funzionamento non patologico della personalità. La personalità può essere vista come un insieme di componenti genetiche ed ereditarie da un lato, e importanti interazioni dell'individuo con l'ambiente esterno nel quale è inserito, dall'altro (Kernberg, 2016). Seguendo questo pensiero, la personalità quindi è in continuo mutamento durante l'età evolutiva e questo porta alla necessità di comprendere in maniera completa il funzionamento dell'individuo, tenendo in considerazione l'infanzia e le sue relative esperienze di vita, che fungono da base fondamentale per la costituzione del percorso di sviluppo della personalità adulta (Strieker & Gold, 1988).

È logico dedurre che, durante una fase delicata dello sviluppo come può essere la prima infanzia, la presenza di problematiche di tipo comportamentale, affettivo e relazionale possano concorrere allo sviluppo potenziale di alcune difficoltà psicologiche, che a loro volta andranno a ripercuotersi sulla personalità dell'individuo, modificandola per lo più in modo disfunzionale (Kasen et al., 1999). A sostegno di ciò, Erikson (1950) aveva suggerito che la mancata risoluzione delle crescenti richieste ambientali e psicosociali, durante l'età evolutiva, poteva essere la sorgente della futura patologia di personalità nell'individuo adulto. La personalità è formata da costrutti che in ambito clinico vengono chiamati "tratti di personalità". Ogni essere umano possiede dei propri tratti di personalità, che rappresentano degli elementi essenziali per l'individuo e che vanno a manifestarsi in una moltitudine di contesti sociali (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Come

anticipato, i tratti di personalità risentono di una forte componente genetica ereditaria: la letteratura riporta che tali tratti sono ereditabili pressappoco intorno al 50%, mentre il restante 50% sarebbe attribuibile alle esperienze soggettive degli individui e alle modalità esclusive con cui il loro corredo genetico entra in contatto con l'ambiente di vita, specifico per ogni essere umano (Roberts & Del Vecchio, 2000). La presenza di ambienti invalidanti, ovvero “ogni ambiente nel quale, alla comunicazione delle proprie esperienze interne, seguono risposte estreme, inappropriate e imprevedibilmente variabili [...]” (Linehan, 2017a, pp.33), durante l'infanzia rappresenta sicuramente una delle variabili da prendere in considerazione nello sviluppo della psicopatologia. Thomas e Chess (1977) hanno introdotto il concetto di *poorness of fit* per riferirsi a quel complesso meccanismo che viene a esplicarsi quando si manifestano delle discrepanze tra le richieste e le condizioni dell'ambiente da un lato, e le caratteristiche e competenze del bambino dall'altro. Il mancato “incastro” tra queste componenti porterà il bambino a sviluppare dei *pattern* comportamentali disadattivi (Chess & Thomas, 1986). Il risultato sarà una continua disconferma, da parte dell'ambiente, di quelle che sono le modalità attraverso le quali l'individuo definisce, raffigura ed esamina il proprio comportamento, rendendo così tali esperienze individuali rappresentative di alcuni suoi tratti di personalità non accettati socialmente (Linehan, 2017).

1.1.2 Il Disturbo di personalità: definizione e sviluppo nel corso della vita

Nel corso della vita è plausibile che i tratti di personalità che ogni individuo possiede, ma che variano distintamente per tipologia da individuo a individuo, possano talvolta divenire maladattivi o patologici. Si parla di DP quando questi tratti risultano contraddistinti da disfunzionalità e rigidità, causando sofferenza nell'individuo e compromettendo il suo funzionamento personale, interpersonale e lavorativo (*American Psychiatric Association, APA, 2013*). Si tratta di *pattern* “caratterizzati da un modello pervasivo di pensieri, sentimenti e comportamenti che caratterizzano lo stile di vita e il modo di adattamento di un individuo, che si discosta dal modo marcato delle aspettative della sua cultura” (APA, 2013a, p. 748-749). Fino a 10 anni fa, pressappoco il 10% della popolazione soddisfaceva i criteri per uno o più DP (Trull et al., 2010). Ad oggi,

l'incidenza dei DP è rimasta pressoché invariata, mostrando una prevalenza del 7,8% su scala mondiale (Winsper et al., 2020).

Spesso i tratti patologici di personalità vengono a formarsi già durante l'età evolutiva e il più delle volte possono essere concomitanti all'esordio di altre patologie mentali (Kasen et al., 1999). Indipendentemente dal criterio o metodo utilizzato per la valutazione della presenza di DP, è frequente nella pratica clinica il problema della comorbidità, sia tra i diversi DP, ma anche tra DP e altri disturbi mentali, come ad esempio, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi da uso di sostanze e *addiction* e disturbi psicotici (Clark, 2007). La domanda che la comunità psichiatrica si pone è se sia la presenza di disturbi mentali a favorire lo sviluppo di eventuali DP o se, all'inverso, sia la presenza di un DP in età evolutiva ad aumentare il rischio di esordio di un disturbo mentale nell'età adulta (Johnson et al., 1999). La risposta a questi quesiti non è per niente semplice, se si tiene conto di alcune peculiarità proprie dei DP come possono essere le difficoltà riscontrate nell'adattamento di emozioni, identità e comportamento all'interno del contesto di riferimento o nel raggiungimento di obiettivi personali (Hopwood et al., 2013; Horowitz et al., 2006). Tali problematiche generalmente vengono a manifestarsi durante l'adolescenza, ma nella maggior parte dei casi non raggiungono una soglia tale da prendere in considerazione la presenza di una possibile patologia di personalità (Kasen et al., 1999). La letteratura ha tentato di indagare questi aspetti suggerendo che la presenza di disturbi psichiatrici durante l'età evolutiva vada a favorire nell'individuo lo sviluppo di una serie di comportamenti e di risposte agli stimoli ambientali circostanti che predispongono alla formazione di un DP (Cohen et al., 2005; Ramklint et al., 2003). Molti disturbi psichiatrici, come ad esempio i disturbi esternalizzanti, i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi hanno esordio nell'infanzia o nell'adolescenza. Al contrario, i DP vengono a presentarsi soprattutto in tarda adolescenza o prima età adulta (APA, 2013). Tuttavia, le informazioni su quali siano gli elementi che favoriscono l'esordio di un DP nell'età adulta sono ancora limitate (Cohen et al., 2005). La progressione psicopatologica di questi disturbi è quindi assai complessa e, secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013) e l'*International Classification of Diseases* (ICD-10; CITARE), non è possibile apporre diagnosi di DP prima dei 18 anni. Tuttavia, sempre più esperti si sono trovati concordi nel considerare l'origine dei DP proprio nell'infanzia e nell'adolescenza (Kasen et al., 1999); ad esempio, è stato notato che

sintomatologie ansiose e depressive nelle madri, unite a *neglect* emozionale ed esperienze infantili ostili, appaiono come fattori di rischio predittivi di alcuni DP come, ad esempio, i DP evitante, *borderline* e dipendente (che verranno descritti nei paragrafi successivi) (Kasen et al., 1999). In particolare, in età evolutiva vengono spesso diagnosticati disturbi come *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), disturbi depressivi o disturbi d'ansia, che poi spesso vengono ridefiniti in DP diversi nell'età adulta (Cohen et al., 2015).

Tuttavia, nonostante l'importanza di questi disturbi legati all'infanzia, è bene sottolineare che nel corso dello sviluppo essi possono essere mediati o modificati dalle esperienze successive all'età evolutiva o da altri fattori, come ad esempio la tolleranza alle situazioni frustranti o stressanti (Schulenberg et al., 2004). Secondo la teoria interpersonale (Pincus, 2005), i fenomeni interpersonali sono visti come risultanti di espressioni palesi del proprio comportamento che vengono osservati e compresi dagli altri, i quali si creano delle rappresentazioni mentali interne di tali comportamenti che a loro volta influenzano di riflesso il comportamento dell'individuo, modificandolo. Lo studio di Wright e collaboratori (2015) si è posto l'obiettivo di indagare i pensieri, i sentimenti e i comportamenti dell'individuo in modo ecologico, così come vengono espressi nell'ambiente, osservando le differenze individuali nelle emozioni e nei comportamenti interpersonali in un gruppo di 101 pazienti con DP di tutte le tipologie. Ogni paziente è stato seguito per 100 giorni e sottoposto a un monitoraggio quotidiano in cui veniva chiesto di annotare i propri comportamenti ed emozioni su un diario. I problemi personali giornalieri e lo *stress* quotidiano, misurato con il *Daily Inventory of Stressful Events* (DISE; Almeida, Wethington, & Kessler, 2002), sono stati considerati come predittori dei cambiamenti nel comportamento interpersonale dei pazienti. I risultati hanno dimostrato che i livelli di *stress* intervenivano nei meccanismi di regolazione emozionale dei pazienti e di conseguenza influenzavano anche i comportamenti messi in atto (Wright et al., 2015). In generale, quindi, lo *stress* è risultato essere predittore di cambiamenti nelle emozioni e nei comportamenti dei pazienti in tutti i DP, dove più alti livelli di *stress* predicevano un aumento dei problemi interpersonali (Wright et al., 2015). In conclusione, i pazienti che riportavano maggiori livelli di *stress* giornaliero manifestavano un'instabilità emozionale e comportamentale maggiore rispetto ai pazienti che erano sottoposti a minori livelli di *stress* giornaliero (Wright et al., 2015). Nello specifico, sembrerebbe che i

pazienti con DP e bassa tolleranza allo *stress* adottino un comportamento autoprotettivo, che li porta a essere rigidi e dominanti verso l'ambiente circostante, dimostrando scarsa capacità di adattamento agli eventi stressanti giornalieri (Wright et al., 2015).

Occorre quindi tenere in considerazione tutti questi fattori per arrivare a una giusta comprensione dello sviluppo della personalità nel corso della vita dell'individuo, ponendo attenzione a concettualizzare la psicopatologia della personalità come un *continuum* estremamente flessibile e facilmente plasmabile da fattori esterni ambientali, potenzialmente pericolosi per l'esacerbazione delle caratteristiche patologiche già presenti nell'individuo (Linehan, 2017).

1.2 I SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE PER I DISTURBI DI PERSONALITÀ

1.2.1 Il modello categoriale

Nel corso degli anni si è cercato di dare uno spazio sempre maggiore alla valutazione dei DP, allo scopo di cercare di trovare dei criteri diagnostici che consentano una più semplice diagnosi da parte del clinico, consentendogli di riconoscere con maggiore accuratezza il DP del paziente e poter procedere con il trattamento più adeguato (Zimmermann et al., 2015). Il DSM-5 ha mantenuto, in parte, la struttura categoriale presente nei precedenti manuali DSM-III (APA, 2013) e DSM-IV-TR (APA, 2013). Nella sezione II del DSM-5 (APA, 2013), difatti, è presente l'approccio categoriale dove i DP vengono descritti in 10 sindromi di personalità separate, prendendo in considerazione la presenza o assenza di sintomi specifici per ogni disturbo (APA, 2013). Secondo questa visione, quindi, i DP avrebbero bisogno di un *cut-off* clinico per poter essere diagnosticati e devono essere valutati secondo modalità strutturate, ovvero servendosi di un'intervista clinica (Zimmermann et al., 2015). L'approccio "categoriale" prevede l'indagine della presenza o assenza di sintomi specifici per ogni disturbo, e inoltre la necessità di individuare le diverse sindromi come elementi diversi fra loro, delineate da soglie e limiti precisi e rigorosi (APA, 2013). I criteri diagnostici in questa sede sono di tipo politetico e le relative combinazioni tra sintomi risultano bastevoli a soddisfare i parametri per una diagnosi, ciò che appunto viene chiamato *cut-off* (APA, 2013). All'interno del DSM-5 i DP sono suddivisi in tre "*Cluster*", ovvero raggruppamenti basati su delle conformità o affinità che descrivono i DP. Rispettivamente si trovano all'interno del *Cluster A*, il

disturbo paranoide, schizoide e schizotipico; questi tre disturbi sono caratterizzati dalla presenza di comportamenti eccentrici, bizzarri o insoliti. Nel *Cluster B*, in cui vengono evidenziati la presenza di comportamenti drammatici, impulsivi ed emotivi, si collocano il disturbo antisociale, *borderline*, l'istrionico e il narcisistico. Nell'ultimo, il *Cluster C* sono inclusi il disturbo evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo, che sono accumulati dalla peculiarità di manifestare comportamenti ansiosi, timorosi e paurosi (APA, 2013).

Partendo dal *Cluster A*, il primo DP presente è il paranoide. L'APA (2013) lo definisce come un disturbo caratterizzato da un *pattern* pervasivo di sospettosità, diffidenza e invidia nei confronti degli altri, tale per cui l'individuo è portato a interpretare le azioni degli altri come malevole e dannose per sé stesso. Questo disturbo contribuisce, spesso, a una considerevole riduzione del funzionamento dell'individuo e di conseguenza della sua qualità di vita (Lee, 2017). Il DP paranoide è presente in tutte le edizioni del DSM e viene sempre descritto come una tendenza dell'individuo a considerare ogni situazione o evento con sospetto, pur non mostrando sintomi psicotici (Triebwasser et al., 2013). Il secondo DP caratteristico del *Cluster A* è il DP schizoide, dove come caratteristica principale si riscontra un *pattern* pervasivo di distacco e disinteresse per le relazioni sociali e una limitata gamma di emozioni in tutte le relazioni interpersonali e i relativi contesti sociali (APA, 2013). L'elemento peculiare di questo disturbo è la mancanza di ricerca di relazioni interpersonali; sono individui tendenzialmente solitari, con poche o rare amicizie intime e che non sperimentano alcun piacere per l'attività sessuale o interessi particolari, difficilmente provano emozioni e rimangono indifferenti di fronte a lodi o critiche (Triebwasser et al., 2012). Infine, è presente il DP schizotipico: i pazienti con questo tipo di disturbo mostrano un *pattern* pervasivo di distorsioni cognitive e percettive, con elevata eccentricità del comportamento e considerevoli *deficit* nelle relazioni affettive (APA, 2013). Caratteristica rilevante di questo disturbo è la presenza del "pensiero magico", ovvero la convinzione che la propria mente possa in qualche modo cambiare gli eventi e le circostanze del mondo, senza però la presenza di associazioni causa-effetto basate su prove empiriche; in questi pazienti le distorsioni possono assumere anche la forma di illusioni e inoltre sono presenti idee di riferimento (Chemerinski et al., 2013).

Per quanto riguarda il *Cluster B*, invece, il primo dei disturbi è il DP antisociale, caratterizzato da un *pattern* pervasivo di disprezzo per regole, norme e leggi e di violazione dei diritti altrui. Sono pazienti che tendono di frequente a compiere atti illeciti e fraudolenti per scopi personali, senza provare alcun rimorso a riguardo (APA, 2013). I sintomi più comuni di questo disturbo riguardano l'uso dell'inganno e della manipolazione per tornaconto personale, l'assenza di rispetto per la legge, la mancanza di empatia e di rimorso e le difficoltà nell'instaurare relazioni interpersonali (APA, 2013). Il DP antisociale è spesso associato alla presenza in comorbidità di altri disturbi mentali come il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare, i disturbi d'ansia, i disturbi da sintomi somatici, i disturbi da uso di sostanze e il disturbo da gioco d'azzardo (Black, 2015). Secondo il DSM-5, la diagnosi di DP antisociale è possibile solamente dopo i 18 anni di età e con una precedente storia di diagnosi di disturbo della condotta in età infantile/adolescenziale, ovvero un disturbo che riguarda i problemi comportamentali infantili persistenti e gravi (Black, 2015). Gli adolescenti che presentano un disturbo della condotta intorno ai 15 anni d'età hanno una probabilità di sviluppare un DP antisociale 3 o 4 volte superiore rispetto ai loro coetanei ai quali non è stata fatta diagnosi di disturbo della condotta (Black, 2015). Successivamente nel *Cluster B* si trova il DP *borderline*: le peculiarità di questo disturbo riguardano un *pattern* pervasivo di instabilità dell'immagine di sé, delle relazioni interpersonali e dell'umore, e una marcata impulsività e difficoltà nell'organizzare coerentemente i propri pensieri (APA, 2013). I pazienti con questo disturbo spesso compiono atti autolesionistici, sono spesso aggressivi e impulsivi e nei casi più gravi possono arrivare a compiere atti suicidari (Linehan, 2017). Altro elemento caratteristico del DP *borderline* è la disregolazione emozionale, ovvero un problema nella gestione e regolazione delle emozioni, spesso sperimentate con forte intensità e impulsività. Questa incapacità emozionale interviene su gran parte delle problematiche psicologiche di tali pazienti, andando a ridurre incisivamente il funzionamento globale dell'individuo all'interno della vita quotidiana (Linehan, 2017). Inoltre, i pazienti con questo tipo di disturbo, di frequente, temono fortemente l'abbandono, il che li porta a provare una profonda sensazione di vuoto interiore; pertanto, sono in costante ricerca di attenzioni e non amano stare isolati (Linehan, 2017). Il terzo disturbo riportato nel *Cluster B* è il DP istrionico, che si contraddistingue per un *pattern* pervasivo di comportamenti incentrati sulla ricerca di attenzioni, spesso servendosi di un'emotività intensa ed

eccessiva, e di comportamenti sessualmente provocanti e seducenti non conformi al contesto di riferimento (APA, 2013). L'elemento caratteristico di tale disturbo è la teatralità, sia nel linguaggio verbale sia nella comunicazione non verbale, come l'uso frequente di abbigliamento appariscente e provocante (Gibson, 2004). In ultima analisi è presente il DP narcisistico, che è descritto dal DSM-5 come un *pattern* pervasivo di senso grandioso di sé, arroganza, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia (APA, 2013). Questo disturbo presenta delle caratteristiche psicologiche precise e fondamentali, tra cui si trovano i sentimenti di vuoto e inferiorità, la presenza di sentimenti di noia, angoscia e la vulnerabilità dell'autostima e infine la reattività affettiva (Ronningstam & Weinberg, 2023). Tuttavia, il DP narcisistico può presentarsi all'attenzione clinica sotto diverse forme, ognuna delle quali ha caratteristiche psicologiche differenti fra loro: la prima tipologia fa riferimento al sottotipo "grandioso", le cui caratteristiche sono la grandiosità, l'arroganza, la ricerca di attenzione e i bassi livelli di ansia manifesta (Caligor et al., 2015). Il secondo sottotipo è chiamato "vulnerabile": al contrario del precedente, l'ansia manifesta e l'angoscia sono palesi, unite poi a ipersensibilità alle critiche e alti livelli di invidia verso l'altro (Caligor et al., 2015). L'ultima tipologia viene denominata "ad alto funzionamento", e fa riferimento agli individui che sono sessualmente provocanti e grandiosi, presentando alti livelli di competitività, ma con un funzionamento adattivo che permette loro di raggiungere, spesso, gli obiettivi prefissati avendo successo (Caligor et al., 2015). Ciò che accumuna tutti i sottotipi di DP narcisistico è la continua alternanza tra stati grandiosi e depressivi in base al momento di vita che stanno affrontando; talvolta questi due stati possono anche essere concomitanti (Ronningstam & Weinberg, 2023). Mantenere un senso di sé grandioso può fornire all'individuo esperienze di sé più o meno stabili ma comporta un costo elevato, in quanto richiede di negare la realtà che va contro a questi stati grandiosi, rendendo così l'individuo estremamente sensibile ai *feedback* sociali degli altri per far sì che venga mantenuta la definizione di sé che si vuole mostrare (Caligor et al., 2015). Nel più alto livello di gravità, si trovano, invece, gli individui che presentano tutti i sintomi tipici del DP narcisistico descritti dal DSM-5, ma addizionati ad essi si osserva la presenza di comportamenti antisociali, contraddistinti da tratti paranoici, sadismo e piacere nel mettere in atto comportamenti aggressivi e manipolativi verso gli altri; questa tipologia di narcisismo viene definita in letteratura "narcisismo maligno" (Caligor et al., 2015).

Nell'ultimo *Cluster*, il C, per primo viene descritto il DP evitante, che si contraddistingue per la presenza di un *pattern* pervasivo di sentimenti di inadeguatezza, inibizione sociale, evitamento di situazioni sociali che possono portare al rifiuto, critica o umiliazione e, infine, ipersensibilità interpersonale (APA, 2013). In letteratura è sostenuta l'ipotesi per cui il DP evitante sia parte di un *continuum* del disturbo da ansia sociale, portato all'estremo della sua gravità (Lampe & Malhi, 2018). Il DP evitante viene, dunque, associato ad alti livelli di affettività negativa, inibizione comportamentale e a un'internalizzazione del disagio, che porta di conseguenza all'evitamento delle situazioni sociali e bassi livelli di estroversione (Lampe & Malhi, 2018). Inoltre, l'eccessiva paura del rifiuto può portare a una soppressione delle espressioni emozionali, che se diventa contestualmente inappropriata può comportare dei costi sociali notevoli (Lampe & Malhi, 2018). Successivamente, in questo terzo gruppo è presente il DP dipendente: i pazienti con questo disturbo manifestano significativi livelli di ansia e un bisogno eccessivo di essere accuditi, uniti al timore di essere abbandonati o di separarsi dall'altro (APA, 2013). L'elemento cardine che contraddistingue questo disturbo è la ricerca di un legame di attaccamento stabile ed affidabile, che possa garantire uno spazio sicuro nel quale essere accuditi; alla base del funzionamento dei pazienti dipendenti c'è il pensiero di essere persone bisognose di aiuto e in qualche modo deboli nella relazione con la persona cara, ritenuta, invece, affidabile e forte (Widiger & Rojas, 2015). Quando le relazioni giungono al termine, gli individui con questo disturbo tendono a ricercarne immediatamente delle nuove, che possano tornare a garantirgli quella sfera di affetto e sicurezza che è venuta a mancare (Widiger & Rojas, 2015). L'ultimo dei DP del *Cluster C* è il DP ossessivo-compulsivo, che viene descritto come un *pattern* pervasivo di preoccupazione per l'ordine e perfezionismo, eccessivo controllo mentale che porta spesso l'individuo ad avere scarsa flessibilità e apertura (APA, 2013). Il DP ossessivo-compulsivo, si differenzia dal disturbo ossessivo-compulsivo, in quanto nel primo non sono presenti né ossessioni né compulsioni di alcun tipo (APA, 2013).

1.2.2 Le principali critiche ai sistemi diagnostici categoriali

L'approccio categoriale proposto nei vecchi manuali del DSM-III e DSM-IV-TR è stato oggetto di numerose critiche nel corso dei decenni, nonostante la facilità d'uso riscontrata

nella pratica clinica (Morey et al., 2014). Un problema che si è manifestato frequentemente, secondo i clinici, è quello delle diagnosi di DP in comorbidità (Zimmermann et al., 2015). Spesso accadeva infatti che pazienti ai quali veniva diagnosticato un certo DP soddisfacessero anche altri criteri di altri DP, rendendo difficoltosa la diagnosi differenziale e gli eventuali trattamenti da attuare per la cura del disturbo (Morey et al., 2014). Le critiche al DSM-IV-TR si sono concentrate, anche, sull'eterogeneità dei disturbi, in quanto la conseguenza dell'uso di criteri diagnostici politetici fa sì che individui che presentano la stessa etichetta diagnostica riportino sintomi molto differenti fra loro (Krueger et al., 2023). Questo problema ha portato i clinici ad avere una bassa considerazione dell'utilità clinica delle categorie diagnostiche e ad abusare dell'etichetta di DP "non altrimenti specificato" (NAS), ovvero la diagnosi utilizzata quando è difficile ricondurre il disturbo del paziente ad un solo specifico DP, a causa della sovrapposizione di sintomi manifestati dalla persona (Samuel & Widiger, 2006). Pertanto, sembrerebbe che le etichette diagnostiche non forniscano delle soluzioni esaustive per le diagnosi e, inoltre, non risultano utili ai fini della comprensione del futuro trattamento da adottare nella cura del disturbo preso in esame (Samuel & Widiger, 2006). Conseguente a questo, un'altra importante problematica che è stata considerata riguarda l'instabilità diagnostica, in quanto la nomenclatura categoriale crea dei confini arbitrari tra patologia e non patologia su elementi e fenomeni come i tratti di personalità, che sono di per sé dimensionali, causando così delle diagnosi poco affidabili e altamente discutibili (Krueger et al., 2023). Considerando poi, com'è stato evidenziato nel primo paragrafo, che la personalità dell'individuo non è stabile nell'arco della vita, il difetto più rilevante degli approcci categoriali è forse proprio il non considerare i tratti di personalità come strumento per comprendere la struttura organizzativa della personalità patologica del paziente, considerando i DP come elementi discreti e non come entità che esistono su un *continuum* di funzionamento da normale a patologico (Haslam et al., 2020). Il pensiero che le diagnosi categoriali abbiano poca affidabilità clinica e che occorra osservare la personalità attraverso un'ottica dimensionale è sempre più condiviso in letteratura. Widiger e collaboratori (2002) si sono espressi a riguardo dichiarando che: "Le diagnosi ufficiali sono sostanzialmente arbitrarie, spesso inaffidabili, sovrapposte e incomplete e hanno un'utilità limitata per la pianificazione del trattamento" (p. 435). Markon e collaboratori (2005) a tal proposito hanno proposto che la personalità venga a formarsi

dall'insieme di più tratti di personalità che si fondano nell'individuo e che si modificano in base alle circostanze ambientali, costituendo delle strutture gerarchiche e dimensionali ben precise. Pertanto, gli autori hanno sostenuto che sia indispensabile valutare la personalità sia attraverso le informazioni di terzi (terapeuta o familiari, ad esempio) servendosi di strumenti *informant report*, ma anche utilizzando strumenti *self-report* compilati direttamente dal paziente (Markon et al., 2005). Di uguale lettura sono Tyrer e collaboratori (2007), che hanno criticato i precedenti approcci categoriali soprattutto per le diagnosi di DP, affermando che "la valutazione del DP è attualmente inaccurata, largamente inaffidabile, frequentemente errata e necessita di miglioramenti" (p. 51). Inoltre, oltre a queste critiche, Clark (2007) ha evidenziato come la concordanza tra interviste strutturate e i questionari rimaneva piuttosto bassa, indice che i criteri diagnostici utilizzati per la valutazione dei DP erano di difficile operazionalizzazione, rendendo quindi confusa la valutazione nella pratica clinica giornaliera.

1.2.3 Il Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità (*Alternative Model of Personality Disorders, AMPD*)

Ad oggi, le ricerche scientifiche si propongono di considerare i tratti di personalità come costrutti disposti su un *continuum* di funzionamento da normale a patologico, prendendo in considerazione una gamma di gravità non basata su categorie discrete (Aslinger et al., 2018; Trull & Durrett, 2005). A sostegno di ciò, Clark (2009) aveva sottolineato l'importanza dell'utilizzo di modelli dimensionali nella valutazione della personalità affermando come, indipendentemente dalla considerevole stabilità dei tratti di personalità di un individuo, si osserverebbero costanti mutamenti diagnostici nei DP dei pazienti, anche in brevissimi lassi temporali, come settimane o mesi. A fronte dell'espansione del consenso sull'utilizzo di un approccio dimensionale e delle critiche mosse ai manuali categoriali, nel 2013 un gruppo di lavoro designato per la stesura di tale manuale, insieme al contributo di numerosi professionisti della salute mentale, ha sviluppato il nuovo manuale DSM-5 (APA, 2013). Questa versione però, non rappresenta a oggi la versione più aggiornata, in quanto nel 2023 è uscito il DSM 5-TR, dove sostanzialmente la struttura è pressoché uguale, ma sono stati effettuati alcuni accorgimenti in riferimento t a 4 macrocategorie (Bradley et al., 2023):

- Aggiunta di entità diagnostiche e nuovi codici sintomatologici
- Cambiamenti nei criteri diagnostici di alcuni disturbi e nella loro definizione
- Aggiornamento della terminologia tecnica
- Revisione del testo: per identificare il materiale non aggiornato

Purtuttavia, si segnala che non sono state apportate variazioni sostanziali a quanto concerne la trattazione dei DP.

Con la presa di coscienza dei limiti imposti dai manuali categoriali tradizionali nella valutazione dei DP, lo sviluppo del DSM-5 è avvenuto in seguito a tre conferenze, nelle quali è stata discussa l'adozione di un modello dimensionale che utilizzi i tratti di personalità come strutture organizzative per la valutazione dei DP (Krueger et al., 2023). Successivamente, si è discusso su come integrare i diversi modelli dimensionali della personalità già presenti in letteratura, come ad esempio: il Questionario di Valutazione Dimensionale della Patologia di Personalità-Basico (DAPP-BQ; Livesley & Jackson, 2009), il modello a tre fattori di Clark, valutato tramite la *Schedule for the Non-adaptive and Adaptive Personality* (SNAP; Clark et al., 2014) e, infine, il *Five Factor Model* (FFM) di McCrae e Costa (1983), preso appunto come riferimento per la stesura del modello dei tratti del DSM-5 (APA, 2013).

L'opinione tra i clinici, su quale sarebbe stato il migliore approccio da utilizzare era controversa. Da un lato alcuni professionisti sostenevano che l'approccio categoriale sarebbe rimasto di maggiore facilità d'uso nella pratica clinica; dall'altro lato, alcuni clinici premevano fortemente sull'utilizzo di un approccio dimensionale, che consentisse maggiore chiarezza nella valutazione della personalità del paziente (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Pertanto, a seguito di varie proposte non andate a buon fine, tra cui anche quella di un approccio ibrido dimensionale-categoriale, il gruppo designato alla creazione del modello dimensionale per i DP, il *Personality and Personality Disorders workgroup* del DSM-5, ha deciso di mantenere nella sezione II il modello categoriale proposto nei vecchi manuali e, come suggerito da numerosi clinici, predisporre una sezione specifica in cui presentare il nuovo approccio dimensionale (Krueger et al., 2023). Di conseguenza, nella Sezione III "Misure e Modelli Emergenti" è incluso il Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità (*Alternative Model of Personality Disorders*, AMPD), che suggerisce una valutazione dimensionale della personalità, nella quale i DP vengono definiti come varianti disadattive del funzionamento della personalità (Criterio A), che vengono

manifestate tramite tratti di personalità maladattivi (Criterio B) visti come rigidi e inflessibili (Criterio C), costanti nel tempo (Criterio D) e non giustificabili da altre cause o altri disturbi mentali (Criteri E, F e G) (APA, 2013). Per arginare il problema della comorbidità presente nel DSM-IV-TR, in questa sezione vengono descritti solo sei DP: antisociale, evitante, *borderline*, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico, escludendone altri come il DP paranoide, il DP istrionico, il DP dipendente e il DP schizoide (Zimmermann et al., 2015). In riferimento alla critica sull'eterogeneità dei disturbi, l'AMPD propone che vengano valutati scrupolosamente tutti i tratti patologici del paziente, in modo da ottenere una valutazione meno confusa e più chiara della personalità, consentendo al clinico di comprendere al meglio come intervenire sulle problematiche del paziente (Clarkin et al., 2020).

Per quanto riguarda, invece, l'instabilità diagnostica, il nuovo manuale si concentra sul rendere possibile l'identificazione dei tratti patologici del paziente anche qualora non vengano soddisfatti i criteri diagnostici prestabiliti per un certo disturbo; in questo modo, i precedenti abusi dell'etichetta di DP NAS vengono sostituiti dalla valutazione del livello di funzionamento della personalità e dei tratti di personalità patologici specifici che si elevano nel paziente, consentendo così di effettuare una diagnosi di "DP tratto-specifico" (Krueger et al., 2023). Pertanto, se viene soddisfatto il Criterio A, la designazione "DP tratto-specifico" permette al clinico di osservare costantemente le modificazioni del tratto patologico di personalità del paziente, anche se non è sufficiente a una diagnosi specifica di DP nella sezione II (Clarkin et al., 2020; Krueger et al., 2023). Infine, rispetto all'utilizzare i tratti di personalità come strumento per una valutazione globale della personalità, l'AMPD ha preso come riferimento teorico il FFM, utilizzando i domini di tratto al suo interno come base da cui derivano le varianti disadattive dei tratti di personalità patologici (Clarkin et al., 2020).

L'AMPD si compone, quindi, di due elementi principali: il Criterio A, che include il Livello della Scala di Funzionamento della Personalità (LPFS), la quale esamina le disfunzioni del senso del sé e delle relazioni interpersonali; e il Criterio B, che comprende il modello dei tratti maladattivi della personalità, secondo cinque domini di tratto principali, considerati come varianti disadattive dei tratti di personalità inclusi nel FFM (APA, 2013).

In riferimento al Criterio A, esso affonda le proprie radici all'interno delle teorie psicodinamiche, le quali supportano l'idea che i DP siano risultanti di *deficit* di base del senso del sé e delle relazioni interpersonali vissute dall'individuo (Kernberg et al., 2016). I *deficit* del senso del sé rappresenterebbero "probabilmente il risultato di processi di temperamento, sviluppo e ambiente che hanno dimostrato di influenzare il modo in cui un individuo vede tipicamente sé stesso e gli altri" (Bender et al., 2011a, p. 333). Gli elementi di disfunzione personale e interpersonale sono ciò che accumuna tutte le tipologie di DP e rappresentano il nucleo psicopatologico principale di tali disturbi (Sleep et al., 2019). L'utilizzo principale del Criterio A è quello di valutare la gravità del malfunzionamento dell'individuo e dei suoi possibili comportamenti rischiosi o estremi. Logicamente, più alta è la probabilità che l'individuo metta in atto tali comportamenti e più difficile sarà il trattamento e negativa la conseguente prognosi (Sleep et al., 2019). Il Criterio A viene operazionalizzato tramite la scala LPFS, che descrive la gravità del funzionamento dell'individuo basandosi su due principali dimensioni. La prima è la disfunzione del senso del sé, in cui vengono inclusi i costrutti di (APA, 2013):

- Identità: presenza di confini precisi tra sé e il mondo, uniti a un'esperienza unitaria di sé e conseguenti capacità di espressione e regolazione delle emozioni, seguite da una buona stima di sé.
- Autodirezionalità: adeguata perseveranza nel perseguire obiettivi considerati importanti, a breve o lungo termine, sostenuta da buone capacità riflessive e autoriflessive e conseguenti comportamenti costruttivi e adattivi al raggiungimento dei propri scopi.

Nella dimensione della disfunzione delle relazioni interpersonali sono invece incluse:

- Empatia: saper comprendere correttamente le esperienze, emozioni e motivazioni altrui; la capacità di comprendere le possibili conseguenze del proprio comportamento sugli altri e l'apertura ai punti di vista altrui.
- Intimità: ricerca di vicinanza con l'altro, sostenuta da comportamenti rispettosi verso l'altro e da una profonda vicinanza emotiva.

Questi domini sono valutati per mezzo di una scala a 5 livelli progressivi (0= nessuna o poca compromissione; 4= estrema compromissione). Al termine della valutazione, al paziente viene assegnato un punteggio da 0-4, se tale punteggio assume il valore di "moderato" (=2) risulta indicativo della presenza di DP (Zimmermann et al., 2015).

Riassumendo, il Criterio A è stato sviluppato per fornire al clinico un insieme di informazioni sul funzionamento del sé e sul funzionamento delle relazioni interpersonali del paziente, così da consentirgli di valutare il livello di gravità della patologia di personalità, se presente (Zimmermann et al., 2015). Infatti, le difficoltà nel comprendere e gestire sé stessi e le relazioni con altri significativi sono stati dimostrati essere aspetti fondamentali nella psicopatologia dei DP (Bender et al., 2011). Questa visione riprende il costrutto del “concetto integrato di sé”, all’interno del quale intervengono anche le esperienze di attaccamento con le figure significative, mostrando come i legami profondi con altri significativi e le relative fondamenta dei modelli interni (di quelle relazioni importanti) presenti nel bambino contribuiscano alla rappresentazione di sé e dell’oggetto nel paziente (Kernberg, 2016; Zimmermann et al., 2015).

1.2.4 I tratti maladattivi di personalità nell’AMPD: la valutazione della personalità

Nel Criterio B, è presente il Modello dei tratti, nel quale i tratti maladattivi di personalità vengono definiti secondo l’ottica dimensionale (APA, 2013). L’AMPD propone un modello nel quale sono inclusi 5 domini di tratto di ordine superiore, descrittivi delle caratteristiche più generali della personalità, che racchiudono al loro interno 25 sfaccettature (*facets*), che rappresentano cognizioni, atteggiamenti e comportamenti comprese in ogni dominio (Stone & Segal, 2021). Nello sviluppo del Criterio B, la distinzione tra sintomi psicopatologici e tratti di personalità è stata oggetto di discussione all’interno della letteratura (Zimmermann et al., 2015). La sostanziale differenza tra i due costrutti la si trova nell’orizzonte temporale: i sintomi rappresentano elementi della psicopatologia circoscritti a periodi di tempo specifici, mentre i tratti maladattivi di personalità rappresenterebbero dei costrutti disposizionali, che portano a tendenze persistenti dell’individuo verso una qualche forma di psicopatologia (DeYoung et al., 2020). All’interno del Criterio B, si è cercato di includere i gruppi di tratti specifici delle principali sindromi di DP, dimostrando così che l’utilizzo dell’approccio dimensionale era sufficiente a racchiudere le stesse patologie dei classici approcci categoriali (Krueger et al., 2023).

L’AMPD ha cercato di operazionalizzare la misurazione di questi tratti di personalità patologici attraverso lo sviluppo di uno strumento che valuta i 4 domini di variazione

della personalità disadattiva identificati da Widiger e Simonsen (2005) e presenti nel DAPP-BQ (affettività negativa, distacco, antagonismo e disinibizione) e un quinto dominio, lo Psicoticismo (Krueger et al., 2023). Lo strumento è composto da 220 *item* e prende il nome di *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012), dove i tratti di personalità principali sono indagati tramite misurazione *self-report* (APA, 2013). Il PID-5 è stato sviluppato anche in forma abbreviata, contenente 25 *item* (PID-5 BF), e anche in una versione etero-valutativa per informatori (clinici o familiari), composta da 218 *item* (PID-5 IRF) (APA, 2013). Come detto in precedenza, il Criterio B è stato influenzato dal modello FFM, nel quale sono descritti i cinque domini di tratto principali della personalità non patologica: Estroversione, caratterizzato da una positiva manifestazione delle emozioni e buona socialità; Amicalità o Gradevolezza, che rappresenta la tendenza di un individuo all'altruismo e la cooperatività; Coscienziosità, che include l'essere scrupolosi, disciplinati, affidabili e perseveranti; Nevroticismo, il quale descrive la tendenza di un individuo all'essere emotivamente vulnerabile; Apertura, contraddistinto da originalità del pensiero, curiosità, intraprendenza e anticonformismo (Costa & McCrae, 1983).

Sulla base di questi tratti di personalità, sono state definite le loro relative varianti disadattive, sempre secondo cinque domini: Affettività negativa (versione estremizzata del Nevroticismo), Distacco (contrapposto all'Estroversione), Antagonismo (opposto dell'Amicalità), Disinibizione (contrapposto alla Coscienziosità) e, infine, Psicoticismo (in contrapposizione all'Apertura) (APA, 2013). Siccome i tratti rappresentano caratteristiche disposizionali dell'individuo, la differenza tra quest'ultimi e i sintomi psicologici, risiede nel fatto che il tratto è possibile valutarlo dimensionalmente, considerando i due estremi dello stesso disposti lungo un *continuum* (APA, 2013; Krueger et al., 2023). Va precisato però che, non essendo i tratti di personalità sempre stabili nel corso della vita, si possono riscontrare differenze nelle manifestazioni dei tratti nelle diverse fasce d'età; non è un caso che negli adolescenti o giovani adulti siano presenti livelli più alti dei tratti di impulsività o apertura, ad esempio, rispetto agli adulti o agli anziani (Zimmermann et al., 2015).

All'interno dei cinque domini, sopra elencati, sono presenti 25 sfaccettature, ognuna della quali offre informazioni ancora più specifiche sul tratto preso in considerazione, l'APA (2013) le descrive nel modo seguente:

Domini di tratto	Sfaccettature (facets)	Descrizione
<p style="text-align: center;">Affettività negativa:</p> <p>Riguarda la sperimentazione di emozioni forti e intense, per lo più negative, on le conseguenti reazioni emozionali e comportamentali.</p>	<u>Labilità emozionale</u>	Presenza di emozioni intense e sproporzionate rispetto al contesto di riferimento, con conseguente instabilità emozionale e dell'umore.
	<u>Ansia</u>	Tensione, panico e paura in relazione a situazioni o eventi di vario genere; sensazioni di timore a causa di esperienze passate negative, con conseguenti manifestazioni di nervosismo e insicurezza.
	<u>Angoscia di separazione</u>	Paura eccessiva dell'abbandono e di rimanere soli, senza una figura sicura alla quale affidarsi; mancanza di stima e fiducia di sé, che porta al trascurarsi.
	<u>Sottomissione</u>	Incapacità di far valere i propri diritti e bisogni in funzione di quelli altrui e adattamento del proprio comportamenti in base agli altri.
	<u>Ostilità</u>	Elevati livelli di aggressività e rabbia in risposta a insulti, offese o violenze altrui; comportamento caratterizzato da un'elevata vendicatività.
	<u>Perseverazione</u>	Incapacità di perseguire i propri obiettivi o svolgere i propri compiti in un tempo ragionevole e in modo efficace; ripetizione eccessiva di un comportamento, nonostante i numerosi fallimenti.
	<u>Depressività</u>	Presenza di isolamento, ritiro dalle relazioni e ridotta capacità di esperire emozioni positive o piacere per

		qualche attività; sentimenti di colpa, tristezza e mancanza di fiducia verso il futuro; pensieri e comportamenti suicidari.
	<u>Sospettosità</u>	Eccessiva sensibilità ai comportamenti altrui, considerati sempre aggressivi o malevoli verso sé stessi e conseguente sensazione di essere sfruttati o maltrattati dagli altri.
	<u>Affettività ridotta</u>	Ridotta capacità di provare ed esperire le emozioni; manifestazione di indifferenza in situazioni emotivamente coinvolgenti.
<p>Distacco:</p> <p>Caratterizzato dalla difficoltà di trarre piacere dalle esperienze e dalle relazioni, con conseguente riduzione della capacità di esprimere le emozioni, seguito da ritiro e isolamento sociale.</p>	<u>Ritiro</u>	Preferenza per attività solitarie, mancanza di iniziativa ed evitamento delle situazioni sociali.
	<u>Evitamento dell'intimità</u>	Evitamento di relazioni interpersonali intime e di relazioni sessuali.
	<u>Anedonia</u>	Incapacità del trarre piacere da qualsiasi tipo di attività giornaliera e mancanza di interesse verso le cose.
	<u>Depressività</u>	Condizioni uguali a quelle descritte nell'Affettività negativa.
	<u>Affettività ridotta</u>	
	<u>Sospettosità</u>	
<p>Antagonismo:</p> <p>Tendenza di un individuo a non considerare i bisogni altrui, tramite la mancanza di empatia e la manipolazione per trarne vantaggio personale in qualsiasi situazione. Aspettative irrealistiche sul trattamento da ricevere dagli altri e non curanza della propria reale importanza</p>	<u>Manipolatorietà</u>	Frequente utilizzo del fascino e della seduzione per il raggiungimento dei propri scopi; tendenza a controllare e influenzare gli altri.
	<u>Grandiosità</u>	Tendenza all'egocentrismo e al credersi superiori all'altro.
	<u>Inganno</u>	Tendenza a esagerare gli eventi o le situazioni; comportamento disonesto verso gli altri.

relazionale, che porta a trovarsi in situazioni conflittuali con le altre persone.	<u>Ricerca di attenzione</u>	Predisposizione a farsi ammirare e notare dagli altri, stare al centro dell'attenzione e ricercare attenzioni in svariati contesti sociali.
	<u>Insensibilità</u>	Mancanza di empatia e mancanza di comprensione dei sentimenti altrui; mancanza di senso di colpa e rimorso per i propri comportamenti dannosi verso gli altri.
	<u>Ostilità</u>	Condizione uguale a quella descritta nell'Affettività negativa.
<p style="text-align: center;">Disinibizione:</p> <p>Comportamento caratterizzato dalla mancanza di inibizione degli impulsi, che porta alla manifestazione di comportamenti impulsivi, non curanti delle conseguenze e delle proprie esperienze passate.</p>	<u>Irresponsabilità</u>	Inadempienza nel rispettare accordi o impegni prestabiliti; Mancanza di capacità amministrative finanziarie riguardo ai propri beni; non curanza delle proprietà altrui.
	<u>Impulsività</u>	Difficoltà a perseguire i piani prestabiliti e conseguente tendenza all'azione immediata, senza considerare i rischi o i possibili esiti del proprio comportamento; presenza di comportamenti autolesivi in condizioni di <i>stress</i> .
	<u>Distraibilità</u>	Incapacità di concentrarsi e mantenere l'attenzione che è spesso interrotta da stimoli esterni; difficoltà di pianificazione ed esecuzione dei compiti.
	<u>Tendenza al rischio</u>	Tendenza ad azioni rischiose o pericolose, non curandosi degli esiti e delle conseguenze; mancanza di comprensione dei propri limiti e del perseguimento di obiettivi realistici.

	<u>Perfezionismo rigido</u>	Ostinazione per la perfezione; tutto deve essere senza difetti sia che provenga da una prestazione propria o altrui; preoccupazione per i dettagli e l'ordine. Difficoltà nel cambiare il proprio punto di vista e nell'accettare l'opinione altrui; comportamenti contraddistinti da numerosi controlli purchè tutto sia perfetto.
<p style="text-align: center;">Psicoticismo:</p> <p>Esprime le manifestazioni di carattere eccentrico, bizzarro o per lo meno insolite rispetto al contesto di riferimento, riguardanti idee personali o convinzioni ed esperienze insolite a livello senso-percettivo.</p>	<u>Convinzioni ed esperienze insolite</u>	Convinzione nel possedere capacità insolite, come ad esempio: telecinesi, pensiero-azione e lettura del pensiero. Presenza di esperienze di realtà anomale di tipo allucinatorio.
	<u>Eccentricità</u>	Comportamento strano o bizzarro, pensieri eccentrici ed eloquio bizzarro.
	<u>Disregolazione percettiva</u>	Presenza di depersonalizzazione, derealizzazione ed esperienze dissociative; esperienze insolite come il controllo del pensiero o esperienze di stati misti sonno-veglia.

(Tratta e riadattata da APA, 2013a, p. 903-906)

Per quanto riguarda l'utilità clinica, i dati in letteratura sono ancora contrastanti. Il PID-5 è stato criticato, ad esempio, per la tendenza dei rispondenti a dare risposte che portano a rappresentarsi sotto una luce troppo positiva o troppo negativa; questo è dato dal fatto che il PID-5 presenta pochi *item* a codice inverso, ovvero che la maggior parte degli *item* sono rappresentativi del costrutto che indagano: ne consegue che verificare quali siano le risposte "false" date alle domande dei vari *item* è particolarmente difficoltoso (Dhillon et al., 2017; Verheul, 2012). In aggiunta, il modello AMPD non offre delle linee guida che descrivano i trattamenti da utilizzare secondo l'ottica dimensionale, tenendo conto dell'eterogeneità dei DP (Krueger et al., 2023). In merito a ciò, Hopwood e collaboratori (2018) hanno tentato di individuare un'idea di trattamento che possa essere efficace e che

sposi l'ottica dimensionale dell'AMPD. Gli autori hanno proposto di considerare la disfunzione della personalità secondo il Criterio A e di integrarla nella valutazione per il trattamento, dove quest'ultima deve comprendere valutazioni *self-report* del paziente, valutazioni dei familiari e la valutazione del clinico, e tutte queste parti dovrebbero essere coinvolte all'interno del processo di intervento. Inoltre, le indicazioni per il trattamento dovrebbero specificare al clinico la durata, l'intensità e i relativi *follow-up* del trattamento, in modo tale da tenere sotto controllo le modificazioni nella gravità del funzionamento personale e nei tratti maladattivi di personalità del paziente (Hopwood et al., 2018).

A seguito della presentazione dell'AMPD, la comunità clinica si è chiesta, inoltre, se tale modello potesse migliorare la comunicazione della diagnosi e se fosse di uguale facilità d'uso rispetto al modello categoriale presente nella sezione II del DSM-5 (Krueger et al., 2023). Uno studio condotto da Morey e collaboratori (2014) ha tentato di rispondere a tale quesito; lo studio si è concentrato sul mostrare l'utilità clinica delle diagnosi di DP del DSM-IV-TR (presenti nella sezione II del DSM 5) con l'AMPD; come campione sono stati presi in considerazione 337 professionisti della salute mentale (26% psichiatri, 63% psicologi, 11% altre discipline professionali), i quali durante la loro comune pratica clinica applicavano entrambi i sistemi di valutazione sui loro pazienti (AMPD e DSM-IV-TR). A seguito dell'applicazione dei due modelli diagnostici, ai clinici è stato richiesto di valutare la loro utilità clinica secondo sei dimensioni: comunicazione con i pazienti, comunicazione con altri professionisti, completezza del modello, descrittività del disturbo, facilità d'uso e l'utilità del modello per la pianificazione del trattamento. I dati dei clinici sono stati raccolti tramite un *survey* online, composto da tre sezioni: nella prima venivano elencati i dati demografici sui clinici e sul paziente *target*; la seconda sezione riguardava i giudizi clinici sulle variabili del cliente; la terza forniva le informazioni diagnostiche pertinenti sia il DSM-IV-TR sia l'AMPD. Dai risultati è emerso come l'AMPD sia altrettanto utile o addirittura migliore, nella pratica clinica, rispetto al DSM-IV-TR; nello specifico è stato considerato più utile in 5 dei 6 domini indagati, fatta eccezione per il dominio "comunicazione con altri professionisti", dove non sembrano esserci differenze sostanziali tra i modelli (Morey et al., 2014). La rilevanza di questo studio è stata quella di mettere in luce i vantaggi ottenuti dall'applicazione del nuovo modello AMPD, nonostante l'ancora elevata diffusione del modello categoriale nella

pratica clinica odierna (Morey et al., 2014). Poiché disporre di un maggior numero di informazioni permette di ottenere uno spettro più ampio del profilo diagnostico del paziente, il paziente avrà maggiori probabilità di sentirsi rappresentato adeguatamente dalla comunicazione che gli verrà fornita dal clinico, contribuendo a evitare l'incasellamento del paziente in categorie diagnostiche prestabilite, ma anche ad aumentare l'alleanza terapeutica (Krueger et al., 2023).

Un altro studio ha avuto come obiettivo l'indagine delle associazioni tra i tratti inclusi nell'AMPD e i DP presentati nel DSM-IV-TR; in relazione, a ciò Hopwood e collaboratori (2012) hanno condotto una ricerca nella quale sono stati reclutati 808 studenti universitari di un'università pubblica americana di psicologia. I partecipanti hanno compilato il PID-5 per valutare le *facets* dell'AMPD e il *Personality Diagnostic Questionnaire-4* (PDQ-4; CITARE), per la misurazione dei 10 DP del DSM-IV-TR. I risultati hanno evidenziato la presenza di associazioni mediamente forti tra i tratti di antagonismo e ostilità con il DP narcisistico; forti associazioni tra i tratti di ansia e anedonia e il DP evitante; invece, relativamente al DP ossessivo-compulsivo, sono state osservate correlazioni con i tratti di ansia e psicoticismo, anche se molto deboli (Hopwood et al., 2012). Pochi anni dopo, Morey e collaboratori (2016) hanno cercato di approfondire le associazioni tra i tratti maladattivi di personalità descritti nell'AMPD e le diagnosi di DP della sezione II, osservando come i tratti di personalità proposti dall'AMPD fossero in gran parte associati ai DP riportati nella sezione II; inoltre la presenza del Criterio A offriva anche elementi aggiuntivi sulla psicopatologia del paziente rispetto alle informazioni fornite dal modello categoriale, permettendo così una valutazione della personalità del paziente più esaustiva (Morey et al., 2016).

I risultati sopra riportati dimostrano come l'AMPD rappresenti un nuovo sistema di classificazione che presenta associazioni considerevoli con i vecchi manuali categoriali, dimostrandone l'affidabilità e il potenziale clinico (Zimmermann et al., 2015).

Concludendo, l'AMPD risulta essere un modello clinicamente utile, fornendo anche una ampia copertura dei DP descritti nei manuali categoriali e allineandosi, inoltre, con gli odierni modelli teorici della personalità e della psicopatologia (Krueger et al., 2023). Come è stato suggerito da Heath e collaboratori (2018), i tratti riportati nel Criterio B potrebbero anche aiutare nella distinzione di classi psicopatologiche diverse dai DP, come ad esempio i disturbi depressivi e bipolari, i disturbi d'ansia, i disturbi da uso di sostanze

e i disturbi psicotici. Pertanto, l'utilizzo di un nuovo approccio dimensionale, che consenta di ottenere una visione totale della personalità del paziente, potrebbe risolvere i numerosi problemi dati dai precedenti manuali categoriali e aiutare nel comprendere quale sia il miglior trattamento da attuare in base ai tratti patologici di personalità presenti nel paziente (Krueger et al., 2023).

CAPITOLO II

L'ACCORDO SÉ-ALTRO: LA DUPLICE VALUTAZIONE DELLA PERSONALITÀ

2.1 Il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5) nella valutazione dell'accordo sé-altro

Nella sezione III del DSM-5, come descritto nel precedente capitolo, viene presentato il PID-5 ovvero lo strumento *self-report* sviluppato per la valutazione dei tratti maladattivi della personalità, predisposto in tre modalità: PID-5 per l'individuo preso in esame (*target*), la versione breve PID-5-BF, che presenta meno *item*, e infine il PID-5-IRF, ovvero la versione adattata per la valutazione da parti di terzi ("informatore") (APA, 2013). La letteratura degli ultimi anni si è concentrata molto sul comprendere e analizzare le proprietà psicometriche di questo strumento, ai fini di verificare se il suo utilizzo potesse essere realmente utile nella pratica clinica di *routine* (Krueger et al., 2023). In merito a ciò, una consistente ricerca è stata eseguita da Al-Dajani e collaboratori (2016) i quali, passando in rassegna gli studi presenti in letteratura sulle caratteristiche psicometriche del PID-5, hanno concluso che il PID-5 mostra delle buone proprietà psicometriche tra cui una buona validità convergente con altri strumenti di valutazione della personalità già utilizzati nella pratica clinica e considerevoli collegamenti con costrutti teorici presenti nella letteratura sui DP (Al-Dajani et al., 2016). Difatti, in letteratura sono frequenti gli studi che dimostrano l'esistenza di una validità convergente notevole tra il PID-5 e molti altri strumenti, come ad esempio: il *Dimensional Personality Symptom Itempool* (De Clercq et al., 2014), il *Personality Psychopathology-Five* (Anderson et al., 2013), la SNAP (Clark et al., 2014), il *Personality Assessment Inventory*

(PAI; Morey, 1991) e infine il noto modello HEXACO (*Honesty-Humility, Emotionality, Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Openness to Experience*) a sei fattori di Ashton e collaboratori (2012).

Anche Zimmermann e collaboratori (2015) hanno espresso il loro interesse nell'osservare la sovrapponibilità dei costrutti indagati dal PID-5 con altri strumenti, nello specifico concentrandosi sul *NEO Personality Inventory Revised* (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), osservando come sia i domini sia le sfaccettature presenti nel NEO-PI-R si trovino in linea con le varianti disadattive dei tratti di personalità descritte dai 5 domini del PID-5. In aggiunta, più recentemente in seguito a uno studio di Zimmermann e collaboratori (2019), i punteggi dei domini del PID-5 hanno presentato ulteriori associazioni considerevoli con altri costrutti simili a livello teorico valutati da altri *test*, come il DAPP-BQ (Livesley & Jackson, 2009), il *Computer Adaptive Test of Personality Disorder* (CAT-PD) e il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form* (MMPI-2-RF; Hathaway & Meehl, 1948) (Krueger et al., 2023). Morey e collaboratori (2016), invece, si sono posti l'obiettivo di verificare se i tradizionali DP potessero essere rappresentati esaustivamente dai domini e dalle sfaccettature del PID-5; dal confronto tra i criteri dei DP del DSM-IV e i punteggi ottenuti al PID-5, somministrato da parte di vari clinici ai propri pazienti, sono emerse correlazioni di rilievo (ad esempio, le sfaccettature di manipolatorietà e inganno erano correlati notevolmente con il DP antisociale; la labilità emozionale con il DP *borderline*), suggerendo così che i domini indagati dal PID-5 coprivano accuratamente i DP tradizionali proposti nei manuali categoriali, dimostrando ulteriormente la validità e l'affidabilità dello strumento PID-5 nella pratica clinica (Morey et al., 2016).

Per quanto riguarda la generalizzabilità dello strumento, inizialmente il PID-5 è stato utilizzato soprattutto su popolazioni non cliniche, precisamente su un campione di individui statunitensi che necessitavano di un trattamento psicoterapeutico i quali, però, non riportavano alcuna diagnosi di disturbo mentale, e come criterio di inclusione è stato utilizzato la semplice partecipazione ad almeno un colloquio psichiatrico o psicoterapeutico individuale (Krueger et al., 2012). In seguito, la struttura a cinque fattori è stata replicata in campioni di diverse nazioni, come: Polonia (Rowinski et al., 2019), Danimarca (Bach et al., 2018), Singapore (Lim et al., 2019), Ungheria (Labancz et al.,

2020), Egitto (Aboul-ata & Qonsuo, 2021), Australia (Dunne et al., 2021). Inoltre, i risultati emersi da una revisione di 54 studi, condotta da Barchi-Ferréira e Osório (2020), hanno dimostrato che i vari domini del PID-5 e le relative sfaccettature si caratterizzano per una coerenza interna più che accettabile (Krueger et al., 2023). In sintesi, dalle evidenze presenti in letteratura, la struttura a 5 domini del PID-5 risulta di adeguate applicabilità e solidità per poter essere utilizzata in campioni statunitensi, europei e non solo (Krueger et al., 2023).

Lo scopo della creazione del PID-5 è stato quello di aiutare a discriminare la presenza e l'eventuale gravità di psicopatologia nell'individuo scelto come *target* (Krueger et al., 2023). Lo studio di Quilty e collaboratori (2013) si è concentrato non più su campioni di studenti o individui appartenenti alla popolazione generale, bensì su un campione psichiatrico di pazienti che hanno deciso di partecipare alla sperimentazione *APA-5 Field Trial* del *Centre for Addiction and Mental Health site* (Quilty et al., 2013). Nello specifico, un totale di 201 pazienti psichiatrici (102 uomini, 99 donne), hanno compilato il PID-5 e il *NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R) allo scopo di valutare le proprietà psicometriche del nuovo strumento introdotto dal DSM-5 su un campione clinico (Quilty et al., 2013). I risultati hanno confermato che la coerenza interna delle scale dei domini e delle sfaccettature del PID-5 erano da considerare accettabili; inoltre, è stata dimostrata la struttura unipolare delle scale del PID-5, evidenziando come ci sia buona convergenza tra il PID-5 e il NEO-PI-R, dimostrando così che il PID-5 è uno strumento adeguato e utile anche su gruppi di pazienti psichiatrici (Quilty et al., 2013).

Lo stesso anno, uno studio condotto da Strickland e collaboratori (2013) ha cercato di dimostrare come il PID-5 potesse essere utilizzato anche come strumento per catturare elementi di psicopatologia non descritti esplicitamente all'interno del nuovo manuale DSM-5, come ad esempio la presenza di eventuale psicopatia in pazienti con gravi disturbi mentali o con diagnosi di DP antisociale. L'analisi dei risultati di tale studio ha mostrato che il PID-5 non solo era in grado di identificare adeguatamente i tratti maladattivi di personalità descritti nel primo capitolo, bensì anche alcune *facets* relative alla psicopatia come, ad esempio, elementi di aggressività, impulsività e audacia fuori dalla norma, tutti costrutti che ricoprono un ruolo fondamentale nella psicopatologia del DP antisociale (Strickland et al., 2013).

Il PID-5, come anticipato, è stato realizzato anche in versione *informant report* (PID-5-IRF), dotata anch'essa di buone proprietà psicometriche. Questa versione è stata creata per facilitare la valutazione della personalità del *target* e rendere tale valutazione più completa e accurata possibile (Krueger et al., 2023). Il PID-5-IRF viene utilizzato soprattutto in quella moltitudine di situazioni in cui è necessario considerare il punto di vista di terzi significativi sulla personalità del *target*, oppure per arginare possibili *bias* di risposta da parte del *target* (Krueger et al., 2023; Markon et al., 2013). Questa versione mantiene sostanzialmente la medesima struttura del PID-5. Il vantaggio principale del PID-5-IRF è dato dal poter disporre di valutazioni effettuate dagli informatori, soprattutto quando l'informatore è in una relazione intima con il *target*, il che può fornire numerosi elementi su come l'informatore osserva e comprende i comportamenti e i pensieri del *target* e in aggiunta, come considera e percepisce la loro relazione (Markon et al., 2013). Inoltre, le informazioni ricavate dagli informatori permettono di giungere a una comprensione più complessa della personalità del *target*, anche laddove quest'ultimo abbia fornito informazioni che potessero porlo o sotto una luce troppo positiva o al contrario troppo negativa, rendendo di fatto le risposte non autentiche (Markon et al., 2013).

Ricapitolando, quindi, il PID-5 e le sue relative versioni, viene utilizzato in svariati contesti, dalla ricerca alla clinica, dimostrandosi un supporto valido e alternativo rispetto a molti *test* già presenti in letteratura per la valutazione della personalità disfunzionale (Watters & Bagby, 2018).

2.2 L'accordo sé-altro tra *target* e *informant* in *setting* clinici e non

Considerando che la peculiarità più emblematica dei DP è l'egosintonicità, è opportuno riflettere sulla possibilità, piuttosto elevata, che un individuo che manifesta questi disturbi possa non comprendere, parzialmente o totalmente, il grado di disadattamento dei propri comportamenti o schemi cognitivi (Hirchfeld, 1993). A fronte di queste considerazioni, in questa sede, ci si pone il quesito di chi sia in grado di valutare più accuratamente la personalità di un individuo: sé stessi o gli altri?

Per fornire una risposta adeguata, è fondamentale considerare quello che viene chiamato "accordo sé-altro" (*self-other agreement*), elemento indispensabile per una migliore

valutazione e comprensione dei tratti di personalità di un individuo (Krueger et al., 2023). La valutazione della personalità, per com'è intesa oggi, riguarda il modo in cui un individuo percepisce i propri comportamenti, pensieri e modi di essere e come essi vengono osservati e compresi dagli altri, considerando che la personalità di un individuo viene mostrata, soprattutto, attraverso canali comunicativi con l'altro all'interno delle proprie relazioni interpersonali (Vazire & Carlson, 2010). Una peculiarità delle persone che presentano un DP è quella di avere difficoltà nel saper riconoscere le potenziali conseguenze dei propri comportamenti all'interno delle loro interazioni, portandole così ad avere una visione distorta di sé stessi a causa dei *feedback* ricevuti dagli altri (Kernberg, 2016). Per l'appunto, considerando che molte volte le informazioni fornite dagli individui con DP su sé stessi sono distorte o addirittura omesse, una descrizione da parte di terzi, che possa offrire un quadro migliore delle caratteristiche maladattive della personalità dell'individuo *target*, risulta essere necessaria molto più di quanto si pensi (Zimmermann et al., 2015). Logicamente, anche le valutazioni fornite dagli informatori sono soggette a *bias*, per il fatto che il materiale che se ne ricava è sempre soggetto alla personale visione e interpretazione dell'informatore (Zimmermann et al., 2015). Ciò che la letteratura sta tentando di fare negli ultimi anni è proprio quello di integrare le informazioni *self-report* e quelle *other-report*, in modo tale da ricavare una "mappa" che offra le migliori e le più attendibili informazioni sulla personalità dell'individuo che si sta valutando (Vazire & Carlson, 2010).

L'accordo sé-altro viene misurato secondo due modalità principali: in primo luogo, osservando la correlazione esistente tra le informazioni fornite dal *target* e dagli *informant* (*rank-order agreement*), a seguito della somministrazione di strumenti atti a valutare specifici tratti di personalità del *target*; in secondo luogo, valutando il livello medio di accordo su un determinato tratto di personalità, o meglio, la corrispondenza esistente tra il livello medio di quel tratto riportato dai *target* e il livello medio del medesimo riportato dagli informatori (*mean-level agreement*) (Oltmanns & Oltmanns, 2021). Coerentemente, si parlerà di "alto grado di accordo" quando entrambe le valutazioni forniranno delle informazioni pressoché simili relative ai tratti di personalità del *target* indagati; in questo modo è possibile esaminare il livello del grado di accordo sé-altro (Oltmanns & Oltmanns, 2021).

In letteratura sono presenti alcuni studi che dimostrano l'affidabilità tra le valutazioni *self-report* e quelle *informant-report*. È il caso dello studio di Oltmanns e Turkheimer (2009), il quale ha considerato un gruppo di giovani adulti non clinici, che riportavano gravi problemi legati alla personalità e i rispettivi informatori, i quali erano amici (perlopiù coetanei). L'analisi di auto- ed etero-valutazioni, ha dimostrato come gli informatori possano fornire un insieme di elementi che sono sia affidabili, ma anche indipendenti da quelli forniti dal *target* e che offrono importanti riflessioni sui problemi della personalità del *target* (Oltmanns et al., 2009). A volte, le informazioni sulla personalità fornite dagli informatori potrebbero risultare più accurate di quelle fornite dai dati *self-report*: questo a causa del fatto che le considerazioni di ciascun individuo sui propri pensieri, comportamenti, sentimenti e azioni possono essere falsati dai propri pregiudizi e dall'abitudine di ciascun individuo di amplificare o sminuire i propri stati interni, distorcendo di conseguenza le valutazioni sulla propria personalità, portando quindi gli altri a conoscere la personalità altrui, forse, meglio di quanto non la si conosca da sé (Vazire, 2010; Oltmanns et al., 2009).

Vazire (2010), prendendo a riferimento il modello *Self-other Knowledge Asymmetry* (SOKA; Vazire, 2010), che si propone di comprendere le asimmetrie riscontrate nell'accordo sé-altro; ha utilizzato un gruppo di 165 studenti universitari (100 donne e 65 uomini), i quali sono stati suddivisi in sottogruppi di studenti (da cinque o tre unità) dove alcuni si conoscevano già e altri erano del tutto sconosciuti. Gli studenti di ogni gruppo erano a loro volta sia informatori che i partecipanti da valutare; la valutazione avveniva tramite un questionario sulla personalità creato *ad hoc* per lo studio, composto da 40 *item*. Ad ogni studente veniva assegnato un numero e ogni volta che veniva compilato un questionario il compilatore doveva segnare sul questionario il numero dello studente che stava valutando e così via, in questo modo tutti venivano valutati all'interno del proprio gruppo. Al termine dello studio, Vazire (2010) ha osservato la presenza di associazioni significative tra le valutazioni *self-report* e *other-report* per quanto riguarda i tratti di estroversione e nevroticismo, mentre sono state osservate correlazioni più deboli per i tratti di apertura all'esperienza, piacevolezza e coscienziosità (indipendentemente dal fatto che informatore e *target* si conoscessero o meno). Inoltre, i risultati hanno suggerito che il grado di accordo aumenterebbe in base al grado di intimità della relazione tra *target* e informatore, soprattutto quando si analizzano tratti di personalità più difficilmente

osservabili dall'esterno. Più precisamente informatori come amici stretti, ad esempio, sembrerebbero fornire informazioni più simili a quelle dei *target*, grazie al loro alto livello di intimità (Vazire, 2010). La considerazione finale fatta dall'autore è che l'individuo *target* riuscirebbe a discriminare meglio gli stati interni, come pensieri e sentimenti, e quindi valuterebbe meglio tutti quei costrutti che sono scarsamente osservabili, mentre l'informatore sarebbe maggiormente in grado di valutare tutti quegli aspetti che è possibile osservare facilmente nell'altro, come schemi di comportamento o azioni particolari compiute dal *target* (Vazire, 2010); questa ipotesi verrà successivamente corroborata dalla letteratura su questo argomento.

In sintesi, quindi, l'integrazione dei *report* degli informatori fa sì che vengano aggiunti elementi alla valutazione della personalità del *target* che altrimenti non potrebbero emergere basandosi solamente sui *self-report* (Krueger et al., 2023). Spesso, difatti, accade che le valutazioni degli informatori siano più affidabili per alcune tipologie di disturbi come, ad esempio, i DP esternalizzanti (caratterizzati da bassi livelli di coscienziosità e piacevolezza), anziché per i DP internalizzanti (ovvero DP definiti da alti livelli di nevroticismo) (Carlson et al., 2013).

Lo studio di Carlson e collaboratori (2013) ha avuto come obiettivo quello di valutare le discrepanze emergenti dai *report* dei *target* e degli informatori relativamente ai tratti di personalità presenti nel FFM, al fine di identificare se e quando una prospettiva possa essere più accurata dell'altra nell'identificazione dei DP. Sono stati reclutati 991 adulti senza alcuna diagnosi di DP o altro disturbo mentale; ai partecipanti è stato chiesto di indicare chi sarebbero stati i loro informatori, che erano amici, familiari o coniugi. In un primo momento è stato chiesto, sia ai *target* sia agli informatori di compilare il NEO *Personality Inventory Revised* (NEO PI-R). Successivamente, è stato chiesto agli informatori di valutare gli elementi patologici presenti nella personalità del proprio *target*, facendo riferimento alle caratteristiche patologiche dei 10 DP descritti nel DSM-IV. Infine, come ultimo strumento di analisi e valutazione, è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata somministrata solamente ai *target*, ossia la *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SIDP-IV; APA, 2013), allo scopo di analizzare i loro tratti patologici e i relativi comportamenti disfunzionali.

I risultati hanno mostrato come i *report* dei *target* tendessero a identificare maggiormente gran parte dei DP di tipo internalizzante, come ad esempio il DP evitante, specie per il tratto di nevroticismo. Al contrario, le informazioni ottenute dai *reports* degli informatori sembravano propendere di più per l'identificazione dei DP esternalizzanti, in particolar modo per i tratti di gradevolezza, coscienziosità ed estroversione del FFM (Carlson et al., 2013). Oltre a queste discrepanze nella valutazione, gli autori hanno osservato che, nel valutare la patologia di personalità nel complesso, entrambe le prospettive risultavano ugualmente accurate (Carlson et al., 2013). Più semplicemente, prendendo a riferimento i 10 DP indagati, in media le valutazioni *self-report* e *other-report* fornivano pressappoco livelli medi di accordo simili nei tratti analizzati, anche se nel complesso gli *other-reports* sembravano essere più accurati nell'identificare sia i DP internalizzanti che quelli esternalizzanti (Carlson et al., 2013; Vazire, 2010).

Quando si parla, invece, di pazienti con disturbi psichiatrici, ci sono alcune variabili che intervengono nel grado di accordo sé-altro che è importante tenere in considerazione (Oltmanns et al., 2004). Le persone che presentano DP di frequente vengono percepite come socialmente inappropriate o comunque poco conformi al contesto di riferimento; il modo in cui le altre persone giudicano la personalità di un altro individuo viene chiamata "percezione interpersonale" (Oltmanns et al., 2004). Tale percezione interpersonale può gravare sulla persona con DP in tre modi: a) le persone con DP possono non essere in linea col pensiero altrui riguardo la propria personalità e renderli conformi alle aspettative altrui; b) a causa di questi giudizi possono non avere fiducia negli altri, portandoli a non essere in grado di creare delle relazioni interpersonali stabili; c) il giudizio degli altri potrebbe portare all'esclusione e all'isolamento delle persone con DP, le quali a loro volta sceglierebbero di non intrattenere rapporti con tali persone (Tandler et al., 2016).

Considerando che, nella valutazione dell'accordo sé-altro, vengono coinvolti gli informatori, che sono di per sé dei conoscenti dell'individuo con DP con i quali esso è in relazione, è molto probabile che le problematiche relative alla percezione interpersonale vengano a manifestarsi, causando potenzialmente delle discrepanze nelle valutazioni (Tandler et al., 2016). Un altro problema che si collega a quanto detto finora fa riferimento alla mancanza di consapevolezza circa le proprie caratteristiche di personalità che i

pazienti con DP molto spesso riportano (Kernberg et al., 2016). Bernstein e collaboratori (1997) hanno ipotizzato che i pazienti con DP avrebbero difficoltà a comprendere realisticamente il proprio funzionamento di personalità e le proprie caratteristiche di personalità, il che talvolta li porta a distorcere le loro risposte ai *test*. Tutti questi fattori (sommati ad altri potenziali problemi psicologici in comorbidità) sono variabili intervenienti quando si prende in considerazione la validità degli strumenti *self-report* nei pazienti psichiatrici (Bernstein et al., 1997). Anche gli stati emozionali e gli effetti dovuti all'influenza dell'ansia di stato, tono dell'umore deflesso o altri disturbi mentali in comorbidità possono intervenire sull'affidabilità delle valutazioni *self-report*; ad esempio, pazienti che manifestano elevati livelli di ansia potrebbero non essere in grado di rispondere adeguatamente ai *test*, fornendo così dati che non risulterebbero affidabili né dal punto di vista statistico e né da quello clinico (Krueger et al., 2023).

Tuttavia, alcuni studi hanno ottenuto risultati non in linea con queste affermazioni; i primi ricercatori sono stati proprio Bernstein e collaboratori (1997) i quali, hanno analizzato l'accordo sé-altro servendosi della *Structured Interview for DSM-III Personality Disorders* (SIDP; Pfohl et al., 1982); lo strumento è stato somministrato a un gruppo di 62 pazienti psichiatrici, ai quali successivamente è stato chiesto di nominare delle figure che fungessero da informatori, nello specifico un membro della famiglia o un amico, dove a quest'ultimi è stato chiesto di fornire delle informazioni sul paziente, utilizzato il medesimo strumento. Dai risultati è emerso che l'accordo diagnostico basato sulle informazioni ricavate dalla SIDP fornite dal paziente e quelle fornite dall' informatore è risultato scarso; se si andavano ad osservare i vari gradi di accordo relativi ai tratti specifici di personalità, basandosi su un'ottica dimensionale, il grado di accordo tra paziente-informatore aumentava notevolmente osservando, inoltre, che gli elementi di ansia o tono dell'umore deflesso nei pazienti non erano rilevanti nel determinare il livello del grado di accordo tra le parti (Bernstein et al., 1997).

Altri studi, come quello di Trull e Goodwin (1993), hanno dimostrato come i cambiamenti sui punteggi dei DP tra pazienti e informatori basati sulle interviste come, ad esempio la SIDP, non erano associati *in toto* con la manifestazione di sintomatologie ansiose o altri disturbi mentali in comorbidità nei pazienti affermando, dunque, che la presenza di ansia di stato o tono dell'umore deflesso agissero in modo differenziato, influenzando solamente alcuni tratti di personalità, ma non tutti (Trull & Goodwin, 1993).

Più recentemente, altri studiosi hanno voluto indagare quanto grado di accordo ci fosse tra paziente e informatore e chi tra i due rilevasse i più alti livelli di gravità della psicopatologia di personalità del paziente. Miller e collaboratori (2005) hanno condotto uno studio su campione psichiatrico composto da 69 individui e dai loro rispettivi informatori (un coniuge, un *partner* romantico, un figlio o un amico intimo), volto a indagare: a) il grado di accordo *self-other* sulla personalità in generale, misurata tramite il FFM e i tratti di personalità misurati tramite intervista strutturata (SCID); b) le relazioni tra le due valutazioni (FFM e tratti) e il consenso sul DP del paziente (basandosi sui criteri diagnostici del DSM-III); c) la validità incrementale dei punteggi di personalità valutati dagli informatori.

Da questo studio si è concluso che le correlazioni *self-other* per gli otto DP considerati nello studio variavano da 0,37 (DP evitante) a 0,69 (DP antisociale), con una correlazione media di 0,51 (Miller et al., 2005). I risultati delle valutazioni dei pazienti e dei loro informatori, relative al DP antisociale, si trovano concordi nel sottolineare che i pazienti che soddisfacevano i criteri per tale disturbo erano caratterizzati da punteggi molto bassi (attribuiti sia dai pazienti che dagli informatori) nel dominio della gradevolezza; mentre per il DP narcisistico sono state osservate basse correlazioni sui tratti di nevroticismo ed estroversione, a livello sia di dominio sia di tratto (Miller et al., 2005). Nel complesso, tale studio ha supportato l'uso delle valutazioni da parte degli informatori, fornendo una prova chiara di come esse, nonostante le poche eccezioni, siano rilevanti sia dal punto di vista statistico che clinico per una corretta identificazione di un DP e dei tratti disadattivi della personalità del *target*. Per di più, dallo studio è emerso come in media i pazienti si attribuissero dei livelli di gravità superiori a quelli riportati dagli informatori (Miller et al., 2005). Al contempo, la maggioranza delle valutazioni significative sui domini FFM fornite dagli informatori erano altrettanto accurate e predittive delle valutazioni fornite dai pazienti (Miller et al., 2005).

Tuttavia, lo studio di Zimmermann e collaboratori (1988), ha riportato risultati contrari in passato. Utilizzando un campione di 66 pazienti i quali soddisfacevano i criteri del DSM-III per un Disturbo Depressivo maggiore e i reciproci informatori scelti dal paziente, per lo più familiari, servendosi dell'uso della SIDP (compilata sia dal paziente che dall'informatore), gli autori hanno indagato il grado di accordo tra paziente e informatore circa la gravità psicopatologica del paziente e la relativa presenza di eventuali

DP, evidenziando come gli informatori tendessero ad attribuire sia livelli di gravità della psicopatologia superiori sia un maggior numero di diagnosi di DP rispetto alle autovalutazioni riportate dai pazienti (Zimmermann et al., 1988).

Nel complesso, gli studi passati in rassegna sottolineano l'importanza del corretto riconoscimento dei domini disfunzionali di un paziente nel prevedere il rischio dell'eventuale DP, confermando ancora una volta che entrambe le prospettive sono in grado di fornire delle valutazioni accurate e uniche (Krueger et al., 2023; Miller et al., 2005). In aggiunta, Ready e collaboratori (2002) valutando la personalità sempre secondo doppia valutazione (*sé-altro*) e avvalendosi dell'uso della SNAP, hanno osservato come le valutazioni *other-report* fossero in grado di predire anche il funzionamento interpersonale (sia presente, sia futuro) del paziente. Infine, le informazioni ricavate dalle discrepanze tra le valutazioni dei pazienti e quelle degli informatori possono essere necessarie per comprendere le fonti di *distress* nelle relazioni interpersonali dei pazienti, fornendo così, dati importanti sulle dinamiche e sulla natura di tali relazioni (Miller et al., 2005; Piedmont, 1998).

2.3 L'utilizzo dell'AMPD nell'indagine dell'accordo sé-altro

L'accordo *sé-altro* ha riscosso particolare interesse nei ricercatori, soprattutto quando riguarda la valutazione dei tratti maladattivi di personalità e la valutazione dei DP (Oltmanns & Oltmanns, 2021). In particolare, molti studi hanno dimostrato che l'analisi del grado di accordo *sé-altro* consente di arrivare ad avere un quadro più completo del funzionamento dell'individuo da più prospettive (Krueger et al., 2023). L'accordo *sé-altro* sui tratti maladattivi di personalità può dipendere da svariati fattori: *in primis* dalla tipologia di informatore (ad esempio, pari, coniugi, persone vicine o clinici), la durata e la qualità della relazione, l'età del *target*, il sesso del *target*, il tipo di campione (clinico o non clinico), il metodo di valutazione e molti altri (Oltmanns & Oltmanns, 2021). Le informazioni fornite da terzi sui tratti di personalità possono anche incrementare la validità e l'affidabilità delle valutazioni e inoltre, arginare le problematiche relative alle valutazioni individuali (Bottesi et al., 2018). Nella fattispecie, figure come i coniugi o i

terapeuti potrebbero essere in possesso di informazioni su aspetti meno osservabili della personalità del *target*, come ad esempio la sperimentazione di emozioni negative, mentre i coetanei o altre figure vicine al *target* potrebbero avere accesso a caratteristiche più facilmente osservabili, ad esempio, la loquacità o l'estroversione (Funder, 1995; Vazire, 2010). I coniugi, inoltre, potrebbero anche avere meno difficoltà, rispetto a pari, compagni di classe, amici o altri membri della famiglia, nel riferire tratti di personalità più complessi come la coscienziosità o la gradevolezza (Oltmanns & Oltmanns, 2019). Anche l'età del *target* sembra rivestire un ruolo importante nell'influenzare il grado di accordo, in quanto la diversa età riflette diversi gradi di maturazione della personalità; di conseguenza, quando la personalità del *target* è matura e quindi più stabile, sarebbe più facile ottenere un alto grado di accordo tra le due parti (Oltmanns & Oltmanns, 2019).

Negli ultimi anni la ricerca si è concentrata sulla valutazione della personalità prendendo a riferimento i tratti di personalità presentati nel FFM e le relative varianti disadattive inserite nell'AMPD (Samuel et al., 2018). La metanalisi di Connelly e Ones (2010), basata sullo studio di 44.178 individui derivanti da 263 campioni indipendenti, ha avuto l'obiettivo di verificare l'utilità del PID-5 e del PID-5-IRF, compilato dai *target* e dai rispettivi *partner* romantici o altre figure significative (familiari o amici), ai fini di valutare l'affidabilità nell'identificazione dei tratti maladattivi di personalità del *target*. Dalle analisi è emerso come i tratti di piacevolezza ed estroversione, venissero giudicati come facilmente osservabili e abbiano ottenuto un grado di accordo elevato, mentre i tratti legati all'apertura sono stati considerati di più difficile individuazione da parte degli informatori (Connelly & Ones, 2010). In aggiunta, in questo studio è stato notato come le valutazioni sulla personalità riportate da amici o *partner* non conviventi fossero piuttosto accurate, senza particolari differenze rispetto alle valutazioni dei coniugi/*partner* conviventi, che sono considerati gli informatori più affidabili grazie alla maggiore intimità con i *target* in virtù della loro vicinanza quotidiana e della durata della loro relazione; tali variabili, per lo meno a livello teorico, dovrebbero consentire di avere una maggiore capacità discriminativa dei tratti maladattivi di personalità del *target* (Connelly & Ones, 2010).

Successivamente, lo studio di Bottesi e collaboratori (2018) ha avuto lo scopo di valutare il grado di accordo sé-altro per i tratti maladattivi di personalità dei partecipanti *target*. Lo studio è stato condotto su un campione italiano di 80 individui non clinici che hanno compilato il PID-5, e i loro relativi informatori (*partner* romantici, coniugi, familiari e amici) i quali, invece, hanno compilato il PID-5-IRF in riferimento al rispettivo *target*. I risultati hanno dimostrato la presenza di un grado di accordo sé-altro moderato nei domini della personalità patologica indipendentemente dal tratto indagato (Bottesi et al., 2018). Eccezioni sono state riscontrate nel caso di specifiche sfaccettature, come la Sottomissione (cioè la tendenza a conformarsi ai comportamenti, interessi o desideri altrui), la Manipolazione (ovvero la tendenza a influenzare o controllare gli altri) e l'Ostilità, per le quali è emersa totale mancanza di accordo; soprattutto i punteggi attribuiti al tratto Sottomissione erano molto più elevati quando la valutazione era fornita dalle compilazioni *self-report*, rispetto a quando derivava dagli informatori (Bottesi et al., 2018). Coerentemente, nei due studi (Bottesi et al., 2018; Connelly & Ones, 2010) non sono state trovate associazioni tra il grado di accordo sé-altro e la durata e il grado di conoscenza nella relazione delle coppie *target*-informatore, a parte alcune deboli correlazioni tra la durata e il grado di accordo nel dominio del Distacco e nelle *facets* di Anedonia e *Attention seeking* (Bottesi et al., 2018).

Un altro interessante risultato riguarda l'associazione tra il grado di accordo e la tipologia di informatore scelto; più precisamente, quando l'informatore era un *partner* romantico, l'accordo era elevato su un numero maggiore di domini, al contrario di quanto osservato quando gli informatori erano familiari o amici (Bottesi et al., 2018). Tuttavia, il livello di accordo quando a essere *informant* erano gli amici è emerso moderato, in particolare per i tratti più facilmente osservabili dall'esterno, nonostante la durata e l'intimità della relazione fossero inferiori (Bottesi et al., 2018). Il fatto che un tratto sia più facilmente osservabile sembrerebbe essere una variabile di maggior rilievo per fornire valutazioni più accurate quando l'informatore e il *target* si conoscono meno (ad esempio amici o pari), rispetto a quando la conoscenza è maggiore, come nel caso dei *partner* romantici o dei coniugi, dove la variabile dell'osservabilità del tratto non influenzerebbe particolarmente il grado di accordo (Bottesi et al., 2018; Paunonen, 1989). Questo perché essere in una relazione di amicizia riflette l'impegno di entrambe le parti di stare in una

relazione caratterizzata dalla simpatia, ma la quantità di tempo passato assieme e il livello di intimità potrebbero essere inferiori rispetto ad altre tipologie di relazioni (Connelly & Ones, 2010). Sembrerebbe, quindi, che quando l'informatore è un coniuge o un *partner* romantico il grado di accordo aumenti, nello specifico per i tratti riguardanti l'aggressività, l'insicurezza relazionale e la maleducazione, rispetto a quando gli informatori appartengono ad altre categorie (Connelly & Ones, 2010; Yalch e Hopwood, 2017).

In conclusione, dagli studi citati si osserva come l'aver una relazione stabile e di lunga durata permetterebbe di acquisire un alto grado di vicinanza, consentendo di valutare aspetti peculiari della personalità del *target* non facilmente accessibili in un primo momento, come possono essere i tratti legati ai domini di Distacco, Psicoticismo o dell'Affettività negativa (Bottesini et al., 2018; Connelly & Ones, 2010; Jopp & South, 2015). Al contrario, tipologie di coppie come amici e familiari, o comunque coppie contraddistinte da livelli di intimità inferiori, riportano in genere gradi di accordo più bassi, sia sui domini che sulle sfaccettature, pur risultando comunque degli informatori attendibili ed accurati; ciononostante, data comunque l'affidabilità delle valutazioni dimostrate da queste ultime categorie di informatori citate, tali studi sottolineano come la durata di una relazione potrebbe anche non essere un elemento rilevante nel determinare il grado di accordo tra *target* e informatore (Starzyk et al, 2006).

La personalità, dunque, può essere identificata dagli informatori nei casi in cui la circostanza consente al *target* di esprimere il tratto specifico indagato e all'osservatore di riconoscere e cogliere i comportamenti associati a esso (Kaurin et al., 2018). Al contempo, gli informatori creano inferenze sulla personalità del *target* integrando il comportamento osservato di esso nelle differenti situazioni o eventi a loro conosciuti (Kaurin et al., 2018).

Dal momento che i DP sono caratterizzati, in parte, da componenti esternalizzanti, gli *other-report* sui comportamenti manifesti associati a determinati tratti di personalità del *target* risultano essere una fonte indispensabile (Vazire & Oltmanns, 2011). Inoltre, le etero-valutazioni acquisiscono un valore aggiunto se si considera che le informazioni ricavate dai *self-report* potrebbero anche sottostimare i comportamenti disadattivi

associati ai tratti patologici presenti nel *target*, sempre per il fatto che alcuni comportamenti associati a determinati tratti di personalità vengono vissuti dall'individuo in modo egosintonico (Oltmanns & Turkheimer, 2009).

Pertanto, lo studio di Kaurin e collaboratori (2018) ha avuto come obiettivo quello di esplorare le associazioni presenti tra i *report* degli informatori sui tratti di personalità dei *target* con i relativi *self-report* compilati dal *target*, ma anche con i comportamenti (associati ai tratti di personalità del *target*) osservati dagli informatori in tre diversi contesti sociali simulati in laboratorio. Lo studio ha utilizzato come campione un gruppo di 256 studenti (non clinici), di cui 130 femmine e 126 maschi, della *University of California Riverside* (UCR); a ogni partecipante è stato chiesto di nominare due valutatori (se possibile amici coetanei) che lo conoscessero bene. Tutti hanno compilato il *Big Five Inventory* di 44 *items* (BFI; John & Srivastava, 1999); successivamente, agli informatori è stato chiesto di recarsi in laboratorio e di fornire delle informazioni sul *target* e di osservare i suoi comportamenti nelle situazioni sperimentali proposte. Le sessioni di interazione sociale tra i *target* sono avvenute in tre giornate, dove veniva chiesto ai *target* di interagire con altri individui *target*, mai conosciuti in precedenza (Kaurin et al., 2018). Le tre interazioni erano le seguenti: la prima consisteva in una conversazione di cinque minuti, nella quale i partecipanti potevano parlare di ciò che preferivano; la seconda riguardava il completamento in gruppo di un compito cooperativo; la terza e ultima interazione consisteva, invece, in un compito di competizione tra i partecipanti.

I risultati dello studio hanno mostrato che i resoconti degli informatori sui tratti osservati nei *target*, erano in linea con i *self-report* dei *target*. Per quanto riguarda i comportamenti del *target* osservati nelle tre interazioni sociali, tuttavia, i risultati non erano in linea con le ipotesi presenti in letteratura, secondo cui i tratti di personalità internalizzanti sarebbero meno osservabili di quelli esternalizzanti e di conseguenza anche i relativi comportamenti associati a essi (Vazire, 2010). In questo studio, infatti, le manifestazioni comportamentali dei tratti di personalità relativi ai DP evitanti e schizoidi (DP considerati contraddistinti da tratti di natura internalizzante), sono stati individuati dagli informatori e dai *target* con livelli di affidabilità sovrapponibili a quelli delle valutazioni riportate per i comportamenti correlati ai tratti istrionici, che sono, all'opposto, iper-sociali ed estremamente esternalizzanti (Kaurin et al., 2018).

Una possibile spiegazione, secondo gli autori, potrebbe essere attribuibile proprio all'osservazione dei comportamenti relativi ai tratti indagati; infatti, i tratti evitanti sono caratterizzati da manifestazioni eccessive di ansia sociale, anassertività ed eccessiva preoccupazione a causa di un'estrema vulnerabilità alle valutazioni negative e alla critica, tutti aspetti che vengono enfatizzati nelle interazioni sociali con l'altro, rendendo i comportamenti associati facilmente riconoscibili (Kaurin et al., 2018); contrariamente, ai tratti schizoidi sono associati comportamenti caratterizzati da freddezza, ritiro, irritabilità e distacco, i quali però risultano anch'essi elementi che emergono immediatamente in una relazione interpersonale, nonostante la natura internalizzante dei DP caratterizzati da questi comportamenti (Kaurin et al., 2018). L'analisi del comportamento, inoltre, si è dimostrata in linea con i dati ricavati dal questionario sui tratti di personalità rilevati sia dai *self-report* che dagli *other-report*, confermandone l'utilità per il corretto riconoscimento di eventuali DP (Kaurin et al., 2018).

Ciò suggerisce l'importanza di integrare informazioni sui comportamenti disadattivi del *target* che potrebbero non essere riconosciuti dallo stesso e quindi ricavarne una valutazione della personalità più completa (Vazire & Mehl, 2008). In sostanza, l'osservazione comportamentale può fungere da *test* per l'attendibilità delle eterovalutazioni e/o dei *self-report* sulla personalità dell'individuo in esame raccolte attraverso interviste o questionari (Vazire & Mehl, 2008).

Indagare le associazioni tra le valutazioni *self-reports*, *other-reports* e i comportamenti manifesti è utile anche per verificare il grado in cui gli individui che presentano tratti patologici sono in grado di comprendere la propria personalità e il suo relativo funzionamento (Sleep et al., 2019).

La consapevolezza (o *insight*) della propria psicopatologia da parte degli individui con tratti di personalità patologica è stata indagata dallo studio di Sleep e collaboratori (2019) che, reclutando un gruppo di 99 individui con tratti maladattivi di personalità misurati tramite l'uso del DSM-5 *Clinicians' Personality Trait Rating Form* (DSM-5 *Clinicians' PTRF*; APA, 2013), ha tentato di verificare le associazioni tra le valutazioni *self-report* e quelle dei loro informatori (amici, familiari o *partner* romantici) sui tratti maladattivi di personalità degli individui scelti come *target*. I risultati hanno evidenziato come nelle

valutazioni *self-report* fossero riportati livelli maggiori di patologia legati alla propria personalità, per tutti e cinque i tratti analizzati, rispetto alle valutazioni *other-reports*, suggerendo così che gli individui dimostrano un certo grado di *insight* riguardo alla propria patologia di personalità (Sleep et al., 2019). Tale studio ha dunque fornito risultati a disconferma dell'ipotesi secondo cui gli individui che presentano DP o tratti maladattivi di personalità non sarebbero in grado di identificare correttamente la propria psicopatologia o averne consapevolezza (Sleep et al., 2019) supportando, invece, che tali individui siano in grado non solo di valutare i propri tratti maladattivi di personalità, bensì anche di riconoscerli (Sleep et al., 2019). In riferimento agli individui con specifici DP, la metanalisi di Oltmanns e Oltmanns (2019), basandosi su 53 studi sull'accordo sé-altro, ha riscontrato che gli individui con DP narcisistico, ad esempio, riportavano livelli di gravità della propria patologia superiori ai livelli riscontrati dalle valutazioni *other-reports*; mentre, per gli individui caratterizzati da DP *borderline*, al contrario, sembravano emergere livelli di gravità della patologia maggiori nelle valutazioni *self-reports*.

Un altro studio effettuato da Carnovale e collaboratori (2019) si è concentrato sia sul grado di accordo tra informatori e *target*, in merito alla gravità della patologia presente nei *target*, ma anche sulle differenze nei livelli medi dei tratti; Lo studio, condotto su un gruppo clinico di 208 individui, si è basato sull'utilizzo del PID-5 (compilato dai *target*) come strumento per valutare i tratti maladattivi di personalità e l'eventuale presenza di DP, mentre agli informatori (amici e familiari) è stato chiesto di compilare il PID-5-IRF in riferimento al proprio *target*. L'obiettivo era quello di verificare se le persone che presentavano tratti maladattivi di personalità più gravi riportassero un minor grado di accordo con gli informatori, nel valutare i propri tratti maladattivi di personalità.

I risultati hanno mostrato la presenza di valutazioni più estreme (in termini di gravità della patologia) da parte dei *target*, su sfaccettature come: esperienze insolite, ansia, timore e convinzioni bizzarre. In aggiunta, la sfaccettatura della manipolazione mostrava il minor grado d'accordo; viceversa, sembrava esserci un forte grado di accordo per quanto riguarda la disinibizione. Infine, a livello generale, a differenza dei precedenti studi riportati, i *target* si auto-riferivano livelli inferiori di gravità della propria patologia rispetto ai livelli riportati dagli informatori, sia nei domini sia nelle sfaccettature

(Carnovale et al., 2019). Nel complesso, dunque, sembrerebbe che gli informatori forniscano punteggi più alti in termini di gravità della patologia di quanto non facciano i *target*; risultato che si trova in linea con l'ipotesi proposta dai ricercatori (Carnovale et al., 2019). Difatti, quando la gravità della patologia del *target* aumentava, le differenze tra le valutazioni *self-report* e *other-reports* aumentavano di conseguenza, mostrando valutazioni più elevate sulla gravità della patologia del *target* soprattutto da parte degli informatori (Carnovale et al., 2019).

Le discordanze emerse tra questo studio e quello di Sleep e collaboratori (2019) fanno riflettere sulla complessità di tali tematiche e di quanto ci sia ancora da lavorare per comprendere al meglio quali siano le modalità più accurate per valutare la personalità patologica, potendo così strutturare degli studi che indaghino l'accordo sé-altro secondo molteplici modalità (Carnovale et al., 2019, Sleep et al., 2019).

2.4. L'accordo paziente-terapeuta nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità

I risultati degli studi presi in rassegna suggeriscono che, nell'analisi del grado di accordo sé-altro, siano coinvolte numerose variabili che possono concorrere al livello del grado di accordo misurato. Tra queste, rientra la "natura" dell'informatore, ovvero se si tratta di una persona comune o, ad esempio, di una persona con particolari competenze come, ad esempio, un terapeuta (Oltmanns & Oltmanns, 2021). Vista la difficoltà nell'apportare una diagnosi, in special modo per i DP, la letteratura degli ultimi anni si è posta il problema di valutare quanto le diagnosi effettuate dai clinici siano in linea con le percezioni dei propri pazienti (Samuel et al., 2018). L'associazione tra le diagnosi proposte in contesti clinici e quelle proposte nei contesti di ricerca è un metro fondamentale per determinare la validità diagnostica dei clinici, e se tale associazione dovesse venire a mancare sarebbe possibile riscontrare delle difficoltà nel trasferire i risultati ottenuti nella ricerca all'interno della pratica clinica (Samuel et al., 2018). L'accordo sé-altro sui tratti maladattivi della personalità nella pratica clinica ha suscitato l'interesse di molti professionisti, specialmente per il fatto che dimostrare l'esistenza di un certo grado di accordo tra paziente e informatore per determinati tratti di personalità è sinonimo di riconoscere e validare l'esistenza stessa di tali tratti (Oltmanns & Oltmanns, 2021). Quando entrambe le prospettive forniscono un quadro coerente o perlomeno simile

sullo stesso tratto, si sviluppa un'idea a favore dell'esistenza di quel tratto o dell'esistenza di più tratti patologici che possono essere ricondotti alla presenza di un potenziale DP (Oltmanns & Oltmanns, 2021).

Considerando che le diagnosi di DP vengono effettuate tramite l'uso di specifiche interviste semi-strutturate e di questionari *self-report*, e a fronte del fatto che i pazienti con DP possono, come detto anticipatamente, non essere pienamente consapevoli dei propri sintomi, l'utilizzo di queste misure risulta essere di per sé problematico e talora anche controverso (Tyrer & Ferguson, 2000). Ad oggi, talvolta, per ridurre al minimo l'errore dato da queste modalità di raccolta delle informazioni, le segnalazioni da parte dei clinici sulla presenza di un DP vengono effettuate sulla base di interviste che utilizzano domande specifiche (alcune più dirette e altre meno), e tramite una stima di quanto il paziente sia attendibile nel riportare al clinico i propri tratti di personalità e comportamenti meno accettabili (Davidson et al., 2003). Pertanto, per evitare queste problematiche, alcuni autori in passato hanno fatto ricorso all'uso della *Shelder Westen Assessment Procedure* (SWAP-200; Westen & Shelder, 1999). Questo strumento consente di valutare il DP del paziente, sia dimensionalmente che categorialmente, utilizzando i medesimi *item* per entrambe le tipologie di valutatori, con l'unica differenza riguardante il cambiamento della sintassi degli *item* per la SWAP-200 somministrata ai pazienti, in modo tale che la lettura risulti coerente dal loro punto di vista (Davidson et al., 2003). La metodologia proposta da questo strumento consente di porre delle domande consecutive in modo lineare, permettendo al clinico di identificare gli *item* che risultano descrittivi del proprio paziente (Westen & Shelder, 1999).

Lo studio di Davidson e collaboratori (2003) è stato uno dei primi a chiedersi quanto ci fosse accordo tra la visione da parte del clinico e il punto di vista del paziente stesso. Lo studio ha coinvolto 23 coppie paziente-terapeuta, dove al paziente è stata effettuata diagnosi di DP tramite l'ausilio della *Structural Clinical Interview for DSM-III* (SCID-II; First et al., 1997); successivamente, sia i pazienti che i terapeuti hanno compilato le rispettive versioni della SWAP-200. Nel complesso, i risultati hanno indicato scarsi livelli di accordo: i pazienti e i clinici variavano in maniera ingente rispetto alla descrizione della personalità del paziente. Gli elementi depressivi e ossessivi sono stati valutati più alti da parte dei pazienti, rispetto ai clinici, mentre per i prototipi di personalità schizoide,

paranoide e antisociale emergevano, valutazioni più alte da parte dei clinici (Davidson et al., 2003). In conclusione, la presenza di uno scarso accordo tra paziente e terapeuta, usando lo stesso strumento di indagine, ha dato spazio a studi successivi che hanno avuto come obiettivo primario quello di approfondire tale area di indagine (Davidson et al., 2003).

Un'importante rassegna di 27 studi effettuata da Samuel e collaboratori (2015) si è occupata di indagare il grado di accordo tra le diagnosi effettuate dai terapeuti e le autovalutazioni dei pazienti. Nello studio si è rilevato come l'accordo fosse in media pari a $r = 0,23$, dunque abbastanza basso. Questo risultato può essere il frutto di numerose variabili, tra cui anche l'utilizzo di metodologie differenti per la raccolta delle informazioni. Tuttavia, è stato notato un aumento del grado di accordo quando si utilizzavano metodologie più strutturate come la SWAP-200 (Samuel et al., 2015). Questi autori hanno suggerito, nuovamente, che l'utilizzo di strumenti che valutino la personalità in modo dimensionale potrebbero risolvere alcune limitazioni insite all'accordo paziente-terapeuta come: l'utilizzo di sistemi categoriali per l'individuazione dei vari DP (Gritti et al., 2018; Samuel et al., 2015); l'utilizzo di strumenti di valutazione troppo brevi per i terapeuti, rispetto a quelli compilati dai pazienti, il che potrebbe portare i terapeuti a non avere strumenti adeguati ed esaustivi che consentano una valutazione della personalità del paziente in modo ottimale (Samuel et al., 2015).

Lo studio di Samuel e collaboratori (2018), ha affrontato tali limitazioni, andando a confrontare le valutazioni dei tratti maladattivi dei pazienti e quelle dei propri terapeuti, servendosi del PID-5 e del PID-5-IRF. Nello specifico, 27 pazienti hanno compilato il PID-5, mentre i loro rispettivi terapeuti hanno compilato il PID-5-IRF. L'utilizzo di due strumenti equivalenti per la valutazione dei tratti ha consentito ai ricercatori di valutare anche l'accordo su livello medio sia per i domini che per le sfaccettature, ipotizzando di osservare, un forte grado di accordo tra pazienti e terapeuti. I ricercatori si aspettavano di osservare un alto grado di accordo per i domini più facilmente osservabili, come Disinibizione, Estroversione e Antagonismo, mentre per quanto riguarda lo Psicoticismo e l'Affettività negativa, ci si aspettava di riscontrare un grado di accordo minore. Infine, i ricercatori hanno ipotizzato di osservare dei livelli di tratti maladattivi di personalità superiori riportati dai clinici, rispetto ai pazienti (Samuel et al., 2018).

Tutti i pazienti erano in un percorso psicoterapico individuale; i criteri di esclusione erano: non essere maggiorenni, l'aver una disabilità intellettiva o la presenza di un episodio maniacale acuto, la presenza di un disturbo psicotico e la non comprensione dell'inglese scritto.

Rispetto ai precedenti studi presenti in letteratura, ha dimostrato un grado di accordo sé-altro maggiore sia per i domini di tratto che per le relative sfaccettature. Questo risultato ha portato gli autori a ipotizzare che ciò sia dovuto all'utilizzo dell'AMPD; per il fatto che la valutazione della personalità da un punto di vista dimensionale, consentirebbe al paziente di sentirsi meglio rappresentato dagli *items* inseriti all'interno degli strumenti utilizzati, i quali riescono a valutare in modo più accurato tutti i tratti di personalità e al contempo, consente clinico di avere una descrizione più ampia della personalità del paziente, consentendogli così di discriminare meglio quali tratti sembrano riferirsi al proprio paziente o meno (Samuel et al., 2018). I risultati, inoltre, sono coerenti anche con quanto ottenuto in studi precedenti come quello di Davidson e collaborati (2003), dove i gradi di accordo erano maggiori quando la personalità veniva valutata in modo dimensionale. Per quanto riguarda i livelli medi di accordo, i pazienti riferivano livelli di tratti maladattivi di personalità maggiori rispetto a quanto riferito dai terapeuti (Samuel et al., 2018). Questo risultato potrebbe suggerire come, sovente, la capacità discriminativa dei pazienti per quanto riguarda la propria psicopatologia venga sottovalutata (Samuel et al., 2018).

Samuel e collaboratori (2018) hanno tentato di offrire diverse spiegazioni a questo risultato: in primo luogo, il riportare un'elevata gravità di psicopatologia da parte dei pazienti potrebbe essere in linea con la richiesta di aiuto, che spingerebbe a sopravvalutare la natura disfunzionale della propria personalità. Una seconda spiegazione riguarda i termini di paragone utilizzati dai due valutatori: i pazienti nel valutare la propria personalità, è possibile si confrontino con modelli di riferimento come, ad esempio, familiari, amici o conoscenti, che però mostrano dei tratti meno estremizzati rispetto ai loro e questo li porterebbe a compilare i *self-report* attribuendo punteggi più estremi agli *item* (Samuel et al., 2018). Al contrario, i terapeuti potrebbero essere propensi a confrontare i propri pazienti con la casistica con cui sono venuti in contatto, che potrebbe

aver mostrato quadri psicopatologici più gravi e più alti livelli di compromissione del funzionamento (Samuel et al., 2018).

I pazienti si sono attribuiti livelli più elevati, in particolare, di Psicoticismo e dell’Affettività negativa, che sono domini internalizzanti e più difficilmente osservabili (Samuel et al., 2018): la presenza di sintomi dissociativi e le convinzioni bizzarre potrebbero essere aspetti complessi da riconoscere anche da parte del clinico di riferimento, nonostante sia presente una prolungata relazione terapeutica (Samuel et al., 2018). Inoltre, non è così scontato che i pazienti siano stati obiettivi nel riportare le proprie valutazioni su tali tratti, per il fatto che la risposta ad *item* particolari come: “sono presenti idee o pensieri che gli altri reputano strani”, potrebbe essere soggetta a *bias* di riferimento. Questo *bias* potrebbe portare i pazienti con altre patologie come la depressione, ad esempio, a considerare i propri pensieri pessimistici come “strani”, poiché giudicati come tali dalle persone a loro vicine in passato. A fronte di ciò, non è dunque sorprendente che i pazienti possano riportare risposte estreme a tali *item* inerenti ai domini di Psicoticismo o dell’Affettività negativa, anche quando, invece, non sarebbero risposte appropriate (Samuel et al., 2018).

A pochi anni da questo studio Balling e collaboratori (2021), hanno cercato di replicare ed estendere i risultati riportati dallo studio di Samuel e collaboratori (2018), utilizzando le medesime 27 coppie paziente-terapeuta, ma servendosi di un altro strumento compilato da entrambi, ovvero il *Five-Factor Model Rating Form* (FFMRF; Mullins-Sweat et al., 2006). I risultati di tale studio hanno dimostrato che i pazienti tendevano a valutare la propria personalità in una modalità meno patologica rispetto alla descrizione fornita dai terapeuti, in particolare per la valutazione dei tratti di apertura, piacevolezza e coscienziosità (Balling et al., 2021).

Dunque, l’utilizzo di strumenti paralleli che valutino la personalità in modo dimensionale ha incoraggiato la ricerca, spingendo altri autori a prenderne parte (Oltmanns & Oltmanns, 2021). Il recente studio di Bottesi e collaboratori (2023) ha avuto un duplice scopo: esplorare l’accordo paziente-terapeuta in un campione clinico ambulatoriale italiano, utilizzando le due forme parallele di PID-5 e PID-5-IRF; è verificare se e come i tratti di personalità del clinico possano intervenire nel processo, influenzando il grado di accordo tra le parti (Bottesi et al., 2023).

Il campione era composto da 68 pazienti (di cui 35 maschi, 32 femmine e alcuni *non-binary*) e i loro rispettivi terapeuti; ai pazienti è stato chiesto di compilare il PID-5, mentre ai clinici è stato chiesto di completare il PID-5-BF e il PID-5-IRF in riferimento al proprio paziente (Bottesi et al., 2023). Le ipotesi dello studio erano in linea, in parte, con quelle presenti per la maggior parte in letteratura, ovvero (Bottesi et al., 2023):

1. Osservare un accordo paziente-terapeuta per i domini e le sfaccettature del PID-5 più elevato per i domini più facilmente osservabili (Distacco, Disinibizione e Antagonismo), rispetto ai domini dei tratti più internalizzanti (Affettività negativa e Psicoticismo).
2. Analizzare le differenze nelle valutazioni dei tratti di personalità a livello medio tra pazienti e terapeuti, con l'attesa di osservare livelli maggiori nel caso delle valutazioni dei pazienti superiori rispetto a quelle dei clinici.
3. Esplorare il possibile ruolo dei tratti di personalità del clinico sul grado di accordo sé-altro.

I criteri di inclusione per i pazienti comprendevano l'aver la maggiore età, la mancanza di altre patologie come schizofrenia, disturbo psicotico, episodio maniacale acuto, disturbo neurocognitivo maggiore e disabilità intellettive (Bottesi et al., 2023).

Rispetto alla prima ipotesi, sono stati osservati livelli di accordo elevati, più di quelli riscontrati negli studi precedenti presenti in letteratura (Samuel et al., 2016). L'accordo più alto è stato trovato per il dominio dell'Affettività negativa e per la sfaccettatura dell'angoscia di separazione; questo risultato è inatteso, data la natura internalizzante di tali costrutti (Bottesi et al., 2023). Coerentemente a quanto ci si aspettava, è stato rilevato un grado di accordo particolarmente elevato per il ritiro, la disinibizione e le sfaccettature di depressività e distraibilità, che sono invece, tratti più visibili dall'esterno (Bottesi et al., 2023). Viceversa, scarsi gradi di accordo sono emersi per l'ostilità, l'irresponsabilità e la perseveranza. Una spiegazione plausibile potrebbe ricondursi al fatto che questi tratti fanno riferimento a comportamenti non socialmente accettati o indesiderati, che potrebbero spingere i pazienti (anche non intenzionalmente) a nascondere l'espressione all'interno del *setting* clinico, rendendo dunque difficoltoso il loro riconoscimento da parte dei terapeuti (Bottesi et al., 2023; Samuel et al., 2018).

Per quanto riguarda i risultati a livello di accordo medio, i punteggi sui tratti maladattivi di personalità attribuiti dai pazienti erano maggiori di quelli riportati dai clinici, soprattutto per quanto riguardava le sfaccettature disregolazione cognitivo/percettiva, eccentricità, distraibilità e labilità emozionale (Bottesi et al., 2023).

Infine, per quanto riguarda la terza ipotesi, i risultati sembrano sottolineare l'importanza della valutazione dei tratti di personalità del clinico per comprendere al meglio come essi intervengano nel processo di accordo tra le parti. In particolare, è emerso come il dominio del Distacco, assumerebbe un ruolo rilevante nell'impatto sull'accordo sé-altro (Bottesi et al., 2023). Queste conclusioni secondo gli autori sarebbero da tenere in attenta considerazione da ricerche future, dal momento che la personalità del clinico è fortemente implicata nello sviluppo un'alleanza terapeutica positiva (Bottesi et al., 2023).

Capitolo III

La ricerca

3.1 Obiettivi e ipotesi

La personalità è il risultato di componenti ereditarie e genetiche e dell'interazione dell'individuo con l'ambiente esterno di riferimento (Kernberg, 2016). La personalità è costituita dai "tratti di personalità", che fanno riferimento alle diverse modalità con le quali l'individuo percepisce, sente e si comporta nei contesti nei quali è inserito secondo modalità costanti nel tempo (APA, 2013). I tratti di personalità possono, talvolta, diventare patologici ed essere fonte di un forte disagio nell'individuo che nei casi più gravi arriva a manifestare un DP. Il DSM-5 propone, all'interno della sezione III "Misure e modelli emergenti", il modello AMPD creato dal *Personality and Personality Disorders Workgroup*, il quale sostiene un approccio dimensionale per la valutazione dei DP (APA, 2013). Secondo la prospettiva di tale modello, i DP vengono descritti come varianti disadattive dei tratti di personalità di un individuo, caratterizzati da una peculiare compromissione del funzionamento della personalità (Criterio A) e da tratti di personalità patologici caratteristici (Criterio B) (APA, 2013). All'interno del Criterio A vengono valutati elementi come la gravità di compromissione funzionale dell'individuo e di

potenziali comportamenti rischiosi o estremi messi in atto dallo stesso. Il Criterio B invece fa riferimento alle differenze individuali in termini di tratti maladattivi di personalità presentati da ogni individuo, riflettendo le diverse modalità con le quali viene a manifestarsi la patologia di personalità (Krueger et al., 2023). In quest'ottica, i tratti maladattivi di personalità sono concettualizzati in cinque domini di tratto, che sono: Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo. All'interno di ognuno di questi domini vengono raggruppate un totale di 25 sfaccettature che fanno riferimento a caratteristiche più specifiche di ogni dominio (APA, 2013). L'utilizzo di un approccio dimensionale ha cercato di arginare i problemi presenti nei sistemi categoriali precedenti, cercando di fornire delle nuove modalità con le quali osservare e valutare la personalità patologica degli individui (Zimmermann et al., 2015). Poiché molto spesso le persone con o senza DP risultano non comprendere le conseguenze del proprio comportamento sugli altri o hanno difficoltà nel creare un'immagine realistica di sé stesse, la letteratura ha evidenziato la necessità di valutare la personalità attraverso più modalità, affiancando così alle già presenti auto-valutazioni ampiamente utilizzate nell'*assessment* le valutazioni di tipo etero-valutative, fornite da fonti terze (Vazire, 2010). Si parla di accordo sé-altro nel momento in cui vengono messe a confronto le valutazioni *self-report* dell'individuo oggetto della valutazione (*target*) e quelle *other-report* degli informatori a lui vicini. L'obiettivo è comprendere come i due valutatori percepiscono la personalità del *target*: se in modalità discrepanti (grado di accordo debole o assente) oppure congruenti (forte grado di accordo) (Krueger et al., 2023; Vazire, 2010; Zimmermann et al., 2015). In letteratura alcuni studi hanno suggerito che valutare la personalità secondo modalità *self* e *other-report* fornisca informazioni attendibili e accurate, ma soprattutto uniche sulla personalità del *target*, rendendo di fatto questa pratica una buona soluzione per ottenere informazioni più specifiche e complete sulla personalità degli individui in generale (Samuel et al., 2018). Inoltre, l'introduzione delle valutazioni della personalità da parte di informatori ha mostrato come esse possano essere fondamentali per una migliore affidabilità delle valutazioni *self-report*, soprattutto andando a compensare eventuali *bias* presenti nelle valutazioni fornite dai *target* (Bottesi et al., 2018; Oltmanns & Oltmanns, 2021). Sembrerebbe che a fornire le informazioni più accurate siano informatori come i coniugi o *partner* romantici i quali, grazie alla loro vicinanza e al loro alto livello di intimità con il *target*, riuscirebbero a osservare aspetti

della personalità più intimi e più difficilmente osservabili da altre categorie di informatori, come amici e altri membri della famiglia (Connelly & Ones, 2010; Oltmanns & Oltmanns, 2021; Samuel et al., 2018).

Pertanto, la questione delle etero-valutazioni è stata introdotta anche all'interno di contesti clinici, dal momento che frequentemente le valutazioni dei pazienti possono essere soggette a errori o risultare poco affidabili a causa di molti fattori (Oltmanns & Turkheimer, 2009). Alcuni autori (Bernstein et al., 2017; Yang et al., 1999) hanno constatato che i pazienti con disturbi psichiatrici possono manifestare alcune difficoltà nel comprendere alcune peculiarità della propria personalità, portandoli alle volte ad avere un senso di sé instabile e spingendoli così a fornire risposte falsate ai *test*, minando di conseguenza la validità delle informazioni ricavate attraverso gli strumenti *self-report* (Carnovale et al., 2019; Yang et al., 1999). Esplorare il grado di accordo sé-altro nei tratti maladattivi di personalità del paziente è inoltre utile per comprendere in modo più esaustivo quali siano effettivamente i livelli di *insight* del paziente riguardo la propria patologia (Carnovale et al., 2019; Sleep et al., 2019).

L'introduzione di informatori come psicoterapeuti, psicologi o psichiatri ha permesso di osservare come tali figure professionali, grazie alle loro competenze cliniche e alla relazione terapeutica con il paziente, siano in grado di riportare valutazioni accurate sulla personalità del paziente, consentendo quindi di ottenere una visione d'insieme più completa del funzionamento dell'individuo (Krueger et al., 2023; Samuel et al., 2018). Tuttavia, attualmente in letteratura solo due sono gli studi che si sono concentrati sull'osservazione del grado di accordo sé-altro avvalendosi di psicoterapeuti come informatori etero-valutativi e basandosi sull'approccio proposto dall'AMPD (Bottesini et al., 2023; Samuel et al., 2018).

Sulla base di tali aspetti, l'obiettivo generale di questo lavoro di ricerca è stato quello di esplorare l'accordo sé-altro in merito ai tratti maladattivi di personalità in un gruppo di pazienti con diagnosi di DP e i loro relativi terapeuti.

Come primo obiettivo è stato considerato quello di esplorare il grado di accordo sé-altro tra paziente e terapeuta in riferimento ai 5 domini e alle 25 sfaccettature del PID-5. Nello specifico, ci si attendeva di osservare un livello di accordo moderato nei tratti maladattivi

di personalità più facilmente osservabili come, ad esempio, quelli inerenti ai domini di Distacco, Antagonismo e Disinibizione (Jopp & South, 2015). In contrapposizione, ci si aspettava di osservare un grado di accordo minore o assente riguardo ai tratti più internalizzanti e più intimi come l’Affettività negativa e le caratteristiche tipiche del dominio dello Psicoticismo, come le convinzioni o le esperienze inusuali (Jopp & South, 2015). Uno studio di Samuel e collaboratori (2018) ha osservato un grado di accordo paziente-terapeuta moderato quando si valutavano i domini di Distacco e Disinibizione, e una maggiore discrepanza in riferimento ai domini di Affettività negativa e Psicoticismo (Samuel et al., 2018). Tale differenza di accordo in merito ai tratti più facilmente osservabili è sostenuta anche da altri studi, che hanno evidenziato come la maggiore osservabilità dei tratti interagisca positivamente con un aumento del grado di accordo tra le parti (Bottesì et al., 2023; Connelly & Ones, 2010; Jopp & South, 2015).

Il secondo obiettivo prevedeva di indagare l’accordo medio tra pazienti e terapeuti, mettendo a confronto le valutazioni *self* e *other-report*, al fine di osservare anche chi - tra paziente e terapeuta - attribuiva livelli maggiori in termini di gravità di patologia. A tale proposito, è stato riportato che i pazienti tenderebbero ad auto-riferirsi livelli medi di Psicoticismo e Affettività negativa, disregolazione cognitivo/percettiva, eccentricità, distraibilità e labilità emozionale, più elevati rispetto a quelli rilevati dai loro terapeuti (Bottesì et al., 2023; Samuel et al., 2018). Coerentemente, anche nella presente ricerca ci si aspettava di osservare che i pazienti riportassero livelli medi più elevati in tali domini e sfaccettature di quanto non facessero i loro rispettivi terapeuti.

Infine, il terzo obiettivo, di natura più esplorativa, è stato quello di esplorare la relazione tra il grado di accordo sé-altro tra paziente e terapeuta e alcune caratteristiche della relazione terapeutica, nello specifico la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse insieme tra paziente e terapeuta. L’ipotesi era quella di osservare un maggiore accordo nella valutazione delle caratteristiche meno visibili e più intime del paziente all’aumentare sia della durata della relazione terapeutica, sia delle ore trascorse insieme.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

Alla presente ricerca hanno preso parte 20 pazienti con diagnosi di DP, i quali sono stati reclutati presso tre diversi centri clinici: il centro ambulatoriale UOC Psicologia Territoriale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, il centro Studi Cognitivi di Milano e l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze.

Nello specifico, 14 partecipanti erano maschi, 5 erano femmine e 1 non-binario e avevano un'età compresa tra i 18 e i 59 anni, con una media di 25,20 (DS = 9,19). Per quanto riguarda la scolarità, gli anni di studio variavano da un minimo di 8 a un massimo di 18 (M = 13,50; DS = 2,96). In riferimento allo stato civile, 18 partecipanti hanno riferito di essere *single* o fidanzati ma non conviventi, 1 partecipante ha dichiarato di essere sposato, mentre 1 partecipante ha riportato di essere divorziato. Successivamente, sono stati presentati i criteri di inclusione per i partecipanti, come: avere almeno 18 anni, l'assenza totale di qualsiasi spettro di schizofrenia (passata o presente) o altro disturbo psicotico, episodi maniacali acuti, disturbo neurocognitivo maggiore e disabilità intellettive. Fatta eccezione per tali condizioni, il gruppo reclutato era, per quanto possibile, il più eterogeneo possibile in termini di diagnosi psichiatriche primarie e secondarie.

Nella Tabella 1 vengono riportate frequenze e percentuali inerenti all'occupazione dei pazienti; la categoria maggiormente rappresenta all'interno campione è risultata essere quella degli studenti.

Tabella 1. Frequenze e percentuali dell'occupazione dei partecipanti

Occupazione	Frequenza	Percentuale
Studente	8	40%
Occupato a tempo pieno	4	20%
Part-time	2	10%
Disoccupato/a	5	25%
Altro	1	5%

Per quanto concerne la diagnosi primaria presentata: 5 pazienti avevano una diagnosi di disturbo *borderline* di personalità; 4 di disturbo narcisistico di personalità; 3 di disturbo antisociale di personalità; 2 di disturbo schizoide di personalità; 2 di disturbo evitante di personalità. Per i rimanenti 6 pazienti, che non soddisfacevano i criteri per un DP specifico, è stata fornita la diagnosi DP non altrimenti specificato (NAS).

14 pazienti (70%) non presentavano alcun disturbo in comorbidità, mentre 1 paziente presentava *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), 1 paziente presentava agorafobia, 1 paziente presentava un disturbo delirante in remissione completa, 1 paziente manifestava un disturbo da somatizzazione, 1 paziente presentava un disturbo da trauma complesso e, infine, 1 paziente presentava un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

In riferimento al tipo di trattamento ricevuto, 13 pazienti erano impegnati in un trattamento solo psicologico, mentre 6 pazienti stavano effettuando un trattamento sia psicologico che farmacologico e 1 paziente stava ricevendo un trattamento esclusivamente farmacologico. I pazienti in trattamento psicologico stavano effettuando un percorso a orientamento cognitivo-comportamentale (TCC). I pazienti che stavano ricevendo il trattamento farmacologico assumevano per la maggior parte farmaci antidepressivi e benzodiazepine, ansiolitici (come escitalopram e citalopram) e, in alcuni casi, antipsicotici (ad esempio l'olanzapina). La maggior parte dei pazienti (n= 15) si trovava in pieno corso di trattamento, 4 pazienti si trovavano al termine del percorso terapeutico e 1 paziente era in fase di *assessment*. La durata del disturbo primario dei pazienti variava da un minimo di 6 ad un massimo di 204 mesi (17 anni), con una media di 56,25 mesi (pari in media a 4,5 anni di durata del disturbo) (DS = 58,72).

Alcuni pazienti (n = 9) riportavano in anamnesi interventi pregressi; nello specifico, 3 pazienti hanno riferito di aver ricevuto in passato un ricovero psichiatrico e 1 paziente riportava di aver avuto un tentativo di suicidio.

Alla ricerca hanno preso parte un totale di 8 terapeuti (2 maschi e 6 femmine), di età compresa tra i 34 e 51 anni (M= 39,35; DS = 5,28). Per quanto riguarda lo stato civile, 2 terapeuti si sono dichiarati *single* o fidanzati/e non conviventi, mentre i rimanenti 6 hanno riferito di essere sposati/e. In merito agli anni studio, essi variavano da un minimo di 18 ad un massimo di 25 (M = 22,50; DS = 2,26). Inoltre, 7 terapeuti avevano terminato il

percorso di formazione presso una scuola di psicoterapia e solamente 1 si trovava in corso di formazione. Per quanto riguarda l'esperienza di *assessment* dei terapeuti, 6 di loro hanno dichiarato di possedere un livello di esperienza "buono", 1 un livello "scarso" e 1 un livello "ottimo".

Gli anni di esperienza professionale dei terapeuti variavano da un minimo di 5 a un massimo di 16 anni ($M = 9,5$; $DS = 3,92$). La durata media di conoscenza con i pazienti variava da un minimo di 3 a un massimo di 36 mesi ($M = 12,35$; $DS = 10,15$) e i terapeuti hanno riferito di aver trascorso con i pazienti da un minimo di 8 a un massimo di 120 ore ($M = 43,63$; $DS = 36,0$). Infine, 1 terapeuta ha valutato 2 pazienti, 4 terapeuti hanno valutato 3 pazienti ciascuno, 2 terapeuti hanno valutato 5 pazienti ognuno e infine 1 terapeuta ha valutato i rimanenti 6 pazienti. In totale la media delle valutazioni per terapeuta era pari a 3,75.

3.2.2 Strumenti

Pazienti e terapeuti hanno compilato una batteria di questionari volti alla misurazione di diversi costrutti psicologici. In questa sezione verranno descritti esclusivamente gli strumenti utilizzati nella presente ricerca.

- Scheda informativa paziente:

La presente scheda aveva l'obiettivo di raccogliere una serie di dati socio-demografici dei pazienti, quali: l'età, il sesso, lo stato civile, l'occupazione e il numero di anni di frequenza scolastica.

- Scheda informativa del responsabile clinico:

Sulla stessa linea della scheda somministrata ai pazienti, la presente serviva a ricavare le informazioni socio-demografiche riguardo ai terapeuti, indagando il sesso, l'età, lo stato civile e il numero di anni di frequenza scolastica. In aggiunta, richiedeva di indicare la professione svolta (se psicologo, psicoterapeuta, psicoterapeuta in formazione o psichiatra), il numero di anni di esperienza professionale e inoltre, chiedeva di indicare il livello di esperienza nell'ambito dell'*assessment* della personalità, utilizzando una scala *Likert* a 5 punti (0 = "Assente", 4 = "Ottima").

- Scheda clinica del paziente:

La seguente scheda veniva compilata dal terapeuta riferendosi al proprio paziente, e aveva lo scopo di raccogliere informazioni riguardo alla durata della relazione terapeutica, il trattamento in corso, la storia clinica del paziente e la sua condizione psicopatologica.

Nello specifico veniva chiesto al terapeuta di indicare il disturbo primario presentato dal paziente o l'eventuale diagnosi che aveva portato al trattamento, la durata del disturbo e le eventuali comorbidità di disturbi presenti. In aggiunta, si valutava anche la tipologia di trattamento in atto (psicologico e/o psichiatrico), la fase di trattamento (*assessment*, trattamento in corso/al termine o *follow-up*) e, nel caso dei pazienti in trattamento psicologico, la tipologia di approccio terapeutico (cognitivo-comportamentale, psicodinamico ecc.). Inoltre, nel caso dei pazienti in trattamento psichiatrico, veniva richiesto di indicare il trattamento farmacologico specifico intrapreso dal paziente. Infine, la scheda indagava la presenza di eventuali interventi psichiatrici o trattamenti psicologici pregressi, in termini sia di numero che di tipologia. Poi veniva richiesto al terapeuta di indicare i mesi o gli anni di conoscenza col paziente, le ore trascorse insieme e l'eventuale presenza di ricoveri psichiatrici e tentati suicidi precedenti presenti in anamnesi, e di stimarne la quantità qualora fossero presenti.

- *Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders* (PID-5; Krueger et al., 2012; versione italiana a cura di Fossati et al., 2015): il PID-5 è lo strumento proposto dal nuovo modello AMPD contenuto nel DSM-5, ed è un questionario *self-report* composto da 220 *item* volto a indagare i cinque domini di tratto (Antagonismo, Distacco, Disinibizione, Affettività negativa e Psicoticismo) e le relative 25 sfaccettature descritte all'interno del primo capitolo. I 220 *item* esplorano accuratamente le modalità con le quali l'individuo pensa e si sente, valutando questi elementi tramite una scala *Likert* a 4 punti (0 = “Questa affermazione è spesso falsa o totalmente falsa”, 4 = “Questa affermazione è spesso vera o totalmente vera”). Il PID-5 viene utilizzato soprattutto per valutare la presenza di eventuali tratti patologici negli individui con problemi mentali, riuscendo a ricavare delle misure oggettive di tali tratti (APA, 2013). Alcuni esempi di *item* sono: “Quando penso al futuro, divento molto preoccupato”, “Sono bravo a raggirare gli altri”, “Preferisco stare solo piuttosto che avere un partner intimo”. Lo *scoring* dei punteggi ottenuti nei domini e nelle sfaccettature consiste nell'invertire alcuni *item* e poi si procede calcolando il

punteggio dei domini e delle sfaccettature. Per calcolare il punteggio nelle sfaccettature occorre sommare i punteggi degli *item* che compongono quella sfaccettatura, calcolandone successivamente il punteggio medio. Per calcolare il punteggio di un dominio invece, occorre prendere in considerazione il punteggio ottenuto nelle 3 sfaccettature più rappresentative di quel dominio; quindi, tale punteggio è ottenuto dalla somma dei punteggi delle sfaccettature che rappresentano meglio quello specifico dominio e dal relativo punteggio medio calcolato successivamente (APA, 2013). La versione originale di questo strumento ha dimostrato buone proprietà psicometriche anche in campioni di tipo psichiatrico, mostrando anche una discreta generalizzabilità (Al-Dajani et al., 2016). Inoltre, lo strumento ha dimostrato di avere anche una buona coerenza interna con valori che variano da 0,84 a 0,96 per i domini e da 0,72 a 0,96 per le sfaccettature, valori considerati piuttosto elevati (Krueger et al., 2012; Watters & Bagby, 2018). La versione italiana è stata validata da Fossati e collaboratori (2013), che hanno valutato le proprietà psicometriche del PID-5 prendendo in un gruppo di 710 individui adulti non clinici; i risultati hanno mostrato una buona coerenza interna, riportando valori di *alpha* superiori a 0,70 per quanto riguarda le sfaccettature e 0,93 per i domini (Fossati et al., 2013).

• *Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders – Informant Report Form* (PID-5-IRF; Markon et al., 2013; versione italiana a cura di Bottesi et al., 2018).

La versione *informant-report* del PID-5 (PID-5-IRF) è stata sviluppata da Markon e collaboratori (2013) e consiste in una versione formata da 218 *item*. Lo strumento mantiene la stessa struttura fattoriale presente nel PID-5 versione *self-report*: gli *item* presenti in questa versione indagano i medesimi contenuti nella versione *self-report*, ristrutturati in modo tale che gli *item* siano riferiti al *target* e quindi si arrivi ad avere una lettura che sia coerente dal punto di vista dell'informatore. Gli *item* vengono valutati su scala *Likert* a 4 punti (0 = “Questa affermazione è spesso falsa o totalmente falsa”, 4 = “Questa affermazione è spesso vera o totalmente vera”). Alcuni esempi di *item* sono: “Si preoccupa molto per cose terribili che potrebbero accadere”, “Pensa di poter influenzare le altre persone inviando loro i suoi pensieri”, “Mente facilmente”. Solamente due *item*

sono stati esclusi dalla versione *informant-report* a causa dei loro bassi valori di discriminazione (Markon et al., 2013).

Per quanto riguarda lo *scoring*, il calcolo dei punteggi rimane il medesimo di quello utilizzato nella versione *self-report*. La letteratura ha riportato che anche questa versione presenta delle buone proprietà psicometriche, mostrando una buona coerenza interna in un range di valori che varia da 0,71 a 0,95 per quanto riguarda la popolazione generale, mentre per i campioni clinici i valori variano da 0,74 a 0,95 (Markon et al., 2013). In aggiunta, lo strumento ha dimostrato di avere buone validità interna ed esterna (Krueger et al., 2023). La versione italiana a cura di Bottesi e collaboratori (2018) ha riportato valori di coerenza interna che variavano da accettabili ad eccellenti; nello specifico, i valori per i domini variavano da 0,89 a 0,91, mentre per le sfaccettature variavano da 0,67 a 0,89. L'unico valore inaccettabile è stato riscontrato per la sfaccettatura "Convinzioni ed esperienze inusuali" che ha riportato un valore *alpha* di Cronbach di 0,30 (Bottesi et al., 2018).

3.2.3 Procedura

La presente ricerca è stata condotta a seguito dell'approvazione del Comitato Etico della Ricerca Psicologica (area 17) dell'Università degli Studi di Padova (protocollo n° 3194). I partecipanti sono stati reclutati contattando i direttori clinici di alcune unità psicologiche pubbliche e alcuni istituti privati situate nel nord e nel centro Italia, chiedendo loro la disponibilità di pubblicizzare tale ricerca tra gli psicologi e gli psichiatri all'interno del loro centro. Nei primi incontri con i responsabili delle strutture sono stati evidenziati gli scopi della ricerca, le modalità di svolgimento e il tempo richiesto per completare la ricerca. È stato poi chiesto ai responsabili clinici delle varie strutture di selezionare i pazienti che, secondo loro potevano prendere parte alla ricerca, in base ai criteri di inclusione ed esclusione previsti. Una volta reclutati i pazienti partecipanti si è proceduto invitando ognuno di loro a un colloquio individuale, nel corso del quale venivano fornite informazioni più dettagliate sullo studio. Durante questo incontro tutti i partecipanti venivano messi al corrente rispetto agli obiettivi, alle modalità e alle tempistiche della ricerca e, in caso di riconferma di volontà alla partecipazione, si procedeva con la raccolta del consenso informato per il trattamento dei dati sensibili (informativa ex art.13 D.Lgs.

196/2003). Più precisamente il consenso informato serviva anche a specificare la possibilità di interrompere la compilazione degli strumenti in qualsiasi momento, senza necessariamente indicarne le motivazioni e senza ricevere penalizzazioni e garantendo ai partecipanti il non utilizzo dei propri dati; veniva inoltre chiarito che l'interruzione della partecipazione alla ricerca non aveva ripercussioni sulla terapia che i pazienti stavano svolgendo all'interno delle proprie strutture.

In un secondo momento, sono stati somministrati ai pazienti la scheda informativa paziente e il PID-5; la compilazione totale dei due strumenti richiedeva all'incirca 30 minuti. Ai terapeuti invece, veniva richiesto di compilare *in primis* il consenso informato e successivamente la scheda informativa del responsabile clinico, la scheda clinica del paziente in esame e il PID-5-IRF, le cui compilazioni richiedevano un tempo totale di circa 50 minuti. I terapeuti che hanno preso parte alla ricerca hanno compilato solamente una volta il modulo del consenso informato e la scheda del responsabile clinico, mentre la compilazione della scheda clinica del paziente e il PID-5-IRF sono stati compilati per ogni paziente che si andava a valutare. Per facilitare il lavoro di appaiamento delle batterie di questionari compilate, è stato assegnato ad ogni paziente un codice identificativo univoco in modo tale da riuscire ad abbinare le valutazioni *self-report* del paziente con quelle *other-report* fornite dai terapeuti, garantendo la riservatezza e la tutela dei dati sensibili sia dei pazienti sia dei terapeuti.

3.2.4 Analisi statistiche

Tutte le analisi statistiche sono state condotte con il *software Statistical Package for Social Science* (SPSS), versione 26.

Per quanto riguarda le analisi descrittive delle informazioni emerse dalle schede informative e dalle schede cliniche, sono state calcolate le medie e le deviazioni *standard* dell'età e della scolarità, degli aspetti legati alla relazione terapeutica (durata della relazione e ore trascorse insieme al paziente), del numero di interventi precedenti, degli eventuali ricoveri psichiatrici, dei tentati suicidi e infine, della durata del disturbo primario presentato. Per variabili quali, ad esempio, lo stato civile, il sesso e l'occupazione, sono state calcolate le frequenze e le percentuali.

Al fine di testare il primo obiettivo, ovvero l'indagine e del livello di accordo sé-altro tra paziente e terapeuta (*rank-order*), sono state calcolate delle correlazioni non parametriche tra le valutazioni fornite dal terapeuta e quelle fornite dal paziente servendosi del *rho* di Spearman per le 25 sfaccettature e per tutti e 5 i domini di tratto. Da convenzione è stato deciso di utilizzare un valore critico di $|0,30|$ (con livello di significatività pari a $p < 0,05$) per decretare la presenza di una correlazione degna di nota. Una correlazione viene definita di grado di debole se $|0,30| < \rho < |0,39|$, di grado moderato se $|0,40| < \rho < |0,59|$, di grado forte se $\rho > |0,60|$.

Rispetto alla seconda ipotesi, cioè il confronto tra i punteggi ricavati dai *self-report* e i punteggi ottenuti dagli *other-report* per i domini e le sfaccettature, sono stati condotti i test *t* di Student per campioni appaiati; successivamente, qualora fossero presenti differenze significative nei punteggi medi, si è calcolata la dimensione dell'effetto attraverso l'indice statistico *d* di Cohen. Per decretare i valori critici di questo indice, come da convenzione, sono stati utilizzati i seguenti criteri: $d = 0,01$ *effect-size* limitato; $d = 0,06$ *effect-size* moderato; $d = 0,14$ *effect-size* ampio (Cohen, 1988).

Per testare la terza ipotesi, che si proponeva di osservare le relazioni esistenti tra il grado di accordo sé-altro e alcune peculiarità della relazione terapeutica, è stato calcolato il *delta* tra i punteggi ottenuti dalle auto- ed etero-valutazioni per tutti i domini e tutte le sfaccettature. Successivamente, sono state effettuate delle correlazioni non parametriche (*rho* di Spearman) tra il *delta* standardizzato, il numero di ore trascorse con i pazienti e la durata della relazione terapeutica espressa in mesi, per ciascuna sfaccettatura e per ciascun dominio.

3.3 Risultati

3.3.1 Grado di accordo paziente-terapeuta riguardo ai domini e alle sfaccettature (*rank-order*).

Come mostrato nella Tabella 2, per quanto riguarda l'accordo sé-altro relativo ai cinque domini, è stata riscontrata una correlazione significativa positiva di grado forte in

riferimento all’Affettività Negativa e alla Disinibizione, mentre è emersa una correlazione positiva significativa di grado moderato per il dominio del Distacco. Per i restanti domini non sono emerse correlazioni significative.

Per quanto riguarda l’accordo medio totale per i domini, questo è risultato pari a 0,54.

Tabella 2. Correlazioni tra le valutazioni *self-report* (PID-5) e le valutazioni *other-report* (PID-5-IRF) rispetto ai domini.

Domini	Accordo sé-altro
Affettività negativa	0,81**
Distacco	0,51**
Antagonismo	0,24
Disinibizione	0,79**
Psicoticismo	0,37

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

**La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

L’accordo sé-altro inerente alle sfaccettature è riportato nella Tabella 3. Nello specifico, è stata riscontrata una correlazione positiva significativa di grado forte in riferimento alle seguenti sfaccettature: angoscia di separazione, ansia, depressività, insensibilità, irresponsabilità, ritiro, distraibilità, impulsività, labilità emozionale e tendenza a correre rischi. Sono emerse invece correlazioni positive significative di grado moderato in riferimento alle sfaccettature: affettività ridotta, disregolazione cognitiva e percettiva, eccentricità, inganno e perseverazione. Non sono state riscontrate ulteriori correlazioni significative per le restanti sfaccettature. In riferimento all’accordo medio sulle sfaccettature, è stato osservato un valore pari a 0,47.

Tabella 3. Correlazioni tra le valutazioni *self-report* (PID-5) e le valutazioni *other-report* (PID-5-IRF) rispetto alle sfaccettature.

Sfaccettature	Accordo sé-altro
Affettività ridotta	0,47*
Anedonia	0,42
Angoscia di separazione	0,70**
Ansia	0,71**
Convinzioni ed esperienze inusuali	0,37
Depressività	0,80**
Disregolazione cognitiva e percettiva	0,50*
Distraibilità	0,60**
Eccentricità	0,45*
Evitamento dell'intimità	0,34
Grandiosità	-0,25
Impulsività	0,62**
Inganno	0,48*
Insensibilità	0,74**
Irresponsabilità	0,82**
Labilità emozionale	0,60**
Manipolatorietà	0,27
Ostilità	0,19
Perfezionismo rigido	0,34
Perseverazione	0,57**
Ricerca di attenzione	0,005
Ritiro	0,73**
Sospettosità	0,40
Sottomissione	0,43
Tendenza a correre rischi	0,62**

**La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

3.3.2 Differenze tra auto- ed etero-valutazione nei livelli medi dei domini e delle sfaccettature

In Tabella 4 sono riportati i confronti tra i punteggi medi emersi delle auto- ed etero-valutazioni relativi ai domini; nello specifico, sono emerse delle differenze statisticamente significative in riferimento all’Affettività negativa e allo Psicoticismo. In entrambi i casi, i pazienti hanno riportato punteggi superiori a quelli riscontrati nelle etero-valutazioni dei loro terapeuti, con dimensioni dell’effetto ampie. In riferimento agli altri domini non sono emerse differenze significative.

Tabella 4. Confronto, tramite *t* di Student, dei punteggi *self-report* riferiti dal paziente (PID-5) e *other-report* forniti dai terapeuti (PID-5-IRF) riferiti ai domini.

Dominio	PID-5 (M, DS)	PID-5-IRF (M, DS)	<i>t</i> (19)	<i>p</i>	<i>d</i>
Affettività negativa	1,53 (0,65)	1,28 (0,76)	2,51	0,02	0,35
Distacco	0,79 (0,50)	0,81 (0,42)	-0,20	0,83	-
Antagonismo	0,62 (0,49)	0,89 (0,62)	-1,71	0,10	-
Disinibizione	0,98 (0,579)	0,94 (0,74)	0,46	0,65	-
Psicoticismo	0,92 (0,64)	0,57 (0,52)	2,86	0,01	0,60

Come risulta dalla Tabella 5, in merito al confronto tra i punteggi medi relativi a auto- ed etero-valutazioni nelle sfaccettature, sono state riscontrate differenze significative in riferimento: disregolazione cognitiva e percettiva, eccentricità, insensibilità, labilità emozionale e ricerca di attenzione; in tutti i casi, la dimensione dell’effetto era ampia. Per quanto concerne le sfaccettature di disregolazione cognitiva e percettiva, eccentricità e

labilità emozionale, i pazienti hanno riportato punteggi superiori a quelli riferiti dai loro terapeuti. Al contrario, per le sfaccettature insensibilità e ricerca di attenzione, i terapeuti hanno valutato i pazienti con valori medi più elevati di quanto non sia emerso dalle autovalutazioni dei pazienti. Per le rimanenti sfaccettature non sono state riscontrate differenze statisticamente significative.

Tabella 5. Confronto, tramite *t* di Student, dei punteggi *self-report* riferiti dal paziente (PID-5) e *other-report* forniti dai terapeuti (PID-5-IRF) in riferimento alle sfaccettature.

Sfaccettatura	PID-5 (M, DS)	PID-5-IRF (M, DS)	<i>t</i> (19)	<i>p</i>	<i>d</i>
Affettività ridotta	0,93 (0,56)	1,10 (0,59)	-1,13	0,27	-
Anedonia	1,33 (0,75)	1,30 (0,73)	0,20	0,83	-
Angoscia di separazione	1,18 (0,79)	1,24 (0,96)	-0,38	0,70	-
Ansia	1,61 (0,78)	1,36 (0,83)	1,61	0,12	-
Convinzioni ed esperienze inusuali	0,81 (0,70)	0,62 (0,39)	1,28	0,21	-
Depressività	1,20 (0,88)	1,31 (0,61)	-0,97	0,34	-
Disregolazione cognitiva e percettiva	0,81 (0,72)	0,49 (0,63)	3,03	0,007	0,47
Distraibilità	1,02 (0,75)	0,90 (0,74)	1,002	0,32	-
Eccentricità	1,13 (0,77)	0,59 (0,62)	3,24	0,004	0,77
Evitamento dell'intimità	0,25 (0,40)	0,42 (0,44)	-1,44	0,16	-
Grandiosità	0,72 (0,78)	1,05 (0,87)	-1,16	0,25	-
Impulsività	1,10 (0,82)	1,11 (0,93)	-0,06	0,95	-
Inganno	0,54 (0,45)	0,76 (0,57)	-1,98	0,06	-
Insensibilità	0,36 (0,31)	0,52 (0,48)	-2,09	0,05	0,39

Irresponsabilità	0,82 (0,54)	0,81 (0,80)	0,07	0,94	-
Labilità emozionale	1,79 (0,81)	1,23 (0,84)	3,36	0,003	0,67
Manipolatorietà	0,61 (0,59)	0,86 (0,75)	-1,47	0,15	-
Ostilità	1,04 (0,44)	1,13 (0,58)	-0,66	0,51	-
Perfezionismo rigido	1,25 (0,58)	1,00 (0,77)	1,64	0,11	-
Perseverazione	1,35 (0,64)	1,18 (0,82)	1,16	0,25	-
Ricerca di attenzione	1,04 (0,56)	1,70 (0,90)	-2,73	0,01	0,88
Ritiro	0,77 (0,67)	0,71 (0,49)	0,65	0,52	-
Sospettosità	1,24 (0,58)	1,25 (0,69)	-0,09	0,92	-
Sottomissione	1,15 (0,85)	1,21 (0,82)	-0,36	0,71	-
Tendenza a correre rischi	1,31 (0,63)	1,39 (0,75)	-0,67	0,50	-

3.3.3 Associazioni tra il grado di accordo sé-altro e la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse insieme al paziente

Come si evince dalla tabella 6, sono emerse forti correlazioni significative negative solamente per quanto riguarda il dominio dello Psicoticismo in relazione alla durata della relazione terapeutica e alle ore trascorse con il paziente. Per quanto riguarda gli altri domini non sono emerse alcune correlazioni significative.

Tabella 6. Correlazioni tra la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse con i pazienti e i domini.

Dominio	Tempo di conoscenza del paziente	Ore trascorse insieme al paziente
Affettività negativa	-0,08	0,14
Distacco	-0,28	-0,12
Antagonismo	0,04	0,02
Disinibizione	0,26	0,14
Psicoticismo	-0,47*	-0,55*

Come mostrato nella Tabella 7, sono emerse correlazioni significative negative forti per quanto riguarda la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse con il paziente in riferimento alla sfaccettatura della disregolazione cognitiva e percettiva, a indicare un aumento del grado di accordo tra paziente e terapeuta all'aumentare sia della durata della relazione terapeutica e sia delle ore trascorse insieme al paziente. In merito alla sfaccettatura dell'eccentricità, è emersa una correlazione negativa moderata tra il punteggio *delta* e le ore trascorse con il paziente, indicativa di un aumento del grado di accordo all'aumentare delle ore trascorse insieme al paziente. Infine, è emersa una correlazione significativa negativa moderata tra il *delta* relativo alla sfaccettatura della depressività e alla durata della relazione terapeutica.

Al contrario sono state riscontrate due forti correlazioni positive tra la durata della relazione terapeutica, le ore trascorse con il paziente e il *delta* relativo alla sfaccettatura dell'angoscia di separazione, a indicare che all'aumentare del tempo di conoscenza del paziente diminuiva il grado di accordo sé-altro. Allo stesso modo è emersa una forte correlazione significativa positiva moderata tra le ore trascorse insieme al paziente e il *delta* relativo alla sfaccettatura dell'insensibilità. Non si sono osservate altre correlazioni significative.

Tabella 7. Correlazioni tra la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse con i pazienti e le sfaccettature.

Sfaccettature	Tempo di conoscenza del paziente	Ore trascorse insieme al paziente
Affettività ridotta	0,16	0,17
Anedonia	- 0,08	- 0,06
Angoscia di separazione	0,46*	0,61**
Ansia	- 0,02	0,07
Convinzioni ed esperienze inusuali	- 0,37	- 0,34
Depressività	- 0,51*	-0,40
Disregolazione cognitiva e percettiva	- 0,57**	- 0,63**
Distraibilità	0,27	0,23
Eccentricità	- 0,33	- 0,46*
Evitamento dell'intimità	- 0,08	0,08
Grandiosità	- 0,06	- 0,11
Impulsività	- 0,03	0,04
Inganno	0,21	0,19
Insensibilità	0,36	0,53*
Irresponsabilità	0,11	- 0,09
Labilità emozionale	- 0,32	- 0,28
Manipolatorietà	0,12	0,11
Ostilità	0,18	0,22
Perfezionismo rigido	- 0,06	0,04
Perseverazione	-0,17	- 0,18
Ricerca di attenzione	0,07	- 0,02
Ritiro	- 0,23	- 0,08
Sospettosità	0,01	P < 0,001
Sottomissione	- 0,30	0,03
Tendenza a correre rischi	- 0,19	- 0,40

3.4 Discussione e conclusioni

Nel DSM-5 è stato introdotto nella sezione III “Misure e modelli emergenti” il modello dimensionale AMPD creato dal *Personality and Personality Disorders Workgroup* (APA, 2013). All’interno di questo modello sono stati descritti cinque domini di tratto, considerati come varianti disadattive dei tratti di personalità non patologici inseriti all’interno del FFM, che sono Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo; questi a loro volta comprendono 25 sfaccettature, che si riferiscono ad atteggiamenti, convinzioni o modi di comportarsi più specifici dell’individuo (APA, 2013). La letteratura ha espresso la necessità di integrare, all’interno dell’*assessment* della personalità, non solo le auto-valutazioni bensì anche etero-valutazioni da parte di un informatore terzo. L’introduzione di una diversa prospettiva potrebbe incrementare l’accuratezza delle valutazioni sulla personalità degli individui, aggiungendo così alle classiche metodologie basate sui *self-report* altri punti di vista che permettano di arrivare a una comprensione più completa ed esaustiva della personalità (Krueger et al., 2023, Vazire, 2010). Pertanto, alcuni studi hanno tentato di indagare l’accordo sé-altro servendosi di questa duplice valutazione della personalità, riscontrando come esistano numerose variabili che intervengono nel grado di accordo tra le due parti, sottolineando soprattutto l’importanza *in primis* dell’intimità della relazione tra *target* e informatore e, in secondo luogo, la facilità di osservazione dei tratti più visibili, variabile che sembrerebbe favorire notevolmente il grado di accordo tra informatore e *target* (Bottesi et al., 2023; Carnovale et al., 2019; Krueger et al., 2023; Samuel et al., 2018). L’importanza di misurare il grado di accordo sé-altro assume particolare rilevanza all’interno della pratica clinica dove, soventemente, i pazienti non sono totalmente in grado di riconoscere o comprendere alcuni loro tratti di personalità e di conseguenza valutare la loro personalità sulla base solo di strumentazioni *self-report* risulta di per sé riduttivo e poco accurato (Zimmerman et al., 2015). La presente ricerca, pertanto, si è proposta di indagare l’accordo sé-altro tra paziente e terapeuta nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità in un gruppo di pazienti ai quali è stata fatta diagnosi di DP, in relazione anche ad altre due variabili ovvero la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse insieme, elementi che molto di rado vengono considerati all’interno degli studi presenti in letteratura. Tale argomento, prendendo a riferimento questa specifica

popolazione clinica, ad oggi non è stato affrontato da alcun studio in letteratura, nonostante in passato altri studi abbiano indagato l'accordo tra paziente e terapeuta limitandosi però ad utilizzare una popolazione clinica più eterogenea a livello di disturbo primario presentato dai pazienti, non concentrandosi esclusivamente sui DP (Bottesi et al., 2023; Samuel et al., 2018).

Come primo obiettivo è stato indagato l'accordo sé-altro sui domini e le sfaccettature. L'aspettativa era quella di osservare un grado di accordo maggiore in relazione ai domini e le relative sfaccettature considerate più facilmente osservabili dall'esterno come, ad esempio, Distacco, Antagonismo e Disinibizione (Jopp & South, 2015; Samuel et al., 2018). Viceversa, l'ipotesi era di osservare un grado di accordo minore o non presente per quanto riguarda i tratti di personalità rappresentati dai domini e dalle sfaccettature di natura più intima, ad esempio, l'Affettività negativa, le convinzioni ed esperienze insolite, la labilità emozionale ecc. (Connelly & Ones, 2010; Jopp & South, 2015, Zimmermann et al., 2015). In riferimento ai cinque domini, si è osservato un accordo paziente-terapeuta di grado moderato per il dominio del Distacco ($\rho = 0,51$), confermato inoltre dalla presenza di un forte grado di accordo per quanto riguarda la sfaccettatura del ritiro, inclusa in questo dominio; risultato che può essere considerato in linea con le ipotesi del seguente studio e anche con quelle presenti nella maggior parte della letteratura, essendo il Distacco un dominio considerato di facile osservazione (Bottesi et al., 2023, Jopp & South, 2015). Sono state riscontrate correlazioni di grado forte per quanto riguarda l'Affettività negativa ($\rho = 0,81$) e la Disinibizione ($\rho = 0,79$); tali risultati sono in parte discordanti con le ipotesi dello studio, in quanto il dominio dell'Affettività negativa, essendo caratterizzato da aspetti più internalizzanti, sarebbe dovuto risultare più difficile da identificare per i terapeuti rispetto ai pazienti, anche se altri studi recenti hanno ottenuto il medesimo risultato (Bottesi et al., 2023).

Coerentemente sono state riscontrate correlazioni di grado forte anche per le sfaccettature dell'Affettività negativa come l'angoscia di separazione, l'ansia, la depressività e la labilità emozionale. Una spiegazione di tali risultati potrebbe essere data dalla tipologia dei disturbi primari presentati dai pazienti, dove una delle diagnosi più diffuse era quella di DP *borderline* che, per sua natura, è contraddistinto da instabilità affettiva e variazioni frequenti del tono dell'umore (Linehan, 2017). Inoltre, all'interno della psicopatologia di

tale disturbo si riscontra anche il forte timore di essere abbandonati dall'altro, il quale come conseguenza potrebbe portare alla manifestazione di caratteristiche depressive o ansiose che potrebbero emergere all'interno della relazione paziente-terapeuta.

Per quanto riguarda il dominio della Disinibizione, invece, i risultati confermano le ipotesi dello studio, in quanto la Disinibizione è considerata un dominio composto da elementi più facilmente osservabili dall'esterno; coerentemente, anche sfaccettature appartenenti a questo dominio come l'impulsività hanno ottenuto gradi di accordo elevati. In aggiunta, è emerso un forte grado di accordo anche per sfaccettature come l'insensibilità, l'irresponsabilità, la distraibilità e la tendenza a correre rischi, incluse anch'esse all'interno del dominio della Disinibizione, confermandone i risultati ottenuti dall'analisi del grado di accordo sui domini.

Tali evidenze risultano rilevanti, dal momento che tutte le sfaccettature (eccetto quella del ritiro) che hanno ottenuto un forte grado di accordo tra paziente e terapeuta, riflettono tratti maladattivi di personalità caratterizzanti soprattutto i DP appartenenti al *Cluster B*, che ricoprono una grossa porzione del campione utilizzato all'interno di questo studio. Questi risultati sottolineano ancora una volta, quanto sia importante valutare il grado di accordo sulle sfaccettature, non limitandosi solamente all'analisi del grado di accordo sui domini: così facendo sarà possibile ottenere delle informazioni più precise e accurate sulla personalità dell'individuo.

Correlazioni di grado moderato sono emerse, invece, per le sfaccettature come la disregolazione cognitiva e percettiva, l'eccentricità, l'inganno e la perseverazione, mentre si è riscontrata l'assenza di correlazioni significative per i domini di Psicoticismo e Antagonismo. Questi risultati sorprendono, per il fatto che sfaccettature come la disregolazione cognitiva e percettiva, l'eccentricità e la perseverazione riflettono comportamenti considerati indesiderati socialmente, e quindi molto spesso portano il paziente (a volte non intenzionalmente) a nascondere tali caratteristiche all'interno delle sedute, rendendoli di conseguenza difficile da individuare (Bottesini et al., 2023; Sleep et al., 2019). Il fatto che abbiano ottenuto un grado di accordo moderato potrebbe essere spiegato in parte dall'esperienza del clinico e dalla relazione terapeutica instaurata con il paziente, che probabilmente ha spinto favorito la possibilità di individuare tali sintomi internalizzanti nel paziente (Oltmanns & Oltmanns, 2021).

Complessivamente il grado di accordo medio sia per i domini e sia per le sfaccettature è risultato moderato, risultato che si trova in linea con il lavoro svolto da Samuel e collaboratori (2018); probabilmente un fattore che ha portato ad un grado di accordo elevato tra le parti è stato principalmente l'utilizzo di un approccio dimensionale alla valutazione della personalità, anziché categoriale, che ha reso possibile una migliore comprensione della personalità dell'individuo, il quale potrebbe essersi sentito maggiormente rappresentato dagli *item* riguardanti i tratti di personalità indagati dagli strumenti (Samuel et al., 2018; Oltmanns & Oltmanns, 2021). In secondo luogo, anche l'utilizzo di forme parallele di strumenti potrebbe aver giocato un ruolo centrale nell'aiutare il clinico e il paziente nel comprendere gli *item* nel medesimo modo, e di conseguenza fornire delle risposte coerenti a essi (Zimmermann et al., 2015).

Il secondo obiettivo consisteva nel confrontare i punteggi medi nei domini e nelle sfaccettature ricavati dalle valutazioni auto- ed etero-riferite, e verificare chi tra paziente e terapeuta riportasse livelli più elevati in termini di gravità di patologia. Già altri studi in letteratura avevano espresso la necessità di valutare anche i punteggi medi forniti dal paziente e dal terapeuta, non limitandosi solamente all'analisi correlazionale per i domini e le sfaccettature (Botteses et al., 2023, Samuel et al., 2018). I risultati di tali studi hanno dimostrato livelli medi maggiori attribuiti dai pazienti rispetto a quelli forniti dai terapeuti in un gran numero di domini, soprattutto per quanto riguarda quelli di natura internalizzante come l'Affettività negativa e lo Psicoticismo (Botteses et al., 2023; Samuel et al., 2018). Sulla base di tali risultati, anche nel presente studio ci si aspettava di osservare punteggi medi più elevati per quanto riguarda le valutazioni fornite dai pazienti rispetto a quelle ricavate dalle etero-valutazioni dei terapeuti nella maggior parte dei domini e in special modo per i domini più internalizzanti.

Coerentemente con lo studio di Samuel e collaboratori (2018), dai risultati sono emersi livelli medi maggiori riferiti dai pazienti rispetto a quelli riferiti dal terapeuta in riferimento al dominio dello Psicoticismo. In merito alle sfaccettature di tale dominio, sono state riscontrate delle differenze statisticamente significative riguardanti la disregolazione cognitiva e percettiva e l'eccentricità. Per entrambe, i pazienti hanno riportato punteggi medi più elevati rispetto ai loro terapeuti, con un *effect-size* ampio. Tali evidenze sono in linea con quanto riportato da altri studi in letteratura (Botteses et al., 2023,

Samuel et al., 2018) e con le ipotesi di questo studio, in quanto le sfaccettature appena citate sono rappresentative di tratti internalizzanti e di conseguenza più facili da individuare per il paziente rispetto al terapeuta. Lo Psicoticismo ha mostrato la discrepanza maggiore in termini di punteggi: questo dato sottolinea come paziente e terapeuta abbiano visioni differenti in merito a questo dominio. Sembrerebbe che i pazienti tendano a fornire risposte più estreme agli *item* inerenti a questo dominio rispetto ai terapeuti, i quali sembrerebbero essere più restii nell'attribuire punteggi elevati quando si tratta di elementi più internalizzanti (Samuel et al., 2018). Questo "schema" di azione da parte dei terapeuti potrebbe riflettere il fatto che essi sottostimano il livello di Psicoticismo nei loro pazienti perché, data la natura interna di tali tratti maladattivi di personalità, potrebbero non cogliere a pieno la presenza di tali sintomi (Samuel et al., 2018), considerando che lo Psicoticismo si manifesta attraverso la stranezza, l'eccentricità, la propensione alle fantasie e la disregolazione cognitiva e percettiva (Samuel et al., 2018). Non è escluso che i pazienti possano però riportare livelli di Psicoticismo maggiori di quanto non ne presentino realmente. A maggior ragione se vengono considerati i quadri di riferimento utilizzati dai pazienti nel momento in cui rispondono agli *item* di questo dominio; in altre parole, *item* che chiedono di descrivere la presenza di pensieri "strani" (ad esempio: "avere la sensazione di non poter o di non riuscire a controllare i propri pensieri") potrebbe portare i pazienti a interpretare erroneamente il reale significato di tali *item*, ai quali successivamente verrebbe data una risposta estrema per il solo fatto che il paziente nel corso della sua vita ha sperimentato, anche solo una volta, la sensazione di avere pensieri inusuali o fuori dalla norma (Samuel et al., 2018).

Un'altra possibile spiegazione degli elevati punteggi forniti dai pazienti a tali *item* potrebbe essere riconducibile ad una sorta di "richiesta d'aiuto": la sensazione di disagio profondo e l'instabilità emozionale che è tipica degli individui con DP potrebbe portarli a sopravvalutare la loro psicopatologia allo scopo di ricevere maggiori cure o maggiori attenzioni dalle persone a loro vicine, in questo caso il loro terapeuta (Samuel et al., 2018). Tutto ciò non è difficile da comprendere se si pensa alla psicopatologia dei DP che, per quanto eterogenea possa essere, presenta un elemento che è spesso ridondante in tali disturbi, ovvero il bisogno di essere "visti", amati, accuditi o supportati, tutti elementi portati all'estremo soprattutto nel DP *borderline*.

Anche per quanto riguarda il dominio dell’Affettività negativa, sono stati ottenuti gli stessi risultati, difatti i pazienti hanno riportato livelli medi più elevati rispetto alle valutazioni fornite dai terapeuti, anche se la discrepanza tra le due valutazioni è stata leggermente meno forte rispetto a quella osservata per lo Psicoticismo. Coerentemente, l’analisi dei punteggi medi attribuiti alla sfaccettatura della labilità emozionale, inclusa nell’Affettività negativa, ha riportato i medesimi risultati, evidenziando come i pazienti tendano ad attribuirsi livelli superiori, rispetto ai terapeuti, di questa sfaccettatura. Ciò non stupisce per il fatto che l’Affettività negativa rappresenta il polo più alto del nevroticismo, tratto considerato più interno e meno osservabile e quindi meno condiviso con l’esterno: questo consentirebbe ai pazienti di essere maggiormente in grado di valutare tale dominio e, di riflesso, le sfaccettature internalizzanti che lo compongono (Oltmanns & Oltmanns, 2021). Tali risultati, inoltre, sono coerenti anche con altri studi in letteratura, che hanno dimostrato delle differenze significative tra le valutazioni dei pazienti e quelle dei terapeuti per le sfaccettature di disregolazione cognitiva e percettiva, eccentricità e labilità emozionale, con punteggi più elevati riportati dalle valutazioni *self-report* dei pazienti (Botteses et al., 2023; Samuel et al., 2018).

Contrariamente a quanto detto finora, in merito alle sfaccettature quali l’insensibilità e la ricerca di attenzione, appartenenti al dominio dell’Antagonismo, l’analisi dei punteggi medi ha mostrato che i terapeuti hanno fornito punteggi medi più elevati rispetto a quelli forniti dai pazienti. L’insensibilità è definita dall’APA (2013) come la mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui, mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti dannosi delle proprie azioni sugli altri; contrariamente alle ipotesi, sembrerebbe che i terapeuti grazie alla loro esperienza clinica, non abbiano particolare difficoltà nel cogliere questo elemento all’interno delle sedute (Oltmanns & Oltmanns, 2021). La mancanza di empatia e di rimorso risultano essere aspetti peculiari e fondamentali del nucleo psicopatologico del DP narcisistico, diagnosi che è stata attribuita a 4 pazienti del campione che ha preso parte a questo studio. Una possibile spiegazione di questi risultati potrebbe ricondursi proprio al concetto di insensibilità stesso dove, ampliando la prospettiva, potrebbe essere messo in relazione con l’incapacità di riconoscere e comprendere le emozioni altrui; difatti i pazienti con DP narcisistico molto spesso sono in grado di comprendere cognitivamente le emozioni dell’altro, ma risultano deficitari nel comprendere tali emozioni a livello emozionale e di conseguenza

non riescono ad entrare in empatia con l'altro (Ronningstam & Weinberg, 2023). Di conseguenza, tali individui risultano di per sé insensibili; tutto ciò potrebbe portare i terapeuti a essere maggiormente in grado di riconoscere tali tratti a differenza di altri informatori comuni come amici o familiari, data la loro esperienza clinica.

Lo stesso è stato osservato per la sfaccettatura della ricerca di attenzione, dove sono emersi punteggi medi inferiori forniti dai pazienti rispetto a quelli forniti dai terapeuti. Questi dati sono tuttavia contrari a quelli ottenuti da Samuel e collaboratori (2018), che invece riportavano punteggi più elevati nelle valutazioni *self-report* anziché da quelli ricavati dalle etero-valutazioni dei terapeuti. Questi risultati potrebbero essere spiegati, ancora una volta, se si riflette sulla psicopatologia dei DP inclusi nel *Cluster B*, dove la ricerca di attenzione assume una certa rilevanza (Krueger et al., 2023). Difatti, il bisogno di essere ammirati e di ricercare l'attenzione altrui in molteplici contesti sociali sono elementi che ritroviamo nel DP istrionico e nel DP *borderline* ma anche nel DP narcisistico. Nel DP istrionico, l'individuo si serve di modalità e comportamenti seduttivi per arrivare a catturare l'attenzione, mostrandosi servizievole e bisognoso. Nel DP narcisistico invece, nonostante gli individui cerchino di nascondere l'estremo bisogno di attenzione, si dimostrano persone estremamente dipendenti che tollerano poco la solitudine e che hanno bisogno di ricevere attenzione costante dagli altri (Ronningstam & Weinberg, 2023); a differenza del DP istrionico, l'attenzione non viene richiesta mostrandosi bisognosi o servendosi di comportamenti teatrali, bensì molto spesso svalutando gli altri purché i riflettori vengano puntati nuovamente su di sé (Ronningstam & Weinberg, 2023). Essendo, quindi, elementi molto conosciuti della psicopatologia di questi disturbi, è plausibile che i clinici maggiormente propensi a rilevarli nel momento in cui vanno a valutare tali aspetti della personalità del paziente il quale, invece, molto spesso tende a nascondere tali tratti all'interno delle sedute, forse anche a causa dell'egosintonicità dei propri comportamenti.

Nel complesso, i risultati hanno confermato la seconda ipotesi di questo studio, dimostrando che i pazienti tendono ad attribuirsi livelli di patologia maggiori rispetto a quanto non facciano i loro terapeuti, fatta eccezione per le sfaccettature di ricerca di attenzione e insensibilità. Questo accade soprattutto per i domini e le sfaccettature di natura più intima, che sembrerebbero essere riconosciute meglio dai pazienti stessi anziché dai loro terapeuti. Alcuni studi in passato hanno ottenuto risultati contrastanti,

mostrando che invece erano gli informatori a fornire livelli più alti di gravità di patologia rispetto ai *target*, ad esclusione delle sfaccettature di ansia e convinzioni insolite (Carnovale et al., 2019). La differenza sostanziale tra questo studio e quello di Samuel e collaboratori (2018) consiste nella tipologia di informatore utilizzato; nel presente studio sono stati utilizzati clinici esperti a differenza dello studio di Carnovale e collaboratori (2019), che si sono serviti di informatori comuni (amici e familiari). Quindi, l'utilizzo di terzi esperti risulta necessario in ambito clinico, dal momento che potrebbe portare a una valutazione più ponderata della gravità di patologia del *target*, cosa che invece non accade con altri tipi di informatori a causa della mancanza di competenze nell'ambito della salute mentale (Samuel et al., 2018).

La terza e ultima ipotesi era di natura più esplorativa e riguardava il grado di accordo tra auto- ed etero-valutazioni in relazione ad alcune variabili della relazione terapeutica come la durata della relazione terapeutica (espressa in mesi) e le ore trascorse dal terapeuta insieme al paziente. In letteratura è stata sottolineata l'importanza assunta dal grado di intimità tra *target* e informatore per ottenere delle informazioni più accurate sulla personalità dell'individuo (Connelly & Ones, 2010; Vazire, 2010). Pertanto, considerando gli studi presenti in letteratura, ciò che ci si aspettava di osservare era un aumento del grado di accordo paziente-terapeuta all'aumentare della durata della relazione terapeutica e delle ore trascorse con il paziente.

In riferimento ai domini, dai risultati è emerso che all'aumentare della durata della relazione terapeutica e del numero di ore trascorse con il paziente aumentava il grado di accordo in riferimento al dominio dello Psicoticismo e alla sfaccettatura della disregolazione cognitiva e percettiva; all'aumentare del numero di ore trascorse col paziente aumentava l'accordo per la sfaccettatura dell'eccentricità. Infine, anche per la sfaccettatura della depressività è stato riscontrato un aumento del grado di accordo all'aumentare della durata della relazione terapeutica.

Questi risultati sono incoraggianti se si considera che le sfaccettature di disregolazione cognitiva e percettiva, eccentricità (incluse nello Psicoticismo) e depressività (inclusa nell' Affettività negativa e nel Distacco) riflettono caratteristiche più intime e più difficilmente osservabili dall'esterno. Sarebbe dunque che, nonostante queste sfaccettature siano particolarmente difficili da riconoscere per il terapeuta, nel momento

in cui la durata della relazione terapeutica e le ore trascorse con il paziente aumentano, aumenti anche il grado di accordo. Una spiegazione potrebbe ricondursi proprio al fattore dell'intimità, la quale potrebbe essere ben rappresentata da queste variabili, rendendo di fatto maggiore la conoscenza tra terapeuta e paziente e consentendo al clinico di essere più in grado di riconoscere anche i tratti più intimi e meno condivisi dei propri pazienti. Inoltre, sembrerebbe che l'osservabilità dei tratti non sia così determinante; difatti essa assume un ruolo rilevante solamente quando la conoscenza tra *target* e informatore è minima, ma quando l'intimità tra i due assume un peso specifico maggiore, il fatto che un tratto sia più o meno osservabile dall'esterno sembrerebbe passare in secondo piano (Paunonen, 1989). Inoltre, molto probabilmente anche l'esperienza clinica dei terapeuti che hanno preso parte allo studio potrebbe aver influito sulla capacità di individuare tali tratti internalizzanti; considerando che gli anni di esperienza dei terapeuti variavano da un minimo di 5 ad un massimo di 16 e che ben 6 di loro hanno riferito di avere un'esperienza buona nell'*assessment* della personalità.

Risultati in direzione contraria sono emersi invece, per la sfaccettatura dell'angoscia di separazione, dove il grado di accordo diminuiva all'aumentare della durata della relazione terapeutica e delle ore trascorse con il paziente. Anche per l'insensibilità sono stati riscontrati risultati simili, mostrando una diminuzione del grado di accordo all'aumentare delle ore trascorse con i pazienti. Una spiegazione potenzialmente alla base di questi risultati potrebbe essere riconducibile alla gravità della psicopatologia dei pazienti dello studio i quali, come è stato descritto presentavano tutti una diagnosi di DP e alcuni dei quali con altri disturbi in comorbidità. In aggiunta, molti dei pazienti erano in trattamento farmacologico, il che fa supporre che il livello della gravità di patologia fosse piuttosto alto. Questo potrebbe portare ad ipotizzare che, nonostante, il tempo di conoscenza e le ore trascorse insieme al paziente, il terapeuta potrebbe aver avuto le idee abbastanza chiare su quali fossero i tratti maladattivi di personalità più pronunciati nei propri pazienti fin da subito, dal momento che essi erano piuttosto evidenti. Inoltre, è bene sottolineare che questi tratti di personalità vengono, molto spesso, dissimulati all'interno delle sedute terapeutiche, soprattutto quando i pazienti manifestano gravi livelli di patologia di DP.

Il presente studio non è esente da limitazioni; *in primis* è opportuno far presente la ridotta numerosità campionaria, dal momento che il gruppo di pazienti era costituito solamente

da 20 partecipanti. Quindi, la generalizzabilità dei risultati è piuttosto limitata. Inoltre, i pazienti provenivano da strutture diverse, le quali adottano metodologie differenti nel rapportarsi al paziente, nonostante l'orientamento teorico dei clinici fosse il medesimo. Inoltre, non è stato possibile considerare anche altre variabili che potrebbero intervenire nel processo dell'accordo paziente-terapeuta, come ad esempio i tratti di personalità presentati dal clinico. Infine, la procedura è risultata assai dispendiosa in termini di tempo sia per i pazienti ma soprattutto per i clinici che si sono prestati allo studio, i quali potrebbero essere stati soggetti a distrazioni date dai normali compiti di *routine* svolti all'interno delle strutture. Nonostante ciò, si incentiva a proseguire la ricerca nel campo dell'accordo sé-altro inerente ai tratti maladattivi di personalità in contesti clinici, in quanto si potrebbero trarre informazioni utili sulla psicopatologia dei propri pazienti.

Concludendo, il presente studio ha confermato in parte la maggior parte delle evidenze presenti in letteratura, fornendo anche spunti interessanti circa le differenze nei livelli di gravità della patologia forniti dalle valutazioni *self-report* dei pazienti e quelle *other-report* dei terapeuti, aspetti che al momento sono ancora poco discussi. Inoltre, è stata dimostrata l'importanza di utilizzare strumenti che derivino da approcci dimensionali alla valutazione della personalità, per garantire una valutazione più accurata ed esaustiva della personalità globale dell'individuo e del suo funzionamento. In ultima analisi, in accordo con Bottesi e collaboratori (2023) si ritiene che effettuare ulteriori ricerche nel campo dell'accordo sé-altro sui tratti maladattivi di personalità, nel caso delle coppie paziente-terapeuta, potrebbe essere utile nell'individuare eventuali "barriere" al trattamento, consentendo di rafforzare l'alleanza terapeutica, producendo una migliore efficacia terapeutica e promuovendo lo sviluppo dell'*empowerment* e dell'auto-consapevolezza nel paziente circa i propri tratti patologici di personalità, conducendo così il paziente a un miglior esito del trattamento. Terminando, un'adeguata conoscenza del grado di accordo sé-altro può essere un fattore rilevante nella previsione di eventuali sintomi e comportamenti disfunzionali di un possibile DP. Pertanto, la ricerca futura dovrebbe esplorare ulteriormente questo costrutto, tenendo conto delle molteplici variabili che possono influenzare il grado di accordo, allo scopo di comprendere come sia possibile ottenere una miglior conoscenza della personalità, basandosi su diversi punti di vista e tenendone conto in fase di diagnosi, aiutando a identificare specifici tratti di personalità

sui quali sarebbe opportuno lavorare durante la terapia (Gritti et al., 2018; Samuel et al., 2018).

Bibliografia

- Aboul-ata, M., & Qonsua, F. (2012). Validity, reliability and hierarchical structure of the PID-5 among Egyptian college students: Using exploratory structural equation modelling. *Personality and Mental Health, 15*(2), 100-112.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T., & Bagby, R. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment, 98*(1), 62-81.
- Almeida, D., Wethington, E., & Kessler, R. (2002). The daily inventory of stressful events: An interview-based approach for measuring daily stressors. *Assessment, 9*(1), 41-55.
- Ashton, M., Lee, K., de Vries, R., Hendrickse, J., & Born, M. (2012). The maladaptive personality traits of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of Personality and Social Psychology, 26*(5), 641-659.
- Aslinger, D., Manuck, S., Pilkonis, P., Simms, L., & Wright, A. (2018). Narcissist or narcissistic? Evaluation of the latent structure of narcissistic personality disorder. *127*(5), 496–502.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Bach, B., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2018). Personality inventory for DSM-5 (PID-5) in clinical versus nonclinical individuals: Generalizability of psychometric features. *Assessment, 25*(7), 815- 825.
- Balling, C., Lane, S., & Samuel, D. (2022). Ratings of dimensional traits in clinical practice: Comparing therapist and client perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 13*(3), 254–265.
- Barchi-Ferreira, B., & Osorio, F. (2020). The personality inventory for DSM-5: psychometric evidence of validity and reliability—updates. *Harvard Review of Psychiatry, 28*(4), 225-237.
- Bender, D., Morey, L., & Skodol, A. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess, 93*(4), 332-446.
- Black, D. (2015). The natural history of antisocial personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(7), 309-314.
- Bottesi, G., Caudek, C., Malerba, A., Caselli, G., Gallo, G., Melli, G., . . . Sica, C. (2023). Agreement and Discrepancies in Patient–Clinician Reports of DSM-5-

- TR Section III Maladaptive Personality Traits: A Study on a Mixed Outpatient Sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Martignon, A., & Sica, S. (2018). Self-other agreement in DSM-5 Section III Dimensional Personality Traits: A study on Italian community individuals. *Personality and Individual Differences, 130*, 135-140.
- Bradley, L., Noble, N., & Hendricks, B. (2023). DSM-5-TR: Salient Changes. *The Family Journal, 31*(1), 5-10.
- Caligor, E., Levy, K., & Yeomans, F. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry, 172*(5), 415-422.
- Carlson, E., Vazire, S., & Oltmanns, T. (2013). Self-other knowledge asymmetries in personality pathology. *Journal of Personality, 81*(2), 155-170.
- Carnovale, M., Carlson, E., Quilty, L., & Bagby, R. (s.d.). Discrepancies in self-and informant-reports of personality pathology: Examining the DSM–5 Section III trait model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(5), 456.
- Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P., & Siever, L. (2013). Schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 27*(5), 652-679.
- Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in Clinical Practice*. Guilford Press.
- Clark, L. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu. Rev. Psychol., 58*, 227-257.
- Clark, L. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science, 18*(1), 27–31.
- Clark, L., Simms, L., Wu, K., & Casillas, A. (2014). Manual for the schedule for nonadaptive and adaptive personality (SNAP-2).
- Clarkin, J., Caligor, E., & Sowislo, J. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology, 53*(3), 141-148.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.).
- Cohen, P., Crawford, T., Johnson, J., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of personality disorders, 19*(5), 466-486.
- Connelly, B., & Ones, D. (2010). Another perspective on personality: meta-analytic integration of observers' accuracy and predictive validity. *Psychological Bulletin, 136*(6), 1092.

- D.W., B. (2015). The natural history of antisocial personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 309-314.
- Davidson, K., Obonsawin, M., Seils, M., & Patience, L. (2003). Patient and clinician agreement on personality using the SWAP-200. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 208-218.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K., & Krueger, R. (2014). The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality*, 82(2), 158-169.
- De Fruyt, F., & De Clercq, B. (2014). Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: Toward an integrative developmental model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 449-476.
- DeYoung, C., Chmielewski, M., Clark, L., Condon, D., Kotov, R., Krueger, R., & HiTOP Normal Personality Workgroup. (2022). The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Journal of personality*, 90(1), 20-33.
- Dhillon, S., Bagby, R., Kushner, S., & Burchett, D. (2017). The impact of underreporting and overreporting on the validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): A simulation analog design investigation. *Psychological Assessment*, 29(4), 473-478.
- Dunne, A., Trounson, J., Skues, J., Pfeifer, J., Ogloff, J., & Daffern, M. (2021). The Personality Inventory for DSM-5–Brief Form: An examination of internal consistency, factor structure, and relationship to aggression in an incarcerated offender sample. *Assessment*, 28(4), 1136- 1146.
- Erikson, E. (1950). Childhood and society,.
- Fossati, A., Krueger, R., Markon, K., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689-708.
- Funder, D. C. (1995). On the accuracy of personality judgment: a realistic approach. *Psychological review*, 102(4), 652.
- Gibson, P. (2004). Histrionic personality. *Bias in psychiatric diagnosis*, 201-206.
- Gritti, E., Marino, M., Lang, M., & Meyer, G. (2018). Assessing narcissism using Rorschach- based imagery and behavior validated by clinician reports: Studies with adult patients and nonpatients. *Assessment*, 25(7), 898-916.
- Haslam, N., McGrath, M., Viechtbauer, W., & Kuppens, P. (2020). Dimensions over categories: A meta-analysis of taxometric research. *Psychological Medicine*, 50(9), 1418–1432.

- Heath, L., Drvaric, L., Hendershot, C., Quilty, L., & Bagby, R. (2018). Normative and maladaptive personality trait models of mood, psychotic, and substance use disorders. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *40*, 606-613.
- Hirchfeld, R. M. (1993). Personality disorders: Definition and diagnosis. *Journal of Personality Disorder, SUPPL*(1), 9-17.
- Hopwood, C., Thomas, K., Markon, K., Wright, A., & Krueger, R. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, *121*(2), 424.
- Hopwood, C., Wright, A., Ansell, E., & Pincus, A. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, *27*(3), 271-295.
- John, O., & Srivastava, S. (1999). "The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives." . 102-138.
- Johnson, J., Cohen, P., Skodol, A., Oldham, J., Kasen, S., & Brook, J. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of general psychiatry*, *56*(9), 805-811.
- Jopp, A., & South, S. (2015). Investigating the Personality Inventory for DSM-5 using self and spouse reports. *Journal of Personality and Social Psychology*, *29*(2), 193-214.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A., Johnson, J., & Brook, J. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American*.
- Kaurin, A., Sauerberger, K., & Funder, D. (2018). Associations between informant ratings of personality disorder traits, self-reports of personality, and directly observed behavior. *Journal of Personality*, *86*(6), 1078-1101.
- Kernberg, O. (2016). What is personality? *Journal of personality disorders*, *30*(2), 145-156.
- Krueger, R., & Blaney, P. (2023). Oxford textbook of psychopathology.
- Krueger, R., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., & Skodol, A. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, *42*(9), 1879-1890.
- Labancz, E., Balázs, K., & Kuritárné Szabó, I. (2020). The psychometric properties of the Hungarian version of the Personality Inventory for DSM-5 in a clinical and a community sample. *Current Psychology*, 1-11.
- Lampe, L., & Malhi, G. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology research and behavior management*, 55-66.
- Lee, R. (2017). Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, *4*, 151-165.

- Lim, D., Gwee, A., & Hong, R. (2019). Associations between the DSM-5 section III trait model and impairments in functioning in Singaporean college students. *Journal of personality disorders, 20*(3), 413-431.
- Linehan, M. (2017). Introduzione alla DBT: il trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline. 28-33.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento.
- Markon, K., Quilty, L., Bagby, R., & Krueger, R. (2013). The development and psychometric properties of an informant-report form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID- 5). *Assessment, 20*(3), 370-383.
- McKinley, J., Hathaway, S., & Meehl, P. (1948). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory: VI. The K Scale. *Journal of Consulting Psychology, 21*(1), 20.
- Miller, J., Pilkonis, P., & Clifton, A. (2005). Self-and other-reports of traits from the five-factor model: Relations to personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*(4), 400-419.
- Morey, L. C. (1991). Personality assessment inventory.
- Morey, L., Benson, K., & Skodol, A. (2016). Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychological Medicine, 46*(3), 647-655.
- Morey, L., Skodol, A., & Oldham, J. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM- 5 personality disorders. *Journal of abnormal psychology, 123*(2), 398.
- Oltmanns, J., & Oltmanns, T. (2021). Self-other agreement on ratings of personality disorder symptoms and traits: Three meta-analyses. In T. D. Letzring & J. S. Spain (Eds.), *The Oxford handbook of accurate person- ality judgment: Theory and empirical findings*.
- Oltmanns, T., & Turkheimer, E. (2009). Person Perception and Personality Pathology. *Current Directions in Psychological Science, 18*(1), 32-36.
- Oltmanns, T., Friedman, J., Fiedler, E., & Turkheimer, E. (2004). Perceptions of people with personality disorders based on thin slices of behavior. *Journal of Research in Personality, 38*, 216–229.
- Pfohl, B., Stangl, D., & Zimmerman, M. (1982). The structured interview for DSM-III personality disorders (SIDP).
- Piedmont, R. L. (1998). The revised NEO Personality Inventory: Clinical and research applications.

- Pincus, A. (2005). A Contemporary Integrative Interpersonal Theory of Personality Disorders.
- Quilty, L., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B., & Bagby, R. (2013). The Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial Sample. *Assessment, 20*(3), 362–369.
- Ramklint, M., Ramklint, M., & Ramklint, M. (2003). Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder: a follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(1), 23-28.
- Ready, R., Watson, D., & Clark, L. (s.d.). Psychiatric Patient– and Informant-Reported Personality: Predicting Concurrent and Future Behavior. *Assessment, 9*(4), 361–372.
- Roberts, B., & DelVecchio, W. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological bulletin, 126*(1), 3.
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2023). Narcissistic Personality Disorder: Patterns, Processes, and Indicators of Change in Long-Term Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders, 37*(3), 337-357.
- Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., & Krueger, R. (2019). Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5. Part II–empirical results. *Psychiatria Polska, 53*(1), 23-48.
- Samuel, D. (2015). A review of the agreement between clinicians’ personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(1), 1-19.
- Samuel, D., & Widiger, T. (2006). Clinicians’ judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV and five-factor models. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2), 298-308.
- Samuel, D., Suzuki, T., & Griffin, S. (2016). Clinicians and clients disagree: Five implications for clinical science. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(7), 1001.
- Samuel, D., Suzuki, T., Bucher, M., & Griffin, S. (2018). The agreement between clients’ and their therapists’ ratings of personality disorder traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(6), 546.
- Schulenberg, J., Sameroff, A., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and psychopathology, 16*(4), 799-806.
- Sleep, C., Lamkin, J., Lynam, D., Campbell, W., & Miller, J. (2019). Personality disorder traits: Testing insight regarding presence of traits, impairment, and

- desire for change. *Personality disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(2), 123.
- Sleep, C., Lynam, D., Widiger, T., Crowe, M., & Miller, J. (2019). An evaluation of DSM–5 Section III personality disorder Criterion A (impairment) in accounting for psychopathology. *Psychological Assessment*, 31(10), 1181.
- Starzyk, K., Holden, R., Fabrigar, L., & MacDonald, T. (2006). The Personal Acquaintance Measure: a tool for appraising one's acquaintance with any person. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 833.
- Stone, L., & Segal, D. (2021). An empirical evaluation of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders in later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 93(3), 904-926.
- Strickland, C., Drislane, L., Lucy, M., Krueger, R., & Patrick, C. (2013). Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 327-338.
- Strieker, G., & Gold, J. (1988). A psychodynamic approach to the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2(4), 350-359.
- Tandler, N., Mosch, A., Wolf, A., & Borkenau, P. (2016). Effects of personality disorders on self- other agreement and favorableness in personality descriptions. *Journal of personality disorders*, 30(5), 577-594.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). Temperament and development.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(6), 916-926.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 795-805.
- Trull, T., & Durrett, C. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Trull, T., Jahng, S., Tomko, R., Wood, P., & Sher, K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24(4), 412-426.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., . . . Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(S49).
- Vazire, S. (2010). Who knows what about a person? The self–other knowledge asymmetry (SOKA) model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(2), 281-300.

- Vazire, S., & Carlson, E. (2011). Others sometimes know us better than we know ourselves. *Current Directions in Psychological Science*, 104-108.
- Vazire, S., & Mehl, M. (2008). Knowing me, knowing you: the accuracy and unique predictive validity of self-ratings and other-ratings of daily behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1202-1216.
- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV [Editorial]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 371.
- Watters, C., & Bagby, R. (2018). A meta-analysis of the five-factor internal structure of the personality inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 30(9), 1255–1260.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 258-272.
- Widiger, T., & Rojas, S. (2015). Personality disorders. *Psychiatry*, 1706-1748.
- Widiger, T., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of personality disorders*, 19(2), 110-130.
- Widiger, T., Trull, T., Clarkin, J., Sanderson, C., & Costa Jr., P. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the five-factor model of personality*, 2nd ed, 89-99.
- Wilson, K., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 67-86.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A., Singh, S., . . . Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78.
- Wright, A., Hopwood, C., & Simms, L. (2015). Daily interpersonal and affective dynamics in personality disorder. *Journal of personality disorders*, 29(4), 503-525.
- Yang, J., McCrae, R., Costa, P. J., Dai, X., Yao, S., Cai, T., & Gao, B. (1999). Cross-cultural personality assessment in psychiatric populations: The NEO-PI-R in the People's Republic of China. *Psychological Assessment*, 11, 359–368.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D., & Corenthal, C. (1988). Diagnosing personality disorder in depressed patients: A comparison of patient and informant interviews. *Archives of General Psychiatry*, 45(8), 733-737.

- Zimmermann, G., Rossier, J., Meyer de Stadelhofen, F., & Gaillard, F. (2005). Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *European Journal of Psychological Assessment, 21*(1), 23-33.
- Zimmermann, J., Böhnke, J., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in DSM-5. *Journal of abnormal psychology, 124*(3), 532.