

800
1222 · 2022
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni interpersonali**

Elaborato finale

**L'accordo sé-altro nella valutazione dei tratti maladattivi di
personalità in un gruppo di pazienti con Disturbo da Uso di Sostanze**

**Self-other agreement in the assessment of personality traits in a group of
patients with Substance Use Disorder**

Relatrice:

Prof.ssa Gioia Bottesi

***Laureanda:* Nicole Xiccato**

***Matricola:* 1232355**

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	2
1. DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E ADDICTION	3
1.1. Caratteristiche fenomenologiche ed epidemiologiche	3
1.2. Disturbi correlati a sostanze	5
1.2.1. Disturbi da uso di sostanze	5
1.2.2. Disturbi indotti da sostanze	7
1.3. Dipendenze comportamentali	8
1.4. Modelli eziologici e fattori di rischio	10
2. DISTURBI DI PERSONALITA'	14
2.1. Modello categoriale DSM-5;	14
2.2. Modello alternativo (sezione III) DSM-5;	17
2.3. Disturbi di personalità generalmente presenti in comorbidità ai Disturbi da Uso di Sostanze e Addiction.	22
3. TRATTI MALADATTIVI DI PERSONALITA' E ACCORDO SE'-ALTRO	26
3.1. Tratti maladattivi di personalità in gruppi non clinici	26
3.2. Tratti maladattivi di personalità in pazienti con disturbi da uso di sostanze	29
3.3. Accordo sé-altro nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità in gruppi non clinici	32
4. CONCLUSIONI	35
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUZIONE

Il presente elaborato è stato condotto allo scopo di passare in rassegna la letteratura riguardante i Disturbi da Uso di Sostanze e *Addiction* (DUS), ovvero dei disturbi primari e cronici legati alla ricompensa cerebrale e motivazionale generata dalla sostanza; i Disturbi di Personalità (DP), ovvero dei *pattern* di esperienza interiore e comportamento deviante rispetto alla cultura di appartenenza; e l'Accordo Sé-Altro tra e auto- ed etero-valutazioni, ovvero la convergenza delle due valutazioni rispetto a un determinato tratto di personalità. Comprendere la genesi e il ruolo dei tratti maladattivi di personalità nello sviluppo di DUS e poter valutare l'Accordo Sé-Altro in questi pazienti è di fondamentale importanza per le possibili implicazioni cliniche e terapeutiche che ne derivano.

Nel primo capitolo viene introdotto il concetto di *Addiction* e in seguito vengono descritti i DUS nei frangenti fenomenologici ed epidemiologici e nelle peculiarità relative all'uso di sostanza, all'induzione di disturbi da parte della stessa e alle dipendenze comportamentali, assumendo come maggiore riferimento il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Quinta Edizione (DSM-5). In seguito, vengono trattati i modelli eziologici facendo riferimento alle influenze genetiche, ambientali e sociali; i fattori di rischio; e, inoltre, viene approfondito l'aspetto della comorbidità tra DUS e disturbi mentali.

Il secondo capitolo è dedicato all'approfondimento dei DP secondo i due modelli presentati nel DSM-5: il modello categoriale e il modello alternativo introdotto nella Sezione III della più recente edizione del DSM. Vengono elencati gli aspetti vantaggiosi e svantaggiosi e si riporta la possibilità di una visione diagnostica pluralistica. L'ultima sezione del capitolo approfondisce il legame comorbile tra DUS e DP, concentrandosi su Disturbo Antisociale di personalità e Disturbo *Borderline* di personalità in quanto sono le associazioni maggiormente indagate in letteratura.

Il terzo capitolo illustra i tratti maladattivi di personalità soffermandosi su definizione, origini, mantenimento, funzione predittiva di sintomi e disturbi e la loro trasmissione trans-generazionale. Successivamente, viene evidenziato il loro ruolo nei pazienti con DUS e vagliata la proposta di integrarne il trattamento in fase terapeutica tramite la *Dual-Focused Schema Therapy* (DFST). In fine, viene definito l'Accordo Sé-Altro, trattata la funzionalità dell'auto- ed etero-valutazione e sottolineati quali sono gli effetti che diminuiscono il grado di accordo tra le due modalità in gruppi non clinici.

Il capitolo conclusivo mette in luce limitazioni e lacune della letteratura che rendono la rassegna non esaustiva; inoltre, si espongono le auspicabili direzioni per le indagini future motivandone necessità e utilità clinica allo scopo di implementare l'attuale pratica terapeutica.

CAPITOLO 1

DISTURBO DA USO DI SOSTANZE E *ADDICTION*

L'*Addiction* o “dipendenza” viene definita come un disturbo primario cronico legato alla ricompensa cerebrale e motivazionale, alla memoria e ai circuiti correlati. Disfunzioni in questi circuiti comportano manifestazioni in ambito biologico, psicologico, sociale e spirituale (*American Society of Addiction Medicine* [ASAM], 2011) le quali, assieme ai fattori ambientali, contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento della dipendenza stessa (*American Psychiatric Association* [APA], 2013). Inoltre, queste disfunzioni, si riflettono patologicamente nell'individuo che persegue il piacere o il sollievo tramite l'uso della sostanza o di altri comportamenti (ASAM, 2011). Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*, DSM-5; APA, 2013), le dipendenze si distinguono in dipendenze correlate a sostanze e dipendenze comportamentali, ma i meccanismi attivati dalle due tipologie sono piuttosto simili; infatti, in entrambi i casi, vi è un'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa che è coinvolto nel rinforzo dei comportamenti e nella produzione dei ricordi (APA, 2013).

La differenza tra i consumatori e gli individui con una dipendenza non riguarda la quantità o la frequenza d'uso o di coinvolgimento in comportamenti che provocano dipendenza, bensì la tipologia di risposta qualitativa soggettiva all'esposizione, agli *stressor* e ai segnali esterni. Un aspetto patologico del disturbo è l'ossessione che questi individui manifestano nel ricercare ricompense esterne, la quale persiste nonostante l'accumulo di conseguenze avverse. Senza trattamento e impegno nelle attività volte al recupero, la dipendenza è progressiva e può comportare disabilità o morte prematura (ASAM, 2011).

1.1 Caratteristiche fenomenologiche ed epidemiologiche

L'*Addiction* si caratterizza per 5 fattori, largamente presenti nella casistica: l'incapacità di mantenere l'astinenza; la menomazione del controllo comportamentale; il *craving*; il diminuito riconoscimento della significatività delle disfunzioni manifestate nel proprio comportamento e nelle relazioni interpersonali; le risposte emozionali disfunzionali (ASAM, 2011). Il primo fattore è giustificato dalla natura delle dipendenze: esse sono dei disturbi cronici e, in quanto tali, si caratterizzano per cicli di ricaduta e remissione (ASAM, 2011). Il *craving* è un desiderio persistente e irresistibile verso una determinata sostanza o per sostanze a effetti simili (APA, 2013), generato dal ricordo degli aspetti legati alla ricompensa sovrapposti a uno stato emozionale negativo (Koob & Le Moal, 2008). La dipendenza e i comportamenti a essa associati si sviluppano progressivamente con il disturbo, la sua dinamicità determina cambiamenti a livello comportamentale, cognitivo, emozionale, neurobiologico che si manifestano creando difficoltà percettive, di apprendimento, di

giudizio, di controllo degli impulsi e compulsività (ASAM, 2011). Tra i comportamenti caratteristici del disturbo figurano: eccessivo uso o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza spesso associato a un forte desiderio di controllarsi; eccessivo investimento in termini di tempo nella ricerca delle sostanze per l'uso e nel successivo ricovero dai loro effetti con conseguenze negative nel funzionamento dell'individuo in ambito sociale e lavorativo; persistente uso o coinvolgimento in attività legate alla dipendenza nonostante gli effetti negativi causati o esacerbati da esse a livello fisico e/o psicologico; restringimento del repertorio comportamentale focalizzandosi in funzioni volte alla ricompensa; incapacità di agire nonostante il riconoscimento del problema (ASAM, 2011). Gli individui in questione sono, inoltre, poco propensi a modificare i loro comportamenti disfunzionali e paiono non rendersi conto delle complicazioni che ne derivano. In ambito cognitivo si sviluppano preoccupazione per il consumo della sostanza, un'alterata valutazione di costi e benefici associati all'uso e ai comportamenti legati allo stesso; l'errata convinzione che i problemi esperiti nella propria vita siano attribuiti a cause altre e non siano prevedibili conseguenze della dipendenza. A livello emozionale incrementa l'ansia, la disforia e la sofferenza; aumenta la sensibilità agli *stressor* riconosciuti dal sistema cerebrale e ne consegue un vissuto più stressante del quotidiano; è presente una difficoltà nell'identificare le proprie emozioni e nel distinguerle da sensazioni fisiche dovute allo stato di attivazione; a volte si sviluppa un'alessitimia (difficoltà nel descrivere agli altri ciò che si prova) (ASAM, 2011). A livello neurobiologico, le modifiche apportate dalla dipendenza includono alterazioni della neurotrasmissione e delle interazioni con le strutture di ricompensa cerebrale (il *nucleus accumbens* [NAc], la corteccia cingolata anteriore, il proencefalo basale e l'amigdala): questo comporta conseguenze drammatiche. poiché i comportamenti generati dalla dipendenza riescono a soppiantare i comportamenti salutari adibiti alla propria cura (ASAM, 2011). In questi disturbi è costante il rischio di ricaduta, che può essere innescato dall'esposizione a determinate sostanze, comportamenti, ambienti e a *stressor* emozionali che possano provocare un aumento dell'attività nei circuiti cerebrali *stress*-relati. Una peculiarità del disturbo è la forte potenza dei segnali esterni nell'innescare il *craving*, che viene permesso dall'alterazione della neurotrasmissione e delle interazioni tra i circuiti corticali e ippocampali. In particolare, l'ippocampo ha un ruolo importante nel ricordo di esperienze precedenti di euforia o disforia e l'amigdala incentra la motivazione dell'individuo su comportamenti associati a queste esperienze passate generando una distorsione dei ricordi delle precedenti ricompense (come quelli relativi a cibo, sesso, alcol o altre sostanze) (ASAM, 2011).

A livello epidemiologico, in ambito italiano, nel Rapporto tossicodipendenze del 2020, figurava che nei Servizi pubblici per le dipendenze l'86% dei pazienti fosse di sesso maschile (rapporto femmine:maschi = 1:6). La maggior parte degli utenti aveva un'età compresa tra i 35 e i 54

anni, ma tra i nuovi utenti la fascia d'età prevalente era tra i 20 e i 39 anni. Più del 70% dei pazienti aveva conseguito un livello di istruzione secondaria, ma generalmente i vecchi utenti presentavano livelli di istruzione meno elevati. Il 64% dell'utenza era in trattamento per uso primario di oppiacei. La sostanza d'elezione era l'eroina ma, negli anni, la proporzione di persone sul totale che la sceglie come sostanza primaria diminuisce; infatti, tra i nuovi utenti è la cocaina a essere prediletta (40,3%) (Ministero della salute, 2020). Nel 2019, a livello mondiale, si è stimato che il 5,5% della popolazione mondiale nella fascia d'età tra i 15 e i 64 anni ha fatto uso di sostanze almeno una volta nel corso dell'anno precedente. Tra questi, si è stimato che quasi il 13% soffre di un disturbo correlato a sostanze, cioè il 0,7% della popolazione mondiale tra i 15 e i 64 anni. Questi dati, ricavati da indagini basate sulla popolazione, sottostimano il consumo di sostanze, specialmente tra le fasce della popolazione in cui i tassi di consumo sono più alti, perché sono esclusi gli utenti istituzionalizzati (tra cui i carcerati e gli individui in trattamenti residenziali) e i gruppi marginalizzati. Inoltre, affidandosi a questionari *self-report* relativi a comportamenti legati a stigma sociale e sanzioni legali, gli intervistati potrebbero essere riluttanti ad ammettere la quantità di consumo (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2021).

1.2 Disturbi correlati a sostanze

I disturbi correlati a sostanze contemplano 10 classi di sostanze, tra cui alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi, ipnotici e ansiolitici, stimolanti, tabacco e altre sostanze. Essi si dividono in due gruppi: i disturbi da uso di sostanze e i disturbi indotti da sostanze (APA, 2013).

1.2.1 Disturbi da uso di sostanze

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) può essere diagnosticato in relazione a tutte le sostanze menzionate nel paragrafo precedente eccetto la caffeina. La cannabis è la sostanza mondialmente più utilizzata, ne fa uso il 4% della popolazione globale in fasce d'età tra i 15 e i 64 anni (UNODC, 2021, p.21). Le sostanze che hanno maggiore impatto nell'ambito sanitario sono alcol, cannabis e tabacco, a causa dell'elevata prevalenza in termini di consumo e dell'età precoce in cui inizia il loro utilizzo (Shmulewitz, Greene, & Hasin, 2015). Tra le conseguenze in ambito sanitario figurano un incremento nel rischio di sviluppo di disturbi mentali, di contrarre infezioni quali *HIV* ed epatite C, che può causare cancro al fegato e cirrosi, di esperire un'overdose fatale o meno, in particolare nel caso di consumo di oppioidi, di morire prematuramente. I pericoli maggiori vengono attribuiti al consumo di oppioidi e di sostanze tramite iniezione. Il consumo di sostanze è anche associato al conseguimento

di bassi livelli di formazione scolastica, una maggiore difficoltà nel trovare lavoro e mantenerlo e situazioni finanziarie di instabilità e povertà (UNODC, 2021).

Il DUS si distingue per un *cluster* di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che testimoniano la persistenza dell'individuo nel far uso della sostanza nonostante i problemi correlati a essa (APA, 2013). L'assunzione di sostanze, soprattutto in quantità eccessive, provoca un'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa e, mentre le prime esperienze con la sostanza sono ampiamente volontarie, la loro continua assunzione altera le funzioni cerebrali interferendo nella capacità di autoregolare i comportamenti relativi all'assunzione e sensibilizza il cervello allo *stress* e agli stati d'animo negativi (Volkow & Morales, 2015). Ad assumere un ruolo cruciale nel piacere soggettivo associato alla ricompensa è la dopamina (DA). I neuroni dopaminergici sono situati nell'area ventrale-tegmentale (VTA) e proiettano al NAc, che è responsabile del processamento degli stimoli associati alla ricompensa, compresi quelli dovuti all'abuso di droghe (Wise, 2008). La DA, tramite "periodici picchi di elevazione, stabilisce abitudini di risposta tra ricompense e stimoli predittori delle stesse" (Wise, 2008, p.11), diventa, quindi, complice nel rafforzare comportamenti, risposte abituali e preferenze condizionate, incentivando la motivazione associata a stimoli essenziali per la sopravvivenza quali l'assunzione di cibo e acqua ma anche a quelli derivati dall'uso di sostanze (Wise, 2008). Per rinforzo si intende il "rafforzamento dell'apprendimento derivato dal consolidarsi delle tracce strutturali nel sistema nervoso (SN) che includono l'attività del sistema cellulare attivata dall'evento o da un processo di apprendimento" (Landauer, 1969, p.14). La rete cellulare attivata rimane ipersensibile dopo l'apprendimento per una quantità di tempo limitata ma, in tal modo, uno stimolo eccitatorio sottosoglia può riattivare gli stessi elementi ancora ipersensibili (Landauer, 1969). Questo spiega come, tramite l'esposizione a stimoli correlati alla sostanza, si innesca il *craving* (APA, 2013). Prima che insorga la dipendenza dalla sostanza si attraversa una fase di tolleranza, la quale è caratterizzata dal decremento graduale dell'effetto di una droga quando ne viene assunta ripetutamente una certa dose (Peper, 2004). La tolleranza viene descritta come il "processo di adattamento agli effetti disturbanti della sostanza", per cui il corpo apprende come contrastarne gli effetti (Peper, 2004, p.2). Durante questo stadio, l'astinenza provoca stati emozionali negativi che mantengono la relazione motivazionale tra l'individuo e la sostanza durante i momenti in cui gli incentivi condizionati dalla stessa non sono disponibili. Durante l'astinenza, i meccanismi di apprendimento associativo legati all'azione delle sostanze sono rafforzati e amplificati a causa del potenziamento delle proprietà di rilascio della DA dovuta alle assunzioni stesse (sensibilità della sospensione) (Di Chiara, 2002). Alle prime assunzioni volontarie, e alla fase di tolleranza, segue la transizione verso un uso compulsivo che è dovuta agli *shifts* dinamici dei *loci* che si occupano del controllo del comportamento. Si tratta delle subregioni striatali che, dal normale coinvolgimento delle

aree ventrali, passano a quelle dorsali mediate dalla stratificazione dell'innervazione dopaminergica. Questo processo è inoltre accompagnato da un progressivo diminuire del controllo sui comportamenti di ricerca e assunzione di sostanze esercitato dalla corteccia prefrontale (Everitt & Robbins, 2013). I cambiamenti nei circuiti cerebrali possono essere permanenti nonostante la disintossicazione, questo soprattutto nei casi più gravi. Gli effetti di questi mutamenti si manifestano a livello comportamentale tramite ricadute e l'innescarsi del *craving* (APA, 2013), di tipo 1 quando si è esposti a stimoli correlati alla sostanza, tra cui segnali ambientali che sono stati associati all'assunzione; di tipo 2 quando è caratterizzato da uno stato interno di *stress*, disforia, ansia o umore depresso, causato ad esempio dall'astinenza, questo se è combinato al *craving* di tipo 1 provoca ricadute in comportamenti di ricerca della sostanza (Koob & Le Moal, 2008). Le droghe, inoltre, modulano l'espressione dei geni coinvolti nella neuroplasticità tramite l'epigenetica ed eventuali modifiche all'RNA, conturbano le cascate di segnali intracellulari e rendono disfunzionali i circuiti neuronali le cui modifiche sono associate ai cambiamenti a lungo termine causati dalla dipendenza (Volkow & Morales, 2015).

Le diagnosi di DUS si strutturano in base alla presenza di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che conseguono il ripetuto uso di sostanze o la ripetuta attuazione di comportamenti di dipendenza nonostante la presenza di problemi clinicamente significativi (Shmulewitz *et al.*, 2015).

1.2.2 Disturbi indotti da sostanze

I disturbi indotti da sostanze sono potenzialmente gravi, solitamente temporanei ma che, anche se non frequentemente, possono persistere come sindromi del sistema nervoso centrale (SNC). Tra essi figurano intossicazione, astinenza e disturbi mentali indotti da sostanze o farmaci, tra cui disturbi psicotici, disturbo bipolare e altri correlati, disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e correlati, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, *delirium*, e disturbi neurocognitivi. Questi si sviluppano a causa degli effetti delle sostanze di abuso, dei farmaci o di altre tossine. Il loro sviluppo è caratterizzato dalla stretta connessione con l'uso di farmaci prescritti per trattamenti medici ma assunti in maniera scorretta o con l'uso delle 10 sostanze responsabili del DUS (APA, 2013). Essi si manifestano nel decorso del consumo, mentre i sintomi a essi correlati diminuiscono di intensità fino a scomparire dopo le prime settimane di astinenza, anche in assenza di un trattamento specifico. Per la diagnosi è solitamente necessario che il disturbo emerga in seguito al riconoscimento di un DUS nell'individuo; inoltre, tutti i sintomi devono essere giustificabili esclusivamente dal consumo della sostanza o dall'abuso del farmaco (Bakken, *et al.*, 2003). Alcuni studi tra cui quello di Wittchen e collaboratori (1996) e quello di Driessen e collaboratori (1996) hanno dimostrato come la maggior parte dei disturbi mentali si sviluppi prima della dipendenza, stabilendo così che i disturbi indotti da sostanza riguardano solo una minoranza di casi. Studi più

recenti come quello di Bakken e collaboratori (2003) hanno confermato i precedenti, individuando solo in una minoranza di casi la presenza esclusiva di disturbi mentali indotti da sostanze.

1.3 Dipendenze comportamentali

La caratteristica essenziale delle dipendenze comportamentali è il fallire al resistere all'impulso di attuare un comportamento che danneggia l'individuo stesso o gli altri. Ognuna di queste dipendenze è caratterizzata da un *pattern* ricorrente di azioni specifiche rispetto a un ambito, la cui ripetizione interferisce con il funzionamento dell'individuo in altri domini (Grant, *et al.*, 2010). In questa categoria rientra solo il disturbo da gioco d'azzardo nel DSM-5, ma anche il *gaming disorder* nell'undicesima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11; *World Health Organization* [WHO], 2019). Vi sono altre sottocategorie come la dipendenza da sesso, da esercizio fisico o da acquisti che sono ancora in fase di indagine (APA, 2013). Gli individui che ne soffrono presentano alti livelli di impulsività e *sensation seeking* e, solitamente, bassi livelli di evitamento del danno (Grant *et al.*, 2010).

Le dipendenze comportamentali sono così categorizzate nel DSM per via di varie similitudini che presentano con i DUS. Tra i fattori che legano le due tipologie di dipendenze vi sono “storia naturale (decorso cronico, recidivante che presenta maggiore incidenza e prevalenza tra adolescenti e giovani adulti), fenomenologia (*craving* soggettivo, intossicazione e astinenza), tolleranza, comorbidità, sovrapposizione di contribuzione genetica ai disturbi, meccanismi neurobiologici (con i ruoli del cervello glutamatergico, oppioidergico, sistemi serotoninergici e dopaminergici mesolimbici) e risposta al trattamento” (Grant *et al.*, 2010, p.8). Anche in questo caso, come per i DUS, si tratta di un disturbo egosintonico, cioè guidato dalla ricerca del piacere, che, nel corso del tempo, tramuta gradualmente in egodistonico, cioè dovuto dal desiderio di ridurre uno stato d'ansia o di *stress*: il comportamento in sé diventa meno piacevole e più simile a un'abitudine o compulsione; inoltre, si è meno motivati da rinforzi positivi ma più da rinforzi negativi (Grant *et al.*, 2010; Potenza *et al.*, 2009). Le dipendenze comportamentali, come descritto nel DSM-IV-TR (APA, 2000), si caratterizzano per la sensazione di “tensione o attivazione precedente al commettere l'atto” e per quella di “piacere, gratificazione o sollievo nel momento in cui esso viene compiuto”. Anche gli individui con dipendenze comportamentali riportano quindi un'urgenza o *craving* prima di agire il comportamento, come i pazienti con diagnosi di DUS, e, allo stesso modo, anche nelle dipendenze comportamentali si attua il processo di tolleranza che comporta, per l'individuo, un bisogno di aumentare la frequenza di attuazione del comportamento in questione allo scopo di ottenere lo stesso effetto umorale. Rilevante il fenomeno dell'astinenza da questi comportamenti poiché, nonostante gli individui riferiscano uno stato disforico durante l'astinenza dal comportamento, non si verificano seri

sintomi fisiologici o medici. La co-occorrenza delle dipendenze comportamentali con i DUS è frequente e suggerisce una fisiopatologia comune tra i disturbi (Grant *et al.*, 2010).

Interventi psicosociali, sia per le dipendenze comportamentali sia per i DUS, si fondano sul modello di prevenzione della ricaduta, che incoraggia l'astinenza individuando i *pattern* secondo cui si muove l'abuso, evitando o affrontando le situazioni ad alto rischio e portando a dei cambiamenti nello stile di vita e nella quotidianità dell'individuo in modo da rafforzare abitudini sane (Grant *et al.*, 2013). Per entrambe le classi di disturbi si è rilevato un miglioramento a seguito dell'applicazione degli approcci di auto-aiuto dei 12 passi e del potenziamento motivazionale (Grant *et al.*, 2010).

Il disturbo da gioco d'azzardo è la dipendenza comportamentale più studiata. Spesso inizia in età infantile o adolescenziale, e più precocemente nei maschi (Grant *et al.*, 2010); ciò nonostante, circa un terzo degli individui che ne soffre cessa autonomamente senza avvalersi di terapie (Grant *et al.*, 2013). A causa di difficoltà legali e finanziarie, si registrano frequenti tentati suicidi tra i pazienti (17%). È caratterizzato da *pattern* maladattivi persistenti e ricorrenti a cui conseguono un funzionamento compromesso dell'individuo rispetto le sue attività quotidiane, qualità della vita ridotta, divorzio e incarcerazione (Grant *et al.*, 2013). Sono frequenti le preoccupazioni relative al gioco, gli sforzi volti allo smettere, l'irritabilità o irrequietezza successiva al tentativo di smettere di giocare. Inoltre, gli individui giocano d'azzardo per evitare uno stato disforico e recuperare le perdite da gioco e tendono a mentire sull'argomento alle persone con cui intessono relazioni significative (Yau & Potenza, 2015). Il fenomeno vede una prevalenza nel sesso maschile con una distribuzione telescopica tra le donne: con questo si intende che esse si coinvolgono più tardi nel comportamento, ma necessitano di periodi di transizione minori per passare da comportamento volontario a dipendenza. In questo disturbo, come nei DUS, difficoltà in ambito familiare e maritale sono comuni tra i pazienti, i quali spesso commettono atti illegali, come furti, appropriazioni indebite, falsificazioni di assegni, allo scopo di finanziare il proprio gioco patologico o gestirne le conseguenze (Grant *et al.*, 2010). Da un punto di vista genetico, studi sui gemelli mostrano come i fattori genetici potrebbero contribuire più di quelli ambientali sul rischio di sviluppo di dipendenza da gioco (Yau & Potenza, 2015). Dal punto di vista neurobiologico, si è osservato come individui che agiscono un gioco d'azzardo problematico, come quelli che dipendono dalla cocaina, presentano delle differenze nelle fibre secondarie (o *crossing fibers*) presenti nella materia bianca cerebrale. La terapia più comunemente utilizzata per il gioco patologico è di approccio cognitivo comportamentale ed è stata adattata da quella originariamente pensata per i DUS (Potenza, 2017).

La dipendenza da videogiochi, inserita tra le dipendenze comportamentali nel ICD-11, si distingue per un *pattern* di comportamenti da gioco persistente o ricorrente (*digital gaming* o *video-gaming*) che viene distinto in *gaming disorder* prevalentemente *online* oppure prevalentemente

offline. In entrambi i casi, questo disturbo si manifesta nella perdita di controllo sul *gaming*, in termini di frequenza, intensità, durata e contesto; nell'attribuire priorità al gioco rispetto agli altri interessi e attività quotidiane; nel continuo aumentare i comportamenti di gioco a discapito delle conseguenze negative. Il *pattern* di gioco può essere continuo o ricorrente e risulta in *distress* o compromissione nelle aree personali, familiari, sociali, educazionali, occupazionali e altre aree importanti. Questo disturbo è prevalente negli individui in età adolescenziale (tra i 12 e i 20 anni), negli individui di sesso maschile sia durante l'adolescenza sia nelle fasi di vita adulta, ma le ragazze adolescenti a cui viene diagnosticato presentano maggiori rischi di sviluppare problemi emozionali o comportamentali. Il disturbo di *gaming* in vita adulta è associato ad alti livelli di depressione e sintomi relativi all'ansia (WHO, 2019).

1.4 Modelli eziologici e fattori di rischio

Le differenze individuali riguardanti la vulnerabilità soggettiva per lo sviluppo di disturbi associati a comportamenti specifici, che siano di consumo di sostanze o relativi a dipendenze comportamentali, si può spiegare tramite fattori genetici, ambientali e la loro interazione (Shah *et al.*, 2005). La genetica ha un ruolo fondamentale in quest'ambito poiché è responsabile dal 30 al 70% del rischio di sviluppo di una dipendenza. L'influenza dei fattori genetici cambia in funzione del sesso (in particolare nelle dipendenze meno gravi), dell'età, e delle caratteristiche culturali (Agrawal & Lynskey, 2008). I geni influenzano il grado di ricompensa che si avverte nelle prime esperienze in termini di consumo di una sostanza o coinvolgimento in determinati comportamenti (come il gioco d'azzardo) e il modo in cui il corpo processa l'assunzione di sostanze (APA, 2013.). Gli individui più a rischio nel passare da assunzioni volontarie ai comportamenti automatici e compulsivi caratteristici della dipendenza sono coloro che presentano vulnerabilità genetiche, sono esposti a *stress* cronico, soffrono di disturbi psichiatrici o hanno abusato di sostanze durante la prima adolescenza (Volkow & Morales, 2015) e sono proprio le vulnerabilità genetiche a velocizzare il processo d'insorgenza della dipendenza (Kessler *et al.*, 2007). In particolare, è stato dimostrato che ci sono delle influenze genetiche sostanza-specifiche: i fratelli di individui dipendenti dalla cannabis presentano un elevato rischio di sviluppare la stessa dipendenza. Gli stessi risultati sono stati ottenuti anche in studi in relazione a dipendenti da cocaina e tabacco e i loro fratelli (Agrawal & Lynskey, 2008). In uno studio di Merikangas e collaboratori (1998) è stato dimostrato come l'aumento del rischio di sviluppo di una dipendenza quando in famiglia è presente un individuo con DUS sia maggiore in termini sia di ampio *range*, cioè sostanza-indipendenti, sia sostanza-specifici. Questo studio suggerisce quindi l'esistenza di fattori di rischio specifici per particolari classi di sostanze o farmaci e fattori di rischio alla base dei disturbi di dipendenza in generale. L'importanza dei fattori genetici viene confermata anche

grazie agli studi sulle adozioni, in cui si è evidenziato un forte legame tra la dipendenza dei genitori biologici e il rischio di sviluppo di una dipendenza per la prole (Agrawal & Lynskey, 2008).

L'influenza dei fattori ambientali dipende dalla loro interazione con l'individuo, poiché modulano la misura in cui i fattori genetici possono esercitare la loro influenza (ASAM, 2011). Più in particolare, il desiderio accresciuto di ripetere l'assunzione o il comportamento è potenzialmente influenzato da 3 fattori che possono regolarizzare l'esposizione o l'uso della sostanza o l'agire il comportamento: psicologici (tra cui lo *stress* e la storia dei traumi), sociali (ad esempio l'uso di sostanze da parte di famiglia o amici), ambientali (come l'accessibilità alla sostanza o il costo) (APA, 2013). La "somiglianza familiare" si verifica negli individui della stessa famiglia per diversi comportamenti. Nell'ambito delle *addiction* si intende che i parenti di una persona con una dipendenza hanno maggiori probabilità di svilupparne una a loro volta rispetto ad altri individui della stessa popolazione non appartenenti alla famiglia (Shah *et al.*, 2005). Nel corso delle più tarde esperienze di vita (tra cui la genitorialità), l'individuo acquisisce delle capacità di resilienza che possono influenzare il modo in cui le predisposizioni genetiche conducono alle manifestazioni della dipendenza. Importante anche il ruolo della cultura, perché essa influisce nel modo in cui la dipendenza si manifesta nelle persone già biologicamente vulnerabili a essa (ASAM, 2011).

Essi si possono dividere in fattori neurobiologici, fattori sociali e fattori psicologici. Più in particolare, tra i fattori neurobiologici figurano: funzionamenti deficitari in alcuni neurotrasmettitori come la serotonina, che si ipotizza influisca nel controllo degli impulsi (Brewer & Potenza, 2008; Fineberg *et al.*, 2010; Potenza, 2008; Potenza, 2017), la DA legata ai comportamenti orientati alla ricompensa, (Brewer & Potenza, 2008; Grant *et al.*, 2006; Potenza, 2017), la norepinefrina, collegata all'attivazione e all'eccitazione (Potenza, 2017); disregolazione del sistema degli oppioidi endogeni, che influenzano la motivazione e i bisogni (Grant *et al.*, 2006; Potenza, 2017); una minore attivazione della corteccia pre-frontale ventro-mediale e nel circuito mesolimbico dopaminergico, che collega la VTA con il NAc (Everitt & Robbins, 2005, 2013; Potenza, 2008; Wrase *et al.*, 2007).

Nell'ambito sociale, la *WHO* ha dimostrato significative differenze tra le nazioni nella prevalenza di sviluppo di dipendenze verso alcol, nicotina e sostanze illegali (WHO, 2008, 2009). Le differenze tra paesi e culture si accentuano in base alla disponibilità, alla prevenzione e alle politiche più o meno repressive nei confronti del loro utilizzo (Swendsen & Le Moal, 2011). I processi socioculturali fungono da fattori di rischio o protezione e si collocano all'interno di 5 livelli sociali: macro sociale - delle strutture socioeconomiche (valori, simboli, cultura, religione, ...); microsociale - spazi territoriali di vita della popolazione (es. città, zona rurale, quartiere, ...); contesto sociale prossimale - gruppi di aggregazione, sottoculture giovanili, stili di vita, modi di condividere interessi e valori; gruppo dei pari - cerchia più ristretta; famiglia - gruppo di appartenenza primaria. Gli ultimi

due costituiscono la sfera di immediata appartenenza della persona, da cui si ricavano significati esistenziali che sono fondamentali per contrastare o incrementare le resistenze contro la dipendenza (Rigliano, 2004). I fattori culturali hanno un ruolo importante in quest'ambito ed è stato dimostrato tramite studi sull'immigrazione che la cultura d'origine può essere un fattore protettivo, il cui effetto diminuisce con il tempo, se quella del paese di immigrazione è più permissiva (Swendsen & Le Moal, 2011). Diverse ricerche hanno riportato associazioni tra il consumo di sostanze di un individuo e quello della sua rete sociale; sulla base di questi dati si sono indagate l'influenza sociale, basata sulla teoria dell'apprendimento sociale, per cui sarebbero i rapporti sociali a influenzare il comportamento individuale, e la selezione sociale, per cui sarebbero gli individui a costruire rapporti con altri che presentano abitudini simili alle loro (Bullers, *et al.*, 2001). Molti studi, tra cui quelli di Ary e collaboratori (1993), di Needle e collaboratori (1986), e di Bahr e collaboratori (1995), hanno dimostrato come sia l'influenza dei genitori, dei fratelli maggiori, e del gruppo dei pari ad assumere importanza primaria, mentre altri, come quello di Bullers e collaboratori (2001) hanno individuato la selezione sociale come più influente per lo sviluppo di dipendenze.

In termini psicologici, molte ricerche hanno dimostrato come ci sia una forte associazione tra disturbi mentali e disturbi correlati a sostanze (Swendsen & Le Moal, 2011). I tassi di comorbidità nei pazienti con DUS primario e disturbo mentale secondario e viceversa sono molto alti in entrambi i casi. Una ricerca transculturale sui *pattern* di comorbidità effettuata dall'*International Consortium in Psychiatric Epidemiology* ha sottolineato lo stretto rapporto esistente tra disturbi ansiosi e dell'umore e disturbo da uso di alcol: complessivamente il 35% circa dei tossicodipendenti ha una diagnosi *lifetime* di disturbo affettivo, il 45% di disturbo ansioso, mentre il 50% ha un disturbo di personalità (Rigliano, 2004). La presenza di sindromi depressive è fondamentale nell'instaurare e mantenere varie forme di tossicodipendenza, in quanto i pazienti con depressione in cui prevalgono agitazione, ansia e tensione cercano soluzioni nelle capacità sedative dell'eroina; al contrario, se sono prevalenti gli aspetti di coartazione, blocco e anedonia, sono privilegiate le sostanze stimolanti (Rigliano, 2004). I pazienti che soffrono di bipolarismo e ciclotimia e provano disforia durante le crisi maniacali o ipomaniacali ricorrono spesso all'uso di oppioidi o altri depressori del SN con l'intenzione di mantenere alto il tono dell'umore quindi il rischio di abuso delle stesse è massimo durante le fasi di rincorsa dell'euforia (transizione dal *down* all'*high*) (Rigliano, 2004). I pazienti vulnerabili all'insorgenza della schizofrenia, tramite lo sviluppo di un DUS provocano l'esordio psicotico, anticipando ed esacerbando la sintomatologia, pazienti in cui la malattia era già conclamata, aggravano la loro condizione peggiorando le funzionalità psicosociali, aumentando i disturbi formali del pensiero e la contrapposizione all'ambiente e riducendo la risposta alle terapie. Gli individui con schizofrenia tendono a ricorrere ad alcol e cannabis per gli effetti antidepressivi e di sedazione, mentre

a cocaina e stimolanti per contrastare la sintomatologia negativa. Un fattore problematico dello sviluppo comorbile di disturbi psicopatologici e correlati a sostanze è il moltiplicarsi del rischio suicidario (Rigliano, 2004).

Le spiegazioni più avvalorate per la comorbidità coinvolgono modelli causali ed eziologia condivisa: i primi assumono che la presenza di un disturbo iniziale aumenti il rischio per lo sviluppo di un disturbo secondario, ad esempio, come tentativo di auto-medicazione ai sintomi; i secondi ritengono che sia un fattore specifico ad aumentare il rischio di sviluppo di più condizioni patologiche: questo viene spiegato in termini di condivisione di una vulnerabilità genetica comune a più disturbi (Swendsen & Le Moal 2011).

CAPITOLO 2

DISTURBI DI PERSONALITÀ

I disturbi di personalità (DP) sono dei *pattern* costanti di esperienza interiore e di comportamento deviante rispetto alle tipicità della cultura a cui appartiene l'individuo (APA, 2013), vengono associati a un *distress* sostanziale o a una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti (WHO, 2019).

Si tratta di disturbi che si manifestano nel funzionamento del sé e/o nelle disfunzioni interpersonali che devono persistere, ai fini di una diagnosi, per almeno due anni. Il funzionamento del sé viene intaccato negli aspetti dell'identità, dell'autostima, dell'accuratezza nell'autopercezione e nell'autodeterminazione, mentre le disfunzioni interpersonali riguardano le deficitarie abilità di sviluppare e mantenere relazioni strette e mutuamente soddisfacenti e quelle di comprendere le prospettive degli altri e gestire i conflitti nelle relazioni (WHO, 2019). Questi disturbi sono pervasivi, rigidi e inflessibili (APA, 2013) nei *pattern* cognitivi, di esperienza ed espressione emozionale e di comportamento maladattivo; non si limitano a determinate situazioni, ma si manifestano in diversi contesti personali o sociali (WHO, 2019). Il comportamento degli individui che ne sono affetti è inappropriato in base all'età di sviluppo e non può essere spiegato primariamente da fattori sociali o culturali (WHO, 2019). Il loro esordio è individuabile nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina *distress* o menomazione (APA, 2013). Uno studio condotto da Winsper e collaboratori nel 2020 si è occupato di stimare la prevalenza dei DP a livello mondiale, riscontrando che essi sarebbero presenti nel 7,8% della popolazione e dimostrando che i tassi erano maggiori nei Paesi ad alto reddito (9,6%) rispetto alle nazioni a reddito medio (4,3%).

Nel DSM-5 sono individuati dei DP che vengono affrontati tramite due approcci diversi, quello categoriale e quello alternativo o dimensionale situato nella III sezione.

2.1. Modello categoriale

La personalità si può definire come un sistema organizzato di parti al cui interno vi sono componenti come i motivi, le emozioni, i modelli mentali e del sé (Mayer, 2007) e si esprime tramite i *pattern* caratteristici di ognuno che riguardano il pensiero, le emozioni, il comportamento (Funder, 2004, p.5). Essa influenza le interazioni e l'adattamento all'ambiente intrapsichico, fisico e sociale (Larsen & Buss, 2005, p.4) e si caratterizza per i tratti di personalità, i quali sono definibili come dei *pattern* costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente, degli altri e di sé che si manifestano nei vari contesti sociali e personali (APA, 2013).

Il DSM, fino alla quarta edizione (APA, 2000) e l'ICD fino alla decima (Who, 1994) hanno definito i DP secondo un approccio categoriale che li distingue in categorie e ne pone l'origine nei tratti di personalità rigidi e disadattivi che compromettono ampiamente il funzionamento dell'individuo (APA, 2013). Essi si manifestano in almeno due delle seguenti quattro aree: cognitivtà, cioè i modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli eventi; affettività cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emozionale; funzionamento interpersonale; controllo degli impulsi. I *pattern* disfunzionali sono stabili e di lunga durata, non sono meglio giustificati da assunzione di farmaci o sostanze e non dipendono da altri disturbi fisici o mentali (APA, 2013).

Il modello categoriale assume che i disturbi siano distinguibili in tipologie e possano essere diagnosticati come presenti o assenti (Haslam, 2003) in base all'identificazione di alcuni sintomi, la loro pervasività e la compromissione che causano nel funzionamento dell'individuo (Huprich & Bornstein, 2007). I DP sono considerabili disturbi stabili e strutturali, classificati nel DSM-IV-TR (APA, 2000) nel secondo asse diagnostico, distinti dal primo in quanto non sono disturbi episodici o temporanei. La distinzione viene fatta in base alle proprietà di pervasività, cronicità, età di insorgenza e resistenza al trattamento. I 10 DP sono categorie politetiche, definite tramite una serie di *item*, tra i 7 e i 9, di cui un sottoinsieme di circa 5 sintomi deve essere soddisfatto per formulare la diagnosi (Trull & Durrett, 2005). Per categorie politetiche si intende che nessuna proprietà deve essere posseduta da ogni membro della categoria diagnostica per farne parte (Lockhart & Hartman, 1963). All'interno del DSM-5 i DP sono raggruppati in tre gruppi o *cluster* in base ad analogie descrittive, utili dal punto di vista didattico e di ricerca ma non verificato da evidenze empiriche. I *cluster* sono: A - eccentrico, include i disturbi schizotipico, schizoide e paranoide di personalità; B - drammatico, comprende i disturbi antisociale, *borderline*, istrionico e narcisistico di personalità; C - ansioso/inibito, raggruppa i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo di personalità (Trull & Durrett, 2005). Uno studio ha individuato i disturbi del *cluster* C come i più diffusi a livello mondiale (5%) rispetto a tassi minori per quelli appartenenti a *cluster* A (3,8%) e B (2,8%) (Winsper *et al.*, 2020). I disturbi del *cluster* A possono definirsi in breve come:

- DP paranoide (DPP): presenta sfiducia e sospettosità, le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole;
- DP schizoide (DSP): prevede distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressività emozionale;
- DP schizotipico (DSTP): si manifesta con disagio acuto nelle relazioni affettive, percezione e cognizione distorta ed eccentricità comportamentale (APA, 2013).

Nel *cluster* B:

- DP antisociale (DAsP): si caratterizza per inosservanza e violazione dei diritti degli altri;

- DP *borderline* (DBP): include instabilità nelle relazioni interpersonali, nella percezione di sé, negli affetti e forte impulsività;
- DP istrionico (DIP): comprende *pattern* con emotività eccessiva e ricerca di attenzione;
- DP narcisistico (DNP): si delinea tramite grandiosità, necessità di essere ammirati e assenza di empatia (APA, 2013).

Nel *cluster* C:

- DP evitante (DEP): caratterizzato da inibizione sociale, sensazione di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi.
- DP dipendente (DDP): prevede comportamento sottomesso e adesivo dovuto a un'eccessiva necessità di accudimento;
- DP ossessivo-compulsivo (DOCP): si distingue per un'eccessiva preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo (APA, 2013).

Oltre a quelli elencati sono presenti la modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica e il DP con altra specificazione e quello senza specificazione (APA, 2013).

I vantaggi dell'approccio categoriale sono soprattutto pragmatici, poiché permette di stabilire in modo netto chi necessita di un trattamento, cioè coloro con una diagnosi; semplifica la scelta di dove porre l'attenzione clinica e quale sia il trattamento più appropriato; è di più comodo utilizzo in termini di comunicazione e concettualizzazione (Trull & Durrett, 2005). Nonostante le utilità dell'approccio categoriale sopra elencate, diversi studi ne hanno dimostrato le limitazioni: gli studi di Brown e Barlow (2002) hanno individuato alti tassi di disaccordo nelle diagnosi per i DP non altrimenti specificati; lo studio sull'affidabilità diagnostica di Brown e colleghi (2001) ha riportato disaccordi diagnostici più frequentemente dovuti alla definizione e applicazione categoriale su caratteristiche dimensionali come frequenza, gravità e durata dei sintomi (Barlow, 2002). Imporre categorie su fenomeni dimensionali comporta, inoltre, il trascurare sintomi clinicamente significativi che rimangono però sottosoglia e sono insufficienti per la formulazione della diagnosi (Brown & Barlow, 2005; 2009), il mancato riconoscimento delle differenze individuali e la distorsione dei tassi di comorbidità diagnostica a causa di criteri presenti in più categorie diagnostiche (Brown & Barlow, 2009). Ulteriori critiche al modello categoriale riguardano il fatto che questa visione porti alla medicalizzazione dei disturbi mentali e reifichi i DP (Haslam, 2003) generando la “fallace convinzione che i processi psicopatologici costituiscano entità discrete, o addirittura malattie mediche, quando in realtà sono semplicemente concetti che aiutano a concentrare e coordinare le nostre osservazioni”. (Millon, 1991)

2.2. Modello alternativo dei DP

Diversi studi hanno dimostrato che la struttura della personalità rimane fondamentalmente invariata in gruppi clinici e non clinici (O' Connor, 2002), che le personalità "normali" e patologiche presentano dei pattern fenotipici, genetici e ambientali simili i quali correlano con le scale usate per valutare i tratti di personalità (Jang & Livesley, 1999; Markon *et al.*, 2002) e che le personalità patologiche possono essere considerate l'estremizzazione di tratti di personalità normali (O' Connor & Dyce, 2001). Inoltre, lo studio di O' Connor (2002) ha individuato evidenze sostanziali a supporto della continuità tra personalità normale e i DP, stabilendo come le dimensionalità della stessa siano simili nei gruppi clinici e non (O' Connor, 2002). Sviluppi recenti ottenuti dagli studi di Markon, Krueger, Watson (2005) e Wright e Simms (2015) sostengono la continuità strutturale tra personalità adattive e i DP collocando i tratti atipici di personalità agli estremi dello stesso *continuum* in cui si trovano i tratti adattivi. Tutti questi studi supportano quindi l'approccio dimensionale.

L'approccio dimensionale ai DP è popolare, e li concepisce come associati a dimensioni normali della personalità che vengono estremizzate e appaiono sfumate impercettibilmente all'interno di un *continuum* che va dal patologico al non patologico (Haslam, 2003). Questo approccio è in grado di predire la presenza dei DP sulla base dei sintomi in maniera più accurata rispetto ai modelli categoriali (Haslam, 2003) e ne affronta gli inconvenienti, tra cui la valutazione dell'eterogeneità e soggettività della sintomatologia e delle informazioni derivanti dai tratti e sintomi sottosoglia (Brown & Barlow, 2009; Trull & Durett, 2005). Nel DSM-5 si è dedicata la III sezione a esporre un approccio alternativo a quello categoriale basato su un modello di 5 dimensioni suddiviso in 25 tratti maladattivi di personalità che presenta molte somiglianze con il *Five Factor Model* (FFM, Costa & McCrae 1992) al punto da esserne considerato un'estensione (Trull & Widiger 2013). In particolare, le 5 dimensioni individuate sono l'affettività negativa, il distacco, lo psicoticismo, l'antagonismo e la disinibizione e, rispettivamente, corrispondono, nel modello FFM, a: nevroticismo, introversione, disponibilità, antagonismo e bassa coscienziosità (Trull & Widiger 2013). Nella tabella sottostante vengono elencati e definiti i 5 domini e i 25 tratti secondo i termini del DSM-5 (APA, 2013, pp.904-906):

Domini	Tratti di personalità	Definizioni
Affettività negativa vs Stabilità emozionale		Esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (es. ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (es. autolesività) e interpersonali (es. dipendenza).

	Labilità emozionale	Instabilità delle esperienze emozionali e dell'umore; le emozioni, che insorgono facilmente, sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze.
	Ansia	Sensazioni di nervosismo, tensione o panico in reazione a differenti situazioni; frequente preoccupazione per gli effetti negativi delle passate esperienze spiacevoli e le eventualità negative future; sensazioni di timore e apprensione in situazioni di incertezza, prospettando il peggio.
	Angoscia di separazione	Timore di rimanere soli a causa del rifiuto da parte di - e/o della separazione da - figure significative, che nasce da una mancanza di fiducia nelle proprie capacità di prendersi cura di se stessi, sia fisicamente che emotivamente.
	Sottomissione	Adattamento del proprio comportamento a interessi e desideri, reali o presunti, di altre persone, anche quando ciò è antitetico ai propri interessi, bisogni o desideri.
	Ostilità	Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, malevolo o vendicativo. <i>(si veda anche Antagonismo)</i>
	Perseverazione	Persistenza in un'attività o in un particolare modo di fare le cose molto più a lungo di quanto risulti funzionale o efficace; continuare nello stesso comportamento nonostante ripetuti fallimenti o palesi motivi per interromperlo.
	Depressività	<i>(si veda Distacco)</i>
	Sospettosità	<i>(si veda Distacco)</i>
	Affettività ridotta	La <i>mancanza</i> di questo aspetto caratterizza i bassi livelli di affettività negativa. <i>(si veda Distacco)</i>
Distacco vs <i>Estroversione</i>		Evitamento dell'esperienza socio-emozionale, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive) sia ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacità di provare piacere.
	Ritiro	Preferenza per il restare da soli piuttosto che con gli altri; reticenza nelle situazioni sociali; evitamento di contatti e di attività sociali; mancanza di iniziativa nel contatto sociale.

	Evitamento dell'intimità	Evitamento di relazioni intime o affettive, di stretti legami interpersonali e di relazioni sessuali.
	Anedonia	Incapacità di trarre godimento da / impegnarsi in / o trovare l'energia per le esperienze della vita; <i>deficit</i> nella capacità di provare piacere o interesse per le cose.
	Depressività	Sentimenti di scoraggiamento, infelicità e/o mancanza di speranza difficoltà nel riprendersi da tali stati d'animo; pessimismo circa il futuro; vergogna e/o senso di colpa pervasivi; sentimenti di scarsa autostima; pensieri di suicidio e comportamento suicidario.
	Affettività ridotta	Scarsa reazione a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza e freddezza nelle situazioni comunemente coinvolgenti.
	Sospettosità	Attesa di - e sensibilità ai - segni di malevolenza o aggressività interpersonale; dubbi sulla lealtà e la fedeltà degli altri; sensazione di essere maltrattati. usati e/o perseguitati dagli altri.
Psicoticismo vs <i>Lucidità mentale</i>		Manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (es. percezione, dissociazione) che nei contenuti (es. convinzioni personali).
	Convinzioni ed esperienze inusuali	Convinzione di possedere insolite capacità, come la lettura del pensiero, la telecinesi, la fusione pensiero-azione; insolite esperienze di realtà, tra cui quelle di tipo allucinatorio.
	Eccentricità	Comportamento, aspetto e/o eloquio strani, inusuali o bizzarri; pensieri strani e imprevedibili; affermazioni insolite o inappropriate.
	Disregolazione cognitiva e percettiva	Processi di pensiero ed esperienze strani o insoliti, tra cui depersonalizzazione, derealizzazione ed esperienze dissociative; esperienze di stati misti sonno-veglia; esperienze di controllo del pensiero.
Antagonismo vs <i>Disponibilità</i>		Comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come un'insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del

		proprio vantaggio.
	Manipolarietà	Uso del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
	Inganno	Disonestà e frodolenza; fuorviante presentazione di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
	Grandiosità	Convinzione di essere superiori agli altri e meritare un trattamento speciale; egocentrismo; sentimento di “tutto è dovuto”; “degnazione” verso gli altri.
	Ricerca di attenzione	Impegnarsi in comportamenti mirati a farsi notare e mettersi al centro dell’attenzione e dell’ammirazione altrui.
	Insensibilità	Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri.
	Ostilità	<i>(si veda Affettività negativa)</i>
Disinibizione vs Coscienziosità		Orientamento verso la gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l’esperienza passata o considerazione delle conseguenze future.
	Irresponsabilità	Disinteresse per - e mancanza nell’onorare - obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare - e nel portare a termine - accordi e promesse; incuria verso la proprietà altrui.
	Impulsività	Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo se sottoposti a <i>stress</i> emozionale
	Distraibilità	Difficoltà di concentrazione e di focalizzazione sui compiti; l’attenzione è facilmente deviata da stimoli estranei; difficoltà a mantenere un comportamento finalizzato, che comprende sia la pianificazione che l’esecuzione di compiti.
	Tendenza a correre rischi	Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona; sconsiderato perseguimento di obiettivi,

		indipendentemente dal loro livello di rischio.
	Perfezionismo rigido	Rigida ostinazione sul fatto che qualsiasi cosa debba essere impeccabile, perfetta e senza errori o difetti, incluse le prestazioni proprie e altrui; rinuncia alla tempestività per garantire la correttezza in ogni dettaglio; convinzione dell'esistenza di un'unica modalità corretta di fare le cose; difficoltà a cambiare idee e/o punto di vista; preoccupazione per i dettagli, l'organizzazione e l'ordine. La mancanza di questa sfaccettatura caratterizza bassi livelli di Disinibizione. (APA, 2013)

La formulazione di una diagnosi si incentra maggiormente, rispetto al modello categoriale, sulla valutazione del grado di compromissione del funzionamento di personalità, che riguarda il funzionamento del sé relativo all'identità e l'autodirezionalità, e il funzionamento interpersonale, che comprende l'empatia e l'intimità (Criterio A) e la valutazione dei tratti di personalità patologici (Criterio B) (APA, 2013). Le diagnosi possibili, seguendo questo modello, riguardano i DAsP, DEP, DBP, DNP, DOCP, DSTP e DP tratto-specifico (DP-TS), che viene adottato quando un DP è presente ma non sono incontrati i criteri per una specifica diagnosi (APA, 2013). Descrivendo questi disturbi, il DSM-5 nella III sezione stabilisce:

- DAsP: presenta incapacità di conformarsi nel comportamento in base alla legge e all'etica, si caratterizza per assenza di preoccupazione per gli altri, falsità, irresponsabilità, manipolatorietà e/o tendenza a correre rischi;
- DEP: prevede evitamento di situazioni sociali, inibizione nei rapporti interpersonali legati al senso di inettitudine e inadeguatezza, preoccupazione ansiosa per la possibilità di essere valutati negativamente e rifiutati e paura di apparire ridicoli o sentirsi in imbarazzo;
- DBP: si manifesta tramite instabilità della propria immagine, obbiettivi, relazioni interpersonali e affettive e tramite impulsività, tendenza a correre rischi e/o ostilità;
- DOCP: testimoniato dalla difficoltà a stabilire e mantenere rapporti stretti, si configura tramite un perfezionismo rigido, inflessibilità ed esigua espressione emozionale
- DSTP: include compromissioni nella capacità di stabilire relazioni sociali e affettive, eccentricità nella cognizione, percezione e comportamento che si legano a un'immagine di sé distorta e a obiettivi personali incoerenti, sono presenti anche sospettosità e ridotta capacità di espressione emozionale.

Tra il modello adottato nel DSM-5 e il FFM vi sono delle differenze; ad esempio, il nuovo modello è unidimensionale: se figurano bassi livelli d'antagonismo si ritiene che l'individuo non presenti quel tratto maladattivo. Il modello FFM, invece, ha una struttura bipolare che stabilisce dei

tratti che, se estermizzati, sono maladattivi per ogni polo, per cui si trovano come opposti estroversione e introversione, gradevolezza e antagonismo, coscienziosità e costrizione, instabilità emozionale e nevroticismo, intelletto e disponibilità o anticonformismo (Trull & Widiger, 2013).

Concludendo, diversi studi tassometrici incoraggiano una visione pluralistica della classificazione psichiatrica: alcuni disturbi sembrano essere meglio rappresentati all'interno di categorie discrete, mentre altri ricadono all'interno di un *continuum* che ha, per uno dei poli, la "normalità" (Haslam, 2003). Essi mostrano come l'approccio categoriale sia preferibile per i disturbi alimentari, la dissociazione patologica, il DSTP e il DAsP. Al contrario, il modello dimensionale sembra essere preferibile per le diagnosi riguardanti i disturbi d'ansia, e in particolare il disturbo d'ansia generalizzata, i disturbi dell'umore, e in particolare il disturbo depressivo maggiore, il disturbo da *stress* post-traumatico e per il DBP (Haslam, 2003).

2.3. Disturbi di personalità e Disturbi da Uso di Sostanze e *Addiction*

DP e DUS si presentano frequentemente in comorbidità e questa relazione si è identificata sia nella popolazione generale sia in quella clinica (Sher & Trull, 2002). L'elevato tasso di comorbidità è stato confermato da diversi studi negli anni, tra cui quelli di Kruegelbach e collaboratori, 1993; Langås e collaboratori, 2012; Sher e collaboratori, 2002; Thomas e collaboratori, 1999; Verheul, 2001. In particolare, lo studio di Verheul (2001) ha stimato una prevalenza di DP nella popolazione generale che va dal 10% al 14%, mentre i tassi salgono tra il 34,8% e il 73% facendo riferimento alla popolazione trattata per DUS. Importanti gli studi epidemiologici, condotti su ampie popolazioni degli USA, dove si è stimato che ben l'87% dei pazienti con DP aveva una tossicodipendenza e si è evidenziata la rilevanza delle differenze di genere: i maschi presentavano percentuali maggiori di DUS in comorbidità con DP (Rigliano, 2004). Questa associazione è stata confermata dalla ricerca transculturale sui *pattern* di comorbidità condotta dall'*International Consortium in Psychiatric Epidemiology* (1998), che ha inoltre stimato che il 50% degli individui con un DUS è probabile sviluppi un DP *lifetime* (Merikangas, *et al.*, 1998). Uno studio di Preuss e collaboratori (2009) ha dimostrato che la comorbidità tra DUS e DP correla positivamente con la severità del DUS, mentre quello di Langås, Malt e Opjordsmoen (2012) ha individuato una comorbidità del 46%, stabilendo che i DP più comuni erano il DAsP (16%) e il DPB (13%). Lo studio più recente di Parmar e Kaloiya (2018) ha osservato come le diagnosi di DP siano più frequentemente associate ai disturbi legati al consumo di droghe piuttosto che all'uso di alcol (Parmar & Kaloiya 2018). Questi risultati sono in linea con lo studio NESARC del 2010 che ha stimato, nei pazienti con DP, un rischio di sviluppare un disturbo da uso di alcol di 5 volte maggiore, mentre quello di sviluppare un DUS fino a 12 volte maggiore (Trull, *et al.*, 2010). Gli individui con doppia

diagnosi DUS e DP agiscono più frequentemente comportamenti suicidari e riportano maggiori problemi legali, inoltre, nei 12 mesi precedenti alla diagnosi di DP riportano difficoltà lavorative, romantiche e interpersonali maggiori rispetto ai pazienti con singola diagnosi di DUS (Trull, *et al.*, 2013).

Le ricerche si sono focalizzate in particolare su DAsP e DPB, che risultano appunto essere i più comuni tra i diagnosticati DUS (Langås, *et al.* 2012; Sher & Trull, 2002), anche altri DP come DEP, DIP e DPP sono spesso in comorbidità con i DUS (Sher & Trull, 2002). Spesso le tossicomanie legate ai DP sono gravi e persistenti, hanno esordio più precoce e presentano poliabuso, scarsa *compliance*, *drop out* dai trattamenti, peggior adattamento psicosociale, maggiori probabilità di ricaduta e, in generale, un quadro psicopatologico più grave caratterizzato da insoddisfazione, impulsività, isolamento (Rigliano, 2004). La sintomatologia ansiosa in associazione al DP precede spesso l'uso di sostanze (Rigliano, 2004). A seconda del DP, gli individui tendono a preferire il consumo di determinate sostanze: pazienti con DPP prediligono gli stimolanti, poiché essi generano un senso di potenza e alleviano il senso di vulnerabilità alla base del vissuto paranoideo; pazienti con DSP privilegiano il consumo di marijuana e/o LSD, in quanto rappresentano una via di fuga e sospensione della realtà; mentre i pazienti di *cluster B* (DPB, DAsP, DIP e DNP) sono generalmente poliassuntori di stimolanti, scelti per il loro ampio spettro d'azione funzionale all'automedicazione sia nelle fasi di *up* che in quelle di *down* (Rigliano, 2004). Potenziali mediatori dell'associazione tra DP del *cluster B* e DUS sono gli svantaggi sociali e la frequente presenza di disturbi mentali (Moran, *et al.*, 2006).

Sono state formulate 3 ipotesi riguardanti la comorbidità di questi disturbi. La prima sostiene che DP e DUS siano causati da fattori condivisi che possono riguardare sia eventi traumatici del passato sia fattori genetici; la seconda ritiene che siano i DP a causare l'insorgenza di un DUS, richiamando la tendenza di consumare sostanze allo scopo di "auto-medicarsi" e gestire instabilità emozionali; la terza ipotizza che siano i DUS a provocare l'insorgenza di un PD, a causa dei cambiamenti cerebrali associati alla dipendenza (Sher & Trull, 2002). È possibile che tutti e tre i modelli siano veritieri per diverse condizioni di comorbidità e condividano dei fattori di rischio (Sher & Trull, 2002) ma spesso non è possibile definire quale disturbo sia primario, infatti, fattori come la difficoltà a tollerare ansia e frustrazioni e lo scarso autocontrollo delle emozioni trovano spesso una risposta nell'abuso alcolico influenzando l'aderenza al trattamento (Rigliano, 2004). La presenza di un disturbo aumenta la possibilità di insorgenza di un altro per via, ad esempio, della presenza di caratteristiche sovrapponibili tra essi o è utile alla sua persistenza (Sher, Trull, 2002). Questo è stato dimostrato da studi quali quelli di Link e collaboratori (1995), che hanno riscontrato che i pazienti con diagnosi di DUS in comorbidità con DBP, 7 anni dopo la presa in carico avevano una maggiore

probabilità di venire nuovamente diagnosticati con DBP; Kruegelbach e collaboratori (1993) hanno constatato che individui con DUS in comorbilità al DBP abusavano di una gamma più ampia di sostanze psicoattive rispetto a coloro che avevano unicamente una diagnosi di DUS.

Si è concordi nell'escludere che ci sia una "personalità tossicomana", ma l'incapacità di autocontrollo e, dunque, la tendenza al passaggio all'atto assieme alla gestione delle emozioni negative sono determinanti per definire la gravità della situazione (Rigliano, 2004) e sono fortemente associati al rischio premorbile di sviluppare un DUS (Sher & Trull, 2002). Oltre a quelli già citati, tratti ampiamente associati a un maggiore rischio di uso di sostanze sono alti livelli di antisocialità e bassi di innocuità (Moran, *et al.*, 2006; Parmar & Kaloiya, 2018) e questi, secondo la teoria della disinibizione comportamentale, sono tutti associati anche allo sviluppo di DP (Parmar & Kaloiya, 2018). In particolare, aspetti fondamentali nelle diagnosi di DAsP e DBP sono proprio gli alti livelli di impulsività, che nel primo caso si manifestano in un mancato conformarsi alle norme sociali, anche tramite comportamenti sostanza-relati, mentre nel secondo riguarda la messa in atto di comportamenti di auto-danneggiamento, tra cui quelli sostanze-relati. La maggior parte delle ricerche esistenti individuano un processo eziologico, caratterizzato da controllo degli impulsi e disregolazione affettiva, che viene condiviso da DP e DUS (Trull, *et al.*, 2010; Sher & Trull, 2002). Questi studi suggeriscono quindi che il DUS, e in particolare DBP e DAsP, presentino caratteristiche ed espressioni comuni (Sher & Trull, 2002). I DBP e DAsP sono, inoltre, quelli associati a maggiori *drop out* e a una più ridotta risposta al trattamento (Rigliano, 2004), rendendoli dei quadri particolarmente complessi. Tra le teorie legate all'eziopatogenesi della comorbilità tra DP e DUS, oltre a quella già menzionata in relazione alla disinibizione comportamentale, ve ne sono altre due: quella relativa alla riduzione dello *stress* e quella alla sensibilità alla ricompensa. La prima, definibile anche come teoria dell'auto-medicazione, ipotizza che gli individui con alti livelli di neuroticismo, ansia e reattività allo *stress* propendano al consumo di sostanze nel corso di eventi stressanti con il fine di alleviare le sensazioni negative (Parmar & Kaloiya, 2018); la seconda sostiene che alti livelli di estroversione e ricerca di novità e ricompensa siano causa della tendenza di questi individui di usare sostanze, specialmente cocaina e stimolanti (Parmar & Kaloiya, 2018). Aspetti biologici della comorbilità, invece, riguardano i ruoli deficitari del *network* della corteccia prefrontale e dei gangli basali nella disinibizione e nel controllo dell'impulsività ma anche il giro frontale laterale inferiore è fondamentale poiché si occupa della dimensione di costrizione (Belcher, *et al.*, 2014; Swann, *et al.*, 2012). Bassi livelli di costrizione e alti di disinibizione sono comuni nei pazienti con DUS che manifestano *deficit* nell'inibizione della risposta. Negli individui con DUS si registrano anche anomalie nei circuiti prefrontali-striatali con integrità ridotta dei tratti di fibre del giro frontale inferiore laterale destro (Ersche, *et al.* 2012; Tabibnia, *et al.*, 2011). Inoltre, la riduzione della materia

grigia nel giro frontale inferiore si manifesta in un controllo deficitario delle emozioni negative (Tabibnia, *et al.*, 2011).

Uno studio di Thomas e collaboratori (1999) ha individuato una forte relazione tra le ricadute in un DUS e i DP in comorbilità nei pazienti ricoverati in strutture adibite al trattamento delle dipendenze. Nello specifico è risultato che, in un periodo di 12 mesi, il 44% dei pazienti con sola diagnosi di DUS mantenevano l'astinenza; i tassi diminuivano al 17% per coloro che presentavano anche una diagnosi di DP e al 6% per coloro che presentavano due o più diagnosi. L'associazione negativa che è stata individuata tra gli scarsi risultati conseguiti al trattamento per il DUS e la comorbilità con i DP è generalizzabile a tutti i DP (Thomas, *et al.*, 1999). Questi risultati sono stati confermati anche dalle conclusioni di Sher e Trull (2002), che hanno affermato che gli effetti negativi sono manifestati reciprocamente dalle due diagnosi. Infatti, gli effetti dall'intossicazione acuta, le conseguenze psicosociali dell'abuso di sostanze e i cambiamenti neurofarmacologici causati dalla dipendenza fisica peggiorano la sintomatologia del DP e contribuiscono alla sua cronicità; viceversa, la sintomatologia dei DP può condurre all'incapacità di controllare i propri impulsi e all'instabilità affettiva, con conseguente maggiore consumo e coinvolgimento nelle dinamiche relative alla sostanza (Sher & Trull, 2002). Inoltre, la ricerca di Langås e collaboratori (2012) ha evidenziato che i pazienti con diagnosi di DUS in comorbilità con DP vengono a contatto con le strutture di trattamento a più giovane età, sviluppano precocemente il primo DUS, fanno maggiore uso di sostanze illegali, sviluppano più disturbi d'ansia, accresciute difficoltà nello svolgere le attività quotidiane di scuola e lavoro e in generale hanno un funzionamento più compromesso rispetto a coloro che presentano un'unica diagnosi di DUS (Langås *et al.*, 2012).

TRATTI MALADATTIVI DI PERSONALITA' E ACCORDO SE'-ALTRO**3.1. Tratti maladattivi di personalità in gruppi non clinici**

Nella teoria cognitiva sui disturbi psicologici, sviluppata da Beck nel 1976, una delle principali assunzioni riguarda l'esistenza di schemi cognitivi che sono stati definiti da lui, e successivamente da Young, in un lavoro del 2003, come dei *pattern* cognitivi e comportamentali rigidi che stabiliscono il modo in cui ogni individuo decodifica, interpreta e risponde agli stimoli ambientali. Essi possono essere schemi positivi o negativi (Beck, 1976) e i secondi vengono definiti come dei *pattern* emozionali controproducenti che si sviluppano nelle prime fasi dell'infanzia in seguito a esperienze traumatiche che riguardano, solitamente, i *caregiver* e permangono nel corso della vita (Young, 1994; Young *et al.*, 2003). Gli schemi maladattivi precoci (*Early Maladaptive Schemas* - EMS) sono pervasivi, disfunzionali e stabili (Riso *et al.*, 2006; Young *et al.*, 2003), comprendono il proprio modo di pensare al mondo, a sé e alle relazioni con gli altri (Beck, 1976). Più precisamente, essi riguardano i propri ricordi, emozioni, cognizioni, sensazioni corporee e i modelli relazionali sviluppati durante l'infanzia e adolescenza, comportando un aumento di affettività negativa, con conseguenze auto-lesive tra cui le difficoltà soggettive nei campi relativi all'autonomia, all'espressione del sé e alle relazioni (Young *et al.*, 2003). Gli EMS vengono descritti da Riso e collaboratori (2006) come delle convinzioni incondizionate e non associate a contesti situazionali precisi, quindi altamente generalizzabili, resistenti al cambiamento ed esercitanti una grande influenza nelle cognizioni e negli affetti che è dovuta al processamento implicito delle informazioni (Riso & McBride, 2007). Diverse ricerche, inoltre, hanno stabilito che gli EMS sono associati alla combinazione di un temperamento vulnerabile ereditato, dell'insoddisfazione dei bisogni emozionali dell'individuo, come la mancanza di attaccamento sicuro, di autonomia, di libertà nell'esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni e all'aver vissuto relazioni disfunzionali con membri della famiglia, in particolare con i *caregiver*, e i propri pari in modo reiterato e duraturo durante l'infanzia (Crockram *et al.*, 2010; Cukor, 2004; Muris, 2006; Yiğit, 2018). Queste relazioni sono caratterizzate da interazioni controllanti, ansiose, di rifiuto, e prive di calore affettivo (Muris, 2006) e gli studi di Cukor (2004) hanno stabilito che le relazioni genitoriali disfunzionali sono associate alla presenza di EMS legati all'inibizione emozionale, a *standard* irrealistici, e alla vulnerabilità alla sofferenza. Gli studi sostengono che alcuni individui sono predisposti, in seguito a eventi negativi, allo sviluppo di determinate psicopatologie dovute, in parte, all'attivazione degli EMS (Muris, 2006; Riso & McBride, 2007). Gli EMS nascono come una risposta relativamente adattiva all'ambiente e alle relazioni in cui si trova l'individuo in quel determinato momento, che diventa maladattiva al mutare

delle circostanze (Waller *et al.*, 2000, Young, 1994). Coerentemente con quanto appena esposto, nella ricerca di Muris del 2006 si è evidenziato come gli EMS vengano generalizzati ad altri contesti e vengano *triggerati* da eventi quotidiani e stati d'animo che si distinguono per essere disfunzionali. Una volta attivati gli EMS, si innesca *distress* emozionale e si generano percezioni, pensieri e, in ultimo, comportamenti disfunzionali nelle interazioni con gli altri che saranno, conseguentemente, negative e maladattive (Muris, 2006; Young *et al.*, 2003). Inoltre, questi meccanismi possono condurre all'instaurarsi di un disturbo psicopatologico (Muris, 2006). In particolare, gli EMS sono legati, in termini di sviluppo e mantenimento, a disturbi quali quelli depressivi (Riso *et al.*, 2006), d'ansia (Muris, 2006), comportamentali, alimentari (Waller *et al.*, 2000), disturbo post traumatico da *stress* (DPTS) (Crockram *et al.*, 2010), PD (Ball & Cecero, 2001; Giesen-Bloo *et al.*, 2006) e DUS (Muris, 2006).

La recente ricerca di Pedone e collaboratori (2021) ha dimostrato che, nella popolazione non clinica, le funzioni metacognitive, cioè quelle legate alla capacità di riflettere sullo stato mentale proprio e altrui, spiegano parte del legame tra il livello di funzionamento della personalità e i tratti maladattivi della stessa. Più nel dettaglio, il ruolo di moderazione delle funzioni metacognitive è tratto-specifico; a titolo esemplificativo: la differenziazione modererebbe i tratti schizoidi, schizotipici, antisociali, istrionici e narcisistici, mentre il decentramento modererebbe i tratti antisociali, *borderline*, istrionici, narcisistici, dipendenti, depressivi e passivo-aggressivi (Pedone *et al.*, 2021). Questi risultati sono importanti, in quanto si è visto come le funzioni metacognitive permettano di predire il livello di compromissione della personalità (Pedone *et al.*, 2021). Inoltre, si può parlare di tratti maladattivi internalizzanti o esternalizzanti: i tratti internalizzanti sono quelli associati all'affettività negativa, al distacco e allo psicoticismo; quelli esternalizzanti sono quelli associati all'antagonismo e alla disinibizione (Benzi *et al.*, 2018). In una ricerca italiana, condotta su popolazione adolescenziale, si è dimostrato come i tratti maladattivi internalizzanti di personalità e lo psicoticismo siano associati a *distress* psicologico; quest'associazione non sembra sussistere per quelli esternalizzanti. Questo implica che, in particolare in fase adolescenziale, gli EMS internalizzanti sono indicatori di un'elevata sensibilità nell'avvertire *distress* soggettivo (Benzi *et al.*, 2018). La stessa ricerca ha evidenziato come il livello del funzionamento di specifiche dimensioni della personalità sia relative al sé, come l'integrità identitaria e l'autocontrollo, sia relative alle relazioni interpersonali, per esempio le capacità relazionali, funga da mediatore alle associazioni tra gli EMS e il *distress*. Quest'effetto si verifica in particolare per gli EMS internalizzanti (Benzi *et al.*, 2018), che si sono rivelati essere anche quelli che con minore frequenza giungono all'attenzione clinica e quindi al trattamento (Costello *et al.*, 2014).

In popolazioni non cliniche sono state dimostrate associazioni dirette e specifiche tra gli abusi fisici ed emozionali e la genesi di EMS riguardanti i domini del distacco, e in particolare i tratti di deprivazione e inibizione emozionale, ritiro e sospettosità, della compromissione dell'autonomia e dell'abbandono i quali predicono a loro volta l'insorgere di sintomi depressivi e ansia-relati (Calvete, 2014; Yiğit & Çelik, 2018).

In ambito adolescenziale si è rilevata importante l'influenza degli abusi emozionali provocati dai propri pari: la ricerca di Calvete (2014) ha dimostrato come questi predicano il peggioramento degli EMS sviluppatosi nell'infanzia sulla base delle relazioni parentali. Una conseguenza dell'essere bullizzato è l'esacerbazione dello schema del distacco tramite la genesi di sensazioni legate all'essere rifiutati, fallimentari e vulnerabili, che provocano anche il bisogno di soddisfare le aspettative altrui allo scopo di meritarsi accettazione ed evitare il bullismo stesso (Calvete, 2014). La stessa ricerca ha inoltre sottolineato che gli abusi emozionali genitoriali erano associati direttamente ai sintomi depressivi ma non predicavano il peggioramento degli EMS (Calvete, 2014).

È stato indagato anche il campo di trasmissione trans-generazionale degli EMS e i risultati hanno sottolineato come questi siano ereditabili tra le generazioni tramite le strategie di accudimento genitoriale e l'educazione parentale ricevuta (Maçik *et al.*, 2016; Sundag *et al.*, 2018; Zeynel & Uzer, 2020). La ricerca di Sundag e collaboratori (2018) ha evidenziato come gli EMS siano connessi all'ambiente familiare in termini di genitorialità negativa, e dai risultati ottenuti nella ricerca di Zeynel e Uzer (2020) le modalità paterne potrebbero svolgere un ruolo protettivo per i figli. La ricerca di Zeynel e Uzer (2020) colloca il *caregiver* primario, nello studio la madre, come il principale responsabile della genesi degli EMS nei figli; questo a riconferma dell'importanza della qualità dell'attaccamento con il *caregiver* primario per la salute mentale del bambino. In particolare, gli autori hanno sostenuto che se questa persona presenta a sua volta EMS relativi al proprio valore, ai propri bisogni emozionali e alle proprie relazioni con gli altri, sarà probabilmente inadeguata nel compiere le funzioni genitoriali causando un impoverimento dell'ambiente di sviluppo per il bambino (Zeynel & Uzer, 2020). A tal proposito, diventa importante la seconda figura genitoriale, nello studio il padre, il quale può prevenire la formazione di EMS nei figli se compensa gli effetti della negligenza materna, rendendo positivi anche i passaggi futuri ad adolescenza e vita adulta (Zeynel & Uzer, 2020). Una ricerca di Maçik e collaboratori (2016) ha evidenziato che gli EMS sviluppati dai figli si configurano come risposte complementari, nel caso delle femmine, e contrarie nel caso dei maschi, agli schemi genitoriali. Sintetizzando: la diade madre-figlia è quella che si caratterizza per le reazioni più forti, ma generalmente le femmine reagiscono più dei maschi agli schemi genitoriali di entrambi i *caregiver*. Nella diade madre-figlia, gli schemi materni che correlano maggiormente con EMS nelle

figlie sono la vulnerabilità alla sofferenza, lo schema della difettosità e quello della punizione. Il primo si lega a sentimenti materni d'ansia, apprensione e convinzione dell'inevitabilità del verificarsi di eventi negativi, che comportano il rafforzarsi nella figlia delle convinzioni di incompetenza e dipendenza dagli altri. Il secondo riguarda la convinzione della madre della propria inferiorità e l'incapacità di mostrare se stessa agli altri per timore di essere rifiutata e procura l'intensificazione dello schema del distacco e dell'autonomia compromessa nella figlia. Il terzo riguarda la severità, l'uso di punizioni come metodo educativo e la difficoltà nel perdonare gli errori, che invece provoca l'inasprirsi degli schemi relativi all'abbandono e al fallimento nella figlia che si esprimono tramite le convinzioni che gli altri siano imprevedibili, tentino di punirla e che lei stessa sia incompetente e debole (Maçik *et al.*, 2016). Nella diade madre-figlio, lo schema prevalente è quello del pessimismo nella madre che sviluppa nel figlio quelli relativi alla deprivazione emozionale, alla difettosità, al fallimento, all'auto-sacrificio, che vogliono essere un'opposizione al fallimento previsto e atteso dalla madre (Maçik *et al.*, 2016). La diade padre-figlia ha come EMS trasmessi quelli della difettosità, dell'irritamento e della sottomissione (Maçik *et al.*, 2016). Infine, la diade padre-figlio, che è la meno correlata negli EMS, vede la trasmissione da parte del genitore degli schemi di deprivazione emozionale, inibizione emozionale, vulnerabilità alla sofferenza e quello relativo alla ricerca di approvazione, provocando nel ragazzo sensazioni di incompetenza e inferiorità (Maçik *et al.*, 2016). I comportamenti genitoriali conseguenti a schemi ego-sintonici sono spesso il risultato di una comunicazione consapevole con gli altri e, in quanto tali, vengono sottoposti ad auto-monitoraggio (Maçik *et al.*, 2016).

3.2 Tratti maladattivi di personalità in pazienti con disturbi da uso di sostanze

Nell'ultimo ventennio la ricerca ha cominciato a indagare il ruolo degli EMS nello sviluppo e nel mantenimento dei DUS (Ball, 1998; 2007; Roper *et al.*, 2010; Young *et al.*, 2003). La ricerca ha dimostrato che gli EMS sono presenti prevalentemente nella popolazione di individui con DUS che cercano aiuto presso i servizi (Brotchie *et al.*, 2004; Shorey *et al.*, 2011; Shorey *et al.*, 2012) e che, nonostante i livelli relativi agli EMS fosse già significativa nella popolazione maschile con DUS, la popolazione femminile raggiunge livelli più allarmanti (Shorey *et al.*, 2012). Gli studi condotti in questo campo si sono concentrati prevalentemente sulle dipendenze da alcol e da oppiacei, in quanto la prima è una delle dipendenze più comuni (WHO, 2001) e la seconda è in continuo aumento in termini di diffusione a livello mondiale e soprattutto tra i giovani adulti tra i 17 e i 25 anni (SAMSHA, 2007; Shorey *et al.*, 2012). Queste ricerche sono state condotte prima della quinta edizione del DSM e, quindi, non hanno impiegato il *Personality Inventory for DSM* [PID-5; APA 2013]. Al contrario, sono stati spesso utilizzati altri questionari che si caratterizzano per la presenza di 5 domini o

dimensioni e 18 tratti specifici come il *Young Schema Questionnaire – Long Form, 3rd Edition* (YSQ-L3; Young & Brown, 2003), come negli studi di Shorey e collaboratori (2011, 2012, 2013) oppure lo *Young Schema Questionnaire* (YSQ-S; Young, 1998) nello studio di Brotchie (2004). In generale, in queste ricerche è emerso che gli adulti consumatori di sostanze si caratterizzano per la presenza di un maggior numero di EMS attivi e per una maggiore gravità nel loro stato di attivazione rispetto ai gruppi non clinici con cui sono stati comparati (Brotchie *et al.*, 2004; Decouvelaere *et al.*, 2002; Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.*, 2013). Gli unici schemi che non differivano tra i gruppi clinici e non di adulti con DUS sono stati quello dell'autosacrificio e quello degli *standard* irrealistici (Brotchie *et al.*, 2004; Roper *et al.*, 2010). Approfondendo lo studio di Brotchie e collaboratori (2004) svolto tramite YSQ-S, si è osservato che la natura di questi schemi differiva nei gruppi clinici studiati (uno di soli individui dipendenti da alcol, uno di sole persone che consumano oppiacei e uno misto). Coloro che abusavano di alcol, anche appartenenti al gruppo misto, sembravano caratterizzarsi per lo sviluppo di una patologia cognitiva maggiormente aggravata e presentavano legami più forti, rispetto ai consumatori di oppiacei, con gli schemi relativi all'inibizione emozionale, alla sottomissione e alla vulnerabilità (Brotchie *et al.*, 2004). Questi schemi sono compatibili con l'idea del dipendente come persona che cerca un modo di gestire dei *pattern* disfunzionali, dei difetti personali che percepisce e che risultano essere peggiori nell'alcolismo. A tal proposito, la ricerca ha ipotizzato che il consumo d'alcol abbia lo scopo di ridurre le emozioni negative una volta attivati gli EMS, mentre gli oppiacei servano a prevenire la consapevolezza degli stessi (Brotchie *et al.*, 2004). Lo studio condotto da Shorey e collaboratori (2012) con YSQ-L3 su un gruppo di individui in trattamento con DUS da oppiacei ha constatato che, in questa popolazione, gli EMS più comuni riguardavano la mancanza di autocontrollo e l'autosacrificio, mentre gli schemi meno presenti in questi pazienti erano quelli del fallimento, della deprivazione emozionale, dell'isolamento sociale e della difettosità. Inoltre, sono emerse differenze tra uomini e donne, con livelli più elevati negli schemi riguardanti l'abbandono, la diffidenza e l'abuso per le donne e livelli più elevati negli schemi di punizione e *standard* irrealistici per gli uomini (Shorey *et al.*, 2012). Lo schema maggiormente problematico in entrambi i gruppi era quello relativo alla mancanza di autocontrollo, che trovava comunque una situazione aggravata tra le donne. Tale schema prevede mancanza di auto-disciplina, alti livelli di impulsività, incapacità di riflettere sulle possibili conseguenze prima di agire; sono presenti anche bassi livelli di tolleranza alla frustrazione e alla rabbia (Young *et al.*, 2003). Le ricerche hanno dimostrato che questo schema è un ottimo predittore di comportamenti volti alla soddisfazione immediata del desiderio attuale, e in tale senso è facile associarlo allo sviluppo di un DUS (Shorey *et al.*, 2012). Gli schemi di diffidenza e abuso comportano la convinzione e l'attesa che gli altri feriscano e abusino e non saranno in grado di supportare e proteggere colui che presenta questi schemi. Shorey e collaboratori (2012) hanno

ipotizzato che questi schemi generino quello dell'autosacrificio per cui, agendo in favore degli altri, l'individuo si augura che essi non lo feriranno o abbandoneranno. Il fatto che questi schemi siano maggiormente presenti nella popolazione femminile potrebbe essere giustificabile tramite gli studi che dimostrano come l'abuso e il rifiuto in infanzia sia più occorrente tra le donne (Young *et al.*, 2003; Shorey *et al.*, 2012) e, come visto in precedenza, sono queste a facilitare lo sviluppo di EMS inizialmente come schemi adattivi. Quest'ultima ipotesi è stata proposta anche per lo studio condotto da Shorey e collaboratori (2012) in un gruppo di individui con dipendenza da alcol, a giustificare la maggiore gravità degli EMS associati al DUS nelle donne. Nella stessa ricerca, gli schemi risultati similmente prevalenti per uomini e donne erano l'auto-sacrificio, gli *standard* irrealistici, la mancanza di auto-controllo e quello relativo alla punizione. Tra questi il più frequente è quello dell'autosacrificio, che porta l'individuo a sentirsi eccessivamente responsabile nella cura degli altri e spesso comporta un mancato appagamento affettivo del sé (Young *et al.*, 2003); si suppone che l'alcol possa quindi essere un meccanismo di risposta all'insoddisfazione dei propri bisogni. A supporto di questa ipotesi, è stato dimostrato che al tentativo di evitare le convinzioni legate agli EMS corrisponde un aumento del consumo di alcol (Brotchie *et al.*, 2007). Il consumo di alcol avrebbe quindi lo scopo di gestire gli EMS (Shorey *et al.*, 2012), offrendo auto-rassicurazioni, connessioni interpersonali o dimenticanza e fuga dalla realtà (Decouvlaere *et al.*, 2002). Interessanti i risultati ottenuti nella ricerca di Roper e collaboratori (2010), che hanno dimostrato che individui con alcolismo riportavano livelli maggiori d'ansia e depressione immediatamente prima di intraprendere un percorso terapeutico di tre settimane in cui sarebbero rimasti astinenti. A seguito dell'astinenza e dopo aver seguito un programma psico-educazionale, gli individui hanno riportato un miglioramento significativo nei livelli depressivi e d'ansia; inoltre, la gravità della gran parte degli EMS attivi era diminuita. La ricerca ha dimostrato che gli EMS sono quindi modificabili (Roper *et al.*, 2010), come avevano ipotizzato Young e colleghi (2003) sottolineando la loro sensibilità anche alle esperienze di vita.

Uno studio che ha coinvolto un gruppo clinico costituito da pazienti con diverse tipologie di DUS è stato condotto da Shorey e collaboratori (2013) tramite il questionario YSQ-L3 e ha evidenziato che i pazienti con DUS presentavano livelli aggravati, rispetto alle autovalutazioni ottenute dal gruppo di controllo, negli EMS specifici di mancanza di autocontrollo, invischiamento, abbandono, dipendenza, diffidenza e abuso, difettosità, fallimento, vulnerabilità e pessimismo. Dallo studio è emerso che le differenze maggiori risiedevano nella mancanza di autocontrollo, invischiamento e abbandono. Il primo, già descritto in precedenza, può rappresentare un *pattern* pervasivo che aumenta il rischio di uso di sostanze (Shorey *et al.*, 2013). L'invischiamento si configura per un'emotività eccessiva e un coinvolgimento con una o più persone significative (es.

genitori) che ostacola lo sviluppo sociale, l'individuazione della propria identità e il suo sviluppo (Young *et al.*, 2003). Anche questi aspetti si sovrappongono a quelli elencati nella letteratura sull'abuso di sostanze (Shorey *et al.*, 2013). L'abbandono prevede la convinzione pervasiva che le persone significative si allontaneranno fisicamente o emotivamente e che non saranno in grado di fornire supporto (Young *et al.*, 2003). Esso viene spesso associato a sentimenti di inutilità e indegnità, i quali fungono da giustificazione all'assenza altrui. Questo schema è spesso il risultato di abusi e trascuratezza, eventi comuni maggiormente nell'infanzia di adulti con DUS rispetto a quella di individui non dipendenti (Shorey *et al.*, 2013; Simpson & Miller, 2002).

Sulla base di questi studi la proposta avanzata da Ball (1998) di integrare alla terapia cognitivo comportamentale un lavoro sugli EMS e le convinzioni incondizionate acquisisce ancora maggior valore; infatti, alcune ricerche hanno riconosciuto gli EMS come fattori di rischio per una ricaduta negli individui vulnerabili negli ambiti biologici, psicologici o sociali (Ball, 1998; Ball & Young, 2000). Nei lavori del 1998 e del 2007, Ball ha sviluppato e proposto la *Dual-Focused Schema Therapy* (DFST), che è specifica per il trattamento congiunto di DUS ed EMS. Come anticipato in precedenza, gli EMS sono pervasivi e duraturi; perciò, è inverosimile pensare che possano essere totalmente abbandonati dall'individuo che li ha sviluppati in giovane età e rafforzati nel corso della vita. Lo scopo della DFST è di ridurre la potenza e l'influenza di questi schemi sulla vita della persona rendendoli gestibili tramite diverse metodologie, tra cui la ristrutturazione cognitiva, l'addestramento delle abilità comportamentali, esercizi esperienziali (per esempio di immaginazione) e la relazione terapeutica. Allo stesso tempo si cerca di incrementare le risposte adattive agli stimoli che innescano gli EMS (Ball, 1998, 2007; Young *et al.*, 2003). Concludendo, le ricerche hanno dimostrato che i risultati sono maggiormente positivi quando questo modello viene affiancato dal modello di prevenzione alla ricaduta elaborato nel 1985 da Marlatt e Gordon e i successi sono maggiori rispetto a quelli seguenti al trattamento dei 12 passi nel caso della dipendenza da oppiacei (Ball, 2007).

3.3 Accordo sé-altro nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità in gruppi non clinici

Le percezioni sono aspetti fondamentali della quotidianità umana; infatti, appartenere a una specie sociale comporta il cercare di comprendere i tratti di personalità propri e altrui allo scopo di facilitare le relazioni (Kim *et al.*, 2018). Le auto-percezioni però possono essere distorte, anche in popolazioni non cliniche, da alcuni fattori quali quelli riguardanti dei *biases* nati per proteggere il proprio *ego* come quello relativo al credersi migliori dei più e l'effetto di auto-nobilitazione. In particolare, il primo ha un impatto consistente nelle autovalutazioni delle proprie caratteristiche di personalità e nelle proprie abilità, che spesso vengono dipinte come più desiderabili, di valore e positive di quanto non siano (Dunning *et al.*, 1990; John & Robins, 1993). L'accordo sé-altro riguarda

quindi la convergenza tra le valutazioni conferite dall'individuo *target* a un proprio tratto e da altri allo stesso tratto (Watson *et al.*, 2000). L'integrazione delle informazioni ottenute tramite *self-report* e tramite terzi è utile in campo terapeutico perché fornisce informazioni più affidabili e aumenta la generalizzabilità delle previsioni in relazione ai comportamenti futuri (Jopp & South, 2015; Markon *et al.*, 2013; Vazire, 2010). Entrambe le fonti di informazione sono importanti per motivi differenti: le informazioni *self-report* permettono di ottenere indicazioni su fattori non facilmente osservabili, quali quelli riguardanti l'umore e gli stati interni dell'individuo (Vazire, 2010; Vazire & Carlson, 2010); le informazioni *other-reports* sono preferibili per i tratti di personalità e i fattori sociali, in quanto riducono i *biases* che caratterizzano le auto-valutazioni in questi campi (e.g., Connelly & Ones, 2010; Duckworth & Kern, 2011; Oh *et al.*, 2011). L'associazione tra l'osservabilità dei tratti e l'accordo sé-altro è variabile: infatti, un tratto di personalità considerato facilmente osservabile (es. coscienziosità) può manifestarsi diversamente nelle persone, per esempio tramite i comportamenti che agisce (es. sistematicità comportamentale) oppure tramite l'attitudine (es. autodisciplina mentale). In generale, è più probabile che l'accordo sé-altro nella valutazione di un tratto sia più elevato quando l'individuo agisce questa sua caratteristica nei comportamenti esternalizzati piuttosto che nelle attitudini o nelle convinzioni. Questo effetto viene definito *trait visibility effect* (Funder & Colvin, 1988, 1997; Kenrick & Stringfield, 1980; Paunonen & Kam, 2014). L'effetto della visibilità del tratto non è costante, esso varia assecondando il tipo di relazione che sussiste tra l'osservatore e l'individuo *target*, la profondità e qualità della conoscenza tra i due e il contesto (Botteses *et al.*, 2018; Connelly & Ones, 2010; Jopp & South, 2015; Markon *et al.*, 2013). In particolare, a seconda del grado di conoscenza della diade di individui, l'osservabilità di un tratto acquisisce importanza al diminuire della conoscenza tra l'individuo che deve compiere la valutazione e il *target* su cui si sta osservando il tratto. Se la diade osservatore-*target* si conosce bene, allora sarà più probabile che l'accordo sé-altro sia buono anche quando il tratto valutato è poco manifesto (Paunonen, 1989). Diverse ricerche hanno stabilito che, quando l'informatore è il *partner* romantico dell'individuo *target*, è più probabile che vi sia un alto accordo sé-altro in un maggior numero di domini indagati. Lo stesso non vale per parenti e amici (Botteses *et al.*, 2018; Connelly & Ones, 2010; Watson *et al.*, 2000). La ricerca svolta da Connelly e Ones (2010) ha riscontrato che i compagni di vita o gli sposi erano gli informatori più accurati e affidabili; infatti, una relazione a lungo termine in ambito di convivenza è solitamente caratterizzata da una maggiore vicinanza e rivelazione di sé all'altro anche su aspetti generalmente più interiori (Connelly & Ones, 2010). Nelle valutazioni compiute dai familiari, cioè individui con legame genetico al *target* con cui hanno relazioni a lungo termine, l'accuratezza della valutazione e l'accordo sé-altro variava in base al livello di vicinanza, di condivisione e intimità tra gli informatori. Un ulteriore fattore che può influenzare queste valutazioni

è l'ambiente, poiché solitamente non è condiviso. Infine, nelle valutazioni compiute dagli amici, l'accordo sé-altro era esiguo, riguardava meno tratti e principalmente i tratti più facilmente osservabili (Connelly & Ones, 2010).

Nel DSM-5 si è riservata la III sezione al modello alternativo ai DP, che enfatizza due aspetti che agevolano lo sviluppo di una personalità maladattiva: il livello del funzionamento della personalità e il contributo dei tratti maladattivi di personalità. Secondo questo modello, i DP si caratterizzano per la compromissione nel funzionamento del sé e interpersonale e per la presenza dei tratti maladattivi elencati nel capitolo precedente. Tenendo conto della prospettiva di questo modello nello specifico, è stato progettato il questionario *self-report* PID-5 (APA, 2013) che permette di indagare i tratti dimensionali della personalità come delineati nel DSM-5 ed è accoppiato al *Personality Inventory for DSM - 5 - Informant Rating Form* [PID-5-IRF; APA 2013], che è la versione dedicata agli informatori esterni (Benzia *et al.*, 2018). In generale si è osservato che le correlazioni tra auto-valutazione ed etero-valutazione in gruppi non clinici erano maggiori per i domini di disinibizione e antagonismo, moderate per il distacco e l'affettività negativa ed esigue rispetto allo psicoticismo (Markon *et al.*, 2013). La ricerca italiana condotta da Bottesi e collaboratori (2018) si è differenziata dalla precedente nei risultati, individuando correlazioni di forza moderata tra le informazioni fornite dal *target* e dall'informatore in tutti i domini; inoltre, ha riscontrato differenze trascurabili nell'accordo sé-altro quando associato alla durata della relazione tra il *target* e l'informatore e il grado di vicinanza tra i due. Eccezioni a quest'ultima affermazione sono il dominio del distacco e le sfaccettature di anedonia e ricerca di attenzioni che risultano essere gli unici a presentare delle deboli correlazioni (Bottesi *et al.*, 2018). Questi risultati potrebbero essere spiegati dall'esigua varianza del grado di conoscenza; infatti, i *target* hanno potuto selezionare i propri informatori esterni ed è probabile che abbiano scelto una persona a cui si sentono vicini rendendo il rapporto tra la durata e la vicinanza rispetto all'accordo Sé-Altro trascurabile (Bottesi *et al.*, 2018). I risultati emersi da questa si discostano da quelli riportati dalla letteratura precedente suggerendo che le manifestazioni del tratto di personalità indagato, internalizzanti o esternalizzanti, non influiscono nel grado di accordo sé-altro delle valutazioni (Bottesi *et al.*, 2018). Rispetto ai singoli tratti, si è riscontrato un accordo sé-altro medio-basso nei tratti di sottomissione, manipolarietà e ostilità. Approfondendo il campo della sottomissione, le valutazioni del *target* erano significativamente maggiori rispetto a quelle etero-valutative, suggerendo che quest'aspetto è difficilmente percepibile dall'esterno; manipolarietà e ostilità, invece, hanno ottenuto valutazioni comparabili dai due elementi della coppia: per questi casi è ragionevole assumere che, per via dei *biases* sopra menzionati, le autovalutazioni siano state distorte o falsificate (Bottesi *et al.*, 2018).

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha proposto una rassegna della letteratura in merito ai Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e *Addiction*, ai Disturbi di Personalità (DP), all'Accordo Sé-Altro e alle relazioni tra essi. Nel corso dell'elaborato è stata approfondita la fenomenologia e l'eziologia dei disturbi: i DUS vengono descritti come disturbi cronici e dinamici che si instaurano sulla base dei meccanismi di ricompensa coinvolgendo diversi circuiti cerebrali (ASAM, 2011), mentre i DP come disturbi pervasivi, rigidi e inflessibili che riguardano la costante distorsione dell'esperienza interiore che si manifesta in comportamenti culturalmente atipici (APA, 2013). In entrambi i casi, il funzionamento degli individui viene ampiamente compromesso in diverse aree di vita importanti come quella lavorativa e sociale (APA, 2013; ASAM, 2011; Grant *et al.*, 2010, 2013; Huprich & Bornstein, 2007; WHO, 2019). È stata, in seguito, sottolineata la frequente comorbidità di DUS e DP sia nella popolazione generale sia nella popolazione clinica, dove la doppia diagnosi diventa maggiormente frequente (Kruegelbach *et al.*, 1993; Langås *et al.*, 2012; Sher *et al.* 2002; Sher & Trull, 2002; Thomas *et al.*, 1999; Verheul, 2001). L'insieme di queste evidenze e di altre ricerche relative ai DP in comorbidità ai disturbi dell'umore (Ak *et al.*, 2012; Hawke & Provencher, 2012; Montazeri *et al.*, 2013; Muris, 2006; Nilsson *et al.*, 2015), ai disturbi d'ansia (Calvete, 2013; Delattre *et al.*, 2004; Muris, 2006; Pinto-Gouveia, 2006) e ai disturbi alimentari (Maher *et al.*, 2022; Meneguzzo *et al.*, 2020; Muris, 2006; Unoka *et al.*, 2010) hanno indirizzato la ricerca nell'indagare il possibile ruolo dei tratti maladattivi precoci di personalità, definiti anche come EMS, in relazione allo sviluppo e mantenimento della psicopatologia. Gli EMS sono stati definiti dei *pattern* emozionali pervasivi, disfunzionali e stabili che si sviluppano solitamente durante l'infanzia come risposta adattiva a un contesto circoscritto e a delle relazioni precise che vengono in seguito generalizzati e mantenuti anche al mutare delle circostanze (Beck, 1976; Riso *et al.*, 2006; Waller *et al.*, 2000; Young, 1994; Young *et al.*, 2003). L'elaborato si è soffermato sulla trattazione della relazione tra EMS e DUS (Ball, 1998; 2007; Roper *et al.*, 2010; Young *et al.*, 2003) e, nonostante la letteratura in merito sia ancora scarsa per molte delle dipendenze conosciute ed esposte nel DSM-5, si è potuto stabilire che gli EMS sono presenti in maggior numero e in più acuta attivazione nella popolazione clinica rispetto alla popolazione generale (Brotchie *et al.*, 2004; Decouvelaere *et al.*, 2002; Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.*, 2013), in particolare nei pazienti con DUS che cercano aiuto in trattamento (Brotchie *et al.*, 2004; Shorey *et al.*, 2011; Shorey *et al.*, 2012), e la loro gravità è ulteriormente allarmante nella popolazione femminile con DUS (Shorey *et al.*, 2012). L'ultimo paragrafo dell'elaborato ha analizzato l'Accordo Sé-Altro nella valutazione degli EMS in gruppi non clinici. Esso è definibile come il grado di

convergenza tra auto-valutazioni ed etero-valutazioni di uno stesso tratto di personalità in un individuo *target* (Watson *et al.*, 2000) ed è influenzato da numerosi fattori quali l'effetto di auto-nobilitazione o il *bias* che porta ogni individuo a credersi migliore della maggioranza della popolazione (Dunning *et al.*, 1990; John & Robins, 1993). A influenzare il grado di accordo vi sono diversi fattori, tra cui l'effetto della visibilità del tratto (Funder & Colvin, 1988, 1997; Kenrick & Stringfield, 1980; Paunonen & Kam, 2014), il tipo, la profondità e la qualità della relazione che coinvolge l'individuo *target* e l'informatore (Bottesini *et al.*, 2018; Connelly & Ones, 2010; Jopp & South, 2015; Markon *et al.*, 2013), la durata della relazione e la condivisione dell'ambiente (Connelly & Ones, 2010). Inoltre, l'Accordo Sé-Altro nei gruppi clinici di pazienti che presentano DP risulta distorto; infatti, questi pazienti sono spesso inaffidabili a causa della mancanza di consapevolezza (*insight*) che caratterizza la psicopatologia. In questo caso, le etero-valutazioni assumono grande importanza per la valutazione e la diagnosi specifica (Jopp & South, 2015; Samuel & Bucher, 2017; Tandler *et al.*, 2016).

Nonostante gli ampi progressi compiuti in ognuno degli ambiti vagliati dalla rassegna, anche tramite nuovi approcci come il modello dimensionale proposto nella Sezione III del DSM-5 per i DP, vi sono alcune limitazioni e alcune lacune che hanno impattato sul presente lavoro. Essi riguardano prevalentemente l'indagine delle relazioni tra i disturbi e i costrutti degli EMS e l'Accordo Sé-Altro, poiché sono anche i più nuovi alla ricerca. La ricerca riguardante i cambiamenti che la diagnosi di DP comporta in un paziente con DUS conclamato è ancora scarna, nonostante la comorbidità tra i due disturbi implichi generalmente un esordio precoce e una maggiore gravità della dipendenza, che si caratterizza per ricadute più frequenti e periodi di astinenza più brevi, maggiore carico psicopatologico, più frequente poliuso anche di sostanze illegali, peggior funzionamento sociale, aumento del rischio di suicidio e più frequenti abbandoni terapeutici (Kienast *et al.*, 2014; Langås *et al.*, 2012; Morgenstern *et al.*, 1997; Parmar & Kaloiya 2018; Pennay *et al.*, 2011; Preuss *et al.*, 2016; Wilson *et al.*, 2006). In questo ambito sarebbe particolarmente importante approfondire quali sono le esigenze che una comorbidità di DP con DUS richiede nel trattamento (Ball, 1998; Fraser *et al.*, 2021). Vi sono ancora pochi dati disponibili, ma questi pazienti sembrano rispondere positivamente a trattamenti psicosociali integrati e strutturati, affiancati a metodi di prevenzione alle ricadute basati sulle evidenze (Fraser *et al.*, 2021). Inoltre, vi sono alcuni studi su psicoterapie disturbo-specifiche che si sono rivelate efficaci in base alla sostanza consumata e al sesso dell'individuo, quali la terapia dialettica comportamentale (DBT), la *Dual Focused Schema Therapy* (DFST), e la terapia dinamica decostruttiva (DDP) (Parmar & Kaloiya 2018; Pennay *et al.*, 2011). I lavori menzionati sono limitati nelle quantità, nelle dimensioni dei gruppi di indagine e si soffermano esclusivamente sui disturbi di DBP e DAsP (Ball, 2007; Langås *et al.*, 2012; Links *et al.*, 1995; Parmar & Kaloiya 2018); soprattutto

la DFST si è rivelata promettente, ma richiede ulteriori approfondimenti. Sono stati svolti alcuni studi meta-analitici che suggeriscono, per disturbi cronici come i DP e i DUS, l'indagine dei miglioramenti sintomatici sul lungo termine tramite la rilevazione dei *follow-up* (Perry *et al.*, 1999; Sanislow & McGlashan, 1998). Le valutazioni compiute sugli EMS presentano alcuni limiti principali: sono state in gran parte ottenute tramite auto-valutazioni, le ricerche sono state condotte in piccoli gruppi con limitata variabilità delle caratteristiche tra gli individui. Le auto-valutazioni presentano alcune controindicazioni, valide anche nel campo di indagine dei DUS: infatti, non permettono di approfondire le risposte (Benzi *et al.*, 2019; Calvete, 2014; Moran *et al.*, 2006) e sono comunemente influenzate da *biases*, tra i quali il più frequente è quello della desiderabilità sociale (Bottesi *et al.*, 2018). La desiderabilità sociale è definibile come la tendenza a non riportare comportamenti che non sono socialmente desiderabili (Latkin *et al.*, 2017) tramite una presentazione volontaria del sé volta ad assecondare l'interlocutore o esaminatore (*impression management*) e azioni anche inconsapevoli volte al mantenimento di un concetto di sé positivo (*self-deception*) (Paulhus, 1984). Nel campo della relazione tra DUS ed EMS, è auspicabile una ricerca più vasta in termini di ampiezza dei campioni, allo scopo di comprendere come gli schemi generali si colleghino a cognizioni specifiche del disturbo, e più varia in termini di caratteristiche di inclusione nel campione (Brotchie *et al.*, 2004; Maçik *et al.*, 2015; Zeynel & Uzer, 2020) per individuare eventuali differenze tra popolazioni cliniche e non, includere consumatori di diversi tipi di sostanze (Brotchie *et al.*, 2004) e studiare i tratti di personalità in popolazioni di età diverse. In particolare, dev'essere estesa la ricerca sugli EMS in adolescenza in ambito patologico (Calvete, 2014; Kessler *et al.*, 2007; McCrae & Costa, 2004). Inoltre, è necessario ampliare la ricerca per trattare i processi cognitivi dell'elusione e compensazione degli schemi (Brotchie *et al.*, 2004). Gli aspetti relativi alle dimensioni e alla varietà del campione sono fondamentali per la generalizzazione delle evidenze sinora pubblicate e si applicano anche alla ricerca nell'ambito dell'Accordo Sé-Altro (Bottesi *et al.*, 2018).

La vastità delle relazioni che si intessono tra DUS, DP, EMS e Accordo Sé-Altro è tale da richiedere maggior approfondimento: la ricerca relativa ad EMS e all'Accordo Sé-Altro è agli albori e risultano esserci diverse lacune che hanno influenzato il presente elaborato. Gli EMS sembrano avere un ruolo importante in diverse psicopatologie quali sintomi e disturbi d'ansia (Cámara & Calvete, 2012; Pinto-Gouveia *et al.*, 2006; Tariq *et al.*, 2021), sintomi e disturbi dell'umore depressivi (Cámara & Calvete, 2012; Davoodi *et al.*, 2018; Pilkington *et al.*, 2021; Renner *et al.*, 2012) e bipolari (Ak *et al.*, 2012), disturbi alimentari (Maher *et al.*, 2022, Unoka *et al.*, 2010), DP (Carr & Francis, 2010; Kunst *et al.*, 2020) e DUS (Ball, 1998; 2007; Brotchie *et al.*, 2004; Decouvelaere *et al.*, 2002; Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.*, 2013; Young *et al.*, 2003), ma sono

necessarie ulteriori ricerche volte sia al comprendere il ruolo degli EMS nel disturbo conclamato, sia alla prevenzione dei disturbi sopra elencati, in quanto ne aumentano la probabilità di insorgenza.

L'Accordo Sé-Altro è un campo molto promettente su diversi fronti ma attualmente fondamentalmente inesplorato. La letteratura è insufficiente in relazione all'Accordo Sé-Altro associato a DP, o assente se affiancato a EMS e a DUS. È di grande importanza indagare questo costrutto in particolare in relazione ai DUS, in quanto questa popolazione si rivela essere fortemente inaffidabile nelle auto-valutazioni per diversi motivi che si vanno a sommare ai *biases* comunemente diffusi. Tra questi figurano la compromissione della memoria (Fernández-Serrano *et al.*, 2010; Gruber *et al.*, 2007; Lundqvist 2005; Peterson *et al.*, 1990; Sampedro-Piquero *et al.*, 2019; van Holst *et al.*, 2011), la scarsa autoconsapevolezza e lo stigma sociale associato al consumo e alla diagnosi di DUS. Questa tipologia di paziente è, infatti, solita negare, minimizzare o essere inconsapevole del proprio problema (Hester *et al.*, 2007; Kim *et al.*, 2007; Maremmani *et al.*, 2012; Miller *et al.*, 2005; Moeller *et al.*, 2010; Pettigrew *et al.*, 2017; Yen *et al.*, 2009) e questi aspetti aumentano quando la sostanza di abuso è l'alcol, in quanto non vi è uno "standard" universalmente riconosciuto come adeguato o normale, e l'abuso viene riconosciuto in uno stadio avanzato - cioè quando comporta conseguenze come disoccupazione, problemi relazionali, legali o finanziari (Sprague & Vinson, 2017). L'inconsapevolezza o la sottostima del problema secondo la neuroscienza è associato ad alterazioni in diverse strutture e reti cerebrali che contribuiscono alla consapevolezza (Maremmani *et al.*, 2012) tra cui: l'*insula* che è coinvolta nell'interocezione, nell'autoconsapevolezza e nel *craving*; la corteccia cingolata anteriore, implicata nel monitoraggio comportamentale e nella selezione della risposta; lo *striatum* frontale e dorsale, che contribuisce alla formazione dell'automaticità nelle abitudini e all'autoconsapevolezza (Verdejo-Garcia & Perez-Garcia, 2008; Goldstein *et al.*, 2009). L'*insight* viene generalmente distinto in clinico, definito come un'accurata comprensione della malattia, della consapevolezza di necessità del trattamento e delle conseguenze nel caso si decidesse di rifiutarlo; e cognitivo, che riguarda, invece, la capacità di riflettere e integrare diversi punti di vista (Maremmani *et al.*, 2012). In generale, le ricerche hanno dimostrato che gli individui con maggiori livelli di *insight* erano coloro che riportavano maggiore consumo, peggiori conseguenze dovute all'uso e maggior volontà di cambiare vita intraprendendo percorsi terapeutici; infatti, gli individui in trattamento presentavano maggiore consapevolezza rispetto agli altri individui con DUS (Jung *et al.*, 2011; Kim *et al.*, 2007; Maremmani *et al.*, 2012; Raftery *et al.*, 2020). Nonostante i risultati delle ricerche riportate, la conoscenza del rapporto tra *insight* e DUS è ancora poca e spesso contraddittoria (Raftery *et al.*, 2020), in parte anche a causa del disaccordo a riguardo di quale sia il modo migliore per concettualizzare o misurare l'*insight* specificamente nel campo delle dipendenze (Raftery *et al.*, 2020). Un altro aspetto da considerare è lo stigma di cui le diagnosi di malattie mentali e disturbi

quali i DUS sono carichi: la WHO sostiene che la stigmatizzazione di queste persone sia il principale fattore che contribuisce alla disuguaglianza terapeutica rispetto ad altre malattie o disturbi (WHO, 2019). Lo stigma può essere definito come l'insieme di attitudini, convinzioni, comportamenti e strutture presenti in società a livello individuale, gruppale, organizzativo e sistemico che viene dimostrato in pratiche discriminatorie (*Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms et al.*, 2016). In questo processo, gli individui oggetto di stigmatizzazione vengono inizialmente etichettati, assegnati a gruppi marginali, subiscono stereotipi e pregiudizi e infine vengono discriminati e distanziati (Kilian *et al.*, 2021). Tutti questi aspetti tendono a rafforzarsi vicendevolmente (Kilian *et al.*, 2021) e generano delle reazioni emozionali comunemente diffuse nella popolazione legate a paura o disgusto nei confronti di individui con DUS, che vengono poi trattati diversamente perdendo il loro *status* e venendo percepiti come meno validi rispetto agli altri (Yang *et al.*, 2017). Questi individui vengono percepiti come persone pericolose e imprevedibili, incapaci di compiere scelte relative al proprio percorso di cura e alla propria gestione economica, vengono colpevolizzati per il loro disturbo e ritenuti responsabili dello stesso; è comune la convinzione che questi possano uscire dalla dipendenza "ricomponendosi" tramite forza di volontà, queste convinzioni implicano però che l'individuo abbia controllo nel disturbo (Kilian *et al.*, 2021; Yang *et al.*, 2017). La stigmatizzazione di questi disturbi, e in particolare di coloro che abusano di alcol, è pervasiva nella popolazione generale e diversi studi dimostrano come sia più sentita nei confronti di chi ha un DUS rispetto a coloro che hanno altre malattie mentali (Kilian *et al.*, 2021; Yang *et al.*, 2017). I forti stereotipi negativi a cui questa popolazione è sottoposta e la loro interiorizzazione, che comporta autostigmatizzazione (*Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms et al.*, 2016), spesso influenza la scelta di questi individui a cercare aiuto e partecipare a trattamenti (Yang *et al.*, 2017), in parte perché temono discriminazione in ambito lavorativo anche sulla base di preve esperienze in cui è stata negata un'assunzione o una promozione per questo motivo (*Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms et al.*, 2016). Alcuni studi hanno dimostrato inoltre che, anche quando queste persone scelgono di farsi aiutare, i servizi sono spesso inadeguati e lenti nell'accogliere la richiesta e fornire supporto (Livingston, 2013).

Le etero-valutazioni e l'Accordo Sé-Altro in relazione a individui vicini alla persona che cerca trattamento per un DUS assumono importanza nel definire, con maggiore oggettività, lo stato attuale della dipendenza, le abitudini di consumo come la frequenza, la quantità e la tolleranza, i sintomi di astinenza, le ripercussioni dell'uso nel comportamento e delle reazioni emozionali dell'individuo ma soprattutto la sua consapevolezza del disturbo, la quale è rilevante nell'impostazione di un percorso terapeutico adeguato (Miller *et al.*, 2005; Willems *et al.*, 1973). Lo

stesso lavoro dimostra che il livello di autoconsapevolezza nel momento della dimissione dal trattamento è legato al periodo di astinenza, dimostrando che esso è un costrutto malleabile su cui lavorare anche durante gli interventi terapeutici (Kim *et al.*, 2007; Maremmani *et al.*, 2012; Willems *et al.*, 1973). Conoscere l'Accordo Sé-Altro nelle varie fasi del trattamento dell'individuo con DUS potrebbe essere vantaggioso per programmare un percorso terapeutico su misura e comprendere i progressi del paziente nel tempo. Essere a conoscenza dell'affidabilità delle autovalutazioni del paziente è importante soprattutto per gli individui che affrontano il percorso verso la sobrietà da soli; infatti, la famiglia e la rete sociale che li circondano possono essere un fattore protettivo (Gruber & Taylor, 2006) e la loro assenza non permette nemmeno di ottenere un riscontro esterno sulle loro abitudini di consumo, *craving*, sintomi di astinenza, aggressività e reazioni emozionali nella fase di tossicodipendenza.

Concludendo, le relazioni tra i disturbi e i costrutti trattati si rivelano essere un campo vergine e fertile per la futura ricerca che avrebbe implicazioni cliniche e terapeutiche importanti nel trattamento dei DUS, sia nell'ambito della prevenzione tramite l'individuazione degli EMS sia in quello degli interventi terapeutici in cui integrare metodologie promettenti come DBT, DFST e DDP ai trattamenti tradizionali, con lo scopo di garantire un supporto più adeguato e che comporti maggiori successi.

BIBLIOGRAFIA

- Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103(7), 1069-1081.
- Ak, M., Lapsekili, N., Haciomeroglu, B., Sutcigil, L., & Turkcapar, H. (2012). Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 260-267.
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.)
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association, (2013b), The Personality Inventory DSM-5 (PID-5) Self-Report Form (full version); recuperato da https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf
- American Psychiatric Association, (2013b), The Personality Inventory DSM-5 Informant Rating Form (PID-5-IRF) Self-Report Form (full version); recuperato da https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-for-DSM-5-Full-Version-Informant.pdf
- American Psychiatric Association, Addictions, n.d., para. 1, recuperato da: <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction>
- American Society of Addiction Medicine, (2011), Public Policy Statement: Definition of Addiction
- Ary, D. V., Tildesley, E., Hops, H., & Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *The International journal of the addictions*, 28(9), 853–880
- Bahr, S. J., Marcos, A. C., & Maughan, S. L. (1995). Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *Journal of studies on alcohol*, 56(4), 457–469.
- Bakken K., Landheim A. S., Vaglum P., (2003), Primary and secondary substance misures: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*, Volume 38, Issue 1, January 2003, Pages 54–59
- Ball S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive behaviors*, 23(6), 883–891.
- Ball S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of personality disorders*, 21(3), 305–321.

- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of personality disorders*, 15(1), 72–83.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Belcher, A. M., Volkow, N. D., Moeller, F. G., & Ferré, S. (2014). Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends in cognitive sciences*, 18(4), 211–217.
- Benzi, I.M., Preti, E., Di Pierro, R., Clarkin, J.F., & Madeddu, F. (2019). Maladaptive personality traits and psychological distress in adolescence: The moderating role of personality functioning. *Personality and Individual Differences*.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Martignon, A., & Sica, C. (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.
- Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 63–75.
- Brotchie, J., Hanes, J., Wendon, P., & Waller, G. (2007). Emotional Avoidance Among Alcohol and Opiate Abusers: The Role of Schema-Level Cognitive Processes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 231-236.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *The British journal of clinical psychology*, 43(Pt 3), 337–342.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 551–556.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256–271.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, 110(1), 49–58.

- Bullers, S., Cooper, M. L., & Russell, M. (2001). Social network drinking and adult alcohol involvement: A longitudinal exploration of the direction of influence. *Addictive Behaviors*, 26(2), 181-199.
- Calvete E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 38(4), 735–746.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 278–288.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.
- Carr, S. N., & Francis, A. J. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and psychotherapy*, 83(4), 333–349.
- Connelly, B. S., & Ones, D. S. (2010). Another perspective on personality: Meta-analytic integration of observers' accuracy and predictive validity. *Psychological bulletin*, 136(6), 1092–1122.
- Costello, E. J., He, J. P., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2014). Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 65(3), 359–366.
- Cukor, D. (2004). The relation between parenting patterns, childhood events, and cognitive schema. Dissertation Abstracts International: Section B: Science and Engineering, 65, 432.
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of affective disorders*, 235, 82-89.
- Decouvelaere F, Graziani P, Gackiere-Eraldi D, Rusinek S, Hautekeete M. (2002), Hypothesis of existence and development of early maladaptive schemas in alcohol-dependent patients. *Journal de The'rapie Comportementale et Cognitive*; 12:43–48.
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M., & Hautekeete, M. (2004). Les schémas précoces dysfonctionnels: étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux [The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders]. *L'Encephale*, 30(3), 255–258.
- Di Chiara G. (2002). Nucleus accumbens shell and core dopamine: Differential role in behavior and addiction. *Behavioural brain research*, 137(1-2), 75–114.

- Driessen, M., Arolt, V., John, U., Veltrup, C. and Dilling, H. (1996) Psychiatric comorbidity in hospitalised alcoholics after detoxification treatment. *European Addiction Research* 2, 17–23.
- Duckworth, A. L., & Kern, M. L. (2011). A Meta-Analysis of the Convergent Validity of Self-Control Measures. *Journal of research in personality*, 45(3), 259–268.
- Dunning, D., Griffin, D., Milojkovic, J. D., & Ross, L. (1990). The overconfidence effect in social prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 568–581.
- Ersche, K. D., Jones, P. S., Williams, G. B., Turton, A. J., Robbins, T. W., & Bullmore, E. T. (2012). Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction. *Science* (New York, N.Y.), 335(6068), 601–604.
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: From actions to habits to compulsion. *Nature neuroscience*, 8(11), 1481–1489.
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2013). From the ventral to the dorsal striatum: Devolving views of their roles in drug addiction. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 37(9 Pt A), 1946–1954.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(3), 377–406.
- Fineberg, N. A., Potenza, M. N., Chamberlain, S. R., Berlin, H. A., Menzies, L., Bechara, A., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., Bullmore, E. T., & Hollander, E. (2010). Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: A narrative review. *Neuropsychopharmacology: Official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(3), 591–604.
- Fraser, R., Isaif, L., Teles, D., & Laporte, L. (2021). Personality Disorders and Addiction Disorders. In *Textbook of Addiction Treatment* (pp. 1373-1389). Springer, Cham.
- Funder, D. C., & Colvin, C. R. (1988). Friends and strangers: acquaintanceship, agreement, and the accuracy of personality judgment. *Journal of personality and social psychology*, 55(1), 149–158.
- Funder, D. C., & Colvin, C. R. (1997). Congruence of others' and self-judgments of personality. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 617–647). Academic Press.
- Funder, D. C. (2004). *The Personality puzzle* (3rd ed.). New York: W. W. Norton

- Goldstein, R. Z., Craig, A. D., Bechara, A., Garavan, H., Childress, A. R., Paulus, M. P., & Volkow, N. D. (2009). The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends in cognitive sciences*, 13(9), 372–380.
- Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS spectrums*, 11(12), 924-930.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 233–241.
- Grant, J. E., Schreiber, L. R., & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(5), 252–259.
- Gruber, K. J., & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1-2), 1-29.
- Gruber, S. A., Silveri, M. M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychology review*, 17(3), 299–315.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 136(3), 803–811
- Hester, R., Simões-Franklin, C., & Garavan, H. (2007). Post-error behavior in active cocaine users: Poor awareness of errors in the presence of intact performance adjustments. *Neuropsychopharmacology: Official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 32(9), 1974–1984.
- Huprich, S. K., & Bornstein, R. F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment. *Journal of personality assessment*, 89(1), 3-15.
- Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Why do measures of normal and disordered personality correlate? A study of genetic comorbidity. *Journal of personality disorders*, 13(1), 10–17.
- John D. Mayer (2007). Asserting the Definition of Personality. *The Online Newsletter for Personality Science Issue 1*, Spring 2007.
- John, O. P., & Robins, R. W. (1993). Determinants of interjudge agreement on personality traits: The big five domains, observability, evaluativeness, and the unique perspective of the self. *Journal of personality*, 61(4), 521–551.
- Jopp, A. M., & South, S. C. (2015). Investigating the Personality Inventory for DSM-5 using self and spouse reports. *Journal of personality disorders*, 29(2), 193–214.

- Jung, J. G., Kim, J. S., Kim, G. J., Oh, M. K., & Kim, S. S. (2011). Brief insight-enhancement intervention among patients with alcohol dependence. *Journal of Korean medical science*, 26(1), 11–16.
- Kenrick, D. T., & Stringfield, D. O. (1980). Personality traits and the eye of the beholder: Crossing some traditional philosophical boundaries in the search for consistency in all of the people. *Psychological Review*, 87(1), 88–104.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359–364.
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: Epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(16), 280–286.
- Kim, K. M., Kim, J. S., Kim, G. J., Kim, S. S., Jung, J. G., Kim, S. M., Pack, H. J., & Lee, D. H. (2007). The readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *Journal of Korean medical science*, 22(3), 453–458.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual review of psychology*, 59, 29–53.
- KrueDelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C., & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 214–222.
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candell, I., Batink, T. (2020) Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clin Psychol Psychother*. 27: 837– 846.
- Landauer T. K. (1969). Reinforcement as consolidation. *Psychological review*, 76(1), 82–96.
- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-10.
- Larsen, R. J., Buss, D. M., Wismeijer, A., Song, J., & van den Berg, S. M. (2005). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. (2nd ed.) McGraw Hill Education.
- Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive behaviors*, 73, 133–136.
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., Van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 582–586.

- Livingston, J.D. (2013). *Mental Illness-Related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion*. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada. Available: <http://www.mentalhealthcommission.ca> [March 2016].
- Lockhart W. R., & Hartman P. A. (1963). Formation of monothetic groups in quantitative bacterial taxonomy. *Journal of bacteriology*, 85(1), 68–77.
- Lundqvist T. (2005). Cognitive consequences of cannabis use: Comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 81(2), 319–330.
- Maćik, Dorota & Chodkiewicz, Jan & Bielicka, Daria. (2015). Trans-generational transfer of early maladaptive schemas – a preliminary study performed on a non-clinical group. *Current Issues in Personality Psychology*.
- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis-Dymand, L., Milliar, P., Mason, J., Wood, A., & Allen, A. (2022). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European eating disorders review: The journal of the Eating Disorders Association*, 30(1), 3–22.
- Maremmani, A. G., Rovai, L., Rugani, F., Pacini, M., Lamanna, F., Bacciardi, S., Perugi, G., Deltito, J., Dell'osso, L., & Maremmani, I. (2012). Correlations between awareness of illness (insight) and history of addiction in heroin-addicted patients. *Frontiers in psychiatry*, 3, 61.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 139–157.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., Bouchard, T. J., Jr, & Gottesman, I. I. (2002). Normal and abnormal personality traits: Evidence for genetic and environmental relationships in the Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Journal of personality*, 70(5), 661–693.
- Markon, K. E., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & Krueger, R. F. (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.
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Busetto, P., Tenconi, E., & Favaro, A. (2020). The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 318-331
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H. U., & Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood

- and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893–907.
- Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., Zhang, H., O'Malley, S. S., & Rounsaville, B. J. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 973–979.
- Miller, R., Caponi, J. M., Sevy, S., & Robinson, D. (2005). The Insight-Adherence-Abstinence triad: An integrated treatment focus for cannabis-using first-episode schizophrenia patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(3), 220–236.
- Millon T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 245–261.
- Ministero della salute, (2020). Rapporto Tossicodipendenze, Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze
- Moeller, S. J., Maloney, T., Parvaz, M. A., Alia-Klein, N., Woicik, P. A., Telang, F., Wang, G. J., Volkow, N. D., & Goldstein, R. Z. (2010). Impaired insight in cocaine addiction: Laboratory evidence and effects on cocaine-seeking behaviour. *Brain: A journal of neurology*, 133(Pt 5), 1484–1493.
- Montazeri, M. S., Kaveh Farsan, Z., Mehrab, H., & Shakiba, A. (2013). Relationship between early maladaptive schemas and depression in guidance school students in Falavarjan. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23(98), 179-188.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2006). Personality and substance use disorders in young adults. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 374-379.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), 74–84.
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405–413.
- Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A., & Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use--the role of older siblings, parents, and peers. *The International journal of the addictions*, 21(7), 739–766.
- Nilsson, K. K., Nielsen Straarup, K., & Halvorsen, M. (2015). Early Maladaptive Schemas: A Comparison Between Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 387–391.

- O'Connor B. P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: A statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 83(4), 962–982.
- O'Connor, B. P., & Dyce, J. A. (2001). Rigid and extreme: A geometric representation of personality disorders in five-factor model space. *Journal of personality and social psychology*, 81(6), 1119–1130.
- Oh, I.-S., Wang, G., & Mount, M. K. (2011). Validity of observer ratings of the five-factor model of personality traits: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 762–773.
- Oltmanns JR, Oltmanns T. Self–Other Agreement on Ratings of Personality Disorder Symptoms and Traits: Three Meta-Analyses. PsyArXiv; 2019.
- Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 517–527.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of personality and social psychology*, 46(3).
- Paunonen, S.V. (1989). Consensus in Personality Judgments: Moderating Effects of Target-Rater Acquaintanceship and Behavior Observability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 823-833.
- Paunonen, S.V., & Kam, C.C. (2014). The accuracy of roommate ratings of behaviors versus beliefs. *Journal of Research in Personality*, 52, 55-67.
- Pedone, R., Barbarulo, A. M., Colle, L., Semerari, A., & Grimaldi, P. (2021). Metacognition Mediates the Relationship Between Maladaptive Personality Traits and Levels of Personality Functioning: A General Investigation on a Nonclinical Sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(5), 353–361.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N. K., Hall, K., & Lubman, D. I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 41(4), 363–373.
- Peper A. (2004). A theory of drug tolerance and dependence I: A conceptual analysis. *Journal of theoretical biology*, 229(4), 477–490.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*, 156(9), 1312-1321.
- Peterson, J. B., Rothfleisch, J., Zelazo, P. D., & Pihl, R. O. (1990). Acute alcohol intoxication and cognitive functioning. *Journal of studies on alcohol*, 51(2), 114–122.

- Pettigrew, S., Jongenelis, M. I., Pratt, I. S., Slevin, T., and Chikritzhs, T. (2017) Drinkers' identification with varying alcohol consumption prototypes. *Drug and Alcohol Review*, 36: 464–467.
- Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of affective disorders reports*, 3, 100051.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571–584.
- Potenza M. N. (2008). Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: An overview and new findings. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 363(1507), 3181–3189.
- Potenza M. N. (2017). Clinical neuropsychiatric considerations regarding nonsubstance or behavioral addictions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(3), 281–291.
- Potenza M. N., Koran, L. M., & Pallanti, S. (2009). The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: A current understanding and future research directions. *Psychiatry research*, 170(1), 22–31.
- Preuss, U. W., Johann, M., Fehr, C., Koller, G., Wodarz, N., Hesselbrock, V., Wong, W. M., & Soyka, M. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: Relationship with alcohol dependence severity. *European addiction research*, 15(4), 188–195.
- Preuss, U. W., Koller, G., Barnow, S., Eikmeier, M., & Soyka, M. (2006). Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: The role of personality disorders. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 30(5), 866–877.
- Raftery, D., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Ingram, I., Goh, M., Lubman, D. I., Carter, G., Turner, A., Dean, O. M., Sinclair, B. L., & McKetin, R. (2020). Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addictive behaviors*, 111, 106549.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders*, 136(3), 581-590.
- Rigliano P., (2004). Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia. Raffaello Cortina Editore
- Riso, L. P., & McBride, C. (2007). Introduction: A Return to a Focus on Cognitive Schemas.
- Riso, L.P., Froman, S.E., Raouf, M. et al. The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cogn Ther Res* 30, 515–529 (2006).

- Roper, L., Dickson, J.M., Tinwell, C. et al. Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program. *Cogn Ther Res* 34, 207–215 (2010).
- Sampedro-Piquero, P., Ladrón de Guevara-Miranda, D., Pavón, F. J., Serrano, A., Suárez, J., Rodríguez de Fonseca, F., Santín, L. J., & Castilla-Ortega, E. (2019). Neuroplastic and cognitive impairment in substance use disorders: A therapeutic potential of cognitive stimulation. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 106, 23–48.
- Samuel, D. B., & Bucher, M. A. (2017). Assessing the assessors: The feasibility and validity of clinicians as a source for personality disorder research. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(2), 104–112.
- Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(3), 237-250.
- Shah, K. R., Eisen, S. A., Xian, H., & Potenza, M. N. (2005). Genetic studies of pathological gambling: A review of methodology and analyses of data from the Vietnam Era Twin Registry. *Journal of gambling studies*, 21(2), 179–203.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current psychiatry reports*, 4(1), 25-29.
- Shmulewitz, D., Greene, E. R., & Hasin, D. (2015), Commonalities and differences across substance use disorders: Phenomenological and epidemiological aspects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1878-1900.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance use & misuse*, 47(1), 108–116.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011). Early Maladaptive Schemas in Substance Use Patients and their Intimate Partners: A Preliminary Investigation. *Addictive disorders & their treatment*, 10(4), 169–179.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of substance abuse treatment*, 42(3), 271–278.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 522–527.
- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review*, 22, 27–77.

- Sprague, D. J., & Vinson, D. C. (2017). Patient perceptions of risky drinking: Knowledge of daily and weekly low-risk guidelines and standard drink sizes. *Substance abuse*, 38(3), 253–256. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies. Results from the 2007 national survey on drug use and health: National findings. Rockville, MD: SAMHSA Office of Applied Studies; 2007.
- Sundag, J., Zens, C., Ascone, L., Thome, S., & Lincoln, T. M. (2018). Are Schemas Passed on? A Study on the Association Between Early Maladaptive Schemas in Parents and Their Offspring and the Putative Translating Mechanisms. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(6), 738–753.
- Swann, N. C., Cai, W., Conner, C. R., Pieters, T. A., Claffey, M. P., George, J. S., Aron, A. R., & Tandon, N. (2012). Roles for the pre-supplementary motor area and the right inferior frontal gyrus in stopping action: Electrophysiological responses and functional and structural connectivity. *NeuroImage*, 59(3), 2860–2870.
- Swendsen, J., & Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216, 73–85.
- Tabibnia, G., Monterosso, J. R., Baicy, K., Aron, A. R., Poldrack, R. A., Chakrapani, S., Lee, B., & London, E. D. (2011). Different forms of self-control share a neurocognitive substrate. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 31(13), 4805–4810.
- 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.
- Tariq, A., Quayle, E., Lawrie, S. M., Reid, C., & Chan, S. (2021). Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 295, 1462–1473.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: Comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 271–277.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590–596.
- Trull T. J. & Widiger T. A. (2013) Dimensional models of personality: The five-factor model and the DSM-5, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15:2, 135-146
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* (2005), 1(1), 355-380.

- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24(4), 412–426.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], (2021), Global overview of drug demand and drug supply, Booklet 2, World Drug Report, 19-32
- Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 425-431.
- van Holst, R. J., & Schilt, T. (2011). Drug-related decrease in neuropsychological functions of abstinent drug users. *Current drug abuse reviews*, 4(1), 42–56.
- 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.N. (2010). Self-Knowledge of Personality: Do People Know Themselves? *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 605-62
- Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2008). Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction. *Psychiatry research*, 158(2), 172–180.
- Verheul R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European psychiatry: The journal of the Association of European Psychiatrists*, 16(5), 274–282.
- Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712–725.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: the role of core beliefs. *The International journal of eating disorders*, 28(2), 235–241.
- Watson, D., Hubbard, B., & Wiese, D. (2000). Self–other agreement in personality and affectivity: The role of acquaintanceship, trait visibility, and assumed similarity. *Journal of personality and social psychology*, 78(3), 546.
- Wilson, Scott & Fertuck, Eric & Kwitel, Abbie & Stanley, Melissa & Stanley, Barbara. (2006). Impulsivity, suicidality and alcohol use disorders in adolescents and young adults with borderline personality disorder. *International journal of adolescent medicine and health*.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A., Singh, S., Wang A., 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.
- Wise R. A. (2008). Dopamine and reward: The anhedonia hypothesis 30 years on. *Neurotoxicity research*, 14(2-3), 169–183.

- Wittchen, H. U., Perkonig, A. and Reed, V. (1996) Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *European Addiction Research* 2, 36–47.
- World Health Organization (2019a) The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization, (2019), *International Classification of Diseases*, 11th ed. Revision (ICD-11).
- World Health Organization. (1994). *International Classification of Diseases*, 10th ed. (ICD-10)
- World Health Organization. 2008. Global burden of disease: 2004 update. Implementing Smoke-Free Environments. WHO Press. Geneva.
- World Health Organization. 2009. WHO report on the global tobacco epidemic. WHO Press. Geneva.
- World Health Organization. The world health report, 2001. Geneva: Author; 2001.
- Wrase, J., Schlagenhauf, F., Kienast, T., Wüstenberg, T., Birmphohl, F., Kahnt, T., Beck, A., Ströhle, A., Juckel, G., Knutson, B., & Heinz, A. (2007). Dysfunction of reward processing correlates with alcohol craving in detoxified alcoholics. *NeuroImage*, 35(2), 787–794.
- Wright, A. G., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological medicine*, 45(11), 2309–2319.
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 134–146.
- Yen, C. F., Hsiao, R. C., Chen, C. C., Lin, H. C., Yen, C. N., Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S. (2009). The role of insight to alcohol use disorders in insight to schizophrenia. *Compr.Psychiatry* 50, 58–62.
- Yiğit, İ., Kılıç, H., Guzey Yiğit, M., & Çelik, C. (2018). Emotional and physical maltreatment, early maladaptive schemas, and internalizing disorders in adolescents: A multi-group path model of clinical and non-clinical samples. *Current Psychology*, 40, 1356-1366.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 99, 104235.