



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea triennale in Scienze Psicologiche Cognitive e  
Psicobiologiche**

**Tesi di laurea triennale**

**L'accordo sè-altro nella valutazione dei tratti maladattivi di personalità nel  
Disturbo Borderline di Personalità: una rassegna della letteratura.**

**Self-other agreement in the assessment of maladaptive personality traits in Borderline  
Personality Disorder: a literature review.**

*Relatrice*

**Prof.ssa Gioia Bottesi**

*Laureando: Davide Stigol*

*Matricola: 2011814*

**Anno Accademico 2022/2023**

## Sommario

|  |    |
|--|----|
| INTRODUZIONE.....  | 3  |
| <br>   |    |
| CAPITOLO 1.....  | 4  |
| 1.1 Dal tratto maladattivo al disturbo di personalità.....                                       | 4  |
| 1.2 Classificazione secondo DSM-5 dei disturbi di personalità.....                               | 7  |
| 1.3 Disturbi del <i>Cluster B</i> .....  | 10 |
| <br>   |    |
| CAPITOLO 2.....  | 13 |
| 2.1 Eziologia.....   | 13 |
| 2.1.1 Gli stili di attaccamento e lo sviluppo del disturbo <i>borderline</i> di personalità..... | 15 |
| 2.2 Il trattamento secondo il modello dialettico-comportamentale di Marsha Linehan...            | 18 |
| <br>   |    |
| CAPITOLO 3.....  | 22 |
| 3.1 L'accordo sé-altro nella valutazione della personalità.....                                  | 22 |
| 3.2 L'accordo sé-altro e il disturbo di personalità <i>borderline</i> .....                      | 28 |
| <br>   |    |
| CAPITOLO 4.....  | 33 |
| <br>   |    |
| BIBLIOGRAFIA.....  | 38 |

## INTRODUZIONE

L'obiettivo del presente elaborato è passare in rassegna la letteratura riguardante i tratti maladattivi di personalità, l'accordo sé altro e il Disturbo Borderline di Personalità (BPD), evidenziando i risultati dei principali studi che hanno approfondito questi argomenti nel tentativo di evidenziarne una associazione. Approfondire i meccanismi sottostanti l'accordo sé-altro nel caso del BPD potrebbe risultare rilevante per la valutazione e il trattamento di questo disturbo, caratterizzato da un *deficit* nucleare riguardante il rapporto inter-personale.

Nel primo capitolo verrà introdotto il concetto di tratto maladattivo di personalità, per poi passare alla definizione del concetto di disturbo di personalità; in seguito, verrà presentata la classificazione dei disturbi di personalità secondo i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*) dei disturbi mentali, con un *focus* sui disturbi del *Cluster B*, la loro ereditabilità e le caratteristiche che li differenziano dagli altri *Cluster*.

Il secondo capitolo sarà focalizzato sul BPD, nello specifico verranno approfonditi i principali modelli eziologici accompagnati dai principali studi che ne hanno confermato la validità; la seconda parte di questo capitolo sarà dedicata all'esposizione di studi specifici sul ruolo che lo stile di attaccamento ha come predittore del BPD, partendo dalla teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1969) fino ad arrivare a studi più recenti. L'ultima parte del capitolo approfondirà il tema del trattamento del BPD secondo il modello dialettico-comportamentale (Linehan, 1993), evidenziandone l'efficacia e le possibili modalità di somministrazione.

Nel terzo capitolo sarà introdotto il concetto dell'accordo sé-altro, il suo ruolo nella valutazione della personalità e i principali studi che ne hanno indagato i cambiamenti in relazione alla variabilità di alcuni tratti di personalità; in accordo con quanto presentato nella prima parte, la seconda approfondirà il tema dell'accordo sé-altro nel caso specifico del BPD, evidenziando le principali ipotesi esplicative riguardanti l'associazione tra disturbo e grado di accordo.

Nel capitolo conclusivo verrà ripreso brevemente quanto esposto nei capitoli precedenti riguardo alla relazione tra BPD e accordo sé-altro, mettendo in luce le limitazioni della letteratura sull'argomento; in seguito, verrà presentata una riflessione rispetto alle implicazioni che l'argomento trattato può avere sulla pratica clinica, oltre a proporre alcuni spunti per gli studi futuri che potrebbero approfondire quanto esposto in questo elaborato.

## CAPITOLO 1

### TRATTI MALADATTIVI E DISTURBI DI PERSONALITÀ

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5, DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013*) il disturbo di personalità (DP) può essere definito come un *pattern* costante di esperienza interiore, insieme ai suoi correlati comportamentali, che risulta deviante rispetto alle norme culturali individuali. Il DP è inoltre pervasivo e rigido.

Spostando l'attenzione dalla macro-dimensione del DP e rivolgendola ai suoi sotto-domini, i tratti di personalità vengono invece definiti come “*pattern* costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di sé stessi” (APA, 2013, pag. 749) dei quali i correlati comportamentali descrivono l'interazione tra l'individuo e i contesti sociali e personali in cui è inserito. Inoltre la personalità influenza tutti i domini della vita personale, dalla scelta lavorativa alla varietà dei rapporti sociali, sino alle strategie di *problem solving* utilizzate quotidianamente, come anche la volontà di infrangere o meno le regole in determinati contesti (Ozer & Benet-Martinez, 2006).

#### 1.1 Dal tratto maladattivo al disturbo di personalità

I DP sono caratterizzati dall'inesistenza nell'individuo di un'identità funzionale adatta a costruire relazioni profonde (Kring et al., 2017), per questo motivo si potrebbe dire che il DP come tale risulta un ostacolo rilevante al rapporto con “l'altro da sé”. Tornando ai tratti di personalità, la loro rigidità, inflessibilità ed estremizzazione, risultano essere le cause intrinseche del DP; questo rapporto causa-effetto vale per tutte e 10 le tipologie di DP definite all'interno del DSM-5, approfondite all'interno del capitolo 1.2 di questo elaborato.

Un DP diviene diagnosticabile nel momento in cui i tratti di personalità diventano rigidi, disadattivi e causano compromissione o disagio soggettivo (APA, 2013); per questo motivo non è così frequente che una persona presenti un DP (APA, 2013). È più frequente, infatti, che i pazienti presentino importanti tratti disfunzionali riconducibili a una struttura di personalità maladattiva; in alternativa ai singoli tratti, nei pazienti con DP si evidenzia una combinazione di diversi tra questi tratti maladattivi, tra i quali è possibile definire un tratto preponderante sugli altri, sul quale si andrà a impostare il programma terapeutico (Selvini & Sorrentino, 2004).

I modelli dimensionali che descrivono i DP derivano dalle dimensioni biologiche di temperamento (Cloninger et al., 1994) e sono utili a fornire valutazioni quantitative più affidabili tra valutatori diversi e tra valutazioni seriate nel tempo (Manna, 2012). Questi modelli spiegano meglio l'eterogeneità dei sintomi e l'assenza di confini definiti tra i disturbi dal momento che le informazioni sui tratti maladattivi sotto-soglia e sui sintomi vengono conservate nei modelli dimensionali, il che risulta un fattore molto rilevante in ambito clinico (Manna, 2012). I principali modelli dimensionali di personalità sono tre: il modello psicobiologico del temperamento e del carattere a 7 fattori di Cloninger (1993), il modello a 18 fattori della patologia di personalità (*Dimensional Assessment of Personality Pathology*, DAPP, 2006), il modello a 5 fattori (*Five Factor Model*, FFM, 1992) (Manna, 2012). Le analogie presenti tra i modelli dimensionali consentono di ipotizzare che abbiano una base comune dalla quale partire per costruire un modello integrativo, il quale possa includere anche i tratti adattivi, per facilitare la descrizione complessiva della struttura di personalità del paziente, comprensiva appunto dei tratti adattivi e maladattivi dello stesso (Widiger & Simonsen, 2005). Tra i modelli sopra elencati, il FFM prevede un'organizzazione gerarchica dei tratti di personalità secondo 5 dimensioni di base: nevroticismo, estroversione, apertura all'esperienza, gradevolezza e coscienziosità; questo modello raccoglie la gran parte delle caratteristiche relative la personalità individuale, utilizzando un *set* conciso di tratti dimensionali (McCrae & John, 1992).

Per questi motivi, l'analisi dei tratti maladattivi di personalità e del loro legame con la manifestazione di un DP è coerente con l'inserimento nel DSM-5 di un modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità (*Alternative Model of Personality Disorder*, AMPD; APA, 2013); l'integrazione di questo modello alternativo è stata proposta in seguito alle evidenze portate relativamente ai problemi del precedente modello categoriale (Clark, 2007; Skodol, 2012), come ad esempio le lacune presenti a proposito della descrizione dei DP, confermate dall'alto tasso di DP "non altrimenti specificato" (NAS) nella pratica clinica (Manna, 2012). Il modello AMPD presenta due criteri: il criterio A, la cui definizione si basa sul grado di funzionamento della personalità dell'individuo; il criterio B, basato sui tratti maladattivi e sulla loro definizione come variante maladattiva dei tratti non patologici definiti dal FFM (McCrae & Costa, 1990), cioè il modello dimensionale predominante per la descrizione generale della personalità. Ognuno dei domini del FFM presenta due poli opposti che definiscono un *continuum*, lungo il quale si colloca il tratto indagato nel paziente soggetto alla misurazione. Se collocati in questo *continuum*, i tratti maladattivi di personalità corrispondono ai punteggi estremi, più vicini ai poli definenti i 5 domini. Di conseguenza, da un punto di vista statistico, ai tratti maladattivi corrispondono i punteggi estremi della distribuzione normale dei punteggi relativi ai 5 domini del FFM, il che fornisce una

dimostrazione statistica della validità del modello dimensionale, opportunamente inserito all'interno della sezione III del DSM-5 (Suzuki et al., 2015).

Lo studio pubblicato da Morey (2020) e collaboratori ha portato a delle importanti evidenze riguardanti il rapporto tra disfunzione di personalità e tratto maladattivo. In questo studio sono stati coinvolti 3 campioni non clinici composti rispettivamente da 178, 307 e 1008 individui; a tutti i partecipanti è stato somministrato il *Level of Personality Functioning Scale-Self Report* (LPFS-SR; Morey, 2017). I risultati dello studio hanno evidenziato che la disfunzione di personalità, all'origine del DP, era correlata ai tratti maladattivi indipendentemente dalla loro associazione o meno con tratti adattivi/normali; da ciò si può dedurre che dai tratti maladattivi derivi la disfunzione di personalità. L'analisi del funzionamento complessivo della personalità indipendentemente dai singoli tratti, ha dimostrato che i domini dei tratti maladattivi si presentavano come altamente correlati al DP; di conseguenza i tratti si sono rivelati uno strumento decisamente utile in ambito clinico, oltre che in ambito di ricerca, per distinguere i tratti maladattivi dal funzionamento maladattivo complessivo di personalità (Hopwood et al., 2011).

Lo studio dei tratti maladattivi di personalità è risultato molto utile anche nell'ambito della psicopatologia adolescenziale: infatti, alcuni tratti specifici sono risultati predittori di disturbi internalizzanti, come i disturbi d'ansia nel caso specifico dei tratti Nevroticismo ed Estroversione (Kagan et al., 1994); invece Nevroticismo e Coscienziosità hanno assunto valore predittivo per quanto riguardava i disturbi esternalizzanti, come i disturbi legati all'uso di sostanze, e i problemi della condotta (Lynam et al., 2000; Cloninger et al., 1988); di conseguenza si evince che il tratto maladattivo di personalità risulti un fattore rilevante ai fini clinici, nonostante non sia sufficiente alla diagnosi di un DP secondo le linee dell'AMPD.

L'introduzione dei criteri A e B dell'AMPD ha evidenziato l'importanza del considerare come predittore valido sia il problema funzionale globale del DP, sia la presenza dei *pattern* di tratti maladattivi di personalità combinati tra loro. A tal proposito, il *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012) rappresenta uno strumento in grado di verificare il criterio B dell'AMPD, contribuendo alla valutazione del paziente riguardo alla presenza e alla gravità dei diversi tratti maladattivi di personalità. Studi condotti su gruppi clinici e non clinici hanno confermato la validità dell'AMPD, dimostrando che il PID-5 è in grado di misurare adeguatamente il grado di disfunzione relativamente alla personalità del paziente, predicendo la tendenza dei tratti specifici a diventare maladattivi nel tempo (Keeley et al., 2014). Oltre alla funzione predittiva dei tratti, questi possono essere utilizzati come strumento per la valutazione della gravità del DP, in seguito alla sua diagnosi, e delle sue caratteristiche specifiche legate all'individuo, motivo per il

quale la valutazione basata sui tratti risulta indispensabile per una maggiore comprensione del DP (Boland et al., 2018).

## 1.2 Classificazione secondo DSM-5 dei disturbi di personalità

Nella sezione II del DSM-5 i DP sono divisi in 3 gruppi (*cluster*), per un totale di 10 disturbi; ogni gruppo è caratterizzato da *pattern* comportamentali differenziati. L'incidenza di questa tipologia di disturbi è più alta rispetto alle altre psicopatologie presenti nel DSM-5, infatti corrisponde circa al 10% (Sansone & Sansone, 2011).

I 3 *cluster* sono:

- *Cluster A*: comportamenti insoliti/eccentrici
- *Cluster B*: comportamenti drammatici/instabili
- *Cluster C*: comportamenti di ansia/paura

I disturbi del *cluster A* sono stati definiti in breve come:

- DP paranoide (DPP): presenta sfiducia e sospettosità; le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole; presenta inoltre aspettativa di essere trattati male/sfruttati dagli altri; il conflitto genera paranoia nel paziente con questo disturbo.
- DP schizoide (DSP): prevede distacco dalle relazioni sociali e una espressività emozionale ristretta; è correlato ad una tendenza a leggere significati nascosti nelle azioni benevole altrui ed al portare estremo rancore per torti percepiti.
- DP schizotipico (DSTP): si manifesta con disagio acuto nelle relazioni affettive, percezione e cognizione distorta ed eccentricità comportamentale; è correlato a esperienze percettive insolite, pensiero ed eloquio bizzarri, sospettosità e ideazione paranoide (APA, 2013).

Nel *cluster B*:

- DP antisociale (DAsP): è caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri; è correlato ad aggressività, impulsività e insensibilità, totale assenza di rimorso; prevede che non venga dato valore alcuno alla verità.
- DP *borderline* (DBP): include instabilità nelle relazioni interpersonali, nella percezione di sé, impulsività e instabilità nell'umore; caratterizzato da mancato sviluppo di un senso di sé chiaro e coerente.
- DP istrionico (DIP): comprende *pattern* con emotività eccessiva, principalmente drammatica, e ricerca di attenzione altrui; caratterizzato da manifestazione emozionale eccessiva, ma emotività superficiale.

- DP narcisistico (DNP): caratterizzato da grandiosità, bisogno di essere ammirati ed assenza di empatia; prevede arroganza accompagnata da sentimenti di invidia, tendenza ad approfittarsi degli altri e convinzione di godere di permessi speciali rispetto alle altre persone (APA, 2013).

Nel *cluster C*:

- DP evitante (DEP): caratterizzato da inibizione sociale, sensazione di inadeguatezza, 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).

Tra i disturbi del Cluster A il DSTP ha l'incidenza maggiore, corrispondente a circa il 3-4% nella popolazione generale (APA, 2000). Ci sono diverse evidenze relative alla correlazione tra insorgenza del DSTP durante l'adolescenza e stress psicosociale, nello specifico dovuto all'esposizione a eventi stressanti (Tessner et al. 2009) e ad una maggiore predisposizione ad allontanarsi dalla figura materna (Anglin et al. 2008). In relazione a questi studi si può ipotizzare che l'eccessiva secrezione di cortisolo osservata negli adolescenti con DSTP sia una conseguenza diretta dell'esposizione costante a eventi stressanti (Esterberg et al., 2010). Un ulteriore dato interessante relativo al DSTP è il tasso di correlazione che questo presenta, se insorto in adolescenza, con l'insorgenza di un disturbo psicotico in età adulta (Esterberg et al., 2010); in effetti, in uno studio fatto su un campione clinico di individui di età compresa tra i 10 e i 16 anni, inizialmente con diagnosi di DSTP, i tassi relativi alla presenza di uno spettro schizofrenico, gderivati dal *follow-up*, si aggiravano intorno a valori compresi tra 75% e 92% (Asarnow; 2005).

Per quanto riguarda il *Cluster C*, caratterizzato da ansia e paura, è stato osservato che alti punteggi al *Personality Disorder Interview-IV* (PDI-IV, Widiger, Mangine et al., 1995), correlano con alti punteggi in relazione alla vergogna, misurata tramite *Shame-Aversive Reactions Questionnaire* (ShARQ; Schoenleber & Berenbaum, 2010); i pazienti con sintomi riconducibili al *Cluster C* sembrano essere maggiormente predisposti a provare vergogna e a descriverla come aversiva e spiacevole; inoltre la propensione alla vergogna riflette una percezione del sé come inadeguato e incompetente in particolari situazioni, alimentando il circolo vizioso di ansia e paura alla base dei disturbi di questo *Cluster* (Schoenleber & Berenbaum, 2010).



I disturbi del *Cluster B*, soprattutto i DP *boderline* e antisociale, presentano un alto livello di correlazione con la dipendenza da cocaina e allo stesso modo le persone con dipendenza da cocaina presentano un rischio maggiore di sviluppare un DP appartenente al *Cluster B* (Chen et al., 2011); in questi casi il DP influisce sia sulla gravità della dipendenza sia sui risultati del trattamento, amplificando i *deficit* a carico delle funzioni cognitive (Albein-Urios et al., 2014). Alla base di questa correlazione c'è lo stretto legame tra il funzionamento socio-cognitivo, compromesso nei disturbi del *Cluster B*, e lo sviluppo e decorso dei disturbi da uso di sostanze (Quednow et al., 2014); a tal proposito è stato dimostrato che un incremento del livello di empatia è correlato a un decremento dell'utilizzo della sostanza e viceversa, allo stesso modo in cui la copresenza di sintomi relativi a DP del *cluster B* diminuisce nei partecipanti *decreasers* (cioè che diminuiscono l'utilizzo della sostanza) in un certo periodo rispetto ai partecipanti *increasers* (coloro che aumentano l'utilizzo della sostanza) che invece presentavano livelli stabili rispetto alla gravità dei sintomi (Vonmoos et al., 2019).

All'interno del DSM-5 i DP vengono presentati nelle sezioni II e III; nella sezione II sono presenti gli aggiornamenti del testo secondo gli stessi criteri che si trovano nel DSM-IV-TR, mentre all'interno della sezione III è presentato il nuovo modello di ricerca, introdotto dal *Personality and Personality Disorders Work Group* del DSM-5, per la diagnosi e la categorizzazione del DP (APA, 2013).

L'approccio diagnostico presente nell'ultima versione del DSM, quindi, segue sia la prospettiva categoriale, la quale prevede che i DP presentino tra loro differenze significative a livello qualitativo, sia un approccio dimensionale, secondo il quale invece i DP sarebbero l'alternativa maladattiva e disfunzionale di tratti di personalità normali (APA, 2013). L'approccio categoriale ha mantenuto la sua unicità nel DSM fino alla sua quarta edizione, assumendo che i DP fossero differenziati tra loro e che fossero diagnosticabili secondo un criterio binario (assenza/presenza del disturbo). Di conseguenza nel DSM-IV-TR (APA, 2000) i DP sono stati considerati come strutture rigide e pervasive, generalizzabili all'intero funzionamento di personalità dell'individuo, distinti in 10 categorie politetiche; in questo caso la diagnosi veniva formulata secondo la presenza o meno di determinati *item*, relativi i sintomi di ogni disturbo, dei quali almeno 5 dovevano essere presenti (Trull & Durett, 2005).

L'utilizzo del PID-5 ha contribuito significativamente all'aggiornamento del DSM alla sua quinta edizione, essendo un questionario *self-report* strutturato e progettato *ad hoc* per la categorizzazione dei DP nell'AMPD. Le proprietà psicometriche del PID-5 sono state analizzate e approfondite, a seguito del suo utilizzo nel DSM-5, arrivando alla conclusione che il questionario presenta

caratteristiche appropriate, oltre ad avere un alto grado di accordo con gli strumenti utilizzati precedentemente per l'analisi dei costrutti personalità; inoltre è risultato essere associato a costrutti clinici ampiamente studiati e concettualizzati (Al-Dajani et al., 2015). Il modello AMPD è stato introdotto per dare soluzione ai problemi, posti dall'approccio tradizionale, riguardanti la diagnosi dei DP; all'interno di questo modello sono state ridotte le categorie dei DP, introducendo le dimensioni dei tratti di personalità come criterio utile per definire la diagnosi. Questo modello alternativo comprende 6 dei 10 DP definiti dal modello categoriale precedente; la diagnosi è basata sui tratti e il criterio B prevede la valutazione di 5 domini dei tratti di personalità e 25 sfaccettature più specifiche degli stessi (Kring et al., 2017). Il modello AMPD è risultato più accurato rispetto ai modelli categoriali e più preciso nel predire l'insorgenza dei DP sulla base dei sintomi; inoltre, si è dimostrato il più appropriato per l'identificazione dei disturbi a base ansiosa e per il DP *borderline* (Haslam, 2003).

I diversi modelli di tipo dimensionale hanno molteplici punti in comune e, se integrati tra loro, risultano molto utili dal punto di vista clinico, nonostante la loro relazione con le categorie diagnostiche dei DP e con i vari aspetti della disfunzione siano tuttora in corso di studio (APA, 2013).

### **1.3 Disturbi del *Cluster B***

I tassi di prevalenza dei singoli disturbi appartenenti al *Cluster B* sono le seguenti: 0,7-3,6% per il DAsP; 0,7-5,9% per il BPD; 2% per il DIP; 0,8-6,2% per il DNP (Cailhol et al., 2012).

L'aspettativa di vita di un individuo con diagnosi di DP appartenente a *Cluster B* è più bassa di 9-13 anni rispetto a quella della popolazione generale; inoltre il suicidio risulta la causa di morte principale per questi individui, dato al quale contribuiscono principalmente le frequenze di suicidio relative a DNP e BPD (Cailhol et al., 2012).

L'ereditabilità dei DP appartenenti al *Cluster B* è stata studiata da Torgersen e collaboratori (2012) in un gruppo di 2794 gemelli selezionati da un primo campione di 15370 gemelli di origine norvegese. Ai partecipanti sono stati somministrati un questionario e un'intervista, rispettivamente il *Dysfunctional Personality Questionnaire* (DFPQ; Torgersen et al., 1980) e la versione norvegese della *Structured Interview for DSM-IV Personality* (Pfohl et al., 1995). I risultati hanno dimostrato che l'ereditabilità di questa categoria di disturbi risultava essere ampiamente confermata dai tassi di correlazione tra i gemelli, relativi a determinati tratti maladattivi di personalità, a differenza di studi precedenti in cui i risultati sono stati relativamente meno significativi; (Kendler et al., 2008;

Torgersen et al., 2000). La minor significatività dei precedenti risultati è stata ricollegata ai *bias* degli intervistatori, come ad esempio l'abilità di stabilire il rapporto con i gemelli durante l'intervista. I risultati dello studio di Torgersen e collaboratori (2012) hanno evidenziato percentuali di ereditabilità corrispondenti al 69% per il DAsP, 67% per il BPD, 71% per il DNP e 63% per il DIP.

Un elemento caratterizzante i DP appartenenti al *Cluster B* è l'impulsività; per esempio, il DAsP è frequentemente correlato a *deficit* nell'inibizione della risposta, comportando minore capacità di controllare la messa in atto di comportamenti disadattivi (Turner et al., 2017). Per quanto riguarda invece il BPD, il livello di impulsività è maggiore o minore in base al livello di *stress*, mentre livelli moderati di stress non influenzano la *performance* e il comportamento (Turner et al., 2017).

L'impulsività, insieme ad altri fattori come l'età avanzata, un umore depresso e un alto livello di istruzione, si è dimostrata essere un elemento critico nell'aumentare la probabilità dell'insorgenza di comportamenti suicidari, in particolare nei pazienti con BPD (Paris et al., 1989). In particolare i pazienti con BPD possono rappresentare dal 9% al 33% dei suicidi totali nella popolazione clinica (Runeson et al., 1991), mentre nel caso DAsP è difficile definire una percentuale precisa che indichi la probabilità di tentare un suicidio (Pompili et al., 2004): in questo caso, il suicidio sembra frequentemente rappresentare un gesto puramente strumentale e finalizzato ad attirare l'attenzione di un'altra persona protagonista di una relazione significativa per l'individuo; per questo motivo, il 63% dei tentativi di suicidio è in realtà privo di volontà nel finalizzare l'atto (Garvey & Spoden, 1980).

In merito al rapporto con il proprio *partner* può essere preso in considerazione il parametro dell'*Intimate Partner Violence* (IPV) che include sia la violenza psicologica nei confronti del partner sia la violenza fisica e sessuale, correlati comportamentali frequenti nei DP appartenenti al *Cluster B* (Sesar et al., 2018), in particolare BPD e DAsP. Nonostante tale associazione sussista in entrambi i DP, questi presentano una differenza importante: nel caso del BPD, la IPV sarebbe di tipo reattivo, dovuta ad una fragilità emozionale caratterizzante questo DP (Armenti & Babcock, 2021); nel caso del DAsP, invece, vi sarebbe un maggiore livello di IPV con finalità sia reattiva sia proattiva premeditata e strumentale (Ross & Babcock, 2009). Il DIP e il DNP presentano una significativa tendenza a IPV indiretta, cioè dovuta alla predisposizione a IPV di altri disturbi con cui questi si presentano in comorbidità (Esbec & Echeburua, 2010; Lowenstein et al., 2016).

In merito alla violenza, categorizzabile come correlato comportamentale, verso il proprio *partner*, quindi rivolta ad un legame affettivo stretto del paziente, si inserisce la relazione significativa tra diagnosi di DP appartenente a *Cluster B* e disturbo da uso di sostanze, in particolare l'alcol. Diversi

studi hanno portato evidenze relative all'associazione tra uso e abuso di alcol e diagnosi di DP appartenente al *Cluster B* (e.g, Hasin et al., 2007, 2011): individui con questo tipo di disturbi si caratterizzano per una regolazione disfunzionale delle emozioni negative, la quale comporterebbe l'utilizzo dell'alcol come meccanismo di *coping* (Brem et al., 2017). L'uso di alcol, a sua volta, faciliterebbe la messa in moto di comportamenti violenti che includono anche quelli nei confronti del proprio *partner*.

## CAPITOLO 2

### DISTURBO DI PERSONALITÀ *BORDERLINE*

Nel 1938 Stern è stato il primo studioso a definire e identificare il BPD, posizionandolo sul confine (da qui “*border*”) tra la psicosi e la nevrosi (Stone, 2022). Secondo il DSM-5, questo disturbo può essere definito come un *pattern* pervasivo e persistente di instabilità relazionale e interpersonale, accompagnato da impulsività e difficoltà nel mantenere legami affettivi (APA, 2013). I sintomi del BPD possono essere suddivisi in 3 categorie: legami affettivi e di parentela instabili, disregolazione comportamentale, disregolazione affettiva (Sanislow et al., 2002).

#### 2.1 Eziologia

Per quanto riguarda l’eziologia del BPD molti ricercatori hanno tentato di fornire una spiegazione; tra questi tentativi i due modelli di maggior impatto e validità all’interno della ricerca sono stati il *Tripartite Model of the Development of BPD* (Zanarini & Frankenburg, 1994, 1997, 2007) e il Modello dello Sviluppo Biosociale di Linehan (1933, 1993, 1997) successivamente implementato da Crowell (2009). Il *Tripartite Model* segue il modello diatesi-*stress*, il che significa che più il temperamento di una persona è vulnerabile, minore sarà la quantità di stress necessario per portare all’insorgenza del BPD (Zubin et al., 1992).

Secondo il modello di Frankenburg e Zanarini (1994) il primo fattore impattante per l’insorgenza del BPD è il vissuto di un’infanzia traumatica, declinata nelle diverse sfumature del trauma che è stato definito come una forma di abuso o trascuratezza dal punto di vista sessuale, fisico, emozionale o verbale. Gli eventi traumatici possono essere organizzati in 3 categorie, dove la prima categoria è quella di gravità minore e la terza quella di gravità maggiore; tuttavia bisogna considerare che la definizione di trauma utilizzata da Frankenburg e Zanarini differisce da quella attuale, secondo cui il trauma corrisponde all’esperire, essere testimoni o essere ripetutamente esposti direttamente o indirettamente a minacce di morte o aggressione sessuale (Krupnik, 2019). A conferma delle ipotesi su cui si basa il *Tripartite Model*, studi recenti hanno evidenziato che l’abuso infantile e l’abbandono sono presenti in un *range* del 30-90% di individui con BPD (Cattane et al., 2017); inoltre il 93% di individui con diagnosi di BPD riportavano almeno un episodio di abbandono o abuso infantile, percentuale maggiore rispetto al 73% di pazienti con altri DP che riportavano gli stessi episodi (Ball & Links, 2009).

Il secondo fattore rilevante nell’eziologia *borderline* sarebbe il temperamento iperbolico o “temperamento vulnerabile”, dovuto all’utilizzo di strategie di *coping* maladattive adottate per

affrontare forti emozioni negative (Stone, 2022); per questo motivo le persone con BPD svilupperebbero un' "ipocondria emozionale" (Zanarini & Frankenburg, 1994) che consiste nella trasformazione di un intenso dolore emozionale in *pattern* di comportamenti finalizzati ad attirare l'attenzione su di sé; questi comportamenti sarebbero finalizzati ad evidenziare ed esternare l'intensità del dolore, comportando lo sviluppo di un temperamento iperbolico.

Il terzo fattore, inserito all'interno di questo modello, è rappresentato dal verificarsi di una serie di eventi, oppure di un singolo evento particolarmente rilevante, che abbiano o abbia avuto il ruolo di *trigger* per l'insorgenza del disturbo; gli eventi che possono essere definiti come *trigger* sono tutti gli avvenimenti che contribuiscono all'insorgenza del BPD, come per esempio l'inizio di un nuovo lavoro o il cambiamento della propria casa, seguiti dall'insorgenza dei sintomi caratteristici del disturbo che permettono di categorizzarlo come clinico (Stone, 2022). Secondo Zanarini e Frankenburg (1994) l'evento *trigger* farebbe "da ponte tra la forte disforia e frustrazione, dovuta allo *stress* ambientale dell'infanzia, e il temperamento iperbolico" (pag.5).

La teoria biosociale di Linehan relativa allo sviluppo del BPD ha avuto grande rilevanza nella comprensione dell'eziologia del disturbo e dei meccanismi su cui si basa il trattamento psicologico e si fonda sull'auto-analisi della ricercatrice stessa, la quale soffre di BPD, e di altri pazienti con la medesima diagnosi. Secondo la teoria biosociale il BPD è principalmente un disturbo di disregolazione emozionale, che influenza ogni aspetto delle risposte emozionali, causata sia da vulnerabilità individuali sia da influenze ambientali specifiche (Crowell et al., 2009). La conseguenza di questa disregolazione emozionale comporta che individui con BPD siano caratterizzati da elevata sensibilità emozionale, incapacità di regolare le risposte emozionali e lentezza nel tornare al livello emozionale di *baseline*. Inoltre Marsha Linehan ipotizzò che lo sviluppo del BPD derivasse da un contesto, nel periodo infantile, invalidante per l'individuo, caratterizzato da un'intolleranza generalizzata verso l'espressione delle esperienze emozionali, in particolare quelle non supportate da argomentazioni ed eventi osservabili; un contesto di questo tipo trasmetterebbe implicitamente al bambino che le manifestazioni emozionali non sono accettate e devono essere affrontate autonomamente senza il supporto di una figura adulta (Crowell et al., 2009).

Nonostante il risalto della teoria di Marsha Linehan gli studi che ne hanno fornito un supporto empirico sono relativamente pochi (Reeves et al., 2010). In uno studio condotto su un gruppo di studenti universitari svolto da Cheavens e collaboratori (2005) i risultati hanno evidenziato che la tendenza a regolare le emozioni attraverso la strategia disfunzionale della soppressione del pensiero contribuiva a spiegare la relazione tra la vulnerabilità emozionale e la presenza di sintomi

riconducibili al BPD. Uno studio simile, svolto da Rosenthal e collaboratori (2005) su un campione di 127 studenti universitari, ha riportato che l'affettività negativa di tratto era un predittore della sintomatologia relata al BPD con significatività maggiore rispetto alla presenza di un'esperienza passata di abuso infantile *self-report*; questi risultati si allontanerebbero da quanto teorizzato dalla Linehan che considerava l'abuso un evento molto invalidante se la vittima non era libera di esprimersi emotivamente. Lo studio di Rosenthal e collaboratori prevedeva che i partecipanti completassero una serie di questionari *self-report* seguiti dalla *Structured Clinical Interview-II* (SCID-II; First et al., 1997); invece i partecipanti allo studio di Cheavens e collaboratori sono stati sottoposti al *Childhood Trauma Questionnaire – Sexual Abuse Scale* ; Bernstein & Fink, 1998) e alla SCID-II.

Nonostante gli studi svolti abbiano confermato parzialmente la teoria biosociale, questi presentano una serie di limitazioni come le dimensioni campionarie ridotte e i bassi livelli di verifica della validità interna di ogni studio (Reeves et al., 2010). L'obiettivo dello studio di Reeves e collaboratori (2010) è stato quello di misurare la validità del principale corollario del modello biosociale: il nesso causale tra disregolazione e vulnerabilità emozionale e i sintomi del BPD. Le partecipanti allo studio erano 1044 donne di età compresa tra i 17 e i 46 anni. Gli strumenti di auto-valutazione somministrati erano: il *General Emotional Dysregulation Measure* (GEDM; Newhill et al., 2004) per valutare la vulnerabilità emozionale; la *Socialization of Emotion Scale* (SES; Krause et al., 2003) con 72 *item*, 12 scenari differenti e 6 potenziali risposte ad ogni scenario, per valutare il ricordo delle partecipanti relativo alla capacità dei genitori di rispondere alle loro manifestazioni emozionali durante l'età infantile; la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004) con 36 *item* per la misurazione della disregolazione emozionale; il *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Questionnaire* (SCID-II-Q; Spitzer et al., 1990) per valutare i sintomi auto-riferiti dalle partecipanti relativamente a BPD, DIP e DNP; il *Multidimensional Personality Questionnaire-Brief Form* (MPQ-BF; Patrick et al., 2002), per valutare l'emozionalità negativa e la costrizione emozionale nelle partecipanti. I risultati hanno mostrato, in accordo con l'ipotesi iniziale, che la vulnerabilità e la disregolazione emozionale erano importanti predittori di sintomi riconducibili a BPD, anche quando le variabili inserite sono emozione negativa e costrizione emozionale; la presenza di un'esperienza passata di *deficit* emozionale, invece, non risulta essere un fattore centrale nell'eziologia *borderline*, al contrario di quanto ipotizzato dalla Linehan, ma risulterebbe imprudente considerare questo *deficit* come alieno alla sintomatologia *borderline* (Reeves et al., 2010).

### **2.1.1 Gli stili di attaccamento e lo sviluppo del disturbo *borderline* di personalità**

La teoria dell'attaccamento, sviluppata da John Bowlby nel 1969, si basa sul ruolo centrale della reciprocità delle relazioni sociali che si sviluppano durante il periodo infantile e che rappresentano un prerequisito fondamentale per il normale sviluppo della persona; per reciprocità delle relazioni si intende il meccanismo relazionale primario per cui la messa in atto di comportamenti di attaccamento da parte del bambino viene corrisposta dalla figura adulta, i cui comportamenti di attaccamento rientrano nei segnali ambientali del mondo dell'infante (Fonagy et al., 2000). Secondo la teoria di Bowlby il legame affettivo presente tra il bambino e il *caregiver* avrebbe delle conseguenze rilevanti sulla percezione del sé del bambino e sullo sviluppo dei suoi rapporti sociali dal momento che, in linea con la prospettiva biologica, il bambino "sfrutta" i meccanismi di funzionamento maturi dei genitori per organizzare i propri, aumentando la possibilità di sopravvivere (Levy, 2005). Bowlby nel 1973 ha inoltre introdotto, all'interno della teoria dell'attaccamento, i "modelli operativi interni" (MOI), corrispondenti a rappresentazioni mentali o schemi cognitivo-affettivi che riflettono il rapporto instaurato con la figura di attaccamento e costituiscono la base su cui l'individuo costruisce le aspettative sui propri rapporti personali; per questo motivo i MOI sarebbero centrali nello sviluppo dell'organizzazione di personalità dell'individuo e delle sue relazioni future, all'interno delle quali questi schemi verrebbero utilizzati come delle euristiche (Bowlby, 1973).

Bowlby (1973) per primo ha ipotizzato che le difficoltà nell'attaccamento del bambino potessero aumentare la vulnerabilità a sviluppare psicopatologie e che lo stile di attaccamento potesse risultare uno strumento utile a identificare nello specifico alcune psicopatologie dello sviluppo tra quelle a maggiore rischio di insorgenza.

Successivamente Mary Ainsworth (1978) grazie agli studi eseguiti utilizzando il metodo della "*Strange Situation*", è riuscita a categorizzare gli stili di attaccamento del bambino con il *caregiver* (in questo caso la madre) in 3 tipologie: sicuro, evitante e ansioso-ambivalente. In tutti e tre i casi il bambino è "attaccato" alla madre; quindi, manifesta dei comportamenti di attaccamento rivolti al *caregiver*, ma gli stili di attaccamento differiscono per sfumature individuali, relative alla qualità dell'attaccamento, che possono essere misurate in modo affidabile (Levy, 2005). In un secondo momento, è stata identificata una quarta tipologia di attaccamento definita come "disorganizzato-disorientato" (Ainsworth & Eichberg, 1991); questo stile non viene tuttavia utilizzato come categoria a sé stante, infatti viene definito come una sfumatura degli altri tre funzionamenti presente nel momento in cui uno di questi è deficitario. La definizione dei tre stili di attaccamento della Ainsworth è risultata fondamentale per lo sviluppo dell'*Adult Attachment Interview* (AAI), un'intervista semi-strutturata utile per la valutazione di alcuni aspetti dei MOI negli adulti (Main et



al., 1985). La AAI è stata creata *ad hoc* per evidenziare i pensieri, le emozioni e i ricordi relativi alle esperienze passate con le figure di attaccamento e per valutare come sono state percepite dall'individuo le prime relazioni di attaccamento vissute (George et al., 1985). L'utilizzo della AAI ha permesso di approfondire lo stile di attaccamento nell'età adulta, dimostrando che in questo caso l'attaccamento, come nel caso dell'età infantile, può essere definito correttamente secondo quattro categorie: sicuro/autonomo, preoccupato, distanziante, irrisolto; di queste categorie le prime tre corrispondono agli stili di attaccamento individuati dalla Ainsworth (1978) mentre lo stile di attaccamento irrisolto corrisponde al *pattern* disorganizzato-disorientato aggiunto in seguito per individuare quei bambini con storie di abuso o abbandono rimaste irrisolte (Hesse & Main, 2000).

Per approfondire la relazione tra stile di attaccamento e BPD, lo studio, svolto da Stalker e Davies (1995) su un campione clinico di 40 donne con una storia di abuso sessuale, ha indagato l'associazione tra stile di attaccamento, funzionamento psicosociale attuale e presenza di una diagnosi di DP; i risultati dello studio hanno evidenziato che il 62% delle donne con una diagnosi di BPD presentava uno stile di attaccamento preoccupato e che il 38% era invece distanziante; inoltre l'88% delle donne con diagnosi di BPD presentava uno stile di attaccamento irrisolto rispetto al 62% corrispondente alle partecipanti con altre diagnosi di PD. Questi risultati sono in linea con un ulteriore studio, svolto da Fonagy e collaboratori (1996) su un campione di 82 pazienti e 85 individui di controllo, che ha utilizzato la AAI per verificare l'associazione tra tipologie di *pattern* di attaccamento e presenza di un disturbo psichiatrico nei partecipanti; in linea con lo studio di Stalker e Davies i pazienti con diagnosi di BPD sono stati categorizzati maggiormente nello stile di attaccamento irrisolto rispetto ai pazienti con altre diagnosi. Allo stesso modo lo studio di Barone (2003) su un campione di 80 individui, di cui 40 controlli e 40 con diagnosi BPD, ha evidenziato che nel gruppo di pazienti con BPD il 50% risultavano avere uno stile di attaccamento irrisolto.

Altri due studi hanno esaminato l'associazione tra i risultati della AAI e la presenza di tratti BPD in campioni di partecipanti di sesso maschile con comportamenti violenti (Babcock et al., 2000; van Ijzendoorn et al., 1997); tra questi due studi, quello di van Ijzendoorn (1997) ha evidenziato che la presenza di tratti BPD era correlata significativamente a un *pattern* di attaccamento insicuro; tuttavia, la correlazione non era tanto forte quanto quella tra stile di attaccamento insicuro e la presenza di comportamenti narcisistici, sadici e autolesionisti; inoltre la stessa correlazione era ugualmente significativa se venivano considerate la presenza di un attaccamento insicuro e quella di una diagnosi di DAsP e DOCP. In conclusione, gli studi non hanno portato forti evidenze alla correlazione tra diagnosi di BPD e la presenza di uno stile di attaccamento specifico, tanto più si evince che la personalità *borderline* raramente è caratterizzata dalla presenza di un attaccamento

sicuro, piuttosto è frequente che pazienti con BPD abbiano uno stile di attaccamento evitante e preoccupato (Levy, 2005).

A conferma di quanto evidenziato dagli studi presentati, lo studio di Levy e collaboratori (2006) ha portato ulteriori evidenze relativamente la correlazione BPD-stile di attaccamento, ma con un *focus* sul trattamento del disturbo; lo studio è stato eseguito coinvolgendo un campione clinico di 90 adulti (6 uomini e 84 donne) di età compresa tra i 18 e i 50 anni, tutti con diagnosi di BPD. I partecipanti allo studio sono stati assegnati in maniera randomizzata a tre tipologie di trattamento specifiche per il BPD: *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP), *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) e la *Modified Psychodynamic Supportive psychotherapy* (SPT); prima e dopo il trattamento terapeutico i partecipanti sono stati sottoposti alla SCID-IV e alla *International Personality Disorder Examination* (Loranger et al., 1994) per la valutazione dei sintomi relativi al BPD, mentre alla AAI per quanto riguarda la valutazione dell'attaccamento. I risultati dello studio hanno evidenziato che a seguito di un trattamento, della durata di 3 anni, la percentuale di pazienti con BPD che presentavano uno stile di attaccamento sicuro aumentava dal 5 al 15%, con una maggiore efficacia registrata per quanto riguardava il trattamento TFP. Dal momento che nel BPD l'insicurezza nelle relazioni interpersonali è un elemento centrale, lo studio ha dimostrato che i pazienti con BPD, se sottoposti ad un trattamento, miglioravano sotto l'aspetto dello stile di attaccamento, implicando un miglioramento anche sul fronte delle relazioni interpersonali, aspetto relativamente al quale però lo studio non porta ulteriori approfondimenti (Levy et al., 2006).

## **2.2 Il trattamento secondo il modello dialettico-comportamentale di Marsha Linehan**

Marsha Linehan nel 1993 ha introdotto il modello di terapia-Cognitivo Comportamentale definito come *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) per il trattamento di pazienti con diagnosi di BPD e nello specifico di coloro che presentavano, oltre alla diagnosi, ulteriori disfunzioni gravi come comportamenti suicidari cronici e para-suicidari. La DBT combina strategie di trattamento che derivano da approcci psicoterapeutici comportamentali e cognitivi, raccolte all'interno del manuale relativo al trattamento *Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Parasuicidal Women: Treatment Manual* (Linehan et al., 1991). La DBT include terapie sia individuali sia di gruppo, entrambe condotte per la durata di un anno; nello specifico, la terapia individuale prevede l'utilizzo di tecniche orientate direttamente al problema (*skill training* comportamentale, gestione delle situazioni contestuali, ristrutturazione cognitiva ed esposizione a stimoli emozionali) accostate da tecniche di supporto al paziente come la riflessione, l'empatia e l'accettazione; l'obiettivo della DBT è insegnare al paziente le modalità per gestire i traumi emozionali al fine di ridurre ed evitare le crisi tipiche del BPD (Linehan et al., 1991).

Il trattamento DBT è stato testato *in primis* dalla Linehan e collaboratori nel 1991, effettuando uno studio per approfondire l'efficacia del trattamento su pazienti di sesso femminile con diagnosi di BPD che presentavano un pensiero para-suicidario cronico. All'interno del campione coinvolto nello studio erano comprese 22 donne assegnate al trattamento DBT e altre 22 partecipanti di controllo. In questo studio le partecipanti del gruppo di controllo si sottoponevano ad un altro tipo di trattamento diverso dalla DBT definito come *Treatment As Usual* (TAU). Le partecipanti assegnate al trattamento erano state preventivamente valutate con un colloquio clinico e 3 interviste semi-strutturate: la *Diagnostic Interview for Borderlines* (Gunderson et al., 1981), le sottosezioni inerenti schizofrenia ne abuso di sostanze della *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule* (Robins et al., 1981) e la *Para-suicide History Interview* (PHI) (Linehan et al., 1984); le partecipanti allo studio hanno iniziato la terapia di gruppo 2 mesi dopo aver iniziato la terapia individuale e sono state valutate 4, 8 e 12 mesi prima dell'inizio del trattamento e 4, 8 e 12 mesi dopo la conclusione dello stesso. I risultati hanno dimostrato che le pazienti sottoposte a DBT presentavano una riduzione significativa nella frequenza (1,5 atti/anno contro 9 atti/anno) e nella gravità dei comportamenti para-suicidari rispetto ai controlli; le pazienti sottoposte a DBT hanno continuato il trattamento terapeutico con maggiore probabilità rispetto ai controlli, infatti le prime riportavano più difficilmente attriti nel rapporto con il terapeuta (16,7% dei casi) rispetto ai controlli (50%); ricevendo la DBT le pazienti riuscivano a vivere con maggiore positività l'ospedalizzazione, riportando una media di 8,46 giorni spiacevoli durante il ricovero rispetto ai 38,86 delle pazienti di controllo. L'assenza di differenze significative a livello di tutte le tipologie di misurazione e test, tra pazienti che hanno ricevuto il trattamento e i controlli, precedenti al trattamento, fornisce ulteriore supporto preliminare all'efficacia del trattamento, nonostante non sia stato possibile definire quale sia l'elemento del trattamento che produce l'effetto benefico sul paziente (Linehan et al., 1991).

Il trattamento DBT è stato adattato con successo anche ad altre tipologie di disturbi come il disturbo da uso di sostanze (Hurzeler et al. 2021) e i disturbi del comportamento alimentare (Bankoff et al. 2012); inoltre, le procedure di *skills training* avrebbero la funzione principale di aumentare le capacità e abilità della persona (Lungu & Linehan, 2017) a prescindere dal loro utilizzo all'interno di un percorso di DBT; per questo motivo lo *skills training* previsto all'interno della DBT è stato utilizzato per prevenire negli adolescenti lo sviluppo di problemi legati alla salute mentale (Burckhardt et al., 2018), un utilizzo accompagnato dai tentativi di sviluppare applicazioni per *smartphone* che fungano da strumento aggiuntivo al percorso di *skills training* (Rizvi et al., 2016). Questo aspetto della DBT è stato approfondito all'interno della *review* di Lakeman e collaboratori (2022) che ha evidenziato nuovamente l'efficacia della DBT - e in particolare dello *skills training* -, anche quando questo è stato effettuato tramite procedure online e non secondo la procedura

*standard face-to-face* a causa delle restrizioni dovute al periodo pandemico dell'anno 2020. Nonostante tutti gli studi analizzati all'interno della *review* confermino l'ipotesi iniziale dell'efficacia della DBT somministrata *online* allo stesso modo della somministrazione *standard* della stessa, gli stessi studi presentavano delle lacune metodologiche che precludevano una generalizzazione dei risultati ottenuti. Tra gli studi svolti successivamente al periodo pandemico, lo studio di Alavi e collaboratori (2021), condotto su un campione di 107 individui con diagnosi di BPD (53 sottoposti a *online*-DBT, 54 sottoposti a *face-to-face*-DBT), ha confermato che in entrambi i gruppi di partecipanti venivano riportati miglioramenti dopo un programma di 15 settimane, misurati con questionari di auto-valutazione e la *Self-Assessment Questionnaire and Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Weiss et al., 2015); inoltre in entrambi i gruppi la percentuale di *drop-out* corrispondeva al 50% ma i partecipanti sottoposti al percorso di *online*-DBT continuavano il percorso per più tempo prima di ritirarsi. Nonostante i risultati della *review* siano da interpretare con molta cautela data la mancanza di studi su larga scala inerenti la somministrazione *online* della DBT, i risultati evidenziano l'efficacia, su piccoli campioni, e l'adattabilità di questo trattamento, sia sul fronte della procedura (*online* vs *face-to-face*) sia per l'applicabilità della DBT su diverse psicopatologie (Lakeman et al., 2022).

Tornando all'efficacia della DBT nel trattamento del BPD, uno dei principali punti a favore per questo tipo di trattamento è stata la sua efficienza nel diminuire la frequenza di comportamenti *Non Suicide Self-Injury* (NSSI), quindi tutti quei comportamenti autolesivi, ma distanti dall'atto suicidario, tipici della sintomatologia *borderline* (Bohus et al., 2004); per quanto riguarda invece l'ideazione suicidaria la maggior parte degli studi ha riportato un'efficacia della DBT nel ridurla (Lungu & Linehan, 2017).

Una considerazione molto importante da fare sulla DBT riguarda il suo impatto a livello di costi del sistema sanitario, dal momento diversi studi hanno riportato che questo tipo di trattamento riduca significativamente, rispetto ai trattamenti TAU, sia la frequenza degli accessi al pronto soccorso sia il numero di ricoveri forzati a causa di un tentato suicidio, oltre a facilitare la dimissione dal ricovero dall'ospedale in un tempo minore rispetto agli altri trattamenti (Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991, 2006).

Nonostante la DBT sia un trattamento che deriva dalla psicologia comportamentale, contenuti e modalità di erogazione del trattamento sono cambiati negli anni e sono in continua mutazione, come nel caso dell'introduzione della *online*-DBT precedentemente menzionata (Lungu & Linehan, 2017). La ricerca ha preso la direzione della digitalizzazione della DBT, in particolare della parte relativa allo *skills training*, con l'obiettivo di fornire una forma computerizzata della DBT per

individui, ad esempio, a rischio suicidario oppure per pazienti che ricorrono al *binge eating* come meccanismo di regolazione emozionale (Wilks et al., 2016). Riuscire a costruire un modello di DBT digitale e quindi somministrabile online potrebbe risultare molto efficace per evidenziarne i meccanismi alla base, comprendere i cambiamenti nel comportamento del paziente e valutare quali componenti del trattamento dovrebbero essere sostituite o aggiornate (Lungu & Linehan, 2017).

## CAPITOLO 3

### L'ACCORDO SÉ-ALTRO NEL DISTURBO DI PERSONALITÀ *BORDERLINE*

#### 3.1 L'accordo sé-altro nella valutazione della personalità

Gli strumenti di valutazione *self-report* presentano diversi limiti dovuti all'influenza, in chi li compila, di alcuni *bias* come la tendenza a rispondere con punteggi estremi, in modo neutro o socialmente desiderabile (Paulhus, 1991); per questo motivo uno studio basato esclusivamente su misurazioni *self-report* non darebbe garanzie riguardo al fatto che la risposta data dal partecipante possa indicare, ad esempio, che questo sia estroverso o gradevole oppure che sostenga valori personali benevoli o che sopprima quelli negativi (Dobewall et al., 2014). Per superare il limite dei *bias* legati all'utilizzo di strumenti *self-report* sarebbe necessario raccogliere tali informazioni con strumenti di misura indipendenti, sfruttando il giudizio di persone esterne che hanno conosciuto il partecipante "*target*"; così facendo, il livello di accordo - definito validità consensuale (McCrae, 1982; McCrae et al., 2004) - tra il giudizio delle persone esterne e il giudizio del *target* risulterebbe informativo dell'accuratezza dei *self-report* (Dobewall et al., 2014); questa misura dell'accuratezza si basa sul concetto secondo cui l'accordo sé-altro, tipicamente definito come correlazione tra le due valutazioni, è riferito al grado di somiglianza tra la visione che l'osservatore esterno e il *target* avrebbero relativamente a quest'ultimo (Kenny & West, 2010).

Nonostante l'accordo sé-altro possa essere misurato e valutato relativamente a tutti i tratti di personalità, il grado di accordo tra i propri giudizi e quelli altrui è risultato essere più elevato per alcuni tratti anziché altri (Colvin, 1993); questa differenza è stata spesso associata alla quantità di informazioni, inerenti uno specifico tratto, differentemente disponibili e visibili per l'osservatore esterno e per il *target*: per questo motivo, i tratti riconducibili all'estroversione sono generalmente più facili da valutare, quindi il grado di accordo è stato maggiore, a differenza dei tratti che riguardano caratteristiche internalizzanti essendo questi meno evidenti all'esterno (Funder & Colvin, 1988). Nella valutazione clinica, l'utilizzo di questionari *self-report* è di fondamentale importanza per effettuare previsioni relative al futuro del paziente e dei suoi comportamenti; inoltre, l'utilizzo di *self-report* integrato con informazioni provenienti da persone esterne, ma vicine al *target*, permette di raccogliere dati complementari, dal momento che l'auto-valutazione consente di raccogliere solo informazioni parziali (Vazire & Carlson, 2010). Inoltre, nonostante un certo tratto di personalità possa essere considerato come facilmente osservabile, la sua espressione potrebbe

essere differente da persona a persona (Bottesi et al., 2018); tuttavia il grado di accordo sé-altro sembrerebbe essere più alto riguardo ai comportamenti, più facilmente osservabili, piuttosto che riguardo agli atteggiamenti, alle convinzioni e ai sentimenti (Paunen & Kam, 2014).

Una delle spiegazioni più diffuse per giustificare la discrepanza presente tra la percezione auto-riportata e la percezione esterna di sé è che le persone si impegnano costantemente per valorizzarsi e di conseguenza si vedono più favorevolmente di quanto non le vedano gli altri (Kwan et al., 2004). Diversi studi svolti su popolazioni di studenti hanno dimostrato che i partecipanti valutavano i loro tratti di personalità con punteggi più alti a causa della desiderabilità sociale (Alicke, 1985; Alicke et al., 1995; J. Krueger, 1998); quindi si è ipotizzato che questo fenomeno sia un riflesso, in parte, della differenza, tra *target* e osservatore, nella percezione dell'individuo *target*. Nonostante la presenza di *bias* come quello della desiderabilità sociale ad alimentare la discrepanza tra le percezioni dei tratti di personalità, la distribuzione normale dei punteggi medi auto-riportati è risultata quasi coincidente con la distribuzione normale dei punteggi medi riportati dagli osservatori esterni; in conclusione l'effetto causato dal disaccordo sé-altro è risultato essere rilevabile solo quando vengono utilizzati campioni sufficientemente grandi (Allik et al., 2010).

Dal momento che l'osservatore esterno non ha la possibilità di osservare il *target* in tutte le situazioni, è plausibile riscontrare una differenza tra la valutazione riportata dall'uno e dall'altro; anche se una medesima caratteristica viene recepita allo stesso modo da entrambi, è possibile che uno dei due ne ignori una porzione, che invece viene considerata dall'altro nel produrre un giudizio (Allik et al., 2010). La discrepanza osservatore-*target* potrebbe essere la causa della tendenza ad attribuire i propri comportamenti, nonostante questi siano visibili ugualmente a entrambi, a fattori situazionali esterni oppure disposizionali interni (Jones & Nisbett, 1971).

Diversi studi hanno approfondito la variabilità dell'accordo sé-altro relativamente ai tratti di personalità definiti dal modello *Big Five* (Costa & McCrae, 1992). Uno di questi, lo studio di Allik e collaboratori (2010), è stato condotto secondo due approcci:

- Un disegno di ricerca a livello individuale (tipo 1), nel quale le valutazioni *self-report* e *observer-reports* (cioè i valutatori esterni) erano riferite a un unico individuo *target* e in cui la domanda è se la differenza media tra questi due tipi di *report* è positiva o negativa;
- Un disegno di ricerca a livello culturale (tipo 2) nel quale vengono confrontati diversi campioni culturalmente simili; l'obiettivo principale di questo tipo di studio è quello di stabilire quanto siano robuste le discrepanze tra *self-report* e *observer-report* nel primo disegno di ricerca, ovvero quanto siano generalizzabili tra lingue, culture e livelli di analisi diversi.

In questo studio sono stati coinvolti quattro campioni culturalmente differenti per quattro stati europei: Belgio, Repubblica Ceca, Estonia, Germania. Nello studio di tipo 1 l'analisi statistica relativa all'accordo sé-altro è stata condotta all'interno di ogni campione, mentre nello studio di tipo 2 il *focus* era sulle differenze presenti tra i diversi campioni. L'ipotesi di partenza dello studio era che la discrepanza tra le auto-valutazioni e quelle altrui fosse più significativa nei tratti meno visibili.

Tutti i partecipanti hanno compilato il *Revised NEO Personality Inventory* (NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992). Tra i risultati più importanti di questo studio, è stato evidenziato che il *pattern* di differenze relative ai tratti di personalità indagati, presente tra i giudizi auto-riportati e i giudizi esterni, sembrerebbe essere relativamente universale e sistematico, indipendente dalle caratteristiche, dal linguaggio dei gruppi di partecipanti, o dagli strumenti di misura utilizzati; i risultati hanno anche evidenziato, nonostante le basse numerosità campionarie, una somiglianza significativa tra i diversi Paesi riguardo alle differenze tra punteggi, sia auto-riportati sia riportati da persone esterne, relativi ai tratti (Allik et al., 2010). In conclusione, i risultati dello studio hanno dimostrato quanto, anche se piccole, le discrepanze nei punteggi tra osservatore esterno e individuo *target* fossero un aspetto universale della descrizione della personalità che rimane invariato nella maggior parte delle popolazioni (Allik et al., 2010).

Un altro studio, quello di Nguyen e collaboratori (2021), ha indagato il cambiamento dell'accordo sé-altro, in un gruppo di studenti universitari, valutato a intervalli di tempo intermittenti durante gli anni del *college*. I partecipanti allo studio hanno potuto scegliere liberamente l'osservatore esterno che avrebbe partecipato; l'accordo sé-altro è stato calcolato sui punteggi derivati dalla valutazione dei 5 domini di personalità (*Big Five*) e i loro rispettivi 10 aspetti di personalità: dinamismo/dominanza, cooperatività/cordialità, scrupolosità/perseveranza, controllo delle emozioni/degli impulsi, apertura alla cultura/all'esperienza (Nguyen et al., 2021). Lo studio prevedeva 4 fasi di valutazione, alle quali hanno partecipato rispettivamente 259, 196, 191 e 150 partecipanti (*range* di età dai 18 ai 25 anni); dal momento che ogni partecipante identificava un osservatore esterno, sono stati coinvolti altri 398 partecipanti allo studio oltre ai *target* (Nguyen et al., 2021). Sono state utilizzate le *Big Five Aspect Scales* (BFAS; DeYoung et al., 2007) per la valutazione sia dei 5 domini dei tratti di personalità, sia dei 10 aspetti specifici relativi ai tratti, raccolte durante un periodo di tempo relativamente breve (1 anno e mezzo) ma informativo e critico per i partecipanti avendo rappresentato una fase di passaggio all'età adulta ed esplorativa di se stessi (Nguyen et al., 2021). I risultati hanno evidenziato che il grado di accordo sé-altro manteneva un certo grado di stabilità lungo il periodo dello studio, nonostante il livello di convergenza tra i



punteggi dei *report* fosse più basso durante le prime due fasi dello studio rispetto alle ultime due. Tuttavia, i punteggi tra *report* dei *target* e degli osservatori esterni hanno presentato una differenza significativa per quanto riguardava i cambiamenti dei *target* relativi ai tratti di personalità indagati lungo l'intero periodo: i cambiamenti longitudinali relativi riportati dai *target* non venivano percepiti dagli osservatori esterni, probabilmente a causa del minor numero di opportunità a disposizione dell'osservatore per analizzare il comportamento del *target* (Nguyen et al., 2021).

Lo studio di Bottesi e collaboratori (2018) relativo all'accordo sé-altro nella valutazione dei tratti di personalità ha esplorato il fenomeno mediante l'utilizzo del PID-5 (Krueger et al., 2012; Fossati et al., 2013) e del *Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders–Informant Report Form* (PID-5-IRF; Markon et al., 2013; Fossati & Borroni, 2015), coinvolgendo un gruppo di 80 individui *target* e 80 informatori esterni di nazionalità italiana. I risultati hanno evidenziato la presenza di un accordo significativo per tutti i tratti di personalità indagati tranne i seguenti: ostilità, manipolatorietà e sottomissione; inoltre, l'accordo sé-altro è risultato essere significativamente più debole per quanto riguardava l'affettività ridotta, l'insensibilità e la presenza di convinzioni/esperienze inusuali, se confrontato con l'accordo sé-altro riguardante distraibilità, evitamento dell'intimità e la tendenza a correre rischi (Bottesi et al., 2018). Per quanto riguarda l'associazione tra accordo sé-altro e la durata e intimità percepita del rapporto di conoscenza tra *target* e osservatore esterno, i risultati non hanno evidenziato associazioni significative; invece, per quanto riguarda la relazione tra tipologia di informatore e grado dell'accordo sé-altro, dai risultati è emerso che quando l'informatore era un *partner* il grado di accordo era significativo in un numero di domini maggiore rispetto alla situazione in cui l'informatore era un familiare o un amico (Bottesi et al., 2018). I risultati dello studio di Bottesi e collaboratori (2018) sono in accordo con quanto emerso dagli studi di Connelly e Ones (2010), secondo i quali i *partner* sarebbero gli informatori più affidabili: una maggiore accuratezza deriverebbe dal livello di vicinanza che caratterizza queste relazioni, all'interno delle quali ci sarebbe, secondo lo studio, un alto livello di apertura verso l'altro nella condivisione di emozioni e pensieri legati all'area dello psicoticismo, all'affettività negativa e al distacco. Nonostante la presenza di queste differenze legate alla tipologia di informatore, i risultati dello studio hanno evidenziato che, complessivamente, il grado di accordo sé-altro era moderato e la sua associazione con la durata e l'intimità percepita della conoscenza era trascurabile (Bottesi et al., 2018).

I questionari *self-report* sono stati spesso utilizzati dagli psicologi per la valutazione dello stato di benessere dell'individuo (*subjective well-being* – SWB), nonostante questi permettano di raccogliere informazioni solo parziali che dovrebbero essere implementate con l'utilizzo di

questionari *other-report* somministrati a osservatori esterni e influenzati in minor grado da artefatti di risposta o desiderabilità sociale (Sandvik et al., 1993). I punteggi dei questionari *self-report* racchiuderebbero la tendenza dell'individuo a presentarsi in una versione migliore di quella reale (Diener et al., 2003) mentre la valutazione dello stato di benessere dell'individuo, effettuata da un osservatore esterno, fornirebbe informazioni più oggettive ma anch'esse parziali poiché prive delle informazioni meno visibili e accessibili proprie del *target* (Diener, 1994; Lepper, 1998). Diversi studi hanno evidenziato una relazione significativa tra caratteristiche di personalità e SWB, nello specifico individuando i tratti del Nevroticismo e dell'Estroversione rispettivamente associati con misure negative e positive del benessere cognitivo-affettivo dell'individuo (Diener & Lucas 1999; Lucas & Diener 2008; Steel et al. 2008; Weiss et al. 2008). D'altra parte, la visione che le persone esterne avrebbero dell'individuo *target* influenzerebbe significativamente la visione di sé, di conseguenza la visione soggettiva potrebbe essere parzialmente costruita sul modo in cui "le persone si vedono attraverso gli occhi degli altri" (pag.3), motivo per cui i tratti di personalità sono risultati uno strumento utile per l'auto-valutazione del proprio benessere (Dobewall et al., 2012).

Relativamente all'accordo sé-altro sul SWB, lo studio di Dobewall e collaboratori (2012) ha dimostrato che i tratti di personalità possono essere considerati un elemento fondamentale nella valutazione del grado di accordo sé-altro relativo alla felicità e alla soddisfazione della persona, dal momento che si sono rivelati predittori significativi delle differenze individuali nello stato di benessere (Diener et al., 1999). La ricerca ha coinvolto complessivamente 1251 partecipanti non clinici di età compresa tra i 18 e gli 86 anni; ad ogni partecipante è stato chiesto di nominare un osservatore esterno che avrebbe compilato il *report*, scelto tra le conoscenze strette del *target*; i tratti di personalità sono stati valutati con il NEO *Personality Inventory-3* (NEO-PI-3; McCrae et al. 2005), mentre, per quanto riguarda il livello di SWB, i partecipanti hanno riportato il loro grado di soddisfazione e felicità rispondendo a delle domande su una scala *Likert* con un *range* da 0 a 10. I risultati hanno evidenziato una forte associazione tra le valutazioni degli osservatori esterni e dei *target* relativamente al grado di felicità e di soddisfazione di questi ultimi; di conseguenza, l'accordo sé-altro è stato utilizzato come misura utile per la valutazione del SWB in un individuo, poiché la misura dell'accordo riguardante il livello di felicità e soddisfazione del *target* è risultato significativo ugualmente all'accordo sé-altro per i tratti di personalità, approfondito in diversi studi dedicati (Allik et al. 2010; Connolly et al. 2007; Hall et al. 2008; McCrae et al. 2004). Dallo studio inoltre è emerso che la valutazione dei tratti di personalità del *target* da parte dell'osservatore esterno spiegava 1/3 della varianza dei punteggi relativi al SWB riportati dagli osservatori esterni; questi risultati supportano l'ipotesi secondo la quale esisterebbe una convinzione individuale di base sul fatto che la personalità possa determinare il benessere (Furnham & Cheng, 2000). È stato

ipotizzato che il livello di benessere auto-riportato dal *target* fosse influenzato da quello riportato dall'osservatore esterno; questo succedeva in particolare se l'osservatore esterno valutava i tratti di Depressione ed Emozioni Positive (rispettivamente N3 ed E6 nel NEO-PI-3) come caratterizzanti per il *target*, soprattutto se l'osservatore esterno era un *partner* stabile o un familiare (Dobewall et al., 2012). Di conseguenza, lo studio di Dobewall e collaboratori (2012) ha evidenziato che la consapevolezza da parte di un individuo del proprio stato di felicità o soddisfazione poteva dipendere dall'accordo sé-altro inerente i tratti di personalità del *target* e il suo livello di SBW.

Spostando il *focus* sull'ambito patologico della personalità, la percezione distorta del rapporto interpersonale con l'altro sembrerebbe essere un fattore essenziale del DP; per esempio, pazienti con DPP avrebbero la tendenza a percepire gli altri come inaffidabili, sfruttatori, ingannevoli (Tandler et al., 2015). La percezione interpersonale è la modalità secondo la quale le persone giudicherebbero la personalità altrui e, oltre a riferirsi al modo in cui vengono percepiti gli altri, definisce anche il modo in cui le persone percepite (i *target*) giudicherebbero gli osservatori (Kenny, 1994). Nel caso di individui con DP, questi potrebbero essere in disaccordo le persone esterne riguardo la percezione della propria personalità, potrebbero percepire l'altro da sé come non affidabile e quindi non riuscirebbero a stabilire e mantenere un rapporto, oppure potrebbero essere giudicati in modo negativo dagli altri che, di conseguenza, eviterebbero di stringere con loro rapporti di qualsiasi tipo (Tandler et al., 2015). Il motivo alla base di questa discrepanza tra giudizio interno ed esterno riguardo alla propria personalità, quindi anche riguardo al proprio DP, è riconducibile all'egosintonia tipica dei DP: il paziente riconosce il proprio malessere soggettivo ma non lo associa alla presenza di un disturbo bensì tende ad attribuirlo a cause esterne a sé; questa mancanza di consapevolezza relativa al DP associata al disaccordo con il parere altrui è riconducibile ad uno scarso livello di *insight* tipico di queste condizioni cliniche (Sleep et al., 2019).

Lo studio di Tandler e collaboratori (2015) ha approfondito questo argomento ipotizzando *in primis* che se l'accordo sé-altro, riguardante un paziente con DP, veniva misurato utilizzando *self-report* e *other-report* basati sui correlati comportamentali dei tratti di personalità, allora il grado di accordo tra i *report* sarebbe stato inversamente proporzionale alla quantità di caratteristiche e comportamenti correlati al PD caratterizzanti il *target*; ciò è dovuto al fatto che gli individui non clinici sarebbero più facilmente giudicabili, essendo in grado di fornire un maggior numero di spunti utili all'osservatore per produrre un giudizio (Human et al., 2014). *In secundis*, è stato dimostrato che i *self-report* dei sintomi dei pazienti con DP erano debolmente correlati ai *report* degli informatori a proposito di tali sintomi (Klonsky et al., 2002). In terzo luogo, la letteratura ha confermato che il comportamento ego-sintonico prevalente in queste persone influenza l'accordo

sé-altro (Fiedler, 2000). Lo studio in questione ha approfondito gli effetti delle caratteristiche dei DP sulla percezione interpersonale, utilizzando un disegno sperimentale *round-robin*: i partecipanti vengono inseriti all'interno di gruppi all'interno dei quali tutti i membri si conoscono. Sono stati coinvolti 208 studenti universitari, divisi in 52 gruppi di valutazione composti da 4 persone l'uno; durante lo studio sono stati utilizzati i seguenti strumenti: la *Minimum Redundancy Scale* (MRS; Ostendorf, 1990) per la valutazione delle dimensioni dei tratti di personalità secondo il *Five-Factor Model*; la *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II, Screening Questionnaire* (SCID-II-SQ; First et al., 1997) che è stata utilizzata per la valutazione e categorizzazione dei DP; per quanto riguardava la desiderabilità sociale dei partecipanti, visto che la MRS prevedeva che i partecipanti rispondessero utilizzando una scala bipolare di aggettivi, gli osservatori esterni dello studio erano stati istruiti per indicare quanto i partecipanti risultassero socialmente desiderabili, valutandoli tramite una scala a 7 punti da “molto indesiderabile” a “molto desiderabile”. I risultati hanno evidenziato che le persone con alti punteggi relativi ai tratti maladattivi di personalità, presentavano un minor grado di accordo sé-altro relativamente alle caratteristiche della loro personalità; inoltre le descrizioni della personalità dell'individuo *target* riportate dagli osservatori esterni sono risultate poco coerenti con il profilo di personalità reale del *target* (Tandler et al., 2015).

In generale i partecipanti con alti punteggi di DP venivano descritti dagli osservatori come persone meno piacevoli; viceversa i *target* con punteggi elevati nei tratti maladattivi di personalità tendevano a descrivere meno favorevolmente gli altri, fornendo descrizioni di personalità lontane dal profilo normativo desiderabile (Tandler et al., 2015).

### **3.2 L'accordo sé-altro e il disturbo di personalità *borderline***

I pazienti con BPD sembrerebbero essere influenzati costantemente dalle emozioni, opinioni e comportamenti messi in atto dalle persone vicine a loro, elementi che contribuirebbero all'instabilità del loro senso del sé e della loro identità (Fonagy & Luyten, 2009; Sollberger et al., 2012). Riguardo alla capacità di mantenere i rapporti interpersonali, il BPD risulta essere correlato a *deficit* a carico della capacità di mentalizzazione; nello specifico, i pazienti con questo DP avrebbero difficoltà a integrare tra loro sia diverse prospettive riguardo a un certo argomento, sia le varie dimensioni della mentalizzazione (cognitivo-affettiva, sé-altro, implicita-esplicita) (Luyten et al., 2020; Petersen et al., 2016; Sharp & Van-woerden, 2015). Alcuni studi hanno evidenziato che individui con BPD presentavano difficoltà nello svolgimento di compiti che richiedevano la

comprensione delle azioni altrui, riportando complessivamente una difficoltà, nei contesti sociali, a immedesimarsi nella prospettiva di un'altra persona (Nemeth et al., 2018); un altro studio, svolto con la somministrazione di interviste semi-strutturate (*The Theory of Mind Assessment Scale*; Bosco et al., 2009, 2016) ai partecipanti, ha evidenziato la difficoltà di pazienti con BPD nella capacità di mentalizzazione a partire dalla prospettiva altrui riportando difficoltà sia nella comprensione del punto di vista di una persona esterna sia nella capacità di associare correttamente il punto di vista a quella persona (Colle et al., 2018). La riduzione del *perspective taking* suggerisce che i pazienti con BPD potrebbero presumere di comprendere i pensieri e i sentimenti degli altri sulla base dei propri stati mentali; di conseguenza sarebbero meno capaci, rispetto a individui senza BPD, nell'immaginare come gli stati mentali degli altri possano essere diversi dai propri (Fonagy & Luyten, 2009). Il motivo per cui il BPD è stato associato a queste difficoltà potrebbe essere il fatto che i pazienti con questo disturbo tenderebbero a essere focalizzati sulla propria autorappresentazione e, quindi, farebbero fatica a passare da una prospettiva egocentrata a una incentrata sull'altro da sé, coerentemente con la presenza di *bias* egocentrici (Silani et al., 2013).

Un'ipotesi per spiegare il motivo della variabilità nell'accordo sé-altro in pazienti con BPD potrebbe risiedere nel costrutto di metacognizione, data l'associazione tra questo disturbo e la limitata capacità di meta-rappresentare gli stati mentali personali e degli altri (Semerari et al., 2005); solitamente la metacognizione è stata descritta come uniforme, ma alcuni autori ne hanno evidenziato problematiche che sembrerebbero avere una natura psicologica differente, alcune di queste associate alla difficoltà che individui con DP hanno nella riflessione sugli stati mentali sia propri sia altrui (Ryle & Kerr, 2002; Westen & Shedler, 2000). Diversi studi sono stati condotti basandosi sull'ipotesi che, per comprendere il funzionamento interpersonale del BPD, sarebbe necessario analizzare le modalità di comprensione, descrizione ed elaborazione dei propri stati mentali e di quelli altrui (Dimaggio & Semerari, 2001, 2004; Liotti, 2002; Perris & Skagerlind, 1998; Ryle, 1997); l'incapacità nel comprendere gli stati mentali altrui sembrerebbe riferirsi a diverse difficoltà e per questo non si è parlato della singola abilità di mentalizzare, ma di sotto-funzioni che possono essere compromesse singolarmente (Semerari et al., 2005). La più ampia valutazione riguardo le difficoltà nella meta-rappresentazione in pazienti con BPD è stata svolta da Fonagy e collaboratori (1996) in un gruppo clinico di pazienti non psicotici, evidenziando che la funzione riflessiva (RF) della metacognizione non era di per sé un fattore di rischio per il BPD ma che era un predittore significativo del disturbo se associata a un episodio passato di abuso. La RF nello specifico corrisponderebbe all'abilità di capire gli stati mentali e di percepirli nella maniera corretta, includendo: la consapevolezza dei propri e altrui stati mentali, lo sforzo di identificare gli stati mentali alla base del comportamento, la capacità di seguire gli stati mentali nel tempo e la

capacità di tenere conto degli stati mentali degli altri; la letteratura sulle disfunzioni meta-rappresentative nei pazienti con BPD ha suggerito che essi presentano compromissioni in diverse sotto-funzioni come l'identificazione degli stati mentali, il ragionamento su di essi e la distinzione tra realtà e finzione (Semerari et al., 2005), elementi potenzialmente incidenti sul grado dell'accordo sé-altro.

Come approfondito nel paragrafo 3.2, alti livelli di tratti maladattivi di personalità in un individuo comporterebbero una tendenza a descrivere meno favorevolmente gli altri, dal momento che le descrizioni di personalità risulterebbero influenzate da *bias* associati al DP che comportano un alto grado di disaccordo sé-altro (Tandler et al., 2015); nel caso dei pazienti con BPD, diversi studi hanno approfondito la tendenza di pazienti con questo DP a valutare gli altri con punteggi più estremi o negativi; nello specifico, ai partecipanti era richiesto di valutare alcuni attori di film che venivano mostrati loro (Arntz & Veen, 2001; Sieswerda et al., 2013; Veen & Arntz, 2000). Lo studio di Sieswerda e collaboratori (2013) ha evidenziato che persone con diagnosi di BPD valutavano gli attori dei film in modo più negativo rispetto a persone non affette; d'altra parte lo studio di Veen e Arntz (2000) ha evidenziato che i partecipanti appartenenti al gruppo clinico con diagnosi di BPD oppure di un DP appartenente al *Cluster C* auto-riportavano risposte emozionali più intense in risposta alla visione di alcune scene dei film, accompagnate da valutazioni meno complesse degli attori (2001).

Relativamente al rapporto sé-altro, nel caso specifico degli individui con BPD è utile approfondire l'ambito delle relazioni oggettuali le cui misure proiettive sono state utilizzate per valutare possibili *bias* presenti nel modo in cui queste persone vedono gli altri (Lazarus et al., 2014). Basandosi su queste misure, gli individui con BPD sono sembrati maggiormente predisposti ad avere rappresentazioni malevole degli altri, minor capacità di investire emozionalmente in un rapporto e, se presente un qualsiasi tipo di investimento emozionale, minor capacità di sviluppare una relazione matura ed equilibrata rispetto a individui di controllo (Westen et al., 1990). I risultati degli studi che hanno approfondito questo argomento (Segal et al., 1992; Whipple & Fowler, 2011) hanno evidenziato che questi tipo di pazienti risulterebbero avere un approccio più negativo nel modo di vedere gli altri e nell'avere aspettative sui rapporti interpersonali, rispetto ai controlli; inoltre maggiore era la gravità dei sintomi riconducibili al BPD, più estrema risultava l'aspettativa negativa riguardo alle relazioni (Lazarus et al., 2014).

Nello studio di Tandler e collaboratori (2015) a proposito dell'influenza che i tratti maladattivi tipici dei DP hanno sull'accordo sé-altro, i risultati hanno evidenziato che i partecipanti nel ruolo di osservatori esterni riportavano descrizioni particolarmente negative degli individui che

presentavano sintomi associati al BPD, in disaccordo con ciò che risultava dai *self-report* dei pazienti; nonostante in questo studio i pazienti con BPD siano risultati come descritti meno favorevolmente dai loro pari in modo univoco, non è stata invece riscontrata un'associazione significativa tra la presenza del disturbo e la tendenza a descrivere univocamente in modo negativo gli altri partecipanti del campione scelto all'interno dello studio.

L'accordo sé-altro, nel caso di pazienti con BPD, dipende anche dalla loro capacità di mantenere una stabile rappresentazione di sé stessi e degli altri col passare del tempo e al cambiare dei contesti e delle situazioni (Beeney et al., 2016), tanto è vero che il benessere della persona dipende dalla sua stabilità auto-percepita della propria rappresentazione nelle situazioni e da un alto livello di autostima (Campbell, 1990). Nello studio di Beeney e collaboratori (2016) è stato indagato in via preferenziale il cambiamento nel tempo della capacità di mantenere una rappresentazione di sé e degli altri nei pazienti con BPD. Le partecipanti erano 38 donne (*range* di età dai 18 ai 60 anni) delle quali 17 con BPD e 21 controlli, tutte valutate con l'utilizzo della SCID-II e la *International Personality Disorder Examination* (Loranger et al., 1997). Le partecipanti, in un primo compito, hanno valutato il grado di accuratezza secondo cui 37 differenti tratti di personalità descrivevano la loro stessa personalità e quella di un conoscente stretto; in un secondo compito, le partecipanti dovevano valutare i propri tratti di personalità e quelli di un conoscente stretto secondo un disegno sperimentale 2x2 che prevedeva 4 tipologie di confronto: il punto di vista del partecipante su se stesso ("Tu sei una persona gentile?"), il punto di vista di un partecipante sull'altro ("Quella persona è gentile?"), il punto di vista altrui sul partecipante ("Secondo quella persona tu sei gentile?") e il punto di vista di un partecipante su come si considera l'altro ("Secondo lui/lei, lui/lei è una persona gentile?"). In primo luogo, i risultati dello studio hanno evidenziato che riguardo alla capacità di mantenere una rappresentazione stabile di sé e degli altri, le pazienti con BPD risultavano meno affidabili, ma il grado di disaccordo sé-altro più significativo riguardava i *report* sui tratti di personalità delle partecipanti e non la descrizione delle loro caratteristiche fisiche (Beeney et al., 2016). In secondo luogo, sottoponendo le partecipanti a una risonanza magnetica funzionale (fMRI) durante lo svolgimento del secondo compito, i risultati non hanno evidenziato differenze significative tra il gruppo clinico e quello di controllo nelle diverse condizioni (4 tipologie di confronto); d'altra parte però l'attivazione complessiva di alcune aree cerebrali era differente tra i due gruppi, dal momento che il gruppo di controllo presentava maggiore attivazione per le aree associate a elaborazione visiva, sensoriale e motoria, mentre nel gruppo clinico è stata registrata un'attivazione significativa nelle aree deputate all'elaborazione interna e astratta della realtà (Beeney et al., 2016). Queste differenze nei *pattern* di attivazione hanno suggerito che i due gruppi elaborerebbero e valuterebbero differentemente se stessi, gli altri e le proprie esperienze,

basandosi su elementi differenti per produrre un giudizio (Beeney et al., 2016), il che risulterebbe un ulteriore elemento potenzialmente coinvolto nel disaccordo sé-altro.



## CAPITOLO 4

### DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

La rigidità e estremizzazione dei tratti di personalità comporta lo sviluppo di un DP specifico, a seconda di quali tratti risultino maggiormente maladattivi in un individuo; nel momento in cui la rigidità dei tratti comporta lo sviluppo di una forma di disagio soggettivo, allora è possibile diagnosticare un DP (APA, 2013). Lo studio dei *pattern* di tratti maladattivi di personalità ha permesso sia di associare ad ogni DP una combinazione specifica di tratti maladattivi (Morey et al., 2020), sia di discriminare la presenza di uno specifico tratto maladattivo da quella di un funzionamento maladattivo complessivo di personalità (Hopwood et al., 2011). Tra i DP appartenenti al *Cluster B*, il BPD ha una prevalenza media che può raggiungere il 5,9% della popolazione generale ed è caratterizzato da *pattern* di relazioni interpersonali instabili e intense, dall'alternanza di iper-idealizzazione e svalutazione dell'altro da sé e da alterazioni dell'identità che sfavoriscono la formazione di una stabile percezione/immagine di se stessi (APA, 2013); per questi motivi, i pazienti con BPD tenderebbero a cambiare improvvisamente e drammaticamente la loro visione degli altri, come anche risulterebbero inclini a drastiche variazioni dell'immagine di sé, cambiamenti di obiettivi, valori e aspirazioni (APA, 2013). Conseguentemente, è inevitabile che la presenza di una patologia come il BPD possa gravare sui rapporti interpersonali, come anche sul grado di accordo che intercorre tra come il paziente si vede e come viene visto e percepito dall'esterno.

L'accordo sé-altro può essere definito come la misura in cui, e le circostanze nelle quali, il giudizio degli altri sugli individui concorda con la visione che questi hanno di se stessi (Funder & West, 1993); questo grado di accordo è risultato essere generalmente maggiore per alcuni tratti di personalità anziché per altri, data la quantità di informazioni, relative a quello specifico tratto, possedute dall'individuo e dall'osservatore esterno (Colvin, 1993). Nel caso dei DP, è risultato che il grado di accordo sé-altro fosse inversamente proporzionale alla quantità di comportamenti correlati alla patologia di personalità del paziente (Human et al., 2014), quindi potenzialmente il grado di accordo, calcolabile dai punteggi risultanti dei *self-* e *other-report*, potrebbe essere utilizzato nella pratica clinica per valutare la presenza oppure la gravità di un DP. Relativamente all'accordo sé-altro, gli studi riportati ne hanno evidenziato l'utilità per misurare l'affidabilità dell'utilizzo dei questionari *self-report* (Paulhus, 1991; Kenny & West, 2010), dato il largo utilizzo di questi nella pratica clinica, al fine di ottimizzare la raccolta delle informazioni dei pazienti contribuendo alla loro completezza e affidabilità (Vazire & Carlson, 2010). Inoltre, i risultati dello studio di Allik e collaboratori (2010) hanno dimostrato che quanto emerso sull'accordo sé-altro sia

generalizzabile tra diversi Paesi e culture di appartenenza, evidenziando però la necessità di replicare lo studio per avere una spiegazione sufficiente dell'aspetto transculturale del suddetto parametro.

Per spiegare la variabilità del grado di accordo sé-altro nei pazienti con BPD è stato utile evidenziare l'associazione tra questo fenomeno e la capacità di mentalizzazione di questo tipo di pazienti (Luyten et al., 2020; Petersen et al., 2016; Sharp & Van-woerden, 2015) date le implicazioni che un *deficit* a carico di questa capacità comporta nell'integrare più punti di vista nei rapporti inter-personali; di conseguenza, il *deficit* a danno della capacità di comprensione del punto di vista altrui sembrerebbe spiegare il disaccordo sé-altro (Dimaggio & Semerari, 2001, 2004; Liotti, 2002; Perris & Skagerlind, 1998; Ryle, 1997). Il limite degli studi che si sono focalizzati sulla capacità di mentalizzazione dei pazienti con BPD è che questo processo spiega solamente in parte la presenza di un basso livello di accordo sé-altro e nessuno di questi studi ha prodotto evidenze significative a dimostrazione di un'associazione tra le due variabili; inoltre, lo studio di Dimaggio e Semerari (2004) riguardante la capacità di mentalizzazione ha presentato una serie di limitazioni: uno studio di ricerca di questo tipo (basato sull'analisi delle trascrizioni relative alle passate sessioni di psicoterapia dei partecipanti) richiederebbe troppo tempo rispetto agli studi sull'accordo sé-altro basati sull'utilizzo di *self-report*; inoltre, sono state coinvolte nello studio solo partecipanti donne seguite da psicoterapeuti dello stesso orientamento e con esperienza passata molto simile.

Negli studi riportati all'interno del presente elaborato, l'accordo sé-altro è stato trattato come un parametro utile alla valutazione dei tratti di personalità, data la sua utilità nella comprensione delle discrepanze tra giudizi esterni e interni relativi la presenza di suddetti tratti (Colvin, 1993). Un limite di alcuni studi riportati è dovuto al fatto che spesso la numerosità campionaria fosse troppo esigua per una generalizzazione dei risultati (Allik et al., 2010; Dobewall et al., 2014; Bottesi et al., 2018), oppure che i risultati (spesso basati sui punteggi di *self-other report*) fossero influenzati dal fatto che *target* e osservatori esterni, conoscendosi, potessero parlare tra loro e confrontarsi nei periodi intercorrenti tra le diverse fasi dello studio (Dobewall et al., 2014). I risultati dello studio di Beeney e collaboratori (2016) hanno evidenziato l'importanza dell'utilizzo di tecniche di *neuroimaging* per lo studio della discrepanza nell'accordo sé-altro, dimostrando che attivazioni di aree cerebrali differenti sarebbero alla base di discrepanze, tra pazienti con BPD e partecipanti di controllo, nell'elaborazione di se stessi, degli altri e delle proprie esperienze; allo stesso modo, utilizzando le tecniche di *neuroimaging*, sarebbe utile studiare le attivazioni neurali nei pazienti con BPD durante l'esecuzione di compiti di distinzione sé-altro consolidati, al fine di trarre conclusioni

più solide sulle basi neurali della compromissione di questa capacità nel BPD (Meulmeester et al., 2021).

È importante evidenziare che un grosso limite della letteratura è dovuto alla mancanza di studi specifici inerenti l'accordo sé-altro e il BPD nello specifico, mancanza che è auspicabile possa essere colmata da studi futuri inerenti che possano approfondire l'argomento; questa importante lacuna bibliografica potrebbe essere dovuta alla difficoltà di intercettare un campione sufficiente ampio di partecipanti con BPD per valutarne l'accordo sé-altro. Data la totale mancanza di studi specifici inerenti la relazione tra tratti maladattivi e accordo sé-altro per quanto riguarda il BPD, è auspicabile che studi futuri su campioni clinici approfondiscano questa associazione, dato che la letteratura prodotta fino ad oggi evidenzia la presenza di potenziali associazioni tra la diagnosi di BPD e la presenza di discrepanze significative nell'accordo tra i pazienti e l'altro da sé.

Come evidenziato dalla *review* di De Meulemeester e collaboratori (2021), sicuramente sono necessari ulteriori sforzi da parte della ricerca per replicare gli studi relativi alla capacità che i pazienti con BPD hanno nella distinzione sé-altro, utilizzando paradigmi comportamentali validati per indagare il presunto ruolo dell'introspezione in queste discrepanze; inoltre, sono necessari ulteriori lavori empirici per indagare gli assunti di base del modello proposto per il BPD caratterizzato da *deficit* nel passaggio tra le rappresentazioni di sé e degli altri e da una ridotta capacità di impegnarsi in interazioni sociali coinvolgenti. Inoltre i *deficit* che riguardano la capacità di distinguere se stessi dagli altri sembrerebbero essere contesto-dipendenti e indotti dallo stress (Fonagy & Luyten, 2009; Ripoll et al., 2013), motivo per cui una ricerca più approfondita su queste variabili potrebbe risultare molto utile per il trattamento di questo disturbo. Inoltre, l'incapacità di discriminare cos'è associato a se stessi da cosa riguarda gli altri sarebbe un elemento comune tra diversi DP e altre psicopatologie, quindi potrebbe risultare un *marker* transdiagnostico significativo (Ereira et al., 2018), a conferma della comorbidità presente tra il BPD e altri disturbi dell'area psicotica; tale aspetto, se approfondito, potrebbe risultare utile nella valutazione del BPD e non solo.

Tra gli studi riportati, la ricerca svolta da Nguyen e collaboratori (2021) è stata sviluppata su un approccio differente: registrare i cambiamenti nel grado di accordo sé-altro lungo un certo periodo valutato come significativo a priori (in questo caso, un periodo dell'età adolescenziale), al fine di valutare la diminuzione o l'aumento delle discrepanze tra i *self-* e *other-report*; anche questo studio però presentava diversi limiti: l'arco di tempo considerato era troppo breve e i momenti di valutazione sono stati troppo poco frequenti, nonostante lo scopo dello studio fosse proprio quello di indagare un periodo di tempo breve ma significativo. Gli autori di questo studio infine hanno

suggerito che ricerche future avrebbero dovuto approfondire il modo in cui il cambiamento del grado di accordo sé-altro nel tempo sia associato al variare delle caratteristiche individuali dei partecipanti, determinando i fattori sottostanti al cambiamento individuale che potrebbero spiegare anche la variabilità del grado di accordo.

Un grosso limite riportato in uno degli studi sull'accordo sé-altro è quello dell'incertezza rispetto al nesso causale tra il grado di accordo e il fenomeno indagato dallo studio, come ad esempio il livello di benessere o SWB (Dobewall et al., 2012): così come ci sono diversi predittori del livello di benessere individuale che possono essere indagati, allo stesso modo l'accordo sé-altro presenta dei predittori specifici, oltre al fatto che in ogni studio l'accordo sé-altro era misurato su una variabile specifica (in questo caso il livello di SWB).

Riguardo al trattamento per il BPD, il metodo principalmente utilizzato, da quanto emerso dagli studi di questo elaborato, risulta la DBT (Linehan, 1993). Nonostante ciò, nuove forme di trattamento di questo DP potrebbero svilupparsi intorno al fenomeno della dissociazione, centrale all'interno del BPD (APA, 2013), motivo per cui sarebbe opportuno che studi futuri approfondiscano, utilizzando le tecniche di *neuroimaging*, il fenomeno della dissociazione nel contesto di sintomi del disturbo diversi dalla disregolazione emozionale, come il processo decisionale impulsivo/rischioso e il funzionamento interpersonale. Spostare l'attenzione sull'indagine dei processi interpersonali (per esempio, la fiducia e l'elaborazione dei volti) potrebbe aiutare a comprendere meglio come la dissociazione possa influire sul funzionamento interpersonale nel BPD (Krause-Utz et al., 2021) e parallelamente sull'accordo sé-altro.

Le implicazioni cliniche di alcuni studi riportati riguardano alcune forme di trattamento come la musicoterapia e la terapia del movimento che aiuterebbero il paziente con BPD a mantenere un *focus* e un controllo sul suo corpo, fattore di supporto al mantenimento di un'idea di sé coerente e stabile (Meulmeester et al., 2021); d'altra parte, ritornando al tema della mentalizzazione nel BPD, per facilitare la capacità di integrazione di più punti di vista da parte del paziente, il trattamento dovrebbe prevedere riflessioni atte a evidenziare il modo in cui il punto di vista altrui possa aver influenzato il proprio, limitando la tendenza dei pazienti con BPD a reputare ogni pensiero come proprio (Sollberger et al., 2012).

Nella maggior parte degli studi, l'effetto del livello di conoscenza tra *target* e osservatore esterno è risultato essere un fattore significativamente influente sull'andamento dei punteggi degli *other-report* (Watson et al., 2000; Dobewall et al., 2012, 2014; Allik et al., 2010; Tandler et al., 2015), motivo per cui è auspicabile che studi futuri approfondiscano il ruolo di questo fattore (Watson et

al., 2000) dal momento che gli studi a riguardo sono esigui e datati (Paulhus & Bruce, 1992; Paulhus & Reynolds, 1995).

In conclusione, studi futuri sull'accordo sé-altro sono necessari non solo per mancanza di studi dedicati in letteratura, ma anche per la presenza di lacune metodologiche negli studi svolti che, in ogni caso, risultano troppo poco focalizzati sull'argomento. È auspicabile che le prossime ricerche riescano a coinvolgere partecipanti appartenenti ad un campione clinico di pazienti con BPD, così da poter impostare il disegno di ricerca sull'andamento del livello di accordo sé-altro caratterizzante questo specifico disturbo. Così facendo, i predittori del BPD, ampiamente studiati (Zanarini & Frankenburg, 1994, 1997, 2007; Linehan, 1933, 1993, 1997; Ball & Links, 2009; Cattane et al., 2017), sarebbero utili a stabilire a priori una linea di causalità secondo la quale indagare l'andamento dell'accordo sé-altro nell'arco di vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Alavi, N., Stephenson, C., & Rivera, M. (2021). Effectiveness of delivering dialectical behavioral therapy techniques by email in patients with borderline personality disorder: nonrandomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 8 (4), 27308. DOI: <https://doi.org/10.2196/27308>
- Albein-Urios, N., Martinez-Gonzalez, J.M., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-Garcia, A. (2014). Executive functions in cocaine-dependent patients with Cluster B and Cluster C personality disorders. *Neuropsychology* 28(1):84–90. DOI: 10.1037/neu0000007
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M. & Bagby, R. M. (2015). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current Status and Future Directions. *Journal of Personality Assessment*. 2016;98(1):62-81. DOI: 10.1080/00223891.2015.1107572
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- Anglin, D. M., Cohen, P. R., & Chen, H. (2008). Duration of early maternal separation and prediction of schizotypal symptoms from early adolescence to midlife. *Schizophrenia Research*, 103, 143–150. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.schres.2008.02.016>
- Armenti, N. A., & Babcock, J. C. (2021). Borderline personality features, anger, and intimate partner violence: An experimental manipulation of rejection. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: [org/10.1177/0886260518771686](https://doi.org/10.1177/0886260518771686)
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 63–68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>
- Bankoff, S., Karpel, M., Forbes, H., & Pantalone, D. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196–215. DOI: <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>
- Beeney, J.E., Hallquist, M.N., Ellison, W.D., & Levy, K.N. (2016). Self–other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 28-39.

DOI:10.1037/per0000127

Brem, M. J., Florimbio, A. R., Elmquist, J., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2017). Antisocial traits, distress tolerance, and alcohol problems as predictors of intimate partner violence in men arrested for domestic violence. *Psychology of Violence*, 8, 132–139. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000088>

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499. DOI:

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00174-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00174-8)

Boland, J.K., Damnjanovic, T., & Anderson, J.L. (2018) Evaluating the role of functional impairment in personality psychopathology. *Psychiatry Research*, 270,1017-1026. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.049>

Bottesi, G., Ghisi, M., Sica, C., & Freeston, M.H. (2016). Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 111-119.

DOI:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.014>

Cailhol, L., Pelletier, E., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, E., Paris, J. & Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001 -2012.

*The Canadian Journal of Psychiatry*. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743717700818>

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81–105. DOI:

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0046016>

Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>

Chen, K.W., Banducci, A.N., Guller, L., Macatee, R.J., Lavelle, A., & Daughters, S.B. (2011) An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug Alcohol Depend* 118(2–3):92–9. DOI:

[10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003)

- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227–257. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(4), 494–505. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1988.tb00232.x>
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., et al. (1994). *Temperament and Character Inventory: a guide to its development and use* (1<sup>st</sup> edition). Center for Psychobiology of Personality. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Colvin, C. R. (1993). “Judgable” people: Personality, behavior, and competing explanations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 861–873. DOI: 10.1037/0022-3514.64.5.861
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan’s theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Dobewall, H., Realo, A., Allik, J., Esko, T., & Metspalu, A. (2012). Self-Other Agreement in Happiness and Life-Satisfaction: The Role of Personality Traits. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, Springer, 114(2), 479–492. DOI: 10.1007/s11205-012-0157-y
- Dobewall, H., Aavik, T., Konstabel, K., Schwartz, S.H., & Realo, A., (2014). A comparison of self-other agreement in personal values versus the Big Five personality traits. *Journal of Research in Personality*, 50, 1–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2014.01.004>
- Eckhardt, C. I., Parrott, D. J., & Sprunger, J. G. (2015). Mechanisms of alcohol-facilitated intimate partner violence. *Violence Against Women*, 21, 939–957. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077801215589376>
- Esterberg, M.L., Goulding, S.M., & Walker, E.F. (2010). Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence; 32(4), 515–528. DOI:10.1007/s10862-010-9183-8
- Esbec, E., & Echeburua, E. (2010). Violence and personality disorder: Clinical and forensic implications. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 38, 249–261. PMID: 21116999.



Fonagy, P., Target, M., & Gergely G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *The psychiatric clinics of North America*, 23(1):103-22, VII-VIII. DOI: 10.1016/s0193-953x(05)70146-5.

Furnham, A., & Cheng, C. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227–246. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1010027611587>

Garvey, M. J., & Spoden, F. (1980). Suicide attempts in antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 21(2), 146–149. DOI: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(80\)90092-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(80)90092-9)

Haslam N. (2003) Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence. *Aust N Z J Psychiatry*; 37(6):696-704. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2003.01258.x. PMID: 14636384.

Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-V: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*, 25, 305–332. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305>

Hurzeler, T., Giannopoulos, V., Uribe, G., Louie, E., Haber, P., & Morley, K.C. (2021). Psychosocial interventions for reducing suicidal behaviour and alcohol consumption in patients with alcohol problems: a systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol and Alcoholism*, 56(1), 17–27. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/aaa094>

Human, L. J., Biesanz, J. C., Finseth, S. M., Pierce, B., & Le, M. (2014). To thine own self be true: Psychological adjustment promotes judgeability via personality–behavior congruence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 286–303. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0034860>

Juarros-Basterretxea, J., Herrero, J., Escoda-Menéndez, P., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2022). Cluster B Personality Traits and Psychological Intimate Partner Violence: Considering the Mediation Role of Alcohol. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3–4), NP1566–NP1587. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260520922351>

Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 657–674. DOI: [https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_133](https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/pedi_2014_28_133)

- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1438–1446. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1438>
- Kenny, D. A., & West, T. V. (2010). Similarity and agreement in self-and other perception: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 196–213. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1088868309353414>
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390. DOI: [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C. & Neale, J. M. (2017). Psicologia clinica – quinta edizione italiana condotta sulla tredicesima edizione americana. *I disturbi di personalità*, 15, 451-478. Isbn: 9788808520944
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256–261. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000169>
- Kwan, V. S. Y., John, O. P., Kenny, D. A., Bond, M. H., & Robins, R. W. (2004). Reconceptualizing individual differences in self-enhancement bias: An interpersonal approach. *Psychological Review*, 111, 94–110. DOI:10.1037/0033-295X.111.1.94
- Lakeman, R., King, P., Hurley, J., Tranter, R., Legget, A., Campbell, K., Herrera, C. (2022). Towards online delivery of Dialectical Behaviour Therapy: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing* (2022) 31, 843–856. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12976>
- Lazarus, S.A., Cheavens, J.S., Festa, F., Zachary Rosenthal, M. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: a systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*. 34(3):193-205. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.01.007.
- Levy, K.N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959–986. DOI: 10.1017/S0954579405050455
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K. M., Reynoso, J.S. and Weber, M. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-

Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6),1027–1040. DOI: 10.1037/0022-006X.74.6.1027

Linehan, Marsha M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–. DOI:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003

Lowenstein, J., Purvis, C., Rose, K. (2016). A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and risk of violence to others in a clinical and forensic sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 14–26. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0046-0>

Lynam, D. R., Caspi, A., Moffit, T. E., Wikström, P. O., Loeber, R., & Novak, S. (2000). The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending: The effects of impulsivity are stronger in poorer neighborhoods. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 563. DOI: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.4.563>

Lungu, A., Linehan, M.M. (2017). Dialectical Behavior Therapy: Overview, Characteristics, and Future Directions. *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, cap.18 (429-450). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00018-0>

Manna, V. (2012). Dimensional approaches to the psychopathology of personality: from personality disorder to personopathy? *Journal of Psychopathology*, 18(210-225). LINK: <https://old.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/03Manna1.pdf>

McCrae, R. R. (1982). Consensual validation of personality traits: Evidence from self-reports and ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 293–303. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.43.2.293>

McCrae, R.R., John, O.P. (1992) An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2):175-215.

DOI: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x.

Morey, L.C., Good, E.W., Hopwood, C.J. (2022) Global personality dysfunction and the relationship of pathological and normal trait domains in the DSM-5 alternative model for personality disorders. *Journal of Personality*; 90:34–46. DOI: <https://doi.org/10.1111/jopy.12560>

- Németh, N., Mátrai, P., Hegyi, P., Czéh, B., Czopf, L., Hussain, A., Pammer, J., Szabó, I., Solymár, M., Kiss, L., Hartmann, P., Szilágyi, Á.L., Kiss, Z., Simon, M. (2018). Theory of mind disturbances in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 270:143-153. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.08.049..
- Ozer, D. J., Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol.*, 2006, 57, 401-21. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>
- Paris, J., Nowlis, D., Brown, R. (1989) Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*;34:8-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674378903400103>
- Pompili, M., Ruberto, A., Girardi, P., Tatarelli, R. (2004) Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Annali Dell'istituto Superiore di Sanita*, 40(4):475-483. PMID: 15815115.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879–891. DOI: <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Quednow B., Hulka, L.M., Preller KH, Baumgartner MR, Eisenegger C, Vonmoos M. (2017) Stable self-serving personality traits in recreational and dependent cocaine users. *PLoS One* 12(3):e0172853. DOI: 10.1371/journal.pone.0172853
- Rizvi, S., Dimeff, L., Skutch, J. M., Carroll, D., & Linehan, M. M. (2011). A pilot study of the DBT Coach: An interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 42, 589-600. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.003>
- Rosenthal, M.Z., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., Lynch T.R., (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behav Res Ther.* ;43(9):1173-85. DOI: 10.1016/j.brat.2004.08.006.
- Ross, J. M., & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Family Violence*, 24(8), 607–617. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9259-y>
- Runeson B, Beskow, J. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:153-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005053-199103000-00007>

- Sandvik, E., Diener, E., Seidlitz, L. (1993). Subjective well-being: The convergence and stability of self-report and non-self-report measures. *Journal of Personality*, 61, 317–342. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-6494.1993.tb00283.x>
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. (2011) Personality disorders: a nation-based perspective on prevalence. *Innov Clin Neurosci*. Apr;8(4):13-8. PMID: [21637629](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21637629/)
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2010). Shame aversion and shame-proneness in Cluster C personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 197–205. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0017982>
- Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2004). Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico. *Materiale didattico scaricabile dal sito [www.scuolamaraselvini.it](http://www.scuolamaraselvini.it)*. LINK: [http://www.scuolamaraselvini.it/files/articoli/tratto\\_disfunzionale\\_pers.pdf](http://www.scuolamaraselvini.it/files/articoli/tratto_disfunzionale_pers.pdf)
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicoló, G., Pedone, R., Procacci, M., (2005). Metarepresentative Functions in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 690–710. DOI:10.1521/pedi.2005.19.6.690
- Sesar, K., Dodaj, A., & Simić, N. (2018). Mental health of perpetrators of intimate partner violence. *Mental Health Review Journal*, 23, 221–239. DOI: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2017-0028>
- Silani, G., Lamm, C., Ruff, C.C., Singer, T., (2013). Right supramarginal gyrus is crucial to overcome emotional egocentricity Bias in social judgments. *Journal of Neuroscience*. 33, 15466–15476. DOI: <https://doi.org/10.1523/Jneurosci.1488-13.2013>
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317–344. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>
- Sleep, C. E., Lamkin, J., Lynam, D. R., Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2019). Personality disorder traits: Testing insight regarding presence of traits, impairment, and desire for change. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(2), 123–131. DOI: <https://doi.org/10.1037/per0000305>
- Stone, B.M. (2022); The Pathogenesis of Borderline Personality Disorder: Evolution of Evidence and Treatment Implications for Two Prominent Models. *Psychological Reports*. 0(0). DOI: <https://doi.org/10.1177/00332941221127618>

- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 343–354. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000035>
- Tandler, N., Mosch, A., Wolf, A., Borkenau, P. (2015). Effects of personality disorders on self-other agreement and favorableness in personality descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 29, 213. DOI: [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_213](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_213)
- Tessner, K.D., Mittal, V., & Walker, E.F. (2009). Longitudinal study of stressful life events and daily stressors among adolescents at high risk for psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin* (in press). DOI:10.1093/schbul/sbp087
- Torgersen, S., Lygren, S., Oeien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J.(2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416–425. DOI: <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Torgersen, S., Myers, J., Reichborn-Kjennerud, T., Røysamb, E., Kubarych, T.S., Kendler, K.S. (2012). The heritability of Cluster B personality disorders assessed both by personal interview and questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 848–866. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.848>
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 355-380. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Turner, D., Sebastian, A., Tüscher, O. (2017) Impulsivity and Cluster B Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 19, 15. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0768-8>
- Simine Vazire; Erika N. Carlson (2010). Self-Knowledge of Personality: Do People Know Themselves? 4(8), 605–620. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2010.00280.x
- Vonmoos, M., Eisenegger, C., Bosch, O.G., Preller, K.H., Hulka, L.M, Baumgartner, M., Seifritz., E., Quednow, B.B. (2019) Improvement of Emotional Empathy and Cluster B Personality Disorder Symptoms Associated With Decreased Cocaine Use Severity. *Front. Psychiatry*, 10:213. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00213
- Westen, D., & Shelder, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosis personality disorders toward DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.109>

Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110–130. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>

Wilks, C., Lungu, A., Mizimori, B., Mann, A., & Linehan, M. (2016). Dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers: Development and evaluation. *Paper presented at the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII)*, Seattle. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.053>