

Approcci dimensionali alla psicopatologia di personalità: dal disturbo di personalità alla personopatia?

Dimensional approaches to the psychopathology of personality: from personality disorder to personopathy?

V. Manna

Dipartimento Salute Mentale, Azienda USL Roma H, Albano Laziale (Roma)

Summary

Aim

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) represents personality disorders in a categorical manner. This review briefly discusses the limitations of the current categorical model of personality disorders. An alternative view to the categorical approach is the dimensional perspective that personality disorders represent maladaptive variants of personality traits that merge into both normality and one another. The various proposals for “dimensionalizing” the personality pathology are discussed in the light of recent achievements in this field. A dimensional approach would ameliorate many of the problems associated with a categorical approach. This article reviews recent evaluations of dimensional approaches to the description of personality, personality disorders and psychopathology.

Methods

PubMed and PsycINFO (1970-2011) databases were searched for English language articles using the following keywords: categorical psychopathology, dimensional psychopathology, personality, personality disorders, personality traits and nosographic psychiatry. We reviewed papers that addressed the following aspects of personality disorders: personality traits, dimensional models of personality, dimensional assessment of personality pathology, aetio-epigenetic structure of traits delineating personality disorder and dimensional versus categorical classification of mental disorders covered by general psychopathology.

Results

Several dimensional models of personality disorders are presented in this short review.

Recent studies have identified four main factors that can be used to characterize disorders of personality. Herein, an integrated dimensional approach to the personality pathology is presented. One issue that still needs to be addressed is how to integrate these dimensions into the current classification system such that they will be accepted by both clinicians and psychopathologists. The clinical utility of the dimensional models must also be demonstrated. The development of a method that combines trait elevations and impairment associated with personality pathology is needed in order to define personality disorder from a dimensional perspective. Several issues must be addressed to facilitate the adoption of a dimensional model of personality disorder.

Conclusions

In this literature review, future directions are presented that might be useful to integrate different dimensional approaches. A review on this theme is timely and relevant in consideration of the upcoming DSM-V. Research and clinical evidence support the inclusion of this dimensional representation of personality disorders in the DSM-V, possibly as an adjunct to the traditional categorical classification framework. It is likely, therefore, that in addition to the classical description of categorical “Personality Disorder”, in the future there will be a more complex dimensional description of personality psychopathology: “Personopathy”? Although there may be some initial resistance to the incorporation of dimensional models in future diagnostic manuals, clinicians and researchers would benefit from a more reliable and valid representation of personality pathology and of psychopathology itself.

Key words

Psychiatric nosography • Categorical approach • Dimensional perspective • Personality traits • Personality disorders • Psychopathology

*Do not believe in anything simply because you have heard it.
Do not believe in traditions because they have been handed down for many generations.
Do not believe in anything because it is spoken and rumoured by many.
Do not believe in anything simply because it is found written in your books.
Do not believe in anything merely on the authority of your teachers and elders.
But after observation and analysis when you find that agrees with reason and it is conducive to the good and benefit of one and all: then accept it and live up to it. Siddhartha Gotama Sakiamuni Buddha, circa 600 a.C.*

(Kalama Sutta - Anguttara Nikaya Vol. 1, 188-193, P.T.S. Ed.)

Correspondence

Vincenzo Manna, via Quintilio Varo 133, 00174 Roma, Italia • Tel. +39 06 71584135 • +39 333 3625218 • E-mail: vi.manna@tiscali.it

Introduzione

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* dell'*American Psychiatric Association* nella sua terza edizione (DSM-III, APA, 1980) e nelle edizioni successive, (III, IV e IV-TR) ha operato una preliminare distinzione fra "tratti" e "disturbi" di personalità¹⁻³. Nell'ottica DSM, i *tratti di personalità* sono modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare, nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali importanti. Solo quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi, causando, quindi, una significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo oppure una sofferenza soggettiva, essi costituiscono *disturbi di personalità* (DP). La caratteristica essenziale di un DP, secondo il DSM, è un modello costante d'esperienza interiore e di comportamento, che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e si manifesta nell'ambito della cognitivtà, dell'affettività, del funzionamento interpersonale o del controllo degli impulsi. Questo modello è inflessibile e pervasivo, interessa un ampio spettro di contesti personali e sociali, determina un disagio clinicamente significativo o la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo o di altre aree importanti della vita dell'individuo. Si tratta di un quadro stabile e di lunga durata il cui esordio si può far risalire all'adolescenza o alla prima età adulta. La diagnosi di DP può non essere facile, poiché richiede una valutazione del modello di funzionamento a lungo termine dell'individuo, le cui particolari caratteristiche di personalità devono essere evidenti fin dalla prima età adulta. I tratti di personalità che definiscono questi disturbi devono anche essere tenuti distinti da caratteristiche che emergono in risposta a eventi stressanti, situazioni specifiche o a stati mentali transitori. Il concetto di sofferenza soggettiva può mancare in questa patologia, poiché le caratteristiche che definiscono un DP possono non essere considerate problematiche da parte dell'individuo (tratti egosintonici). Il DSM-III ha stabilito un sistema categoriale per la psicopatologia della personalità che si compone di DP, discreti, ciascuno con una serie distinta di criteri diagnostici. Anche se questo sistema diagnostico è stato ampiamente accettato ed è stato molto influente nella psichiatria mondiale, approcci alternativi e dimensionali alla patologia di personalità sono stati proposti, già da molti anni. Il DSM-IV-TR ha continuato a rappresentare i disturbi della personalità in modo categoriale, codificandoli secondo criteri di presenza/assenza di determinati segni o sintomi. In realtà, già nel DSM-IV-TR era riconosciuto che "una prospettiva alternativa all'approccio categoriale è il punto di vista dimensionale, per cui i disturbi della personalità potrebbero rappresentare varianti disadattive dei tratti di personalità che sfumano impercettibilmente nella normalità e l'un l'altro"³. Un co-

mitato congiunto dell'*American Psychiatric Association* e del *National Institute of Mental Health* incaricato di individuare le questioni pressanti per la prossima pubblicazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione (DSM-V), ha concluso che "vi è un chiaro bisogno di sviluppare modelli dimensionali per la loro utilità e per essere confrontati con le tipologie esistenti"⁴. Tale comitato ha rilevato, in particolare, la necessità di sviluppare un modello dimensionale dei DP. A questo fine, una conferenza internazionale ha rivisto l'evidenza empirica di un modello dimensionale dei DP, suggerendone l'implementazione⁵. In quest'articolo esamineremo i recenti sviluppi degli approcci dimensionali alla descrizione della personalità, della patologia di personalità e del rapporto tra psicopatologia e patologia di personalità. Questi argomenti hanno ricevuto negli ultimi anni crescente attenzione⁶. Discuteremo brevemente i limiti dell'attuale modello categoriale dei DP, quindi, valuteremo brevemente le proposte dimensionali alternative, avanzate per la patologia di personalità e discuteremo le più recenti scoperte relative a questi approcci. In seguito, saranno presentati, in breve, i principali modelli dimensionali di patologia della personalità che stanno ricevendo crescente attenzione, in ambito clinico e psicopatologico. Infine, discuteremo diverse questioni che devono essere affrontate per facilitare l'adozione di un modello dimensionale di DP nella pratica clinica. In particolare sarà affrontato, secondo un approccio dimensionale, il complesso rapporto tra patologia della personalità (disturbi di Asse II) e psicopatologia (disturbi di Asse I).

Disturbi di personalità: modelli categoriali e modelli dimensionali a confronto

Nel DSM-IV-TR, i DP sono definiti all'interno di un sistema tassonomico gerarchico e categoriale. I dieci DP descritti presentano una definizione politetica sulla base di circa sette/nove elementi, di cui un sottoinsieme deve essere presente, al fine di soddisfare la soglia diagnostica. Inoltre, il DSM-IV-TR presenta un sistema gerarchico con i disturbi della personalità raggruppati in tre *cluster*. Questo sistema categoriale offre diversi vantaggi pragmatici. Aiuta nella decisione clinica sul piano diagnostico (il paziente è portatore o no di un DP?) e sul piano terapeutico (va fornito o no un trattamento?). È relativamente facile da usare per scopi di comunicazione e di concettualizzazione. Molte informazioni possono essere trasmesse sotto una sola etichetta diagnostica, per quanto riguarda le caratteristiche, le relative condizioni e, indirettamente, per le possibili opzioni di trattamento. Purtroppo, insieme ai vantaggi sono stati evidenziati numerosi limiti e gravi problemi con il sistema di diagnosi categoriale dei disturbi della personalità⁶. Le categorie di DP sono piuttosto eterogenee per quanto riguarda i sintomi e le caratteristiche.

La comorbidità per i DP è la regola e non l'eccezione. Le diagnosi di DP, contraddicendo le premesse teoriche, non sembrano essere molto stabili nel periodo medio-lungo⁷. Risultati come questi suggeriscono che i DP possono non rappresentare distinte entità diagnostiche e che la loro classificazione categoriale non è ottimale.

L'approccio categoriale può generare confusione e sovrapposizione tra DP e quadri psicopatologici di Asse I al loro primo esordio. Esiste anche un'eccessiva comorbidità tra i diversi DP, soprattutto a causa della mancanza di confini ben definiti. Inoltre, la distinzione fra tratti di personalità in un *range* di normalità e DP è in gran parte arbitraria. In termini di selezione dei trattamenti i DP si sono dimostrati di limitata utilità per la scelta di uno specifico trattamento. Una diagnosi di DP, secondo il DSM-IV-TR, è scarsamente correlata, infatti, al tipo di trattamento che il paziente riceverà. Infine, l'attuale sistema fa un pessimo lavoro nel descrivere i disturbi della personalità che si incontrano nella pratica clinica. Il DP più comunemente diagnosticato, non a caso, è il DP "non altrimenti specificato" (NAS). Ciò si potrebbe interpretare come un vero segnale d'allarme circa la validità del sistema di classificazione DSM-IV-TR.

L'approccio dimensionale è stato descritto come particolarmente indicato per le diagnosi d'Asse II. I modelli dimensionali di personalità si sono sviluppati a partire dalle dimensioni biologiche di temperamento⁸ e dall'analisi fattoriale su set completi di tratti⁹. Essi forniscono valutazioni quantitative più affidabili tra valutatori diversi e nelle valutazioni seriate nel tempo. I modelli dimensionali contribuiscono a spiegare l'eterogeneità dei sintomi e la mancanza di chiari confini tra le diagnosi categoriali, rilevando il ruolo svolto dai sottostanti tratti di personalità. Le dimensioni, inoltre, conservano importanti informazioni sui tratti sottosoglia e sui sintomi che possono essere d'interesse clinico. Esse ci permettono di integrare le conoscenze scientifiche relative all'eziopatogenesi dei tratti di personalità e ai conseguenti disturbi dell'adattamento⁶.

Il termine "dimensionale" è usato per descrivere molti approcci diversi alla quantificazione della personalità, sana o patologica. In questa revisione, evidenzieremo i più comuni approcci "dimensionali".

Storicamente un primo tentativo è stato quello di "quantificare" ogni DP, indicando il grado in cui i singoli elementi diagnostici necessari per la diagnosi nella classificazione DSM, erano presenti. In realtà, è possibile quantificare semplicemente l'effettivo numero di criteri presenti per ogni disturbo della personalità, oppure indicare il grado in cui ogni singolo criterio per il disturbo è presente. In uno studio, la numerosità dei criteri di DP è risultata essere più attendibile nella previsione del danno funzionale rispetto alla semplice diagnosi categoriale¹⁰. Da questo punto di vista è stato sostenuto che fornendo

livelli di gravità quantitativi per la diagnosi DSM¹¹ o per le dimensioni della personalità¹² si potrebbe contribuire a risolvere molte delle problematiche sollevate dal modello categoriale.

Un'altra strategia quantificativa è stata proposta nella valutazione per confronto di quanto un caso clinico coincide con un caso prototipico, di quel particolare DP, secondo la classificazione DSM^{13 14}. Ad esempio, un paziente che presenta tutti i criteri diagnostici per un DP può essere definito come affetto da un DP "propriamente detto" o "prototipico", oppure se solo uno o due criteri diagnostici non sono presenti o comunque non raggiungono livelli soglia, si potrebbe parlare di DP "moderatamente presente". Si può parlare di DP "soglia", se è soddisfatta la sola soglia diagnostica, nonché di DP "sottosoglia" se i sintomi sono presenti ma sono appena al di sotto della soglia diagnostica. In tale prospettiva, si potrebbe anche diagnosticare la presenza di "tratti" di DP quando non più di 1-3 criteri diagnostici sono presenti e come DP "assente", se nessuno dei criteri diagnostici sono stati rilevati¹³. Quest'approccio apparentemente pragmatico e utile non risolve il problema della sovrapposizione tra diversi DP e tende a reificare le categorie diagnostiche esistenti⁵.

Un approccio dimensionale alternativo è stato tentato cercando di individuare i tratti di personalità, che stanno alla base dei DP, descritti secondo i criteri diagnostici DSM. Lungo queste linee di pensiero, alcuni ricercatori hanno effettuato analisi fattoriali, valutando quantitativamente i punteggi relativi ai singoli criteri dei diversi DP, al fine di rivelare le principali dimensioni a essi sottesi. In alternativa, alcuni ricercatori hanno condotto analisi di cluster volte a individuare i gruppi di pazienti che condividono specifiche caratteristiche di personalità. Purtroppo né l'analisi fattoriale né le analisi di cluster, applicate in questo contesto, hanno prodotto risultati coerenti e di utilità clinica^{15 16}. Altri ricercatori, invece, hanno raccolto sistematicamente le descrizioni dei sintomi e dei tratti, ritenuti rilevanti per i vari DP o, meglio, per la patologia della personalità a prescindere da costrutti categoriali DSM. Sui dati ottenuti e sulle valutazioni di questi sintomi o caratteristiche di personalità sono state eseguite analisi fattoriali. In questo modo sono state identificate le dimensioni principali alla base dei tratti e dei sintomi della patologia di personalità. Alcuni studiosi hanno individuato quattro fattori d'ordine superiore che sembrano rappresentare la gran varietà di caratteristiche e di sintomi associati alle personopatie: la disregolazione emozionale, il comportamento dissociale, l'inibizione (*inhibitedness*) e la compulsività^{17 18}. Come vedremo in seguito, quest'approccio ha acquisito una certa popolarità e un certo seguito, costituendo la base per un importante modello integrativo dimensionale, che potrebbe essere adottato dal DSM-V.

Quest'approccio più radicale ha utilizzato i tratti di personalità indipendentemente da tutti gli attuali sistemi di classificazione categoriale (DSM, ICD) non solo per caratterizzare, ma anche per ridefinire la personalità e la sua patologia. In altre parole, potrebbe essere possibile non utilizzare un modello già esistente di personalità per caratterizzare e definire la patologia della personalità, in senso non categoriale. Quest'approccio sembra fornire una serie di vantaggi. Utilizzando un approccio dimensionale ai tratti, è possibile ottenere una migliore comprensione anche degli attuali costrutti dei DP. I fattori che possono influenzare lo sviluppo dei principali tratti di personalità potrebbero, inoltre, essere integrati in specifiche teorie eziopatogenetiche. Le misure psicometriche di tratto, già esistenti, possono aiutare a individuare e definire patologie di personalità (personopatie?) che attualmente non sono rappresentate nei sistemi diagnostici categoriali. In una prospettiva di tratto la patologia di personalità potrebbe anche contribuire a integrare il temperamento infantile con gli aspetti della personalità adulta. Alcuni studi indicano una certa convergenza e, implicitamente, una certa continuità tra i domini principali di temperamento infantile e di tratti della personalità adulta¹⁹.

La patologia di personalità in ottica dimensionale

Tre diversi modelli dimensionali di personalità hanno raccolto particolare attenzione:

1. il modello psicobiologico del temperamento e del carattere a 7 fattori²⁰;
2. il modello a 18 fattori della patologia di personalità^{21,22};
3. il modello a 5 fattori (*Five Factors Model*, FFM)²³.

Ciascuno di questi modelli è stato esaminato in relazione ai dieci DP del DSM. In particolare, in uno studio è stata esaminata la validità comparativa di questi modelli nel predire i sintomi per le dieci patologie di personalità DSM. Utilizzando strumenti d'autovalutazione, con analisi di correlazione e con analisi di regressione lineare è stato evidenziato che tutti e tre i modelli presentavano associazioni statisticamente significative con i sintomi di DP^{24,25}.

I più diffusi e conosciuti approcci di tratto alla personopatia comprendono il modello a sette fattori di Cloninger^{20,26} e il modello a cinque fattori della personalità (FFM)^{27,28}.

1. Il modello psicobiologico a sette fattori di Cloninger

Nel 1987, Cloninger ha proposto un metodo sistematico per la descrizione clinica e la classificazione delle diverse caratteristiche, normali e abnormi, di persona-

lità, basato su di una teoria bio-sociale generale del temperamento²⁹.

Gli approcci alla nosografia categoriale DSM all'epoca vigente avevano, a suo giudizio, molteplici limiti concettuali e pratici, come, ad esempio:

- il fatto che un soggetto potesse avere tratti caratteristici di più di un DP, nonostante le categorie diagnostiche del DSM-III fossero specifiche e separate tra loro;
- la difficoltà e l'arbitrarietà della distinzione clinica fra tratti maladattivi di personalità e DP;
- la dipendenza da variabili situazionali e temperamentali dell'adattamento, per cui lo stesso temperamento può portare al successo in un ambiente e al disadattamento fino al DP in un altro;
- la considerazione che i criteri e le categorie usate per valutare la personalità variasse più in rapporto alle idee prevalenti del momento che non a dati di fatto, obiettivi e stabili;
- la constatazione che i diversi DP possono essere definiti più come prototipi o esempi che non come entità patofisiologiche distinte, con naturali confini diagnostici.

La teoria di Cloninger si fonda sui dati derivati da una serie di studi che vanno da quelli sulla familiarità a quelli sullo sviluppo longitudinale degli individui, da quelli psicometrici sulla struttura della personalità a quelli neurofarmacologici e neuroanatomici. Cloninger ha, perciò, ipotizzato l'esistenza di dimensioni geneticamente indipendenti, che presentano prevedibili pattern d'interazione nelle loro risposte adattive a specifici stimoli ambientali. Le dimensioni temperamentali secondo Cloninger sono: *Novelty Seeking* (NS) (ricerca della novità); *Harm Avoidance* (HA) (evitamento del danno); *Reward Dependence* (RD) (dipendenza dalla ricompensa); *Persistence* (Persistenza) (Tab. I).

Ognuna delle prime tre dimensioni riflette, secondo Cloninger, l'attività di tre sistemi cerebrali che regolano, rispettivamente, il comportamento d'attivazione, d'evitamento e di mantenimento e che sono espressione, rispettivamente, d'attività dopaminergica, serotoninergica e noradrenergica. Le prime tre dimensioni di personalità possono avere punteggi positivi (alti) e negativi (bassi) e possono definire, nelle loro correlazioni reciproche, tre piani cartesiani (NS/HA, NS/RD e HA/RD) nei quali si distribuiscono i diversi comportamenti in base ai punteggi nelle dimensioni che li definiscono. I punteggi alti e bassi nelle prime tre dimensioni danno luogo a 8 possibili combinazioni che potrebbero corrispondere, in ottica categoriale, a 8 diversi DP, per certi versi, analoghi a quelli tradizionali.

Per valutare le caratteristiche (normali e abnormi) di personalità secondo il suo modello, Cloninger ha definito il *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ)³⁰, uno strumento d'autovalutazione composto di 100 item

TABELLA I.Descrizione delle dimensioni temperamentali secondo Cloninger. *Description of the Cloninger's temperament dimensions.*

Dimensioni temperamentali	Descrizione
<i>Novelty Seeking</i> (NS) (ricerca della novità)	Una marcata tendenza verso l'allegria o l'eccitamento marcato in risposta a stimoli nuovi o a prospettive di gratificazione o di evitamento delle punizioni, tendenza all'attività esploratoria e alla ricerca di potenziali gratificazioni, così come all'evitamento attivo della monotonia e della potenziale punizione, impulsività decisionale e scarsa resistenza alle frustrazioni
<i>Harm Avoidance</i> (HA) (evitamento del danno)	La tendenza a rispondere intensamente a stimoli avversivi (di pericolo, di danno, comunque, negativi), così come a imparare a inibire il comportamento per evitare la punizione, evitamento delle novità (paura dell'ignoto), frustrante mancanza di gratificazione, scarsa resistenza agli stress fisici, tendenza all'anticipazione pessimistica
<i>Reward Dependence</i> (RD) (dipendenza dalla ricompensa)	Una tendenza ereditaria a rispondere intensamente a segnali di gratificazione (come segnali verbali d'approvazione sociale, affettiva, d'aiuto, ecc.), a mantenere comportamenti (o a evitarne l'estinzione) che sono stati associati a gratificazioni o all'evitamento della punizione, tendenza al sentimentalismo, ai comportamenti abitudinari, eccessivo attaccamento sociale, dipendenza dall'approvazione
<i>Persistence</i> (persistenza)	Perseveranza nonostante la fatica e la frustrazione

dicotomi (vero/falso) di cui, però, ne sono presi in considerazione 98 perché due – il 61° e il 71° – sono stati eliminati dalla computazione dei punteggi, anche se sono stati mantenuti nello strumento, per non alterare la sequenza degli item per le elaborazioni e l'archiviazione computerizzata.

Ognuna delle prime tre dimensioni indagate è composta di quattro dimensioni bipolari di secondo ordine:

- *Novelty Seeking* (NS): NS1 – eccitabilità esploratoria/rigidità stoica, NS2 – impulsività/riflessione, NS3 – stravaganza/riservatezza, NS4 – disordine/irreggimentazione;
- *Harm Avoidance* (HA): HA1 – ansia anticipatoria/ottimismo disinibito, HA2 – paura dell'incertezza/sicurezza, HA3 – diffidenza verso gli estranei/socievolenza, HA4 – affaticabilità e astenia/energia;
- *Reward Dependence* (RD): RD1 – sentimentalismo/insensibilità, RD2 – ostinazione/indecisione, RD3 – attaccamento/distacco, RD4 – dipendenza/indipendenza.

Gli studi normativi, oltre a confermare la struttura ternaria del temperamento proposta da Cloninger, sembravano indicare la presenza di una quarta dimensione distinta, indicata come *Persistence* (Persistenza) e definita come "perseveranza nonostante la fatica e la frustrazione". Questa dimensione, ritenuta inizialmente una componente della *Reward Dependence* successivamente non è risultata correlata con gli altri aspetti della RD e un ampio studio condotto su gemelli, ha confermato che ciascuno di questi quattro fattori temperamentali aveva un'ereditabilità compresa fra il 50 e il 65% ed era geneticamente omogeneo e indipendente dagli altri³⁰.

Secondo Cloninger, studi etologici hanno suggerito, inoltre, che l'apprendimento concettuale basato sull'insight evolve sulla base di un apprendimento pre-concettuale correlato al temperamento. L'apprendimento concettuale implica l'apprendimento di nuove risposte adattive come risultato della riorganizzazione concettuale dell'esperienza e della riorganizzazione del concetto di sé, poiché, nell'apprendimento basato sull'insight, le nostre risposte inconscie, automatiche, volte a iniziare, mantenere o sospendere un comportamento, inizialmente determinate dai fattori temperamentali genetici, possono essere successivamente modificate e condizionate dai cambiamenti, che la continua riorganizzazione del concetto di sé e d'identità provoca sul significato e sulla rilevanza degli stimoli. Lo sviluppo della personalità è, in quest'ottica, un processo nel quale i fattori temperamentali ereditari motivano inizialmente l'apprendimento cosciente e strutturano il concetto di sé, il quale, a sua volta, modula il significato e l'importanza degli stimoli ai quali l'individuo risponde. Temperamento e sviluppo del carattere s'influenzano reciprocamente e motivano il comportamento.

Tre sono gli aspetti principali dello sviluppo del concetto di sé, secondo Cloninger, che corrispondono alle tre dimensioni del carattere: *Self-Directedness* (Auto-direttività); *Cooperativeness* (Cooperatività); *Self-Transcendence* (Auto-trascendenza)^{20 31} (Tab. II). Partendo da questi presupposti e facendo riferimento anche alle teorie circa lo sviluppo della personalità, secondo la psicologia umanistica e transpersonale, Cloninger ha rielaborato il suo modello biosociale di personalità portando a sette le dimensioni per l'aggiunta alle quattro dimensioni tempe-

TABELLA II.Descrizione delle dimensioni caratteriali secondo Cloninger. *Description of the Cloninger's character dimensions.*

Dimensioni caratteriali	Descrizione
<i>Self-Directedness</i> (auto-direttività)	Identificazione di se stessi come individui autonomi
<i>Cooperativeness</i> (cooperatività)	Identificazione di se stessi come parte integrante di un gruppo sociale più o meno inclusivo, ma anche dell'umanità o della società
<i>Self-Transcendence</i> (auto-trascendenza)	All'identificazione di se stesso come parte integrante dell'insieme di tutte le cose (ad esempio, l'universo)

ramentali originali di tre dimensioni caratteriali. La *Self-Directedness* (SD), che ha come concetto di base la forza di volontà, la capacità del soggetto di controllare, regolare e adattare il comportamento nella maniera ottimale per l'individuo e per il raggiungimento degli obiettivi è considerata la determinante principale della presenza o assenza di un vero DP. La *Cooperativeness* (C), esprime tolleranza sociale, empatia, disponibilità all'aiuto, alla compassione. Una bassa C è presente in tutte le categorie di DP. La *Self-Transcendence* (ST), si riferisce all'identificazione con un insieme generale, una "coscienza unitaria" nella quale ogni cosa è parte di una totalità. Questa prospettiva può essere descritta come accettazione, identificazione o unione spirituale con la natura e con la sua origine. È più bassa nei pazienti psichiatrici (indipendentemente dalla presenza o meno di DP) rispetto alla popolazione generale.

Per la valutazione di questo modello è stato messo a punto il *Temperament and Character Inventory* (TCI)⁸, un questionario di autovalutazione che, nella sua versione più completa (versione 9), è composto da 240 item a risposta dicotoma (vero-falso). Di questi, 116 (di cui 89 ripresi direttamente dal TPQ e 27 aggiunti ex novo per migliorare l'affidabilità delle scale) esplorano le 4 dimensioni temperamentalmente (NS, HA, RD e P), 119 valutano le 3 dimensioni del carattere (SD, C e ST) e 5 sono indicatori della presenza di DP. La somma degli item segnati come "vero" fornisce il punteggio grezzo delle sette scale. I punteggi grezzi sono trasformati in punteggi standardizzati T che, riportati su di un grafico, forniscono un profilo di personalità del soggetto. Del TCI esiste anche una versione ridotta, di 125 item, che è utilizzata come strumento di screening per i DP^{32,33}.

2. Valutazione dimensionale della patologia di personalità

Il *Dimensional Assessment of Personality Pathology* (DAPP) si basa su una vasta ricerca di tratti e comportamenti, descritti dai clinici ed elencati in criteri diagnostici dalla letteratura specialistica, come fattori importanti per l'insorgenza dei DP³⁴. Il modello DAPP è composto di 69

tratti specifici, che definiscono 18 scale di personalità, le quali, a loro volta, formano una struttura a quattro fattori dimensionali principali: 1) disregolazione emozionale; 2) comportamento asociale; 3) inibizione; 4) compulsività. Il modello DAPP ha dimostrato un'alta convergenza sia con strumenti di valutazione della personalità normale sia con altri modelli di valutazione della patologia di personalità. La robustezza della struttura fenotipica a quattro fattori emerge come risultato degli effetti genetici pleiotropici di tratti specifici³⁵. Tuttavia, i tratti di personalità più specifici non possono essere ridotti alle dimensioni più ampie e inclusive, perché rimane una sostanziale varianza residua, su base ereditaria e ambientale, dopo che gli effetti delle dimensioni d'ordine superiore sono stati rimossi. Questo indica che i tratti patologici hanno una complessa eziologia, determinata da numerosi diversi fattori, sia genetici sia ambientali, che rendono altamente plausibile l'esistenza di distinte categorie di patologia della personalità³⁶. Un questionario di base per la Valutazione Dimensionale della Patologia di Personalità (DAPP-BQ) è stato strutturato e validato da Livesley e Jackson, impiegando una struttura dimensionale coerente con gli approcci più comuni alla corrente classificazione dei DP³⁷. La valutazione dimensionale della personalità con il DAPP-BQ è una misura rivoluzionaria in clinica, sostenuta da oltre 15 anni di ricerca empirica. Il questionario è stato progettato per valutare e contribuire a trattare i disturbi della personalità lungo il *continuum* da tratto lieve a manifestazioni estreme di tratto. Il DAPP-BQ è stato tradotto in diverse lingue ed è in linea con la ricerca emergente, che sostiene un approccio dimensionale alla patologia di personalità. Essa quantifica le caratteristiche primarie di personalità su 18 scale e fornisce informazioni specifiche di tratto, utili nella diagnosi clinica e nella pianificazione del trattamento. Il DAPP-BQ sembra essere un valido strumento per la selezione degli interventi e sembra capace di predirne, talora, i risultati. Esso fornisce una migliore comprensione dei comportamenti e dei sintomi, riduce le sovrapposizioni diagnostiche, aiuta i medici a capire, classificare e curare i DP. Facilita la descrizione dei tratti di personalità adattivi e può aiutare

TABELLA III.Dimensioni psicopatologiche valutate dalle scale DAPP-BQ. *Psychopathological dimensions assessed by the DAPP-BQ scales.*

Dimensioni psicopatologiche	Descrizione
Labilità affettiva	Le emozioni tendono a essere intense e instabili; frequenti cambiamenti di umore; reazioni emotive spesso estreme
Ansia	Facile insorgenza di timori, paure o preoccupazioni
Insensibilità	Disprezzo per i sentimenti e il benessere degli altri, mancanza di empatia e rimorso
Compulsività	Ricerca dell'ordine, bisogno di strutture sistematiche e organizzazione
Problemi di condotta	Tendenza a mostrare una serie di comportamenti antisociali e disprezzo per le norme sociali
Disregolazione cognitiva	Il pensiero tende a diventare disorganizzato, soprattutto nei momenti di stress, con idee e percezioni insolite
Problemi d'identità	Instabile senso di sé o d'identità
Attaccamento insicuro	Timore nelle relazioni affettive o d'attaccamento
Problemi d'intimità	Evitamento di ogni intimità
Affiliazione scarsa	Disinteresse o evitamento attivo di relazioni sociali e contatti, distacco sociale
Narcisismo	Forte bisogno d'attenzione e approvazione
Oppositività	Resistenza passiva alle aspettative di buona esecuzione delle attività attese
Rifiuto	Antagonismo, ostilità, critica
Espressione limitata	Soggetti emotivamente distanti e non comunicativi
Self-Harm	Tendenza agli atti d'autolesionismo, ricorrenti pensieri di suicidio
Ricerca degli stimoli	Bisogno di eccitazione e stimolazione, ricerca di sensazioni, comportamento avventato e impulsivo
Sottomissione	Anassertivi, diffidenti, necessitano degli altri per il sostegno, la guida e la rassicurazione
Sospettosità	Diffidenza verso altri, ipervigilanza verso i segni di minaccia interpersonale o di cattiva intenzione

le persone a comprendere i loro comportamenti, rivalutando gli eventi di vita passati, identificando i modelli di comportamento ricorrenti e, persino, anticipando ulteriori problemi (Tab. III).

Il DAPP-BQ si è dimostrato affidabile (coerenza interna) e valido (validità convergente) nella descrizione della patologia di personalità. Il DAPP oltre a essere uno strumento utile per la descrizione dimensionale di patologia di personalità si è dimostrato di facile integrazione con le classificazioni categoriali in uso³⁸.

3. Il modello di personalità "Big Five"

Il modello di personalità *Big Five* o *Five Factors Model* (FFM), prevede cinque ampi domini o dimensioni di personalità utilizzati per descrivere la personalità umana, sana o patologica. I grandi cinque fattori identificati sono: 1) apertura (*openness*); 2) coscienziosità (*conscientiousness*); 3) estroversione (*extraversion*); 4) gradevolezza (*agreeableness*); 5) nevroticismo (*neuroticism*). Il fattore nevroticismo è a volte indicato dal suo polo basso: "instabilità emotiva". Qualche disaccordo rimane su come interpretare il fattore *openness*, che è talvolta chiamato

"intelletto", piuttosto che apertura all'esperienza. Sotto ogni fattore, si trova un grappolo di tratti specifici correlati. Ad esempio, estroversione include qualità correlate come: socialità, assertività, ricerca dell'eccitazione, calore, attività ed emozioni positive³⁹.

I fattori *Big Five* e le loro caratteristiche costituenti possono essere descritti secondo modalità dicotomiche (Tab. IV).

Uno degli obiettivi fondamentali di tutta la ricerca in psichiatria e in psicologia è stato quello di identificare i tratti e la struttura della personalità umana sana e patologica. Il modello FFM è un approccio empirico, globale, basato su dati provenienti dalla ricerca. I cinque grandi fattori sono stati scoperti e definiti da molti gruppi indipendenti di ricercatori⁴⁰. Questi ricercatori hanno iniziato a studiare i tratti della personalità con l'analisi fattoriale e, successivamente, su centinaia di misure di questi tratti, raccolte con questionari di autovalutazione o mediante misure obiettive in contesti sperimentali, hanno cercato di individuare i fattori generali alla base della personalità. Nel 1961, Tupes e Christal⁴¹ hanno presentato un modello iniziale che è restato poco conosciuto, in ambito

TABELLA IV.

I fattori "Big Five" di personalità e la loro descrizione. "Big Five" factors of the personality and their description.

Fattori di personalità	Descrizione dicotomica
Apertura (<i>openness</i>)	Inventivo/curioso/innovatore vs. coerente/prudente/conservatore con diverso apprezzamento per l'arte, le emozioni, l'avventura, le idee insolite, le curiosità e la varietà delle esperienze
Coscienziosità (<i>conscientiousness</i>)	Efficiente/organizzato vs. facilone/trascurato con una diversa tendenza a mostrare l'autodisciplina, ad agire con lealtà e determinazione verso lo scopo, alla pianificazione dell'azione piuttosto che all'atto spontaneo
Estroversione (<i>extraversion</i>)	Estroverso/energico vs. solitario/riservato con diversa espressione di energia, emozioni positive, spontaneità e tendenza a cercare stimoli in compagnia di altri
Gradevolezza (<i>agreeableness</i>)	Amichevole/compassionevole vs. freddo/cattivo con diversa tendenza a essere compassionevole e cooperativo piuttosto che sospettoso e ostile verso gli altri
Nevroticismo (<i>neuroticism</i>)	Sensibile/nervoso vs. sicuro/sereno con diversa tendenza a vivere facilmente emozioni spiacevoli, come la rabbia, l'ansia, la depressione o la vulnerabilità

accademico, fino al 1980. Digman ha avanzato un suo modello di personalità a cinque fattori, nel 1990, modello che Goldberg ha, in seguito, implementato⁴⁰⁻⁴². Questi cinque domini sono stati identificati come ampi contenitori della stragrande maggioranza dei tratti di personalità, rappresentandone così la struttura di base. I cinque fattori forniscono un quadro ricco sul piano concettuale per l'integrazione di tutti i risultati della ricerca clinica e delle diverse teorie avanzate in psicologia della personalità. I *Big Five* sono stati anche identificati nel modello FFM di Costa e McCrae, nel 1992²³⁻²⁷, e definiti "fattori globali" di personalità da Russell e Karol nel 1994⁴³. Per diversi decenni, in modo indipendente, hanno lavorato su questo problema diversi gruppi di ricerca, identificando sostanzialmente gli stessi cinque grandi fattori. Tupes e Christal sono stati seguiti dal gruppo di Goldberg⁴⁴, da quello di Cattell⁴⁵ e da Costa e McCrae⁴⁶⁻⁴⁸. I diversi gruppi di ricerca hanno usato metodi diversi per identificare i cinque fattori, quindi ogni gruppo ha scoperto i cinque fattori denominandoli e definendoli in modo leggermente diverso. Tuttavia, tutti sono stati trovati essere, all'analisi fattoriale, altamente intercorrelati⁴⁹⁻⁵³. Naturalmente i cinque grandi fattori sono troppo ampi perché possano, da soli, spiegare o prevedere il comportamento individuale, mentre, in questo risultano molto più utili i tratti di livello inferiore. Molti studi hanno, infatti, confermato che, nel prevedere il comportamento reale, i tratti di primo livello, più numerosi, sono molto più efficaci⁵⁴. Nella descrizione di personalità del singolo individuo, questi tratti sono spesso presentati, come in antropometria fisica, sotto forma di punteggi percentili. Un punteggio di Estroversione al 20° percentile indica un sensibile bisogno di solitudine e tranquillità, mentre un punteggio di Coscienziosità all'80° percentile indica un forte senso di responsabilità e un forte bisogno d'ordine. Questi cluster di tratto vanno considerati aggregati statistici, senza

effetti determinanti sul profilo individuale di personalità. Le persone che evidenziano alti livelli di Apertura, in genere, possono essere descritti come curiosi, aperti alle emozioni, interessati all'arte e bendisposti alle innovazioni. Un particolare individuo, però, può avere un punteggio elevato di Apertura Generale, ma non essere interessato all'arte o alla poesia, oppure non essere necessariamente interessato all'esplorazione di nuovi ambiti culturali.

Le misure più diffusamente utilizzate nella valutazione dei *Big Five* comprendono sia elementi auto-descrittivi, sotto forma di frasi sia elementi lessicali, sotto forma di aggettivi⁵⁵⁻⁵⁶. A causa della lunghezza delle valutazioni basate su frasi o su descrizioni lessicali, sono stati sviluppati e validati questionari in forma breve, per l'uso in contesti clinici o di ricerca, tra cui un *International English Big-Five Mini-Marker* a 40 item⁵⁷ o un *Very Brief Measure of the Big Five Domains* a 10 item⁵⁸.

Nel 1980 Costa e McCrae svilupparono il *NEO Inventory*, uno strumento d'autovalutazione per lo studio di tre fattori ortogonali di personalità, *Neuroticism* (N), *Extraversion* (E) e *Openness to experience* (O) (nevroticismo, estroversione e apertura all'esperienza), ognuno articolato su sei aspetti. Nel 1985 furono aggiunte due scale per la valutazione di *Agreeableness* (A) e *Conscientiousness* (C) (Disponibilità e Coscienziosità) e il nuovo strumento prese il nome di *NEO Personality Inventory* (NEO-PI). Mediante l'analisi fattoriale dei dati raccolti con il NEO-PI furono isolati i 5 fattori e fu creata una scala ridotta, il *NEO FiveFactor Inventory* (NEO-FFI)⁵⁹, utilizzando i primi 12 item che saturavano (positivamente o negativamente) quei 5 fattori²⁷. Nel 1992, infine, gli Autori hanno messo a punto la *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R) che comprende un certo numero di item studiati appositamente per valutare, su basi scientifiche, la validità delle risposte su cui poggiano questi

strumenti (a partire dal NEO-PI). Il *Five-Factor Model of Personality* di Digman (1990) si è dimostrato nel tempo un modello universale e di notevole rilevanza pratica. Gli Autori hanno individuato 30 “caratteristiche” che, sulla base dell’esperienza clinica, meglio si prestano a definire i grandi cinque fattori di personalità^{23 27 40 46-48}. È stato dimostrato che tutti i DP descritti dal DSM-III sono correlati a uno o più dei cinque fattori e che questi fattori possono spiegare alcuni importanti aspetti dei DP, anche se non tutti⁶⁰.

Il modello a cinque fattori di personalità è uno strumento diffuso e conosciuto, utile per concettualizzare i principali tratti di personalità. I cinque settori principali di questo modello sono indicati anche come: 1) nevroticismo vs. stabilità emotiva; 2) estroversione vs. introversione; 3) apertura vs. chiusura (*closedness*) all’esperienza; 4) socievolezza (*agreeableness*) contro antagonismo interpersonale; 5) coscienziosità contro negligenza. La struttura gerarchica dei tratti FFM (con domini d’ordine superiore e sfaccettature d’ordine inferiore), è stata replicata su popolazioni cliniche e non cliniche, nonché in diverse culture⁶¹. Inoltre, l’evidenza suggerisce una base ereditaria e biologica sia per gli aspetti di ordine superiore sia per le sfaccettature dei tratti di personalità FFM⁶². Ciò indica che queste caratteristiche possono essere importanti fattori eziologici, con implicazioni per il trattamento. Un gran numero di studi ha dimostrato i rapporti tra costrutti FFM e disturbi categoriali di personalità²⁷. La maggior parte dei DP sono associati ad alti livelli di nevroticismo, introversione, antagonismo e negligenza. Ancora più importante, sembra che la patologia di personalità, descritta in termini non categoriali (personopatia), nel singolo individuo, può essere descritta già a livello delle relazioni esistenti tra le sfaccettature di tratto⁶³⁻⁶⁵.

4. Confronti sperimentali tra modelli dimensionali di patologia della personalità

In un recente studio è stata investigata la validità del modello psicobiologico di Cloninger e del modello a cinque fattori di personalità nel predire i DP secondo il DSM-IV. Nessun dei due modelli dimensionali si è rivelato superiore all’altro²⁴. L’analisi fattoriale confermativa (CFA) è stata utilizzata per determinare se la struttura latente sottostante gli elementi che compongono il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) Personality Psychopathology Five Scales*⁶⁶ era rappresentativa del modello che ha informato la loro identificazione teorica. I risultati della CFA hanno rivelato un buon adattamento tra il modello ipotizzato (PSY-5) e la latente struttura fattoriale ottenuta sia su campioni clinici (n = 284) che non clinici (n = 351). Inoltre, il modello PSY-5 si è rivelato essere migliore di un modello casuale a cinque fattori e di un modello a fattore unico. Le correlazioni tra le scale

di PSY-5 e una serie di scale per DP basate sul MMPI-2 hanno fornito ulteriori prove di validità convergente e discriminante⁶⁷. Ciascuno di questi modelli dimensionali è stato esaminato in relazione ai dieci DP nel DSM-IV-TR. In particolare in uno studio è stata esaminata la validità comparativa di questi modelli nel predire i sintomi per le dieci patologie di personalità DSM. Utilizzando strumenti d’autovalutazione, con analisi di correlazione e con analisi di regressione lineare è stato evidenziato che tutti e tre i modelli presentavano associazioni statisticamente significative con i sintomi di DP. La regressione lineare ha rivelato che il modello a 18 fattori (DAPP) aveva validità predittiva superiore al modello FFM e al modello a sette fattori di Cloninger per tutti e dieci i DP DSM²⁵.

5. Integrazione dei modelli dimensionali: quattro fattori comuni

I modelli dimensionali di personalità e di patologia della personalità pur essendo non sovrapponibili sono più simili tra loro di quanto non siano diversi⁶⁸. Numerosi modelli dimensionali di tratto concorrenti sono stati confrontati per l’inclusione probabile nella definizione diagnostica del DP nella prossima edizione del DSM. Diverse dimensioni sono state elaborate nei numerosi modelli messi a confronto^{5 69-71}.

Nei diversi modelli sono stati assegnati, spesso, nomi diversi a dimensioni di personalità simili. Talvolta, invece, le dimensioni proprie di alcuni approcci teorici possono corrispondere a combinazioni di dimensioni in altri modelli. Per esempio, i principali modelli propongono una dimensione che rappresenta *disregolazione emozionale/affettività negativa/nevroticismo*. Allo stesso modo, i diversi modelli includono una dimensione collegata a *estroversione/emotività positiva* e una dimensione più rilevante sul piano interpersonale relativa a *comportamento dissociale/antagonismo*. L’affinità tra le dimensioni *costrizione/compulsività/coscienziosità* è più che evidente. Quando i principali modelli dimensionali di personalità e di patologia della personalità sono stati confrontati empiricamente, queste dimensioni “condivise” sono emerse chiaramente^{4 26 72 73}. Potrebbe essere tempo per i “dimensionalisti” d’esplorare il modo in cui questi diversi modelli si confrontano l’un l’altro nella gerarchia di tratto, così come d’iniziare a integrare le scoperte empiriche, circa il ruolo di specifici fattori genetici, neurobiologici e psico-sociali nella formazione della personalità e nell’eziopatogenesi dei DP⁷⁴.

Verso DSM-V e oltre

Negli ultimi anni sono state raccolte numerose e chiare evidenze sperimentali a favore dei modelli dimensionali di patologia della personalità (personopatie) mentre po-

che prove convincenti sono risultate favorevoli al modello categoriale di descrizione diagnostico-statistica dei DP. Un approccio dimensionale risolverebbe i problemi del sistema categoriale DSM-IV-TR circa i DP, tra cui l'eccessiva e artefatta comorbidità, l'eterogeneità clinica dei pazienti inseriti nella stessa categoria diagnostica, le distinzioni diagnostiche talora inconsistenti e illusorie, nonché la scarsa descrittività della popolazione clinica nel suo insieme. Si pone, naturalmente, la questione di quale sistema dimensionale adottare. Come già accennato, c'è un certo accordo generale per la rilevanza di almeno quattro domini principali di funzionamento della personalità chiaramente legati alla patologia di personalità: 1) nevroticismo/affettività negativa/disregolazione emozionale; 2) estroversione/emotività positiva; 3) comportamento dissociale/antagonismo; 4) costrizione/compulsività/coscienziosità⁶. Questi domini di tratto di personalità sono stati studiati per decenni e hanno dimostrato di essere importanti, tanto nella personalità normale, quanto in quella patologica. Gli individui possono essere descritti usando le dimensioni maggiori, ma anche utilizzando le sfaccettature o sottotratti (*subtraits*) di queste dimensioni. Tale descrizione è coerente con l'evidenza che le caratteristiche di personalità degli individui differiscono in grado, non in natura. Inoltre, la ricerca ha evidenziato chiari correlati psicosociali, neurobiologici e genetici di questi tratti. L'integrazione di questi risultati della ricerca può essere di grande importanza nella ricerca dei fattori eziopatogenetici sottesi al disturbo, magari orientando specificamente il trattamento della patologia⁷⁴. È probabile che il passaggio dalla descrizione categoriale dei DP a una descrizione dimensionale, più solidamente fondata sull'evidenza, apra prospettive rivoluzionarie, nella descrizione clinico-diagnostica, in ogni ambito della psichiatria. Resta, tuttavia, ancora remota l'adozione condivisa e diffusa di un modello dimensionale di patologia di personalità. La prospettiva dimensionale dovrà essere accettata sia dagli psicopatologi, che studiano tali disturbi, sia dai clinici, che valutano e trattano queste condizioni⁷⁵⁻⁷⁷.

Esistono ancora diverse questioni da risolvere. Molti percepiscono i modelli dimensionali come più ingombranti e meno intuitivi nell'uso clinico. Molti preferiscono i sistemi categoriali, perché le decisioni cliniche richiedono scelte dicotomiche (diagnosi sì o no, trattamento sì o no). In realtà, un sistema dimensionale di diagnosi è utile in clinica perché si può facilmente convertire in un modello categoriale, applicando punteggi *cut-off* e punteggi "soglia". Non è possibile, invece, convertire agevolmente un sistema categoriale in senso dimensionale. Secondo Widiger et al.⁵ il campo dei DP dovrebbe essere rappresentato secondo un modello dimensionale, per tratti di personalità, inizialmente in aggiunta al sistema categoriale DSM, già in uso. Per adattarsi ai bisogni clinici i sistemi

dimensionali potranno prevedere, in futuro, non solo adeguati *cut-off* ma anche specifici algoritmi decisionali. Nella misura in cui i modelli dimensionali risulteranno capaci di fornire una descrizione più affidabile e valida della personalità, questi modelli saranno preferiti da clinici e ricercatori. Si pone, però, la questione di come possano essere stabiliti obiettivamente e condivisi i valori di *cut-off*⁷⁸. La maggior parte dei clinici e dei ricercatori è d'accordo nel considerare la patologia di personalità non semplicemente un insieme di rilievi quantitativi su pochi specifici tratti. I tratti di personalità, infatti, sono ritenuti disadattivi solo se causano disagio significativo o menomazione all'individuo, nel suo contesto socio-culturale. Quindi, un punteggio di *cut-off* che indichi solo il superamento di un certo livello di un tratto non è sufficiente. Un soggettivo disagio (*distress*) o una soggettiva menomazione (*impairment*) deve essere associata con il tratto in questione, ma cosa costituisce un disagio "significativo" o una menomazione "invalidante"? Sarà necessario lavorare sullo sviluppo di valide misure dell'angoscia correlata ai tratti di personalità, misure indispensabili, in questa prospettiva, per definire la personopatia propriamente detta. Un'altra questione importante è l'ampiezza della copertura diagnostica⁷⁸. È improbabile che i 10 disturbi "ufficiali" di personalità, secondo il DSM-IV-TR, rappresentino tutte le forme di patologia della personalità che il medico si trova a trattare⁷⁹. Non a caso il DP non altrimenti specificato (DP-NAS) rappresenta una delle diagnosi più frequenti, in molti e diversi contesti clinici. Ciò indica la necessità di prevedere altri DP nella nomenclatura diagnostica categoriale oppure, più opportunamente, l'adozione di modelli dimensionali, non strettamente correlati alle descrizioni DSM di DP, che possa facilitare la definizione di diverse e nuove personopatie, nonché ulteriori ricerche su questo tema. È probabile che importanti quadri di patologia della personalità (ad esempio, che fine hanno fatto i disturbi da personalità multipla?) siano stati trascurati proprio a causa dell'adesione al sistema diagnostico DSM. In ciò i modelli dimensionali possono offrire evidenti vantaggi.

Rapporti tra disturbi di personalità e psicopatologia

Personalità e psicopatologia possono relazionarsi tra loro in almeno tre modi diversi:

1. possono avere un ruolo propriamente eziologico o causale nello sviluppo l'uno dell'altro;
2. la personalità e la psicopatologia possono esercitare reciprocamente un ruolo patoplastico, influenzando l'una la presentazione clinica dell'altra;
3. possono condividere una comune sottostante eziopatogenesi (rapporti di *continuum* psicopatologico o di spettro)⁸⁰⁻⁸⁴.

Ognuna di queste possibili forme d'interrelazione presenta significative e specifiche implicazioni teoriche e cliniche⁸⁵.

1. Rapporti eziopatogenetici

Di primaria importanza per clinici e ricercatori è il rapporto eziopatogenetico eventualmente esistente tra personalità e psicopatologia. Questa relazione causale può essere bidirezionale. Il proprio caratteristico modo di pensare, sentire, comportarsi e relazionarsi con gli altri può contribuire allo sviluppo di un disturbo mentale, proprio come una malattia mentale grave o cronica può contribuire a fondamentali e persistenti cambiamenti di personalità. Gran parte della vasta letteratura sul rapporto tra personalità o DP e quadri psicopatologici descrive gli effetti della personalità nella genesi dei disturbi mentali. I tratti di personalità premorbosa in grado di fornire una vulnerabilità (o una resistenza) allo stress, aiutano a spiegare perché alcune persone crollano sotto gli stress della vita, mentre altre rimangono illese da situazioni fortemente traumatiche⁷⁴.

Il nevroticismo, per esempio, è un predittore particolarmente robusto di future risposte psicopatologiche agli stress della vita. Il contributo del nevroticismo allo sviluppo di problemi di salute fisica, all'insorgere di difficoltà finanziarie, al rompersi dei rapporti interpersonali e ad altri eventi negativi di vita si traduce, talora, in una notevole mole di stress, al quale le persone con alto nevroticismo sono già intrinsecamente più vulnerabili^{86 87}.

2. Patoplasticità

L'influenza della personalità sulla presentazione, l'aspetto o l'espressione della psicopatologia o viceversa può essere concettualizzata come un rapporto tipicamente patoplastico. Questa relazione è bidirezionale, in quanto la psicopatologia può variare nel suo aspetto a seconda dei tratti della personalità premorbosa di una persona. La comparsa di specifici tratti di personalità può allo stesso modo essere influenzata dalla presenza di una psicopatologia persistente in comorbidità. Il sostegno empirico a quest'ipotesi è fornito da studi che indicano la presenza di tratti di personalità di tipo perfezionistico e compulsivo in persone con anoressia, così come tratti di personalità impulsiva nei soggetti bulimici⁸⁸. Uno dei rapporti più ben documentati tra personalità e psicopatologia è l'effetto patoplastico della psicopatologia sull'aspetto, la presentazione o la percezione della personalità^{89 90}.

3. Relazioni di spettro

L'identificazione di relazioni patoplastiche o eziologiche tra personalità e psicopatologia è inficiata dalla possibilità che entrambi non siano entità distinte. Possono invece esistere lungo uno spettro comune di funzionamento.

Tutti i DP possono, infatti, essere varianti disadattive di tratti generali di personalità e alcuni DP potrebbero essere solo l'insorgenza precoce o la variante pervasiva e cronica di altri disturbi mentali⁸¹⁻⁸³. Un rapporto di spettro può esistere anche tra DP e altri disturbi mentali. In realtà, per il DSM-V è stato proposto addirittura di abbandonare del tutto la classificazione dei DP, riportando i DP all'interno delle altre diagnosi di Asse I⁹¹.

Psicopatologia dimensionale

Con l'avvento del DSM-III, nel 1980, nel contesto della psicopatologia moderna, le sindromi cliniche sono state separate dai DP. Questa divisione ha portato alla rilevazione di una sostanziale sovrapposizione tra i disturbi di Asse I (sindromi cliniche) e disturbi di Asse II (DP), ma ha anche evidenziato una sostanziale continuità di spettro tra aspetti di personalità normale e patologica. Anna Lee Clark nel 2005 ha cercato una base unificante, per DP e psicopatologia, nel temperamento⁹². Dal suo punto di vista la personalità e la psicopatologia possono essere visti come domini correlati, sebbene la natura precisa di questa correlazione resti poco chiara. L'autrice, sulla base di un'ampia letteratura scientifica su questi temi, ha proposto un quadro integrativo per spiegare le relazioni tra personalità e psicopatologia basandosi sui temperamenti. Tre principali innate dimensioni di temperamento sono state identificate e descritte: 1) affettività negativa; 2) affettività positiva; 3) disinibizione. Secondo Clark, la loro differenziazione avverrebbe durante i processi dello sviluppo, modulati da fattori sia biologici sia ambientali. I tratti, alla base della struttura di personalità, inoltre, potrebbero essere considerati fattori di rischio (diatesi) per la psicopatologia, soprattutto in rapporto a esperienze di vita sfavorevoli (stress). Il concetto di tratto è stato ampiamente utilizzato nella ricerca psicopatologica, ma gran parte di questa ricerca ha preso in considerazione solo le implicazioni sulla struttura dimensionale di personalità. Molti critici hanno sottovalutato l'importanza di questa ricerca strutturale, sostenendo che: 1) pochi progressi sono stati compiuti in questo settore; 2) i modelli strutturali hanno poca rilevanza diretta per la ricerca psicopatologica; 3) il principale strumento metodologico della ricerca strutturale, l'analisi fattoriale, è poco utile nel fornire risultati significativi sul piano clinico. Watson et al. hanno contrastato ciascuna di queste obiezioni. In particolare, hanno offerto un modello integrativo gerarchico, composto di 4 tratti, congruente con una visione integrata della struttura di personalità. Le implicazioni di questo schema integrativo di tratto per la ricerca di base, per la concettualizzazione e la valutazione della psicopatologia e nella ricerca eziologica delle malattie mentali erano già evidenti, nel 1994⁹³.

Alcuni Autori hanno fornito un resoconto completo

del significato di comorbidità tra i disturbi mentali del DSM-IV. Il loro contributo include il confronto delle ipotesi circa la sequenza di sviluppo delle comorbidità⁸¹. Un'ipotesi è che i disturbi specifici siano coinvolti in specifici modelli di sviluppo della comorbidità⁸²⁻⁸³. Per esempio, un disturbo ossessivo-compulsivo può, in genere, essere un disturbo primario, che porta chi ne è affetto ad avere pochi contatti sociali a causa della natura debilitante dei sintomi. La diminuita partecipazione sociale, in genere, contribuisce allo sviluppo di un episodio depressivo maggiore, secondario, in persone che hanno una diagnosi primaria di disturbo ossessivo-compulsivo. Numerose evidenze cliniche rendono plausibile questo modello interpretativo. Un'ipotesi contrastante è che i modelli specifici di associazione tra i disturbi nel corso del tempo siano istanze specifiche di processi più generali. Questa ipotesi prevede l'esistenza di fattori eziologici e patogenetici comuni all'espressione di diverse entità psicopatologiche, presenti nello stesso paziente in comorbidità, anche se si manifestano in sequenze temporali diverse e specifiche⁹⁴⁻⁹⁵.

La valutazione empirica delle strutture latenti dimensionali e categoriali sta diventando di fondamentale importanza in clinica e in psicopatologia. L'importanza di sviluppare un accurato sistema di classificazione per la psicopatologia è stata da tempo riconosciuta, anche se gran parte di questo lavoro è iniziato dando preferenza "a priori" ai costrutti categoriali, rispetto a quelli dimensionali. I più recenti progressi statistici permettono ora di confrontare empiricamente i modelli di psicopatologia categoriali rispetto a quelli dimensionali. I modelli di classificazione possono essere basati su evidenze empiriche piuttosto che su preferenze "assiomatiche". Mentre i sistemi di classificazione attuali concettualizzano i disturbi mentali in termini di entità distinte, essi possono essere meglio concettualizzati come dimensioni psicopatologiche con ricadute cliniche, di ricerca e di trattamento molto positive⁹⁶⁻⁹⁷. Si sta andando verso un approccio dimensionale e psicometrico alla concettualizzazione in psicopatologia. La maggior parte delle ricerche moderne sulla psicopatologia è inserita in un modello categoriale dei disturbi mentali, come il DSM. Tuttavia, il modello categoriale proposto da DSM non è compatibile con numerose e robuste osservazioni empiriche, circa le varianti psicopatologiche, come la forte tendenza, che disturbi mentali putativamente distinti tendano a verificarsi nelle stesse persone. L'obiettivo di alcuni studiosi è diventato, di recente, il delineare una potenziale alternativa all'approccio categoriale del DSM: un approccio dimensionale e psicometrico per concettualizzare e studiare tutta la psicopatologia. Alcune tecniche statistiche moderne possono essere utilizzate proficuamente nell'ambito della descrizione dimensionale della psicopatologia⁹⁸.

Conclusioni e prospettive

La ricerca sulla psicopatologia è a un bivio storico. Le nuove tecnologie offrono la promessa di progressi duraturi nella nostra comprensione delle cause della sofferenza psichica umana. Per fare il miglior uso di queste nuove tecnologie è necessario, tuttavia, un modello empirico accurato di psicopatologia. Gran parte della ricerca corrente è basata sul modello di psicopatologia, definito nelle diverse edizioni DSM. Sebbene esse siano state fondamentali nel portare avanti la ricerca in psicopatologia, il progresso della ricerca sta minando le ipotesi di fondo su cui è costruito il sistema diagnostico categoriale DSM, cioè che tutte le forme di psicopatologia siano entità nosografiche diverse e discrete.

Le neuroscienze hanno un ruolo fondamentale, in quest'ambito, per le implicazioni conseguenti ai nuovi sviluppi della ricerca e le sfide concettuali che ne derivano. In particolare, in un prossimo futuro, le prospettive della ricerca genetica sul comportamento e sullo sviluppo dei tratti di personalità potrebbero essere fondamentali per informare lo sviluppo di un modello dimensionale empirico di psicopatologia che costituirebbe un'evoluzione del DSM⁹⁹. Le categorie politetiche, su cui è stata costruita la psicopatologia moderna, sono state intensamente studiate alla ricerca di un'eziopatogenesi alla base delle specifiche psicopatologie categoriali DSM¹⁰⁰. Queste ricerche hanno dimostrato che le categorie diagnostiche erano solo descrizioni sindromiche e non rappresentavano genuine entità patologiche, con sottesi comuni meccanismi eziopatogenetici. Inoltre le categorie DSM presentavano limitazioni significative, come la comorbidità sostanziale tra categorie distinte e una forte eterogeneità all'interno della stessa categoria. La ricerca si è, perciò, concentrata su obiettivi diversi dalle categorie politetiche DSM, già da qualche decennio¹⁰¹⁻¹⁰⁶.

Gli obiettivi della ricerca di genetica molecolare sono diventati i comportamenti umani, piuttosto che le diagnosi categoriali. In particolare, le strategie perseguite in epidemiologia genetico-molecolare umana hanno evidenziato i vantaggi concettuali derivanti dall'adozione dei fenotipi dimensionali. I fenotipi dimensionali si sono dimostrati di utilità nella caccia ai polimorfismi genetici associati con il rischio e/o la resistenza alle malattie mediche. Questi approcci sembrano promettenti anche in ambito psicopatologico per una migliore comprensione delle varianti specifiche molecolari che contribuiscono sia al rischio sia alla resistenza.

Non si può non essere ottimisti sul futuro dei modelli dimensionali di patologia della personalità. Negli ultimi due decenni, i ricercatori hanno dimostrato che i principali modelli dimensionali, basati sui tratti di personalità, sono effettivamente utili nella pratica clinica e stimolanti sul piano scientifico. Sono state identificate, così, quat-

tro dimensioni più rilevanti per la patologia di personalità. Infine, i ricercatori hanno cominciato a sottolineare la necessità di correlare le informazioni relative ai tratti di personalità con l'evidenza clinica di un significativo disagio soggettivo o menomazione, indispensabile per la corretta definizione di personopatia⁵. Un maggiore utilizzo delle dimensioni psicopatologiche potrebbe essere un'importante caratteristica della prossima edizione del DSM. Dimensioni trasversali di sintomo potrebbero descrivere le caratteristiche del paziente trans-nosografico¹⁰⁷. Dimensioni di gravità potrebbero essere utili per la maggior parte o per tutti i disturbi categoriali. Una rilevante revisione nella valutazione della personalità e nella diagnosi di DP potrebbe avere un substrato dimensionale. In particolare, il gruppo di lavoro su personalità e disturbi della personalità ha proposto una serie di tratti, insieme a una descrizione dimensionale della disfunzione e della gravità dei DP, che verosimilmente andranno a sostituire la serie di criteri politetici propri del DSM-IV-TR¹⁰⁰. Anche se gli approcci dimensionali aiutano a risolvere concettualmente e/o empiricamente una serie di problemi, con l'attuale sistema di diagnosi, rimane il problema di impostare valori di *cut-off* condivisi a fini diagnostici. Per molti scopi, la determinazione del dove esattamente collocare valori soglia o valori di *cut-off* non è critica, ma per altri scopi, medico-legali o burocratico-amministrativi, determinare se un individuo ha o non ha un DP può essere importante. Vari fattori devono essere considerati nella definizione delle soglie per la diagnosi e per gli altri scopi clinici e legali²⁵. Anche se il campo d'applicazione dei modelli dimensionali è stato limitato alla descrizione sindromica dei DP molti tratti identificati sono evidenziabili nell'intera gamma di caratteristiche normali e anormali di personalità.

Nella progettazione di future strutture dimensionali complete, la ricerca dovrà massimizzare l'utilità clinica e la validità predittiva del modello proposto. Dovrà, inoltre, scegliere un modello coerente con una rete teorica di DP, in particolare, correlandoli, se e quando possibile, a stabili basi biologiche. Inoltre, un modello dimensionale dovrebbe contribuire a spiegare gli alti tassi di comorbidità tra disturbi di Asse I e di Asse II. Secondo un approccio dimensionale, i DP sono varianti disadattive della funzione generale della personalità. Questa prospettiva offre una serie di vantaggi. I modelli dimensionali possono, inoltre, offrire continuità fra tratti, dimensioni e disturbi psicopatologici, in modo simile alle più recenti concettualizzazioni sulle patologie croniche in medicina, come l'ipertensione e il diabete. I modelli dimensionali possono essere più coerenti con le scoperte della genetica e della neurobiologia. Rimane, tutt'oggi, una sfida decidere quale sia il "migliore" modello dimensionale, in ambito teorico e nelle sue applicazioni cliniche¹⁰⁸.

La nostra speranza è che i cambiamenti nel DSM-V pos-

sano essere ispirati agli ultimi progressi, nell'ambito della ricerca, sin qui sinteticamente illustrati. Ciò potrebbe rappresentare un effettivo miglioramento nella diagnosi di patologia della personalità e facilitare l'adozione di migliori e più efficaci strumenti terapeutici. È probabile, perciò, che a integrazione della classica descrizione categoriale dei "DP" dovremo in futuro avere una più complessa descrizione dimensionale della psicopatologia di personalità: le "Personopatie". Anche se si può prevedere qualche resistenza iniziale all'introduzione di modelli dimensionali, nei futuri manuali diagnostici, i clinici e i ricercatori potrebbero trarre notevoli vantaggi da una rappresentazione più affidabile e valida della patologia di personalità e, in prospettiva, della psicopatologia generale stessa¹⁰⁹⁻¹¹¹.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- 4 Rounsaville BJ, Alarcon RD, Andrews G, et al. *Basic nomenclature issues for DSM-V*. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE, editors. *A research agenda for DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2002, pp. 1-29.
- 5 Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, et al. *Personality disorder research agenda for the DSM-V*. *J Personal Disord* 2005;19:315-38.
- 6 Trull TJ, Durrett CA. *Categorical and dimensional models of personality disorder*. *Ann Rev Clin Psychol* 2005;1:355-80.
- 7 McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, et al. *Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of Axis II disorders*. *Am J Psychiatry* 2005;162:883-9.
- 8 Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, et al. *Temperament and Character Inventory: a guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality Department of Psychiatry, Washington University 1994.
- 9 Widiger TA. *Millon's dimensional polarities*. *J Personality Assess* 1999;72:365-89.
- 10 Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, et al. *Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment*. *Am J Psychiatry* 2005;162:1919-25.
- 11 Brown TA, Barlow DH. *Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and*

- beyond: comment on the special section. *J Abnorm Psychol* 2005;114:551-6.
- ¹² Tyrer P. *The problem of severity in the classification of personality disorder*. *J Personal Disord* 2005;19:309-14.
- ¹³ Oldham JM, Skodol AE. *Charting the future of Axis II*. *J Personal Disord* 2000;14:17-29.
- ¹⁴ Westen D, Shedler J, Bradley R. *A prototype approach to personality disorder diagnosis*. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.
- ¹⁵ Durrett CA, Westen D. *The structure of Axis II disorders in adolescents: a cluster- and factor-analytic investigation of DSM-IV categories and criteria*. *J Personal Disord* 2005;19:440-61.
- ¹⁶ Nestadt G, Hsu FC, Samuels J, et al. *Latent structure of DSM-IV personality disorder criteria*. *Compr Psychiatry* 2006;47:54-62.
- ¹⁷ Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. *Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:941-8.
- ¹⁸ Clark LA, Livesley WJ, Schroeder ML, et al. *The structure of maladaptive personality traits: convergent validity between two systems*. *Psychol Assess* 1996;8:294-303.
- ¹⁹ Mervielde I, De Clercq B, De Fruyt F, et al. *Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders*. *J Personal Disord* 2005;19:171-201.
- ²⁰ Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. *A Psychobiological Model of Temperament and Character*. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.
- ²¹ Livesley WJ. *Trait and behavioral prototypes of personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1986;143:728-32.
- ²² Livesley WJ, Jackson DN. *The internal consistency and factorial structure of behaviours judged to be associated with DSM-III personality disorders*. *Am J Psychiatry* 1986;143:1473-4.
- ²³ Costa PT, McCrae RR. *Normal personality assessment in clinical practice: the NEO Personality Inventory*. *Psychol Assess* 1992;4:5-13.
- ²⁴ De Fruyt F, De Clercq BJ, van de Wiele L, et al. *The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions*. *J Pers* 2006;74:479-510.
- ²⁵ Bagby RM, Marshall MB, Georgiades S. *Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample*. *J Pers Disord* 2005;19:53-67.
- ²⁶ Farabaugh A, Ongur D, Fava M, et al. *Personality disorders and the Tridimensional Personality Questionnaire factors in major depressive disorder*. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:747-50.
- ²⁷ Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO-Personality Inventory NEO-PI-R and NEO Five Factor Inventory FFI manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 1992.
- ²⁸ Widiger TA, Costa PT. *Five-factor model personality disorder research*. In: Costa PT, Widiger TA, editors. *Personality disorders and the five-factor model of personality*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association 2002, pp. 59-87.
- ²⁹ Cloninger CR. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal*. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-88.
- ³⁰ Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. *The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data*. *Psychol Rep* 1991;69:1047-57.
- ³¹ Cloninger CR, Svrakic DM. *Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment*. *Psychiatry* 1997;60:120-41.
- ³² Cloninger CR. *Completing the psychobiological architecture of human personality development: Temperament, Character, & Coherence*. In: Staudinger UM, Lindenberger UER, editors. *Understanding human development: dialogues with lifespan psychology*. Boston: Kluwer Academic Publishers 2003, pp. 159-82.
- ³³ Fossati A, Cloninger CR, Villa D, et al. *Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample*. *Compr Psychiatry* 2007;48:380-7.
- ³⁴ Livesley WJ. *The dimensional assessment of personality pathology (DAPP) approach to personality disorders*. In: Strack S, editor. *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer 2006, pp. 401-29.
- ³⁵ Livesley WJ, Jang KL. *Genetic contributions to personality structure*. In: Strack S, editor. *Handbook of personality and psychopathology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons 2005, pp. 103-9.
- ³⁶ Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN, et al. *Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder*. *Am J Psychiatry* 1993;150:1826-31.
- ³⁷ Livesley WJ, Jackson DN. *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*. SIG-MA Assessment Systems, Inc. 2002-2011.
- ³⁸ Livesley WJ. *A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder*. *J Pers Disord* 2007;21:199-224.
- ³⁹ Matthews G, Deary IJ, Whiteman MC. *Personality Traits*. Cambridge: University Press 2003.
- ⁴⁰ Digman JM. *Personality structure: Emergence of the five-factor model*. *Annu Rev Psychol* 1990;41:417-40.
- ⁴¹ Tupes EC, Christal RE. *Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. Technical Report ASD-TR-61-97*. Lackland Air Force Base, TX: Personnel Laboratory, Air Force Systems Command 1961.
- ⁴² Goldberg LR. *The structure of phenotypic personality traits*. *Ame Psychol* 1993;48:26-34.
- ⁴³ Russell MT, Karol D. *16PF Fifth Edition administrator's manual*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing 1994.
- ⁴⁴ Peabody D, Goldberg LR. *Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors*. *J Pers Soc Psychol* 1989;57:552-67.
- ⁴⁵ Cattell HEP, Mead AD. *The 16 Personality Factor Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing 1994.

- naire (16PF). In: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske DH, editors. *Handbook of personality theory and testing*. Vol. 2: *Personality measurement and assessment*. London: Sage 2007.
- 46 Costa PT, McCrae RR. *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 1985.
- 47 McCrae RR, Costa PT. *Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers*. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:81-90.
- 48 McCrae RR, John OP. *An introduction to the five-factor model and its applications*. *J Pers* 1992;60:175-215.
- 49 Finholt TA, Olson GM. *From laboratories to collaboratories: a new organizational form for scientific collaboration*. *Psychol Sci* 1997;8:28-36.
- 50 Carnivez GL, Allen TJ. *Convergent and factorial validity of the 16PF and the NEO-PI-R*. Washington, DC: Annual Convention of the American Psychological Association 2005.
- 51 Conn S, Rieke M. *The 16PF Fifth Edition technical manual*. Champaign, IL: Institute for Personality & Ability Testing 1994.
- 52 Cattell HE. *The original big five: a historical perspective*. *Eur Rev Appl Psychol* 1996;46:5-14.
- 53 Grucza RA, Goldberg LR. *The comparative validity of 11 modern personality inventories: predictions of behavioral acts, informant reports, and clinical indicators*. *J Pers Assess* 2007;89:167-87.
- 54 Mershon B, Gorsuch RL. *Number of factors in the personality sphere: does increase in factors increase predictability of real-life criteria?* *J Pers Soc Psychol* 1988;55:675-80.
- 55 De Fruyt F, McCrae RR, Szirmák Z, et al. *The Five-Factor personality inventory as a measure of the Five-Factor Model: Belgian, American, and Hungarian comparisons with the NEO-PI-R*. *Assessment* 2004;11:207-15.
- 56 Goldberg LR. *The development of markers for the Big-five factor structure*. *J Pers Soc Psychol* 1992;59:1216-29.
- 57 Thompson ER. *Development and validation of an international English big-five mini-markers*. *Pers Individ Diff* 2008;45:542-8.
- 58 Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB. *A very brief measure of the Big-Five personality domains*. *J Res Pers* 2003;37:504-28.
- 59 Costa PT, McCrae RR. *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 1989.
- 60 Yeung AS, Lyons MJ, Waternaux CM, et al. *The relationship between DSM-III personality disorders and the five-factor model of personality*. *Compr Psychiatry* 1993;34:227-34.
- 61 Allik J. *Personality dimensions across cultures*. *J Pers Disord* 2005;19:212-32.
- 62 Jang KL, McCrae RR, Angleitner A, et al. *Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: support for a hierarchical model of personality*. *J Pers Soc Psychol* 1998;74:1556-65.
- 63 Dyce JA, O'Connor BP. *Personality disorders and the five-factor model: a test of facet-level predictions*. *J Pers Disord* 1998;12:31-45.
- 64 Miller JD, Bagby RM, Pilkonis PA. *A comparison of the validity of the five-factor model (FFM) personality disorder prototypes using FFM self-report and interview measures*. *Psychol Assess* 2005;17:497-500.
- 65 Trull TJ, Widiger TA, Burr R. *A structured interview for the assessment of the five factor model of personality: facet-level relations to the Axis II personality disorders*. *J Pers* 2001;69:175-98.
- 66 Harkness AR, McNulty JL, Ben-Porath YS. *The personality psychopathology five (PSY-5): constructs and MMPI-2 scales*. *Psychol Assess* 1995;7:104-14.
- 67 Bagby RM, Ryder AG, Ben-Dat D, et al. *Validation of the dimensional factor structure of the personality psychopathology five in clinical and nonclinical samples*. *J Pers Disord* 2002;16:304-16.
- 68 Widiger TA, Simonsen E. *Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground*. *J Pers Disord* 2005;19:110-30.
- 69 Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, et al. *Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2007.
- 70 Krischer MK, Sevecke K, Lehmkuhl G, et al. *Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents*. *J Pers Disord* 2007;21:675-89.
- 71 Krueger RF. *The structure of mental disorders*. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:921-6.
- 72 Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, et al. *Etiologic connections among substance dependence, antisocial behaviour, and personality: modeling the externalizing spectrum*. *J Abnorm Psychol* 2002;111:411-24.
- 73 Leibing E, Jamrozinski K, Vormfelde SV, et al. *Dimensions of personality--relationship between DSM-IV personality disorder symptoms, the five-factor model, and the biosocial model of personality*. *J Pers Disord* 2008;22:101-8.
- 74 Manna V, Daniele MT, Pinto M. *Fattori eziopatogenetici del disturbo borderline di personalità*. *Giorn Ital Psicopat* 2004;10:102-22.
- 75 First MB. *Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM*. *J Abnorm Psychol* 2005;114:560-4.
- 76 Kupfer DJ. *Dimensional models for research and diagnosis: a current dilemma*. *J Abnorm Psychol* 2005;114:557-9.
- 77 Verheul R. *Clinical utility for dimensional models for personality pathology*. *J Pers Disord* 2005;19:283-302.
- 78 Trull TJ. *Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs*. *J Pers Disord* 2005;19:262-82.
- 79 Shedler J, Westen D. *Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: integrating science and practice*. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350-65.
- 80 Widiger TA, Smith GT. *Personality and psychopathology*. In: John OP, Robins R, Pervin LA, editors. *Handbook of personality: theory and research*. 3rd ed. New York: Guilford 2008, pp. 743-69.

- ⁸¹ Manna V, Ruggiero S. *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbidità psichiatrica o continuum psicopatologico?* Rivista di Psichiatria 2001;36:1-13.
- ⁸² Manna V. *“Doppia diagnosi” o continuum psicopatologico tra dipendenze patologiche da sostanze e disturbi mentali? L’ipotesi disedonica.* Voci di Strada 2004;16:83-142.
- ⁸³ Manna V. *Alla ricerca di fattori patogenetici comuni tra dipendenze e disturbi mentali: disedonia e comorbidità psichiatrica.* Giorn Ital Psicopat 2006;12:72-84.
- ⁸⁴ Caroppo E, Manna V, Neri S, et al. *Psicopatologia dell’impulsività: aspetti psicodiagnostici del disturbo borderline di personalità.* In: Janiri L, Caroppo E, Pinto M, et al., editors. *Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente.* Milano: Franco Angeli 2006, pp. 226-43.
- ⁸⁵ Brogna P, Di Maria G, Manna V. *Disturbi della personalità.* In: Janiri L, Martinetti M, Caroppo E, editors. *Prontuario di psichiatria.* Roma: SEU 2008, pp. 224-61.
- ⁸⁶ Lahey BB. *Public health significance of neuroticism.* Am Psychol 2009;64:241-56.
- ⁸⁷ Widiger TA. *Neuroticism.* In: Leary MR, Hoyle RH, editors. *Handbook of individual differences in social behaviour.* New York: Guilford 2009, pp. 129-46.
- ⁸⁸ Cassin SE, von Ranson KM. *Personality and eating disorders: a decade in review.* Clin Psychol Rev 2005;25:895-916.
- ⁸⁹ Farmer RF. *Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders.* Clin Psychol Rev 2000;20:823-51.
- ⁹⁰ Widiger TA, Samuel DB. *Evidence based assessment of personality disorders.* Psychol Assess 2005;17:278-87.
- ⁹¹ First MB, Bell CB, Cuthbert B. *Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM.* In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. *A research agenda for DSM-V.* Washington, DC: American Psychiatric Association 2002, pp. 123-99.
- ⁹² Clark LA. *Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology.* J Abnorm Psychol 2005;114:505-21.
- ⁹³ Watson D, Clark LA, Harkness AR. *Structures of personality and their relevance to psychopathology.* J Abnorm Psychol 1994;103:18-31.
- ⁹⁴ Krueger RF. *Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders.* J Pers Disord 2005;19:233-61.
- ⁹⁵ Robert F. *A Dimensional-Spectrum Model of Psychopathology Progress and Opportunities.* Arch Gen Psychiatry 2011;68:10-1.
- ⁹⁶ Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, et al. *Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V.* J Abnorm Psychol 2005;114:537-50.
- ⁹⁷ Widiger TA, Samuel DB. *Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition.* J Abnorm Psychol 2005;114:494-504.
- ⁹⁸ Krueger RF, Piasecki TM. *Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology.* Behav Res Ther 2002;40:485-99.
- ⁹⁹ Spitzer RL, First MB, Shedler J, et al. *Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a “consumer preference” study.* J Nerv Ment Dis 2008;196:356-74.
- ¹⁰⁰ Cooper LD, Balsis S, Zimmerman M. *Challenges associated with a polythetic diagnostic system: criteria combinations in the personality disorders.* J Abnorm Psychol 2010;119:886-95.
- ¹⁰¹ Tyrer P. *Personality structure as an organizing construct.* J Pers Disord 2010;24:14-24.
- ¹⁰² Clarkin JF, Huprich SK. *Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility?* J Pers Disord 2011;25:192-205.
- ¹⁰³ Flanagan EH, Davidson L, Strauss JS. *The Need for Patient-Subjective Data in the DSM and the ICD.* Psychiatry 2010;73:297-307.
- ¹⁰⁴ Luyten P, Blatt SJ. *Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: a proposal for DSM-V.* Clin Psychol Rev 2011;31:52-68.
- ¹⁰⁵ Rottman BM, Kim NS, Ahn WK, et al. *Can personality disorder experts recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases?* J Clin Psychiatry 2011;72:630-9.
- ¹⁰⁶ Shedler J, Beck A, Fonagy P, et al. *Personality disorders in DSM-5.* Am J Psychiatry 2010;167:1026-8.
- ¹⁰⁷ Samuel DB, Widiger TW. *Comparing personality disorder models: cross-method assessment of the FFM and DSM-IV-TR.* J Pers Disord 2010;24:721-45.
- ¹⁰⁸ Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, et al. *Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5.* J Pers Disord 2011;25:170-91.
- ¹⁰⁹ Zimmerman M. *A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5.* J Pers Disord 2011;25:206-21.
- ¹¹⁰ Esbec E, Echeburúa E. *New criteria for personality disorders in DSM-V.* Actas Esp Psiquiatr 2011;39:1-11.
- ¹¹¹ Widiger TA. *The DSM-5 dimensional model of personality disorder: rationale and empirical support.* J Pers Disord 2011;25:222-34.