



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL  
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

**Inter-rater reliability nella diagnosi dei disturbi di  
personalità: dalla psicopatologia clinica  
all'imputabilità in ambito forense**

RELATORE:

PROF. DAVIDE LICCIONE

CORRELATORE:

DR.SSA CARLA LAURA DI FORTI

Tesi di Laurea di

Giorgia Galli

523577

Anno Accademico 2023/2024

# Indice

ABSTRACT .....	4
1. LA COMPLESSITÀ DELLA DIAGNOSI IN PSICOPATOLOGIA CLINICA E PSICOPATOLOGIA	6
1.1 La multidimensionalità dei disturbi psicopatologici.....	7
1.1.1 L'Attuale prospettiva: il concetto di salute mentale .....	7
1.1.2 Evoluzione del concetto di disturbo mentale: da “malattia” a “sindrome” .....	9
1.1.3 Interazione dinamica tra fattori genetici e ambientali.....	12
1.1.4 Dalla diagnosi nosografico-descrittiva alla diagnosi interpretativo-esplicativa.....	14
1.1.5 I principali strumenti diagnostici e la loro evoluzione: l'ICD e il DSM.....	15
1.2 Comorbidità in psicopatologia clinica .....	19
1.2.1 Co-occorrenza o overlap di segni e sintomi?.....	19
1.2.2 Il concetto di reificazione e la classificazione della comorbidità .....	20
1.2.3 Trasformare l'invisibile in visibile: l'assenza di biomarkers .....	22
1.3 L'accuratezza degli strumenti diagnostici.....	24
1.3.1 Assessment e scale di valutazione .....	24
1.3.2 Validità .....	26
1.3.3 Affidabilità .....	27
1.3.4 Inter-rater reliability .....	28
2. DIAGNOSI E DISTURBI DI PERSONALITÀ .....	29
2.1 La psicologia clinica e la valutazione della patologia di personalità.....	29
2.1.1 Storiografia dei disturbi di personalità.....	29
2.1.2 Accenni ai modelli teorici dei disturbi di personalità.....	30
2.2 Caratteristiche diagnostiche: approccio categoriale e modello dimensionale.....	35
2.2.1 La diagnosi dei disturbi di personalità.....	35
2.2.2 Classificazione diagnostica nel DSM-5.....	37
3. IMPUTABILITÀ E DIAGNOSI DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ – LA LEGGE RASO .....	44

3.1	Il concetto di imputabilità.....	45
3.1.1	L'origine del concetto di imputabilità nel diritto italiano.....	45
3.1.2	Imputabilità: implicazioni in ambito forense e il concetto di infermità.....	47
3.2	La Sentenza Raso e i gravi disturbi di personalità.....	50
3.2.1	Accertamento del "fatto-reato".....	51
3.2.2	La nozione di Disturbo Grave di Personalità.....	51
3.3	Bias cognitivi nella diagnosi dei disturbi di personalità in ambito forense.....	53
3.3.1	Malingering.....	55
4.	MATERIALI E METODI.....	58
4.1	Analisi statistiche.....	66
5.	RISULTATI.....	68
5.1	Metanalisi 1.....	68
5.2	Metanalisi 2.....	73
6.	DISCUSSIONE.....	77
6.1	Metanalisi 1.....	78
6.2	Metanalisi 2.....	83
6.3	Implicazioni in psicopatologia clinica e in ambito forense.....	86
6.4	Limiti e prospettive future.....	90
	CONCLUSIONE.....	92
	BIBLIOGRAFIA.....	95
	SITOGRAFIA.....	102

## ABSTRACT

The diagnosis of personality disorders in psychopathology and in the forensic field is a very complex topic. Studies on the topic show that the degree of agreement between raters who diagnose these disorders is relatively low. This meta-analysis, divided into two parts, describes and compares 22 studies related to the inter-rater reliability of diagnostic tools for personality disorders, from the main diagnostic manuals (DSM-IV/5 and ICD-10/11) to semi-structured interviews and unstructured interviews. The results of the first meta-analysis (n=16), despite a high heterogeneity among the included studies ( $I^2 = 96\%$ ), report a moderate-good inter-rater reliability index [ $K=0.65$  (95% CI: 0.59, 0.71)], in particular with regard to semi-structured interviews, such as the SCID-II. In the second meta-analysis (n=7), the heterogeneity detected was more moderate ( $I^2 = 67.83\%$ ) and the inter-rater reliability index was high [ICC=0.85 (95% CI: 0.82-0.87)]. The diagnostic tools of the second meta-analysis were mainly semi-structured interviews. In both studies, the factors that could have contributed to the high heterogeneity and to the results obtained regarding the inter-rater reliability index were investigated. In particular, the following were observed: the characteristics of the diagnostic tools used; the diagnostic manual of reference for the diagnoses; the level of experience of the raters; the risk of bias. Finally, the presence of a moderate publication bias was detected in both meta-analyses. The implications of the present study were discussed with regard to the complexity of the diagnosis in clinical psychopathology and to the imputability in the forensic field.

## RIASSUNTO

La diagnosi dei disturbi di personalità in psicopatologia e in ambito forense è un tema molto complesso. Gli studi sul tema mostrano come il grado di accordo tra i valutatori che svolgono la diagnosi di questi disturbi è relativamente basso. La presente metanalisi, suddivisa in due parti, descrive e confronta 22 studi relativi all'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità, dai principali manuali diagnostici (DSM-IV/5 e ICD-10/11) alle interviste semi-strutturate, alle interviste non strutturate. I risultati della prima metanalisi (n=16), nonostante sia stata rilevata un'elevata eterogeneità tra gli studi inclusi ( $I^2 = 96\%$ ), riportano un indice di affidabilità inter-rater moderato-buono [ $K=0.65$  (IC 95%: 0.59, 0.71)], in particolare per quanto riguarda le interviste semi-strutturate, come la SCID-II. Nella seconda metanalisi (n=7) l'eterogeneità rilevata è stata più moderata ( $I^2 = 67.83\%$ ) e l'indice di affidabilità inter-rater è elevato [ $ICC=0.85$  (95 % CI: 0,82-0,87)]. Gli strumenti diagnostici della seconda metanalisi erano principalmente interviste semi-strutturate. In entrambi gli studi sono stati indagati i fattori che potrebbero aver contribuito all'elevata eterogeneità, e ai risultati ottenuti in merito all'indice di affidabilità inter-rater. In particolare, sono stati osservati: le caratteristiche degli strumenti diagnostici utilizzati; il manuale diagnostico di riferimento per le diagnosi; il livello di esperienza dei valutatori; il rischio di bias. Infine, è stata rilevata la presenza di un bias di pubblicazione moderato in entrambe le metanalisi. Le implicazioni del presente studio sono state discusse in merito alla complessità della diagnosi in psicopatologia clinica e all'imputabilità in ambito forense.

# 1. LA COMPLESSITÀ DELLA DIAGNOSI IN PSICOPATOLOGIA CLINICA E PSICOPATOLOGIA

Il concetto di diagnosi psicopatologica e la sua utilità in psicologia clinica e, più in generale, in psicopatologia, sono stati oggetto di discussione a causa della loro complessità (Westen D., 1998). I sistemi diagnostici attualmente disponibili sono stati criticati per la loro limitata utilità clinica. Molte diagnosi di disturbi mentali sono registrate, infatti, come “Non specificate” (nell'*International Classification of Diseases* - ICD) o come “Non altrimenti specificate” (nella definizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM), suggerendo come i confini tra le diverse categorie diagnostiche non risultino essere, ad oggi, ben definiti. Una percentuale considerevole di persone affetta da disturbi mentali, inoltre, soddisfa i criteri per due o più disturbi mentali contemporaneamente, il che può essere interpretato come una criticità degli attuali sistemi di classificazione, oppure come un problema di comorbidità (Luciano, 2020). All'interno del primo capitolo è stata approfondita, in primo luogo, la complessa natura dei disturbi mentali, a partire dall'origine e dall'evoluzione della loro definizione, fino agli aspetti intrinseci che li caratterizzano e che ne rendono difficile la diagnosi. In secondo luogo, sono esplorati i principali sistemi di classificazione e il loro sviluppo, nonché i diversi approcci alla valutazione in ambito psicopatologico..

## 1.1 La multidimensionalità dei disturbi psicopatologici

Uno dei primi profili trattati riguarda l'intrinseca multidimensionalità dei disturbi mentali che rappresenta uno dei fattori principali a rendere complessa la loro diagnosi.

### *1.1.1 L'Attuale prospettiva: il concetto di salute mentale*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il concetto di salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non rappresentato solo dall'assenza di malattia o di infermità. Un'importante implicazione di questa definizione è che la salute mentale non è solo l'assenza di disturbi mentali o disabilità, ma si tratta di uno stato di benessere mentale che consente alle persone di far fronte a quelle condizioni della vita che rappresentano una fonte di stress. Il benessere psichico consente inoltre, di sviluppare le proprie capacità, di inserirsi nei contesti lavorativi e di contribuire allo sviluppo della propria comunità, ponendosi alla base delle abilità individuali e collettive come la capacità di prendere decisioni, stabilire relazioni e di interagire in modo dinamico e proattivo verso la realtà circostante. Il diritto umano alla salute mentale è quindi essenziale allo sviluppo socioeconomico, comunitario e personale. Le disabilità psicosociali e i disturbi mentali sono esempi di condizioni di salute mentale, così come altri disturbi mentali collegati a un disagio significativo o a una compromissione del funzionamento. La salute mentale viene vissuta in modo diverso da persona a persona, con vari gradi di difficoltà e disagio, e con esiti sociali e clinici che potrebbero essere molto diversi (who.int). Per quanto riguarda la diagnosi di disturbo mentale, non necessariamente viene indicata la traiettoria di una sofferenza o di un disturbo in quanto un paziente può presentare dei disturbi che possono, in misura diversa, incidere in modo determinante. Persone con diagnosi possono avere un alto funzionamento e persone senza diagnosi possono seguire un percorso psicoterapeutico. Considerando il continuum del disagio psichico, ci sono diverse condizioni mentali che una persona può incontrare nel corso della vita, e si tratta sempre di

passaggi lenti e graduali, a volte irreversibili, ma con margini di recupero. Sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta dalla World Health Organization (WHO), negli anni Ottanta si sviluppa il modello biopsicosociale. È il primo modello che, nel determinare la suscettibilità al disturbo mentale, attribuisce pari importanza agli eventi sociali e psicologici da un lato, e ai fattori che influenzano la salute fisica dall'altro (Goldberg, 1992). Si tratta di una cornice concettuale, un approccio alla persona che attribuisce il risultato della malattia o della condizione di salute all'interazione di numerosi elementi: fattori biologici (come ad esempio quelli genetici e biochimici), fattori psicologici (come l'umore, la personalità ed il comportamento) e fattori sociali (come il livello culturale, il contesto familiare, e le condizioni socioeconomiche). Secondo il modello biopsicosociale, l'insorgenza di un disturbo mentale è determinata dalla combinazione di vulnerabilità predisponenti e alcune circostanze precipitanti. Da ciò ne deriva che la valutazione dello stato di salute di una persona avviene all'interno di un contesto psicosociale in un'ottica sistemica attraverso contributi multidisciplinari. La condizione di disturbo mentale vede, dunque, una convergenza di diversi aspetti: l'ereditarietà, condizioni legate all'ambiente sociale, culturale, educativo e familiare (come le politiche adottate a livello nazionale) e aspetti della personalità (cognitivi ed emotivi di elaborazione e costruzione della propria esperienza) (C.A. Ripamonti, 2015). La psicopatologia è la scienza che, in sede antropologico-filosofica studia e descrive l'essere umano considerandolo nella sua esistenza, nella sua essenza e nei suoi modi di essere, ogni volta diverso ma sempre se stesso; da un punto di vista clinico, si propone di comprendere i disturbi della psiche, analizzandone l'origine, lo sviluppo e la manifestazione. In particolare vengono approfonditi i comportamenti patologici, i sintomi, i processi psicologici sottostanti e il ruolo degli aspetti socioculturali. La psicopatologia inquadra la vita psichica patologica studiando i concetti generali che descrivono le condizioni di insorgenza, le caratteristiche e le modalità di manifestazione della condizione psicopatologica. Non ha uno scopo di cura ma è volta alla



descrizione delle alterazioni comportamentali e mentali. Dunque, la valutazione dei disturbi mentali si concentra su fattori disposizionali e situazionali che interagiscono per dare origine all'esperienza soggettiva del paziente, ai suoi pattern emotivi di funzionamento, ai suoi meccanismi di difesa e alle sue strategie. La diagnosi è volta alla comprensione della patologia del paziente, delle modalità con le quali si manifestano i sintomi e, dunque, di come funziona il disturbo mentale stesso, indagando gli aspetti multi causali nelle diverse aree di funzionamento della persona (Huprich, Bornstein, 2007).

### *1.1.2 Evoluzione del concetto di disturbo mentale: da “malattia” a “sindrome”*

L'attuale prospettiva, che considera la sofferenza psichica come entità multidimensionale, rappresenta l'evoluzione della psicopatologia tra il XIX e il XX secolo. Questo percorso è stato segnato da cambiamenti nella descrizione delle caratteristiche e della natura dei disturbi mentali nella loro diagnosi, e nell'evoluzione della struttura dei principali strumenti diagnostici. Philippe Pinel, medico francese noto come uno dei padri della psichiatria moderna, fu il primo a porre le basi della nosografia psicopatologica proponendo nel 1801 un sistema innovativo di classificazione psichiatrica (Kendell 1975, Zilboorg 1941). Attraverso l'introduzione di classificatori che consideravano le malattie mentali completamente differenti da altre malattie, Pinel individuò diversi tipi di “follia”, quali la mania, la melanconia, la demenza e l'idiotismo (La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin, Salomone 2009). Il suo lavoro nasce dalla convinzione illuminista di poter classificare in maniera sistematica i disturbi mentali, rendendo possibile lo sviluppo di modelli che ne spieghino le cause e gli effetti (Kraepelin 1917). Lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin, tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo, seguendo questa tradizione, descrive le principali malattie psichiatriche (Copton, 1995) attraverso l'osservazione di pazienti ricoverati in strutture psichiatriche basata su un

approccio medico tradizionale. In “Psichiatria: un manuale per studenti e medici”, Kraepelin, parla dei disturbi mentali utilizzando una terminologia prettamente medica: parla dei sintomi psichici, del quadro clinico psichico generale, dei sintomi corporei, delle forme cliniche, del decorso, dell'esito, della neuroanatomia, delle possibili cause e della diagnosi differenziale (Kraepelin, 1919). Questo approccio riflette il trasferimento del modello medico alla psichiatria, che prevede l'applicazione dei concetti, delle strategie e del linguaggio propri della medicina generale ai disturbi psichiatrici. L'obiettivo di Kraepelin è quello di individuare nuovi modi per prevenire la morbilità psichiatrica, includendo la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, analogamente ad altre branche della medicina. Secondo l'autore la diagnosi differenziale rappresenta un incoraggiamento per i clinici ad esplorare le possibili diverse eziopatologie che stanno alla base dei sintomi di un paziente, considerando la variabilità sintomatologica comune a quasi tutte le malattie. L'obiettivo principale di questo approccio è classificare le psicopatologie per definirne le cause e l'eziologia, così come avviene per le malattie mediche, che sono riconducibili a fattori biologici oggettivi (Copton, 1995). Nonostante il sistema classificatore *nosologico* creato da Kraepelin sia stato innovativo e abbia influenzato gli strumenti diagnostici che tuttora sono adoperati dai clinici, la complessità riscontrata nel tracciare l'eziologia e le cause dei disturbi mentali, ha comportato la nascita dei modelli che superano la classificazione categoriale dei disturbi, e si orientano verso una concezione multidimensionale del disturbo mentale. I modelli più importanti sono i modelli psicodinamici (o psicoanalitici), i modelli socioculturali, i modelli comportamentali e quello più recente, il modello biopsicosociale (APA 1992), di cui si è già detto nel capitolo primo (Copton, 1995). La patologia psichica è il risultato di un'interazione multifattoriale, per cui sarebbe dunque più corretto parlare, come accennato prima, di sindrome piuttosto che di malattia; la sindrome non fa riferimento ad un'eziopatogenesi specifica, come le malattie mediche che hanno delle cause biologiche oggettivabili, ma è un insieme di sintomi e segni,

raggruppabili in categorie di disturbi mentali (Liccione D., 2011). Nel contesto dell'evoluzione della psicopatologia, va infine, menzionato il contributo di Karl Jaspers, psichiatra e filosofo tedesco, nella prima metà del XX secolo. Jaspers critica l'approccio biomedico alla psicopatologia, affermando che i modelli categoriali si adattano meglio ai disturbi mentali più gravi. Jaspers suddivide i disturbi mentali in tre categorie: malattie somatiche note che mostrano segni psichici, psicosi, nevrosi e disturbi di personalità. Egli privilegia un approccio basato sull'entità della malattia per i primi due gruppi, mentre per il terzo gruppo afferma che non è possibile tracciare una linea netta tra i *tipi*, né tra ciò che è sano e ciò che non lo è. Secondo Jaspers, nel caso delle nevrosi e dei disturbi di personalità, "la diagnosi deve rimanere tipologica e multidimensionale". L'unica cosa che ha un valore è un'analisi approfondita degli aspetti fenomenici, significativi e causali, oltre ad una precisa comprensione della personalità del paziente, delle sue reazioni e della sua storia di vita (Jaspers, K. 1923). È quindi con Jaspers che si delinea l'importanza di una comprensione completa e integrata del paziente che va oltre la classificazione categorica dei disturbi mentali. Nel testo *Psicopatologia generale* (1913), l'autore sottolinea la differenza fra la *comprensione* e la *spiegazione* dei fenomeni psicopatologici, distinguendo una "psicopatologia comprensiva" da una "psicopatologia esplicativa". Comprendere una psicopatologia significa comprendere, per quanto possibile, l'esperienza soggettiva e unica del paziente. Diversamente, il concetto di spiegazione è ascrivibile all'ambito medico, dove avviene una categorizzazione della patologia sulla base della rilevazione di sintomi oggettivi. Jaspers afferma infatti che è possibile spiegare un fenomeno senza comprenderlo (F. Del Corno, 2017). A tale proposito, lo scopo di una nomenclatura diagnostica ufficiale è, secondo Kendell, quello di fornire un linguaggio comune che permetta la comunicazione tra diverse figure cliniche nell'ambito della cura, della ricerca e della divulgazione. Lo stesso Kendell ribadisce il superamento della concezione categoriale della classificazione dei disturbi mentali ritenendo che l'eziologia dei disturbi mentali non sia

riconducibile in maniera esclusiva a processi biologici scientificamente rilevabili (Kendell, 1975). I menzionati modelli dimensionali consentono, dunque, di rendere conto delle variazioni tra i diversi insiemi di sintomi presentati dai pazienti e permettono di mettere in relazione variabili sociali, distribuite in modo continuo, con variabili cliniche.

### *1.1.3 Interazione dinamica tra fattori genetici e ambientali*

A causa della sua immensa complessità, il cervello umano, più di ogni altro organo, definisce la nostra unicità non solo rispetto alle altre specie, ma anche rispetto agli altri individui. Le manifestazioni delle malattie di pertinenza neuro-psichiatrica e i sintomi ad esse associati variano, di fatti, da persona a persona (Weaver D. F., 2021). In particolare, gli elementi coinvolti nella variabilità neurocognitiva, a livello biologico, sono la genetica e la neuroplasticità. Quest'ultima, può essere definita come la capacità del sistema nervoso di rispondere a stimoli intrinseci ed estrinseci riorganizzando la sua struttura, la sua funzione e le sue connessioni. Può essere descritta su vari livelli, da quello molecolare a quello cellulare, da quello dei sistemi a quello del comportamento; può verificarsi durante lo sviluppo in risposta all'ambiente, a sostegno dell'apprendimento, in risposta alla malattia o in relazione alla terapia. Inoltre, può essere considerata adattiva quando associata a un aumento di una determinata funzione (Cohen et al., 1997) o disadattiva quando associata a conseguenze negative come la perdita di funzione o l'aumento delle lesioni (Nudo, 2006). La predisposizione neurobiologica, influenzata in parte dalla genetica, e, in parte, dalle interazioni con l'ambiente e dalle esperienze di vita (plasticità neuronale), svolge un ruolo cruciale nella reazione alla psicopatologia e al suo sviluppo. La multidimensionalità della psicopatologia implica che i fattori genetici e ambientali non agiscono isolatamente, ma interagiscono in maniera dinamica. La predisposizione genetica e biologica può influenzare il modo in cui una persona risponde agli stimoli ambientali e, viceversa, le esperienze di vita possono modulare l'espressione dei

geni attraverso processi come l'epigenetica. Ad esempio, una persona con una predisposizione genetica e biologica allo sviluppo di un disturbo mentale potrebbe non sviluppare la patologia se inserita in un ambiente positivo con fattori protettivi rilevanti, mentre una persona senza una forte predisposizione genetica ad un disturbo mentale potrebbe sviluppare una psicopatologia se esposta a diversi fattori di rischio (C.A. Ripamonti, 2015). Persone con reti neuronali ben strutturate e una buona capacità di adattamento potrebbero rispondere meglio ad un eventuale trattamento farmacologico o psicoterapeutico, oppure ancora, potrebbero essere meno inclini a sviluppare una psicopatologia come la depressione. Questo perché la depressione è anche legata a una riduzione della sinaptogenesi (processo di formazione di nuove connessioni sinaptiche), in alcune aree cerebrali, come l'ippocampo o la corteccia prefrontale (Southwick, 2005). Una predisposizione neurale favorevole, dunque, può rendere il cervello più resistente allo sviluppo di una sintomatologia e aumentare le possibilità di recupero (Weaver, D. F., 2021). Questi concetti sono stati ampiamente trattati negli studi sui gemelli, che dimostrano come la condivisione dell'ambiente sia in grado di spiegare la varietà inter-individuale, come avviene ancora negli studi neurobiologici relativi al neurosviluppo dei bambini prematuri. Tali studi hanno dimostrato che il contatto fisico, come il tocco pelle-a-pelle, è cruciale per il loro sviluppo neurobiologico. Recettori specifici sulla pelle rispondono al tocco delicato e portano l'informazione alla corteccia insulare, coinvolta nella cognizione sociale e nella costruzione dell'immagine corporea. La mancanza di questo contatto, come nel caso dei bambini prematuri, può portare a difficoltà nello sviluppo emotivo e fisico, evidenziando l'importanza dell'interazione dinamica tra genetica e ambiente. Negli ultimi dieci anni, c'è stato un grande interesse negli studi sul contatto pelle-a-pelle, poiché è stato scoperto che sulla pelle, in particolare nelle aree pelose, ci sono recettori (fibre C-tattili) responsivi al dolore e specificamente reattivi a un tipo di tocco lento e delicato, come le carezze. Queste fibre sono attive dalla nascita e trasmettono l'informazione del tocco all'insula, deputata alla cognizione

sociale e alla costruzione dell'immagine corporea. Quando viene meno il contatto materno, gli effetti sono evidenti quindi, non solo sulla salute mentale, ma anche sulla percezione del proprio corpo. Ad esempio, i bambini prematuri, spesso privi di contatto fisico adeguato, possono sviluppare difficoltà nella creazione di un'immagine corporea unitaria rischiando così di sviluppare una forma di anoressia neonatale a causa dello stress e della mancanza di contatto materno (Provenzi, 2018). Quindi, la variabilità individuale nello sviluppo dei disturbi mentali, che dipende dalla complessa interazione dei fattori appena citati, rende difficile, la categorizzazione della patologia del paziente nel contesto diagnostico proprio perchè, come abbiamo visto, sono coinvolte numerose variabili, legate alla storia di vita personale dell'individuo. L'approccio diagnostico, così come l'approccio terapeutico, per risultare valido e affidabile, deve considerare tutte le variabili individuali di ogni paziente nello sviluppo della psicopatologia.

#### *1.1.4 Dalla diagnosi nosografico-descrittiva alla diagnosi interpretativo-esplicativa*

La *categorizzazione* sintomatologica fa riferimento ad un approccio nosografico-descrittivo, basato sull'idea che i disturbi psichici, al di là della loro origine (somatica, psichica, esistenziale), possano essere descritti come entità distinte l'una dall'altra sulla base di specifici insiemi di segni e sintomi, dove i sintomi rimandano solo ad altri sintomi o a se stessi. Differentemente, l'*interpretazione*, verte sulla comprensione del segno patologico considerando i segni non patologici appartenenti al modo di essere e di comunicare soggettivo del paziente all'interno della sua realtà. I sistemi diagnostici si possono pertanto distinguere in due macrocategorie: i sistemi diagnostici Nosografico-Descrittivi (N-D) e i sistemi diagnostici Interpretativo-Esplicativi (I-E). Nei primi sono descritti i sintomi ed i comportamenti orientati all'assegnazione dell'etichetta nosologica categoriale, legata alla dicotomia "presenza o

assenza” di una serie di caratteristiche specifiche. Nel secondo caso, vi è una diagnosi differenziale basata sulla concezione di psicopatologia di tipo dimensionale, che pone il disturbo del paziente lungo il continuum “salute-malattia” e che considera la differente eziologia di sintomi e comportamenti attraverso il lavoro interpretativo (F. Del Corno, 2017). La diagnosi in psichiatria necessita comunque di un’attenta osservazione di segni, sintomi e decorso. Pertanto, un approccio kraepeliniano allo studio delle malattie psichiatriche rimane fondamentale in quanto permette di migliorare la classificazione e il trattamento anche in assenza di comprensione di tutti i meccanismi causali (Copton, 1995). Le diagnosi categoriali hanno, infatti, diversi punti di forza: consentono di identificare gruppi relativamente omogenei per la ricerca, velocizzano il processo di diagnosi e offrono le indicazioni per un trattamento mirato del disturbo. Stanno inoltre alla base delle dichiarazioni prognostiche e possono essere adattate per coprire una vasta gamma di disturbi teoricamente dissimili (Copton, 1995). Tenendo presente la multidimensionalità che sta alla base dei disturbi mentali, servirsi di strumenti diagnostici che hanno un approccio tipicamente categoriale, può essere utile soprattutto per quanto riguarda il supporto al clinico, la comunicazione tra gli specialisti, la diagnosi e la ricerca in ambito psicopatologico.

#### *1.1.5 I principali strumenti diagnostici e la loro evoluzione: l’ICD e il DSM*

I cambiamenti di paradigma e la ridefinizione dei disturbi mentali, discussi in precedenza, hanno inciso sull’evoluzione degli strumenti diagnostici principali della psichiatria contemporanea, come l’*International Classification of Diseases* (ICD) e il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Questi strumenti hanno subito revisioni considerevoli nel corso degli anni, in linea con i cambiamenti concettuali e metodologici nel campo della salute mentale (Copton, 1995). I sistemi diagnostici nascono con l’obiettivo di supportare la complessa spiegazione del funzionamento del paziente in tutti i domini di vita. Il

primo sistema di classificazione internazionale può essere ricondotto all'ambito medico, si tratta dell'ICD, ed è stato formulato dall'OMS nel 1893 e solo nel 1948 è stata introdotta al suo interno la classificazione dei disturbi psichici (ICD-6). La versione attuale (ICD-11), pubblicata nel 2018 dall'OMS, comprende 27 settori con più di 55.000 codici di malattie. Il settore 6 è quello dedicato ai disturbi mentali mediante un sistema mono assiale di natura N-D. Anche in ambito Psicopatologico è sorta, nel tempo, la necessità di sviluppare un sistema di classificazione dei disturbi mentali; infatti, nel 1952 è stato pubblicato dall'*American Psychiatric Association* (APA), il DSM, che, a sua volta, ha subito una serie di modifiche che hanno condotto alla sua attuale versione, il DSM-5, pubblicato nel 2013 e rivisitato nel 2023 (DSM-5-TR). Il DSM-I era abbastanza semplice e si basava principalmente su un approccio descrittivo, elencando i disturbi mentali senza fornire criteri specifici per la diagnosi. A seguire, nel 1968, è stato pubblicato il DSM-II, che ha apportato alcune modifiche e aggiornamenti, ma che ancora mancava di una struttura diagnostica rigorosa. Il DSM-III (1980) ha segnato un punto di svolta nella storia del manuale. Il Manuale, nasce dalla necessità di standardizzare la diagnosi, che era ancora fortemente soggettiva e priva di linee guida univoche. Lo sviluppo del manuale è stato influenzato dall'evoluzione della nosologia psichiatrica e da diverse correnti di pensiero, in particolare la recente medicalizzazione della psichiatria negli Stati Uniti, la diffidenza verso le teorie speculative, il ritorno ad una nosologia clinica descrittiva ateorica, l'influenza della psicologia differenziale quantitativa e dei modelli forniti dalla diagnosi computerizzata. I principi che hanno guidato la stesura del Manuale sono stati: la necessità di raggiungere un'elevata affidabilità comprovata tra diversi valutatori nella diagnosi e la natura descrittiva ateorica della descrizione di ciascuna categoria. Il DSM-III, infatti, è stato il primo manuale a introdurre una procedura diagnostica che si basava su standard specifici e criteri diagnostici stringenti per ogni tipo di disturbo mentale, secondo una logica ateorica e avvalendosi, diversamente dall'ICD, di un sistema multiassiale. Questo metodo ha



reso la diagnosi più valida ed affidabile, facilitandone la ricerca in ambito clinico. Altri cambiamenti introdotti sono le conseguenze logiche dei principi, ad esempio la soppressione del termine “nevrosi” e l'introduzione di nuove categorie diagnostiche che riflettono una reazione contro le tendenze precedenti della psichiatria americana e l'aderenza ad un pensiero pragmatico ed empirico. Inoltre, la flessibilità della struttura del Manuale consente l'incorporazione di nuovi risultati empirici. Tuttavia, diverse sono state le critiche mosse nei confronti del DSM-III, tra cui l'eccessiva medicalizzazione a seguito di una diagnosi psichiatrica, l'adozione di un approccio che tende al riduzionismo biologico e la visione limitata della diversità culturale (Pichot , 1986). Infine sia il DSM-III che il successivo DSM-IV sono stati criticati per la loro struttura categorica, che non ha sempre rappresentato la complessità e la varietà dei disturbi mentali. Stante l'assenza di una netta linea di demarcazione tra salute e malattia, ogni operazione di catalogazione risulta, indi, difficilmente applicabile (Brown, 2005). Nel 2013, al fine di affrontare tali problematiche e critiche, è stato pubblicato il DSM-5. L'introduzione di un approccio dimensionale alla diagnosi è stata una delle principali innovazioni del DSM-5. Il Manuale include, oltre alla classificazione categorica tradizionale dei disturbi mentali, la valutazione dimensionale dei sintomi chiave associati a ciascun disturbo. Ciò consente una valutazione più approfondita dei pazienti, tenendo conto della gravità dei sintomi e della loro variazione nel tempo. Nello specifico, i disturbi clinici vengono presentati secondo un ordine evolutivo: prima i disturbi legati all'infanzia (come i disturbi del neurosviluppo), a seguire i disturbi legati all'adolescenza (come i disturbi depressivi o i disturbi d'ansia), fino a quelli relativi all'età adulta e avanzata (come i disturbi neurocognitivi). I disturbi di personalità vengono infine collocati nella Sezione III, che presenta anche un modello dimensionale per la diagnosi complessa di questi disturbi (Modello Alternativo per i disturbi di personalità). Per una valutazione dimensionale del livello di funzionamento della personalità si utilizza la *Scala del Livello di Funzionamento della Personalità* (LPFS), che individua cinque

livelli di compromissione (range 0-4), attraverso la valutazione del funzionamento nelle aree del Sé (identità e autodirezionalità) e nel contesto interpersonale (empatia, intimità). Sono presenti inoltre cinque domini, all'interno dei quali sono organizzati i tratti patologici di personalità (affettività negativa/stabilità emotiva; distacco/estroversione; antagonismo/disponibilità; disinibizione/coscienziosità; psicoticismo/lucidità mentale) (F. Del Corno, 2017). Attualmente, nel DSM-5, la Sezione I è dedicata alla presentazione degli obiettivi, della struttura, e delle modalità di utilizzo del manuale ed è seguita da un capitolo dedicato all'applicazione del manuale stesso nel campo forense. All'interno della Sezione II sono descritte le principali caratteristiche disagnostiche associate al disturbo, al suo sviluppo e decorso, nonché ai fattori di rischio, culturali e prognostici e all'impatto sul funzionamento individuale (Brown, 2005). Si può dunque affermare che la multidimensionalità dei disturbi mentali rappresenta una sfida per la diagnosi, in quanto richiede l'esplorazione di diverse aree e rende difficile individuare un'eziologia univoca della psicopatologia, che risiede in diversi aspetti: biologici, psicologici e sociali. Questa complessità richiede una collaborazione stretta tra diversi professionisti della salute mentale, al fine di ottenere una valutazione completa e accurata del paziente.

## 1.2 Comorbidità in psicopatologia clinica

### *1.2.1 Co-occorrenza o overlap di segni e sintomi?*

Un secondo fattore che rende complessa la diagnosi nell'ambito della psicopatologia clinica è la *comorbidità* dei disturbi psicopatologici. L'introduzione del termine "comorbidità" nel contesto medico è attribuita al medico-epidemiologo americano Feinstein. Nel 1970, l'autore definisce la comorbidità come la presenza simultanea, in un paziente, di due processi patologici indipendenti o entità cliniche separate che possono influenzare il decorso l'una dell'altra (Feinstein 1970). A partire dai primi anni '90, il termine comorbidità ha fatto la sua comparsa nella letteratura psichiatrica e da allora la sua diffusione è stata costante (Maj 2005). Dagli studi e dalle ricerche effettuati in questo contesto, è emerso che i disturbi psichiatrici tendono a co-occorrere. La probabilità che un paziente, che soddisfa i criteri per una psicopatologia soddisfi anche quelli per altre psicopatologie, risulta essere molto più alta di quanto ci si aspetterebbe sulla base di un semplice calcolo delle probabilità (van Oudheusden, 2015). Applicare, in ambito psicodiagnostico, il concetto introdotto da Feinstein è molto complesso (Nordgaard, 2023). Il DSM-5, afferma che non si considera ogni categoria di disturbo mentale come un'entità distinta, con confini definiti che la separano da altri disturbi mentali o dall'assenza di disturbi mentali; molti sintomi sono comuni a diversi tipi di disturbi e si presentano in maniera trasversale (DSM-5, 2014). Ad esempio, l'ansia è un sintomo che si manifesta in diversi disturbi mentali (come nei disturbi dell'umore). Solo pochi sintomi risultano essere patognomonicamente per un disturbo, mentre la maggior parte dei sintomi sono associati a più disturbi. Dunque, quando i sintomi di un disturbo mentale possono apparire in un altro disturbo mentale, si crea una "zona grigia", dove è complesso comprendere se si tratti di una comorbidità psichiatrica, e quindi se siano presenti due psicopatologie differenti, o se si tratti di sovrapposizione sintomatologica, quindi se i sintomi del disturbo siano solo simili o

sovrapponibili a quelli di un altro disturbo. Questo è un tema molto complesso in ambito psicodiagnostico; la difficoltà di rilevare questa differenza, risale anche all'assenza di un'eziologia dei disturbi mentali nota, di una patologia circoscritta, e alla multidimensionalità intrinseca che li caratterizza, temi affrontati nel capitolo precedente (Nordgaard, 2023).

### *1.2.2 Il concetto di reificazione e la classificazione della comorbidità*

La reificazione, in chiave fenomenologica, rappresenta il processo in cui l'esperienza soggettiva e immediata dell'essere umano viene trasformata in un'entità oggettiva e indipendente dal soggetto che la esperisce; dunque, quanto è originariamente vissuto e percepito come un'esperienza personale e unica viene convertito in una realtà tipologica e generalizzabile. Edmund Husserl, fondatore della fenomenologia, considera la coscienza come il luogo privilegiato in cui si manifestano le esperienze soggettive. Tuttavia, sottolinea come la scienza moderna tenda ad oggettivare tali esperienze, trattandole come empiriche e misurabili e conducendo ad una "crisi" del significato. Heidegger, allievo di Husserl, approfondisce questo concetto, evidenziando come la reificazione sia legata all'oblio dell'essere". Per Heidegger, la coscienza non è solo un ricettacolo di esperienze, ma un'espressione dell'Essere stesso, e quando la realtà viene ridotta a una serie di entità oggettivabili, si perde di vista il carattere più profondo dell'esistenza umana. La coscienza, invece di essere un'esperienza viva e dinamica, viene ridotta a una funzione che osserva e misura un mondo di oggetti, perdendo così il contatto con la verità dell'Essere. In questo senso, la reificazione non è solo un passaggio dal soggettivo all'oggettivo, ma implica una riduzione dell'esperienza della coscienza a qualcosa di misurabile e prevedibile, trasformando la ricchezza dell'esperienza umana in semplici schemi generalizzabili. Questo processo non solo banalizza la singolarità dell'esperienza, ma aliena anche l'individuo dalla sua stessa esistenza, facendolo diventare un'astrazione tra altre astrazioni, piuttosto che un soggetto vivente con una coscienza attiva e

profondamente legata all'Essere. Sia Husserl che Heidegger, dunque, vedono nella reificazione un processo che rischia di disumanizzare l'esperienza umana, poiché la coscienza, anziché essere riconosciuta nella sua pienezza e complessità, viene ridotta a un mero strumento di oggettivazione (Bellan, 2013). Negli anni Settanta, il concetto di reificazione è stato applicato nel campo della classificazione diagnostica. Kendell (1975) mette in luce uno dei problemi relativi alla categorizzazione dei disturbi mentali: "Poiché la categoria e coloro che le sono attribuiti hanno un nome, essa acquisisce un'oscura 'esistenza' propria, e alla fine si presume che i suoi membri debbano differire in qualche modo fondamentale dai membri delle altre categorie della tipologia" (Kendell, 1975). Questa osservazione riflette il concetto della reificazione inteso come il fenomeno per cui le categorie diagnostiche sono considerate come i disturbi mentali che indicizzano. In altre parole, le categorie tendono, per definizione, a essere percepite come entità distinte e separate nel tempo, nonostante i manuali diagnostici sottolineino l'assenza di confini marcati tra esse (Nordgaard, 2023). Questo concetto è, quindi, ribadito da Kendell e da altri autori (Kendell & Jablensky, 2003), evidenziando come le categorie diagnostiche possano reificarsi nel tempo, perdendo la loro natura fluida e venendo viste come entità indipendenti. Tale processo influenza anche la percezione della comorbidità, complicando ulteriormente la diagnosi e la comprensione dei disturbi mentali (Nordgaard, 2023). Per far fronte a queste difficoltà, Micheal First (2005), psichiatra e professore presso la Columbia University, ha distinto tre tipologie di comorbidità psichiatrica: la comorbidità vera e propria, che riguarda la co-occorrenza di entità cliniche distinte; la comorbidità artefatta, che è un prodotto della decisione dei manuali diagnostici di "dividere" le entità diagnostiche in numerosi disturbi specifici definiti in modo ristretto, dove un insieme di sintomi potrebbe essere meglio spiegato da un singolo disturbo, invece vengono considerate diverse diagnosi; infine, la comorbidità spuria, che sarebbe preferibile evitare (ad esempio, la comorbidità tra il disturbo autistico e il disturbo di Asperger nel DSM-IV); In quanto la vera comorbidità è rara

in psichiatria e la comorbidità spuria deve essere ignorata, la comorbidità psichiatrica, secondo First (2005), consiste principalmente in casi di comorbidità artefatta (First, 2007).

### *1.2.3 Trasformare l'invisibile in visibile: l'assenza di biomarkers*

La mancanza di biomarkers, definiti come caratteristiche che possono essere oggettivamente misurate e valutate come indicatori di processi normali o patologici, contribuisce notevolmente ad aumentare la complessità e la variabilità delle diagnosi in psicopatologia clinica. Queste caratteristiche biologiche sono incluse nei criteri diagnostici per i disturbi neurologici, come caratteristiche fondamentali o di supporto. Ad esempio, nonostante i criteri diagnostici fondamentali per la malattia di Alzheimer siano di tipo clinico (ad esempio, perdita di memoria), il volume dell'ippocampo e il livello anormale di tau e proteine amiloidi sono biomarcatori inclusi nei criteri diagnostici come caratteristiche di supporto. Pertanto, la presenza di biomarkers consente di avvalorare la diagnosi clinica. Questo non accade per le diagnosi di disturbi psicologici, in cui i biomarkers non sono ancora stati identificati. (Scarpazza, 2021). Tale complessità origina dalla multifattorialità dei disturbi mentali, in quanto esistono ampie interazioni tra qualsiasi potenziale biomarker e diverse variabili, tra cui esperienze di vita precoci, genetica ed epigenetica, fattori di stress precipitanti, farmaci e altre terapie, fattori di rischio ambientali e di stile di vita, stadio della traiettoria della malattia, età, nonché fattori biologici secondari. Un altro ostacolo all'identificazione dei biomarkers è legato alle classificazioni diagnostiche. I potenziali biomarkers vengono spesso indicizzati sulla base della sintomatologia ma nel caso dei disturbi mentali è presente un'ampia eterogeneità legata sia alla sovrapposizione sintomatologica stessa, nonché alla comorbidità con altri disturbi psichiatrici o disturbi fisici che possono influenzare qualsiasi indicatore (Berk, 2023). Nonostante la psicopatologia studi l'essere umano e la sua esistenza e non il suo organismo da un punto di vista puramente biologico (Liccione, 2011), come la medicina e le neuroscienze,

la mancanza di biomarkers specifici rappresenta comunque una sfida in diversi ambiti, dalla psicopatologia clinica alla psicopatologia forense. Ciò accade perché, soprattutto in ambito giuridico, gli aspetti oggettivabili e tangibili assumono una rilevanza maggiore e la prova biologica non è facile da confutare. Diversamente, una diagnosi psichiatrica che non presenta una correlazione biologica potrebbe essere criticata in quanto ritenuta soggettiva e quindi variabile e poco affidabile (Lozupone et. al., 2019).

## 1.3 L'accuratezza degli strumenti diagnostici

### 1.3.1 *Assessment e scale di valutazione*

Nonostante la diagnosi categoriale, che comprende l'utilizzo di scale e strumenti diagnostici di riferimento, presenti delle limitazioni in ambito psicodiagnostico, i test e le scale di valutazione sono strumenti molto importanti per la valutazione del funzionamento psichico e la diagnosi dei disturbi mentali. Come è già stato trattato, i disturbi psichici differiscono dalle malattie "visibili" in quanto privi di indici diretti e immediati nonché di test di laboratorio in grado di avvalorare la diagnosi nonché di quantificare la gravità del quadro psicopatologico in modo chiaro e assoluto. Se ben disegnate, le scale di valutazione rappresentano lo strumento migliore per raccogliere le informazioni in modo accurato, riducendo la probabilità di omettere domini clinicamente importanti. Forniscono inoltre una coerenza di valutazione nel tempo e permettono l'utilizzo di un linguaggio standardizzato tra i professionisti, facilitando così la corretta diffusione delle informazioni. Nessun test psicodiagnostico è però in grado di fornire un quadro esaustivo del paziente e i dati emersi dai test devono, infatti, essere integrati con le informazioni ottenute attraverso colloqui e interviste a sfondo qualitativo (Picone, 2013). È importante utilizzare un *multimethod assessment*, dove solo l'impiego di più strumenti che colgono informazioni diverse ma complementari permette una maggiore comprensione della psicopatologia. Ad oggi non esistono quindi strumenti che utilizzati da soli possono consentire di formulare considerazioni diagnostiche efficaci e corrette. Alla base di ogni tipo di misurazione troviamo tre concetti fondamentali: l'*affidabilità*, che rappresenta il grado in cui una misura produce lo stesso risultato ogni volta che viene utilizzata per valutare la stessa cosa; la *validità*, che è il grado in cui uno strumento misura effettivamente ciò che si presuppone che misuri e, infine, la *standardizzazione*, che implica che un test psicopatologico sia somministrato, valutato e interpretato in modo coerente e con modalità standard a tutte le



persone coinvolte. Ciò consente di confrontare il punteggio di un soggetto con una popolazione di riferimento, come il campione normativo con caratteristiche demografiche simili, successivamente si traggono le conclusioni su quanto le qualità psicologiche della persona in questione differiscano da quelle del gruppo di riferimento (considerato psicologicamente normale). Qualora il modello di risposte di un soggetto sia molto vicino a quello di un particolare gruppo patologico, è ragionevole pensare che condivida anche altre caratteristiche significative con tale gruppo e che ne possa, pertanto, fare parte. Il clinico potrà così costruire un profilo clinico basato sulla distanza del paziente dai valori di ogni scala. Per formulare una valutazione chiara e adeguata, è fondamentale che il paziente sia a proprio agio con il clinico e che sia stato correttamente informato sulla finalità e sulle modalità di somministrazione di ogni singolo test. Il clinico deve anche tenere presente il contesto in cui effettua la valutazione: una valutazione richiesta da terzi, come ad esempio dal tribunale, può rendere difficile l'instaurarsi di una valida alleanza terapeutica in quanto potrebbe venire meno la collaborazione tra il clinico ed il paziente, diversamente da quello che potrebbe accadere in un setting squisitamente terapeutico. Le scale di valutazione rimangono comunque strumenti molto utili nel contesto del colloquio, il quale, basandosi meramente sul giudizio umano, è intrinsecamente soggetto ad errore. Le scale di valutazione aiutano a mettere a fuoco, indagare e quantificare i dati delle interviste, migliorando il reperimento e l'organizzazione delle informazioni così da raggiungere un buon livello di affidabilità. Le scale più utili sono quelle che, oltre ad indicare la presenza o l'assenza di un sintomo, ne stratificano l'entità, fornendo anche una stima quantitativa. Tra le scale di valutazione più utilizzate ci sono la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), che fornisce un format strutturato e quantificabile per i sintomi psichiatrici come la depressione, l'ansia, le allucinazioni, le psicosi e comportamenti anomali; e la Scala di valutazione di Hamilton per la depressione (HRSD), strumento fondamentale per valutare e quantificare i sintomi depressivi manifestati nella settimana precedente alla somministrazione

fornendo diversi gradi di gravità. Un'altra scala di valutazione importante è la WHODAS 2.0, proposta dall'OMS, ampiamente usata per i problemi di salute mentale e di salute in generale (Picone, 2013). Alla luce della complessità della diagnosi in psicopatologia, lo sviluppo e l'utilizzo degli strumenti diagnostici dotati di un alto livello di validità e affidabilità è di centrale importanza in quanto in grado di fornire il supporto ai clinici nella formulazione della diagnosi e nella delineazione di trattamenti terapeutici personalizzati.

### *1.3.2 Validità*

La validità di uno strumento diagnostico è la sua capacità di misurare esattamente quello che intende misurare. Si distinguono diverse tipologie di validità: la validità per contenuto, per criterio, per costrutto, concorrente, predittiva, discriminante, fattoriale e nominale. La validità per contenuto si riferisce al fatto che gli item di una scala di valutazione esplorino effettivamente l'area che si intende indagare. Si tratta di un'area rappresentativa del settore psicopatologico da misurare. La validità di contenuto dovrebbe essere valutata sulla base dei criteri che l'autore della scala ha utilizzato per scegliere gli item e il loro contenuto. In assenza di queste informazioni i clinici sono orientati ad una valutazione soggettiva. La validità per criterio (o empirica) implica una valutazione comparativa fra lo strumento diagnostico ed altre misure considerate efficaci con cui si prevede una correlazione; comprende la validità concorrente, predittiva e di gruppo. Per validità concorrente si intende la correlazione dei risultati della scala di valutazione con altre valutazioni compiute attraverso colloqui clinici, altri strumenti diagnostici o scale. La validità predittiva rappresenta la capacità della scala di predire l'evoluzione del fenomeno che intende misurare. Ad esempio, una scala di valutazione che esplorando l'ansia, va a distinguere l'ansia di tratto dall'ansia di stato, permette di comprendere come chi presenta l'ansia come tratto avrà una maggiore probabilità di ricadute in futuro. La validità di gruppo (o discriminante) si occupa di valutare i punteggi appartenenti

ad un gruppo di persone che presentano lo stesso problema o che non ne presentano. In questo modo è possibile migliorare il confronto di un paziente rispetto a un gruppo, nonché la prognosi. La validità di costrutto è altrettanto importante in quanto, l'entità che si presuppone di misurare non è definita empiricamente e oggettivamente, ed è dunque necessario che la scala si basi sul modello teorico del concetto esplorato. Le validità concorrente e discriminante, infine, possono essere valutate attraverso l'analisi fattoriale (validità fattoriale), mentre la corrispondenza fra gli item della scala e le caratteristiche cliniche del disturbo che si intende misurare è valutata mediante la validità nominale (APA 2013).

### 1.3.3 Affidabilità

L'affidabilità è la capacità di uno strumento diagnostico, che viene somministrato da clinici differenti, in contesti differenti, di produrre i medesimi risultati. Vengono presi in considerazione i seguenti aspetti: la *consistenza interna*, la *test-retest reliability*, l'*inter-rater reliability* e la *parallel-form reliability*. La consistenza interna misura la coerenza e la correlazione degli item interni a una singola scala. Lo strumento viene quindi "scomposto", e gli item vengono considerati singolarmente come un insieme di test paralleli. La *test-retest reliability* verifica se i risultati e i punteggi emersi dalla valutazione sono stabili nel tempo (sempre utilizzando lo stesso strumento) e risulta particolarmente utile per quei strumenti che misurano dei costrutti stabili nel tempo come ad esempio i tratti di personalità. Attraverso l'*inter-rater reliability*, invece, si verifica che osservatori o clinici differenti, che valutano lo stesso paziente in maniera indipendente, utilizzando lo stesso strumento, ottengano il medesimo risultato. Infine, mediante la *parallel-form reliability* si valuta se due forme diverse dello stesso strumento originano i medesimi punteggi. L'affidabilità è il grado superiore di verifica della validità. Quando uno strumento diagnostico non è di fatti in grado di produrre un esito che possa essere replicato in tempi diversi, fra valutatori diversi o fra gli stessi item, l'esito

stesso diventa inconsistente. In base al contesto e all'obiettivo della somministrazione, l'affidabilità di un test può essere valutata sia per esaminare la consistenza di una diagnosi sia del corredo sintomatologico. L'affidabilità a livello di diagnosi è più importante di quella a livello di sintomi quando, ad esempio, l'interesse è orientato più all'inquadramento diagnostico che alle variazioni dei sintomi nel tempo (APA, 2013).

#### *1.3.4 Inter-rater reliability*

Il Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'OMS ha indicato che l'utilità clinica di un costrutto o di una categoria diagnostica dipende dal suo valore nella comunicazione tra operatori sanitari, pazienti e famiglie, dalla sua implementazione pratica e dall'utilità nella scelta degli interventi e nelle decisioni cliniche. Il processo diagnostico in psicopatologia clinica è spesso affetto da una scarsa inter-rater reliability, che indica il grado di accordo tra diversi clinici sulla stessa diagnosi. Questa carenza di affidabilità può essere attribuita all'assenza di biomarkers specifici, alla presenza di sintomi trasversali e all'alto tasso di comorbidità. In particolare, alcune ricerche hanno evidenziato come le valutazioni cliniche condotte tramite interviste strutturate risultino più affidabili rispetto a quelle eseguite mediante interviste non strutturate (Scarpazza,2021). Tuttavia, storicamente, i manuali diagnostici come il DSM-III hanno riportato solo un modesto livello di accordo tra valutatori indipendenti, soprattutto nelle diagnosi di disturbi dell'umore e d'ansia minori, e non hanno fornito dati sull'affidabilità del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Per migliorare la coerenza diagnostica, è fondamentale misurare e aumentare inter-rater reliability.

## 2. DIAGNOSI E DISTURBI DI PERSONALITÀ

### 2.1 La psicologia clinica e la valutazione della patologia di personalità

#### 2.1.1 *Storiografia dei disturbi di personalità*

Il concetto di Disturbo di Personalità (DP) è comunemente considerato di epoca recente, poiché i DP moderni, come il DP borderline e il DP narcisistico, sono apparsi per la prima volta nel sistema DSM solo nella sua terza edizione (DSM-III; APA, 1980). Le teorie moderne dei DP iniziano con il concetto di *manie sans delire* cioè "follia senza delirio" o confusione della mente (Pinel, 1801-1962). Pinel descrive dunque pazienti che mancano di controllo degli impulsi, che spesso reagiscono aggressivamente alla frustrazione anche in assenza di psicosi. Poco dopo, Benjamin Rush effettuò osservazioni simili negli Stati Uniti. Questi autori sono i primi a notare come i disturbi psichici possono emergere anche quando la capacità di ragionare non risulti compromessa, in assenza di perdita di contatto con la realtà (Levy, 2016). Fu solo a cavallo tra il XIX e il XX secolo che Kraepelin (1904), Bleuler (1924) e Kretschmer (1926) descrissero in maniera più sistematica diversi tipi personologici come l'astenico, l'autistico, lo schizoide e il ciclotimico (o cicloide). Tuttavia, gli autori sopracitati concettualizzano queste diverse tipologie di personalità come premorbose dei disturbi schizofrenici e maniaco-depressivi. Nel 1906, Freud approfondisce le tipologie di carattere, descrivendo ad esempio il "carattere anale" come frugale, ordinato, parsimonioso e ostinato, oltre che ossessivo. Tale descrizione non si discosta da quella del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (OCD DP) del XXI secolo (Freud, 1959). Nel 1921, Abraham, ha sfruttato gli stati psicosessuali di Freud per descrivere il "carattere orale", in cui il paziente regredisce, si comporta come un bambino aspettando di essere salvato, protetto, nutrito e sostenuto dagli altri (Abraham, 1921; 1994). Tale rappresentazione si configura come precursore della moderna concettualizzazione del disturbo dipendente di personalità (Levy, 2016).

### *2.1.2 Accenni ai modelli teorici dei disturbi di personalità*

Nel contesto psicoanalitico, Otto Kernberg rappresenta una figura centrale nella comprensione dei DP, in particolare, del disturbo borderline di personalità. Insieme a Eve Caligor, l'autore ha sviluppato una teoria basata sulle relazioni oggettuali, in cui la struttura di personalità si è plasmata a partire dalle esperienze infantili precoci e dalla relazione con le figure di attaccamento. Nella prospettiva psicodinamica (Kernberg & Caligor, 2005) l'identità individuale non è che una struttura psichica interna che si manifesta nelle rappresentazioni coscienti del sé, degli altri e del mondo in generale e nell'identificazione con gruppi sociali, norme culturali, ideali e valori (Jørgensen, 2010). Secondo Kernberg e Caligor (2005) la personalità patologica emerge da organizzazioni specifiche che riflettono l'instabilità emotiva e relazionale dell'identità e i disturbi di personalità originano sia da una fallita integrazione delle rappresentazioni del Sé e degli altri sia da risposte emotive positive e negative e eventi di vita. Dalla mancata integrazione origina la scissione che impedisce a sua volta l'integrazione delle esperienze emotive contrastanti, creando un quadro psicopatologico caratterizzato dalla compresenza della frammentazione dell'io e instabilità relazionale. Inoltre, gli autori descrivono le difese primitive utilizzate con modalità disfunzionali da pazienti affetti da disturbi di personalità come l'idealizzazione e la svalutazione, per gestire l'angoscia interna derivante dalle relazioni interpersonali emotivamente rilevanti, nonché da un senso di identità fragile e frammentata. Secondo alcuni autori il concetto di identità dell'Io di Kernberg non è però in grado di cogliere tutti gli aspetti dell'identità umana, sebbene spieghi come un'identità dell'io integrata raffiguri una preconditione strutturale interna per la realizzazione dei molti aspetti dell'identità concettualizzati da altri (Jørgensen, 2010). La psicopatologia fenomenologica è una delle modalità di indagine in ambito psichiatrico, che trova le sue origini in autori come Jaspers e Binswanger (Agresti, 2002). In chiave fenomenologica, l'identità si manifesta nell'esperienza soggettiva, più o meno consapevole, elaborata o realistica, dei propri

bisogni fondamentali, di come ci si differenzia dagli altri reali o immaginari/fantastici, e di come il proprio passato, presente e futuro costituiscano un'unica identità (Jørgensen, 2010). In linea con Plutchik (1980), che ha descritto lo sviluppo di un'immagine di sé stabile e integrata come uno dei quattro compiti universali nello sviluppo della personalità, Livesley ha suggerito che il disturbo di personalità in generale dovrebbe essere definito come l'incapacità di raggiungere soluzioni adattive ai compiti essenziali della vita, coinvolgendo tre aree principali: le disfunzioni interpersonali, lo scarso funzionamento in ambito sociale e "l'incapacità di stabilire rappresentazioni stabili e integrate di sé e degli altri" (Livesley, 2003). Seguendo questa tradizione, anche secondo Jonathan M. Adler (2016/2017) l'identità rappresenta un'area centrale di disfunzione nel DP riguarda l'identità. Nel campo della psicopatologia della personalità, una comune operazionalizzazione dell'identità è interpretata come una narrazione: la storia dinamica ed evolutiva che le persone costruiscono rispetto al passato, al presente ed al futuro. Secondo Adler, questa narrazione personale è influenzata dalle esperienze infantili, dalle relazioni familiari e dalle aspettative future. Quando questa narrazione diventa rigida e disfunzionale, possono emergere disturbi di personalità che compromettono la capacità del singolo individuo di adattarsi all'ambiente circostante e alle relazioni interpersonali. La disregolazione emotiva e il disturbo dell'identità sono, di fatti, strettamente correlati nel modello cognitivo-comportamentale di Linehan. La labilità emotiva, il comportamento imprevedibile, l'incoerenza cognitiva e i fallimenti nello sviluppo dell'identità, o l'incapacità di stabilire un senso del sé stabile, sono intesi come aree problematiche collegate nel BPD (Linehan, 1993). La labilità emotiva e le reazioni emotive imprevedibili sfociano "nell'imprevedibilità" comportamentale e nell'incoerenza cognitiva", in "un senso di identità che non riesce a svilupparsi" (Linehan, 1993). Aaron Beck (2004), ha proposto una teoria cognitiva per la comprensione dei disturbi di personalità. L'autore sostiene come i disturbi di personalità siano caratterizzati da schemi cognitivi disfunzionali e persistenti, che influenzano

il modo in cui gli individui percepiscono sé stessi, gli altri e il mondo. Questi schemi conducono a pensieri automatici negativi e comportamenti disadattivi che perpetuano il disagio psichico (Beck et al., 2004). Il grave deficit di mentalizzazione che è stato correlato, nello specifico, al BPD (Bateman & Fonagy, 2004), rende difficile vedere se stessi dal punto di vista degli altri, contribuendo alla difficoltà di sviluppare un'identità stabile e coerente. La mentalizzazione implicita delle proprie azioni è uno stato emotivo caratterizzato dalla sensazione di essere un agente autonomo. "In generale, la consapevolezza che il nostro comportamento è guidato da stati mentali ci dà il senso di continuità e di controllo che genera l'esperienza soggettiva di agenzia o di 'Io', che è al centro del senso di identità" (Bateman & Fonagy, 2006). La maggior parte delle persone, in qualche misura, non riesce a integrare alcune parti del sé. "Sembra che gli stati mentali che non sono percepiti come coerenti con la struttura del sé siano comunque integrati in essa dalla capacità di mentalizzazione." "Smussiamo le discontinuità creando una narrazione intenzionale" (Bateman & Fonagy, 2006). Nel 2018, Giovanni Liotti ha proposto una nuova lettura dei disturbi di personalità. In particolare, le esperienze precoci di attaccamento influenzerebbero lo sviluppo della rappresentazione del sé e degli altri, suggerendo come i DP possano presentarsi nel momento in cui si vengano a costituire modelli operativi interni (MOI) disorganizzati, originati dalle esperienze di attaccamento insicuro o traumatico, interferendo con la capacità di regolare le emozioni e di formare relazioni sane (Liotti, 2018). Secondo questo modello, i DP nascono dal fallimento della costruzione di rappresentazioni stabili ed integrate di sé e dell'altro durante il periodo di sviluppo dell'attaccamento. I DP sono quindi caratterizzati dalla scarsa capacità di autoregolazione, dalla mancata capacità di stabilire relazioni durature e di mettere in atto comportamenti pro-sociali (Liotti, 2018). Guidano e Liotti sono considerati i fondatori del cognitivismo post-razionalista. Guidano sostiene come la personalità sia un'organizzazione complessa e dinamica di strutture di significato personale, sviluppate attraverso l'interazione con l'ambiente. Ha



identificato quattro macro-categorie di disturbi di personalità: depressiva, fobica, disturbi alimentari e isteria, concettualizzando la psicopatologia come un continuum evolutivo della personalità (Guidano, 1987). Entrando nello specifico, la personalità depressiva è caratterizzata da una visione pessimistica della vita e da bassa autostima, che può evolvere in patologia depressiva, mentre quella fobica è connotata da ansie e paure irrazionali che limitano la capacità di adattamento dell'individuo. La personalità caratterizzata dai disturbi alimentari, include problematiche come anoressia e bulimia, riflettendo conflitti profondi riguardanti l'identità e il controllo. La personalità isterica, infine, è definita da espressioni emotive esagerate e comportamenti teatrali, spesso legati a difficoltà relazionali e identitarie. Nel 2011, il modello post-razionalista di Guidano è stato ulteriormente sviluppato da Francesco Arciero e Laura Bandolfi, i quali hanno posto l'attenzione sull'importanza dell'identità narrativa e del contesto interpersonale nella comprensione dei disturbi di personalità. Secondo gli autori, la personalità è rappresentata da una narrazione in continua evoluzione, costruita attraverso le esperienze e le interazioni sociali. I disturbi di personalità emergono quando tali narrazioni risultano incoerenti, inflessibili e dunque disfunzionali, limitando la capacità dell'individuo di adattarsi ed evolversi (Arciero & Bondolfi, 2011). In linea con questo modello, che trova un'ulteriore evoluzione nella psicoterapia cognitiva neuropsicologica (Liccione, 2011), l'identità personale emerge soltanto nella forma dell'identità narrativa. L'identità narrativa, secondo la fenomenologia ermeneutica di Paul Ricoeur, permette di comporre un unico (la storia di sé) tra l'identità-idem, sul versante della medesimezza, ovvero ciò che rimane stabile, e l'identità-ipse, sul versante dell'ipseità, ovvero la costanza di sé. La differenza tra la medesimezza e l'ipseità è che la prima si riferisce a ciò che non cambia, come per esempio un proprio tratto di personalità o nel racconto di sé, la memoria episodica; la seconda si riferisce al sentirsi costanti nella propria esperienza, mantenere una coerenza interna nelle proprie promesse o nell'adoperarsi per raggiungere un obiettivo, pertanto, nel racconto di sé potrebbe

essere rappresentata dalla memoria prospettica. L'identità-idem rappresenta, dunque, la permanenza nel tempo, caratteristica dei corpi. Da ciò ne deriva l'identità personale, che consiste nel sentirsi sempre sé stesso nei costanti cambiamenti. (Liccione, 2011). L'identità-ipse si riferisce, invece, alla capacità riflessiva del sé che è in grado di relazionarsi con sé stesso. In questo contesto, I disturbi di personalità, si manifestano quando avviene una frattura dell'identità personale (frattura identitaria), laddove viene alterata l'identità tra esperienza e racconto e la persona non si riconosce più, poichè compie delle azioni lontane dal proprio abituale modo di comportarsi (Liccione, 2012).

## 2.2 Caratteristiche diagnostiche: approccio categoriale e modello dimensionale

### 2.2.1 *La diagnosi dei disturbi di personalità*

Nel diagnosticare un disturbo di personalità emerge tutta la complessità insita nella definizione del confine che separa la normalità dalla psicopatologia. Una delle principali problematiche è rappresentata dal fatto che l'attuale sistema categoriale per la psicopatologia della personalità si compone di DP discreti, ciascuno codificato secondo criteri diagnostici basati sulla presenza/assenza di determinati sintomi e/o segni. Secondo la prospettiva dimensionale invece, i disturbi di personalità rappresenterebbero varianti disfunzionali di tratti della personalità lungo un continuum di adattabilità, diversamente dall'approccio categoriale che tenderebbe a considerare i DP come sindromi cliniche qualitativamente distinte. La coesistenza di diversi modelli riflette la complessità intrinseca dei disturbi di personalità e la difficoltà nel raggiungimento di un consenso sull'accuratezza della loro definizione e della loro diagnosi. Il problema diagnostico è strettamente connesso all'eziologia dei DP nonché all'alto tasso di comorbidità tra i vari DP che complica ulteriormente la comprensione eziopatologica di ciascun disturbo rendendone difficile lo sviluppo di trattamenti ad hoc. (Buodo, 2017). Sia il Modello Alternativo di disturbo di personalità del DSM-5 che quello dell'ICD-11 sono modelli dimensionali dei DP e sottolineano l'importanza della considerazione dell'identità globale della persona. Nello studio di Jonathan M. Adler "The Incremental Validity of Narrative Identity in Predicting Well-Being: A Review of the Field and Recommendations for the Future" (Adler JM, 2016) vengono esplorati i concetti di identità narrativa, il metodo della Life Story interview e i disturbi di personalità, concentrandosi in particolare sul Disturbo Borderline di Personalità (DBP), emerge come l'identità narrativa, aspetto cruciale della personalità, sia uno mezzo attraverso cui gli individui costruiscono e ricostruiscono il senso di sé nel tempo. Questo

processo narrativo permette di integrare esperienze passate, presenti e future, fornendo coerenza e continuità al senso di identità personale, un fattore strettamente legato al benessere psicologico, poiché una narrazione coerente si associa a una migliore salute mentale. Il metodo della Life Story interview, consiste nel chiedere ai partecipanti di raccontare episodi significativi della loro vita, in risposta a domande standardizzate che coprono vari aspetti, come il momento e il luogo dell'evento, le persone coinvolte, i pensieri e le emozioni provati durante l'esperienza, e il significato che l'esperienza ha per loro. L'intervista è progettata per durare da due a tre ore, generando una grande quantità di dati narrativi, spesso composti da migliaia di parole. Dopo la raccolta, i dati vengono trascritti e codificati in modo dettagliato, con l'obiettivo di esaminare i temi ricorrenti, le strutture narrative e le modalità attraverso cui le persone costruiscono e attribuiscono significato alle loro esperienze di vita. In questo contesto, i disturbi di personalità, come il DBP, mostrano spesso una coerenza narrativa compromessa, con narrazioni frammentate e incoerenti che riflettono una discontinuità nel senso di sé. Tuttavia, lo studio suggerisce che interventi psicoterapeutici mirati possono migliorare la coerenza narrativa, contribuendo così al miglioramento del benessere psicologico e alla gestione del disturbo. La ricerca ha dunque dimostrato che le trascrizioni delle storie di vita possono essere utilizzate con successo per valutare il funzionamento della personalità, indicando che le interviste non diagnostiche possono essere utili per la diagnosi della patologia di personalità (Adler JM, 2016). La revisione sullo stigma dei disturbi di personalità condotta da Sheean nel 2016 ha infine evidenziato che tali disturbi potrebbero subire una stigmatizzazione più accentuata rispetto ad altre diagnosi psichiatriche. Dai risultati è emerso che le persone reagiscono alla diagnosi con paura e frustrazione. È diffusa la convinzione che le persone con DP dovrebbero essere in grado di controllare il proprio comportamento, portando a interpretare i sintomi come manipolativi o come scarsa alleanza terapeutica. Questo pregiudizio può alimentare lo stigma riguardo alla difficoltà della gestione di questa popolazione,

minimizzandone il bisogno di assistenza rispetto a chi è affetto da altre condizioni psichiatriche (Sheehan, 2016).

### 2.2.2 *Classificazione diagnostica nel DSM-5*

All'interno del DSM-5, la definizione di disturbo della personalità indica “un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto le aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nella prima adolescenza o nell'età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione”. Il DSM-5, come accennato nel capitolo primo, affianca alla diagnosi categoriale, un sistema di classificazione con un approccio dimensionale, secondo il quale i DP rappresentano configurazioni disfunzionali dei tratti di personalità. Il DSM-5 definisce i *tratti* come “pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di sé stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali” per cui, nel momento in cui i tratti si presentano come disadattivi e rigidi emerge il disturbo. All'interno del manuale i DP sono caratterizzati da un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due o più delle seguenti aree: cognitiva, affettiva, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi e determina un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. I DP non devono inoltre essere conseguenza o la manifestazione di un altro disturbo mentale, e non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di una patologia medica. Condividono quattro caratteristiche principali: il pensiero distorto, le risposte emotive problematiche, l'eccessiva o ridotta regolazione degli impulsi, le difficoltà interpersonali. Secondo il DSM-5 (APA, 2013) queste caratteristiche combinate originano a 10 disturbi di personalità organizzati in 3 cluster (gruppi).

- Cluster A (cluster eccentrico): include il Disturbo Paranoide (DP), Schizoide e Schizotipico.
- Cluster B (cluster drammatico): include il Disturbo Antisociale, Borderline (BDP), Istrionico e Narcisistico (NA).
- Cluster C (cluster ansioso): include il Disturbo Evitante, Dipendente, e Ossessivo-Compulsivo (OCD DP).

I disturbi del Cluster A hanno in comune ritiro sociale e distorsione del pensiero e la presenza di bizzarre comportamentali. Nello specifico, gli individui affetti da **disturbo di personalità paranoide** sono sospettosi e diffidenti nei confronti degli altri e leggono spesso significati nascosti in dettagli ordinari. Sono caratterizzati da uno stato di allerta nella relazione interpersonale e accusano spesso gli altri per i loro errori e fallimenti. Questi individui sono costantemente in guardia, si aspettano di essere ingannati e cercano indizi per validare le proprie aspettative. Tale distorsione cognitiva, che va ad accentuare le dimensioni negative della relazione con l'altro o dell'altro si accompagna comunque ad un esame di realtà integro .

La caratteristica principale del **disturbo schizoide** di personalità è il ritiro sociale attivo, dove il paziente non vuole stare con gli altri non comprendendone il beneficio. Questa dimensione di ritiro porta ad una incapacità di esprimere le emozioni, all'apatia, all'appiattimento affettivo e ad un alto livello di introversione. Le persone con questo disturbo tendono a non avere un adeguata rete sociale, e rispetto al modello a 5 fattori mostrano livelli molto alti di introversione. Mostrando una scarsa apertura nei confronti delle emozioni nonché scarsa progettualità. In alcuni casi i sintomi del disturbo schizoide di personalità anticipano l'esordio di disturbi psicotici. Analogamente a quanto avviene per gli individui affetti da disturbo schizoide di personalità, gli individui con **disturbo schizotipico di personalità** sono eccessivamente introversi e mostrano deficit pervasivi sul piano sociale e interpersonale, essendo incapaci di condividere il proprio mondo emotivo. In aggiunta possono spesso

obiettivarsi distorsioni sia sul piano cognitivo sia su quello percettivo, nonché eccentricità nella comunicazione e nel comportamento. Nonostante l'esame di realtà sia solitamente mantenuto, le persone affette da disturbo schizotipico hanno credenze strane e superstiziose, sostenendo talvolta di avere poteri magici. La bizzarria a livello del linguaggio, pensiero e comportamento è la caratteristica più stabile del disturbo schizotipico di personalità ed è simile a quella che si può osservare nei pazienti con schizofrenia. Alcuni studi hanno di fatti evidenziato la presenza di una comune matrice biologica tra il disturbo schizotipico di personalità e la schizofrenia. I due disturbi hanno, inoltre, diversi punti in comune come il deficit nella capacità di seguire con lo sguardo un target in movimento, deficit dell'attenzione sostenuta e nella memoria di lavoro, deficit nella capacità di inibire l'attenzione rispetto a un secondo stimolo che segue immediatamente la presenza di un altro. Per quanto riguarda il cluster B, il **disturbo istrionico di personalità** è caratterizzato dalla ricerca smodata di attenzione, che esita nel non sentirsi apprezzati quando non si è al centro dell'attenzione, l'intensa emotività espressa, la teatralità e l'estroversione (con cui spesso riescono a coinvolgere gli altri). Queste qualità non garantiscono relazioni stabili e soddisfacenti per cui gli individui con questo disturbo tendono a controllare i propri partner con comportamenti seduttivi e ricatti emotivi, mostrando, tuttavia, tratti di dipendenza. Si può assistere inoltre a eccessiva preoccupazione per l'aspetto estetico oltre alla scarsa tolleranza alla frustrazione. È molto difficile fare diagnosi differenziale con gli altri DP, alla luce dell'alto tasso di comorbidità con il disturbo di personalità borderline, antisociale, narcisistico e dipendente. Ci sono, ineffetti, evidenze di una base genetica condivisa con il disturbo antisociale di personalità per cui è stata ipotizzata la presenza di una comune vulnerabilità di base, che si manifesta *nelle donne* come disturbo istrionico e *negli uomini* come disturbo antisociale (Buodo, 2017). L'ipotesi delle basi genetiche di tale disturbo è supportata anche dal fatto che può manifestarsi come forma estrema di due tratti normali di personalità (l'estroversione e, meno, il nevroticismo), che hanno basi genetiche comuni. Gli

individui affetti da disturbo di personalità narcisistico mostrano un senso grandioso di sé, un bisogno costante di ricevere attenzioni e ammirazione e una mancanza di empatia per gli stati emotivi altrui. Sono stati teorizzati due sottotipi di tale disturbo: il narcisismo grandioso e il narcisismo vulnerabile (Buodo, 2017). Il narcisismo grandioso presenta tratti legati a grandiosità, dominanza, aggressività, corrispondenti alla visione interiore del sé (versione mostrata e interiorizzata sono coerenti). C'è una marcata tendenza a sovra-stimare le proprie capacità e successi, accompagnata da una svalutazione degli altri. Il rifiuto degli altri non impatta con la costruzione narcisistica del sé e i soggetti si comportano come se fosse tutto loro dovuto mostrandosi riluttanti a perdonare gli altri per le offese ricevute. Si offendono facilmente e pensano di poter essere capiti solo da persone considerate al loro stesso livello. Il narcisismo vulnerabile è invece caratterizzato da un senso di autostima instabile e fragile, dove l'arroganza e la condiscendenza non sono che maschere di un'intensa vergogna e ipersensibilità al rifiuto e alle critiche. Il rifiuto degli altri può significativamente colpire il soggetto, motivo per cui tendono ad evitare i rapporti interpersonali. Non sempre si assiste ad una presentazione clinica definita, di fatti alcuni individui possono fluttuare tra aspetti dei due sottotipi. Dal punto di vista del trattamento, è più complicato trattare il *sottotipo grandioso*, in quanto meno complianti alla terapia, che tendono ad accettare solitamente in un iniziale fase di decadimento fisiologico o in concomitanza a un grande fallimento). La caratteristica principale del **disturbo antisociale di personalità** (DAP) è la tendenza ad ignorare e, di conseguenza, violare in modo persistente i diritti degli altri, con una combinazione di comportamenti fraudolenti, aggressivi e antisociali. Questi soggetti sono in continuo conflitto con la società, a causa del loro comportamento irresponsabile caratterizzato da scarso riguardo della Sicurezza, per la mancanza di uno sviluppo morale o etico nonché per l'incapacità di seguire modelli di comportamento. Manca l'interesse nell'instaurare relazioni con gli altri, che vengono spesso manipolati per scopi egocentrici. Il DAP può essere diagnosticato solo a partire dai 18 anni a



quei soggetti che hanno mostrato sintomi di un disturbo della condotta già prima dei 15 anni e che, pertanto, devono persistere nel tempo (es. azioni illegali ripetute, ingannevolezza, impulsività, aggressività, irresponsabilità.). È il disturbo più diffuso nell'ambiente penitenziario (47% dei detenuti uomini e 21% delle donne) insieme al **disturbo borderline di personalità** (BDP), che oggi ha una categoria diagnostica a sé. Il termine è stato coniato da Stern negli anni '30, in quanto "al confine" tra psicosi e nevrosi (Stern, 1938). È caratterizzato da una marcata sofferenza dei pazienti, impulsività, instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nel tono dell'umore, esplosioni di rabbia, cronica sensazione di vuoto, immagine di sé negativa e difficoltà a tollerare la solitudine. Caratteristica fondamentale è l'instabilità affettiva, che si manifesta in risposte intense ai trigger ambientali e in un lento ritorno allo stato emotivo di base, oltre che in oscillazioni drastiche da uno stato emotivo all'altro. Dal punto di vista relazionale, i soggetti affetti da BDP hanno relazioni instabili, intense e burrascose, che prevedono idealizzazioni estreme di amici e partner che si trasformano in amare delusioni e generano rabbia. Sono soggetti estremamente spaventati dall'abbandono per cui tendono a identificare segnali di rifiuto nel comportamento altrui sovrastimandone il rischio. Spesso "testano" le loro relazioni strette, interpretando come segni di un abbandono imminente tutti i possibili errori dell'altro. La dimensione abbandonica è, dunque, molto importante, dal momento che spesso si riscontra questo disturbo in soggetti trascurati in età infantile, che si portano dietro tale trauma per tutta la vita. Il soggetto pensa, inoltre, che l'unico modo per essere "considerato" dagli altri sia quello di farli preoccupare attraverso comportamenti eclatanti, pena l'abbandono. Un'altra caratteristica importante legata a quest'ultima è l'impulsività (tendenza a rispondere rapidamente a stimoli ambientali senza pensare alle conseguenze), che conduce spesso a comportamenti autodistruttivi. Tipici sono i tentativi di suicidio (25% tra le persone con diagnosi di DBP, il 10% delle persone con DBP raggiunge lo scopo) e i comportamenti autolesivi. Circa il 75% dei soggetti riportano anche

*sintomi cognitivi*, con esperienze simil-psicotiche in cui perdono il contatto con la realtà, quali allucinazioni e idee persecutorie. Si presenta in comorbidità sia con i disturbi internalizzanti (es. disturbi dell'umore) sia con quelli esternalizzanti (es. abuso di sostanze). Abbiamo, infine, I DP del cluster C che condividono alti livelli di ansia, inibizione sociale, sentimenti d'inadeguatezza e ipersensibilità alle valutazioni negative. Sono, inoltre, accomunati da condotte comportamentali ansiose e/o inibite. Il **disturbo evitante di personalità** si differenzia da quello schizotipo o schizoide per la presenza della dimensione ansiosa. Il paziente in questo caso è riconoscibile data la forte timidezza, la scarsa comunicazione delle proprie emozioni, nonché l'ipersensibilità al rifiuto e alle critiche. Gli evitanti sono insicuri nelle relazioni sociali e sono pochissime le persone con cui questi pazienti instaurano una relazione più intima. Il **disturbo di personalità dipendente** è caratterizzato da un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Pazienti che non riescono a stare da soli, senza una relazione intima, spesso stanno con la stessa persona tutta la vita oppure cambiano partner uno dopo l'altro. Queste persone non si sentono in grado di riuscire a stare in autonomia in maniera soddisfacente stante lo scarso equilibrio nei confronti del sé, e la bassa autostima che impatta nell'idea di essere in grado di autogestirsi. L'ansia e la paura di separarsi è qualcosa di molto più forte rispetto allo stare bene in un rapporto relazionale adattivo, infatti, all'interno delle loro relazioni, spesso i loro bisogno sono subordinati a quelli degli altri. Il disturbo dipendente di personalità compare spesso in comorbidità con altri disturbi; per esempio sia le personalità borderline sia le personalità dipendenti temono l'abbandono, tuttavia le personalità borderline reagiscono a esso con senso di vuoto e rabbia mentre quelle dipendenti con sottomissione. La personalità istrionica come quella dipendente è caratterizzata da un intenso bisogno di rassicurazione e approvazione, l'istrionico è molto più socievole e appariscente a differenza del dipendente che è docile e schivo. All'interno del **disturbo di personalità**

**ossessivo-compulsivo** (OCD DP), vi è infine, una dimensione di perfezionismo ricercata continuamente che implica l'utilizzo disfunzionale di molta energia psichica in quanto i pazienti si preoccupano in maniera eccessiva di regole, ordine, dettagli. Il paziente gestisce la propria ansia attraverso questi comportamenti di controllo e questo corteo sintomatologico ha un impatto anche sulle relazioni interpersonali, in quanto i pazienti tendono a instaurare relazioni controllanti. Sono, inoltre, tendenzialmente poco rivolti all'ascolto interno e spostano la loro attenzione sulla parte razionale (rimuginanti, controllanti). Mentre circa il 20% di questi pazienti ha in comorbilità un conclamato disturbo ossessivo-compulsivo, la maggior parte presenta più spesso crisi d'ansia o attacchi di panico (dovuti a momenti di discontrollo ingestibili), motivo per cui si recano in terapia (Buodo, 2017 ; DSM-5, 2014).

### 3. IMPUTABILITÀ E DIAGNOSI DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ – LA LEGGE RASO

*“L'imputabilità è il presupposto minimo di maturità del soggetto cui può essere mosso un rimprovero per il fatto commesso, solamente in quanto sia in possesso di quel tanto di maturità mentale, cioè di capacità d'intendere e di volere, da poter discernere il lecito dall'illecito. (...)L'espressione "capacità di intendere e di volere" indica che l'imputabilità comprende entrambe le attitudini, ovvero sia quella di intendere sia quella di volere, di conseguenza un soggetto può dirsi non imputabile quando, essendo presente l'una, manchi l'altra e viceversa.”*(Art. 85,Codice penale). La capacità di intendere e di volere, così come citata nell'articolo 85, riconosce un ruolo autonomo, in maniera distinta, alla capacità di intendere e alla capacità di volere. La prima si riferisce all'abilità di comprendere il significato dell'azione che il soggetto ha intrapreso; la seconda riguarda la possibilità concreta di autoderminarsi nel senso vero e proprio, quindi la capacità di controllare i propri impulsi. Durante un processo penale, se il soggetto non viene ritenuto in grado di intendere e di volere, e quindi gli viene riconosciuto il *vizio totale di mente*, riceve una riduzione della pena o più spesso si assiste a conversione della pena in ambiente di cura. Se ciò accade, il periodo in cui il soggetto è obbligato alle cure non deve comunque superare la durata della pena inizialmente prevista. In caso di *vizio parziale di mente*, dove la capacità di intendere e di volere diminuisce grandemente a causa di un'infermità mentale, la riduzione della pena è possibile ma non certa. Il giudice deve dunque decidere se, al momento del reato, l'imputato ha agito con piena capacità mentale o meno. Per prendere la decisione si serve di un consulente tecnico d'ufficio (CTU) che viene nominato dal giudice stesso per effettuare una valutazione della capacità di intendere e di volere dell'imputato al momento dei fatti. Lo scopo della valutazione è determinare se l'imputato soffre di una patologia mentale e se quest'ultima è in relazione causale con il fatto-reato.

## 3.1 Il concetto di imputabilità

### 3.1.1 *L'origine del concetto di imputabilità nel diritto italiano*

L'origine del concetto di imputabilità nel contesto giuridico italiano risale al progetto di codice penale presentato alla Camera nel 1887 dal guardasigilli Zanardelli (Manzini, 1929). Zanardelli riteneva che per dichiarare l'autore di un reato colpevole e dunque meritevole di una sanzione penale, non era sufficiente verificare l'esecuzione materiale del fatto, ma era necessario considerare anche l'elemento morale che in presenza di disturbi psichici poteva essere compromessa. Alla luce di queste considerazioni, l'art. 47 del progetto di Zanardelli, in seguito alla revisione della Commissione, specifica che "l'infermità mentale" dipende "da uno stato psichico tale da togliere la coscienza dei propri atti o le libertà dei propri atti", e dunque comporta la perdita della *capacità di intendere e di volere*. Il perito, oltre ad essere interpellato ad esprimersi sulla capacità di intendere e di volere del periziando, deve anche rispondere al complesso quesito della pericolosità sociale (Curti, 2017). Nel 1919, con il progetto Ferri si assistette al tentativo di sostituire il principio della responsabilità morale con il principio della responsabilità sociale basata sul principio che la *pericolosità* del soggetto autore di reato, rappresenta un criterio più rilevante rispetto all'elemento morale. Tale progetto verrà poi respinto, a seguito di critiche mosse a livello dottrinale e politico. Mentre il Codice Zanardelli non conteneva una definizione esplicita di imputabilità, nel 1930 Il Codice Rocco, introduce nuova definizione di soggetto imputabile, modificando le "norme relative alle circostanze" che diminuiscono o escludono "l'imputabilità psichica o morale e la responsabilità giuridica o penale" (Relazione presentata alla Camera dei deputati il 13 gennaio 1925, in Lavori preparatori cit., vol. I, p. 16). Viene dunque confermata la direzione del Codice Zanardelli a sostegno di una "responsabilità penale delle azioni umane, che noi chiamiamo reati, [...] saldamente affidata al principio dell'imputabilità psichica e morale dell'uomo, fondato a sua

volta sulla normale capacità di intendere e di volere” (Relazione al Re, cit. Gazzetta Ufficiale 26 ottobre 1930). Un altro tema molto discusso tra il XIX e il XX secolo è stato quello del rapporto fra “imputabilità” e “colpevolezza”. Il concetto di colpa si è sviluppato attraverso due concezioni: nella seconda metà del XIX secolo dominava la concezione psicologica, secondo la quale la colpa consisteva in un nesso psichico tra l'agente e il fatto, mentre agli inizi del '900 viene elaborata la concezione normativa, la quale concepisce la colpa come un concetto normativo ed è qui che l'imputabilità comincia ad essere considerata come un presupposto per la colpa. Ferrando Mantovani e Francesco Antolisei, appartenenti ad una dottrina più tradizionale, ritenevano che l'imputabilità fosse un presupposto della colpa intesa in senso normativo e quindi come rimproverabilità per il comportamento agito. Secondo questa tradizione, non vi era colpa senza imputabilità e non vi era un'applicazione della pena senza colpa. La colpa ha qui una connotazione psicologica: rappresenta il nesso psichico tra colui che ha compiuto l'azione e l'azione stessa. Diversamente la dottrina prevalente, che era maggiormente diffusa a livello giuridico nel XIX secolo, affermava che il *dolo* e la *colpa* potevano essere attribuiti anche a soggetti che presentavano un'infermità mentale; infatti a livello legislativo, non esistevano norme che prevedevano di applicare delle disposizioni particolari nei confronti di soggetti non imputabili. ([www.adir](http://www.adir.it)) Ad oggi, l'imputabilità è considerata un presupposto necessario affinché una persona possa essere chiamata a rispondere legalmente di un fatto giuridicamente rilevante (Rossi, 2005). L'art. 85 del Codice penale (c.p.) italiano sostiene che “Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se, al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile”, e che “è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”. Tale affermazione implica che un soggetto è penalmente perseguibile se è in grado di comprendere quanto accade intorno a lui e di quanto le sue azioni abbiano un valore sociale positivo o negativo (capacità di *intendere*). Deve inoltre essere capace di pianificare le proprie

azioni in vista di uno scopo, compiere le proprie scelte in modo autonomo e, dunque, essere in grado di autoderminarsi (capacità di *volere*) (Mantovani, 2001).

### *3.1.2 Imputabilità: implicazioni in ambito forense e il concetto di infermità*

In accordo con l'art. 85 c.p., una persona, per essere considerata imputabile, deve avere entrambe le capacità di intendere e di volere, al momento del fatto-reato. Alla luce di quanto suddetto, emerge come nel contesto giuridico sia presente una dicotomia fra "imputabile e "non imputabile", e quindi fra la presenza o l'assenza di infermità mentale, che non concilia con la scienza psichiatrica e psicologica. La giurisprudenza mantiene, inoltre, un approccio medico-organicistico alla psicopatologia che viene catalogata all'interno di schemi nosografici a differenza della psicopatologia forense che considera l'infermità mentale in termini di conseguenze del disturbo mentale sul comportamento dell'individuo (Fornari, 2005). Infatti, l'ordinamento giuridico, non considera il funzionamento psichico dell'essere umano in ottica dimensionale e nell'insieme delle sue funzioni psichiche integrate, quali l'affettività, la percezione e la memoria. Inoltre non prende in esame gli aspetti che condizionano il comportamento, come i meccanismi inconsci, le rimozioni e i traumi (Andreoli, 1999). Per questo motivo, l'imputabilità del soggetto dovrebbe essere valutata analizzando tali dimensioni e esaminando quanto ciascuna di esse influenzi l'attuazione del reato. In secondo luogo, emerge come la capacità di volere sia più complessa da analizzare e dimostrare rispetto alla capacità di intendere, poichè è priva di un riscontro scientifico-empirico. Bernheim mette in luce le difficoltà che il perito incontra nel valutare la capacità di volere, alla luce della mancanza di elementi oggettivi che permettano di quantificare l'impulso a compiere una determinata azione nonché la capacità del periziando stesso a resistervi. In sintesi, risulta complesso affermare con un adeguato grado di certezza se la scelta sia stata obbligata o meno. Secondo l'autore il perito possederebbe le competenze per verificare quanto il soggetto fosse cosciente nel momento dell'atto, la sua capacità di prevederne quindi le conseguenze e la percezione della situazione

esterna. A seguire (Tabella 1) ti i casi in cui il Codice penale italiano diminuisce o esclude l'imputabilità di un soggetto.

ESCLUSIONE	DIMINUZIONE
INFERMITÀ DI MENTE (ART.88)	SEMINFERMITÀ MENTALE (ART.89)
MINORE ETÀ (ART.97)	MINORE ETÀ (ART.98)
PIENA UBRIACHEZZA (ART.91)	NON PIENA UBRIACHEZZA ACCIDENTALE (ART.93)
PIENA INTOSSICAZIONE DA STUPEFACENTI ACCIDENTALE (ART.93)	NON PIENA INTOSSICAZIONE DA STUPEFACENTI ACCIDENTALE (ART.93)
CRONICA INTOSSICAZIONE DA ALCOOL O DA STUPEFACENTI (ART.95)	CRONICA INTOSSICAZIONE DA ALCOOL O DA STUPEFACENTI DA CUI DERIVI SEMINFERMITÀ MENTALE (ART.95)
SORDOMUTISMO (ART.96)	SORDOMUTISMO DA CUI DERIVI SEMINFERMITÀ MENTALE (ART.96)

Tabella 1.

In merito al concetto di *infermità mentale* (o *vizio di mente*), la giurisprudenza non ha una posizione univoca, perché tale concetto nel corso del tempo ha subito diverse trasformazioni sia in ambito giurico sia nel contesto della psicopatologia forense. Tuttora esistono teorie esplicative della malattia mentale contrastanti, come esplorato nel capitolo primo, e questo ha generato diversi orientamenti giuridici in riferimento all'infermità di mente. Secondo il paradigma medico-organicistico (il modello nosografico che ha origine alla fine del XIX secolo con Kraepelin) l'infermità mentale è una condizione patologica biologicamente determinata. In quest'ottica, le psicopatologie che possono incidere sulla capacità di intendere o di volere sono: le *psicosi organiche*, che hanno un'eziologia definita e una corrispondente alterazione biologica, e le *psicosi endogene* (come la schizofrenia) la cui eziologia organica non è conosciuta, ma che comportano un'alterazione significativa del comportamento e la



l'alterazione dell'esame di realtà. Differentemente, sulla base del paradigma psicologico, che nasce agli inizi del XX secolo, dove i disturbi mentali sono considerati alterazioni dell'apparato psichico, il concetto di infermità mentale è esteso anche ad altre psicopatologie, come la nevrosi, le psicopatie e i disturbi dell'affettività. Tali disturbi mentali incidono in maniera significativa sulla personalità dell'individuo e di conseguenza sul suo comportamento. Negli anni 70' emerge il paradigma sociologico, che vede il disturbo mentale come una "malattia sociale", che origina all'interno dell'ambiente in cui avviene lo sviluppo dell'individuo. Infine, gli attuali modelli integrati, considerano la malattia mentale in un'ottica multidimensionale che tiene conto delle variabili psicologiche, biologiche, relazionali e sociali (causalità multi-fattoriale). In linea con l'evoluzione dei paradigmi sopracitati, in data 8 marzo 2005 è stata depositata la Sentenza Raso n. 9163 la quale afferma che "anche i *disturbi di personalità*, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli artt. 88 e 89 c.p., sempre che siano di *consistenza, intensità, rilevanza e gravità* tali da concretamente incidere sulla stessa... è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo". Nel corso degli anni, si è assistito, dunque, con l'evoluzione della psicopatologia forense da un lato, e il progressivo mutamento della dottrina giurisprudenziale dall'altro, alla configurazione graduale di una nuova concezione normativa di infermità mentale. Mentre in passato, ai sensi degli art. 88 e art. 89 c.p, si consideravano infermità mentali solo alcune malattie (in particolare le psicosi e i disturbi a riconosciuta eziologia organica), con l'approdo della Sentenza Raso si fa strada nelle aule di giustizia una nozione più allargata di infermità mentale basata non tanto sull'eziologia di malattia quanto più sulle conseguenze che quest'ultima produce a livello della sfera morale del reo.

### 3.2 La Sentenza Raso e i gravi disturbi di personalità

Come è già stato anticipato, la Sentenza Raso ha determinato l'inclusione dei disturbi di personalità nel concetto d'infermità mentale *sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità*, comportando un ampliamento della valutazione dell'imputabilità. Prima di questa sentenza, infatti, l'autore di reato poteva essere considerato affetto da infermità ai sensi dell'art. 88 del codice penale, solo in seguito a una diagnosi di psicosi, schizofrenia o paranoia. Attualmente, non è più sufficiente individuare la diagnosi di una malattia psichiatrica maggiore (come la schizofrenia), ma la valutazione dell'imputabilità comprende una prospettiva psicopatologica più ampia, dove il confine tra malattia e infermità diviene più sottile (Rossi, 2005). In questo contesto il concetto di infermità stesso viene allargato, includendo per esempio anche i disturbi di personalità (Amato, 2005). Le Sezioni Unite descrivono infatti nel dettaglio altri disturbi, che hanno i medesimi effetti delle malattie psichiatriche maggiori, in grado di compromettere la capacità di intendere e volere al momento della commissione del reato. La sentenza, dunque, mette in luce l'aspetto *transitorio* della psicopatologia, laddove la condizione di disturbo non compromette la capacità intellettuale e volitiva in maniera costante, ma può generare un "oscuramento" momentaneo della capacità di comprendere il valore negativo dell'azione compiuta e di prendere una decisione sulla stessa. La Cassazione ha inoltre chiarito che nessun rilievo deve essere riconosciuto alle anomalie caratteriali, alterazioni o disarmonie della personalità, che non sono gravi a tal punto da compromettere la capacità di intendere e volere e di autodeterminazione del soggetto. Oltre a ciò, nell'art. 90 del Codice penale viene affrontato il tema degli "stati emotivi e passionali". Basandosi sul rigoroso assunto scientifico che l'uomo, non affetto da alcuna infermità psichica o fisica, sia in grado di dominare le proprie emozioni e passioni, ponendosi in una posizione di piena responsabilità verso le azioni commesse in preda a queste, gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità. (AIPG, 2005).

### 3.1.3 Accertamento del “fatto-reato”

Un altro aspetto importante della sentenza Raso è l'accertamento del nesso casuale. Ciò significa che, per determinare la presenza del vizio di mente, è necessario che sussista un nesso eziologico tra disturbo mentale e reato, così da poter dimostrare come il primo sia in rapporto casuale con il secondo. Rispetto a questa affermazione, la giurisprudenza non ha posizione univoca. Alcuni, non ritengono che sia necessario individuare un nesso eziologico tra la tipologia di infermità mentale e la tipologia del reato compiuto, considerando sufficiente che l'imputabilità esista al momento dell'atto (quindi l'aspetto temporale). Altri ancora sostengono che l'inquadramento del disturbo mentale all'interno di una categoria nosografica, non sia sufficiente alla valutazione esaustiva dell'imputabilità, per la quale ritengono opportuno valutare l'incidenza degli effetti di tale disturbo mentale sul reato compiuto.

### 3.1.4 La nozione di Disturbo Grave di Personalità

Come esposto nei capitoli precedenti, la sentenza Raso delle Sezioni Unite ha esteso il concetto di infermità mentale ai disturbi di personalità, a condizione che siano di tale intensità e gravità da compromettere la capacità di intendere e volere. È importante chiarire cosa si intenda in psichiatria per *disturbo grave di personalità* e come questo si distingue dal disturbo psicotico. Fornari, nell'articolo “*I disturbi gravi di di personalità rientrano nel concetto di infermià?*” (2005) definisce il disturbo di personalità come una condizione nella quale i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi e causano una compromissione del funzionamento del soggetto nell'ambito lavorativo e sociale e/o una sofferenza personale; si tratta di caratteristiche disfunzionali tipiche del soggetto che si presentano a lungo termine e appartengono al suo modo di essere. Fornari afferma inoltre che nei disturbi di personalità l'immagine del proprio sé è stabile, non si manifestano comportamenti autolesionistici, impulsività, timori di abbandono, oscillazioni dell'umore in senso disforico-depressivo, sentimenti cronici di vuoto,

difficoltà nel controllo della rabbia; l'integrità dell'Io è conservata. Il comportamento delle persone con DP è organizzato, ma l'individuo non è in grado di stabilire relazioni autentiche con l'altro, mancando spesso di sentimenti di rimorso, colpa o pentimento. L'autore afferma come, invece, il disturbo grave di personalità è caratterizzato dal funzionamento borderline della personalità caratterizzato da alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale (come intensa disforia, esplosioni di rabbia, tendenza a instaurare relazioni simbiotiche e paura dell'abbandono accompagnata da depressione anaclitica e difficoltà nella gestione dello stress). Si aggiungono disturbi dell'identità, utilizzo di meccanismi di difesa primitivi come la scissione, l'idealizzazione, la svalutazione e il diniego e compromissioni transitorie dell'alterazione dell'esame di realtà. Diversamente Fornari, identifica come caratteristiche proprie del disturbo psicotico la compromissione profonda dell'esame di realtà (allucinazioni e deliri), deficit cognitivi, autismo ma anche i meccanismi di difesa primitivi sopracitati. Possono altresì essere obiettivabili alterazioni dell'affettività, impulsività e disorganizzazione ideocomportamentale (Fornari, 2005).

### 3.2 Bias cognitivi nella diagnosi dei disturbi di personalità in ambito forense

Alla luce di quanto approfondito nei capitoli precedenti, e sulla scorta della letteratura, è possibile affermare come la natura dei disturbi mentali, in particolare dei disturbi di personalità, ne rende estremamente complessa la diagnosi in ambito sia clinico sia forense. L'assenza di biomarkers, ad esempio, impedisce al clinico di oggettivare il sintomo come accade nelle patologie mediche mentre la comorbilità rende difficile una chiara distinzione tra i disturbi mentali, così come la sovrapposizione sintomatologica e la difficoltà nel rintracciare una eziologia del disturbo monofattoriale. Tali elementi hanno un'influenza importante sia nel processo di diagnosi clinica, sia nella valutazione dell'infermità mentale nella psicopatologia forense, dove gli esperti sono chiamati a valutare l'imputabilità di un soggetto. Inoltre, nel contesto giuridico, si aggiungono alcune criticità legate alla struttura processuale e all'influenza di bias cognitivi nel processo decisionale. Il giudice si serve della perizia forense per determinare l'imputabilità del soggetto (Ponti, 1987), la sua pericolosità sociale e l'eventuale applicazione di un'adeguata misura di sicurezza. Una delle criticità è rappresentata dall'incongruenza temporale tra il momento in cui il soggetto è sottoposto a perizia e il momento della commissione del fatto, che obbliga le parti a fare argomentazioni con un grado di presunzione maggiore del desiderato. Inoltre, ogni perito opera seguendo il paradigma psichiatrico che ha adottato, il che può portare a valutazioni diverse tra periti differenti, considerando che nel processo penale sono presenti diverse figure specialistiche che valutano lo stesso soggetto, come i periti di parte psichiatri e/o psicologi e il consulente tecnico d'ufficio (CTU). Periti e CTU possono dunque essere soggetti a bias cognitivi, che influenzano l'affidabilità della diagnosi e della perizia. I bias cognitivi (o fallacie logiche), sono distorsioni cognitive che influenzano il modo di pensare e che pervadono ogni ragionamento umano, compreso quello giuridico (Ditrich, 2015; Dror, 2018). Per quanto i bias cognitivi siano ampiamente conosciuti, la letteratura relativa al loro impatto nel processo decisionale giuridico

è ancora scarsa. La relazione tecnica per la valutazione dell'infermità mentale, è considerata una prova scientifica, e dunque deve rispettare i criteri Daubert per l'ammissibilità delle prove scientifiche in tribunale e per supportare il giudice nella conclusione "oltre ogni ragionevole dubbio". Tuttavia, alcuni studi recenti dimostrano come la valutazione dell'infermità mentale presenti un alto tasso di errore e una bassa affidabilità tra i valutatori (*inter-rater reliability*) (Scarpazza, 2023). La psichiatria forense è soggetta a numerosi pregiudizi cognitivi. Un primo bias cognitivo è il "bias cognitivo di negazione", ossia la generale mancanza di accettazione della necessità di procedure che minimizzino i bias cognitivi e l'incapacità di riconoscere la suscettibilità ai bias (Kukucka, 2017). Un bias cognitivo simile è chiamato "punto cieco", che si riferisce alla tendenza a riconoscere i pregiudizi negli altri, pur rimanendo ignari dei propri pregiudizi. In particolare, i *bias cognitivi di negazione* e il *punto cieco* sono i bias meno riconosciuti dagli esperti forensi (MacLean, 2019). Un altro bias cognitivo predominante che emerge nei processi penali, come rivelato da una systematic review (Cooper & Meterko, 2019) e da un sondaggio (Ditrich, 2015), è il *bias di conferma*, che consiste nella tendenza a cercare, concordare o interpretare le informazioni in modo da confermare le proprie convinzioni (Kassin et al., 2013). Inoltre, la scienza forense è anche influenzata dall'*effetto alleanza*, ovvero la tendenza, spesso inconsapevole, a trovare elementi di prova a sostegno della parte che sostiene l'esperto (Cooper & Meterko, 2019; Guarnera, Murrie, & Boccaccini, 2017). I pregiudizi possono essere riscontrati sia a livello delle osservazioni sia a quello delle conclusioni e diversi esperti possono rilevare diversi sintomi o fornire un'interpretazione diversa degli stessi sintomi. Un esempio è il caso del delirio. A livello osservazionale, non tutti gli esperti che valutano la stessa persona osservano lo stesso sintomo. Se invece lo osservano entrambi, possono interpretarlo nel modo migliore per sostenere la propria conclusione. Un esempio rappresentativo di bias cognitivo nell'affidabilità inter-rater che emerge a livello di conclusioni, riguarda il caso Breivik, in cui diversi clinici che hanno osservato gli stessi sintomi

sono giunti a conclusioni diagnostiche molto diverse: nello specifico, disturbo narcisistico di personalità combinato con pseudologia fantastica in contrapposizione alla schizofrenia paranoide (Melle, 2013). Infine, l'*effetto Dunning-Kruger* è un bias cognitivo che consiste nel sopravvalutare la propria competenza in un argomento specifico (Kruger & Dunning, 1999). Questo è particolarmente evidente durante i processi in cui gli esperti che lavorano per le diverse parti forniscono diagnosi diverse per l'imputato. Il consulente dell'accusa di solito si sente sicuro della sua diagnosi senza rendersi conto che differisce da quella del consulente della difesa e non cerca di capire come la controparte abbia concluso per un'altra diagnosi.

### 3.2.1 *Malingering*

Il malingering è la creazione, la finzione o l'esagerazione di sintomi fisici o psicologici allo scopo di ottenere un risultato desiderato e i disturbi psichici possono esserne facilmente oggetto, soprattutto in ambito forense. Spesso viene sottovalutato perché gli esperti ripongono molta fiducia nel colloquio clinico e nelle proprie capacità diagnostiche. Si può affermare che le prove disponibili per la consultazione sul malingering dei sintomi non sono ancora consistenti. Uno dei motivi è che in ambito clinico i professionisti non tengono conto del fatto che i pazienti potrebbero fingere o esasperare i loro sintomi, soprattutto se si è in presenza di una buona alleanza terapeutica. I clinici non sono di fatti addestrati a rilevare il malingering e, di conseguenza, non si è mai sentita la necessità di sviluppare dei metodi che permettano di riconoscere i malingers in contesti prettamente clinici. La valutazione del malingering rimane tuttavia di primaria importanza in ambito forense piuttosto che clinico, infatti nell'ambito forense sono coinvolti autori di reato che traggono vantaggio dalla valutazione peritali, in ambito clinico la richiesta di diagnosi è volontaria e sostanzialmente a fine terapeutico. In uno studio del 1973 (Rosenhan, 1973), "pseudo pazienti" che fingevano allucinazioni sono stati ricoverati nel dipartimento psichiatrico di dodici diversi ospedali altamente specializzati: tutti, tranne uno (a cui è stato diagnosticato un disturbo bipolare), hanno ricevuto una diagnosi

clinica di schizofrenia. È importante sottolineare che questo studio è stato condotto nel 1973, quindi prima dell'adozione dei criteri diagnostici più severi inclusi nelle versioni più recenti del DSM. Sebbene questi risultati debbano essere considerati con cautela, il loro significato più ampio sembra essere ancora valido. Infatti, in uno studio più recente (Rosen, Mulsant, Bruce, Mittal, & Fox, 2004), psichiatri esperti hanno distinto gli “attori” dai veri pazienti depressi durante un colloquio clinico con un'accuratezza vicina al livello casuale. Inoltre, i clinici hanno valutato la loro fiducia nelle diagnosi come 6,5 su 10 nel caso dei pazienti e 7,1 nel caso degli attori, dimostrando di essere ugualmente sicuri in entrambi i casi. Poiché i colloqui clinici non possono essere utilizzati per individuare in modo affidabile i *malingers*, i ricercatori hanno sviluppato test che possono supportare i clinici nell'individuare il *malingering* di disturbi cognitivi (Pace et al., 2019; Zago et al., 2019) e psichiatrici (Mazza, Monaro, et al., 2019; Mazza, Orru, et al., 2019; Monaro et al., 2018). Questi test cognitivi hanno un alto tasso di accuratezza. Ad esempio, un test cognitivo di tracciamento del mouse e di tempo di reazione ha raggiunto un'accuratezza fino al 96% nel distinguere i bugiardi (sintomi psichiatrici *malingering*) dai pazienti realmente depressi e da coloro che dicono la verità (Monaro et al., 2018). Questi test si dividono in due categorie: i Symptom Validity Test (SVT), che hanno l'obiettivo di verificare la validità dei sintomi lamentati dal paziente, e i Performance Validity Test (PVT), che servono per accertare la credibilità del comportamento del paziente durante la somministrazione del test. Tra i principali Symptom Validity Test si includono il TOMM (Tombaugh, 1996), il SIMS (Smith e Burger, 1997) e lo IOP-29 (Giromini e Viglione, 2017), mentre tra i Performance Validity Test più noti troviamo il MMPI-2 (Hathaway e McKinley, 1942) e il PAI (Morey, 1991). Come esempio viene approfondito il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Quest'ultimo è stato sviluppato nel 1942 e revisionato nel 1992. Il questionario presenta una sezione dedicata al *malingering*, con scale precise per rilevare tendenze a falsificare le risposte, esagerare i sintomi o presentare un'immagine di sé



non corrispondente alla realtà. In particolare, la scala "F" (Infrequency) valuta la tendenza a esagerare i sintomi o a dare risposte incoerenti con la realtà psicologica del soggetto. Altre scale, come la "Fb" (Frequency back) e la "Fp" (Infrequency psychopathology), sono utilizzate per monitorare la coerenza e la veridicità delle risposte nel corso del test. Inoltre, le scale VRIN (Variable Response Inconsistency) e TRIN (True Response Inconsistency) sono progettate per identificare risposte incoerenti, mentre la scala "S" (Superlative Self-presentation) valuta se il soggetto sta cercando di presentarsi in modo eccessivamente positivo. Se vengono rilevati punteggi elevati in una di queste scale, il test viene considerato invalido, poiché indica una possibile manipolazione delle risposte, volontaria o meno, da parte del soggetto (Fiore, 2016).

La bassa affidabilità della psicopatologia, dovuta alle caratteristiche intrinseche dei disturbi mentali approfondite nei capitoli precedenti, alla bassa affidabilità inter-rater della diagnosi, ai bias cognitivi e alla mancanza di capacità di individuare clinicamente il malingering, ha un chiaro impatto sulla valutazione dell'infermità mentale. Alla luce delle problematiche descritte, servirsi, in ambito forense, di strumenti diagnostici con un'alta affidabilità inter-rater e adottare un approccio multidisciplinare per ridurre i bias cognitivi, potrebbe aumentare l'affidabilità inter-rater della diagnosi e rafforzare la valutazione del vizio di mente.

## 4. MATERIALI E METODI

La presente meta-analisi è stata condotta secondo le linee guida del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (*Tabella 3*) (Moher, 2009). È stata effettuata una ricerca in uno dei principali databases di dati psichiatrici - PubMed (National Library of Medicine). Sono stati inclusi tutti gli articoli originali scritti in lingua inglese dal 1993 al 21 marzo 2024, con abstract e testi completi disponibili. La chiave di ricerca è stata la seguente: “(Inter-rater reliability) AND (psychiatry\* OR psychiatric diagnosis OR schizophrenia OR psychosis OR personality disorder OR bipolar disorder OR anxiety disorder OR obsessive-compulsive disorder OR OCD OR post-traumatic stress disorder OR PTSD) NOT (Alzheimer OR Parkinson OR multiple sclerosis OR neurolog\*)”. Per quanto riguarda i criteri di inclusione, (1) gli articoli dovevano avere il focus sull’inter-rater reliability, (2) i partecipanti degli studi dovevano avere in media un’età maggiore ai 18 anni e (3) le diagnosi riportate dovevano essere riferite a un manuale diagnostico. I criteri di esclusione erano: (1) reviews, meta-analisi, commenti, lettere, case-report, analisi in pool, case studies e protocolli di studio; (2) età media dei soggetti inferiore ai 18 anni; (3) studi che non presentavano risultati specifici per l’inter-rater reliability; (4) studi condotti su animali; (5) articoli scritti in una lingua diversa dall’inglese; (6) studi relativi ad altre tipologie di affidabilità. Quattro autori e un quinto autore come supervisore, hanno successivamente controllato ed estratto i dati dagli articoli inclusi con l’ausilio del software Rayaan: autore e titolo del documento, anno di pubblicazione, caratteristiche dello studio: progettazione dello studio, dimensione del campione, il numero di valutatori, il numero di soggetti, il manuale diagnostico di riferimento, la tipologia di valutazione (strumento diagnostico), il Kappa di Cohen o l’ICC, l’intervallo di confidenza e l’errore standard (SE). . Se nei documenti selezionati non sono stati forniti dati pertinenti, è stato contattato l’autore corrispondente per ottenere ulteriori informazioni. Le controversie sono state risolte con l’intervento di un quinto autore che ha supervisionato l’intera

attività di ricerca. Qualora l'errore standard non fosse presente negli studi è stato estrapolato da analisi statistiche mediante i valori della deviazione standard, del numero campionario e dell'intervallo di confidenza. I valori di Kappa inferiori a 0,40 sono stati considerati un accordo scarso, quelli tra 0,40 e 0,60 un accordo discreto, quelli tra 0,61 e 0,75 un accordo buono e quelli da 0,76 in su un accordo eccellente. Dopo l'estrazione dei dati da manoscritti selezionati, i riferimenti degli articoli selezionati sono stati controllati per identificare qualsiasi altro studio potenziale che non è emerso dalla prima ricerca. Gli stessi criteri di inclusione ed esclusione sono stati seguiti per selezionare articoli da riferimenti. Al termine della ricerca gli articoli totali inclusi erano 92. Nel presente elaborato sono presentati e discussi i risultati emersi da 22 studi (*Tabella 4*) relativi all'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità. La valutazione della qualità dello studio è stata effettuata secondo i criteri dello strumento Cochrane per la valutazione del rischio di bias negli studi randomizzati (RoB tool) (Sterne et. al, 2019). Sulla base di questo strumento gli studi sono stati così valutati: *low* (rischio di bias basso), *some concerns* (possibile rischio di bias), *high* (alto rischio di bias).

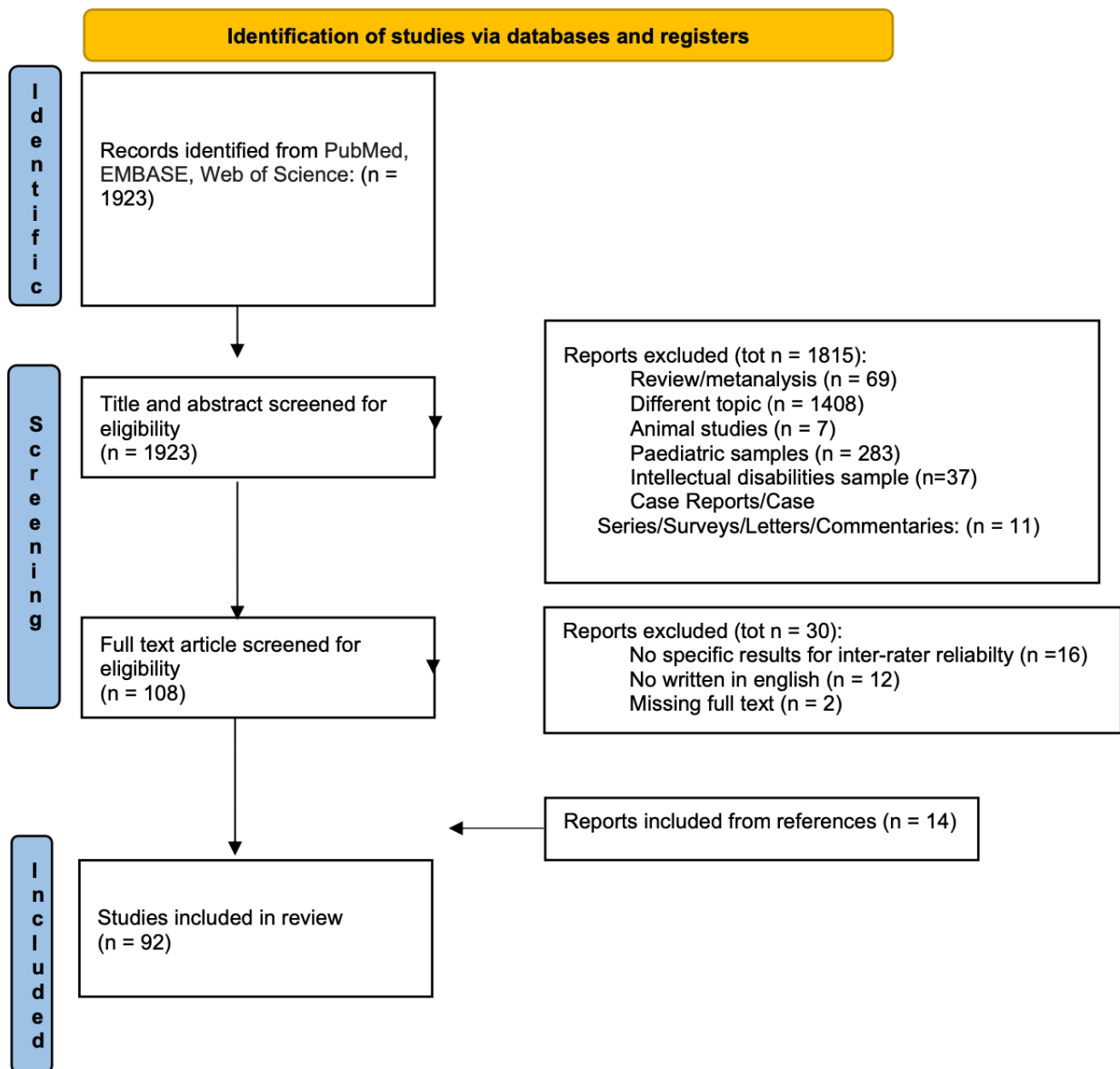


Tabella 3. PRISMA

Study	Personality disorders	Form of Assessment	Diagnostic Manual	K	Subjects (n.)	Raters (n.)	Risk of bias
Zanarini 2002	Borderline PD	DIB-R	DSM	0,94	45	9	low
Dijksman 2016	Avoidant PD	DS-1; DS-2; DS-3-5	DSM-IV	0,41	100	2	low
	Obsessive-compulsive PD			0,39			
	Borderline PD			0,78			

	PD NOS			0,46			
Rocha Neto 2023	PD	NSDA	ICD-10	0,68	99	2	Some concerns
Lobbestael 2011	Avoidant PD	SCID-II	DSM-IV	0,83	137	2	low
	Dependent PD			0,83			
	Obsessive-compulsive PD			0,87			
	Borderline PD			0,91			
	Antisocial PD			0,78			
Kim 2016	PD	SPAN-DOC	ICD-11	0,82	7	7	
Tang 2013	Antisocial PD	SCID-II ASPD	DSM-IV	0,86	14	2	low
Pilgrim 1993	PD	SAP	ICD-10	0,76	52	2	low
	Paranoid PD			0,82			
	Schizoid PD			0,73			
	Dissocial PD			0,79			
	Impulsive PD			0,78			
	Borderline PD			0,82			
	Histrionic PD			0,79			
	Anankastic PD			0,78			
	Anxious PD			0,82			
	Dependent PD			0,6			
Okasha 1993	Schizotypal PD	PSE english-arabic version	ICD-9	0,79	100	3	low
	Schizotypal PD		ICD-10	0,79			
	Schizotypal PD		DSM-III-R	0,66			
Zanarini 2000	Paranoid PD	DIPD-IV	DSM IV	0,58	27	2 pairs	low
	Avoidant PD			0,68		7 pairs	
	OCD PD			0,71		18 pairs	
	Borderline PD			0,68		13 pairs	

	Antisocial PD			1,00		8 pairs	
Wongpakaran 2012	Avoidant PD	T-SCID-II	DSM-IV	0,89	54	8 pairs	Some concerns
	OCD PD			0,9			
	Paranoid PD			0,78			
	Schizoid PD			0,77			
	Borderline PD			0,84			
	Antisocial PD			0,78			
Nagar 2018	Paranoid PD	SCID-II	DSM-IV	0,1	170	2	low
	Schizoid PD			0,07			
	Borderline PD			0,42			
	Avoidant PD			0,16			
	Dependent PD			0,05			
	OCD PD			0,02			
Somma 2020	Avoidant PD	SCID-5-AMPD-III	DSM-5 Alternative Model	0,96	84	10	low
	OCD PD			0,73			
	Narcissistic PD			0,87			
	Borderline PD			0,83			
	Antisocial PD			0,71			
	PD			0,86			
	Schizotypal PD			0,9			
Regier 1994 A	PD	ICD-10	ICD-10	0,51	3955	472	low
	Schizoid PD			0,22			
	Dyssocial PD			0,43			
	Impulsive PD			0,38			
	Histrionic PD			0,32			
	Dependent PD			0,26			

	PD NOS			0,13			
Regier 1994 B	PD	ICD-10	ICD-10	0,52	1299	96	low
	Schizoid PD			0,3			
	Dyssocial PD			0,65			
	Impulsive PD			0,43			
	Histrionic PD			0,07			
	Dependent PD			0,4			
	PD NOS			0,6			
Sartorius 1995	Histrionic PD	ICD-10 DCR	ICD-10 DCR	0,25	4322	2	low
	Anxious PD			0,33			
Maffei 1997	Avoidant PD	SCID-II	DSM-IV	0,97	231	2	Some concerns
	Dependent PD			0,86			
	Obsessive PD			0,83			
	Passive-aggressive PD			0,91			
	Depressive PD			0,65			
	Paranoid PD			0,92			
	Schizotypal PD			0,91			
	Schizoid PD			0,9			
	Histrionic PD			0,91			
	Narcissistic PD			0,98			
	Borderline PD			0,9			
	Antisocial PD			0,94			

Tabella 4. 14 studi relativi all'affidabilità inter-rater dei disturbi di personalità inclusi nella prima metanalisi.

Study	Personality disorders	Form of Assessment	Diagnostic	ICC/phi	Subjects (n.)	Raters (n.)	Risk of bias
Gharraee 2022	Avoidant PD	Persian version of the SCID-5-PD	DSM-5	phi 0,782	250	2	low

	Dependent PD			phi 0,648			
	Obsessive-compulsive PD			phi 0,692			
	Paranoid PD			phi 0,824			
	Schizotypal PD			phi 0,531			
	Schizoid PD			phi 0,765			
	Histrionic PD			phi 0,852			
	Narcissistic PD			phi 0,853			
	Borderline PD			phi 0,878			
	Antisocial PD			phi 0,905			
	PD NOS			phi 0,007			
Haider 2014	Paranoid PD	IPDE	ICD-10	0,315 Phi	30	2	Some concerns
	Schizoid PD			0,732 Phi			
	Borderline PD			0,831 Phi			
	Histrionic PD			0,889 Phi			



	Dependent PD			0,795 Phi			
Lohanan 2020	Borderline PD	SCID-II	DSM-IV	.925	10	4	low
Wang 2014	Borderline PD	Chinese DB-R	DSM-V	0,861	32	2	Some concerns
Lobbestael 2011	Paranoid PD	SCID-II	DSM-IV	0,85	134	2	low
	Schizotypal PD			0,69	134		
	Schizoid PD			0,78	134		
	Histrionic PD			0,72	135		
	Narcissistic PD			0,80	134		
Kim 2013	PD	PAS	ICD-11	0,9	16	2	low
Wongpakaran 2012	Dependent PD	T-SCID-II	DSM-IV	0,88			Some concerns
	Schizotypal PD			0,84			
	Histrionic PD			0,67			
	Narcissistic PD			0,84			

*Tabella 5. 7 studi relativi all'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità inclusi nella seconda metanalisi.*

## 4.1 Analisi statistiche

In 14 degli studi inclusi gli autori hanno utilizzato come indice statistico il Kappa (K) di Cohen. Nei restanti cinque, viene impiegato l' *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC), dunque, nel corso della ricerca, si è deciso di procedere effettuando due metanalisi differenti. Inoltre, in alcuni studi veniva utilizzato il coefficiente di correlazione *Phi*; tali studi sono stati inclusi nella ricerca ma non sono stati considerati ai fini della analisi statistiche. Il coefficiente Kappa (K) sviluppato da Jacob Cohen viene utilizzato per determinare se il grado di accordo tra due esperti è superiore a quello previsto dal caso. Si tratta di una misura statistica utilizzata per quantificare il livello di accordo tra due valutatori che classificano gli item in categorie. È utile in situazioni in cui le decisioni sono soggettive e le categorie sono nominali (cioè non hanno un ordine naturale). In particolare, i suoi presupposti fondamentali sono: che i partecipanti alla ricerca vengano valutati in modo indipendente l'uno dall'altro, che gli item del test siano indipendenti, mutuamente esclusivi ed esaustivi e che i valutatori effettuino le loro valutazioni in modo indipendente l'uno dall'altro. Un valore di Kappa di Cohen tra 0,6 e 1 indica un buon livello di affidabilità, rendendo le diagnosi replicabili e consistenti tra diversi clinici, e aumentando così l'oggettività e l'utilità clinica degli strumenti diagnostici (Cohen, 1960). La formula generale per il calcolo di Kappa è:

$$k = \frac{p_0 - p_c}{1 - p_c}$$

Nello specifico,  $p_0$  rappresenta la percentuale di accordo, ovvero la percentuale di soggetti su cui i valutatori sono d'accordo e  $p_c$  rappresenta la percentuale di accordo prevista dal caso. Il limite inferiore di Kappa è compreso tra -1,00 e 0 e i valori che rientrano in questo intervallo possono essere interpretati come un accordo dovuto semplicemente al caso. Il limite superiore è 1,00 e rappresenta un accordo perfetto tra i valutatori. Per le analisi statistiche è stato preso

in considerazione il K di ogni diagnosi presente all'interno di ogni studio (*Tabella 4*), in alcuni casi era presente anche il K medio dei DP. Le analisi statistiche sono state condotte a partire dal test di eterogeneità, che si riferisce al fatto che gli studi clinici non siano assimilabili fra loro, in quanto svolti con metodiche diverse. L'eterogeneità statistica, indica infatti quanto è probabile che gli studi che sono stati inclusi all'interno della meta-analisi, siano distribuiti in maniera omogenea. Per stimare l'eterogeneità è stato utilizzato il test di Q di Cochran che è basato sulla statistica chi-quadro (test di bontà del Chi-quadro). Secondo l'ipotesi nulla ( $H_0$ ), gli studi si basano su dati che provengono dal medesimo campione, invece secondo l' $H_1$  gli studi presentano una elevata eterogeneità negli outcome da considerare che i loro dati si basano su un campione eterogeneo. La formula utilizzata è la seguente:

$$Q = \sum_{i=1}^m \frac{(k_i - \bar{k})^2}{var(k_i)} = \sum_{i=1}^m w_i (k_i - \bar{k})^2$$

Un valore di Q elevato e un p-value inferiore a 0.05 suggeriscono la presenza di un'eterogeneità significativa. È stato quindi seguito un modello a effetti casuali, che considera come le differenze nei risultati tratte da ciascuno studio sono dovute alle loro caratteristiche, alle differenze tra i campioni presi in considerazione oppure dal caso.

## 5. RISULTATI

### 5.1 Metanalisi 1

La prima metanalisi condotta ha incluso 16 studi, dai quali sono stati estrapolati 81 valori di kappa (K), poiché in ciascuno studio è stato analizzato l'indice di affidabilità inter-rater dello strumento diagnostico preso in considerazione per ogni diagnosi di più disturbi di personalità. Il valore medio di K emerso dalla metanalisi è 0.65 (IC 95%: 0.59, 0.71), indicando un livello complessivo moderato-buono di affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i DP. L'eterogeneità tra gli studi è risultata essere molto elevata, come evidenziato: dall'indice  $I^2 = 96\%$ , che rappresenta la percentuale di variazione totale tra gli studi attribuibile all'eterogeneità piuttosto che al caso; dal  $Tau^2 = 0.0698$  (SE = 0.0137), che misura la varianza tra gli effetti reali dei diversi studi; dal  $H^2 = 30.064$ , che conferma l'alta eterogeneità; e dal valore di  $Q = 1940.873$  con  $p < .001$ , che indica una significativa eterogeneità statistica tra gli studi. L'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità varia considerevolmente a seconda del disturbo specifico. Alcuni studi riportano valori di Kappa molto alti, indicando un'alta affidabilità inter-valutatore (ad esempio, Zanarini et al., 2002 per il disturbo borderline di personalità con  $K = 0.94$ ), mentre altri studi mostrano valori molto bassi, indicando una bassa affidabilità (ad esempio, Nagar et al., 2018 per il disturbo schizoide di personalità con  $K = 0.07$ ). Dalla linea verticale che rappresenta gli intervalli di confidenza nel Forest plot (*Tabella 7*), si può osservare che 56 degli 81 valori di K presi in considerazione sono significativi da un punto di vista statistico.

Random-Effects Model (k = 81)

	<b>Estimate</b>	<b>se</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>CI Lower Bound</b>	<b>CI Upper Bound</b>
Intercept	0.652	0.0334	19.5	<.001	0.587	0.718

*Nota.* Tau<sup>2</sup> Estimator: Restricted Maximum-Likelihood

[3]

Heterogeneity Statistics

<b>Tau</b>	<b>Tau<sup>2</sup></b>	<b>I<sup>2</sup></b>	<b>H<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>Q</b>	<b>p</b>
0.264	0.0698 (SE= 0.0137 )	96.67%	30.064	.	80.000	1940.873	<.001

*Tabella 6.*

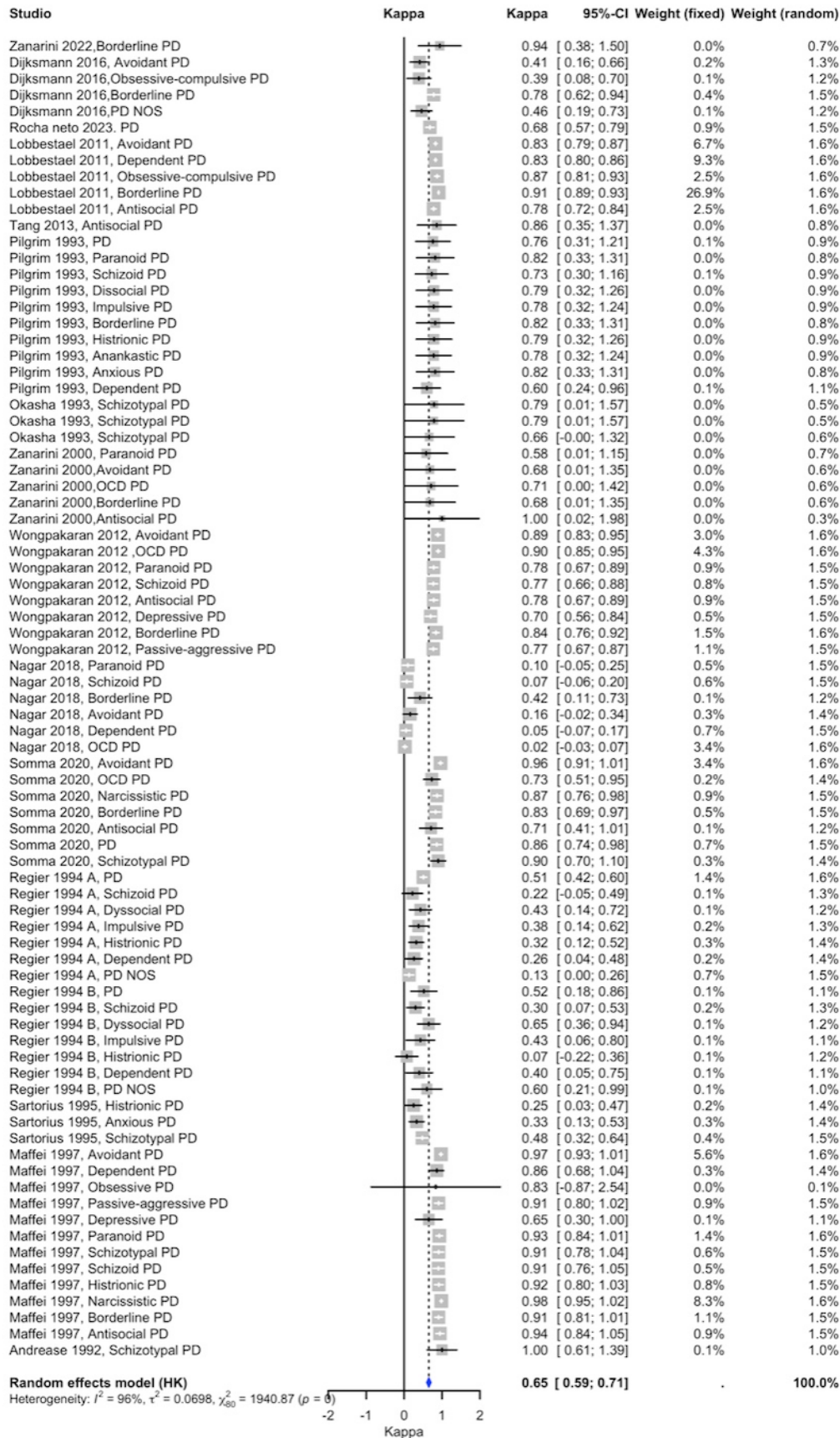


Tabella 7. Forest plot delle stime di K e della stima complessiva per il modello a effetti casuali della seconda metanalisi.

Dal Quality score (Rob2), è emerso che 12 studi su 16 inclusi hanno un rischio di bias interno basso (*low*) e 4 studi hanno un rischio di bias medio (*some concerns*), nessuno studio presenta un rischio di bias elevato (*high*). Per valutare il bias di pubblicazione degli studi inclusi nella prima metanalisi sono stati utilizzati tre test: il Fail-Safe N, il Kendall's Tau e la regressione di Egger. I risultati sono riportati nella Tabella 8. Il valore del Fail-Safe N è risultato essere 27,154 con un p-value inferiore a 0.001. Questo elevato valore del Fail-Safe N suggerisce che sarebbe necessario un numero estremamente elevato di studi nulli per rendere non significativi i risultati della metanalisi. Tuttavia, questo valore elevato non esclude la presenza di bias di pubblicazione. Il Kendall's Tau ha mostrato un valore di -0.068 con un p-value di 0.369, indicando che non c'è una correlazione significativa tra le dimensioni degli effetti e i loro errori standard. La regressione di Egger ha mostrato un'intercetta di -0.490 con un p-value di 0.624, indicando l'assenza di una significativa asimmetria nei dati. Tuttavia, il p-value relativamente alto suggerisce che il test specifico utilizzato potrebbe non essere sensibile a rilevare un bias di pubblicazione presente. Il Funnel plot (*Tabella 9*) mostra che non c'è una distribuzione equa dei punti attorno alla linea centrale. La maggior parte degli studi si trovano nella parte superiore del grafico suggerendo una potenziale presenza di bias di pubblicazione; infatti, ciò indica che gli studi con piccoli errori standard (e quindi con campioni più grandi) mostrano risultati più positivi. Dunque, sebbene i test di Kendall's Tau e di Egger non abbiano rilevato bias significativi, l'elevato valore del Fail-Safe N e la distribuzione asimmetrica nel funnel plot indicano che potrebbe esserci una sovra rappresentazione di studi con risultati positivi.

Test Name	value	p
Fail-Safe N	274154.000	<.001
Kendalls Tau	-0.068	0.369
Egger's Regression	-0.490	0.624

*Nota.* Fail-safe N Calculation Using the Rosenthal Approach

*Tabella 8.* Publication bias assessment della seconda metanalisi.

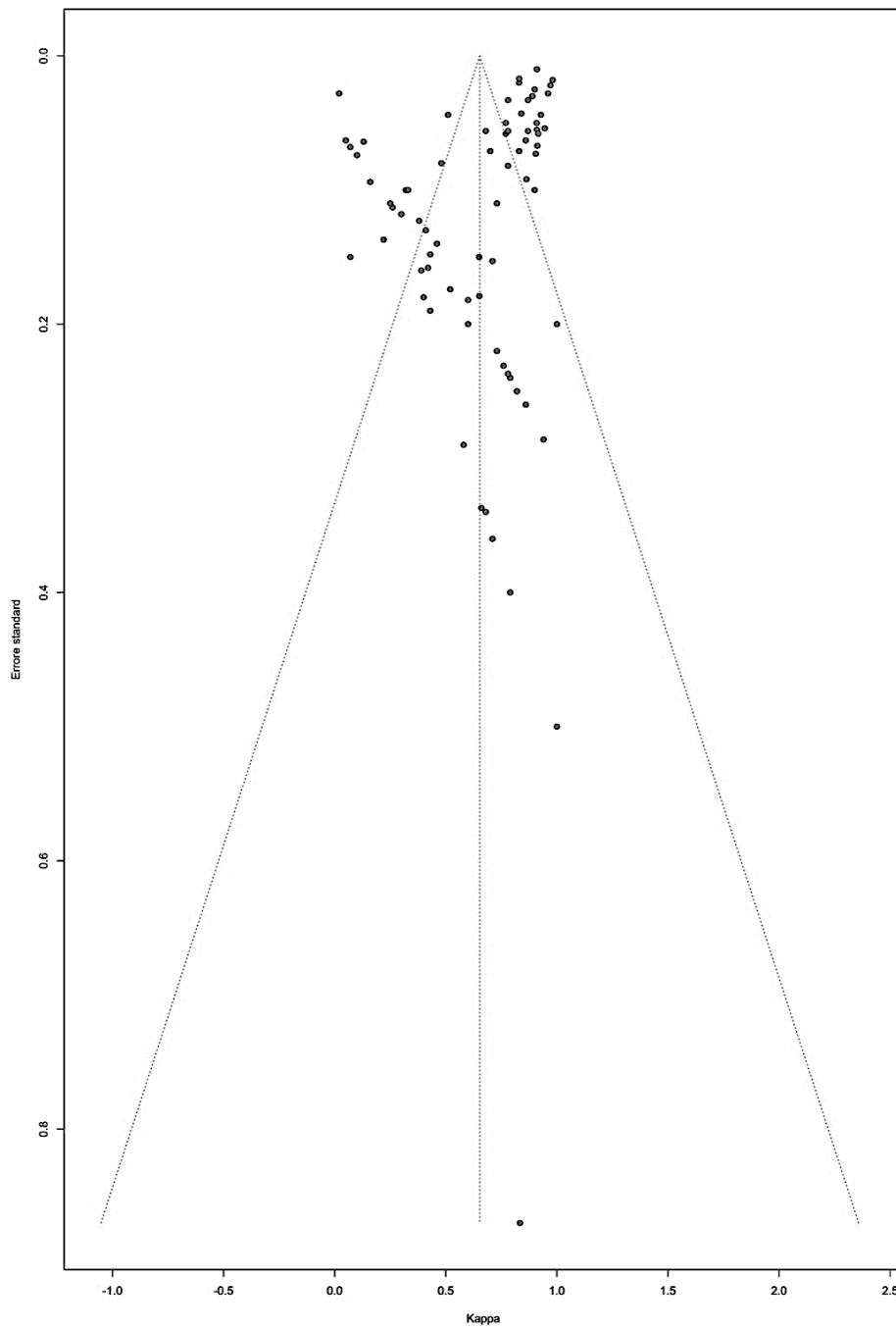


Tabella 9. Funnel plot delle stime di K rispetto alle stime dell'errore standard del modello a effetti casuali della seconda metanalisi.



## 5.2 Metanalisi 2

La seconda metanalisi condotta ha incluso 7 studi dai quali sono stati estrapolati valutano 37 valori di ICC, poichè in ciascuno studio è stato analizzato l'indice di affidabilità inter-rater dello strumento diagnostico preso in considerazione per ogni diagnosi di più disturbi di personalità. Come emerge dalla Tabella 6, la stima media dell'ICC è 0.85 (95 % CI: 0,82-0,87); la stima dell'intercetta è risultata essere 0.846 con un errore standard di 0.0133. Il test Z ha mostrato un valore di 63.4 con un p-value inferiore a 0.001, indicando un effetto significativo e i limiti dell'intervallo di confidenza (CI) sono compresi tra 0.819 e 0.872. Questi valori indicano che, in media, l'affidabilità inter-valutatore degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità presi in considerazione in questi studi è abbastanza elevata. I valori di ICC rappresentati nel Forest plot (*Tabella 11*) mostrano una notevole variabilità. Alcuni studi riportano valori di ICC molto alti, indicando un'alta affidabilità inter-valutatore (ad esempio, Kim, 2013 per i DP con un ICC di 0.97), mentre altri studi mostrano valori più bassi, indicando una minore affidabilità (ad esempio, Lobbestael et al., 2011 per il disturbo schizotipico con un ICC = 0.69). Il Test dell'eterogeneità è risultato significativo, con un valore di  $I^2$  pari al 66% e un valore di Q di 102.70, entrambi con  $p < 0.001$ , suggerendo una significativa variabilità tra gli studi inclusi (*Tabella 10*). Nonostante il valore dell'eterogeneità sia abbastanza elevato, non vuol dire che gli studi inclusi nella metanalisi non siano significativi. Dalla linea verticale che rappresenta gli intervalli di confidenza, nel Forest plot (*Tabella 11*), si può osservare che 20 dei 37 valori presi in considerazione, sono significativi da un punto di vista statistico.

Random-Effects Model (k = 36)

	Estimate	se	Z	p	CI Lower Bound	CI Upper Bound
Intercept	0.846	0.0133	63.4	<.001	0.819	0.872

Nota. Tau<sup>2</sup> Estimator: Restricted Maximum-Likelihood

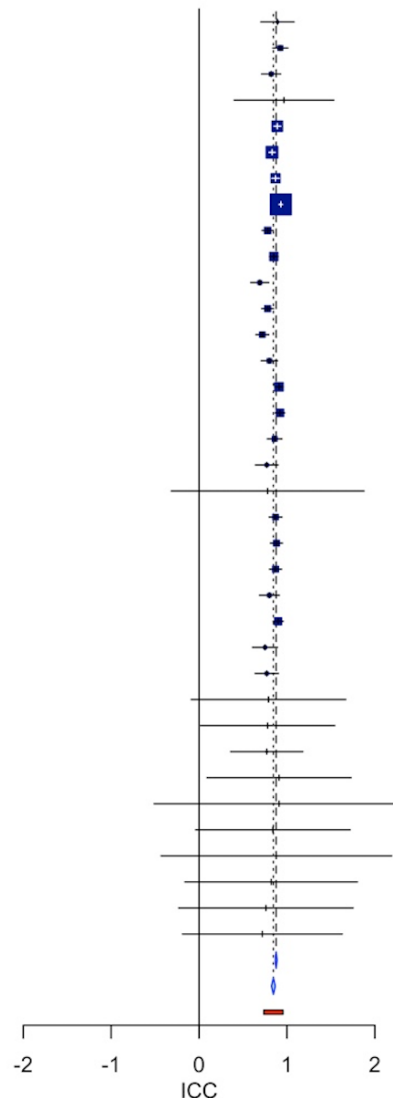
[3]

Heterogeneity Statistics

Tau	Tau <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	H <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	df	Q	p
0.053	0.0028 (SE= 0.0012 )	67.83%	3.108	.	35.000	102.700	<.001

Tabella 10. Effect size and (sampling variances or standard errors) della seconda metanalisi.

Source	ICC (95% CI)
Wang 2014, Borderline PD	0.89 [ 0.70; 1.08]
Lohan 2020, Borderline PD	0.93 [ 0.84; 1.01]
Kim 2016, PD	0.82 [ 0.71; 0.93]
Kim 2013, PD	0.97 [ 0.40; 1.53]
Lobbestael 2011, Avoidant PD	0.89 [ 0.85; 0.93]
Lobbestael 2011, Dependent PD	0.83 [ 0.79; 0.87]
Lobbestael 2011, Obsessive-compulsive PD	0.87 [ 0.82; 0.92]
Lobbestael 2011, Borderline PD	0.93 [ 0.91; 0.95]
Lobbestael 2011, Antisocial PD	0.78 [ 0.72; 0.84]
Lobbestael 2011, Paranoid PD	0.85 [ 0.80; 0.90]
Lobbestael 2011, Schizotypal PD	0.69 [ 0.59; 0.79]
Lobbestael 2011, Schizoid PD	0.78 [ 0.71; 0.85]
Lobbestael 2011, Histrionic PD	0.72 [ 0.65; 0.79]
Lobbestael 2011, Narcissistic PD	0.80 [ 0.71; 0.89]
Wongpakaran 2012, Avoidant PD	0.91 [ 0.86; 0.96]
Wongpakaran 2012, OCD PD	0.92 [ 0.87; 0.97]
Wongpakaran 2012, Paranoid PD	0.86 [ 0.78; 0.94]
Wongpakaran 2012, Schizoid PD	0.77 [ 0.64; 0.90]
Wongpakaran 2012, Antisocial PD	0.78 [-0.32; 1.88]
Wongpakaran 2012, Depressive PD	0.87 [ 0.80; 0.94]
Wongpakaran 2012, Passive-aggressive PD	0.88 [ 0.81; 0.95]
Wongpakaran 2012, Dependent PD	0.87 [ 0.80; 0.94]
Wongpakaran 2012, Schizotypal PD	0.80 [ 0.69; 0.91]
Wongpakaran 2012, Borderline PD	0.90 [ 0.84; 0.96]
Wongpakaran 2012, Narcissistic PD	0.75 [ 0.61; 0.89]
Wongpakaran 2012, Histrionic PD	0.77 [ 0.64; 0.90]
Somma 2020, Paranoid PD	0.79 [-0.09; 1.67]
Somma 2020, Schizotypal PD	0.78 [ 0.02; 1.54]
Somma 2020, Schizoid PD	0.77 [ 0.36; 1.18]
Somma 2020, Antisocial PD	0.91 [ 0.09; 1.73]
Somma 2020, Borderline PD	0.91 [-0.51; 2.33]
Somma 2020, Histrionic PD	0.84 [-0.04; 1.72]
Somma 2020, Narcissistic PD	0.88 [-0.43; 2.19]
Somma 2020, Avoidant PD	0.82 [-0.16; 1.80]
Somma 2020, Dependent PD	0.76 [-0.23; 1.75]
Somma 2020, OCD PD	0.72 [-0.19; 1.63]
Total (common effect)	0.88 [ 0.87; 0.89]
Total (random effect)	0.85 [ 0.82; 0.87]
Prediction interval	[ 0.74; 0.96]



Heterogeneity:  $\chi^2_{35} = 102.70$  ( $P < .001$ ),  $I^2 = 66\%$

Tabella 11. Forest plot delle stime ICC e della stima complessiva per il modello a effetti casuali della seconda metanalisi.

Dal Quality score (Rob2), è emerso che 4 studi hanno un rischio di bias interno basso (*low*) e 3 studi hanno un rischio di bias medio (*some concerns*) nessuno studio invece presenta un rischio di bias elevato (*high*). Per valutare il bias di pubblicazione negli studi inclusi nella metanalisi, sono stati utilizzati diversi strumenti statistici e grafici, tra cui il Funnel plot (*Tabella 13*) e una serie di test statistici riportati nella tabella di valutazione del bias di pubblicazione (*Tabella 12*). La tabella riporta i risultati di tre test principali. Il test Fail-Safe N mostra un valore estremamente elevato (158955,  $p < .001$ ), suggerendo che sarebbe necessario un numero molto grande di studi nulli per annullare l'effetto osservato, indicando quindi una bassa probabilità di bias di pubblicazione. Il Kendall's Tau ha un valore di 0.030 ( $p = 0.796$ ), il che indica una correlazione non significativa, suggerendo l'assenza di un bias di pubblicazione evidente. Infine, la regressione di Egger presenta un valore di -1.102 ( $p = 0.271$ ), non significativo, supportando ulteriormente l'assenza di un bias di pubblicazione lampante. Il Funnel plot associato conferma questi risultati, mostrando una distribuzione simmetrica dei punti attorno all'effetto medio, con la maggior parte degli studi concentrati nella parte superiore del grafico, dove gli errori standard sono più piccoli. La simmetria del Funnel plot e i risultati non significativi dei test statistici suggeriscono che non vi è un significativo bias di pubblicazione nei dati analizzati, confermando la consistenza dei risultati della metanalisi.

Test Name	value	p
Fail-Safe N	158955.000	<.001
Kendalls Tau	0.030	0.796
Egger's Regression	-1.102	0.271

*Nota.* Fail-safe N Calculation Using the Rosenthal Approach

*Tabella 12.* Publication bias assessment della seconda metanalisi.

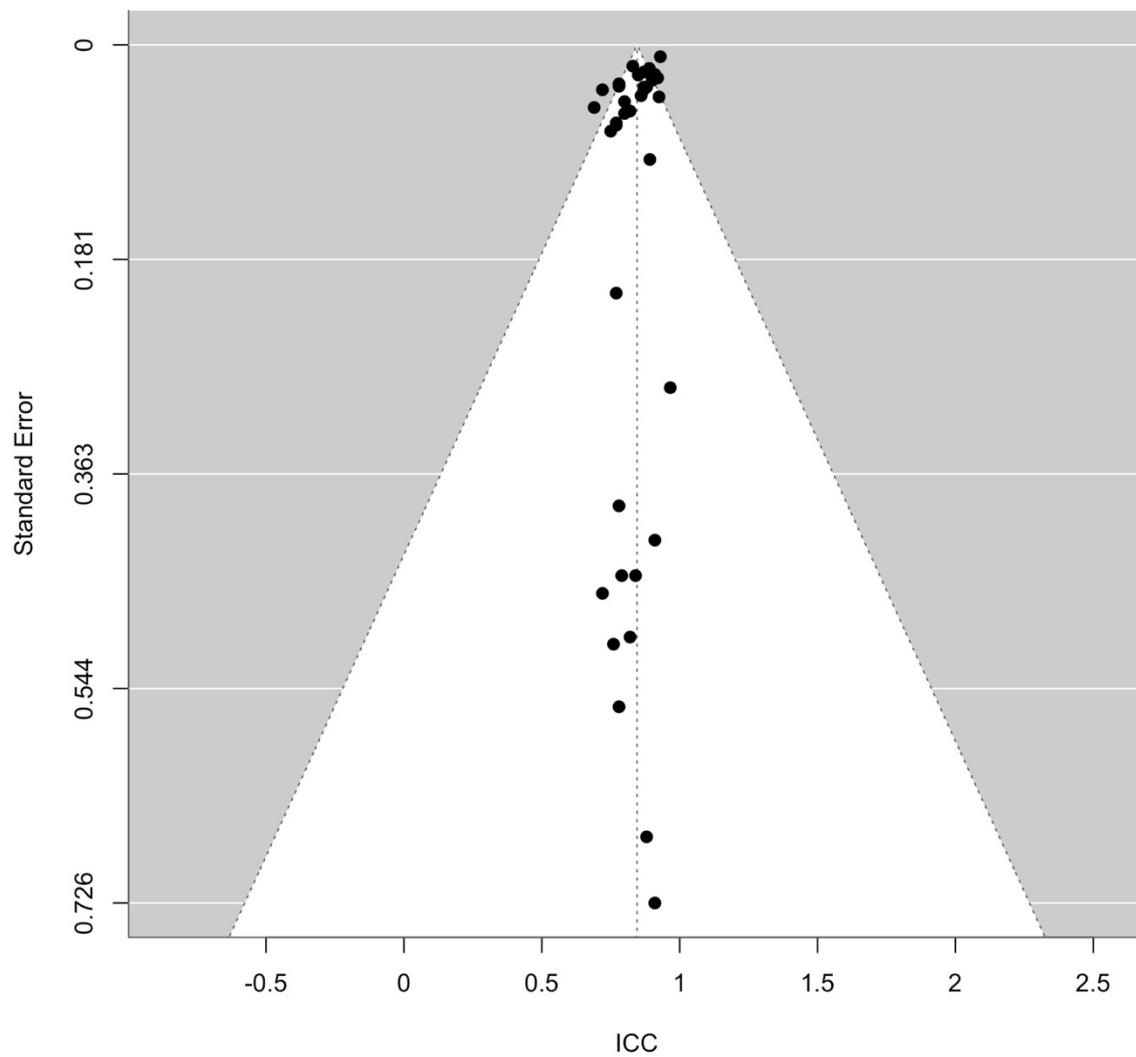


Tabella 13. Funnel plot delle stime di ICC rispetto alle stime dell'errore standard del modello a effetti casuali della seconda metanalisi.

Le implicazioni dei risultati descritti verranno discussi nel capitolo seguente.

## 6. DISCUSSIONE

L'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità rappresenta un tema centrale, sia nel campo della psicopatologia clinica sia in quello forense. La diagnosi dei disturbi mentali e, in particolare, dei disturbi di personalità è molto complessa. I DP sono caratterizzati da un elevato livello di comorbidità, da una sovrapposizione sintomatologica consistente, dall'assenza di biomarkers specifici e dalla difficoltà nel definirne una chiara eziologia. Questi aspetti complicano il processo diagnostico. Alla luce di quanto suddetto, risulta importante che i clinici siano supportati da strumenti diagnostici precisi e affidabili, per garantire interventi terapeutici appropriati e migliori esiti dei trattamenti. Lo stesso è applicabile in ambito forense, dove con l'avvento della legge Raso e l'inclusione dei disturbi di personalità all'interno del concetto d'infermità mentale, l'utilizzo di strumenti con un'elevata affidabilità inter-rater che guidino il processo diagnostico, diventa di centrale importanza. Inoltre, all'interno del processo penale, sono coinvolte diverse figure che si occupano della valutazione psicopatologica, e una buona affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici utilizzati potrebbe diminuire l'impatto dei bias cognitivi implicati nella diagnosi dei DP in ambito forense (Jelovcich, 2016). La presente metanalisi ha avuto come obiettivo la produzione di un confronto ed una valutazione complessiva dell'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità sulla base dei risultati emersi da molteplici studi sul tema presenti in letteratura. È stato ipotizzato che le interviste semi-strutturate presentino un'affidabilità maggiore rispetto alle interviste non strutturate. La standardizzazione, infatti, riduce la variabilità delle diagnosi dovuta al bias soggettivo dei clinici, consentendo di ottenere risultati più validi. Come abbiamo visto, sono state condotte due metanalisi: la prima esamina gli studi che riportano l'affidabilità inter-valutatore utilizzando come indice statistico il Kappa di Cohen; la seconda si focalizza sugli studi che utilizzano l'ICC.

## 6.1 Metanalisi 1

Dai grafici e i risultati descritti nel capitolo precedente (5.1) emerge come l'eterogeneità degli studi inclusi nella prima metanalisi ( $n=16$ ) sia molto elevata ( $I^2 = 96.67\%$ ). Ciò implica che ci sia una notevole variabilità tra i risultati degli studi che potrebbe essere dovuta a delle variabili che non sono state misurate e non al caso. Gli studi inclusi, infatti, presentano dei campioni molto diversi rispetto alla numerosità e rispetto alle loro caratteristiche. Ad esempio, lo studio di Sartorius del 2002 è stato condotto su un campione molto ampio ( $n=4322$ ) e lo studio di Tang del 2013 su un campione molto minore ( $n=14$ ). Molti degli studi inclusi sono stati condotti su un campione costituito da pazienti reclutati da un'unica clinica o ospedale; ad esempio la popolazione dello studio di Maffei del 1997 è costituita da 231 pazienti ricoverati presso l'Unità di Psicologia medica e Psicoterapia dell'istituto San Raffaele, oppure lo studio di Nagar del 2018 ha reclutato i soggetti da un unico ospedale israeliano. Tuttavia, sono presenti studi che hanno un campione più eterogeneo, come lo studio di Okasha del 1993, dove il 29% del campione è costituito da pazienti ricoverati, il 33,1% del campione è costituito da pazienti selezionati da un contesto ambulatoriale e il 37,1%, quindi la maggior parte del campione, è costituito da pazienti non ricoverati reclutati in maniera randomica. Allo stesso modo, anche le differenze metodologiche che caratterizzano gli studi inclusi, potrebbero aver contribuito all'elevata eterogeneità. Ad esempio nello studio di Zanarini (2000), le interviste sono state condotte dai clinici attraverso videotapes, nella maggior parte degli altri studi ciò avveniva in presenza. In alcuni studi i valutatori somministravano i test in coppia, come nello studio di Wongpakaran (2012) dove vi erano 4 coppie di rater, in altri singolarmente. Inoltre, l'esperienza dell'intervistatore potrebbe avere avuto un ruolo nel determinare i risultati degli studi. In alcuni studi di fatti, gli intervistatori non erano che studenti che avevano svolto un training specifico sullo strumento diagnostico preso in considerazione. Nonostante l'alta eterogeneità, i risultati complessivi riportati nel capitolo precedente (5.1) sono significativi

(Tabella 7) e mostrano che il valore medio del K degli studi inclusi è 0.65 (IC 95%: 0.59, 0.71), e che quindi l'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici presi in considerazione è moderata-alta. Tuttavia, è possibile osservare un'ampia variabilità dell'indice, non solo tra gli studi ma anche tra le diverse diagnosi effettuate con il medesimo strumento. Ad esempio, lo studio di Zanarini (2002) sul Borderline PD presenta un'affidabilità inter-rater dello strumento diagnostico preso in considerazione (*Revised Diagnostic Interview for Borderlines*, DIB-R) molto elevata (Kappa=0.94), mentre lo studio di Regier A (1994) presenta dei valori Kappa piuttosto bassi: 0.22 per il disturbo dissociale di personalità e 0.43 per il disturbo istrionico di personalità. È possibile anche osservare delle differenze notevoli all'interno del medesimo studio, ad esempio nello studio di Pilgrim (1993), che prende in considerazione il *Standardized Assessment of Personality* (SAP), emerge un'affidabilità inter-rater elevata (K=0.78) per la diagnosi di disturbo paranoide di personalità e molto minore (K=0.36) per la diagnosi di disturbo antisociale di personalità. Si propone dunque di comprendere quali siano i fattori che possano spiegare l'ampia variabilità dell'indice K tra gli studi inclusi. Sono stati osservati: le caratteristiche strumenti diagnostici utilizzati; il manuale diagnostico di riferimento per le diagnosi; il livello di esperienza dei valutatori; il rischio di bias; la randomizzazione del campione.

- Gli studi che utilizzano come strumenti diagnostici interviste semi-strutturate e standardizzate, tendono ad avere Kappa più elevati. Ad esempio, lo studio di Lobbestael (2011) con un Kappa medio di 0.84, lo studio di Maffei (1997) con un Kappa medio di 0.89, lo studio di Somma (2020) con un Kappa medio di 0.84, lo studio di Wongpakaran (2012) con un Kappa medio di 0.80, utilizzano la *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II), la SCID-II ASPD, la T-SCID-II e la SCID-5-AMPD-III. È evidente che la SCID, che è un'intervista semi-strutturata (Tabella 1), presenta un alto livello di affidabilità inter-rater. Oltre alla SCID altre

interviste semi-strutturate presentano una buona affidabilità inter-rater. Ad esempio, nello studio di Zanarini (2000) la *Diagnostic Interview for Personality Disorders fourth edition* (DIPD-IV) presenta un Kappa medio di 0.73, nello studio di la SAP mostra un Kappa medio di 0.77 e la DIB-R per il DBP nello studio di Zanarini (2000) ha un K medio di 0.94. Altri studi, che utilizzano strumenti meno comuni e non standardizzati, come il *Non Structured Diagnostic Assessment* (NSDA) (Rocha Neto 2023, K= 0.68) tendono ad avere Kappa leggermente più bassi. Questo suggerisce che le interviste semi-strutturate hanno un'affidabilità inter-rater più alta rispetto ad altri strumenti diagnostici. Quanto emerso trova conferma all'interno della letteratura; diversi studi mostrano come la standardizzazione di uno strumento rappresenti un fattore predittivo di una maggiore affidabilità inter-valutatore dello strumento stesso, sia per i disturbi di personalità (Svela et. al., 2022), sia per altre psicopatologie (Roca et. al., 2007).

- È emerso che gli studi che utilizzano come manuale diagnostico di riferimento per la diagnosi dei disturbi di personalità il DSM-IV o il DSM-5 rispetto a quelli che utilizzano l'ICD-10, hanno una maggiore affidabilità inter-rater. Ad esempio, lo studio di Sartorius (1955) dove viene utilizzato l'ICD-10 DCR ha un K medio di 0.29, quindi molto basso; i due studi di Regier del 1994, che utilizzando l'ICD-10 e che presentano rispettivamente un Kappa medio basso (0.32 e 0.42); lo studio di Rocha Neto (ICD-10; K=0.68), ha un valore di Kappa moderato, ma comunque inferiore rispetto agli studi che utilizzano il DSM-IV o il DSM-5 (Tang 2013, DSM-IV, K= 0.84; Zanarini 2002, DSM, K=0.94; Maffei 1997, DSM-IV, K=0.89; Lobbestael 2011, DSM-IV, K=0.84 ). Anche questo dato trova conferma all'interno della letteratura. Sono diversi gli studi che, infatti, confermano che l'ICD-10 presenta un'affidabilità inter-rater minore rispetto al DSM. In particolare, Tyrer (2014) afferma che la ragione principale di questa differenza è che l'ICD-10 non utilizza dei criteri diagnostici ben delineati, a meno che



questi criteri non siano stati validati indipendentemente. Ciò conduce ad una maggiore flessibilità delle diagnosi cliniche, lasciando un maggiore margine di intervento ai valutatori. Il DSM, invece, standardizza in maniera rigorosa i criteri diagnostici per migliorare l'affidabilità inter-rater (Tyrrer et. al., 2014).

- Per quanto riguarda il livello esperienza dei valutatori, non è stato possibile verificare se influenzasse l'indice di affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità perchè la maggior parte degli studi inclusi nella prima metanalisi, eccetto due (Rocha Neto 2023,  $K= 0.68$ ; Somma 2020,  $K= 0.84$ ), coinvolgono solo valutatori con un alto livello di esperienza.
- Anche nel caso del rischio di bias non è possibile verificare l'influenza sull'indice Kappa perché sono presenti solo due studi con un rischio di bias moderato (*some concerns*) (Rocha Neto 2023,  $K= 0.68$ ; Maffei 1997,  $K=0.89$ ), dei quali solo quello di Rocha Neto (2023) presenta un K relativamente basso.
- Infine, 3 degli studi inclusi specificano di aver utilizzato un campione randomizzato. La selezione casuale dei partecipanti è molto importante poiché permette una riduzione notevole degli errori sistematici (bias) del campione stesso, e consente di accertare l'attendibilità dei risultati rispetto alla popolazione. Emerge infatti come gli studi che presentano campioni randomizzati siano tra quelli che hanno i valori di K maggiori. In particolare, nello studio di Lobbestael (2011), dove il k medio è 0.84, i partecipanti sono stati selezionati casualmente da un ampio progetto di ricerca presso l'Università di Maastricht; nello studio di Zanarini (2002), dove il k medio è 0.94, ha coinvolto un processo di selezione casuale dei partecipanti come parte di un più ampio studio longitudinale sulla personalità borderline; e nello studio di Somma (2020), che presenta un k medio di 0.84, i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a coppie di valutatori per condurre interviste utilizzando la SCID-5-AMPD-III.

Infine, è stato possibile osservare come alcune diagnosi di DP abbiano un'affidabilità inter-rater generalmente superiore, rispetto ad altre che invece presentano una maggiore variabilità.

Di seguito sono riportate quelle più rilevanti.

- Disturbo Antisociale di personalità (ASPD): questo disturbo ha un'affidabilità inter-rater generalmente molto elevata, i valori Kappa variano da 0.78 (Lobbesteal, 2011) a 1.00 (Zanarini, 2000), suggerendo un ottimo accordo tra i valutatori in particolare con l'uso della SCID-II.
- Disturbo Borderline di personalità (BPD): l'affidabilità inter-rater per la diagnosi è molto alta nella maggior parte degli studi (Zanarini 2002,  $K=0.94$ ; Lobbesteal 2011,  $K=0.91$ ; Pilgrim 1993,  $K=0.82$ ; Wongpakaran 2012,  $K=0.84$ ; Maffei 1997,  $K=0.90$ ), in particolare quando vengono utilizzati strumenti come la SCID-II e il DIB-R.
- Disturbo Evitante di personalità (AVPD): l'affidabilità inter-rater varia notevolmente. I valori di Kappa variano da 0.16 (Nagar, 2018) a 0.97 (Maffei, 1997).
- Disturbo Ossessivo Compulsivo di personalità (OCD PD): l'affidabilità inter-rater è alta in quasi tutti gli studi della prima metanalisi (Lobbesteal 2011,  $K=0.87$ ; Zanarini 2000,  $K = 0.71$ ; Wongpakarang 2012,  $K= 0.90$ ; Maffei 1997,  $K=0.83$ )
- Disturbo Paranoide di personalità (PPD): per quanto riguarda questo disturbo sono state riscontrate delle discrepanze rilevanti. I valori Kappa variano, infatti, da 0.10 (Nagar, 2018) a 0.92 (Maffei, 1997).
- Disturbo Schizotipico di personalità (STPD): ha un'affidabilità inter-rater generalmente elevata (Okasha 1993,  $K=0.79$ ; Maffei, 1997,  $K=0.91$ ), eccetto nello studio di Nagar del 2018 ( $K=0.07$ ).

## 6.2 Metanalisi 2

Dai grafici descritti nel capitolo precedente (5.2) emerge che l'eterogeneità della seconda metanalisi ( $n=7$ ) è moderata ( $I^2 = 67.83\%$ ). Ciò implica che la variabilità tra gli studi inclusi, non deriva dal caso ma da altre possibili variabili che non sono state prese in considerazione, è relativa ma comunque significativa. Gli studi inclusi, infatti, presentano dei campioni abbastanza eterogenei tra loro dal punto di vista della numerosità e delle caratteristiche anche se non in maniera così eccessiva come nella prima metanalisi. Infatti, la numerosità dei campioni degli studi, varia da un massimo di 137 soggetti (Lobbestael, 2011) a un minimo di 10 soggetti (Lohan, 2020). Per quanto riguarda le caratteristiche del campione, alcuni studi hanno un campione eterogeneo, come per esempio quello dello studio di Kim (2016) che è costituito sia da pazienti ricoverati che da pazienti non ricoverati; il campione dello studio di Wang (2014) è costituito solo da pazienti ricoverati (età compresa tra 18 e 60 anni); nel caso dello studio di Lohan (2020) si trattava di un campione costituito da studenti non laureati (età compresa tra 18 e 25 anni) selezionati in maniera randomica; oppure ancora nello studio di Wongpakaran (2012) i soggetti sono stati selezionati da un unico ospedale universitario. Inoltre, è emerso che i criteri di esclusione e inclusione dei soggetti negli studi variano spesso da studio a studio, così come le metodologie di svolgimento della diagnosi. Tali differenze potrebbero, dunque, rappresentare delle variabili non considerate alla base dell'eterogeneità emersa. Tuttavia, nonostante l'eterogeneità moderata, i risultati complessivi riportati nel capitolo precedente (5.2) sono significativi (*Tabella 11*) e mostrano che il valore medio dell'ICC degli studi inclusi è 0.85 (95 % CI: 0,82-0,87), e che quindi l'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici presi in considerazione è alta. Non è stata riscontrata un'ampia variabilità tra gli indici ICC nei diversi studi; l'ICC più basso è comunque considerato moderato (Lobbestael 2011, Schizotypal PD ICC= 0.69). Si propone dunque di comprendere quali siano i fattori che possano spiegare l'alto indice ICC rilevato negli studi inclusi, sono stati dunque osservati: le caratteristiche

strumenti diagnostici utilizzati; il manuale diagnostico di riferimento per le diagnosi; il livello di esperienza dei valutatori; il rischio di bias; la randomizzazione del campione.

- Tutti gli strumenti diagnostici considerati nei diversi studi inclusi sono interviste semi-strutturate standardizzate; 4 dei 7 studi inclusi (Lohan 2020; Lobbestael 2011; Wonkpakaran 2012; Somma 2020) utilizzano la SCID-II, la SCID-5-PD e la T-SCID-II, che è noto abbiano una buona affidabilità inter-rater (Gorgens, 2011).
- Per quanto riguarda i manuali diagnostici, 4 degli studi inclusi utilizzano o il DSM-IV o il DSM-V, mentre due studi utilizzano l'ICD-11 che introduce una classificazione dimensionale nella diagnosi dei disturbi di personalità con importanti implicazioni nella pratica clinica (Mulder, 2021) e che ha una maggiore affidabilità inter-rater rispetto al precedente ICD-10 (Luciano, 2020).
- Il livello di esperienza dei valutatori è alto in tutti gli studi inclusi nella metanalisi e anche questo potrebbe rappresentare un fattore che ha determinato l'alto livello di affidabilità inter-rater, considerando che anche in letteratura è noto che l'esperienza e la formazione dei valutatori aumenta l'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici (Chen et. al., 2016).

Infine, è stato possibile osservare come tutte le diagnosi di DP abbiano un'affidabilità inter-rater generalmente alta anche andando ad analizzare i singoli disturbi. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che gli studi inclusi sono meno ( $n=7$ ) rispetto a quelli inclusi nella prima metanalisi ( $n=16$ ) e utilizzano tutti interviste semi-strutturate, in particolare la SCID-II. Di seguito sono riportati i dati più rilevanti che sono abbastanza concordi con quanto riscontrato nella prima metanalisi.

- Disturbo Antisociale di personalità (ASPD): ha un'affidabilità inter-rater generalmente molto elevata, i valori ICC variano da 0.78 (Wongpakaran, 2012) a 0.91 (Somma,

2020), suggerendo un ottimo accordo tra i valutatori in particolare con l'uso della SCID-II.

- Disturbo Borderline di personalità (BDP): l'affidabilità inter-rater per la diagnosi di è molto alta nella maggior parte degli studi (Lohan 2020, ICC=0.925; Lobbesteal 2011, ICC=0.91; Wang 2014, ICC=0.861) in particolare quando vengono utilizzati strumenti come la SCID-II.
- Disturbo Evitante di personalità (AVPD): l'affidabilità inter-rater risulta, in questo caso, probabilmente perché le diagnosi sono state svolte con la SCID, alta (Lobbesteal 2011, ICC=0.89; Wongpakaran 2012, ICC=0.91; Somma 2020, ICC=0.82).
- Disturbo Ossessivo Compulsivo di personalità (OCD PD): l'affidabilità inter-rater è medio-alta (Somma 2020, ICC=0.72; Wongpakarang 2012, ICC= 0.92).

### 6.3 Implicazioni in psicopatologia clinica e in ambito forense

Alla luce di quanto riportato nei capitoli precedenti, è possibile affermare che la diagnosi dei disturbi di personalità è molto complessa a causa degli aspetti intrinseci che li caratterizzano. In particolare, nel Capitolo 1.2 sono stati approfonditi gli elementi che complicano maggiormente la diagnosi di questi disturbi: la comorbidità, la sovrapposizione sintomatologica e l'assenza di biomarkers. Inoltre, trattandosi di psicopatologie, i DP sono caratterizzati da una multidimensionalità intrinseca (*Cap 1.1*), da un'eziologia non ben definita, e da un'ampia variabilità inter-individuale (*Cap 1.3*). Nonostante, i principali manuali diagnostici (*Cap 1.1.5*) descrivano i criteri diagnostici dei DP e li suddividano in categorie definite, la diagnosi di queste psicopatologie, mancando di evidenze oggettive come per esempio accade per le patologie organiche, tende comunque ad avere un discreto tasso di soggettività e viene influenzata dai bias cognitivi dei clinici. È stato dimostrato che tali bias diminuiscono quando i clinici sono supportati, nel processo di valutazione (assessment), da strumenti diagnostici standardizzati (come le interviste semi-strutturate) che presentano un alto livello di validità e affidabilità. In particolare, l'affidabilità inter-rater, che consiste nel grado di accordo tra due o più valutatori che si servono del medesimo strumento, è una caratteristica fondamentale degli strumenti diagnostici dei DP. Indagare questo aspetto è molto importante nell'ambito della psicopatologia clinica perché le interviste semi-strutturate dei DP, lasciano più spazio, rispetto a quelle per i disturbi dell'Asse I, alla soggettività dell'intervistatore e alla raccolta di informazioni da parte di familiari e intimi. Prima della pubblicazione del DSM-III (1980), l'affidabilità della diagnosi dei DP era molto bassa (Farmer, 2000). In uno studio di Spitzer e Fleiss del 1974, l'inter-rater reliability (kappa) per le diagnosi cliniche di DP risultava pari a 0.32. L'introduzione di criteri diagnostici standardizzati ha fornito elementi più accurati, stabili ed affidabili per la configurazione di strumenti capaci di migliorare la concordanza diagnostica. Shrout, Spitzer e Fleiss (1987) hanno identificato quattro fattori che possono

influire negativamente sull'affidabilità degli strumenti diagnostici e del processo di valutazione: l'acquisizione incoerente o incompleta delle informazioni durante la fase di raccolta dei dati da parte del valutatore (information bias); l'uso scorretto dei criteri diagnostici da parte di un singolo valutatore o più valutatori (criterion bias); le inferenze errate del valutatore (incorrect inferences bias); la transitorietà dei sintomi (temporal instability bias). Questi aspetti possono inficiare nell'accordo inter-valutatori rispetto ad una diagnosi. Una buona affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici che supportano i clinici durante la diagnosi, potrebbe diminuire l'influenza di questi bias (Farmer, 2000). I risultati del presente studio trovano conferma nella letteratura perché gli strumenti diagnostici che hanno mostrato un'affidabilità inter-rater maggiore sono proprio le interviste semi-strutturate e in particolare la SCID-II del DSM-IV/V. Inoltre, il presente studio, mostra come i DP abbiano, in generale, un'affidabilità inter-rater moderata-alta [ $K=0.65$  (IC 95%: 0.59, 0.71; ICC=0.85 (95 % CI: 0,82-0,87)](Tabella 7; Tabella 11). Ancora, emerge come il Disturbo Antisociale di personalità e il Disturbo Borderline di personalità, siano i disturbi che presentano l'affidabilità inter-rater più elevata in entrambe le metanalisi. Questi risultati potrebbero avere un'interessante implicazione anche in ambito forense. In primo luogo, i disturbi di personalità sono ampiamente diffusi negli autori di reato, in particolare per quanto riguarda l'omicidio (Swinson, 2013). Uno studio svolto nel Regno Unito nel 2021 dalla "National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health", ha riscontrato una prevalenza di DP del 56% (CI 95%) in un campione rappresentativo a livello nazionale di 600 autori di reato (omicidio). Dei 600 casi, 209 (35%) sono stati diagnosticati come affetti da *disturbo grave di personalità*. Ciò costituiva il 62% di tutti coloro ( $n = 338$ ) con diagnosi di qualsiasi disturbo di personalità. Sono stati, inoltre, riscontrati punteggi molto alti nel dominio esternalizzante (Cluster B), che include il Disturbo Antisociale di personalità e il Disturbo Borderline di personalità (Swinson et al., 2021), la cui diagnosi, nella presente metanalisi, mostra un'affidabilità inter-rater più

elevata rispetto ad altri disturbi. Lo strumento diagnostico utilizzato in questo studio è la *Personality Assessment Schedule* (PAS (Tyrer & Alexander, 1979), che nella presente metanalisi risulta essere uno degli strumenti con affidabilità inter-rater maggiore (Kim, 2013 DP ICC=0.966). Risultati simili sono stati ottenuti in diversi studi; in particolare nelle stime di prevalenza di DP in una popolazione di autori di reato del Regno Unito del 50-70% (10) (Swinson et. al., 2021) e di una popolazione svedese di condannati per omicidio o tentato omicidio del 54% (16) (Fazel et. al., 2004). Nonostante sia stata dimostrata un'ampia prevalenza dei DP nelle diagnosi degli autori di reato (Swinson, 2013), la diagnosi psichiatrica in ambito forense presenta un'intrinseca bassa affidabilità dovuta a diversi fattori: l'assenza di biomarkers; la bassa affidabilità inter-rater; il malingering e la presenza di bias cognitivi discussi nei capitoli precedenti (Cap. 3.4). Questa inaffidabilità intrinseca della diagnosi psichiatrica forense, si ripercuote sulla valutazione dell'infermità mentale (Scarpazza, 2021). Infatti, alcuni studi indicano che l'affidabilità dei valutatori che si occupano di sanità mentale in ambito forense potrebbe essere più scarsa di quanto si tende a supporre (Gowensmith, 2013). Nelle scienze forensi, le stesse prove possono essere interpretate da diversi esperti, così come la capacità di intendere e di volere dell'imputato il quale viene valutato dai diversi clinici coinvolti nel processo penale, che possono trovarsi in disaccordo e giungere a conclusioni differenti rispetto all'accertamento dell'infermità mentale (E.K. van Straalen, et al., 2020). Nello specifico gli psichiatri forensi nel processo penale possono assumere tre ruoli: perito (o "Ausiliario") nominato dal Giudice (G.I.P./G.U.P. o Giudice del dibattimento), Consulente Tecnico nominato dal Pubblico Ministero (PM) e Consulente Tecnico di Parte (CTP) nominato dalla difesa dell'indagato/imputato o dalla parte civile. (Abazia, 2016). Una recente Systematic- review e metanalisi (Guarnera et. al., 2017), che ha indagato l'accordo inter-rater della diagnosi nell'ambito della sanità mentale, ha riportato come l'accordo tra i valutatori sia molto variabile. Le percentuali di accordo variano dal 57% al 100% e l'indice di accordo varia



da 0,28 a 1,0. Inoltre, l'indice medio emerso dalla meta-analisi effettuata è relativamente basso [0,41 (95 % CI: 0,29 0,53)]. Dunque, in ambito forense, la difficoltà di effettuare una diagnosi psichiatrica univoca, con un elevato grado di accordo tra gli esperti coinvolti è una questione di notevole rilevanza. Alla luce di ciò, il fatto che questi ultimi siano supportati, nel processo di valutazione da strumenti diagnostici con una buona affidabilità inter-rater, potrebbe risultare molto importante (Scarpazza, 2021).

#### 6.4 Limiti e prospettive future

Il metodo PRISMA, utilizzato per entrambe le metanalisi, permette una visione d'insieme dei dati presenti all'interno della letteratura, fornendo una sintesi chiara e approfondita dei risultati di molteplici studi indipendenti, che indagano uno stesso fenomeno e che vengono combinati statisticamente. L'aggregazione di più studi che valutano un medesimo aspetto, in questo caso l'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici per i disturbi di personalità, permette un'analisi più precisa. Inoltre, tale metodo, favorisce la riduzione del rischio di bias, perché guida l'intero processo di ricerca con dei criteri che sono rigorosi e riproducibili. Attraverso questo processo vengono individuati anche gli effetti più piccoli e i risultati risultano più precisi e generalizzabili. Tuttavia, sono presenti alcune limitazioni, che caratterizzano anche il presente studio. Ad esempio, è emerso che la pubblicazione selettiva di risultati positivi (*bias di pubblicazione*) ha in parte influenzato la validità dei risultati ottenuti, anche se non ne ha minato la significatività. Ancora, alcuni studi inclusi, sono stati condotti con elevati standard metodologici e dunque con dei rischi di bias bassi, altri invece, con rischi di bias moderati, presentando delle perplessità. Inoltre, gli studi sono stati svolti con progetti di ricerca molto diversi tra loro, andando per esempio a valutare campioni con caratteristiche differenti. Dunque, sarebbe appropriato, nelle ricerche future, analizzare un numero maggiore di studi per diminuire ancora di più il bias di pubblicazione e svolgere una più attenzionata scrematura degli articoli, andando a considerare un maggiore numero di variabili, come la variabilità campionaria. Alla luce dei risultati ottenuti, per migliorare l'inter-rater reliability della diagnosi dei disturbi di personalità nell'ambito della psicopatologia clinica, sarebbe opportuno: servirsi dell'ICD-11 e del DSM-V, che sono i manuali che presentano un approccio dimensionale alla diagnosi dei DP; adottare una metodologia con un rischio di bias basso; data la multidimensionalità intrinseca dei DP, adottare un approccio multi-fattoriale integrato (interviste semi-strutturate standardizzate, colloqui clinici con il paziente e i familiari,

valutazione neuropsicologica e psicopatologica), per ridurre i bias cognitivi dei clinici (Sartori et. al., 2020). Nell'ambito forense, sarebbe vantaggioso promuovere delle strategie per migliorare l'affidabilità delle valutazioni dell'infermità mentale. Le diagnosi svolte dagli esperti forensi dovrebbero essere svolte in modo da ridurre al minimo le interpretazioni soggettive. Ad esempio, si potrebbe richiedere ai consulenti di utilizzare dei metodi che abbiano un basso rischio di bias; di fornire gli indici psicometrici degli strumenti diagnostici utilizzati, come l'affidabilità inter-rater; di procurare delle prove convergenti a sostegno delle loro conclusioni, basate sulle diverse metodologie utilizzate (interviste semi-strutturate, interviste strutturate, test psicopatologici e neuropsicologici) che costituiscono un approccio multidisciplinare. Questi aspetti contribuirebbero a rendere la diagnosi psichiatrica forense più affidabile e riproducibile, e potrebbero conferire alla consulenza degli esperti maggiore fondamento e pertinenza.

## CONCLUSIONE

La diagnosi dei disturbi di personalità rappresenta una sfida complessa in psicopatologia clinica, dovuta a diversi fattori tra cui: l'intrinseca multidimensionalità dei DP, la natura eterogenea dei sintomi, la sovrapposizione dei sintomi, la comorbidità e l'assenza di biomarkers specifici. L'evoluzione dei principali manuali diagnostici, come l'ICD-11 e il DSM-5, ha avuto un ruolo predominante in questo contesto, in particolare attraverso lo sviluppo di un approccio alternativo dimensionale nella diagnosi psicopatologica. Tale approccio ha contribuito a migliorare la coerenza e la precisione delle diagnosi, offrendo criteri diagnostici più specifici, riducendo l'influenza dei bias dei clinici (soggettività), e migliorando l'accordo tra i diversi valutatori. Data la multidimensionalità intrinseca della psicopatologia, i clinici dovrebbero adottare un approccio multifattoriale alla diagnosi che consideri, nel processo di valutazione, tutti gli aspetti della psicopatologia. Per cogliere la complessità delle manifestazioni psicopatologiche, in particolare nell'ambito dei disturbi di personalità, è infatti importante, svolgere colloqui con i familiari e i conoscenti del paziente, effettuare valutazione neuropsicologiche e psicologiche e somministrare test e interviste semi-strutturate. Un approccio olistico è fondamentale per una diagnosi accurata e per la successiva scelta terapeutica. Quanto suddetto assume importanza non solo nel contesto della psicopatologia clinica ma anche nell'ambito della psichiatria forense. Infatti, i disturbi di personalità, in seguito alla Sentenza Raso del 2005, sono stati inclusi nel concetto di infermità mentale. La diagnosi psichiatrica forense presenta notevoli complessità nella diagnosi dei DP, sia relative alla natura di questi disturbi, sia in merito al grado di accordo dei diversi esperti coinvolti nella diagnosi dell'imputato, che è spesso basso. Il presente studio si suddivide in due metanalisi e mostra un quadro generale dell'affidabilità inter-rater degli strumenti diagnostici dei disturbi di personalità attraverso l'analisi e il confronto di 20 studi. La prima metanalisi ha rivelato un'affidabilità inter-rater moderata e variabile. I risultati hanno indicato che, sebbene alcuni

strumenti diagnostici mostrino una buona affidabilità, esiste un'ampia variabilità degli indici di affidabilità tra le diverse diagnosi, anche all'interno dello stesso studio. Inoltre, è emersa un'elevata eterogeneità tra gli studi inclusi, che potrebbe essere attribuita ad alcune variabili che non sono state considerate nella selezione come le differenze tra le metodologie utilizzate negli studi stessi o la variabilità tra i campioni. Infine, è evidente come le interviste semi-strutturate, come la SCID-II, presentino un'affidabilità inter-rater maggiore rispetto a strumenti non standardizzati. La seconda metanalisi ha mostrato un quadro più uniforme, con un'affidabilità inter-rater elevata e meno variabile. Questo risultato positivo potrebbe derivare dal fatto che tutti gli studi inclusi utilizzano strumenti diagnostici standardizzati. Tuttavia, è importante considerare anche il potenziale bias di pubblicazione, che potrebbe portare alla predominanza di studi con risultati positivi. Questo fenomeno potrebbe influenzare le stime complessive di affidabilità, suggerendo che i valori di K e ICC elevati potrebbero essere, almeno in parte, il risultato della pubblicazione selettiva di studi con esiti favorevoli. In conclusione, questo studio evidenzia che l'affidabilità inter-valutatori della diagnosi dei disturbi di personalità è moderata-alta ma comunque variabile soprattutto in merito alla tipologia di strumento diagnostico utilizzato e dalla tipologia di approccio del manuale diagnostico di riferimento. In particolare, è emerso che l'affidabilità inter-rater risulti più alta quando i clinici si servono delle interviste semi-strutturate (come la SCID-II o il PAS) e dei manuali che hanno un approccio dimensionale alla diagnosi dei disturbi di personalità (DSM-5 e ICD-11). Questi risultati hanno implicazioni importanti non solo per la pratica clinica, ma anche nell'ambito forense, dove diagnosi accurate e affidabili sono fondamentali per la valutazione dell'imputabilità e per le decisioni giudiziarie. Le future ricerche dovrebbero continuare a esplorare strategie per migliorare gli strumenti diagnostici, riducendo il più possibile la variabilità della diagnosi e l'influenza dei bias cognitivi dei clinici specialmente nell'ambito forense, garantendo così una maggiore affidabilità e validità nelle diagnosi dei

disturbi di personalità. Un approccio integrato che combina l'uso di strumenti diagnostici standardizzati con una valutazione clinica completa e multifattoriale rappresenta la strada migliore per garantire una maggiore affidabilità e validità nelle diagnosi dei disturbi di personalità, che continua a rappresentare una sfida complessa.

## BIBLIOGRAFIA

- Abazia, L. (Ed.). (2016). *La perizia psicologica in ambito civile e penale*. FrancoAngeli.
- Abraham, K. (1921). Contributions to the theory of the anal character. In E. Jones (Ed.), *Selected papers of Karl Abraham* (D. Byan & A. Strachey, Trans.). (pp. 370-392). London, England: Hogarth Press.
- Abraham, K. (1994). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders [Abridged]. In R. V. Frankiel (Ed.), *Essential papers on object loss* (pp. 72-93). New York, NY: New York University Press. (Original work published 1924)
- Adler JM, Dunlop WL, Fivush R, Lilgendahl JP, Lodi-Smith J, McAdams DP, et al. Research methods for studying narrative identity: a primer. *Soc Psychol Personal Sci*. 2017;8(5):519–27.
- Adler JM, Lodi-Smith J, Philippe FL, Houle I. The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: a review of the field and recommendations for the future. *Personal Soc Psychol Rev*. 2016;20(2):142–75
- Adler, A., & Jelliffe, S. E. T. (1917). Study of organ inferiority and its psychical compensation.
- Agresti, E. (2002). Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto. *Comprendere*, 12, 11-30.
- Amato G., *Guida al diritto*, Un'estensione del concetto di "infermità" vincolata ai riscontri su causa ed effetto, n.17, 30 aprile 2005.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing
- Aragona, M. (2009). The role of comorbidity in the crisis of the current psychiatric classification system. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16, 1–11.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2011). *Selfhood, identity and personality styles*. John Wiley & Sons.
- Barber, J. P., & Morse, J. Q. (1994). Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory with the SCID-II and DPE. *Journal of Personality Disorders*, 8(4), 307-319.
- Barbieri, C., & Roncaroli, P. (2008). Da Verona a Mayerling: riflessioni sul fenomeno dell'omicidio-suicidio partendo da alcuni casi storico-artistici. *RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA*, (2), 351-371
- Beck A.t., Freeman A., (1990) *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, tr. it., Mediserve, Firenze, 1993
- Bellan, A. (2013). *Teorie della reificazione. Storia e attualità di un fenomeno sociale* (pp. 9-338). Mimesis Edizioni.
- Berk M. (2023). Biomarkers in psychiatric disorders: status quo, impediments and facilitators. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 174–176.
- Binswanger L. (1956), *Tre forme di esistenza mancata*, tr. it. Il Saggiatore, Milano, 1964
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 551.
- Buodo, G., Gentili, C., Ghisi, M., Prunas, A., & Pruneti, C. (2017). *Psicopatologia e Psicopatologia clinica*. Pearson.
- C.A. Ripamonti (2015) *Manuale di Psicopatologia della salute. Il Mulino*

- C.S. Neumann, R.D. Hare – *Psychopathic Traits in a Large Community Sample: Links to Violence, Alcohol Use, and Intelligence* – Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008, Vol 76, N° 5, 893-899
- Chen, S., Tao, J., Tao, Q., Fang, Y., Zhou, X., Chen, H., Chen, Z., Huang, J., Chen, L., & Chan, C. C. (2016). Rater experience influences reliability and validity of the Brief International Classification of Functioning, Disability, and Health Core Set for Stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 48(3), 265–272.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505–521
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37–46
- Cohen, L. G., Celnik, P., Pascual-Leone, A., Corwell, B., Faiz, L., Dambrosia, J., ... & Hallett, M. (1997). Functional relevance of cross-modal plasticity in blind humans. *Nature*, 389(6647), 180-183.
- Compton, W.M., Guze, S.B. The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245, 196–201 (1995)
- Cooper, G. S., & Meterko, V. (2019). Cognitive bias research in forensic science: A systematic review. *Forensic Sci Int*, 297, 35-46.
- Cooper, L., Peters, L., & Andrews, G. (1998). Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of psychiatric research*, 32(6), 361–368.
- Cramer, S. C., Sur, M., Dobkin, B. H., O'Brien, C., Sanger, T. D., Trojanowski, J. Q., ... & Vinogradov, S. (2011). Harnessing neuroplasticity for clinical applications. *Brain*, 134(6), 1591-1609.
- Curti, S. (2017). CRIMINOLOGIA E SOCIOLOGIA DELLA DEVIANZA Un'antologia critica. *The Lab's Quarterly*, 137.
- De Caro D., Tossicomanie nella società moderna, Torino, Edizioni Minerva Medica, 1980, 165.
- De Mari, M. (a cura di) (2018). *Io criminale*. Alpes.
- Dijkman, I., Dinant, G. J., & Spigt, M. (2016). The concurrent validity of a new eDiagnostic system for mental disorders in primary care. *Family practice*, 33(6), 607–616
- Ditrich, H. (2015). Cognitive fallacies and criminal investigations. *Sci Justice*, 55(2), 155-159.
- Dror, I. E. (2018). Biases in forensic experts. *Science*, 360(6386), 243.
- E.K. van Straalen, et al., The interpretation of forensic conclusions by criminal justice professionals: the same evidence interpreted differently, *Forensic Sci. Int.* 313 (2020) p. 110331.
- F. Del corno, M. Lang, F. Menozzi (2017) Modelli di colloquio in Psicopatologia clinica. *Franco Angeli*
- F. Mantovani, Diritto penale, IV ediz., Padova, 2001
- Farina, B., & Liotti, G. (2018). L'incontro con la teoria dell'attaccamento e la svolta relazionale della psicoterapia cognitiva. *PSICOBIEETTIVO*, (2018/3).
- Farmer, R. F. (2000). Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 823-851
- Fazel, S., & Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2129-2131.
- Feinstein AR. *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. Journal of Chronic Diseases 1970



- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455–468
- Fiore, F. (2016). Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) – Introduzione alla Psicologia. Tratto il giorno Marzo 15, 2022 da State of Mind: <https://www.stateofmind.it/2016/04/mmpi-minnesota-multiphasic-personality-inventory/>
- First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: The challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*, 38, 206–210.
- Fornari, U. (2005, 17 giugno). I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità? [Relazione a convegno]. Dipartimento di Scienze Giuridiche dell'Università di Torino.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689-708.
- Freud, S. (1959). Character and anal eroticism. In J.
- G. Sartori, G. Orrù, C. Scarpazza, The methodology of forensic neuroscience, *Neuroscience and Law: Complicated Crossings and New Perspectives*, (2020), pp. 453–473.
- Gharraee, B., Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Yaghmaeezadeh, H., Khanjani, S., & Ghahremani, S. (2022). Psychometric properties of Persian version of structured clinical interview for dsm-5 for personality disorders. *East Asian Archives of Psychiatry*, 32(4), 95–99.
- Goldberg, D. (1996). A Dimensional Model for Common Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 44–49.
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Tavistock/Routledge.
- Gorgens, K.A. (2011). Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID-I/SCID-II). In: Kreutzer, J.S., DeLuca, J., Caplan, B. (eds) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer, New York, NY.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford Press.
- Guze SB (1992) Validating criteria for psychiatric diagnosis: the Washington University approach. In: Akiskal HS, Web WL (eds) *Psychoatric diagnosis*. SP *Scientific and Medical Books*, New York
- Haider, I. I., Bukharie, F., Hamid, F., Ayub, M., Irfan, M., & Naeem, F. (2014). Reliability of the ICD-10 International Personality Disorder Examination (Urdu Translation): A preliminary study. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(6), 1372–1376.
- Hasin, D., Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K., & Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV) and International Classification of Diseases, (ICD-10). *Addiction*, 101, 59-75.
- Huprich S.K. Bornstein R.F. (2007), “An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment”, *Journal of Personality Assessment*, 89(1), pp. 3-5
- Imputabilità, psicopatologia e pericolosità sociale, P. D. U. C. (2009). AIPG-Associazione Italiana Psicopatologia Giuridica.
- Jaspers, K. (1923) *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (Vol. 2). JHU Press.
- Jelovcich, M. (2016). *Prova dichiarativa e diagnostica dell'attendibilità processuale: La prassi giudiziaria italiana*. Key Editore.

- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 24(3), 344-364.
- Kassin, S. M., & Gudjonsson, G. H. (2004). The Psychology of Confessions: A Review of the Literature and Issues. *Psychol Sci Public Interest*, 5(2), 33-67.
- Kendell, R. E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell Scientific Publications.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12.
- Kendler, K. S. (2020). Philippe Pinel and the foundations of modern psychiatric nosology. *Psychological Medicine*, 50(16), 2667–2672.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114–156). The Guilford Press..
- Kraepelin E (1919) Dementia praecox and paraphrenia. *E and S Livingstone*, Edinburgh
- Kraepelin E (1921) Manic-depressive insanity and paranoia. *E and S Livingstone*, Edinburgh
- Kraepelin E. 1917. *Lectures on Clinical Psychiatry*. New York: William Wood. 3rd ed.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol*, 77(6), 1121-1134.
- Kukucka, J., Kassin, S. M., Zapf, P. A., & Dror, I. E. (2017). Cognitive bias and blindness: a global survey of forensic examiners. *Journal of applied Research in Memory and Cognition*, 6, 452-459
- La capacità di intendere e di volere alla luce delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 9163/2005 (2005). AIPG-Associazione Italiana Psicopatologia Giuridica.
- Lakens, D. (2017). Equivalence tests: A practical primer for t-tests, correlations, and meta-analyses. *Social Psychological and Personality Science*. [link](#), 1, 1-8.
- Levy, K. N., & Johnson, B. N. (2016). Personality disorders.
- Liccione, D. (2011). Psicoterapia cognitiva neuropsicologica. *Bollati Boringhieri*
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual* (pp. 365–420). New York: Guilford.
- Livesley, W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford.
- Lobbetael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 75-79.
- Lozupone, M., La Montagna, M., D'Urso, F., Daniele, A., Greco, A., Seripa, D., Logroscino, G., Bellomo, A., & Panza, F. (2019). The Role of Biomarkers in Psychiatry. *Advances in experimental medicine and biology*, 1118, 135–162.
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Palummo, C., Poci, B., Steardo, L., Jr, Zinno, F., Rebello, T., Reed, G. M., & Fiorillo, A. (2020). The Italian ICD-11 field trial: clinical utility of diagnostic guidelines for schizophrenia and related disorders. *International journal of mental health systems*, 14, 4.
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Palummo, C., Poci, B., Steardo, L., Jr, Zinno, F., Rebello, T., Reed, G. M., & Fiorillo, A. (2020). The Italian ICD-

- 11 field trial: clinical utility of diagnostic guidelines for schizophrenia and related disorders. *International journal of mental health systems*, 14, 4.
- M. Biagiarelli & S. Ferracuti (2018). Pacini
  - M.A. Guarnera, D.C. Murrie, Field reliability of competency and sanity opinions: a systematic review and meta-analysis, *Psychol. Assess.* 29 (6)(2017) 795–818.
  - MacLean, N., Neal, T., Morgan, R. D., & Murrie, D. C. (2019). Forensic Clinicians' Understanding of bias. *Psychology, Public Policy and Law*, In press.
  - Maj M. 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005
  - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione) (2014). Milano: Raffaello Cortina editore
  - Martinotti, G., Di Giannantonio, M., Janiri, L. (2019) Compendio di psicopatologia. *Fila-37*.
  - Melle, I. (2013). The Brevik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry*, 12(1), 16-21.
  - Messina, N., Wish, E., Hoffman, J., & Nemes, S. (2001). Diagnosing antisocial personality disorder among substance abusers: The SCID versus the MCMI-II. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(4), 699-717.
  - Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D.G. PRISMA Group Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009, 6, e1000097.
  - Mulder R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in psychiatry*, 12, 655548.
  - Nordgaard, J., Nielsen, K. M., Rasmussen, A. R., & Henriksen, M. G. (2023). Psychiatric comorbidity: a concept in need of a theory. *Psychological medicine*, 53(13), 5902–5908.
  - Nudo, R. J. (2006). Plasticity. *NeuroRx*, 3, 420-427.
  - Pichot P. (1986). Le DSM-III: troisième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. *Revue neurologique*, 142(5), 489–499.
  - Picone, L., Pezzuti, L., & Ribaudò, F. (2013). Teorie e Tecniche dei Test. Uso e interpretazione. In *Teorie e Tecniche dei Test. Uso ed interpretazione*. Carocci.
  - Pilgrim, J., & Mann, A. (1990). Use of the ICD-10 version of the Standardized Assessment of Personality to determine the prevalence of personality disorder in psychiatric inpatients. *Psychological medicine*, 20(4), 985–992.
  - Pinel, P. (1962). *A Treatise on Insanity*. New York, NY: Hafner. (Original work published 1801)
  - Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion, psychopathology, and psychotherapy* (pp. 3–33). New York: Guilford.
  - Ponti, G. (1987) sull'imputabilità. In G. Gulotta (A cura di), *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale* (cap. 22). Giuffrè.
  - Pretzer, J., & Beck, J. S. (2004). Cognitive therapy of personality disorders: Twenty years of progress. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice*, 299-318.
  - Provenzi, L., Guida, E., & Montirosso, R. (2018). Preterm behavioral epigenetics: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 262-271
  - R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

- Roca, M., Martin-Santos, R., Saiz, J., Obiols, J., Serrano, M. J., Torrens, M., Subirà, S., Gili, M., Navinés, R., Ibañez, A., Nadal, M., Barrantes, N., & Cañellas, F. (2007). Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS): inter-rater and test-retest reliability and validity in a Spanish population. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(1), 44–48.
- Rocha Neto, H. G., Lessa, J. L. M., Koiller, L. M., Pereira, A. M., de Souza Gomes, B. M., Veloso Filho, C. L., ... & Telles-Correia, D. (2023). Non-standard diagnostic assessment reliability in psychiatry: a study in a Brazilian outpatient setting using Kappa. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-12.
- Rosen, J., Mulsant, B. H., Bruce, M. L., Mittal, V., & Fox, D. (2004). Actors' portrayals of depression to test interrater reliability in clinical trials. *Am J Psychiatry*, 161(10), 1909-1911.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.
- Rossi L., *L'analisi investigativa nella psicologia criminale*, Milano, Giuffrè, 2005.
- Sartorius, N., Bedirhan Üstün, T., Korten, A., Cooper, J. E., & Van Drimmelen, J. (1995). Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders. *American journal of psychiatry*, 152(10), 1427-1437
- Scarpazza, C., & Ghidini, G. (2023). I bias cognitivi e la loro influenza sull'esito processuale. *Giornale italiano di psicologia*, 50(4), 757-780.
- Scarpazza, C., Zampieri, I., Miolla, A., Melis, G., Pietrini, P., & Sartori, G. (2021). A multidisciplinary approach to insanity assessment as a way to reduce cognitive biases. *Forensic science international*, 319, 110652
- Scarpazza, C., Zampieri, I., Miolla, A., Melis, G., Pietrini, P., & Sartori, G. (2021). A multidisciplinary approach to insanity assessment as a way to reduce cognitive biases. *Forensic science international*, 319, 110652.
- Schacht, T. E. (1985). *DSM-III* and the politics of truth. *American Psychologist*, 40, 513–521.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 18(1), 11.
- Shrout, P. E., Spitzer, R. L., & Fleiss, J. L. (1987). Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Archives of General Psychiatry*, 44, 172–177.
- Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Besson, E., Garbini, A., Granozio, S., Limuti, B., Perego, G., Pietrobon, A., Rugi, C., Turano, E., & Fossati, A. (2017). Inter-rater reliability of the Italian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-DP): A study on consecutively admitted clinical adult participants. *Journal of Psychopathology*, 23(3), 105–111
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467–489.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, 14898.

- Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 9, pp. 169-175). London, England: Hogarth Press. (Original work published 1906-1908)
- Svela, E. W., Korsgaard, H. O., Stänicke, L. I., & Ulberg, R. (2022). Inter-Rater Reliability of the Structured Interview of DSM-IV Personality (SIDP-IV) in an Adolescent Outpatient Population. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12283.
- Swinson, N. (2013). *Personality disorder in perpetrators of homicide*. The University of Manchester (United Kingdom).
- Swinson, N., Webb, R., & Shaw, J. (2021). The prevalence of severe personality disorder in perpetrators of homicide. *Personality and mental health*, 15(1), 49–57.
- Swinson, N., Webb, R., & Shaw, J. (2021). The prevalence of severe personality disorder in perpetrators of homicide. *Personality and mental health*, 15(1), 49-57.
- The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 280–285.
- Tyrer, P., & Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 135(2), 163-167.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., ... & Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(S49), s51-s59.
- U. Fornari -Trattato di psichiatria forense- Utet giuridica- Torino, 2008
- van Oudheusden, L. J., Meynen, G., & van Balkom, A. J. (2015). Psychiatrische comorbiditeit: theoretische en klinische dilemma's [Psychiatric comorbidity: theoretical and clinical dilemmas]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(9), 664–671.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*. [link](#), 36, 1-48.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit: The psychology of lying and the implications for professional practice*. London: Wiley.
- Vrij, A. (2004). Why professionals fail to catch liars and how they can improve. *Legal and Criminal Psychology*, 9, 159-181.
- W.N Gowensmith, D.C. Murrie, M.T Boccaccini, How reliable are forensic evaluations of legal sanity? *Law Hum. Behav.* 37 (2) (2013) 98-106.
- Wang, L., Yuan, C., Qiu, J., Gunderson, J., Zhang, M., Jiang, K., Leung, F., Zhong, J., & Xiao, Z. (2014). Reliability and validity of a Chinese version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 6(3), 326–333.
- Weaver D. F. (2021). Inter-individual variability in disease expression: the Tudor-Churchill spectrum. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 42(12), 5407–5411.
- Weaver, D. F. (2021). *Neurological diversity and the diagnostic imperative in psychiatry*. *Journal of Clinical Neuroscience*, 82, 209-214.
- Weertman, A., Arntz, A., Dreesen, L., van Velzen, C., & Vertommen, S. (2003). Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of personality disorders*, 17(6), 562–567.

- Westen D. (1998), “Diagnosi di personalità e formulazione del caso: due processi no uno?” tr. it., in J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano, 2005, pp. 115-142
- Wing, J. K., Birley, J. L. T., Graham, P., & Isaacs, A. D. (1974). Present state examination. *The British Journal of Psychiatry*
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Bookkamana, P., Boonyanaruthee, V., Pinyopornpanish, M., Likhitsathian, S., Suttajit, S., & Srisutadsanavong, U. (2012). Interrater reliability of Thai version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (T-SCID II). *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 95(2), 264–269.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Sickel AE, et al (1996) The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIDP-IV). McLean Hospital.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BDP from other axis II disorders. *Journal of personality Disorders*, 3(1), 10-18.
- Zilboorg G. 1941. *A History of Medical Psychology*. New York: Norton

## SITOGRAFIA

- <http://www.psychiatryonline.it/node/3403>
- <https://medicinaonline.co/2020/05/18/disturbi-di-personalita-nel-dsm-5-classificazione-caratteristiche-criteri-diagnostici/>
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- <https://www.sfpid.it/funzionamento-psichico/#:~:text=Il%20“funzionamento%20psichico”%20di%20un,dall'esterno%20grazi e%20al%20carattere.>
- <https://www.adir.unifi.it/rivista/2002/basilio/cap2.htm#33>
- <http://www.pol-it.org/ital/riviste/quaderni/perizia5.htm>, V. Andreoli, “La perizia psichiatrica”, 7 maggio 1999.