**Capitolo 3. Il problema della classificazione dei disturbi mentali**

**Elisabetta Lalumera**

In: R. Guerini e M. Marraffa (a cura di) Psicopatologia e scienze cognitive. Roma, Carocci, 2019

Bozza dell’autrice, si prega di citare la versione pubblicata

1. **Introduzione**

La classificazione degli angeli illustrata da Tommaso d’Aquino nella *Summa Theologica* ne comprende nove tipi: serafini, cherubini, troni, dominazioni, virtù, potestà, principati, arcangeli e angeli. Essi sono organizzati gerarchicamente in tre sfere, a seconda di come apprendono le ragioni delle cose: gli angeli della prima sfera apprendono da Dio stesso, quelli della seconda attraverso le cause universali, mentre quelli della terza mediante l’applicazione agli effetti particolari (D’Aquino 1984). Ci sono due quesiti filosofici importanti che si possono porre rispetto a ogni sistema di classificazione: qual è il criterio di inclusione ed esclusione dei concetti appartenenti alla classificazione? Inoltre, essi corrispondono a categorie reali (o sono almeno utili, o esplicativi)? Così, potremmo chiederci riguardo alla classificazione di San Tommaso se essa comprenda davvero tutti e soli gli angeli (primo quesito), e se gli angeli esistono (secondo). Questo capitolo si occupa del primo quesito riguardo al DSM-5, il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (American Psychiatric Association, 2013), la nosologia più utilizzata in ambito psichiatrico. L’ultima edizione, come le precedenti, comprende nuovi costrutti diagnostici – nuove malattie – ed altre sono scomparse o modificate. Il criterio di inclusione ed esclusione di una certa condizione dal novero delle malattie classificate è, in parte, la definizione generale di disturbo mentale, discussa nel capitolo precedente di questo volume (Amoretti RIF). Ma vedremo che la base di evidenza per questo tipo di decisioni è costituta soprattutto da un insieme eterogeneo di dati che vanno dal parere dei gruppi di esperti, agli studi preclinici, clinici e farmacologici, fino all’opinione dei gruppi di pazienti e della società in senso più ampio. Come esempio di questa complessa costruzione dell’evidenza in psichiatria si tratterà del caso dell’introduzione, tra le nuove malattie, della Disposofobia o disturbo da accumulo, e della discussione sull’eliminazione – poi fermata – del Disturbo di personalità narcisistica. Questo capitolo si occupa quindi di epistemologia sociale della psichiatria, sull’esempio del lavoro di filosofe come Miriam Solomon (2015) e Rachel Cooper (2014).

1. **Sul processo di inclusione o esclusione di disturbi dalla nosologia psichiatrica: il Disturbo da accumulo**

Secondo Thomas Kuhn una disciplina matura, nel suo stadio di “scienza normale”, fonda la propria trasmissione alle generazioni future su manuali che fissano il lessico, i problemi aperti e le direzioni di ricerca (Kuhn 1962). Dall’inizio della sua storia, la psichiatria (o in generale l’insieme di discipline che si occupano dei disturbi mentali, che comprende la psicologia clinica, in parte la neurologia, e oggi le neuroscienze e le scienze cognitive) lavora alla propria nosologia, e ogni nuova edizione del DSM - sebbene largamente utilizzata a livello internazionale in contesti di sanità privata e pubblica, giuridica e di ricerca - appare come un fragile compromesso, che suscita immancabilmente critiche interne, esterne e proposte di riforma radicale. Segno questo, secondo alcuni, di uno stato pre-paradigmatico della disciplina, per citare nuovamente Kuhn (Aragona 2006).

A monte di molte critiche c’è la domanda filosofica menzionata in apertura: che cosa fa sì che una certa condizione sia inclusa oppure esclusa dal novero dei disturbi mentali? A quale procedura o criterio si affida la garanzia che la nosologia contenga (idealmente) tutti e soli i disturbi mentali? Le psicopatologie, come gli angeli, non sono entità osservabili – almeno data la nostra attuale posizione epistemica – e quindi i concetti dei disturbi mentali non possono che essere in qualche misura teorici. Cominciamo col notare un *caveat* contenuto nel DSM-5 stesso, nel capitolo “Uso del manuale”. Si dichiara che non tutte le psicopatologie sono caratterizzate, non c’è pretesa di esaustività: “…la gamma di interazioni genetico/ambientali che, nel corso dello sviluppo umano, interessano le funzioni cognitive, emotive e comportamentali è virtualmente illimitata. Di conseguenza, è impossibile racchiudere l’intera gamma di psicopatologie all’interno delle categorie diagnostiche attualmente in uso” (APA 2013, trad. it. P. 22). Dunque, non possiamo avere una classificazione che comprenda *tutti* i disturbi mentali; possiamo ancora chiederci cosa fa sì che nel DSM ci siano *solo* quelli, cioè situazioni che ha senso chiamare “malattie”. Qual è la teoria che informa la discriminazione dei disturbi dalle altre condizioni, e quali sono i suoi principi?

Allo stato attuale, e idealmente, la definizione generale di disturbo mentale dovrebbe essere uno di questi: “un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità…” (APA 2013, trad.it. p. 22). Questa caratterizzazione – leggermente differente: con un’enfasi sulla componente valoriale del danno – è stata introdotta nel DSM-III e ha permesso l’esclusione dell’omosessualità dalle condizioni patologiche del manuale nel 1973. Come scriveva Robert Spitzer, principale teorico del nuovo DSM e a capo del comitato per la definizione, “il comitato ha considerato le caratteristiche dei vari disturbi mentali e ha concluso che, ad eccezione dell’omosessualità e forse delle altre cosiddette deviazioni sessuali, tutti causano regolarmente disagio soggettivo o sono associati a impedimento generico nell’efficacia di funzionamento” (Spitzer 1973, 211).

Tuttavia, come abbiamo argomentato in altri lavori, la definizione oggi non sembra avere un ruolo centrale nei cambiamenti della nosologia psichiatrica, in parte perché richiedere l’accertata presenza di una disfunzione specifica per la maggior parte dei disturbi sarebbe un requisito troppo difficile da soddisfare, in parte per l’ambiguità e indeterminatezza delle componenti concettuali della definizione stessa, cioè disfunzione e danno (Amoretti e Lalumera 2018, 2019, Lalumera 2018). Il ruolo della definizione è, piuttosto, esplicitamente quello di

L’inclusione di una nuova condizione tra i disturbi è al momento un processo di costruzione dell’evidenza che mette in gioco ragioni di varo tipo, sia epistemico che socio-pragmatico. Consideriamo l’esempio del Disturbo da Accumulo o Disposofobia, introdotto appunto nell’ultima versione del manuale nel capitolo “Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati” dopo circa una decina d’anni di dibattito e ricerche specifiche (Mataix-Cols et al. 2010). La sua caratteristica essenziale, indicata come criterio A per la diagnosi, è la persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni, a prescindere dal loro valore reale o affettivo, con conseguente ingombro degli spazi vitali e possibile disagio arrecato a sé o agli altri (APA 2013, trad. it. 289). Tipicamente gli accumulatori compulsivi si riducono a vivere sommersi dai propri oggetti in casa, in situazioni igieniche e di sicurezza precarie. Nel DSM-IV-TR tale condizione aveva due collocazioni nosologiche: era indicata tra i sintomi del Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsiva (OCPD), ed era inclusa nelle note per la diagnosi differenziale del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (OCD), con una specificazione di grado alto di gravità, ma non identificava un’entità diagnostica indipendente. La prima ragione per la creazione di un nuovo disturbo viene dagli studi epidemiologici e clinici e dalle loro meta-analisi. Sia tra la popolazione clinica che subclinica è stata identificata una classe di persone con tendenza all’accumulo e all’ingombro delle proprie case, ma prive degli altri tipici sintomi del DOC, come ad esempio l’ansia, la ruminazione di alcuni pensieri, l’esecuzione di rituali a scopo rassicurante, la sensazione di “intrusione di contenuti” nel proprio flusso di coscienza. Queste persone, senza un costrutto diagnostico appropriato, risultavano falsi negativi per DOC, e quindi non ricevevano adeguato trattamento. In un articolo ormai classico, Frost e Hartl hanno quindi proposto una caratterizzazione operazionale del fenotipo, nello stile dei criteri diagnostici del DSM, che ha orientato le ricerche successive (Frost e Hartl 1996).

Parallelamente è emerso che la tendenza all’accumulo compulsivo è scarsamente correlata con le caratteristiche centrali della Personalità Ossessivo-Compulsiva, come il perfezionismo e l’intransigenza, e comunque no più che con gli altri disturbi di personalità, e che in generale il costrutto diagnostico OCPD risulta poco applicabile nella popolazione, e il disturbo scarsamente prevalente, se vi si include il sintomo dell’accumulo: con questo è tramontata l’ipotesi di lasciare i sintomi di accumulo tra i disturbi di personalità (Saskena et al. 2007).

A questo punto occorreva dare una base organica al nuovo costrutto diagnostico indipendente, e qui hanno avuto un peso le ricerche sui processi psicologici e biologici correlati all’accumulo compulsivo. Dalla fine degli anni ’90 molti studi hanno mostrato, sia a livello cognitivo che neuropsicologico, che gli accumulatori hanno deficit nei compiti di categorizzazione e di decision-making, quindi nella scelta degli oggetti da tenere o eliminare, nonché nella memoria e nel controllo delle emozioni - caratteristiche queste che si riscontrano in misura molto minore nella popolazione con diagnosi di OCD senza tendenza all’accumulo (Hough et al. 2016, Mackin et al. 2016).

La filosofa della scienza Rachel Cooper, nel suo lavoro di analisi critica del DSM-5, riporta anche altre tre ragioni, non epistemiche, per la creazione della nuova entità nosologica del Disturbo di accumulo. Una è il ruolo dei gruppi di pazienti accumulatori e delle loro famiglie, molto attivi negli Stati Uniti anche a livello di *fund-raising*, che sono stati in grado di sensibilizzare l’opinione pubblica e in parte la comunità scientifica rendendo visibile e nota questa condizione, finché non era più possibile non considerarla come un disturbo. La seconda ragione ha a che fare con le caratteristiche esteriori del fenotipo dell’accumulatore: la condizione di chi vive in una casa stracolma di oggetti inutili ammassati fino a ostruire porte e finestre è riconoscibile e suscita un misto di attrazione e disgusto, tanto da essere diventata argomento di diversi programmi televisivi di intrattenimento, tra cui due serie tv inglesi. La terza ragione è l’interesse delle case farmaceutiche, che con il costrutto diagnostico indipendente del disturbo da accumulo possono pianificare ricerca e commercializzazione di farmaci specifici, anche considerando che la condizione ha una prevalenza relativamente alta, fino al 3-6% (Cooper 2014, 31-35).

Secondo Cooper, comunque, le ragioni sia epistemiche che non epistemiche non sarebbero sufficienti per sostenere la scelta di fare dell’accumulo compulsivo un disturbo mentale: secondo la filosofa si tratta di una condizione socialmente indesiderabile e potenzialmente pericolosa, ma non una malattia, cioè uno stato da medicalizzare. C’è una linea di confine arbitraria, argomenta Cooper, tra collezionismo e accumulo, e il valore degli oggetti è altamente soggettivo; inoltre, l’influenza dell’ambiente in cui gli accumulatori si trovano (mondo occidentale relativamente ricco, frequente contesto di isolamento sociale) sarebbe preponderante rispetto alla base biologica, che potrebbe essere vista come semplice variante di alcuni parametri tipici relativi a cognizione, memoria, capacità decisionale. Inoltre, dato che spesso gli accumulatori compulsivi mancano di *insight*, e quindi non percepiscono se stessi come portatori di un disagio, l’inserire la loro condizione nella nosologia potrebbe portare a casi di trattamento coercitivo. La conclusione di Cooper è che la condizione degli accumulatori compulsivi sia una “cattiva abitudine” (*bad habit*), che il DSM-5 ha indebitamente inserito nella competenza medico-psichiatrica (Cooper 2014, 39).

A conclusione della discussione di questo caso, c’è da dire che gli stessi sostenitori del Disturbo da accumulo come entità nosologica indipendente hanno mostrato consapevolezza di un delicato equilibrio tra pro e contro (Mataix-Cols et al. 2010). In effetti una ricerca anche non sistematica sui database scientifici mostra che dal 2013 a oggi gli studi su questa condizione sono aumentati, e questo non può che andare a vantaggio dei pazienti stessi. Quanto al problema della medicalizzazione, si può rispondere a Cooper che è e deve essere possibile negoziare forme accettabili di comunicazione e consenso partecipato anche con chi riceve una diagnosi psichiatrica, e che i trattamenti sanitari obbligatori sono molto rari e legalmente complessi in molti Paesi. La riflessione di Cooper è tuttavia illuminante per mostrare come, in mancanza di evidenza conclusiva sull’eziogenesi e patogenesi di una certa condizione svantaggiosa, l’intreccio tra ragioni scientifico-epistemiche e socio-economiche sia rilevante.

1. **Sulla possibile scomparsa di Narciso**

Esiste il disturbo narcisistico di personalità, e deve essere incluso nella classificazione delle patologie mentali? Il disturbo narcisistico di personalità nella versione odierna del DSM-5 (o NPD, o narcisismo clinico) è un costrutto criteriale politetico, cioè la diagnosi si applica senza gradazione se la persona presenta cinque su nove sintomi: sopravvalutazione della propria importanza e talenti, fantasie di successo e grandiosità, desiderio di affiliazione con individui o istituzioni socialmente elevate, autolegittimazione delle proprie aspirazioni, mancanza di empatia, arroganza, invidia, tendenza alla manipolazione e bisogno eccessivo di ammirazione (APA 2013, ). Il narcisismo clinico così definito si differenzia da un lato dal concetto di matrice psicoanalitica freudiana, sviluppato principalmente, e con connotazioni differenti, da Kohut (1968), Kernberg (1970) e Winnicott (1965), rispetto al quale perde, oltre all’eziologia, tutti i sintomi tutti quelli che fanno capo alla vulnerabilità: fluttuazione dell’autostima, comorbilità con la depressione, tendenza al sucidio e paura. Emtrambi questi costrutti – il narcisismo grandioso e quello vulnerabile - si differenziano poi dal narcisismo in psicologia sociale, che non è un costrutto categoriale, bensì un tratto di personalità misurabile, che ammette gradazioni, e può essere associato a migliore autostima, efficacia negli obiettivi, successo nel lavoro e nelle relazioni (Raskin & Hall 1979). Nella cultura generale c’è poi una concezione comune di narcisismo che si usa frequentemente in *folk psychology* e *folk sociology*, per cui si dice ad esempio che viviamo nell’era del Narcisismo (Twenge & Campbell 2009).

Nonostante queste radici ramificate e il radicamento nella cultura generale, durante il lungo processo di realizzazione del DSM-5, a partire dal 2009 e per alcuni mesi, NPD venne eliminato come costrutto diagnostico indipendente. In una versione pubblicata online dal gruppo di lavoro sui Disturbi di personalità del DSM (*Personality and Personality Disorders Working Group*), e in particolare realizzata del suo *chair* Andrew Skodol, tra i disturbi di personalità venivano elencati quelli borderline, antisociale, schizotipico, evitante e ossessivo-compulsivo, caratterizzati tramite prototipi narrativi, mentre tutte le altre condizioni prima classificate come disturbi di personalità, compreso NPD, diventavano combinazioni graduabili di tratti. Ironicamente, scrisse in quel periodo il New York Times, il destino di Narciso sembrava proprio quello di essere ignorato (Zanor 2010). Vediamo perché, e soprattutto per quali ragioni (nuovamente, non solo epistemiche) tale decisione fu poi modificata.

Le ragioni per eliminare NPD come categoria nosologica distinta avevano a che fare innanzitutto con la scarsa evidenza empirica disponibile: anche se oggi questa situazione è cambiata, nel 2008 si trattava del disturbo meno studiato sperimentalmente, sia a livello epidemiologico che clinico, neurobiologico e genetico (Stinson et al. 2008, Miller et al. 2017). Si può sostenere che l’esistenza di diversi concetti distinti di narcisismo non abbia giovato alla validazione di nessuno di essi, e abbia disperso conoscenza utile accumulata nei vari ambiti di ricerca. Come scrivevano nel 2008 Pincus e Lukowitsky, “non esiste uno standard sul significato del costrutto e quindi quando viene descritto clinicamente o misurato empiricamente è difficile sintetizzare le osservazioni cliniche con i risultati empirici (Pincus e Lukowitsky 2010, 422). Inoltre, per restare in ambito clinico, i criteri del DSM tendevano e tendono a individuare la variante di *narcisismo grandioso* a scapito di quello *vulnerabile*: utilizzando solo i criteri del DSM si esclude della diagnosi e della ricerca la popolazione con tratti di vulnerabilità e fluttuazione dell’autostima, e non solo grandiosità, arroganza e insensibilità e di conseguenza la prevalenza del disturbo appare minore negli studi epidemiologici rispetto a quelli clinici (Pincus e Lukowitsky 2010, Ronningstam 2011).

Un altro problema rilevato dagli studiosi della patologia era la poca *validità discriminativa* della diagnosi di NPD così com’è delineata nel DSM (in particolare della quarta versione), intesa come il grado in cui i criteri individuano una popolazione che non è individuata da altre categorie diagnostiche. In realtà, come spiega Ronningstam, tipicamente la persona che soffre di NPD arriva al terapeuta e quindi alla diagnosi spesso non spontaneamente né gradualmente, ma a seguito di una crisi, un evento interpersonale grave oppure spinto da parenti e partner, condizioni nelle quali è frequente che si manifestino anche altre condizioni, come la depressione o l’abuso di sostanze, per cui la doppia o tripla diagnosi è quasi inevitabile (Ronningstam 2011).

A questi problemi del costrutto NPD sono possibili alcune risposte, che furono effettivamente avanzate contro la proposta di Skodol: ad esempio, che la (relativa) assenza di evidenza empirica per una categoria diagnostica non corrisponde all’evidenza dell’assenza di quella categoria, e che è possibile ovviare al problema dell’ambiguità concettuale del narcisismo introducendone due varianti (grandioso e vulnerabile) anziché eliminandolo (Ronningstam 2011).

C’è da dire poi che la scomparsa temporanea di NPD dalla nosologia nella proposta del 2009 faceva parte del tentativo di introdurre un modello dimensionale, anziché categoriale, per i disturbi di personalità, tentativo più volte auspicato in contesti di ricerca a partire dalla pubblicazione del DSM-III (si vedano ad esempio Frances 1982 e Livesley 2006), e oggi inserito come alternativa nella parte terza del DSM-5, nonché nel nuovo ICD-11 (Tyrer et al. 2018). Più in dettaglio, la proposta di Skodol prevedeva che la diagnosi delle condizioni senza prototipi, tra cui NPD, avvenisse utilizzando una doppia scala graduata: da un lato il deficit di funzionamento personale e interpersonale (da 0 a 4), dall’altro la presenza di una scelta tra 6 tratti di personalità patologica, ciascuno a sua volta suddiviso in 4 sottotratti (Skodol 2011). Le ragioni per la temporanea eliminazione di NPD come costrutto diagnostico indipendente si intersecano dunque in parte, e per motivi contingenti, con quelle del modello dimensionale proposto.

A supporto del modello dimensionale c’era la spinta a eliminare l’annoso problema delle soglie diagnostiche, che sono inevitabilmente, in qualche misura, interruzioni artificiali di un continuum; l’obiettivo di unificare la ricerca sulla personalità patologica con quella sulla personalità non patologica; infine il desiderio di rendere minimo il ricorso alle diagnosi di Disturbo non altrimenti specificato (la combinazione di tratti rende infatti lo strumento diagnostico più personalizzabile). Contro il modello di Skodol invece operarono una serie di fattori non evidenziali, ma pertinenti al processo di costruzione della conoscenza in psichiatria. Come documentano Zachar, Krueger e Kendler (2016) la proposta trovò innanzitutto resistenza all’interno dello stesso *Personality and Personality Disorders Working Group*, in cui non tutti i pareri si sentivano rappresentati – in particolare, i clinici meno degli psicologi accademici. Ci furono poi critiche esterne all’intera modalità di realizzazione del DSM-5, accusata di essere poco trasparente (Blashfield and Reynolds 2012), che portarono all’istituzione di un Comitato di revisione scientifica, con il compito di stabilire i criteri per effettuare cambiamenti nella nosologia, e successivamente di valutare se il lavoro dei vari gruppi di esperti vi si attenesse. I criteri stilati dal comitato sostennero una linea cosiddetta incrementale, e non revisionista: prevedevano che tutti i cambiamenti delle categorie diagnostiche dovessero essere preceduti da validazione prima dell’uscita del DSM, o almeno sostenuti dal consenso degli esperti (Kendler et al. 2009). Nel caso del modello dimensionale dei disturbi di personalità che escludeva NPD, tuttavia, non si trovò accordo sulla procedura di validazione, e soprattutto era evidente la mancanza di consenso. Un’ulteriore e decisiva ragione fu l’obiezione di scarsa utilità clinica del nuovo modello: i cambiamenti erano troppo radicali, troppo legati all’impostazione accademica della psicologia sperimentale e sarebbero stati di difficile implementazione nella pratica diagnostica dei terapeuti (Gunderson 2013, Shedler et al. 2010).

1. **Considerazioni conclusive**

Come ricordano Zachar e Kendler, due dei più attivi filosofi della psichiatria di provenienza psichiatrica, anche l’astronomia ha avuto bisogno di una decisione basata sul consenso degli esperti per dirimere la questione dell’introduzione o esclusione di Plutone dal novero dei pianeti (Zachar e Kendler 2012). A fortiori ci si può aspettare che le controversie nosologiche in psichiatria siano orientate da ragioni sia epistemiche che non epistemiche, da questioni di evidenza ma anche di etica e sociologia della scienza, data la presenza di vari programmi di ricerca, di metodologie e anche di agenti differenti che si focalizzano sul problema del disturbo mentale. I due casi qui brevemente considerati, quello della Disposofobia e quello del Disturbo di personalità narcisistica hanno mostrato, assieme al ruolo dell’evidenza empirica, da un lato il peso delle ragioni etiche dei gruppi di pazienti e di quelle culturali della società allargata, dall’altro le dinamiche del consenso tra esperti. Che i disturbi mentali siano o non siano generi naturali, la loro classificazione è un processo razionale complesso che comprende norme e deviazioni dalle norme di diverso tipo.

**Bibliografia del capitolo 3**

Alarcón RD, Sarabia S (2012). Debates on the narcissism conundrum: trait, domain, dimension, type, or disorder? Journal of Nervous and Mental Disease 200, 16–25.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Publications. Trad. it. a cura di Biondi, M., Milano: Raffaello Cortina, 2014.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amoretti, M. C., & Lalumera, E. (2018). Il criterio del “danno” nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, *9*(2), 139-150.

Amoretti, M. C., and E. Lalumera. (2019) A potential tension in DSM-5: The general definition of mental disorder versus some specific diagnostic criteria. *The Journal of Medicine and Philosophy* 44(1):85–108.

Aragona M. (2006) Aspettando la rivoluzione. Oltre il DSM-V: Le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia. Editori Riuniti, Rome.

Blashfield RK, Reynolds SM (2012). An invisible college view of the DSM-5 personality disorder classification. Journal of Personality Disorders 26, 821–829.

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, *28*(4), 638-656.

Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. London, Karnac Books.

Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2018). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology*.

D’Aquino, T. (1984). *La Somma Teologica*, traduzione e commento a cura dei Domenicani italiani, testo latino dell’edizione leonina. Bologna: *ESD.*

Frances A (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: a comparison. Comprehensive Psychiatry 23, 516–527.

Frost RO, Hartl TL (1996) A cognitive–behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34: 341–50.

Hough, C. M., Luks, T. L., Lai, K., Vigil, O., Guillory, S., Nongpiur, A., ... & Mathews, C. A. (2016). Comparison of brain activation patterns during executive function tasks in hoarding disorder and non-hoarding OCD. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *255*, 50-59

Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009). Guidelines for making changes to DSM-V Revised 10/21/2009. *American Psychiatric Association*.

Kendler, K.S. (2016). The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry, 15, 5–12.

Kernberg, O. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18*, 51–85.

Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcis- sistic personality disorders: Outline of a systematic approach. *Psychoanalytic Study of the Child, 23*, 86–113.

Kuhn T. (1962) The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press, Chicago.

Lalumera, E. (2018). Perché non dovremmo cercare una definizione di “disturbo mentale”. *Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio*, *2*: 143-160.

Livesley WJ (2006). The Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP) approach to personality disorder. In Differentiating Normal and Abnormal Personality, 2nd edn (ed. S. Strack), pp. 401–429. Springer Publishing Co: New York, NY, USA.

Mackin, R. S., Vigil, O., Insel, P., Kivowitz, A., Kupferman, E., Hough, C. M., ... & Mathews, C. A. (2016). Patterns of clinically significant cognitive impairment in hoarding disorder. *Depression and anxiety*, *33*(3), 211-218.

Mataix‐Cols, D., Baer, L., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2000). Relation of factor‐analyzed symptom dimensions of obsessive‐compulsive disorder to personality disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102(3), 199-202.

Mataix‐Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., ... & Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM‐V?. *Depression and anxiety*, *27*(6), 556-572.

Miller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S., & Campbell, W. K. (2017). Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, *13*, 291-315.

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 421–446.

Raskin, R. N., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. Psychological Reports, 45, 590.

Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., ... & Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour research and therapy*, *46*(7), 836-844.

Saxena, S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *The American journal of psychiatry*, *164*(3), 380-384.

Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, Alacron RD, Bell CC, Siever LJ, Oldham JM (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 part I: description and rationale. Personality disorders: Theory, Research, and Treatment 2, 4–22.

Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. *The American journal of psychiatry*, *138*(2), 210.

Solomon, M. (2015). *Making medical knowledge*. Oxford University Press, USA.

Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, *69*(7), 1033.

Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York: Simon and Schuster.

Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2018). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology*.

Zachar P, Kendler KS (2012). The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. In Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine.

Zachar, P., Krueger, R. F., & Kendler, K. S. (2016). Personality disorder in DSM-5: An oral history. *Psychological Medicine*, *46*(1), 1-10.

Zanor C. A (2010) fate that narcissists will hate: being ignored. New York Times. November 29, 2010 <http://www.nytimes.com/2010/11/30/health/views/30mind.html?_r=2> accesso del 3 febbraio 2019.