

# RECENSIONI E DISCUSSIONI

## **DISCUSSIONE SU *PRAGMATICS AND LAW***

CAPONE A., POGGI F. (eds.), *Pragmatics and Law. Volume 1. Philosophical Perspectives*, Berlino, Springer, 2016.

CAPONE A., POGGI F. (eds.), *Pragmatics and Law. Volume 2. Practical and Theoretical Perspectives*, Berlino, Springer, 2017.

APPLICARE  
LA FILOSOFIA  
DEL LINGUAGGIO  
ALLA PSICHIATRIA  
ATTRAVERSO  
LA FILOSOFIA  
DEL DIRITTO: HART  
E IL DSM-5

ELISABETTA LALUMERA



Applicare la filosofia del linguaggio alla psichiatria attraverso la filosofia del diritto:  
Hart e il DSM-5

Applying Philosophy of Language to Psychiatry through Philosophy of Law:  
Hart and the DSM-5

ELISABETTA LALUMERA

Ricercatrice, Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca.  
E-mail: [elisabetta.lalumera@unimib.it](mailto:elisabetta.lalumera@unimib.it)

#### ABSTRACT

La filosofia del linguaggio fornisce strumenti concettuali utili a risolvere o chiarire problemi che sorgono in diverse aree disciplinari. Qui prendo in esame un'applicazione alla psichiatria, attraverso la filosofia del diritto, ovvero l'idea che la definizione generale di disturbo mentale contenuta nel DSM-5 possa essere considerata una regola open-texture.

Philosophy of language provides a conceptual toolkit that can be used to clarify problems arising in many areas. In this short paper I start from the premise that DSM-5 contains rules for psychiatric diagnosis and examine the proposal that the general definition of mental disorder can be considered an open-texture rule in the sense described by H.L.A. Hart.

#### KEYWORDS

Regola, open-texture, ambiguità, psichiatria, disturbo mentale

Rule, open-texture, ambiguity, psychiatry, mental disorder

# Applicare la filosofia del linguaggio alla psichiatria attraverso la filosofia del diritto: Hart e il DSM-5

ELISABETTA LALUMERA

1. Introduzione – 2. Il DSM-5 e la definizione generale di disturbo mentale – 3. Una regola open-texture? – 4. Conclusione.

## 1. Introduzione

Il volume curato da Francesca Poggi e Alessandro Capone<sup>1</sup> ha come idea guida quella di applicare la filosofia del linguaggio (la pragmatica in particolare, ma non solo) alla filosofia del diritto e in generale a questioni pertinenti sistemi di leggi, regole e alla loro applicazione. Come si nota nell'introduzione al secondo volume, gli studi sul linguaggio, oltre al loro intrinseco valore scientifico e filosofico, possono essere impiegati come “strumenti concettuali”<sup>2</sup> utili: possono servire a risolvere problemi che sorgono in ambiti teorici e pratici per chi si occupa di interpretazione, comprensione e produzione di testi legali. Che la filosofia non debba solo occuparsi di progetti di ricerca interni alla propria disciplina, ma essere anche capace di produrre conoscenza o chiarimento in altri campi del sapere, è una tendenza di tradizione antica – si veda il *Protreptico* di Aristotele<sup>3</sup> – che la filosofia analitica talvolta ha dimenticato<sup>4</sup>, ma che oggi è più che mai viva, come mostra tra l'altro la coppia di volumi di Poggi e Capone<sup>5</sup>. Senza contare che l'applicazione è un arricchimento: nel caso specifico, il diritto e il suo linguaggio possono funzionare da cartine al tornasole per verificare fin dove si può estendere la portata esplicativa di una certa nozione elaborata dai filosofi linguisti (POGGI 2016).

In questo breve contributo vorrei portare un esempio che credo in linea con la strada delineata da Poggi e Capone, ma che aggiunge un successivo passaggio applicativo, coinvolgendo tre ambiti disciplinari: l'idea che esamino è quella di applicare una nozione classica di filosofia del linguaggio usata in filosofia del diritto, a un problema che riguarda la nosologia psichiatrica, più specificamente il DSM-5, quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA 2013). Il DSM può essere considerato come un insieme di regole indirizzate ai clinici per la

<sup>1</sup> POGGI, CAPONE 2017.

<sup>2</sup> POGGI, CAPONE 2017, vi.

<sup>3</sup> BERTI 2000.

<sup>4</sup> HAACK 2014.

<sup>5</sup> CAPONE, POGGI 2016; POGGI, CAPONE 2017.

diagnosi psicopatologica<sup>6</sup>: oltre a descrivere le sindromi, prescrive che cosa considerare come disturbo mentale a livello generale, e come effettuare la categorizzazione dei pazienti per ciascuna particolare condizione patologica (depressione maggiore, disturbo di personalità borderline, eccetera). Oltre ai criteri per i vari disturbi, il DSM-5 contiene una definizione del concetto sovraordinato di disturbo mentale, che appunto è da intendersi idealmente come norma per discriminare le condizioni patologiche da quelle che non lo sono. Tale definizione è molto controversa – come tutto il manuale, nel suo impianto teorico e nelle scelte specifiche, come ricorderò brevemente più avanti. Qui intendo analizzare una proposta di difesa: la filosofa della scienza Rachel Cooper ha proposto che la definizione di disturbo mentale del DSM-5 sia letta come una regola *open-texture* o *aperta* nel senso del termine delineato da H.L.A. Hart<sup>7</sup>. Secondo Hart in qualsiasi sistema di regole esisteranno sempre termini generali – come “veicolo” – la cui corretta applicazione ha casi chiari, ma anche “zone di penombra”, perché l’invenzione umana e la natura modificano costantemente l’estensione di una categoria<sup>8</sup>. Dopo aver brevemente presentato il DSM, e in particolare la definizione e i suoi problemi nella prima sezione, nella seconda dirò perché questa non può essere considerata una regola *open-texture*. In questo caso una nozione classica di filosofia del linguaggio sviluppata per i testi legali non riesce a rendere adeguata una norma che presenta diversi problemi nella sua formulazione; tuttavia vedere che la definizione del DSM-5 non è una regola aperta può mostrarne più chiaramente limiti.

## 2. Il DSM-5 e la definizione generale di disturbo mentale

Il DSM, pubblicato dalla *American Psychiatric Association*, è la “Bibbia della psichiatria”: è la nosologia più usata nel mondo per la diagnosi delle psicopatologie e per la comunicazione tra clinici e istituzioni non mediche (assicurative, giuridiche, previdenziali, assistenziali, e di ricerca). A partire dalla sua terza edizione (APA 1980) intende essere dichiaratamente ateorico: i disturbi mentali vengono specificati senza riferimento alle loro possibili cause psicodinamiche o neurobiologiche, mantenendo idealmente una neutralità rispetto ai paradigmi esplicativi esistenti. Questo al fine di massimizzare la “affidabilità” (*reliability*), cioè il grado di convergenza di clinici di orientamenti diversi sulla stessa diagnosi, ma anche per effetto di una relativa ignoranza sull’eziopatologia di molte sindromi<sup>9</sup>. Conformemente a questa impostazione, la più recente quinta edizione (APA 2013) mostra un

<sup>6</sup> PORTER 2013.

<sup>7</sup> COOPER 2014.

<sup>8</sup> HART 1958, 593.

<sup>9</sup> COMPTON, GUZE 1995; SPITZER et al. 1980.

approccio empirista – ogni disturbo viene caratterizzato unicamente in termini di sintomi, prognosi e comportamenti – e operativo-pragmatico alla diagnosi: ci sono regole esplicite per la categorizzazione (diagnosi), che risulta automaticamente dal controllo, da parte del terapeuta, della presenza o meno delle caratteristiche elencate, nel numero stabilito (ad esempio, cinque criteri su nove elencati sono sufficienti per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore)<sup>10</sup>.

Classificare una certa condizione come disturbo mentale ha conseguenze sociali, economiche, esistenziali, politiche, sia individuali che collettive. Alla luce di questo, e in assenza di un consenso scientifico saldo in psichiatria, il DSM-5 è risultato particolarmente controverso. Cito qui alcune critiche ricorrenti e influenti: il manuale sarebbe *antiquato* (non in linea con il “modello medico forte” delle altre specialità mediche, che sono passate dall’empirismo all’eziologia), *inutile* per la ricerca (individua categorie diagnostiche in realtà al loro interno disomogenee), *ipersensibile* e non specifico (nel senso tecnico di generare troppi falsi positivi, cioè classificare come patologiche troppe condizioni, come la tristezza o la timidezza), e infine *non trasparente*, perché influenzato da gruppi di interesse e industrie farmaceutiche<sup>11</sup>.

Altre questioni problematiche si aprono dal punto di vista filosofico, quando si analizzano nello specifico le regole per la diagnosi, e la norma generale per discriminare una condizione mentale patologica da ciò che non lo è. La norma generale è stata introdotta con l’intento di guidare decisioni di inclusione o esclusione di certe condizioni dal novero del patologico – il caso più importante è stato quello dell’omosessualità, eliminata dal DSM negli anni Ottanta del secolo scorso<sup>12</sup>. Ecco il testo completo:

«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* in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comune, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (es. politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente» (corsivo mio)<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> LALUMERA 2016.

<sup>11</sup> Si vedano ad esempio i saggi raccolti in DEMAZEUX, SINGY 2015; ZACHAR et al., 2014.

<sup>12</sup> SPITZER 2001.

<sup>13</sup> APA 2013, 22.

Questa definizione riconosce al disturbo mentale una componente naturale-biologica, la disfunzione, e una componente sociale legata ai valori, il danno<sup>14</sup>. Anche accettando, a margine di una discussione molto accesa<sup>15</sup>, che questo tipo di analisi concettuale sia adeguata (e che quindi sia vero che entrambi gli aspetti siano rilevanti per le malattie mentali), resta il fatto che in nessun'altra parte del manuale ci viene detto che cosa sia una disfunzione (*dysfunction*), e come siano da intendere i termini “disagio” e “disabilità” (*distress* e *disability*). Il significato dei termini non è specificato, e quindi anche la loro applicabilità, o estensione dei concetti corrispondenti. Questo ha portato diversi filosofi a ritenere inadeguata la definizione generale, e ad auspicare che venga rimossa nelle prossime edizioni<sup>16</sup>.

### 3. Una regola open-texture?

In un recente intervento la filosofa della scienza Rachel Cooper (di solito critica verso l'impostazione del DSM) ha proposto una difesa della norma generale per distinguere le malattie mentali da ciò che non lo sono<sup>17</sup>. Secondo Cooper in alcuni casi l'indeterminatezza può essere utile, e invece di essere un difetto può diventare un pregio. Come accennavo sopra, Cooper cita H.L.A. Hart, che nel testo classico *The Concept of Law* e in scritti precedenti<sup>18</sup> ha introdotto l'espressione “open-texture” per riferirsi a una caratteristica del linguaggio ordinario che può utilmente essere sfruttata dal giudice per applicare una legge con sensibile discrezione. L'esempio noto di Hart è la parola “veicolo”: ci sono casi chiari di appartenenza alla categoria dei veicoli (bicicletta, automobile), ma anche “zone di penombra”, cioè casi in cui i giudizi possono discordare (un'automobile giocattolo, un monopattino), e ancora casi che ancora non sono stati considerati, perché l'inventiva umana e la natura ci mettono continuamente di fronte a nuove varianti del familiare. In una legge che proibisce l'ingresso ai veicoli è quindi appropriato e desiderabile che la parola “veicolo” non abbia un'estensione definita, bensì aperta<sup>19</sup>. In altre parole, diremmo oggi, “veicolo” esprime un concetto funzionale, come “cibo”, “oggetto pericoloso”, “arma”, “veleno”, “medicina”, “sostanza dopante”, eccetera. Si riferisce a tutte le cose che possono essere usate con quella funzione, comprese quelle a oggi non inventate, non scoperte, o non categorizzate correttamente. Se una regola contiene un termine di questo tipo, essa potrà guidare la

<sup>14</sup> WAKEFIELD 2007.

<sup>15</sup> AMORETTI 2015.

<sup>16</sup> AMORETTI, LALUMERA 2018.

<sup>17</sup> COOPER 2014.

<sup>18</sup> HART 1958; HART 1961.

<sup>19</sup> HART 1958, 593.



condotta anche in casi futuri in cui l'estensione del termine sia cambiata. Questo tipo di apertura è desiderabile per un testo normativo<sup>20</sup>.

La nozione di *open-texturedness* era già stata discussa dal filosofo neopositivista Friederich Weismann, che la riteneva una caratteristica ineliminabile addirittura di tutti i concetti del linguaggio ordinario e delle scienze naturali. Non possiamo sapere oggi in quali nuovi modi sarà individuato e definito l'oro – ad esempio – nei tempi futuri, e per questo non possiamo fissare ora conclusivamente il metodo di verifica di nessun enunciato empirico<sup>21</sup>.

Tornando a Cooper, la sua idea è quindi che la definizione di disturbo mentale del DSM-5 funziona come una regola che deve guidare la condotta dei clinici (come si è detto, non quella diagnostica, che è guidata dai criteri specifici per i singoli disturbi, bensì quella discriminatoria tra condizioni che sono disturbi e condizioni che non lo sono), e il fatto che la essa contenga termini *open-texture* la rende più adeguata a questo fine, perché la rende intuitivamente elastica rispetto ai casi nuovi, in cui sapremo di più delle disfunzioni e delle situazioni di disagio e disabilità.

Il punto di Cooper è interessante, ma credo non risolva il problema dell'inadeguatezza della definizione di disturbo mentale nel DSM-5. Il punto è che i termini “disfunzione”, “disagio” e “disabilità” non sono solo aperti nel senso di Hart e Weismann, ma anche, rispettivamente, ambigui e indeterminati. Consideriamoli brevemente in ordine.

Esistono due influenti tesi filosofiche sulla natura delle funzioni, e conseguentemente delle disfunzioni. Secondo una concezione evoluzionista, un meccanismo cognitivo, psicologico o neurofisiologico è disfunzionale se opera in maniera differente rispetto a ciò per cui era stato preservato lungo l'evoluzione della specie umana<sup>22</sup>. La teoria biostatistica delle funzioni caratterizza invece come disfunzionale un meccanismo che si comporta in modo discosto dallo standard della sua classe di riferimento presente<sup>23</sup>. Una condizione di ansia perdurante e anomala può plausibilmente essere classificata come disturbo da entrambe le concezioni. Ma che dire di un'aggressività oltre la media, o di una capacità empatica inferiore allo standard, tratti entrambi che potrebbero qualificarsi come vantaggiosi dal punto di vista evoluzionistico, in una società che premia la competitività e il successo? Il punto è che finché la norma per discriminare i disturbi mentali da ciò che non lo è, il termine “disfunzione” è ambiguo fra il senso evoluzionista e il senso biostatistico, essa non può guidare adeguatamente il giudizio nosologico<sup>24</sup>. Questo indipendentemente dal

<sup>20</sup> LUZZATI 2012.

<sup>21</sup> MCKINNON et al. 1945, 37 s.

<sup>22</sup> WAKEFIELD 2007.

<sup>23</sup> BOORSE 2014.

<sup>24</sup> AMORETTI, LALUMERA 2018, in corso di pubblicazione.

fatto che relativamente a ciascuno dei due sensi del termine “disfunzione” (evoluzionista e biostatistico) si possano fare progressi e scoperte su quali meccanismi siano disfunzionali, come vuole l’idea della *open-texturedness*. Quindi, solo una volta disambiguato il termine “disfunzione” potrebbe essere utilmente considerato *open-texture*.

Un ragionamento analogo vale per i termini “disagio” e “disabilità” – disagio e disabilità, come si è visto, secondo la definizione generale di disturbo mentale dovrebbero essere di solito associati a queste patologie. Entrambi i termini sono al centro di discussioni nella comunità scientifica. Il disagio è un concetto vago, la cui estensione va da casi di tristezza reattiva a disperazione con intenti suicidi. Come si determinano i casi poco chiari? Soprattutto, per il nostro punto conta l’idea che il disagio associato alla malattia mentale sia relazionale: è *per* qualcuno, ma non sempre il paziente stesso – a volte la sua condizione di scarso *insight* non lo consente, e in casi come il disturbo di personalità narcisistica o la psicopatia, il disagio è più plausibilmente della famiglia e della società prossima<sup>25</sup>. Affermare che la parola “disagio” ha estensione aperta maschera la sua caratteristica semantica più rilevante, che è appunto la relazionalità.

La disabilità, o incapacità a svolgere funzioni lavorative e sociali, è invece un concetto la cui applicazione corretta si valuta su base contestuale. Ad esempio, un disturbo dell’apprendimento come la dislessia può costituire disabilità per un bambino in un ambiente in cui non ci siano presidi didattici che rendano possibile il suo progresso negli studi, mentre non è disabilitante altrimenti<sup>26</sup>. Qui il punto non è che non sappiamo ancora in quali forme si possa manifestare il disagio, o si possa venire a creare una situazione di disabilità: piuttosto, finché “disagio” e “disabilità” non hanno un significato completo (in un caso, specificando “per chi”, nel secondo, specificando il contesto), la loro “apertura” a casi nuovi passa in secondo piano, e la norma discriminatoria per distinguere i disturbi mentali non è uno strumento utile.

Un esempio può contribuire a chiarire il mio punto generale. Dopo lunghe discussioni, nel DSM-5 si è ritenuto di inserire tra le categorie diagnostiche il disturbo da accumulo (*hoarding disorder*) con una caratterizzazione specifica indipendente rispetto alle altre condizioni dello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi: è diventata cioè un disturbo mentale a sé stante una condizione che prima era sintomo di altre<sup>27</sup>. Le considerazioni che hanno portato a questa decisione hanno a che fare con l’epidemiologia (ne soffre il 3-5% della popolazione), i sintomi (ansia e rituali di controllo sono pressoché assenti rispetto agli altri disturbi ossessivo-compulsivi), e lo sviluppo nell’arco di vita (l’esordio è tra i 30 e i

<sup>25</sup> MILLER et al. 2007.

<sup>26</sup> USTÜN, KENNEDY 2009.

<sup>27</sup> MATAIX-COLS, PERTUSA 2012.

50 anni, mentre per gli altri comportamenti ossessivi è tra i 20 e i 30)<sup>28</sup>. La definizione generale di disturbo mentale, anche se interpretata come regola *open-texture*, non avrebbe potuto svolgere un ruolo normativo per decidere se l'accumulo intenzionale andasse o meno annoverato tra i disturbi mentali. Gli accumulatori tipicamente *non* dichiarano di soffrire di disagio, ma provocano disagio ai familiari, vicini, e in casi estremi alla collettività – e qui la relazionalità del termine “disagio”, prima ancora della sua vaghezza, rende il termine così com'è nella definizione sostanzialmente inapplicabile senza specificazione. Inoltre, la disabilità (impedimento a svolgere funzioni lavorative o sociali) arrecata dal disturbo dipende dal contesto: in sostanza dalla disponibilità di spazio per l'accumulo, e quindi dalle condizioni socioeconomiche del soggetto (né più né meno del collezionismo di automobili d'epoca: condizione disabilitante per un impiegato a reddito-medio basso, occupazione piacevole per una persona molto abbiente)<sup>29</sup>: potrà tornare utile per capire se e come una persona specifica soffre del disturbo, conoscendo il suo ambiente, ma non per valutare se la condizione in generale sia da annoverare come patologica. Quanto alla disfunzione, vale il ragionamento svolto sopra: il fatto che non si sappia indicare per ora con ragionevole accordo quale sia il sistema disfunzionale specificamente responsabile del comportamento di accumulo (e quindi l'accettazione della natura aperta del termine “disfunzione”) presuppone comunque che esso vada disambiguato tra i due sensi, evolucionistico e biostatistico.

#### 4. Conclusione

Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* si può intendere come un testo normativo per la diagnosi delle psicopatologie. In questo breve contributo ho valutato l'idea che la definizione generale di disturbo mentale contenuta nel manuale possa essere considerata una regola *open-texture*, e ho indicato le ragioni per cui ritengo che non sia possibile: l'apertura o *open-texturedness* è diversa dall'ambiguità e dall'indeterminatezza che caratterizza i termini chiave della definizione, rispettivamente “disfunzione”, “disagio” e “disabilità”. L'interesse dell'argomento ricade nel dibattito interno alla nosologia psichiatrica; in questa sede l'intento era fornire un esempio di possibile intersezione tra filosofia del linguaggio, filosofia del diritto e psichiatria.

<sup>28</sup> TORRES et al. 2012.

<sup>29</sup> NORDSLETTEN, MATAIX-COLS 2012.

*Riferimenti bibliografici*

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) 1980. *Diagnostic and Statistical Manual, (DSM-III)*, Washington, American Psychiatric Association Publications, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) 2013. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Cortina, 2014 (ed. or. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Washington, American Psychiatric Association Publications, 2013, trad. it. di M. Biondi).
- AMORETTI M.C. 2015. *Filosofia e medicina*, Roma, Carocci, 2015.
- AMORETTI M.C., LALUMERA E. 2018. *A Potential Tension in DMS-5: the General Definition of Mental Disorder vs. Some Specific Diagnostic Criteria*, in «Journal of Medicine and Philosophy», in corso di pubblicazione.
- BERTI E. (ed.) 2000. *Aristotele, Protreptico*, Torino, UTET, 2000.
- BOORSE C. 2014. *A Second Rebuttal on Health*, in «Journal of Medicine and Philosophy», 39, 6, 2014, 683 ss.
- CAPONE A., POGGI F. (eds.) 2016. *Pragmatics and Law. Philosophical Perspectives*, vol. I, Dordrecht, Springer, 2016.
- COMPTON W.M., GUZE S.B. 1995. *The neo-Kraepelinian Revolution in Psychiatric Diagnosis*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 245, 4-5, 1995, 196 ss.
- COOPER R. 2014. *Diagnosing the DSM*, blog entry, in <http://imperfectcognitions.blogspot.it/2014/01/diagnosing-dsm.html#more> (consultato il 15 gennaio 2018).
- DEMAZEUX S., SINGY P. (eds.) 2015. *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*, Vol. 10, Dordrecht, Springer, 2015.
- HAACK S. 2014. *Evidence Matters: Science, Proof, and Truth in the Law*, Cambridge, Cambridge University Press, 2014.
- HART H.L.A. 1961. *The Concept of Law*, Oxford, OUP, 1961.
- HART H.L.A. 1958. *Positivism and the Separation of Law and Morals*, in «Harvard Law Review», 71, 1958, 593 ss.
- LALUMERA E. 2016. *Saving the DSM-5? Descriptive Conceptions and Theoretical Concepts of Mental Disorders*, in «Medicina & Storia», 16, 2016, 109 ss.
- LUZZATI C. 2012. *Elogio dell'indifferenza: la genericità scarnificata*, in «Diritto & Questioni Pubbliche», 12, 2012, 345 ss.
- MACKINNON D.M., WAISMANN F., KNEALE W. C. 1945. *Symposium: Verifiability*, in «Proceedings of the Aristotelian Society», Supplementary volumes, 19, 1945, 101 ss.

- MATAIX-COLS D., PERTUSA A. 2012. *Annual Research Review: Hoarding Disorder: Potential Benefits and Pitfalls of a New Mental Disorder*, in «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 53, 5, 2012, 608 ss.
- MILLER J.D., CAMPBELL W.K., PILKONIS P.A. 2007. *Narcissistic personality disorder: Relations with distress and functional impairment*. in «Comprehensive Psychiatry», 48, 2, 2007, 170 ss.
- NORDSLETTEN A.E., MATAIX-COLS D. 2012. *Hoarding Versus Collecting: Where Does Pathology Diverge from Play?*, in «Clinical Psychology Review», 32, 3, 2012, 165 ss.
- POGGI F. 2016. *Grice, the Law and the Linguistic Special Case Thesis*, in CAPONE A., POGGI F. (eds.), *Pragmatics and Law. Philosophical Perspectives*, vol. I, Dordrecht, Springer, 2016, 231 ss.
- POGGI F., CAPONE A. (eds.). 2017. *Pragmatics and Law*, vol. II, *Practical and Theoretical Perspectives*, Dordrecht, Springer, 2017.
- PORTER D. 2013. *Establishing Normative Validity for Scientific Psychiatric Nosology: the Significance of Integrating Patient Perspectives*, in PARIS J., PHILLIPS J., *Making the DSM-5*, New York, Springer, 2013, 63 ss.
- SPITZER R. L., WILLIAMS J.B., SKODOL A.E. 1980. *DSM-III: the Major Achievements and an Overview*, in «The American Journal of Psychiatry», 137, 2, 1980, 151 ss.
- SPITZER R.L. 2001. *Values and Assumptions in the Development of DSM-III and DSM-III-R: an Insider's Perspective and a Belated Response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On Values in Recent American Psychiatric Classification"*, in «The Journal of Nervous and Mental Disease», 189, 6, 2001, 351 ss.
- TORRES A.R., FONTENELLE L.F., FERRÃO Y.A., DO ROSÁRIO M.C., TORRESAN R.C., MIGUEL E.C., SHAVITT, R.G. 2012. *Clinical Features of Obsessive-compulsive Disorder with Hoarding Symptoms: a Multicenter Study*, in «Journal of Psychiatric Research», 46, 6, 2012, 724 ss.
- USTÜN B., KENNEDY C. 2009. *What is "functional impairment"? Disentangling Disability from Clinical Significance*, in «World Psychiatry», 8, 2, 2009, 82 ss.
- WAKEFIELD J.C. 2007. *The Concept of Mental Disorder: Diagnostic Implications of the Harmful Dysfunction Analysis*, in «World Psychiatry», 6, 3, 2007, 149 ss.
- ZACHAR P., STOYANOV D.S., ARAGONA M., JABLENSKY A. (eds.) 2014. *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation: DSM, ICD, RDoC, and Beyond*, Oxford, OUP, 2014.