



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia, e Psicologia
Applicata**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**I bias degli psicoterapeuti basati su stereotipi sociali nel
processo diagnostico: uno studio empirico**

**Psychotherapists' biases based on social stereotypes in the diagnostic process: an
empirical study**

Relatore:

Prof.sso Tommaso Boldrini

Laureanda: Letizia Viel

Matricola: 2055645

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Abstract	1
Introduzione	3
1. Revisione della letteratura	5
1.1 Bias basati sul genere	6
1.2 Bias basati sullo status socioeconomico	9
1.3 Bias basati sull'etnia	12
1.4 Bias basati sull'orientamento sessuale	15
2. La Ricerca	28
2.1 Le domande di ricerca	29
2.2 Il metodo	31
2.2.1 Campione	31
2.2.2 La procedura	35
2.2.3 Gli strumenti	39
2.2.4 Analisi statistiche	41
2.3 Risultati	42
3. Discussione	48
3.1 Punti di forza e limiti	52
Bibliografia	54
Appendice 1. Testo delle RegISTRAZIONI audio	60
Appendice 2. Testo caso clinico disturbo di personalità borderline	65

Abstract

Obiettivi: Questo studio pilota elaborato si pone lo scopo di indagare se nei professionisti della salute mentale sono presenti dei bias basati su caratteristiche sociali (genere, orientamento sessuale e status socio-economico) che possono influenzare la diagnosi. **Metodi:** Un questionario online compilabile è stato somministrato a N=15 psicoterapeuti, psichiatri, neuropsichiatri o specializzandi in queste discipline. Il campione è di 15 clinici. Ai partecipanti è stato chiesto di fare delle diagnosi e/o indicare la gravità del disturbo dopo aver ascoltato le registrazioni audio di diversi pazienti. Le registrazioni non erano uguali per tutti, ma differivano per la variabile manipolata, che poteva essere il genere, l'orientamento sessuale o lo status socio-economico. Infine, per valutare i bias individuali invece, ai clinici è stato fatto leggere un caso clinico senza che del paziente venisse definito il genere e l'orientamento sessuale. Erano i partecipanti a dover decidere quali fossero più probabilmente appartenenti al paziente. **Risultati:** Per quanto riguarda la diagnosi differenziale tra disturbo depressivo maggiore e un disturbo organico, non sembrano essere presenti dei bias basati sul genere. Invece, per quanto riguarda la diagnosi di disturbo antisociale di personalità, sembra che alle pazienti donne sia valutato più grave rispetto ai pazienti uomini ($t = 2.20$; $p = 0.0464$). Per quanto riguarda invece i bias relativi allo status socio-economico, non sono state trovate differenze nella prescrizione di terapie e nemmeno nell'assegnazione del livello di gravità del disturbo. È però emerso un dato interessante a proposito della valutazione della presenza o assenza della diagnosi: il 50% dei partecipanti che ha ascoltato la registrazione con la descrizione di una persona povera, ha considerato il paziente come non portatore di un disturbo mentale. Per quanto concerne la variabile dell'orientamento sessuale, è risultato che la gravità del disturbo assegnata alle registrazioni della persona omosessuale era quasi significativamente ($t = 1.86$; $p = 0.09$) più alta rispetto a quella del paziente eterosessuale. Infine, si è potuto riscontrare che, davanti ad un caso di disturbo borderline di personalità, alcuni clinici attribuiscono al paziente più probabilmente il genere femminile (4 su 15) e

la bisessualità (4 su 15). **Discussioni:** Poiché si tratta di uno studio pilota, il campione è molto ridotto e la sua generalizzabilità è “locale” al campione e provvisoria, per cui risulta difficile dire se quello che si è trovato rispecchi la realtà. Visti i trend emersi nei risultati, risulta importante proseguire lo studio aumentando la numerosità campionaria. A questo si aggiunge anche il fatto che le vignette sono molto didattiche ed è difficile, nella realtà clinica, trovare dei pazienti che incarnino così perfettamente il prototipo proposto. Detto ciò, comunque sono emersi dei bias, perciò si pensa che possa essere interessante proseguire in questo tipo di ricerche.

Introduzione

Con il termine bias si intende descrivere un'euristica, ovvero una scorciatoia di ragionamento, delle regole che semplificano il ragionamento. Se inerenti al processo diagnostico, questi bias possono avere importanti ripercussioni sulla clinica.

Questo studio pilota elaborato si pone lo scopo di indagare se nei professionisti della salute mentale sono presenti dei bias basati su caratteristiche sociali (genere, orientamento sessuale e status socio-economico) che possono influenzare la diagnosi. L'idea nasce e si sviluppa a partire dalla letteratura già presente sull'argomento, anche se scarsa e poco recente.

Nel capitolo 1 verranno descritti alcuni studi relativi alla presenza di bias nella diagnosi clinica. Le ricerche saranno suddivise in base al tipo di bias che studiato: relativo al genere, allo status socio-economico, all'etnia e all'orientamento sessuale. Per una revisione più veloce ed ordinata, a fine capitolo è stata riportata una tabella con l'obiettivo di sintetizzare gli scopi, i metodi, il campione e i risultati della letteratura citata nel primo capitolo del presente elaborato.o....

Nel secondo capitolo verrà trattata la ricerca. Verranno esposti più dettagliatamente gli obiettivi, differenziando le ipotesi e le domande di ricerca. e

Inoltre verrà descritta la metodologia, con particolare riferimento ai partecipanti, alla procedura e agli strumenti impiegati. In sintesi, il presente studio è rivolto a professionisti della salute mentale che sono stati chiamati a compilare un questionario online nel quale erano presentati dei casi clinici, sotto forma di registrazioni audio o testi, ai quali essi dovevano attribuire un disturbo e/o la sua gravità.

Verranno poi descritte le analisi dei dati svolte e i risultati emersi. Inizialmente si presenteranno le statistiche del campione. Successivamente si passerà all'analisi dei risultati emersi dalle risposte dei clinici relative alle diagnosi. Dalle analisi risulta che alcune delle ipotesi e domande di ricerca sono

state verificate. Perciò sembrano esistere dei trend che supportano la tesi che possano esistere dei bias nella diagnosi psicologica.

Il lavoro si concluderà con una discussione in cui verranno interpretati i risultati alla luce della letteratura. Infine, verranno individuati i limiti e i punti di forza della ricerca e le prospettive future.

1. Revisione della letteratura

Sul tema dei bias presenti nel lavoro clinico, la letteratura non è né recente, né ricca, ma sufficiente per farsi un'idea di quali possano essere i casi più ricorrenti.

Gli articoli presi in considerazione sono stati trovati usando alcune parole chiave e i loro sinonimi come “bias clinici”, “bias nella diagnosi”, nei seguenti database: Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect, APA PsycNet. Data l'esiguità del materiale ritrovato, non è stato posto nessun criterio temporale per l'ammissione o meno degli articoli nella revisione. Si è cercato però di fare attenzione al quartile nel quale le riviste riportanti gli studi sono inserite e al loro H-Index, che non scendono mai rispettivamente sotto il secondo quartile e il punteggio di indice 97, attraverso il portale “Scimago Journal & Country Rank”.

Il presente capitolo ha lo scopo di riassumere i risultati più significativi di queste ricerche, divisi in paragrafi in base ad alcune variabili: il genere, lo status socioeconomico, l'etnia e l'orientamento sessuale. Negli studi che verranno riportati, si può notare come queste variabili abbiano un'influenza sulla valutazione del paziente.

Tutti gli articoli sono stati riassunti nella Tabella 1, riportata alla fine del capitolo.

1.1 Bias basati sul genere

In uno studio del 1978 (Warner, 1978) è stata proposta ad alcuni professionisti della salute mentale una vignetta di un caso clinico immaginario contenente comportamenti eclatanti, seduttivi ed eccitanti. Il testo proposto rimaneva uguale per tutti, mentre veniva variato il genere del paziente descritto. I risultati dello studio hanno dimostrato che per l'uomo veniva prevalentemente riportata una valutazione di personalità antisociale, mentre alla donna si associava una personalità isterico-istrionica. Nancy McWilliams, nel suo libro "La diagnosi psicoanalitica", riporta questo articolo nella sezione della diagnosi differenziale della personalità isterica. La psicoanalista critica il lavoro di Warner per due ragioni. La prima riguarda la metodologia con cui è stato condotto lo studio: la vignetta proposta ai clinici descrive comportamenti che rendono difficile la diagnosi differenziale tra i due tipi di personalità. La seconda critica riguarda invece le conclusioni alle quali Warner era giunto. Lo studioso infatti sosteneva che l'isteria e la psicopatia fossero due categorie distinte, una maschile e una femminile, della stessa psicologia. Nancy McWilliams commenta così questa conclusione: "un modo più ragionevole di leggere i risultati della sua ricerca è che [...] molti clinici [...] hanno affrontato il compito utilizzando un 'apparato' esplicativo non sufficientemente bilanciato da permettere di effettuare modifiche alle loro aspettative diagnostiche" (2012, p.368).

Quello citato non è l'unico studio ad essersi soffermato sulla diagnosi differenziale tra personalità isterico-istrionica e antisociale. Infatti la revisione della letteratura intitolata "Race Bias, Social Class Bias, and Gender Bias in Clinical Judgment" (Garb, 1997) cita altri sei studi che, usando un caso clinico differente solo per il genere del paziente, hanno avuto gli stessi risultati di Warner.

Un'altra revisione della letteratura (Corbitt & Widiger, 1995) riporta che la percentuale di femmine con diagnosi di disturbo di personalità istrionico è più alta quando viene rilevata attraverso interviste non strutturate o misure self-report (81%), rispetto a quando è basata su interviste semistrutturate (69%).

Nella letteratura sono presenti altri bias basati sul genere. Ad esempio, uno studio di Ashton (1991) mostra che i dottori sono più propensi a diagnosticare malattie mentali piuttosto che fisiche nelle donne e questo li porta a prescrivere più facilmente farmaci psicotropici. A questo proposito, una ricerca di Wrobel (1993) ha mostrato come il genere e l'età del paziente possano avere un effetto sulla diagnosi differenziale tra un disturbo depressivo maggiore e un disturbo mentale organico, diagnosi presente nel DSM-4 e che, nel DSM-5, viene accorpata nell'etichetta di "disturbi neurocognitivi". Per quanto riguarda il genere, dallo studio risulta che i pazienti uomini fossero più facilmente categorizzati come aventi un disturbo organico, mentre una buona porzione di pazienti donne venisse considerata depressa dagli psicologi partecipanti.

Non stupisce se si considerano gli stereotipi di genere, che alcuni studi riportati da Garb (1997) rivelano che i clinici si fanno influenzare dal genere della persona nel predire i comportamenti violenti del paziente. Un altro studio (Rabinowitz & Lukoff, 1995, citato da Garb, 1997, p.112) segnala che le donne detenute, a differenza degli uomini detenuti, sono più facilmente collocate in una struttura di salute mentale quando mostrano comportamenti violenti, mentre gli uomini detenuti sono più facilmente ricoverati in una struttura di salute mentale quando hanno una diagnosi di depressione. Questo ultimo risultato è in linea con quelli degli studi di Ashton (1991) e Wrobel (1993) citati in precedenza. Infatti, nei due studi si parla di popolazione in generale, nella quale sembra più facile attribuire una malattia mentale alle donne piuttosto che agli uomini, come a sottointendere che il genere femminile sia più propenso a sviluppare questo tipo di malattie. Ovviamente questo può essere anche dovuto al fatto che, proprio a causa degli stereotipi sociali relativi al genere ai quali le persone appartengono, gli uomini sono meno inclini ad esibire i propri sentimenti e le proprie debolezze rispetto alle donne che si sentono in qualche modo più autorizzate ad esprimere un bisogno di aiuto. Nello studio citato da Garb (Rabinowitz et al., 1995) questi stereotipi vengono nuovamente riscontrati: le donne hanno bisogno di più aiuto se si mostrano attive, capaci di azioni violente che

non sono comunemente attribuite al genere femminile; mentre gli uomini vengono ricoverati in strutture di salute mentale se si mostrano mentalmente fragili.

1.2 Bias basati sullo status socioeconomico

Garb (1997), nel suo articolo, dedica un altro paragrafo ai bias relativi a quella che lui chiama “classe sociale” e che oggi si potrebbe definire come status socioeconomico. Esordisce con una riflessione sul fatto che le malattie mentali siano più frequenti e più gravi nelle persone meno abbienti. Questo può avere varie spiegazioni: in primis gli stress associati alla povertà possono contribuire alla formazione di disagi psichici, ma, a loro volta, essi possono peggiorare la situazione economica della persona che li riscontra. Esiste però anche la possibilità che le diagnosi e i livelli di adattamento siano influenzati dagli stereotipi dei clinici.

Su questo ultimo punto la letteratura non è riuscita a dare una risposta chiara. Infatti, le prime ricerche sul tema hanno mostrato che la malattia mentale fosse più frequentemente riportata quando i pazienti venivano descritti con uno status socioeconomico basso. In questi studi ai clinici venivano presentate registrazioni di un'intervista (DiNardo, 1975), i risultati del test di Rorschach (Trachtman, 1971) o informazioni del caso clinico e il punteggio del QI (Garb, 1997) e veniva manipolata solo l'informazione sul livello economico del paziente. Dalla ricerca di Luepnitz, Randolph e Gutsche (1982) è risultato che gli studenti laureati in psicologia, sottoposti alla visione di un video con un attore che soddisfaceva i criteri per una diagnosi di abuso di alcol (DSM-3), sottostimavano il disturbo se il paziente era descritto come appartenente ad uno status socioeconomico alto. Infatti, i neolaureati più inclini a diagnosticare correttamente il disturbo erano quelli che avevano guardato il video in cui l'attore si fingeva essere poco abbiente.

Gli studi successivi, però, (il più recente è del 1992) sembrano smentire i precedenti (Garb, 1997). Una differenza importante e da tener presente nel considerare queste ricerche è il campione preso in esame: nei primi la media del numero di partecipanti era di 60, mentre per i secondi era di 266.

Un altro aspetto interessante relativo al giudizio dei clinici che sarebbe in qualche modo condizionato dall'appartenenza ad una determinata classe sociale del paziente, lo si riscontra nel fatto che, come si è avuto modo di scoprire, pur non cambiando il modo di descrivere i sintomi psichiatrici, l'opinione

risulta più sfavorevole verso le persone meno abbienti quando i clinici valutano alcuni tratti di personalità come l'autostima (Sutton & Kessler, 1986, citati in Garb, 1997, p.107), l'autoefficacia, l'indipendenza, la permissività e i valori democratici (Briar, 1961, citato in Garb, 1997, p.107). Non è chiaro, per via di risultati contrastanti (Trachtman, 1971; Kurtz, Kurtz, Hoffnung, 1970), se questo giudizio più negativo verso questa categoria di persone sia più facile riscontrarlo in clinici che ottengono punteggi alti nella scala dell'autoritarismo.

La differenza in base allo status sociale non si nota solo nella diagnosi, ma anche nella conseguente terapia. Infatti, Garb riporta una serie di ricerche sul tipo di trattamento che i professionisti della salute mentale decidono di suggerire ai propri pazienti. Da queste risulta che i clinici sono più propensi a consigliare un percorso di psicoterapia agli individui aventi uno status sociale di medio livello piuttosto che basso. Ma è anche emerso che, nel momento in cui ad entrambe le categorie veniva suggerita una psicoterapia, agli individui più benestanti ne veniva consigliata una introspettiva, mentre a quelli più poveri una supportiva (Franklin, 1985; Levy & Kahn, 1970; Neumann, Salganik, Rabinowitz, Bauer, & Kastner, 1990; Rabinowitz & Lukoff, 1995; Routh & King, 1972; Rowden, Michel, Dillehay, & Martin, 1970; Sutton & Kessler, 1986; Umbenhauer & DeWitte, 1978; citati in Garb, 1997, p.108). Questo si ritiene accada perché, con molta probabilità, è più probabile che una persona con un certo tipo di istruzione, di lavoro e di esperienze possa usufruire maggiormente di una terapia che, per essere efficace, ha bisogno di tempo, comprensione di certi concetti e di spazio mentale. A questo proposito, ci si potrebbe aspettare risultati diversi in base al tipo di approccio teorico del clinico: si può immaginare che, per seguire una terapia più concreta e basata sull'esperienza, come quella cognitivo-comportamentale, possa servire meno capacità di astrazione rispetto ad una psicoanalisi, ad esempio. Inoltre, è considerato il fattore del tempo: alcune psicoterapie sono più dispendiose in termini di tempo e denaro.

Secondo uno studio del 1977 (Dawes, Faust & Meehl), la presenza di un pregiudizio legato alla classe sociale in campo clinico potrebbe derivare dal convincimento dei professionisti che altre variabili,

come il locus of control, rivelino differenze in base alla classe sociale e siano interconnesse con l'adeguatezza della terapia psicologica.

1.3 Bias basati sull'etnia

I pazienti afroamericani e ispanici (di origine portoricana) hanno una minore probabilità, rispetto ai pazienti con la carnagione chiara, di ricevere una diagnosi di disturbo schizoaffettivo. Ricevono, invece, più spesso, una diagnosi di schizofrenia, anche quando le valutazioni della psicopatologia non giustificano tale diagnosi (Blake, 1973; Coleman & Baker, 1994; Loring & Powell, 1988; Mukhejee, Shukla, Woodle, Rosen, & Olarte, 1983; Pavkov, Lewis, & Lyons, 1989; Simon, Fleiss, Gurland, Stiller, & Sharpe, 1973; citati in Garb, 1997, p.101). Nel 1989, Pavkov e colleghi hanno raccolto dati su 313 pazienti psichiatrici, la grande maggioranza dei quali era in condizioni di povertà. Le diagnosi riportate nelle cartelle cliniche dei pazienti sono state confrontate con quelle stabilite, attraverso l'utilizzo di interviste strutturate, dagli investigatori della ricerca. Dall'analisi dei dati è emerso che, anche dopo aver controllato la varianza attribuibile alle diagnosi derivanti dalle interviste strutturate, l'aver un colore della pelle scura rappresentava un fattore predittivo per una diagnosi di schizofrenia (Pavkov, Lewis & Lyons, 1989).

La cosa interessante riportata da Garb (1997) nella sua revisione della letteratura è però che questi risultati cambiano quando ai clinici viene dato il compito di differenziare la diagnosi di schizofrenia da quella di psicosi indotta dall'uso di droghe. In questo caso, infatti, la prima è attribuita più facilmente alle persone caucasiche, la seconda a quelle africane. A riportare questi risultati è uno studio condotto nel Regno Unito nel 1990 (Lewis, Croft-Jeffreys, & David) nel quale 139 psichiatri sono stati chiamati a valutare un paziente con allucinazioni paranoiche descritto in una vignetta nella quale i genitori dicevano di sospettare che il figlio fumasse Cannabis.

Mentre nei primi studi si può, in piccola misura, legittimare il bias per questioni di incidenza della schizofrenia, che è appunto più diffusa nei paesi in via di sviluppo (DSM-5, 2014), in quello di Lewis e colleghi è più difficile giustificarlo se non chiamando in causa uno stereotipo.

Per altri tipi di disturbi, non sono state trovate differenze tra le diagnosi verso diverse etnie (Garb,1997).

Per quanto riguarda la valutazione della gravità del disturbo e del livello di adattamento delle persone con la pelle chiara e scura, non sono state trovate differenze significative (Garb, 1997). In un solo studio, il più recente tra quelli riportati da Garb (Strickland, Jenkins, Myers & Adams, 1988, citato in Garb, 1997, p.102), i risultati indicano che i bias etnici hanno un effetto significativo su questo tipo di valutazione: i pazienti con la pelle bianca erano considerati avere disturbi mentali più severi rispetto ai pazienti con la pelle nera.

In uno studio condotto presso un centro di salute mentale pubblico, sono stati esaminati i casi di ri-ammissione ospedaliera prospettati dai clinici al momento della dimissione dei pazienti nei successivi due anni (Stack, Lannon, & Miley, 1983). L'analisi dei risultati (cioè la differenza tra le previsioni dei clinici e le effettive ri-ammissioni) ha rivelato che i giudizi prognostici dei terapisti mostravano una tendenza ad essere influenzati dall'etnia dei pazienti: l'81% dei pazienti appartenenti a minoranze etniche (afro-americani e indiani d'America) venivano considerati più propensi a essere ricoverati nuovamente, rispetto al 63% dei pazienti di origine caucasica. Ciò nonostante, i dati reali hanno evidenziato come accadesse l'opposto, con una minore differenza tra le due etnie: dopo due anni, il 42% dei soggetti appartenenti a minoranze etniche e il 45% dei pazienti di origine caucasica venivano ricoverati nuovamente in ospedale. I clinici hanno previsto la ri-ammissione per circa due terzi dei pazienti, ma, come si evince dalle percentuali, meno della metà di questi è effettivamente tornata in ospedale. Stack e colleghi (1983) riportano inoltre che, mentre le aspettative dei clinici sembravano essere influenzate in modo sproporzionato dalla percezione della gravità della malattia e dalla cooperazione dei pazienti, i principali fattori predittivi dei ri-ricoveri erano i precedenti ricoveri, l'età e l'instabilità del quartiere di residenza dopo la dimissione.

I bias basati sull'etnia sono stati trovati anche nella prescrizione di medicinali, grazie ad uno studio del 1996 (Segal, Bola, & Watson, 1996). I clinici assunti nei servizi psichiatrici di emergenza di quattro ospedali che i ricercatori hanno preso in considerazione, la maggior parte dei quali erano di origine caucasica, hanno prescritto più farmaci psichiatrici ai pazienti afroamericani rispetto agli altri

pazienti e hanno dedicato significativamente meno tempo alle loro valutazioni. Gli afroamericani hanno ricevuto più dosi orali e iniezioni di farmaci antipsicotici, e la dose media di antipsicotici somministrata in 24 ore (1.321 milligrammi) era significativamente più alta rispetto a quella di altri pazienti (825 milligrammi). Questi risultati si sono evidenziati dopo che i ricercatori hanno controllato la presenza di disturbi psicotici, la gravità del disturbo (attraverso i punteggi alla GAS), la pericolosità, la storia psichiatrica e se sono state messe in pratica restrizioni fisiche.

Per quanto riguarda invece la decisione di consigliare una psicoterapia, non sembra che essa sia influenzata dall'etnia del paziente (Garb, 1997).

Purtroppo si è visto che questi tipi di bias si ripercuotono anche sui bambini. Garb (1997), nel suo articolo, riporta uno studio del 1985 (Hampton & Newberger, 1985) nel quale i ricercatori hanno chiesto al personale di alcuni ospedali di essere informati ogni qualvolta avessero incontrato un bambino abusato. Chiesero di fare la stessa cosa al servizio di tutela minori locale. Dalla ricerca è risultato che un consistente numero di casi di abuso infantile segnalati dal personale medico non è stato riportato all'agenzia responsabile della protezione dell'infanzia. Tutto ciò è grave, ma il dato che interessa ai fini del presente elaborato è che l'etnia sembra essere una variabile predittiva del riferire l'abuso. Infatti, i casi di abuso infantile erano meno facilmente riportati quando i bambini erano figli di genitori con la pelle bianca rispetto a quando erano figli di persone con la pelle nera. Si potrebbe azzardare l'ipotesi che, chi di competenza, ha pensato che i genitori o parenti caucasici del bambino fossero meno inclini di quelli afro-americani ad essere violenti o a commettere reati. Questo può essere collegato al fatto che in alcuni studi (McNiel & Binder, 1995; Lewis, Croft-Jeffreys & David, 1990; citati in Garb, 1997, p.104) è risultato che i clinici sovrastimino il rischio dell'uso della violenza nei pazienti psichiatrici con la pelle scura, rispetto a quelli con la pelle chiara. Questo tipo di previsione sembra uguale anche nella valutazione dei carcerati (Cooper & Werner, 1990).

1.4 Bias basati sull'orientamento sessuale

L'ultimo tipo di bias che il presente capitolo si impegna ad affrontare è quello riguardante l'orientamento sessuale.

Lilling e Friedman (1995) hanno studiato questo fenomeno nei clinici di orientamento psicoanalitico. Gli studiosi hanno predisposto quattro diverse vignette, uguali a due a due tranne che per l'orientamento sessuale dei soggetti, specificato solo attraverso il nome del partner del paziente. Il primo set di vignette descriveva un disturbo lieve, mentre il secondo un disturbo grave. Per essere più precisi: la vignetta numero uno descriveva una persona eterosessuale con un basso livello di patologia (Keith/Jim), la vignetta numero due una persona omosessuale con un basso livello di patologia (Keith/Anna), le vignette numero tre e quattro rappresentavano persone con un livello alto di patologia, la prima omosessuale (Roger/Kenny) e la seconda eterosessuale (Roger/Nancy). Ogni psicanalista riceveva due vignette: la prima e la terza o la seconda e la quarta. Una volta esaminate, è stato chiesto loro di valutarle su una scala semantica differenziale di undici aggettivi: cinque coppie di aggettivi per la dimensione valutativa generale, tre per la dimensione dell'attività ed altri tre per la dimensione dell'efficacia. Ogni coppia di aggettivi poteva essere valutata su una scala Likert a sette punti. Oltre a ciò, i clinici dovevano fare una diagnosi dell'asse I e dell'asse II del DSM-III-R e dare un punteggio al paziente con la scala Global Assessment of Function (GAF). I risultati ottenuti da Lilling e Friedman sottolineano che la vignetta descrivente alta patologia e omosessualità (vignetta numero tre) è stata valutata più negativamente nella scala semantica differenziale e più compromessa nella scala GAF rispetto alla vignetta descrivente alta patologia ed eterosessualità (vignetta numero quattro). È interessante notare che tra le vignette con un basso livello di patologia non sono risultate differenze significative in queste due scale. Invece, per quanto riguarda le diagnosi, i risultati sono i seguenti (si veda Tabella 2). Per la vignetta "bassa patologia, omosessuale" (vignetta uno) la diagnosi più frequente del primo asse era la depressione (86,8%), mentre per il secondo asse era disturbo di personalità misto (60%). Per la vignetta "bassa patologia, eterosessuale" (vignetta due) la diagnosi

più frequente del primo asse era la depressione (80,6%), mentre per il secondo asse erano due con la stessa frequenza: disturbo di personalità misto (33,3%) e disturbo di personalità dipendente (33,3%). Per la vignetta “alta patologia, omosessuale” (vignetta tre) la diagnosi più frequente del primo asse era qualche tipo di disturbo d’ansia (67,6%), mentre per il secondo asse era disturbo di personalità borderline (36,8%). Per la vignetta “alta patologia, eterosessuale” (vignetta quattro) la diagnosi più frequente del primo asse era qualche tipo di disturbo d’ansia (85,3%), mentre per il secondo asse era Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (61,9%). La differenza tra le diverse diagnosi del secondo asse, date alle vignette descriventi una persona con una patologia grave, risalta specialmente. È particolare, in primo luogo, che vengano fatte due diagnosi così diverse tra loro, quasi opposte se si pensa al perfezionismo della personalità ossessiva e alla sregolatezza della personalità borderline. Inoltre, è interessante notare che queste due diagnosi così diverse vengano effettuate proprio quando la persona descritta ha un livello di patologia alto. Infatti, può sembrare difficile immaginarsi un disturbo di personalità borderline molto grave simile ad un disturbo di personalità ossessivo-compulsivo altrettanto invalidante.

Tab2. Risultati relativi alla diagnosi dello studio di Lilling e Friedman (1995)

Vignetta	Diagnosi Asse I	Diagnosi Asse II
1 – bassa patologia / omosessuale	Depressione (86,8%)	Disturbo di personalità misto (60%)
2 – bassa patologia / eterosessuale	Depressione (80,60%)	Disturbo di personalità misto (33,3%) Disturbo dipendente di personalità (33,3%)
3 – alta patologia / omosessuale	Disturbo d’ansia (67,6%)	Disturbo di personalità borderline (36,8%)

4 – alta patologia / eterosessuale	Disturbo d'ansia (85,3%)	Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (61,9%)
------------------------------------	--------------------------	--

A questo ultimo risultato dello studio appena descritto si può collegare altra ricerca scientifica che ha evidenziato l'esistenza di una maggiore incidenza di individui delle minoranze sessuali tra coloro che ricevono una diagnosi di disturbo borderline di personalità (DBP) (Rodriguez-Seijas, Morgan, & Zimmerman, 2021). Inoltre, alcune prove suggeriscono che i clinici potrebbero essere più propensi a diagnosticare il DBP quando si fa riferimento all'orientamento sessuale come parte del quadro clinico (Eubanks-Carter & Goldfried, 2006). In particolare, due ricercatori hanno fatto valutare a 141 psicologi, attraverso una vignetta, un paziente ipotetico che presentava comportamenti e sentimenti simili a sintomi borderline, ma anche ad effetti di una crisi dell'identità sessuale (Eubanks-Carter & Goldfried, 2006). Il testo però variava in base all'orientamento sessuale e al genere. I risultati hanno evidenziato che la diagnosi di disturbo di personalità borderline veniva attribuita maggiormente ai pazienti maschi che i clinici ritenevano più probabilmente omosessuali o bisessuali e ai pazienti maschi con partner di genere non specificato. Inoltre, alle pazienti femmine veniva associata una diagnosi migliore. In altre parole, per lo stesso paziente fittizio, presentante sintomi psichiatrici identici, gravità e disfunzione identiche, avere informazioni sull'identità di minoranza sessuale era associato a una maggiore probabilità che i pazienti maschi fossero diagnosticati con il DBP anziché con qualche altro disturbo affettivo. Pertanto, sembra che i clinici siano più propensi a assegnare una diagnosi di DBP a un paziente fittizio in risposta alla rilevanza dell'orientamento sessuale, indipendentemente dalla presentazione clinica. Tuttavia, rimane inesplorato il grado in cui la diagnosi di DBP tra i pazienti delle minoranze sessuali nella pratica rifletta elevazioni nella psicopatologia associate sia alla diagnosi di DBP che allo status di minoranza sessuale o al bias indipendente dalla psicopatologia, nonostante le potenziali implicazioni dannose di quest'ultimo.

In base a questi esiti, si pensa che ci possa essere l'effetto di bias legati non solo all'orientamento sessuale, ma anche al ruolo di genere: sono stati valutati infatti più patologici i maschi, che probabilmente, con le loro indecisioni e sentimenti, non incarnavano appieno lo stereotipo del "maschio Alpha", tutto d'un pezzo, che la società del 2006 considerava come standard.

Una sola ricerca, però, non ci dà la possibilità di discernere se effettivamente esista un pregiudizio nella diagnosi del DBP o se questa condizione rifletta tassi elevati di psicopatologia e una maggiore gravità psichiatrica negli individui appartenenti alla comunità LGBTQIA+.

Le disparità nella salute psicosociale osservate tra individui delle minoranze sessuali vengono considerate risposte comportamentali allo stress cronico associato al loro status sociale stigmatizzato (Meyer, 2003). Evidenze empiriche supportano questa affermazione. Ad esempio, la ricerca dimostra che il suicidio e l'autolesionismo sono radicati nei processi di stress legati alle minoranze, quali il bullismo e la vittimizzazione (Cochran, Ackerman, Mays & Rosset, 2004; Mueller, James, Abrutyn, & Levin, 2015; citati in Rodriguez-Seijas, Morgan, & Zimmerman, 2021). Infatti, gli individui non eterosessuali sono frequentemente esposti a eventi traumatici, tra cui abusi sessuali, abusi fisici e aggressioni/bullismo a scuola, che sono a loro volta predittori del DBP (Friedman et al., 2011). Tutto ciò può presumibilmente tradursi in una maggiore prevalenza della diagnosi di DBP tra gli individui con tali caratteristiche. Tale aumento della prevalenza rifletterebbe con precisione l'aumento della psicopatologia osservata in questa popolazione emarginata.

È anche vero che il DSM-5 mette in guardia i clinici dal non confondere il disturbo di personalità borderline con una crisi di identità: "Gli adolescenti e i giovani adulti con problemi di identità (specialmente quando accompagnati da uso di sostanze) possono manifestare transitoriamente comportamenti che danno ingannevolmente l'impressione di un disturbo borderline di personalità. Tali situazioni sono caratterizzate da instabilità emotiva, dilemmi "esistenziali", incertezze, scelte ansiogene, conflitti sull'orientamento sessuale e contrastanti pressioni sociali nelle decisioni riguardanti la vita professionale." (DSM-5, 2014). Nel manuale appena citato si parla di una specifica

fascia di età, ma chi lavora nell'ambito clinico sa che l'adolescenza non è solo un'età, ma è anche un passaggio, con dei compiti di sviluppo che non tutti gli individui riescono a portare a termine. Perciò, si pensa che sia giusto credere che il discorso valga anche per le persone adulte. È possibile, quindi, che la diagnosi di DBP tra gli individui delle minoranze sessuali rifletta una predisposizione da parte degli operatori sanitari che è indipendente dalla psicopatologia o dalla gravità clinica, cioè un bias. I clinici potrebbero, ad esempio, interpretare erroneamente il comportamento culturalmente normativo come patologico, a causa della loro poca familiarità con le differenze culturali.

Tabella 1. Caratteristiche degli articoli citati riferiti ai bias

Autori	Obiettivo	Tipo di Studio / Metodo	Campione	Quartile rivista	Sintesi dei risultati
Ashton, 1991	Valutare quali siano le ragioni per cui alle donne in Europa e in Nord America vengono prescritti più del doppio dei farmaci psicotropi rispetto agli uomini	Revisione della letteratura	/	Q1 dal 1999 H-Index: 249	I dottori sono più propensi a diagnosticare malattie mentali piuttosto che fisiche nelle donne e a prescrivere più facilmente farmaci psicotropici alle stesse
Di Nardo, 1975	Comprendere se i clinici sono più propensi a diagnosticare malattie mentali a persone	Visione di una registrazione di un'intervista	60 Studenti laureati	Q1 dal 1999 H-Index: 259	L'intervista della persona appartenente alla classe sociale bassa ha ricevuto un punteggio consistentemente alto di patologia

	appartenenti ad una classe sociale bassa				rispetto all'intervista della classe sociale media.
Cooper & Werner, 1990	Valutare l'affidabilità della previsione della violenza di carcerati durante i primi 6 mesi di reclusione	10 psicologi esperti e 11 responsabili dei casi all'interno del Federal Bureau of Prisons hanno utilizzato 17 variabili demografiche e biografiche come indizi per prevedere la violenza durante i primi 6 mesi di reclusione.	33 detenuti maschi	Q1 dal 1999 (solo Q2 nel 2000) H-Index: 106	Sono stati predetti maggiori comportamenti violenti per i carcerati afro-americana e indiani d'America, rispetto ai carcerati caucasici. Le previsioni non sono state accurate.
Eubanks-Carter, & Goldfried, 2006	Capire se chi fa fatica ad accettare la propria omosessualità o bisessualità può ricevere una diagnosi errata di disturbo borderline di personalità.	Vignetta rappresentante paziente ipotetico con problemi coerenti sia a sintomi borderline, sia a crisi d'identità sessuale. La vignetta variava sia in base all'orientamento sessuale sia al genere.	141 psicologi	Q2 nel 2006 H-Index: 133	I risultati hanno mostrato che i più inclini a ricevere una diagnosi di DBP sono i pazienti maschi percepiti dai clinici come probabili omosessuali o bisessuali o che avevano un partner di genere non specificato.

Hampton & Newberger, 1985	Ricerca su quanti e quali casi di abuso su minori venivano riconosciuti dagli ospedali e poi segnalati alle agenzie di protezione competenti.	I ricercatori domandarono al personale di alcuni ospedali di essere informati ogni qualvolta incontrassero un bambino abusato. Richiesero la stessa cosa al servizio di tutela minori locale e poi confrontarono i numeri.	77.000 casi di abusi su minori	Q1 dal 1999 H-Index: 293	Gli ospedali hanno riconosciuto oltre 77.000 casi di abusi sui minori tra il 3 maggio 1979 e il 30 aprile 1980. Non sono però stati segnalati alle agenzie di protezione dell'infanzia quasi la metà dei casi che soddisfavano la definizione di abuso dello studio. Oltre ad altri fattori, buona parte dei casi non segnalati riguardava bambini con genitori caucasici.
Kurtz, Kurtz, Hoffnung, 1970	Si prevedeva che i casi clinici delle classi sociali basse sarebbero stati giudicati in modo più	Ai clinici è stato misurato il livello di autoritarismo Presentazione di una vignetta clinica	Specializzandi di psichiatria Studenti di assistenza sociale	Q1 dal 199 H-Index: 259	La previsione è stata confermata per un gruppo di 24 specializzandi psichiatrici e rasentava la significatività per un gruppo di 16 studenti di assistenza sociale.

	negativo dai clinici che risultavano più autoritari				
Luepnitz, Randolph, & Gutsch, 1982	Comprendere se ci sono bias nella diagnosi in base all'appartenenza ad un'etnia e ad uno stato socioeconomico	4 vignette: 2 in cui manipolano la variabile della classe socioeconomica (bassa-alta), 2 dove manipolano la variabile dell'etnia (pelle bianca-pelle nera)	40 Studenti laureati in psicologia (10 per ogni condizione)	Q2 nel 1999 H-Index: 133	I risultati indicano che i bias dei clinici e/o i loro pregiudizi possono influire nella scelta della diagnosi sia per quanto riguarda lo stato socioeconomico, sia per quanto riguarda l'etnia e anche per l'intersezione delle due caratteristiche
Pavkov, Lewis & Lyons, 1989	Studiare i bias relativi agli stereotipi etnici nella diagnosi delle malattie mentali gravi	Confronto delle diagnosi delle cartelle cliniche dei pazienti con le diagnosi stabilite da clinici esterni con interviste strutturate.	313 Pazienti ricoverati in 4 diverse strutture psichiatriche di Chicago	Q1 nel 1999 H-Index: 97	Avere la pelle nera predice l'assegnazione di una diagnosi di schizofrenia, piuttosto che di disturbo schizoaffettivo

Rodriguez-Seijas, Morgan, & Zimmerman, 2021	Comprendere se l'elevata incidenza di diagnosi di disturbo di personalità borderline	Su pazienti indirizzati per il trattamento presso un programma di ospedalizzazione parziale si è fatta la diagnosi di disturbo di personalità borderline.	1099 pazienti Eterosessuali= 919 = 83.6% Gay o bisessuali = 180 = 16.4%	Q1 H-Index: 100	Le persone appartenenti alla comunità LGBTQ+ avevano una probabilità maggiore di ricevere una diagnosi di DBP rispetto alle persone eterosessuali, anche dopo aver tenuto conto di età, genere, disturbo da stress post-traumatico concomitante e domini di personalità maladattiva.
Segal, Bola, & Watson, 1996	La ricerca ha indagato se le modalità di prescrizione dei clinici nei servizi di emergenza psichiatrica differissero in base all'etnia dei pazienti, con un particolare focus sulla	I dati provenienti da 442 valutazioni indipendenti di pazienti nei servizi di emergenza psichiatrica sono stati oggetto di analisi multivariata. Queste osservazioni sono state condotte durante un periodo di cinque anni presso quattro ospedali generali urbani in California.	442 valutazioni	Q1 dal 1999 H-Index: 160	I clinici nei quattro servizi di emergenza hanno prescritto più farmaci psichiatrici, più dosi orali e iniezioni di farmaci antipsicotici ai pazienti afroamericani rispetto agli altri pazienti.

	prescrizione di farmaci antipsicotici				
Stack, Lannon, & Miley, 1983	Studiare la predizione dei clinici della riammissione in ospedali psichiatrici dei pazienti fino a dopo due anni dalla loro dimissione	Differenza tra le previsioni dei clinici e le effettive ri-ammissioni	269 Pazienti di un ospedale psichiatrico	Q2 nel 1999 H-Index: 125	Minoranze etniche: predizione clinici 81%, realtà 42% Etnia caucasica: predizione clinici 63%, realtà 45%
Trachtman, 1971	Replicare uno studio precedente (Haase, 1956) sui bias psicodiagnostici sulle persone aventi uno stato socioeconomico basso	I clinici sono stati classificati come aventi un livello di autoritarismo alto o basso ed è stato misurato anche il livello di ansia indotto sperimentalmente. Poi hanno dovuto interpretare un protocollo del test di Rorschach che includeva informazioni sullo stato	60 Psicologi	Q1 nel 1999 H-Index: 111	I bias psicodiagnostici verso la classe sociale bassa sono stati dimostrati.

		socioeconomico del paziente (basso o medio)			
Warner, 1978	Valutare se il disturbo isterico-istrionico di personalità e il disturbo antisociale di personalità sono rispettivamente la forma di psicopatia femminile e maschile.	2 vignette cliniche identiche se non per il genere del paziente	Clinici	/	I clinici che avevano letto la vignette con il paziente uomo gli attribuivano una personalità antisociale, mentre quelli che aveva ricevuto la vignette con la paziente donna le attribuivano una personalità isterica-istrionica.
Wrobel, 1993	Valutare se ci sono differenze nella diagnosi differenziale tra il disturbo depressivo maggiore e un disturbo organico in base al genere del paziente	Vignetta clinica con sintomi depressivi	Psicologi membri del Michigan Psychological Association 142 uomini, 67 donne	Q1 nel 1999 H-Index: 97	Ai pazienti uomini veniva più facilmente diagnosticato un disturbo organico, mentre alle donne il disturbo depressivo maggiore

2. La Ricerca

Questo studio empirico ha l'obiettivo di valutare se i bias clinici trovati nella letteratura, descritti nel precedente capitolo, sono presenti ancora oggi e, in caso affermativo, in che misura. È sembrato opportuno ritestare questi risultati dato che la maggior parte di essi sono stati pubblicati prima dell'anno 2000. Infatti, da allora, la società è cambiata e con essa inevitabilmente si evolvono anche le credenze, gli stereotipi e la psicologia stessa. In particolare, si sono presi in considerazione i bias presenti nella prescrizione del trattamento e nella diagnosi, sia per quanto concerne le categorie diagnostiche, sia per quanto riguarda la gravità del disturbo. Nello specifico si valuteranno:

- bias di genere:
 - nella diagnosi di disturbi di personalità borderline;
 - nella diagnosi differenziali tra disturbo di personalità isterico-istrionico e disturbo di personalità antisociale;
 - nella diagnosi differenziale tra disturbo depressivo maggiore e disturbo organico.
- bias relativi allo status socioeconomico:
 - nella valutazione della gravità del disturbo;
 - nella scelta del trattamento (psicoterapia, farmacoterapia, entrambe, nessuna).
- bias riguardanti l'orientamento sessuale:
 - nella diagnosi di un disturbo borderline di personalità
 - nella valutazione della gravità del disturbo borderline di personalità

L'idea alla base di questo elaborato nasce dal desiderio e dalla volontà di migliorare il lavoro clinico di ogni professionista. Quindi non ha lo scopo di sminuire le capacità dei clinici, ma solamente di comprendere se possano essere migliorate.

2.1 Le domande di ricerca

Le ipotesi di ricerca di questo progetto sono di seguito presentate.

Si vuole distinguere le ipotesi dalle domande di ricerca. Le prime sono formulate in riferimento alla letteratura presente, mentre le seconde sono ragionate in base a supposizioni.

IPOTESI 1: Esiste un bias di genere nella diagnosi differenziale tra il disturbo depressivo maggiore e il disturbo organico. La ricerca conferma che i clinici sono più propensi a diagnosticare un disturbo di depressione maggiore piuttosto che organico alle donne, mentre per gli uomini avverrebbe il contrario (Ashton, 1991; Wrobel, 1993).

IPOTESI 2: Esiste un bias di genere nella diagnosi differenziale tra il disturbo di personalità antisociale e quello isterico-istrionico. La ricerca di Warner (1978), rafforzata dai risultati di molte altre (Garb, 1997), conferma che i clinici sono più propensi a diagnosticare un disturbo di personalità antisociale agli uomini e un disturbo di personalità isterico istrionico alle donne.

IPOTESI 3: Non esiste un bias basato sullo status socioeconomico del paziente che renda la valutazione della psicopatologia più grave, se la persona valutata appartiene a una classe sociale bassa. La letteratura su questo aspetto dà risultati contrastanti: alcune ricerche notano la differenza (DiNardo, 1975; Trachtman, 1971; Luepnitz, Randolph e Gutsche, 1982), altre invece non giungono alle stesse conclusioni (Garb, 1997). Le seconde vengono maggiormente accreditate in questa ipotesi perché sono più recenti e descrivono un campione più grande.

DOMANDA DI RICERCA 4: Sempre per quanto riguarda lo status socioeconomico, esso non influenza la valutazione della presenza/assenza di un disturbo.

IPOTESI 5: Esiste una differenza nella prescrizione del trattamento psicologico basata sullo status socioeconomico del paziente. Dalla ricerca sull'argomento è emerso che è meno probabile che i clinici consiglino una psicoterapia a chi possiede uno status socioeconomico basso rispetto a uno

medio e che, anche quando viene consigliata, si predilige quella di tipo supportivo e non introspettivo / espressivo. (Franklin, 1985; Levy & Kahn, 1970; Neumann, Salganik, Rabinowitz, Bauer, & Kastner, 1990; Rabinowitz & Lukoff, 1995; Routh & King, 1972; Rowden, Michel, Dillehay, & Martin, 1970; Sutton & Kessler, 1986; Umbenhauer & DeWitte, 1978; citati in Garb, 1997, p.108).

DOMANDA DI RICERCA 6: Si evidenzia un bias relativo all'orientamento sessuale per il quale i clinici ritengono un disturbo più grave quando è attribuito ad una persona omosessuale piuttosto che eterosessuale.

IPOSTESI 7: Esiste un bias che spinge i clinici a diagnosticare il disturbo di personalità borderline più facilmente a persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+. Studi empirici confermano questa ipotesi (Rodriguez-Seijas, Morgan, & Zimmerman, 2021; Eubanks-Carter & Goldfried, 2006).

DOMANDA DI RICERCA 8: Sempre per quanto riguarda il DBP, si crede che possa essere attribuito maggiormente alle persone che si identificano nel femminile o in un altro genere (ad esempio, non binario), rispetto a quella maschile.

DOMANDA DI RICERCA 9: Si può ipotizzare che i bias relativi all'orientamento sessuale siano perpetuati da clinici eterosessuali, piuttosto che da quelli appartenenti alla comunità LGBTQIA+.

2.2 Il metodo

2.2.1 Campione

Alla ricerca hanno potuto partecipare solo psicoterapeuti, psichiatri e neuropsichiatri, anche in formazione. La scelta di non includere gli psicologi senza specializzazione in psicoterapia è stata dettata dal fatto che si voleva essere sicuri che le risposte alle domande fossero frutto di uno stereotipo e non di poca esperienza o conoscenza della materia.

Il campione preso in considerazione è di 15 partecipanti. Di questi, un terzo sono uomini e due terzi sono donne. Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, tutti i clinici si sono definiti eterosessuali tranne due uomini che si sono identificati, rispettivamente, nelle categorie omosessuale e bisessuale. L'età media del campione è di 34.73 (DS = 6.45), infatti comprende soggetti dai 28 ai 49 anni.

La maggior parte dei partecipanti descrive il proprio orientamento teorico come psicodinamico/psicoanalitico (77.3%), mentre una minoranza si definisce sistemico familiare (13.33%), umanistico/esperienziale (6.67%), cognitivo comportamentale (6.67%).

Tutti erogano terapie individuali, mentre solo in 5 terapie di gruppo ed altri 5 terapie di coppia e/o familiari.

Un buon numero di essi lavora in uno studio privato (73.33%) e nei servizi pubblici (CSM, università, consultori, ecc.) (66.67%), qualcuno nei servizi scolastici (sportello scolastico, progetto giovani, ecc.) (20%) e solo uno, durante l'orario lavorativo, si trova in ambito ospedaliero (6.67%).

Le risposte alla domanda "da quanti anni eserciti la professione" variano da 1 a 22, con una media però di 6.73, abbassata dal fatto che solo 4 soggetti hanno un'esperienza decennale. La variazione del numero medio di pazienti al mese è ancora più alta: da 3 a 30 (M = 12.40; DS = 9.56).

Per quanto riguarda i pazienti dei partecipanti, essi sono più di genere femminile (60%) che maschile (40%). Buona parte dei clinici si occupa maggiormente di adulti (73.33%), mentre la restante minoranza di adolescenti (13.33%) e bambini (13.33%).

Tabella 3. Statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche dei partecipanti

VARIABILI		GRUPPO SPERIMENTALE			
SOCIODEMOGRAFICHE					
		MEDIA	DS	MIN	MAS
ETA'		34.73	6.45	28	49
		N		%	
GENERE	<i>Maschio</i>	5		33.33	
	<i>Femmina</i>	10		66.67	
	<i>Transgender</i>	0		0	
	<i>Non-binary</i>	0		0	
	<i>Altro</i>	0		0	
ORIENTAMENTO SESSUALE	<i>Eterosessuale</i>	13		86.67	
	<i>Omosessuale</i>	1		6.66	
	<i>Bisessuale</i>	1		6.66	
	<i>Asessuale</i>	0		0	
	<i>Pansessuale</i>	0		0	
	<i>Altro</i>	0		0	
ORIENTAMENTO TEORICO	<i>Biologico / Descrittivo</i>	0		0	

	<i>Cognitivo</i>	1	6.67
	<i>Comportamentale</i>		
	<i>Sistemico</i>	2	13.33
	<i>Familiare</i>		
	<i>Psicodinamico /</i>	11	73.33
	<i>Psicoanalitico</i>		
	<i>Umanistico /</i>	1	6.67
<i>Esperienziale</i>			
	<i>Integrato /</i>	0	0
	<i>Biopsicosociale</i>		
	<i>Cognitivo</i>	0	0
	<i>Neuropsicologico</i>		
TIPO DI SETTING	<i>Individuale</i>	15	100
	<i>Di gruppo</i>	5	33.33
	<i>Coppie / Famiglie</i>	5	33.33
AMBITO LAVORATIVO	<i>Studio privato, libera professione</i>	11	73.33
	<i>Ospedaliero</i>	1	6.67
	<i>Intramoenia</i>	0	0
	<i>Servizi scolastici</i>	3	20
	<i>Struttura residenziale</i>	0	0
	<i>Servizi pubblici</i>	10	66.67

		MEDIA	DS	MIN	MAS
ANNI DI ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE		6.73	6.82	1	22
N PAZIENTI SEGUITI AL MESE		12.40	9.56	3	30
		N		%	
ETA' PAZIENTI	<i>Adulti</i>	11		73.33	
	<i>Adolescenti</i>	2		13.33	
	<i>Bambini</i>	2		13.33	
GENERE PAZIENTI	<i>Maschile</i>	6		40	
	<i>Femminile</i>	9		60	
	<i>Altro</i>	0		0	

2.2.2 La procedura

La raccolta dati è avvenuta dal 25 ottobre 2023 al 1 novembre 2023.

Il campionamento è stato realizzato tramite un questionario online in lingua italiana, costruito utilizzando la piattaforma Qualtrics e rivolto a psicoterapeuti, psichiatri, neuropsichiatri e persone che si stessero formando in queste discipline. I partecipanti sono stati reclutati attraverso conoscenze personali, passa parola, gruppi Facebook e social. Essi hanno deciso di partecipare volontariamente e non era previsto un incentivo per la partecipazione alla ricerca.

All'inizio del questionario ogni clinico ha dato il suo consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati. Poiché inizialmente ai partecipanti era stato comunicato solamente che la ricerca avrebbe indagato degli aspetti della diagnosi psicologica, a fine questionario si è richiesto un consenso informato post-studio specificando gli obiettivi specifici della survey. Non si sarebbe potuto essere più precisi nella prima fase, altrimenti il clinico sarebbe stato più attento a non cedere agli stereotipi.

Inoltre, si è voluto ricordare ai partecipanti che la compilazione del questionario era anonima e che non sarebbero stati giudicati per le loro risposte. Inoltre si è specificata la possibilità di interrompere la compilazione in qualsiasi momento senza avere ripercussioni di alcun genere e che non sarebbero stati restituiti i dati raccolti una volta inviati.

Il progetto è stato accettato dal comitato etico dell'Università di Padova.

In primo luogo, a ciascun partecipante è stato chiesto di fornire alcune informazioni sociodemografiche e relative al proprio lavoro: genere, età, orientamento sessuale, orientamento teorico, tipo di setting (individuale, di gruppo, coppie/famiglie) e di ambito lavorativo (privato, ospedaliero, struttura residenziale, servizi pubblici...), anni di esercizio della professione, numero di pazienti visti al mese, fascia di età media dei propri pazienti (adulti, adolescenti, bambini), e, infine, il genere dei pazienti medio (femminile, maschile, altro).

In secondo luogo, è stato presentato il compito delle vignette: i partecipanti dovevano ascoltare una registrazione audio di un ipotetico paziente e poi rispondere ad alcune domande. Sono stati costruiti tre blocchi comprendenti due vignette e tre domande ad essa relative per ognuno e un ulteriore blocco con due vignette e una sola domanda. Le coppie di vignette differivano per la variabile che si voleva manipolare e, grazie alla randomizzazione di Qualtrics, ad ogni partecipante ne veniva presentata soltanto una.

I testi delle registrazioni sono stati sviluppati a partire dalle vignette sperimentate da Adrian Furnham e Wincelous (2011) nella loro ricerca.

Il primo blocco era relativo alla diagnosi differenziale tra disturbo depressivo maggiore e disturbo organico e presentava vignette differenti solo per il genere del parlante. La registrazione rappresentava un disturbo depressivo maggiore.

Le domande ad essa riferite erano le seguenti.

La prima chiedeva di indicare quale fosse la probabilità che la persona appena ascoltata nella registrazione avesse uno dei due disturbi indicati nelle opzioni (in questo caso, disturbo depressivo maggiore e disturbo organico). Per rispondere, i partecipanti dovevano selezionare le combinazioni di probabilità (depressione: 100% - organico: 0%; depressione: 90% - organico:10%; depressione: 80% - organico: 20%; e così via) che ritenevano più giuste.

La seconda domanda invitava il clinico a scegliere quale delle due diagnosi citate sopra fosse quella da diagnosticare al paziente.

Infine, si è chiesto di indicare il livello di gravità delle due diagnosi (disturbo depressivo maggiore e disturbo organico) attraverso uno slider che scorreva dallo 0 (non presenza del disturbo) al 100. Indicando con 0 l'assenza del disturbo, si è data la possibilità di non ritenere presente una delle due condizioni proposte.

Il secondo blocco riguardava la diagnosi differenziale tra i due disturbi di personalità antisociale e isterico-istrionico. Le vignette presentate riportavano un disturbo antisociale di personalità. Le due registrazioni differivano, anche in questo caso, per il genere del paziente.

Le domande successive erano le medesime del primo blocco, chiaramente modificando i disturbi.

Il terzo blocco era riferito ai tre bias relativi allo status socioeconomico, presentati nelle ipotesi di ricerca. Le vignette presentavano un uomo, Luca, con un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Le registrazioni differivano nel lavoro (politico vs operaio e qualche lavoro in nero) e per le vacanze estive (vacanza a Montecarlo con la famiglia vs nessuna vacanza per mancanza di soldi). Successivamente è stato chiesto al partecipante di indigare quale tipo di terapia consiglierebbe alla persona che aveva appena ascoltato parlare: psicoterapia, farmacoterapia, entrambe o nessuna. Inoltre si è domandato se ritenesse che Luca avesse un disturbo mentale (risposta: sì o no) e di quale gravità (slider da 0 a 100).

Il blocco con due vignette e una sola domanda riguardava la valutazione della gravità di un disturbo in base all'orientamento sessuale del paziente. A parlare nelle registrazioni era Paolo, un sessantenne con la schizofrenia. I due audio differivano per il fatto che l'uomo parlasse in un caso della compagna, nell'altro caso del compagno. Il partecipante è stato invitato a muovere lo slider sul numero che, secondo il suo giudizio, meglio indicasse la gravità della patologia del paziente (anche in questo caso: numeri da 0 a 100).

Come ultimo compito per valutare i bias, ma individuali questa volta, si è presentata una vignetta scritta uguale per tutti i partecipanti, rappresentante un disturbo borderline di personalità. Nel testo non è stato specificato il sesso e l'orientamento sessuale del protagonista. In questo modo si è potuto poi chiedere ai partecipanti di dichiarare se fosse più probabile: a) che fosse una donna, b) che fosse un uomo, c) che non si identificasse in nessuno dei due generi, d) "è ugualmente probabile che la persona descritta sia uomo, donna o che si identifichi con un altro genere". Segue poi un'ulteriore domanda sulla probabilità che il paziente sia: a) "più probabilmente eterosessuale", b) "più

probabilmente omosessuale”, c) “più probabilmente bisessuale”, d) “più probabilmente asessuale”, e) “è ugualmente probabile che la persona descritta sia eterosessuale, omosessuale, bisessuale o asessuale”.

2.2.3 Gli strumenti

Ai fini della ricerca sono stati utilizzati: un questionario self-report con l'obiettivo di indagare le caratteristiche sociodemografiche; vignette con domande ad esse relative per valutare i bias in alcuni tipi di diagnosi al variare di una variabile; un caso clinico per misurare i bias individuali nella diagnosi di disturbo borderline di personalità relativi all'orientamento sessuale e il genere; due scale self-report, una sulla flessibilità cognitiva e una sulla chiusura cognitiva.

1) Questionario sociodemografico

Il presente questionario è stato realizzato ai fini di indagare alcune informazioni sociodemografiche e relative al proprio lavoro: genere, età, orientamento sessuale, orientamento teorico, il tipo di setting (individuale, di gruppo, coppie/famiglie) e di ambito lavorativo (privato, ospedaliero, struttura residenziale, servizi pubblici...), gli anni di esercizio della professione, il numero di pazienti visti al mese, la fascia di età media dei propri pazienti (adulti, adolescenti, bambini), e, infine, il genere dei pazienti medio (femminile, maschile, altro).

Lo scopo di questa parte della survey era quello di comprendere se alcune di queste variabili sociodemografiche e relative al campo lavorativo possano predisporre all'uso di bias nella diagnosi.

2) Vignette

Il testo delle registrazioni è stato copiato da quello delle vignette testate da Furnham e Wincelous (2011) nella loro ricerca. Si è dovuta fare qualche modifica in modo che si adattassero alla manipolazione di alcune variabili.

Il testo delle vignette viene riportato in appendice 1.

3) Caso clinico

Oltre alle vignette, come spiegato nel capitolo della procedura, era presente anche un caso clinico descrivente una persona avente un disturbo borderline. Anch'esso è stato preso dallo studio di Furnham e Wincelous (2011) e leggermente aggiustato in alcune parti.

Il testo viene riportato in appendice 2.

2.2.4 Analisi statistiche

Ai fini dell'analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico online Prism e il software R (versione 3).

In primo luogo, sono state svolte le statistiche descrittive delle variabili sociodemografiche del gruppo dei partecipanti.

In secondo luogo, è stato utilizzato il t-test con l'obiettivo di confrontare sia le medie dei punteggi di gravità sia le medie delle probabilità di scelta di uno dei due disturbi. Per esempio, si è confrontata la media dei punteggi di gravità dati dai clinici alla vignetta descrivente una persona omosessuale con la media dei punteggi di gravità dati dai clinici alla vignetta descrivente una persona eterosessuale.

2.3 Risultati

In questa sezione, sono esposti i risultati del nostro studio. I risultati sono presentati rispettando l'ordine delle domande di ricerca indicate precedentemente nel paragrafo 2.1.

Ipotesi 1: Esiste un bias di genere nella diagnosi differenziale tra il disturbo depressivo maggiore e un disturbo organico.

La prima ipotesi non è stata verificata: dai risultati non emerge nessun tipo di bias di genere nella diagnosi differenziale tra il disturbo depressivo maggiore e un disturbo organico. Tutti i partecipanti hanno diagnosticato al paziente il disturbo depressivo maggiore e non sono state trovate differenze significative tra la probabilità che la persona abbia un disturbo organico nella vignetta maschile e in quella femminile ($t = 0.38$; $p = 0.71$). Lo stesso vale per le differenze di probabilità assegnate al disturbo depressivo maggiore nella vignetta maschile e in quella femminile.

Anche tra le medie dei diversi livelli di gravità delle diagnosi non sono state riscontrate differenze significative.

Ipotesi 2: Esiste un bias di genere nella diagnosi differenziale tra il disturbo di personalità antisociale e quello isterico-istrionico.

Nemmeno la seconda ipotesi è stata confermata, ma, a differenza della precedente, il suo studio ha portato a risultati interessanti. Infatti, il livello di gravità attribuito al disturbo antisociale di personalità è molto più alto quando si ascolta l'audio con voce femminile, rispetto a quello con voce maschile ($M_{dif} = 69.57 - 41.88 = 27,69$) ($t = 2.20$; $p = 0.05$). Inoltre, la differenza tra i livelli di gravità dei due disturbi di personalità assegnati alle vignette maschili non differiscono significativamente tra di loro ($t = 0.58$; $p = 0.57$), sebbene la registrazione dia voce ad una personalità antisociale.

Da un'analisi qualitativa del dato, si osserva che gli unici due partecipanti che hanno assegnato al paziente una diagnosi di disturbo isterico-istrionico erano due uomini ed avevano ascoltato la registrazione maschile.

Tabella 4. Statistiche relative ai punteggi di gravità del disturbo isterico-istrionico di personalità assegnati alla vignetta maschile, punteggi di gravità del disturbo antisociale di personalità assegnati alla vignetta maschile e femminile.

Gruppo	Gravità Dist. Istrionico-Istrionico di Personalità – Maschile	Gravità Dist. Antisociale di Personalità – Maschile	Gravità Dist. Antisociale di Personalità - Femminile
M	33.25	41.88	69.57
DS	31.10	28.00	19.13
SEM	10.99	9.90	7.23
N	8	8	7

* M = media; DS = deviazione standard; SEM = errore standard della media; N = numerosità risposte

Ipotesi 3: Non esiste un bias basato sullo status socioeconomico del paziente che renda la valutazione della psicopatologia più grave se il paziente appartiene a una classe sociale bassa.

Per quanto riguarda la gravità del disturbo, non si conferma la presenza di un bias circa lo status socioeconomico del paziente ($t = 0.74$; $p = 0.47$). Quindi la valutazione della gravità della psicopatologia non dipende dall'appartenenza ad una classe sociale bassa. Per queste ragioni, possiamo pensare che l'ipotesi 3 sia stata verificata.

Domanda di ricerca 4: lo status socioeconomico non influenza la valutazione della presenza / assenza della diagnosi

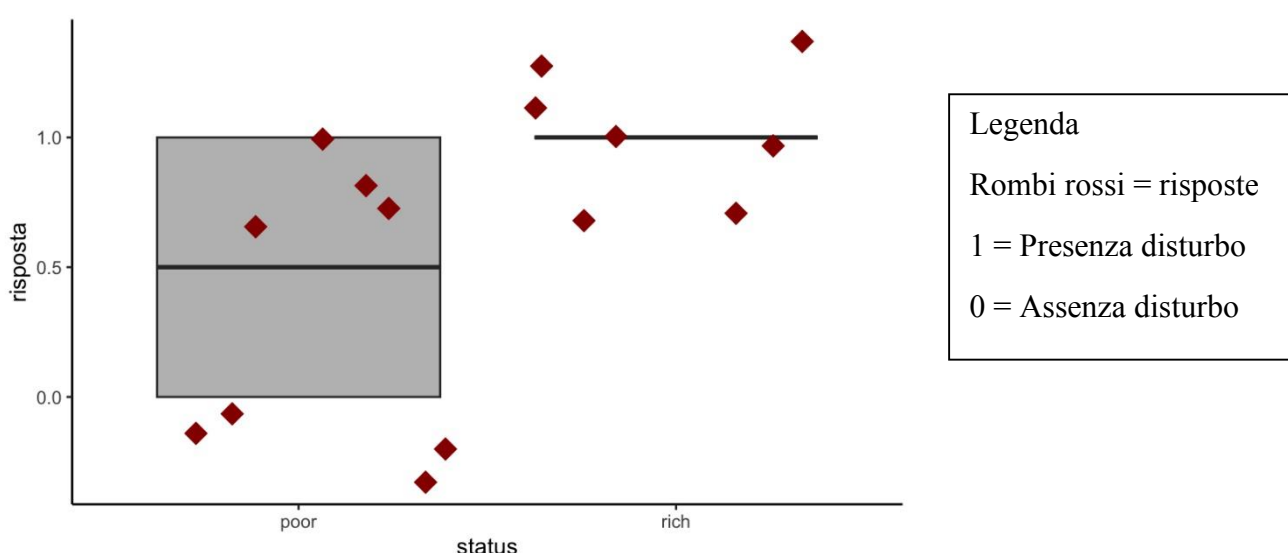
Sempre per quanto riguarda lo status socioeconomico, si è pensato che esso non influenzasse la valutazione della presenza/assenza di un disturbo mentale. Tuttavia, i risultati hanno mostrato che l'appartenenza ad un determinato status socioeconomico determina una diversa probabilità nella scelta della presenza / assenza di malattia ($t = -416.85$; $p < 0,001$) (si veda Figura 1).

Alla domanda “Pensi che Luca abbia un disturbo mentale?”, 5 clinici hanno risposto di no (33,33%), pur essendo la vignetta studiata per rappresentare un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Indagando, si può notare che 4 di loro avevano ascoltato la registrazione avente come protagonista la persona poco abbiente. Ciò significa che, a rispondere che il paziente non avesse nessun disturbo mentale, è stato il 50% (4 su 8) dei partecipanti che ha ascoltato la registrazione di Luca descritto come povero e solo il 14,29% (1 su 7) dei clinici che hanno ascoltato l'audio di Luca descritto come ricco.

La domanda di ricerca 4 non è stata confermata.

Figura 1. *Boxplot delle risposte in funzione della variabile socioeconomica (povero a sinistra, ricco a destra)*



Ipotesi 5: Esiste una differenza nella prescrizione del trattamento psicologico basata sullo status socioeconomico del paziente.

Per quanto riguarda il bias relativo allo status socioeconomico nella prescrizione della terapia, tutti i partecipanti allo studio hanno scelto l'opzione "consiglierei una psicoterapia" a prescindere dalla registrazione ascoltata. Perciò, l'ipotesi 5 non è stata verificata ($p > 0.5$).

Domanda di ricerca 6: Si evidenzia un bias relativo all'orientamento sessuale per cui i clinici ritengono un disturbo più grave quando è attribuito ad una persona omosessuale piuttosto che eterosessuale.

I risultati relativi al bias riguardante l'assegnazione del livello di gravità della malattia mentale in base all'orientamento sessuale sono interessanti.

Le medie dei punteggi di gravità dati nelle due diverse condizioni (persona omosessuale e persona eterosessuale) risultano non essere significative ($t = 1.8606$; $p = 0,0856$).

Se si osservano i punteggi dati dai partecipanti nelle due condizioni (riportati nella tabella 5 di seguito), si può notare che al paziente eterosessuale è stato assegnato un punteggio più alto di 65 solo una volta (16.66%), mentre i livelli di gravità del paziente omosessuale sono stati valutati inferiore al 65 solo due volte (22.22%). Inoltre, l'unico clinico che ha attribuito un punteggio equivalente a 0, cioè assenza di disturbo, appartiene al gruppo che ha ascoltato la registrazione del paziente definito come eterosessuale.

La domanda di ricerca 6 non è stata confermata.

Tabella 5. *Punteggi relativi alla gravità del disturbo attribuiti alla persona descritta nelle due diverse condizioni, le loro medie, deviazione standard, errore standard della media e numero totale di rispondenti.*

Condizione	Punteggi gravità disturbo									M	DS	SEM	N
Vignetta omosessuale	83	65	78	70	40	60	67	65	92	68.89	14.85	4.95	9
Vignetta eterosessuale	0	57	50	80	65	40	/	/	/	48.67	27.43	11.20	6

* M = media; DS = deviazione standard; SEM = errore standard della media; N = numerosità risposte

Ipotesi 7: Esiste un bias che spinge i clinici a diagnosticare il disturbo di personalità borderline più facilmente a persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+.

Un altro obiettivo del presente progetto è quello di valutare se esista un bias che spinga i clinici a diagnosticare il disturbo di personalità borderline più facilmente a persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+. Le analisi ne hanno confermato l'esistenza ($t = 8.90$; $p = 0.03$). Dopo aver letto un caso

clinico di una persona borderline, è stato domandato ai partecipanti quale fosse l'orientamento sessuale più probabile da essa adottato. Il 60% (9 persone) dei clinici ha risposto che non pensavano ci fossero differenze di probabilità tra i diversi orientamenti sessuali ed il 13.33% (2 persone) hanno ritenuto il paziente più probabilmente eterosessuale. Queste risposte non confermano il bias ipotizzato inizialmente. Invece, il restante 26.67% (4 persone) ritenevano più probabile che la persona fosse bisessuale. Di queste, una era un uomo che nel questionario sociodemografico si è definito bisessuale. L'ipotesi 7 è stata verificata.

Domanda di ricerca 9: i bias relativi all'orientamento sessuale siano perpetrati da clinici eterosessuali, piuttosto che da quelli appartenenti alla comunità LGBTQIA+.

A ciò si può collegare la domanda di ricerca 9 che ipotizzava che i bias relativi all'orientamento sessuale fossero perpetrati da clinici eterosessuali. Avendo avuto solo due partecipanti appartenenti alla comunità LGBTQIA+, ciò non è dimostrabile. Si può però dire che i tre quarti delle persone che hanno dimostrato di usare questo stereotipo (rispondendo "è più probabile che sia una persona bisessuale" dopo aver letto la vignetta del DBP) erano eterosessuali.

La domanda di ricerca 9 non può essere verificata.

Domanda di ricerca 8: Il disturbo borderline di personalità viene maggiormente attribuito alla popolazione femminile o che si identifica in un altro genere (ad esempio, non binario), rispetto a quella maschile.

Di nuovo si pone l'attenzione sul disturbo borderline di personalità, ma questa volta riferendosi a un bias basato sul genere. Sempre dopo aver letto il caso clinico, i partecipanti dovevano indicare a quale genere era più probabile che la persona descritta appartenesse. Le analisi delle risposte hanno evidenziato una statistica significativa nel ritenere più probabile il genere femminile come paziente affetto da disturbo borderline di personalità ($t = 13.90; p = 0.01$).

Anche in questo caso il 60% dei clinici ha indicato che non ci fossero generi più probabili di altri. È da sottolineare che pur essendo la stessa percentuale riportata sopra, le persone non sono le medesime.

Mentre, il 13,33% ha ritenuto più probabile il genere maschile e il 26,67% il genere femminile. Di questo ultimo gruppo, 3 erano donne.

La domanda di ricerca 8 è stata verificata.

3. Discussione

In letteratura sono presenti studi che confermano la presenza di bias nella diagnosi perpetrati da professionisti della salute mentale. Queste euristiche sono state trovate in particolare manipolando alcune variabili: il genere, l'orientamento sessuale, l'etnia e lo status socioeconomico. Un bias nella valutazione della persona può avere delle enormi ripercussioni, in particolare per la scelta del trattamento, ma anche per il modo con cui affrontare certi temi ed interpretare determinati comportamenti. Ad esempio, sia nel disturbo antisociale di personalità sia nel disturbo isterico-istrionico, è presente il tema del potere, ma è declinato in due modi diversi (PDM-2, 2018).

Per questi motivi si ritiene importante indagare la presenza di bias nella diagnosi e, nel caso dovessero risultare presenti, prenderne consapevolezza per migliorare la sensibilità diagnostica.

Per quanto riguarda i risultati della presente ricerca, ci sono delle doverose riflessioni da fare su ognuno di essi.

Dal presente studio non sono emersi bias relativi al genere nella diagnosi differenziale tra il disturbo depressivo maggiore e un disturbo organico, diversamente da ciò che ci si aspettava. È probabile che il bias testato in letteratura (Wrobel, 1993) non sia emerso per merito dell'ovvietà della diagnosi rappresentata nella vignetta. Infatti, erano presenti pochi sintomi organici (mancanza di energie, fatica a concentrarsi, insonnia) e tutti appartenenti anche alla descrizione del disturbo depressivo maggiore.

Anche nel caso della diagnosi differenziale tra il disturbo antisociale di personalità e il disturbo isterico-istrionico di personalità, la vignetta presentata era palesemente descrivente una persona portatrice del primo disturbo. Nonostante questo però, due persone hanno attribuito al paziente di genere maschile il disturbo isterico-istrionico di personalità. È da notare anche che la differenza tra i livelli di gravità dei due disturbi delle vignette maschili non è statisticamente significativa. Ciò significa che i partecipanti che hanno ascoltato la voce di Alessandro, hanno assegnato livelli di gravità simili ai due disturbi. Difficile commentare questi risultati, alla luce del fatto che ci si

aspettasse che fosse più facile attribuire al genere femminile il disturbo isterico-istrionico di personalità. Questo aspetto è sicuramente da indagare in ricerche future, per comprenderlo ulteriormente.

Si ritiene interessante soffermarsi a commentare il fatto che le pazienti donne, considerate antisociali, hanno ricevuto punteggi di gravità significativamente più alti rispetto a quelli dei pazienti uomini considerati anch'essi antisociali. Si ipotizza che ciò possa essere dovuto a uno stereotipo di genere. Il caso clinico presentato, riportando sintomi del disturbo antisociale di personalità, descrive comportamenti che la società non si aspetta e non è solita attribuire al genere femminile. Questo può far considerare la donna antisociale più grave dell'uomo antisociale, che è più giustificato a mettere in atto certi comportamenti. Si pensi, ad esempio, ai comportamenti violenti o, al rendimento scolastico: ci si stupisce di più se una ragazza picchia la compagna o viene rimandata a scuola, rispetto a quando è un ragazzo a farlo.

Per quanto riguarda i risultati relativi allo status socioeconomico, si possono fare le seguenti riflessioni.

Sembra che l'appartenenza ad uno status socioeconomico basso, induca il clinico a non valutare la persona come portatore di una malattia mentale. Si possono fare due distinti pensieri a riguardo. In primo luogo, avendo presentato una vignetta di una persona con un disturbo ossessivo-compulsivo senza compulsioni e senza pensiero intrusivo o ruminante, si ipotizza che il perfezionismo e le molte ore di lavoro nella persona povera fossero finalizzate a guadagnare e quindi riuscire a mantenersi, piuttosto che per un problema dato da un disturbo di personalità. In secondo luogo, si può ipotizzare che esista un bias relativo allo status socioeconomico e che la povertà prevalga sulla malattia.

Nell'analisi dei risultati, non si sono trovate differenze significative tra i livelli di gravità del disturbo nelle due classi sociali diverse. Si propone, per ricerche future, di testare questo bias su un disturbo poco accettato socialmente, come ad esempio l'abuso di sostanze.

Infine, per quanto riguarda il tipo di trattamento consigliato al paziente, si è visto che tutti i clinici hanno suggerito una psicoterapia. È da tenere presente però che la persona descritta nella vignetta, come sottolineato prima, non presentava sintomi troppo invalidanti, che solitamente fanno optare per una prescrizione di una farmacoterapia.

Per quanto riguarda l'orientamento sessuale e la valutazione della gravità del disturbo, si è notato che non c'è significatività, ma si è comunque intravista una tendenza a considerare un disturbo più grave quando il paziente è descritto come omosessuale. Perciò si attende un maggior numero di partecipanti per sostenere con più chiarezza e sicurezza l'esistenza di un bias diagnostico.

Un altro obiettivo del presente progetto era quello di valutare se esista un bias che spinga i clinici a diagnosticare il disturbo di personalità borderline più facilmente a persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+. Il 26.67% (4 persone) ritenevano più probabile che il paziente descritto nella vignetta, rappresentante un disturbo di personalità borderline, fosse bisessuale. Questa ipotesi è stata verificata ($t = 8.90$; $p = 0.03$). È da comprendere, come si diceva nel capitolo della revisione della letteratura, se la scelta dei clinici sia influenzata da un bias o dal fatto che avere delle crisi d'identità sessuali o adottare comportamenti che per qualcuno potrebbero essere considerati promiscui abbia sintomi comuni al disturbo borderline di personalità. Nel caso del nostro studio, la frase “spesso le sue serate terminano con rapporti occasionali”, presente nel testo presentato ai partecipanti, può aver influenzato i professionisti nella scelta.

È interessante notare che uno dei clinici che ha ritenuto più probabile che la persona descritta fosse bisessuale era un uomo che nel questionario sociodemografico si è definito bisessuale. Questo potrebbe essere un indicatore di bifobia interiorizzata, ovvero la persona potrebbe aver interiorizzato lo stigma nei confronti della categoria a cui anch'egli appartiene. Oltre a questo non si può aggiungere molto, dato che i partecipanti facenti parte della comunità LGBTQIA+ erano solo 2.

Si è posta l'attenzione nuovamente sul disturbo borderline di personalità riferendosi a un bias basato sul genere. Sempre dopo aver letto il caso clinico, i partecipanti dovevano indicare a quale genere era

più probabile che la persona descritta appartenesse. Anche in questo caso, la domanda di ricerca è stata confermata ($t = 13.90$; $p = 0.01$) e il 26.67% (4 persone) ha ritenuto più probabile il genere femminile. Di questo gruppo di partecipanti, 3 erano donne. Assodato che le professioniste compilanti il questionario fossero il doppio rispetto ai colleghi uomini, si crede di non poter fare affidamento su quest'ultimo dato.

In conclusione, si è potuto notare che alcuni bias nella diagnosi sono presenti nell'attività clinica o lo potrebbero essere. Quello che si spera è che il presente elaborato possa aiutare a prendere consapevolezza di essi e quindi evitarne l'utilizzo. Tutto ciò avrà benefici sui pazienti e sul lavoro clinico con essi.

3.1 Punti di forza e limiti

In merito ai punti di forza del presente studio possiamo osservare quanto segue.

Si ritiene che la ricerca abbia portato a risultati interessanti, capaci di incuriosire chi li legge, ed innovativi, dato che la letteratura sull'argomento non sembra essere ricca. Inoltre, è molto utile conoscere i propri limiti e le difficoltà che si possono incontrare, per poter evitare errori nella valutazione dei pazienti. È per quest'ultimo motivo in particolare che è stato costruito questo studio: l'obiettivo è quello di migliorare il lavoro clinico attraverso la conoscenza dei propri limiti in quanto persone umane con degli stereotipi, anche inconsci.

Partendo da questi presupposti, la ricerca è stata costruita sulla base della letteratura, ovvero cercando di indagare i bias già studiati e prendendo spunto dai metodi già sperimentati.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, le vignette sono state usate in altri studi e validate, perciò si può essere sicuri che rappresentino il disturbo indicato dall'autore (Furnham, & Wineslaus, 2011).

La decisione di registrare le vignette e presentarle sotto forma di audio è stata presa per dare più enfasi alla differenza tra le due incisioni distinte dalla variabile manipolata. Infatti, si pensa che leggere una descrizione di una donna sia meno impattante e saliente che sentirne la voce.

È corretto riportare anche alcuni limiti della presente ricerca.

In primo luogo, il campione molto piccolo non ha permesso di valutare al meglio i risultati e astrarli alla comunità dei professionisti della salute mentale.

Per quanto concerne le vignette cliniche, esse sono molto "da manuale", nel senso che descrivono il prototipo di paziente affetto da quel determinato disturbo. Questo aspetto ha sicuramente un'influenza sui risultati della ricerca, perché davanti all'ovvietà della diagnosi è difficile che si attivi un bias. Quando, invece, si riconoscono dei sintomi comuni a più diagnosi o un po' di una e un po' dell'altra si può ipotizzare che gli stereotipi influiscano nella scelta del disturbo. In altre parole, una vignetta

con sintomi meno palesi o misti dei due disturbi, avrebbe probabilmente dato risultati diversi. Infatti, per emettere un giudizio in situazioni di incertezza o ambiguità, le persone tendono ad “aggraparsi” ad una conoscenza nota ed “accomodarla” sulla base di informazioni pertinenti (Fuochi, 2023).

Inoltre, è difficile che nella clinica si incontrino persone che riproducano il prototipo di un disturbo.

Infine, non si è considerata l’intersezione di più variabili. Tenendone conto, si sarebbe potuto vedere se, ad esempio, un paziente uomo omosessuale sarebbe stato diagnosticato ugualmente con un disturbo antisociale di personalità e, in caso affermativo, con gli stessi livelli di gravità di un uomo eterosessuale. In questo modo, lo studio sarebbe stato più inclusivo e completo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *British Journal of Psychiatry*, 158, 30-35
- Blake, W. (1973). The influence of race on diagnosis. *Smith College Studies in Social Work*, 43, 184-192.
- Briar, S. (1961). Use of theory in studying effects of client social class on students' judgments. *Social Work*, 91-97.
- Cochran, S. D., Ackerman, D., Mays, V. M., & Ross, M. W. (2004). Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction*, 99(8), 989-998.
- Coleman, D. & Baker, F. M. (1994). Misdiagnosis of schizophrenia in older, black veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 527-528.
- Cooper, R. P., & Werner, P. D. (1990). Predicting violence in newly admitted inmates: A lens model analysis of staff decision making. *Criminal Justice and Behavior*, 17(4), 431-447.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243(4899), 1668-1674.
- Di Nardo, P. A. (1975). Social class and diagnostic suggestion as variables in clinical judgment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 363.

- Eubanks-Carter, C., & Goldfried, M. R. (2006). The impact of client sexual orientation and gender on clinical judgments and diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology, 62*(6), 751-770.
- Franklin, D. L. (1985). Differential clinical assessments: The influence of class and race. *Social Service Review, 59*(1), 44-61.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health, 101*(8), 1481-1494.
- Fuochi, G (2023). Modulo 1. La conoscenza del mondo sociale [Diapositive di PowerPoint]. Estratto da https://psico.elearning.unipd.it/pluginfile.php/399160/mod_resource/content/1/1.Modulo%201.pdf
- Fuochi, G., Voci, A. (2020). The de-automatizing function of mindfulness facets: An empirical test. *Mindfulness, 11*, 940–952.
- Furnham, A., & Wineslaus, J. (2011). Psychiatric literacy and the personality disorders. *Psychopathology, 45*(1), 29-41.
- Garb, H. N. (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(2), 99.
- Hampton, R. L., & Newberger, E. H. (1985). Child abuse incidence and reporting by hospitals: significance of severity, class, and race. *American Journal of Public Health, 75*(1), 56-60.
- Kruglanski, A. W. (1990). Motivations for judging and knowing: Implications for causal attribution.

- Kurtz, N., Kurtz, R., & Hoffnung, R. (1970). Attitudes toward the lower-and middle-class psychiatric patient as a function of authoritarianism among mental health students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*(3), 338.
- Levy, M. R., & Kahn, M. W. (1970). Interpreter bias on the Rorschach test as a function of patients' socioeconomic status. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 34*(2), 106-112.
- Lewis, G., Croft-Jeffreys, C., & David, A. (1990). Are British psychiatrists racist?. *The British Journal of Psychiatry, 157*(3), 410-415.
- Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico, Cortina, Milano 2018
- Loring, M., & Powell, B. (1988). Gender, race, and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior. *Journal of Health and Social Behavior, 29*, 1-22.
- Luepnitz, R. R., Randolph, D. L., & Gutsch, K. U. (1982). Race and socioeconomic status as confounding variables in the accurate diagnosis of alcoholism. *Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 665-669.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports, 76*(2), 623-626.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *The American Journal of Psychiatry, 152*(6), 901-906.
- McWilliams, N., Sarno, L., & Caretti, V. (1999). “La” diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico. Astrolabio.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin, 129*(5), 674.

- Mueller, A. S., James, W., Abrutyn, S., & Levin, M. L. (2015). Suicide ideation and bullying among US adolescents: Examining the intersections of sexual orientation, gender, and race/ethnicity. *American journal of public health, 105*(5), 980-985.
- Mukherjee, S., Shukla, S., Woodle, J., Rosen, A. M., & Olarte, S. (1983). Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *The American Journal of Psychiatry, 140*(12), 1571-1574.
- Neumum, M., Salganik, I., Rabinowitz, S., Bauer, A., & Kastner, M. (1990). The effect of diagnosis and educational level on therapists' treatment decisions in a regional psychiatric outpatient clinic. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 27*, 199-204.
- Pavkov, T. W., Lewis, D. A., & Lyons, J. S. (1989). Psychiatric diagnoses and racial bias: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*, 364-368.
- Pierro, A., Mannetti, L., Converso, D., Garsia, V, Miglietta, A., Ravenna, M. e Rubini, M. (1995) Caratteristiche strutturali della versione italiana della Scala Di Bisogno di Chiusura Cognitiva (di Webster e Kruglanski). *TPM -Testing, Psicometria, Metodologia, 3-4*, 125-141.
- Rabinowitz, J., & Lukoff, I. (1995). Clinical decision making of short-versus long-term treatment. *Research on Social Work Practice, 5*(1), 62-79.
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2021). Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among lesbian, gay, and bisexual patients?. *Assessment, 28*(3), 724-738.
- Routh, D. K., & King, K. M. (1972). Social class bias in clinical judgment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 202-207.

- Rowden, D. W., Michel, J. B., Dillehay, R. C., & Martin, H. W. (1970). Judgments about candidates for psychotherapy: The influence of social class and insight-verbal ability. *Journal of Health and Social Behavior, 11*, 51-58.
- Segal, S. P., Bola, J. R., & Watson, M. A. (1996). Race, quality of care, and antipsychotic prescribing practices in psychiatric emergency services. *Psychiatric services (Washington, DC), 47*(3), 282.
- Simon, R. J., Fleiss, J. L., Gurland, B. J., Stiller, P. R., & Sharpe, L. (1973). Depression and schizophrenia in hospitalized black and white mental patients. *Archives of General Psychiatry, 28*(4), 509-512.
- Stack, L. C., Lannon, P. B., & Miley, A. D. (1983). Accuracy of clinicians' expectancies for psychiatric rehospitalization. *American Journal of Community Psychology, 11*(1), 99.
- Strickland, T. L., Jenkins, J. O., Myers, H. F., & Adams, H. E. (1988). Diagnostic judgments as a function of client and therapist race. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 10*, 141-151.
- Sutton, R. G., & Kessler, M. (1986). National study of the effects of clients' socioeconomic status on clinical psychologists' professional judgments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 275.
- Trachtman, J. P. (1971). Socio-economic class bias in Rorschach diagnosis: Contributing psychosocial attributes of the clinician. *Journal of Personality Assessment, 35*(3), 229-240.
- Umbenhauer, S. L., & DeWitte, L. L. (1978). Patient race and social class: Attitudes and decisions among three groups of mental health professionals. *Comprehensive Psychiatry, 19*, 509-515.
- Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders: An example of sex bias. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 166*(12), 839-845.

Webster, D. M., & Kruglanski, A. W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1049.

Wrobel, N. H. (1993). Effect of patient age and gender on clinical decisions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 206.

Appendice 1. Testo delle RegISTRAZIONI audio

a) Vignette disturbo depressivo maggiore

<i>Maschio - Carlo</i>	<i>Femmina - Chiara</i>
<p>Mi chiamo Carlo e ho 30 anni. Mi sono sentito davvero giù nelle ultime settimane. Le cose non mi piacciono più come erano solite piacermi. Non mi piace nemmeno più suonare il piano, che è qualcosa che ho sempre adorato fare. Ora che ci penso, niente mi dà piacere.</p> <p>Anche le cose belle non mi rendono felice.</p> <p>La mattina, quando mi sveglio, devo sforzarmi di affrontare la giornata e anche le cose più piccole sembrano difficili da fare. Faccio fatica a concentrarmi su qualsiasi cosa e non ho nessuna energia per farlo.</p> <p>Però, anche se di notte mi sento stanco, non riesco lo stesso a dormire e la mattina mi sveglio troppo presto.</p> <p>Mi sento inutile e ho voglia di arrendermi.</p> <p>La mia famiglia ha notato che non sono più me stesso più o meno dallo scorso mese e che mi sono allontanato da loro. Ma io semplicemente non me la sento di parlare.</p>	<p>Mi chiamo Chiara e ho 30 anni. Mi sono sentita davvero giù nelle ultime settimane. Le cose non mi piacciono più come erano solite piacermi. Non mi piace nemmeno più suonare il piano, che è qualcosa che ho sempre adorato fare. Ora che ci penso, niente mi dà piacere.</p> <p>Anche le cose belle non mi rendono felice.</p> <p>La mattina, quando mi sveglio, devo sforzarmi di affrontare la giornata e anche le cose più piccole sembrano difficili da fare. Faccio fatica a concentrarmi su qualsiasi cosa e non ho nessuna energia.</p> <p>Però, anche se di notte mi sento stanca, non riesco lo stesso a dormire e la mattina mi sveglio troppo presto.</p> <p>Mi sento inutile e ho voglia di arrendermi.</p> <p>La mia famiglia ha notato che non sono più me stessa più o meno dallo scorso mese e che mi sono allontanata da loro. Ma io semplicemente non me la sento di parlare.</p>

b) Vignetta disturbo antisociale di personalità

<i>Maschio - Alessandro</i>	<i>Femmina - Alessandra</i>
<p>Mi chiamo Alessandro, ho 19 anni e vivo con mia madre, perché i miei genitori sono divorziati da 15 anni più o meno. Mia madre trova molto difficile disciplinarmi senza una figura paterna che la aiuti. Lei dice che sono disubbidiente e che ho problemi con l'autorità. Non mi va di partecipare alle attività familiari e sono violentemente polemico quando mi confronto con mia madre sulle mie feste notturne.</p> <p>Sono stato arrestato per guida in stato di ebrezza.</p> <p>Ho iniziato a dire bugie all'età di 12 anni. Mia madre crede che io vada abbastanza bene a scuola e che sia il giocatore di punta della mia squadra di basket, ma le ho mentito. Non ho finito le scuole superiori e non ero nella squadra di basket.</p> <p>Ho spesso marinato la scuola, passavo il mio tempo bighellonando nei club della piscina, fumando sigarette.</p>	<p>Mi chiamo Alessandra, ho 19 anni e vivo con mia madre, perché i miei genitori sono divorziati da 15 anni più o meno. Mia madre trova molto difficile disciplinarmi senza una figura paterna che la aiuti. Lei dice che sono disubbidiente e che ho problemi con l'autorità. Non mi va di partecipare alle attività familiari e sono violentemente polemica quando mi confronto con mia madre sulle mie feste notturne.</p> <p>Sono stata arrestata per guida in stato di ebrezza.</p> <p>Ho iniziato a dire bugie all'età di 12 anni. Mia madre crede che io vada abbastanza bene a scuola e che sia la giocatrice di punta della mia squadra di basket, ma le ho mentito: non ho finito le scuole superiori e non ero nella squadra di basket.</p> <p>Ho spesso marinato la scuola, passavo il mio tempo bighellonando nei club della piscina, fumando sigarette.</p>

c) Vignetta disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

<i>Status quo alto – Luca</i>	<i>Status quo basso – Luca</i>
<p>Mi chiamo Luca, ho 45 anni, e lavoro in politica. Sono il più giovane parlamentare del mio schieramento politico e i miei colleghi sostengono che sia il membro più intraprendente del partito.</p>	<p>Mi chiamo Luca, ho 45 anni e mi mantengo facendo l'operaio. Lavoro in nero quando riesco a prendere qualche lavoro tramite passa parola. I miei clienti sono molto soddisfatti dei miei lavoretti e mi ritengono molto bravo e meticoloso.</p>
<p>In ambito lavorativo, sono una persona che non rifiuta mai un nuovo compito, sono troppo orgoglioso per farlo. Spesso, non sono soddisfatto del lavoro svolto dai miei sottoposti: correggo costantemente le loro imprecisioni. Questo poi però mi porta a non essere in grado di tenere il passo con il mio programma. Così gli incarichi si accumulano e io non riesco a decidere quale svolgere per primo, faccio programmi per me stesso e il mio staff, ma poi non riesco a rispettarli e inizio a lavorare 15 ore al giorno.</p>	<p>In ambito lavorativo, sono una persona che non rifiuta mai un nuovo incarico, sono troppo orgoglioso per farlo. Spesso, non sono soddisfatto del lavoro svolto dal mio aiutante, che a volte chiamo per darmi una mano con i lavori più pesanti: lo correggo costantemente perché non approvo il suo modo poco preciso di fare. Questo poi però mi porta a non essere in grado di tenere il passo con il mio programma. Così gli incarichi si accumulano e io non riesco a decidere quale svolgere per primo. Cerco di fare programmi per la settimana, ma poi non riesco a rispettarli e inizio a lavorare 15 ore al giorno.</p>
<p>In ambito familiare le cose non vanno diversamente. Per esempio, quest'anno con la</p>	<p>In ambito familiare le cose non vanno diversamente. Per esempio, anche se quest'anno io e la mia famiglia non ci siamo potuti</p>

<p>mia famiglia siamo andati in vacanza a Montecarlo. Prima di partire avevo già pianificato le attività che ogni membro della famiglia avrebbe dovuto fare e mi sono arrabbiato e spazientito quando si sono rifiutati di seguire i miei programmi.</p> <p>Con mia moglie le cose non vanno bene: è stufa del nostro matrimonio. Ha detto che non può più tollerare la freddezza emotiva, le rigide esigenze e i lunghi orari di lavoro.</p>	<p>permettere di andare in vacanza, il primo giorno di ferie, ho sviluppato programmi di attività per ogni membro della famiglia e mi sono arrabbiato e spazientito quando si sono rifiutati di seguirli.</p> <p>Con mia moglie le cose non vanno bene: è stufa del nostro matrimonio. Ha detto che non può più tollerare la freddezza emotiva, le rigide esigenze e i lunghi orari di lavoro.</p>
---	--

d) Vignetta schizofrenia

<i>Omosessuale - Paolo</i>	<i>Eterosessuale – Paolo</i>
<p>Sono Paolo, un uomo d'affari in pensione di 60 anni. Nonostante l'età, le persone mi ritengono in buona salute e mentalmente attivo.</p> <p>Sto con Luca da 40 anni: lui è l'unica persona di cui mi fido. Sono sempre sospettoso verso gli altri. Questo perché sono una persona molto sospettosa. Infatti, non mi confido mai con nessuno tranne che con Luca e sto attento a rivelare informazioni personali ad altri perché credo vogliano approfittarsi di me. Anche quando i miei conoscenti mi offrono il loro aiuto, io non lo accetto perché sospetto delle loro motivazioni.</p> <p>Mi sono sempre occupato del lavoro e, anche ora che sono in pensione, non ho tempo per divertirmi. Trascorro la maggior parte del mio tempo monitorando i miei investimenti in borsa e ho cambiato broker più volte perché sospettavo che piccoli errori apparsi sui miei estratti conti fossero la prova di tentativi da parte loro di coprire delle frodi.</p>	<p>Sono Paolo, un uomo d'affari in pensione di 60 anni. Nonostante l'età, le persone mi ritengono in buona salute e mentalmente attivo.</p> <p>Sto con Lucia da 40 anni: lei è l'unica persona di cui mi fido. Sono sempre sospettoso verso gli altri. Questo perché sono una persona molto sospettosa. Infatti, non mi confido mai con nessuno tranne che con Lucia e sto attento a rivelare informazioni personali ad altri perché credo vogliano approfittarsi di me. Anche quando i miei conoscenti mi offrono il loro aiuto, io non lo accetto perché sospetto delle loro motivazioni.</p> <p>Mi sono sempre occupato del lavoro e, anche ora che sono in pensione, non ho tempo per divertirmi. Trascorro la maggior parte del mio tempo monitorando i miei investimenti in borsa e ho cambiato broker più volte perché sospettavo che piccoli errori apparsi sui miei estratti conti fossero la prova di tentativi da parte loro di coprire delle frodi.</p>

Appendice 2. Testo caso clinico disturbo di personalità borderline

“La persona che verrà qui descritta ha 28 anni e vive con i suoi genitori.

In generale, si ritiene una persona impulsiva, che non pensa alle conseguenze delle azioni. Quando esce, tende a bere compulsivamente e spesso le sue serate terminano con rapporti occasionali.

Ha una serie di relazioni instabili con altre persone ad essa vicine ed alterna, durante la giornata, momenti in cui le adora e altri, subito dopo, in cui le odia. Ha paura di venire abbandonata dalle persone a lei care e quindi fa qualsiasi cosa per evitare che esse si allontanino.

Questa persona ha rapidi sbalzi di umore durante la giornata. Percepisce di non sapere più chi è da un giorno all'altro e si sente vuota e triste per gran parte della giornata.

Inoltre, ha problemi nel controllare la propria rabbia. Spesso sclera di fronte ad altre persone senza motivo e spesso non è in grado di ricordare quanto accaduto.

Periodicamente pensa di uccidersi e in passato si è tagliata.”