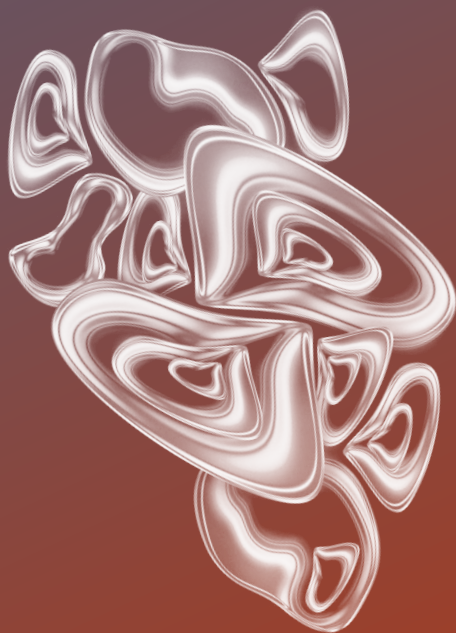


MASSIMO MARRAFFA - TIZIANA VISTARINI

Psicologia, neuroscienza e psicopatologia

Una esplorazione filosofica



Strumenti

Strumenti

Copyright © 2026, Clueb
ISBN 978-88-491-5850-2

Clueb è un marchio di Casa editrice prof. Riccardo Pàtron editore & C.
via Marsala, 31 – 40126 Bologna
info@clueb.it – www.clueb.it

Per informazioni sul copyright e il catalogo consultare www.clueb.it.

Psicologia, neuroscienza e psicopatologia

Una esplorazione filosofica

Massimo Marraffa

Tiziana Vistarini



Indice

Introduzione.....	7
1 Psichiatria biologica, psicologia dinamica e psicologia comprendivo-intuitiva	13
1.1 La prima psichiatria biologica	13
1.2 Il problema della carenza di criteri obiettivi di patologia mentale	19
1.3 Psichiatria sociale e sociologia critica della devianza.....	24
1.4 La critica della posizione agnostica sull'etiopatogenesi del DSM.....	26
1.5 Psichiatria e psicologia dinamica.....	30
1.6 La psicologia comprendivo-intuitiva nel lavoro clinico.....	39
1.7 Osservazioni conclusive.....	43
2 Il progetto di una neuroscienza cognitiva clinica	45
2.1 La scienza cognitiva e la sua espansione verso il cervello.....	45
2.2 Il rilancio della modellistica computazionale cerebriforme.....	47
2.3 I progressi delle neuroscienze	51
2.4 La nozione di disturbo mentale in una prospettiva meccanicistica e pluralistica.....	88
2.5 Conclusioni	114
3 Patologie della credenza	119
3.1 Il delirio come spiegazione di un'anomalia percettiva	120
3.2 Il modello bifattoriale.....	127
3.3 L'elaborazione predittiva e una nuova ipotesi monofattoriale	138
3.4 Il modello narrativista	142
3.5 Osservazioni conclusive.....	152
4 Psicologia ingenua, autismo e schizofrenia.....	157
4.1 Theory of Mind.....	157
4.2 Mindreading e disturbo dello spettro autistico	179

4.3	Introspezione I: la tesi della parità io/altro.....	197
4.4	Introspezione II: teorie del senso interno	208
4.5	Introspezione III: la variante sensoriale-interpretativa della tesi della parità.....	213
4.6	Osservazioni conclusive.....	237
5	Costruzione e difesa dell'identità soggettiva	239
5.1	Il processo di selfing.....	241
5.2	L'autocoscienza corporea	243
5.3	Autoregolazione emozionale e autocoscienza psicologica	252
5.4	La continuità di sé nel tempo.....	262
5.5	Difetto primario, insicurezza ontologica e disturbi di personalità	277
5.6	Una visione d'insieme	283
	Riferimenti bibliografici	285

Introduzione

La psichiatria viene definita di solito, sulla base di una riduzione positivista (tipica della seconda metà dell'Ottocento), come una branca della medicina, strettamente apparentata alla neurologia. Tuttavia, sia la sua origine storica, e in particolare istituzionale, sia il suo sviluppo durante tutto il secolo scorso (dalla fondazione della psicoanalisi in poi) suggeriscono una collocazione scientifico-disciplinare della psichiatria decisamente più complessa. Infatti, essa si situa al punto d'incontro di almeno tre differenti discipline.

Innanzitutto, certamente c'è la medicina, in quanto di fatto una parte delle malattie e dei disturbi neurologici interessanti il cervello provocano disturbi mentali¹. Non vi è dubbio che l'interpretazione razionale dei disturbi mentali ha costituito un capitolo della medicina per due millenni. Tuttavia, la psichiatria dell'età moderna non nasce come disciplina scientifica, fondata su quella razionalità medica che ha il suo paradigma nelle indagini di Ippocrate e Galeno; nasce piuttosto come sforzo di mettere in atto una efficace gestione sociale della "follia" nel quadro della più generale problematica della gestione della devianza:

¹ La neurologia è «il ramo delle scienze biologiche che studia la struttura, il funzionamento e le eventuali alterazioni del sistema nervoso indipendentemente dalle loro conseguenze sulla vita psichica» (Jervis 1996, p. 179). L'indagine psichiatrica, nella misura in cui ha sviluppato le sue sistematizzazioni nell'ambito della medicina, si presenta come «il settore degli studi medici che si occupa delle conseguenze di quelle lesioni e disfunzioni del cervello che sono causa di alterazioni del comportamento e dello stato di coscienza; ma per estensione si interessa di tutte le forme di patologia della condotta individuale e della soggettività esperienziale, indipendentemente dalla possibilità di rintracciarne le cause in lesioni o disfunzioni cerebrali» (*ibid.*).

sarà lo sforzo di separare i malati di mente dai criminali che condurrà al costituirsi di un sistema asilare specializzato (il manicomio). In quest'ottica, dunque, la psichiatria è materia di pertinenza delle discipline giuridiche, in quanto apparato di conoscenza, classificazione, custodia e rieducazione di soggetti attivamente e potenzialmente antisociali.

Inoltre, da più di un secolo la psichiatria si trova a interagire con la psicologia, ossia con un insieme di discipline che si occupano della soggettività e del comportamento animale e umano; e ciò avviene in tutti quei casi in cui soggettività e comportamento appaiono per qualche motivo anomali. In questa prospettiva, la psichiatria diviene la scienza generale dei disturbi mentali, come tale praticata sia dagli psichiatri, sia da una parte degli psicologi clinici².

Infine, negli anni 1960-70 lo sviluppo della psicologia interpersonale e sociale, e la comparsa di correnti critiche all'interno della sociologia (in particolare, la "sociologia della devianza"), hanno favorito avvicinamenti e fusioni settoriali anche fra quest'ultima disciplina e la psichiatria.

Dunque, il fatto che la psichiatria si situi al punto d'incontro di questi vari campi le conferisce una natura eterogenea, partecipe sia delle scienze biologiche sia delle scienze umane, a cavallo fra l'interpersonale e il personale, fra il sociale e l'individuale. Questa eterogeneità è la fonte primaria di molte difficoltà in cui la psichiatria ancor oggi si dibatte.

In questo libro ci siamo allora domandati se le odierne scienze della mente e del cervello possano fornire concetti, teorie e dati utili per

² La psicologia clinica, che si occupa dello studio delle relazioni interpersonali di valutazione, di intervento e di aiuto, è il ramo della psicologia all'interno del quale si sono sviluppate varie forme di studio della sofferenza psichica, e anche di intervento terapeutico, separate dalla tradizione medica della psichiatria. Ne sono forme e sottobranchie tipiche il colloquio valutativo, la valutazione mediante strumenti tecnici dell'intelligenza e della personalità insieme all'attività psicodiagnostica in senso più ampio, le valutazioni neuropsicologiche degli anziani e nei pazienti neurologici, il counseling and guidance, la teoria e la pratica delle tecniche psicologiche di gruppo (compresi i gruppi familiari) e con ciò anche gran parte della psicologia nelle aziende, la consulenza ospedaliera e psicosomatica, l'addestramento a tecniche autosomministrate come il training autogeno e il biofeedback, gli interventi sull'ambiente e sulle comunità in rapporto ai temi della qualità della vita e dell'igiene mentale, e infine tutte le forme di modificazione del comportamento e di psicoterapia.

mediare fra i differenti livelli descrittivi ed esplicativi di cui la psichiatria, in ragione della sua natura composita, deve avvalersi nell'indagine sulle patologie della mente. In particolare, ci siamo chiesti se queste scienze ci permettano di uscire dalle secche della tradizionale contrapposizione tra concezioni biologiche e concezioni psicologiche dell'indagine psichiatrica.

O, per riferirsi alle due grandi scuole in cui si divise la psichiatria nella prima metà dell'Ottocento, fra il punto di vista "fisico" o "somatico" (adottato da studiosi di tradizione illuminista, inclini a una visione non tanto pedagogico-rieducativa quanto piuttosto strettamente medica della follia) e il punto di vista "psichico" (sostenuto da studiosi influenzati dalle idee romantiche e orientati in un senso che oggi definiremmo "psicodinamico"). Alla fine, ebbe la meglio il punto di vista "somatico" o, meglio, "organicistico", e negli ultimi decenni dell'Ottocento la psichiatria di area tedesca sposò l'idea che le "malattie mentali" fossero malattie cerebrali. Lo psichiatra era, al tempo stesso, un anatomo-patologo del cervello, e la psichiatria non era che patologia cerebrale. In particolare, un'ipotesi causale, quella dell'origine sifilitica della paralisi progressiva, costituì il modello ideale di una futura catalogazione delle malattie mentali come malattie del sistema nervoso.

Non era però niente di più di un sogno riduzionista; e nel corso del Novecento al filone della psichiatria biologica, legato alla pratica e alla mentalità medica e alle indagini genetiche e biochimiche, si aggiunsero altri filoni che cercarono di rilanciare l'orientamento psicologico in psichiatria, vuoi promuovendo un dialogo con la tradizione psicodinamica, vuoi utilizzando dati provenienti dalla psicologia dell'infanzia e dello sviluppo, dalla psicologia sociale, e infine da correnti della psicologia sperimentale come il comportamentismo e, a partire dagli anni '70, la tradizione dello *human information processing*. Ed è sugli effetti della "svolta cognitiva" sull'indagine psichiatrica che si appunta l'attenzione di questo libro; in particolare, l'interesse primario è per le ricadute in psichiatria di quel movimento verso il cervello dell'indagine scientifica sulla mente che, negli anni '80, ha portato alla nascita della "neuroscienza cognitiva": una neuroscienza, cioè, che si propone di ricercare i correlati neurali dei processi cognitivi, e non solo di indagare l'anatomia e la fisiologia del cervello e del sistema nervoso.

Qui è bene sottolineare un punto. Il progetto di una “neuropsichiatria cognitiva” o di una “neuroscienza cognitiva clinica” o di una “psicopatologia cognitiva” vuole (deve) prendere una netta distanza dalla psichiatria biologica di matrice positivista. Ciò però non si verifica allorché l’apparato esplicativo della psichiatria viene limitato alle risorse della biologia molecolare, come nel caso del “fondamentalismo genetico-molecolare” proposto dal celebre neuroscienziato Eric R. Kandel. Nel secondo capitolo di questo volume, sosterremo infatti che, una volta assunta la neuroscienza cognitiva come quadro di riferimento entro cui sviluppare modelli dei disturbi mentali, il punto di vista da assumere è non già riduzionistico ma *pluralistico*. Per il riduzionista la psicologia svolge compiti esclusivamente di natura euristica, e una volta ottenute le spiegazioni molecolari e cellulari, alle indagini di livello più alto non resta alcunché da spiegare. Per il pluralista, invece, non esiste un microlivello fondamentale e le entità dei livelli più alti (quelle di cui ci parlano le scienze psicologiche e le scienze sociali) continuano a svolgere un ruolo causale ed esplicativo anche quando si sono approntate le spiegazioni che si situano ai livelli più profondi (cellulare o molecolare). Nel capitolo discuteremo come questa prospettiva anti-riduzionistica possa applicarsi alla neuroscienza cognitiva, e quindi alla neuroscienza cognitiva clinica.

Le prime interazioni sistematiche tra psicopatologia e scienze della mente risalgono agli anni 1980-90, allorché i neuropsicologi cognitivi prima e i neuroscienziati cognitivi poi si sono interessati alla psichiatria. Ad alcuni dei primi esemplari di una psichiatria ispirata dalle scienze della mente sono dedicati il terzo e il quarto capitolo di questo libro. Questi contributi pionieristici solleccarono una riflessione epistemologica e negli anni '90 alcuni studiosi auspicarono che la psichiatria smettesse di fare esclusivo affidamento sulle categorie basate sui sintomi e i segni³ del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). I tempi erano maturi per orientare la psichiatria nella direzione, per l'appunto, di una neuropsichiatria cognitiva. Quindi,

³ Ossia, rispettivamente, la sintomatologia soggettiva e quella oggettiva: i sintomi sono esperienze soggettive del paziente, i segni sono manifestazioni oggettive osservabili e misurabili da un professionista sanitario.

agli inizi del secondo millennio, prenderà forma il progetto di adottare in psichiatria i metodi della neuroscienza cognitiva.

All'evoluzione della psichiatria nella direzione di una neuroscienza cognitiva clinica si è accompagnata l'evoluzione della psicoanalisi nella direzione di una psicologia dinamica che procede in una cornice cognitivo-evoluzionistica. Nel primo e nel quinto capitolo vedremo allora come questa psicologia dinamica possa offrire la cornice per una modellistica clinica che attinge alle ricerche sulla regolazione delle emozioni, la mentalizzazione, la memoria autobiografica, temi oggi al centro delle scienze psicologiche e della neuroscienza cognitiva.

Ringraziamenti. Molte persone hanno contribuito – nell'arco di parecchi anni ormai – al sedimentarsi delle idee formulate in questo libro. Qui desideriamo esprimere la nostra riconoscenza a Miriam Aiello, Aurora Alegiani, Cristina Amoretti, Massimiliano Aragona, Adriano Ardivino, Giorgio Bartolomei, Raffaella Campaner, Mariaflavia Cascelli, Gilberto Corbellini, Mario De Caro, George Graham, Rossella Guerini, Michele Di Francesco, Francesco Ferretti, Iskra Fileva, Giovanni Jervis, Elisabetta Lalumera, Andrea Lavazza, Emiliano Loria, Stefano Meacci, Cristina Meini, Alfredo Paternoster, Valentina Questa, Elisabetta Sirgiovanni, Luca Surian, Riccardo Williams, Tiziana Zalla.

Il contributo di Massimo Marraffa al presente volume è maturato, tra il 1998 e il 2024, attraverso una serie di articoli e curatele (Corbellini, Marraffa e Williams 2012; Di Francesco e Marraffa 2015; Guerini e Marraffa 2019; Marraffa 1998, 2021; Marraffa e Meini 2004, 2015, 2016, 2018, 2022, 2024; Marraffa e Paternoster 2013; Marraffa e Sirgiovanni 2014); quindi, tra il 2024 e il 2025, nell'ambito del progetto di ricerca PRIN PNRR 2022 "Transforming Habits [TRANSHAB]. Agency, Cognition, and Social Change", CUP: F53D23010640001.

Il contributo di Tiziana Vistarini è stato reso possibile grazie al sostegno del Dipartimento di Scienze Filosofiche, Pedagogiche e Sociali dell'Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara; ed è maturato attraverso la stesura del contributo al volume *Spaces and Times of Narrative*, curato da C. Scarlato e G.L. Iannilli per i tipi della Palgrave Macmillan (London 2026).

1. Psichiatria biologica, psicologia dinamica e psicologia comprensivo-intuitiva

1.1 La prima psichiatria biologica

La storia della psichiatria è «storia di un doppio sforzo disciplinare» (Jervis 1996, p. 180). Da un lato, «il tentativo di definire e gestire in modo razionale gli aspetti medici che sono evidenti in una parte dei casi» (*ibid.*). Dall'altro lato, «il tentativo di separare i criminali dai malati di mente, gestendo in modi appropriati gli aspetti di devianza sociale del comportamento di questi ultimi» (ivi, pp. 180-1).

Per due millenni l'interpretazione razionale dei disturbi psichici ha costituito un capitolo della medicina. La psichiatria dell'età moderna nasce però non già come disciplina scientifica, fondata su quella razionalità medica che ha il suo paradigma nelle indagini di Ippocrate e Galeno, bensì come sistema asilare specializzato, come tentativo di costituire una efficace gestione sociale della follia all'interno della più generale problematica della gestione della devianza, e dunque soprattutto sulla base di quelle esigenze di razionalizzazione sociale che sono al centro della cultura della modernità (Foucault 1961; Dörner 1969).

Fin dall'inizio dell'età moderna il carattere cronico di gran parte delle psicosi, delle demenze e delle insufficienze mentali aveva favorito, nei centri urbani e in modo più accentuato agli albori della società industriale, il nascere di ospizi atti a ricoverare, e a mettere in condizione di sopravvivere e di non nuocere, gli alienati identificati come più gravi. Peraltro, già nel pieno della civiltà araba, a Fez, a Baghdad e al Cairo, ma anche a Valenza, Siviglia, Saragozza e Toledo, esistevano veri e propri ospedali psichiatrici, costruiti razionalmente e, a quanto

è dato sapere, non inumani. Al contrario, nell'ambito dell'Occidente cristiano, ancora nel Seicento e nel Settecento gli ospizi francesi e inglesi avevano caratteristiche e confini istituzionali non sempre ben definiti in quanto ospitavano, insieme a individui sofferenti di disturbi o insufficienze mentali, anche emarginati e malati cronici di altro tipo: «fino a che punto persone come il vagabondo, il dissipatore, l'alcolista, il visionario, il violento, l'epilettico, il debole di mente andassero considerate malati, e malati di mente, non era chiaro a nessuno» (Jervis 1975, p. 44). La linea di demarcazione fra la colpa e la malattia – fra la responsabilità etica (e quindi l'imputabilità) del soggetto sano di mente e l'irresponsabilità (e quindi la non punibilità) prodotta dalla follia – era estremamente mobile e incerta.

Solo nell'età dei lumi si fa strada il tentativo morale e giuridico di sceverare il soggetto imputabile da quello non capace di intendere o di volere, l'antisociale “per tendenza” da quello occasionale, in sostanza il folle dal colpevole. Parallelamente, nella gestione della marginalità si cominciava a distinguere fra l'emarginazione per cause sociali e quella derivata da disturbo mentale cronico, avviando quindi forme di istituzionalizzazione differenziate. Quando, intorno al 1793, sull'onda della Rivoluzione francese, Philippe Pinel liberò dalle catene i folli rinchiusi nell'ospedale parigino di Bicêtre, il suo non era solo un atto umanitario ma soprattutto l'esito di uno sforzo di razionalizzazione al tempo stesso scientifico e politico-sociale:

Pinel si pose un compito nuovo, umanitario e illuminato, medicalizzando e rendendo più neutre, meno spaventose, meno irrazionali e incontrollabili, le forme di sofferenza soggettiva e di disordine patologico del comportamento. Egli si legava qui a un ritorno a Ippocrate che aveva caratterizzato tutta la clinica del Settecento. [...] Ciò che Pinel e i suoi colleghi intendevano risparmiare ai malati di mente era l'arbitrio dei familiari o di vicini male volenti, gli abusi delle forze dell'ordine e della soldataglia, il carcere con i suoi orrori, la punizione del folle, il suo abbandono, il suo cadere vittima dei pregiudizi dei bigotti, eventualmente il suo supplizio nel caso avesse compiuto qualche delitto. Anche il ricovero in istituti appositi non era separabile dalla ricerca di cure che fossero ragionevoli e umane, non sadiche, e almeno in linea di principio non punitive (Corbellini e Jervis 2008, p. 45-46).

Pinel inaugura il “trattamento morale”, un approccio al problema della gestione della “follia” che si basava sulla fiducia nell’uomo, e quindi sulla fiducia nella nascosta ragionevolezza del folle, nella sua umanità e dignità; in questo quadro, l’impiego di contenzioni e punizioni cedeva il passo alla creazione di un ambiente calmo e di sostegno. Il trattamento morale fu la bussola anche di altri coraggiosi riformatori psichiatrici dell’Ottocento come William Tuke e John Conolly. Tuke, mercante e filantropo quacchero inglese, nel 1796 fondò il York Retreat, un manicomio nazionale per quaccheri basato, per l’appunto, sul trattamento morale. Il York Retreat divenne un modello per la riforma della cura della salute mentale in tutta Europa e Nord America. Conolly, come medico responsabile dell’Hanwell Asylum nel Middlesex (dal 1839), mise in atto un sistema di “non contenzione” che aboliva l’uso di mezzi di contenzione meccanici come catene e camicie di forza, nella convinzione che le attività terapeutiche e un ambiente di sostegno fossero più efficaci della coercizione.

Ciò che però non veniva percepito, all’epoca, era che il sistema asilare dava luogo alla segregazione e all’impoverimento della vita dei ricoverati, fino alla loro disgregazione psichica. Inoltre, la distinzione tra responsabilità e irresponsabilità nelle forme della devianza fu interpretata in modo da formulare un principio di responsabilità del folle: «se questi non era colpevole della propria follia, e quindi non poteva essere punito per il fatto di essere folle, era nondimeno in qualche modo responsabile e responsabilizzabile per le proprie azioni» (Jervis 1975, p. 44). Ciò era possibile in quanto i disturbi mentali venivano concettualizzati come deragliamenti della volontà («questa alterazione morale è così costante – scrive lo psichiatra Jean-Etienne Esquirol – che mi appare la caratteristica essenziale del disturbo mentale»). Era, cioè, corrente il presupposto che le forme principali e più tipiche dei disturbi psichici consistessero non tanto in alterazioni dell’affettività o delle facoltà cognitive, quanto in difficoltà nell’accedere al senso di responsabilità, e ancor più specificamente al senso morale. Al livello di trattamento, ciò produceva un confuso coacervo di ingiunzioni, punizioni, atti rieducativi e trattamenti medici empirici (purghe, salassi, digiuni, riposo con quiete, bagni caldi o gelati, e così via).