

Il concetto di psicosi unica può essere oggi valido per una comprensione dei processi affettivi nelle psicosi?

Paola Cavalieri

English title Can the concept of unitary psychosis (*einheitspsychose*) have implications for understanding of affective process in psychosis?

Abstract In this paper the concept of unitary psychosis and the affectivity topic are discussed. A question that often arises in the psychiatric debate is how to describe the nature of mental disorders, in terms of either nosological entities or unitary psychosis. Since psychiatric disorders reflect affective imbalances, I discuss the hypothesis that the unitary psychosis helps us to think that there is a unitary affectivity ground in the psychosis, in which the psychotic kinds are different phenomenological frameworks. So, following some phenomenological reflections and the contribution of affective neuroscience, I discuss the question if whether or not the affects are playing a role in the psychiatric nosology.

Keywords unitary psychosis, emotion, affect, nosology, phenomenology, affective neuroscience.

Introduzione

Che senso ha parlare oggi di psicosi unica (*einheitspsychose-unitary psychosis*)? Sicuramente si tratta di un interrogativo non nuovo, che risolveva uno dei temi principali, e ancora non risolto, della riflessione psichiatrica degli ultimi due secoli, ossia quello della natura dei disturbi mentali: se si tratti cioè di entità diagnostiche distinte (teoria della molteplicità dei disturbi mentali) o se le manifestazioni patologiche costituiscano un *continuum* sintomatologico che, attraverso gradi intermedi, percorre tutto lo spazio compreso tra la normalità e la follia (modello della psicosi unica).

Non si tratta in questa sede di aderire in modo assoluto all'una o all'altra posizione, anzi, chi scrive pensa che queste due posizioni op-

poste debbano incontrarsi nella mente di chi cura, generando uno stato di tensione che possa orientare e condizionare il fare terapeutico.

Si vuole però evidenziare che, nonostante una lunga tradizione in cui la nosologia psichiatrica ha richiesto e fortemente sostenuto la distinzione dicotomica, alcune criticità messe ripetutamente in evidenza da diversi autori¹ pongono in forse l'assoluta specificità di tale dicotomia:

- 1) dal punto di vista clinico, viene frequentemente evidenziata la problematicità di una sovrabbondanza diagnostica, con la continua necessità di fare appello all'espedito artificioso della comorbidità, com'è stato nuovamente messo in evidenza nel dibattito critico seguito alla recente pubblicazione del DSM 5;²
- 2) dal punto di vista biologico, non sono più in genere ritenute valide corrispondenze puntuali tra quadri diagnostici e localizzazioni cerebrali, con una tendenza a spostare la ricerca su corrispondenze anatomo-funzionali e tratti più genericamente transnosografici;
- 3) dal punto di vista psicopatologico, sembra emergere la tendenza a prendere in considerazione prevalentemente i grandi "organizzatori psicopatologici" piuttosto che singoli raggruppamenti sintomatici.³

Dunque, il problema non è, a tutt'oggi, affatto risolto.

Nel contesto del tema degli affetti e delle emozioni affrontato in questo fascicolo, si è dunque scelto di gettare uno sguardo più da vicino alla posizione unitaria, percorrendo il filone che intravede nella dimensione dell'affettività il comune denominatore al fondo delle psicosi, per

¹ Per un approfondimento si veda A. Ballerini, G. Gozzetti, "Il mondo epistemico", in *Psicopatologia fenomenologica della psicosi, sul senso dell'incontro dell'esperienza psicotica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.

² Si veda a tal riguardo «Atque», 15 n.s., 2014, dal titolo "Dove comincia la malattia mentale. Il problema della diagnosi".

³ «A differenza degli organizzatori nosografici, gli organizzatori psicopatologici mirano alla comprensione delle esperienze patologiche dando utili indicazioni anche all'intervento terapeutico», in G. Stanghellini, M. Rossi Monti (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia: prospettive metodologiche e cliniche*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999, p. 166.

discutere se il concetto di unitarietà possa essere un «mediatore per una migliore comprensione dei processi affettivi nelle psicosi».⁴

Nel procedere non posso non ricordare che, poco più di un secolo fa, assumendo vertici differenti, Jung, e prima di lui Bleuler, conferirono un predominio assoluto, nella genesi di ogni fatto psichico, all'affettività, dimensione che costituì uno dei punti principali della riflessione di entrambi:

Il fondamento essenziale della nostra personalità è l'affettività. Pensiero e azione non sono, per così dire, che un sintomo dell'affettività.⁵

Così l'affettività è, molto più della riflessione, l'elemento propulsore in tutte le nostre azioni e omissioni, probabilmente noi agiamo solo sotto l'influsso di sensazioni di piacere e dispiacere; le riflessioni logiche ottengono la loro energia motrice solo dagli affetti ad esse legati... L'affettività è il concetto più ampio, del quale il 'volere' e il 'tendere verso' rappresentano solo una parte.⁶

Nonostante questi autori non siano propriamente classificabili tra i sostenitori della psicosi unica, il modo in cui parlano dell'affettività come fondo della vita psichica conferisce loro un'affinità con il pensiero unitario, come è già stato rilevato da altri autori di psicologia analitica.⁷

⁴ Riprendo il titolo da un articolo di G.E. Kühne, J. Morgner, G. Koselowski, "The model of unitary psychosis as a basis for understanding affective processes in psychoses", in «Psychopathology», 21, 1988, pp. 89-94.

⁵ C.G. Jung "Psicologia della dementia praecox" (1907), trad. it. in *Opere*, vol. 3, Bollati Boringhieri, Torino 1999, pp. 9-158, in particolare p. 46.

⁶ Per la citazione di Bleuler faccio riferimento alla nota 96, presente in C.G. Jung "Psicologia della dementia praecox", cit., p. 46.

⁷ Per un approfondimento dell'affettività in Bleuler e in Jung si veda C. Gullotta, "Gli antecedenti psichiatrici", in A. Carotenuto (a cura di), *Trattato di psicologia analitica*, UTET, Torino 1992, pp. 163-189; C. Gullotta, "Affettività e tempo. Dalla psicopatologia alla psicologia analitica", in «Rivista di psicologia analitica», 40, 1989, pp. 81-100; C. Gullotta, "Jung e la psichiatria", in «Aut Aut», 1989, pp. 47-64; C. Gullotta, "Le maschere della sofferenza", in «Rivista di psicologia analitica», 1997, pp. 69-76; e anche M.I. Marozza, "Note di psicopatologia junghiana. Un confronto tra alcuni fondamenti psicodinamici del pensiero freudiano e junghiano", in *Jung dopo Jung*, Moretti e Vitali, Bergamo 2012, pp. 59-91.

In questa sede vorrei riallacciarmi al loro modo originario di concepire l'affettività come «funzione primaria della vita, autonoma rispetto ad altre funzioni quali l'intelletto e la volontà, presente fin dalla nascita e in grado di esprimersi fin dall'inizio in tutta la sua complessità, senza necessità di alcun processo cognitivo».⁸ In tal senso il modello della psicosi unica ci aiuterebbe a pensare che c'è un fondo unico e comune nella psicosi, in cui l'affettività è un modulatore individuale della qualità psicotica, e ciò determinerebbe l'espressione dell'ampio spettro psicopatologico rilevabile nell'incontro con l'altro.

Nel tracciare le mie riflessioni, dal momento che le teorie filosofiche e neuroscientifiche che si occupano del tema delle emozioni sono molte, ho scelto di seguire alcune riflessioni di Maurice Merleau Ponty e di soffermarmi su un particolare contributo delle neuroscienze affettive, quello di Jaak Panksepp,⁹ secondo il quale gli affetti, intesi come *processi emotivi primari* che sorgono da antichi circuiti neuronali situati sotto la volta pensante neocorticale, sono di fondamentale importanza per la comprensione dei disturbi psichiatrici.

Il concetto di psicosi unica: uno sguardo al passato

È nella prima metà del diciannovesimo secolo che si fa strada il concetto di psicosi unica: un concetto solo apparentemente omogeneo, poiché, sotto l'affermazione che esiste solo una psicosi, sottende punti di vista notevolmente diversificati. Questo modello è stato infatti declinato in accezioni diverse nell'arco degli ultimi due secoli, e lo si può

⁸ Per la descrizione che Bleuler fa dell'affettività nel saggio "Affektivität, Suggestibilität, Paranoia", faccio riferimento a C. Gullotta, "Gli antecedenti psichiatrici", cit. p. 173.

⁹ Il processo emotivo primario si riferisce a un'attività neurale di base, la maggior parte degli altri ricercatori studiano il *processo secondario*, incorporato nei meccanismi di apprendimento emotivo, e il *processo terziario*, che rappresenta l'evoluzione più sofisticata della neocorteccia che si esprime con le funzioni cognitive e quelle riflessive; in J. Panksepp, L. Biven, *Archeologia della mente, origini neuroevolutive delle emozioni umane* (2012), trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano 2014, p. ix.

comprendere in tutte le sue sfaccettature di significato solo se si tiene conto del fatto che ogni sua accezione è stata permeata dall'atmosfera culturale, scientifica e ideologica, del periodo.¹⁰

C'è chi ha cavalcato questo modello nel tentativo di semplificare la psicopatologia, andando verso un appiattimento delle differenze qualitative che caratterizzano i diversi disturbi e occupandosi solo del fatto che tutti i disturbi abbiano una base organica comune, secondo l'assunto organicista che vede le malattie mentali come malattie del cervello. Questa impronta positivistica in qualche modo sta recentemente riemergendo in alcuni studi di genetica che sostengono una sovrapposizione tra i disturbi che oggi chiamiamo schizofrenia e i disturbi bipolari.

E c'è chi, invece, lontano dall'intento riduzionista, vuole utilizzare il termine di psicosi unica per indicare l'intero spettro dei disturbi mentali che convergono verso un'unica psicosi, superando così la visione binaria proposta da Kraepelin tra schizofrenia e malattia maniaco depressiva. Questi autori, non potendo trascurare il dato clinico osservativo che riconosce la rarità delle forme pure delle psicosi e l'assoluta maggior frequenza delle forme miste, giungono a intravedere nell'affettività un comune denominatore al fondo dell'intera psicopatologia.

Come scrivono Berrios e Beer,¹¹ tracciare la storia della psicosi unica non è un compito facile, perché i suoi sostenitori raramente hanno fatto le loro affermazioni in modo esplicito, a volte hanno cambiato

¹⁰ Sull'argomento e per una trattazione più ampia si veda: G.E. Berrios, D. Beer, "The notion of unitary psychosis: a conceptual history", in «History of psychiatry», 1994, pp. 13-36; M. Bürgy, "The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects", in «Schizophrenia Bulletin», 34, 2008, pp. 1200-1210; T. Green, "The kraepelinian dichotomy: the twin pillars crumbling?", in «History of Psychiatry», 18, 3, 2007, pp. 361-379; G.E. Kühne, J. Morgner, G. Koselowski, "The model of unitary psychosis as a basis for understanding affective processes in psychoses", in «Psychopathology», cit.; E. Kumbier, S.C. Herpertz, "Helmut Rennert's universal genesis of endogenous psychoses: the historical concept and its significance for today's discussion on unitary psychosis", in «Psychopathology», 43, 2010, pp. 335-344; C. Rojas-Malpica, N. de la Portilla-Geada, A. Mobili-Rojas, D. Martinez-Araujo, "Revisiting unitary psychosis, from nosotaxis to nosology", in «Salud Mental», 35, 2012, pp. 101-113.

¹¹ G.E. Berrios, D. Beer, "The notion of unitary psychosis: a conceptual history", cit.

idea o hanno contraddetto le loro posizioni, rendendo difficile rintracciare una continuità e un'omogeneità in tale impostazione unitaria.

Sicuramente il modello della psicosi unica affonda le sue radici nell'atmosfera romantica dei primi dell'Ottocento: Heinrich Neumann (1814-1884), considerato da alcuni il padre della psicosi unica, e, più o meno contemporaneamente, Zeller e il suo discepolo Griesinger¹² propongono che differenti forme di malattia mentale possano essere comprese come stadi di un unico processo di malattia. In questa prospettiva, le differenze cliniche sarebbero dovute agli effetti patoplastici dei fattori personali e ambientali o a *bias* dell'osservatore, mentre la singola psicosi sarebbe l'espressione clinica di un'invariante sottostante, che, a seconda degli autori, può essere concepita come organica, psicologica o strutturale.

Tale nozione incontra subito degli oppositori, e ben presto, alla fine del XIX secolo, il primato dell'impostazione unica viene gradualmente soppiantato dalla nascita di entità cliniche psichiatriche, alle quali Kraepelin, fortemente influenzato da Kahlbaum,¹³ riesce a dare una sistematizzazione introducendo la distinzione tra *dementia praecox* e malattia maniaco depressiva. Applicando questo metodo, che possiamo definire clinico descrittivo, lo psichiatra comincia a essere in grado di ricondurre i molteplici aspetti delle manifestazioni cliniche patologiche nell'ambito di unità morbose distinte, caratterizzate da una sintomatologia specifica e da un decorso comune. La dicotomia kraepeliniana diventerà fondativa per il successivo sistema di classificazione.

¹² Il successo soprattutto di Griesinger, come scrive D. Cargnello derivò dalla sua capacità di portare la psichiatria fuori del piano dell'etica, del pensiero religioso e filosofeggiante dell'epoca romantica e immetterla nel piano delle scienze naturali, inaugurando l'epoca della psichiatria positivistico-scientifica. "Ambiguità della psichiatria", in «Comprendre», 9, 1999, pp. 7-48.

¹³ Kahlbaum formulò l'ipotesi secondo cui esiste una stretta corrispondenza tra eziologia, patologia cerebrale, sintomatologia clinica e decorso: parametri che dovrebbero essere utilizzati per unificare sintomi molto diversi. Kraepelin provò a classificare i disturbi mentali sistematicamente in base alle caratteristiche sintomatologiche e al decorso; la grande distinzione effettuata tra le due principali forme di psicosi, la *dementia praecox* (schizofrenia) e la *psicosi maniaco-depressiva* (disturbi dell'umore), rappresentò il suo principale tentativo di classificazione.

A partire dalla prima metà del Novecento, il concetto di psicosi unica, come fusione della schizofrenia e dei disturbi dello spettro affettivo in un unico quadro, trova nuovamente dei sostenitori vigorosi: basti pensare a Ey che, in Francia, sviluppa la sua teoria dinamico-organica della mente e della coscienza; a Rennert che, nella Germania dell'Est, inaugura la "genesì universale della psicosi"; a Conrad che, nella Germania dell'Ovest, propone la derivazione della percezione delirante da un'alterazione dell'umore di fondo (*trema*); a Janzarik che, nella stessa nazione, tematizza il modello dell'instabilità dinamica come fattore endogeno nella genesi dei sintomi psicotici; a Llopis che, in Spagna, sviluppa l'idea di una "sindrome assiale", punto di partenza della sua teoria delle "sindromi di coscienza"; a Menninger che, negli Stati Uniti, afferma che c'è una continuità tra comportamento normale e patologico ed è contrario a ogni tipo di classificazione; e infine a Kendell e Crow che, in Gran Bretagna, rispettivamente con tecniche statistiche e con ritrovati genetici, suggeriscono un continuum tra schizofrenia e disturbo bipolare. Tra tutti questi autori, ritengo particolarmente interessanti le teorie di Conrad e Janzarik per il valore specifico conferito all'aspetto affettivo.¹⁴ Conrad afferma che il contenuto affettivo di quello stato da lui definito *trema* – un misto di sentimenti quali angoscia, speranza, disperazione e sospetto – ha il ruolo principale nello sviluppo dei deliri schizofrenici, inducendo una barriera che rende impossibile il "passaggio", concetto quest'ultimo con il quale Conrad indica la capacità comune a ogni individuo di articolare il rapporto con gli altri. Sulla stessa linea Janzarik, come scrive Gozzetti, sostiene che «il fattore che causa la psicosi è una predisposizione all'instabilità dinamica, che può pensarsi come una generica "vulnerabilità" legata ad una labilità affettiva, che si manifesta sotto stress».¹⁵

¹⁴ Per le citazioni su Conrad e Janzarik faccio riferimento all'articolo di G. Gozzetti, "La nascita del delirio", in G. Gozzetti, L. Cappellari, A. Ballerini, *Psicopatologia fenomenologica della psicosi. Sul senso dell'incontro nell'esperienza psicotica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999, pp. 97-142.

¹⁵ G. Gozzetti, "La nascita del delirio", in G. Gozzetti, L. Cappellari, A. Ballerini, *Psicopatologia fenomenologica della psicosi. Sul senso dell'incontro nell'esperienza psicotica*, cit., p. 107.

Il concetto di psicosi unica: uno sguardo al presente

Mi soffermerò ora sugli studi più recenti che possono introdurre nella psichiatria attuale una riflessione sugli argomenti proposti dal concetto di psicosi unica.

Seguendo la critica pionieristica di Crow, Craddock e Owen negli ultimi dieci anni¹⁶ hanno esaminato l'approccio dicotomico da una prospettiva di genetica molecolare, e hanno evidenziato come i dati accumulati dagli studi genetici sembrerebbero mettere in dubbio e addirittura superare la cosiddetta dicotomia kraepeliniana: a) studi familiari indicano l'esistenza di livelli non trascurabili di coaggregazione familiare tra la schizofrenia e il disturbo bipolare e tra i disturbi schizoaffettivi e entrambi i disturbi, bipolari e schizofrenia; b) studi sui gemelli dimostrano una sovrapposizione nella suscettibilità genetica alla mania e alla schizofrenia; c) studi di *linkage* hanno evidenziato il coinvolgimento comune di alcune aree cromosomiche nella schizofrenia e nel disturbo bipolare; d) sono stati identificati alcuni geni la cui variazione sembra conferire un rischio sia per la schizofrenia, sia per il disturbo bipolare. Questi risultati, secondo gli Autori, sarebbero compatibili con un modello di psicosi in cui la combinazione di suscettibilità genetica ereditata da un individuo, insieme con l'esposizione ambientale, determinerebbe le caratteristiche cliniche della malattia. Abbiamo così uno spettro in cui a un estremo c'è la schizofrenia prototipica, con una suscettibilità genetica specifica, all'altro estremo c'è il disturbo bipolare prototipico, anch'esso con una suscettibilità specifica, e al centro dello spettro ci sono la maggior parte dei casi in cui c'è la sovrapposizione di queste suscettibilità che conferiscono un rischio a manifestare o il disturbo schizoaffettivo, o la schizofrenia, o il disturbo bipolare.

¹⁶ N. Craddock, M.J. Owen, "The beginning of the end for the kraepelinian dichotomy", in «BJP», 186, 2005, pp. 364-366; N. Craddock, M.C. O'Donovan, M.J. Owen, "Psychosis genetics: modeling the relationship between schizophrenia, bipolar disorder, and mixed (or "schizoaffektive") psychoses)", in «Schizophrenia bulletin», 35, 2009, pp. 482-490.

Una risposta a questi dati è stata proposta da Murray e Dutta,¹⁷ che, condividendo le ipotesi del genetista statunitense Kendler, hanno affermato che i dati accertati sono ancora troppo esigui per poter essere utili nell'elaborazione di un nuovo sistema di classificazione: se per un verso è ormai accettato che la distinzione neo-krepelianiana che vede la schizofrenia e il disturbo bipolare come entità cliniche distinte non è supportata da evidenze scientifiche disponibili, è peraltro vero che non si può passare troppo rapidamente da un sistema di classificazione all'altro.

Una critica successiva più forte è stata mossa da Lawrie e collaboratori,¹⁸ secondo i quali la proposta unitaria è troppo vagamente concettualizzata ed empiricamente infondata, e dunque insufficiente a scardinare il sistema di categorie diagnostiche che, per quanto abbia dei limiti, mostra pur sempre dei vantaggi e un'utilità clinica.

Più recentemente, Craddock e Owen sono stati tra i principali collaboratori del *Cross disorder group of the psychiatric genomics consortium*.¹⁹ Questo gruppo ha effettuato uno studio che ha fornito la prima evidenza, a livello di genoma, che i fattori di rischio genetici molecolari, singoli e aggregati, sono condivisi da cinque disturbi psichiatrici, sia a insorgenza infantile, sia a insorgenza adulta. Questi disturbi, nella pratica clinica, sono trattati come entità diagnostiche distinte, cioè come autismo, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbo bipolare, depressione e schizofrenia. Da questi studi riaffiora dunque il tema della psicosi unica con un'impronta decisamente positivista: secondo questi autori, i risultati sarebbero rilevanti per andare oltre una psichiatria basata su sindromi descrittive e procedere verso una nosologia basata sulle cause delle malattie.

¹⁷ R.M. Murray, R. Dutta, "The right answer for the wrong reasons?", in «World Psychiatry», 6, 2007, p. 2.

¹⁸ S.M. Lawrie, J. Hall, A.M. McIntosh, D.G.C. Owens, E.C. Johnstone, "The 'continuum of psychosis': scientifically unproven and clinically impractical", in «The British Journal of Psychiatry», 197, 2010, pp. 423-425.

¹⁹ Cross Disorder group of the psychiatric genomics consortium, "Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis", in «Lancet», 381, 2013, pp. 1371-1379.

Recentemente alcuni Autori francesi²⁰ hanno valutato la dicotomia kraepeliniana da un punto di vista di *neuroimaging*, confrontando nelle due condizioni alcuni parametri: volume del cervello, attività cerebrale totale e regionale, connettività-networks. Gli Autori concludono che, se è vero che i pazienti con schizofrenia e disturbo bipolare condividono un *pattern* comune di diminuzione del volume cerebrale, sebbene questo sia maggiormente evidente nella schizofrenia, gli studi sulle reti cerebrali rivelano una chiara distinzione tra i due disturbi: connessioni alterate circoscritte ad alcune regioni che elaborano le emozioni (area limbica, paralimbica e interemisferica) nel disturbo bipolare, e un “disturbo delle connessioni” globale che colpisce indifferentemente tutte le aree del cervello nei pazienti con schizofrenia.

Una critica al modello unitario proviene anche dalla psicopatologia fenomenologica. Josef Parnas²¹ crede che la maggiore causa della rinascita della posizione unitaria sia stata una massiva semplificazione della psicopatologia, per esempio una psicopatologia limitata ai sintomi positivi e negativi. In più, alcuni *markers* genetici condivisi e alcune somiglianze nel profilo neurocognitivo nella schizofrenia e nel disturbo bipolare sarebbero stati utilizzati per validare l'idea unitaria. Sarebbe opportuno secondo lui invece distinguere la schizofrenia e i disturbi bipolari basandosi sull'essenza (*whatness*) di questi disturbi, ossia sulle alterazioni della struttura della soggettività, piuttosto che fare affidamento a punteggi quantitativi di *check list*. L'ontologia dell'*oggetto psichiatrico* (l'esperienza del paziente, la sua espressione ed esistenza), afferma Parnas, dovrebbe giocare un ruolo fondamentale nella classificazione psichiatrica piuttosto che pensare che due persone, una con schizofrenia, l'altra con un disturbo bipolare, soffrano dello stesso disturbo perché hanno una sovrapposta vulnerabilità genetica. Sulla stessa linea, Giovanni Stanghellini e Andrea Raballo²² in un recente lavoro muovono una critica al concetto unitario di psicosi sostenendo che le caratteristiche dei sintomi psicotici

²⁰ M.A. d'Albis, J. Houenou, “The kraepelinian dichotomy viewed by neuroimaging”, in «Schizophrenia Bulletin», 41, 2015, pp. 330-335.

²¹ J. Parnas, “On psychosis: Karl Jaspers and beyond”, cap. 14, pp. 222-225.

²² G. Stanghellini, A. Raballo, “Differential typology of delusions in major depression and schizophrenia. A critique to the unitary concept of unitary ‘psychosis’”, in «Journal of Affective Disorder», 171, 2015, pp. 171-178.

variano attraverso le differenti categorie diagnostiche. Confrontando i deliri nella schizofrenia e nella depressione, questi autori sostengono che attraverso la descrizione dell'esperienza soggettiva è possibile identificare quelli che essi definiscono *fattori estrinseci* (*background* da cui insorge il delirio) che consentono di differenziare qualitativamente due deliri che possono avere lo stesso contenuto e la stessa forma.

Quindi, semplificando, c'è chi vuole una nosologia basata su un approccio clinico descrittivo, che seziona i disturbi in tante entità diagnostiche come se fossero singole malattie; c'è chi tenta di rivoluzionare la nosologia partendo dai risultati della genetica, che indicano una sovrapposizione tra i diversi disturbi, cercando di costruire una nuova nosologia basata sulle cause; e c'è chi invece vorrebbe costruire una nosologia tenendo conto dell'aspetto soggettivo, quindi ridonando senso e significato alla persona e non solo alla malattia. In tal senso Parnas e Stanghellini si pongono contro il modello della psicosi unica.

Non si può non essere in accordo con le osservazioni di Parnas e Stanghellini laddove criticano il modello della psicosi unica intesa nell'accezione positivista. Pensare che una condivisione di alcuni geni indichi una sovrapposizione dei due disturbi è una riduzione eccessiva che non tiene conto dello scarto, evidente nell'incontro con l'altro, per cui siamo di fronte a 'persone' che manifestano i due disturbi in modo qualitativamente differente, quindi il vissuto non è adeguatamente considerato nella genesi dei disturbi mentali. Allo stesso tempo, penso anche che il modello della psicosi unica, riprendendo la concettualizzazione romantica che valorizza il tema dell'affettività come fondo della vita psichica, ci possa aiutare in una comprensione migliore, più profonda e individuale, delle psicosi. Il modello unico può essere utilizzato non per dire che tutte le malattie sono un'unica psicosi o che hanno la stessa suscettibilità genetica, ma che tutte le malattie sono sottese da un'alterazione del sistema affettivo di base che, pur essendo un processo neurobiologico, incarna dentro di sé un aspetto personale. E se il termine psicosi, come ci ricordano altri autori²³ non è semplicemente un sintomo ma è un concetto fenomenologico che ha a che fare con

²³ Cfr. J. Parnas, J. Nordgaard, S. Varga, "The concept of psychosis: a clinical and theoretical analysis", in «Clinical Neuropsychiatry», 7, 2010, pp. 32-37.

la persona, allora non può essere ridotto a elementi semplici come accade nell'operazionalizzazione che condiziona la nosologia attuale. La 'persona' ha a che fare con l'esistenza umana, con la personalità, con le abilità e con la biografia.²⁴ Una persona è sempre situata in uno specifico contesto esistenziale. Allora diventa importante esplorare non *cosa* il paziente esperisce, ma *come* lo esperisce.²⁵

Un approfondimento nella comprensione della sfera affettiva può integrare utilmente la nosologia dei disturbi psichiatrici?

Che ruolo hanno le emozioni e che rilevanza hanno nella psicopatologia? Una fenomenologia delle emozioni potrebbe avere un'implicazione ontologica, ossia *come le emozioni si manifestano* potrebbe dirci qualcosa su *come il disturbo mentale è?* E le neuroscienze quali suggerimenti ci offrono a tal riguardo?

Rispetto al ruolo che hanno le emozioni, seguendo le recenti riflessioni di Stanghellini e Rosfort,²⁶ mi trovo d'accordo nel dire che «le emozioni sono il prerequisito base di una persona per sentirsi situata nel mondo».²⁷ Le emozioni e i sentimenti ci ingaggiano e ci rendono parte attiva di ciò che noi esperiamo, e orientano la nostra vita come persone. Possiamo considerarle come una forza cinetica e dinamica che ci guida nell'interazione con l'ambiente, noi siamo toccati e mossi dalle nostre emozioni.²⁸ Le emozioni ci fanno sentire coinvolti nel mondo ed è attraverso questa funzione che sentiamo il mondo reale.²⁹

²⁴ Faccio qui riferimento a due articoli di Parnas e Coll., in cui si parla del concetto di 'persona' col significato proposto dal filosofo Strawson, in J. Parnas, "On psychosis: Karl Jaspers and beyond", cit. p. 224; e J. Parnas, J. Nordgaard, S. Varga, cit., p. 32.

²⁵ J. Parnas, "The core gestalt of schizophrenia", in «World Psychiatry», 11, 2012, 2, pp. 67-69.

²⁶ Si veda, G. Stanghellini, R. Rosfort, *Emotions and personhood, exploring fragility-making sense of vulnerability*, Oxford University Press 2013, p. 1.

²⁷ Ivi, p. 4.

²⁸ Ivi, pp. 4, 101, 153.

²⁹ Ivi, pp. 4-5.

La tendenza a considerare in modo separato la componente cognitiva e corporea delle emozioni ha incoraggiato negli anni passati numerose teorizzazioni, in cui l'elemento dicotomico diveniva dominante a tal punto da far sviluppare da un lato teorie che, privilegiando i processi fisiologici e biologici delle emozioni, intendevano le emozioni come espressione di un cambiamento corporeo; dall'altro teorie che, occupandosi degli antecedenti cognitivi delle emozioni come se fossero la fonte privilegiata delle stesse, consideravano le emozioni come esperienze intenzionali, dirette verso un oggetto.

Nel tentativo di superare la dicotomia mente-corpo e, di conseguenza, la dicotomia tra le due teorie principali sulle emozioni, si è tentata un'integrazione con la teoria delle "emozioni incarnate", così da riabilitare in modo più complesso il discorso sul corpo.³⁰

Bisogna però considerare che, a rigore, le emozioni non sono né mentali né corporee, se proprio vogliamo mantenere questa terminologia, e che il concetto di emozione incarnata, seppure in parte esatto, non riesce a cogliere quella dimensione in cui la persona e il mondo si intrecciano in modo costitutivo. Forse, usando una terminologia fenomenologica, potremmo esprimere l'esperienza emotiva come un fenomeno radicato in un *corpo vissuto*, un corpo che non è solo un'entità fisica, un puro meccanismo fisiologico, ma è un corpo in cui le determinanti psichiche e le condizioni fisiologiche si innestano le une sulle altre.³¹ Questo senso incarnato si intesse allora, «da una parte, della dinamica che il corpo vissuto istituisce con il proprio mondo e, dall'altra, delle valenze affettive che tale dinamica trasporta con sé».³²

³⁰ Per una trattazione più estesa ed esaustiva sull'argomento si veda: G. Colombetti, E. Thompson, "Il corpo e il vissuto affettivo: verso un approccio enattivo allo studio delle emozioni", in «Rivista di Estetica», 48, 2008, pp. 77-96; G. Stanghellini, R. Rosfort, "Emotions and personhood, exploring fragility-making sense of vulnerability", cit.; M. Bergamaschi Canapini, "Emozioni, giudizi e valori", in «Aisthesis», 1, 2008, pp. 63-72.

³¹ M. Merleau Ponty, *La fenomenologia della percezione* (1945), trad. it., Bompiani, Milano 2009, p. 125.

³² L. Vanzago, "La psicoanalisi ontologica di M. Merleau Ponty", in «Rivista di psicoanalisi», LX, 2, pp. 455-468.

Anche le suggestioni che ci arrivano dalla neurobiologia delle emozioni sono tante e non possiamo fare a meno di valutarle, mantenendo vivo uno spirito critico nonostante possano esercitare una fascinazione che induce spesso a facili inferenze sulla comprensione dei fenomeni umani. Mi soffermo sull'ipotesi delle neuroscienze affettive, proposta da Panksepp, non con l'intento di attribuirle un potere esplicativo al tema proposto, ma perché prova, a differenza delle neuroscienze tradizionali, a dare risalto e spazio alla prospettiva che le emozioni, in cui le nostre strutture personali sono radicate, giocano un ruolo importante nella catena causale che determina le azioni delle persone. Il punto di partenza, scrive Panksepp,³³ è che l'esperienza affettiva è un processo profondamente neurobiologico. Dal momento che i disturbi psichiatrici riflettono squilibri affettivi, è importante comprendere almeno sette neurocircuiti o *sistemi affettivi di base*, individuati dall'autore, concentrati in antiche regioni subcorticali nel cervello di tutti i mammiferi: il sistema della Ricerca (attesa), della Collera (rabbia), della Paura (ansia), della Sessualità (eccitazione sessuale), della Cura (accudimento), del Panico/Sofferenza (tristezza) e del Gioco (gioia sociale).³⁴ Questi circuiti più profondi, senza entrare nel dettaglio delle reti neuroanatomiche, sono organizzati in modo tale da generare esperienze affettive che prevalgono in ogni momento, mentre le regioni neocorticali possono chiaramente regolare questi stati emotivi. I *processi emotivi primari*, scrivono gli autori, creano una forma energetica di coscienza che è stata chiamata *coscienza affettiva*.³⁵ Osservazioni cliniche³⁶ indicano che la coscienza affettiva è indipendente dal linguaggio e che né le abilità cognitive, né la capacità di pensare in termini verbali sono condizioni necessarie per la coscienza affettiva. In tale prospettiva questi affetti nucleari sono *anoetici*,³⁷ però in-

³³ J. Panksepp, "On the Embodied Neural Nature of Core Emotional Affects", in «Journal of Consciousness Studies», 12, 2005, pp. 158-84.

³⁴ Per una trattazione più ampia rimando a J. Panksepp, L. Biven, *Archeologia della mente, origini neuroevolutive delle emozioni umane* (2012), cit.

³⁵ Ivi, p. 13.

³⁶ Ivi, p. 15.

³⁷ *Ibidem*, viene specificato dagli Autori che nella prospettiva proposta dal neuropsicologo Tulving, l'esperienza vissuta è distinta in anoetica (una coscienza di processo primario automatica e non riflessiva che precede la nostra compresio-

tensamente coscienti in quanto esperiti in una forma affettiva. Ossia nel sentire i nostri stati affettivi non abbiamo bisogno di essere consapevoli cognitivamente di cosa stiamo sentendo, questi sentimenti emotivi sono affetti grezzi che guidano la nostra vita prendendo decisioni importanti per noi.³⁸ Secondo gli Autori il riconoscimento di questi sistemi affettivi potrebbe «guidare la comprensione del ruolo delle esperienze affettive nella genesi dei disturbi psichiatrici».³⁹

Sono d'accordo con gli autori laddove considerano i disturbi emotivi inevitabilmente legati a uno o più sistemi affettivi di base: per esempio il sistema della Collera, della Paura, della Sofferenza e l'esaurirsi delle risorse della Ricerca o un loro eccesso, si riscontrano frequentemente nei disturbi psichiatrici.⁴⁰ Ugualmente mi trovo in accordo quando affermano che le vicissitudini stressanti e traumatiche del passato in queste persone lasciano questi sistemi emotivi sensibilizzati o desensibilizzati con permanenti reattività. La proposta degli Autori per gli psichiatri e gli psicoterapeuti è «tendere a interventi benefici più diretti e precisi entro le vite affettive primitive degli individui»,⁴¹ tenendo presente che se, in psicoterapia, si lavora solo sul livello terziario, in cui le cognizioni e le emozioni sono fuse insieme in un'interazione reciproca, ci si accorgerà che, se si modificano gli affetti, le cognizioni spesso li seguono, se cambiano solo le cognizioni non sempre si raggiungono buoni risultati a meno che non cambino contemporaneamente anche gli affetti.⁴² Non mi trovo invece d'accordo quando distinguono le emozioni in positive e negative (per esempio collera, paura, sofferenza) perché non mi sembra che sia tanto il tipo di emozione, quanto piuttosto l'espressione quantitativa della stessa a essere disfunzionale per la persona. E anche l'ipotesi che sia possibile combattere gli affetti negativi semplicemente amplificando le opportunità di avere emozioni po-

ne cognitiva del mondo), noetica (coscienza basata sull'apprendimento che dipende dalla neocorteccia), auto-noetica (è un processo terziario in cui ho la capacità di riflettere su ciò che accade).

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ Ivi, p. 467.

⁴⁰ Ivi, p. 468.

⁴¹ Ivi, p. 466.

⁴² Ivi, p. 465.

sitive, una strategia che funziona negli animali,⁴³ potrebbe forse essere un'ipotesi troppo semplicistica per l'essere umano. Comunque, lo studio dei sistemi affettivi di base potrebbe come prospettiva «indicare la strada per il trattamento di sintomi di squilibri emotivi specifici e reali, i naturali endofenotipi del CervelloMente, piuttosto che parlare di vaghe astrazioni nosologiche», andando a integrare la nosologia attuale.⁴⁴

Verso una nosografia "personalizzata"

Tornando alla psicopatologia, quante volte ci siamo trovati di fronte a persone le cui capacità di entrare in relazione con l'altro si sono bloccate, in cui si è interrotto «il contatto vitale con la realtà»,⁴⁵ si è persa la sintonizzazione con l'ambiente, si è «persa l'evidenza naturale», «il senso comune»,⁴⁶ la cui esistenza si contrae e il corpo diventa un rifugi? Corpi rallentati, contratti o agitati in comportamenti che si decompongono in manifestazioni dissonanti; sguardi assenti o sfuggenti o intrappolati in falsi riconoscimenti; parole assenti o urla che squarciano un velo nel tentativo di recuperare l'abituale contatto con il mondo, una coesistenza che dovrebbe essere costitutiva. Si assiste, direbbero i fenomenologi, a una trasformazione del dialogo tra Sé e il mondo. Un corpo vissuto, come descrive Merleau Ponty, che è costitutivamente in relazione con il mondo, e che, per quanto immerso nell'esperienza del corpo e nella solitudine delle sensazioni, non riesce a sopprimere com-

⁴³ Ivi, p. 467.

⁴⁴ Ivi, p. 12, e pp. 474-475.

⁴⁵ Minkowski la definì «come la facoltà di progredire in armonia con lo sviluppo dell'ambiente, di penetrarlo e di sentirsi all'unisono con esso»,

⁴⁶ Come scrive Parnas, l'espressione 'senso comune', utilizzata da Blankenburg, non si riferisce a un insieme di credenze sul mondo, piuttosto a un'abilità adattiva e integrativa nel dare forma ai comportamenti in maniera contestualmente rilevante e intersoggettivamente adeguata. Una sorta di sintonia periferica e preconcettuale con il mondo. Per un approfondimento si veda J. Parnas, "Fenomenologia dell'autismo schizofrenico", in M. Rossi Monti, G. Stanghellini, (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*, cit., pp. 137-152, in particolare p. 144.

pletamente ogni riferimento con esso.⁴⁷ Quando il corpo si lascia attraversare dalla coesistenza allora il movimento di esistenza verso l'altro riprende a fluire nel modo abituale.⁴⁸ Non è la presa di coscienza puramente cognitiva⁴⁹ che restituisce al malato il senso del disturbo, ma è in una sottostante regione affettiva che si può recuperare quella continuità che permette l'accesso a quella matrice in cui s'intreccia l'io con il mondo e il mondo con l'io.

Potrà sembrare superfluo per alcuni psicoterapeuti, però è bene ricordare che, al di là dell'orientamento teorico, è il contatto del terapeuta con il malato, è la qualità della relazione affettiva, fatta di gesti, parole e di un ascolto paziente, che potrebbero rendere possibile il ritorno di queste persone al mondo. Una sintonizzazione che è prima di ogni attività linguistica e di ogni categoria, e che affonda le sue radici in un complesso sistema affettivo. Tale sistema rappresenterebbe il fondo unitario da cui partirebbero le diverse ramificazioni e da cui si costituirebbero i molteplici mondi vissuti degli psicotici. Le tante manifestazioni nell'essere psicotico che la psichiatria clinica descrittiva includerebbe in una miriade infinita di categorie diagnostiche sarebbero attribuibili a modi diversi di vivere queste esperienze permeate dal dettaglio biografico ed esistenziale della persona. In questo senso, sarebbe senz'altro auspicabile porre una maggiore attenzione agli effetti dinamici delle emozioni nelle psicosi, molto spesso misconosciuti e sottostimati vista la maggiore attenzione dedicata al disturbo cognitivo del pensiero. Una migliore comprensione dei processi affettivi ci consentirebbe di aggiungere ulteriori informazioni nella comprensione di quelle "psicosi", che chiamiamo schizofrenia e disturbi dell'umore che, prendendo in prestito un'immagine proposta da Ciompi per la schizofrenia,⁵⁰ assomigliano a un puzzle ancora non completamente assemblato.

⁴⁷ M. Merleau Ponty, *Fenomenologia della percezione* (1945), cit. p. 233.

⁴⁸ Ivi, pp. 232-233.

⁴⁹ Ivi, p. 231.

⁵⁰ L. Ciompi, "The key role of emotions in the schizophrenia puzzle", in «Schizophrenia Bulletin», 41, 2, 2015, pp. 318-322.

Riassunto Uno dei temi ancora controversi della riflessione psichiatrica riguarda la natura dei disturbi mentali, se si tratti di entità diagnostiche categorialmente distinte o di modulazioni diverse di un unico disturbo fondamentale. In questo lavoro si è scelto di seguire le diverse articolazioni del modello della psicosi unica, percorrendo il filone che intravede nella dimensione dell'affettività il comune denominatore al fondo delle psicosi, con l'intento di discutere se il concetto di unitarietà possa essere utile per migliorare la comprensione dei processi affettivi nelle psicosi. Seguendo alcune riflessioni fenomenologiche e il contributo delle neuroscienze affettive, viene discussa la possibilità che gli affetti possano giocare un ruolo importante nella modulazione individuale della nosologia psichiatrica.

Parole chiave psicosi unica, affetti, emozioni, fenomenologia, neuroscienze affettive.

Paola Cavalieri Psichiatra e psicoterapeuta con formazione junghiana. Svolge attività come libero professionista, con interessi prevalentemente volti a coniugare una psicopatologia descrittiva a una psicopatologia fenomenologica, mostrando una particolare attenzione alle patologie psicotiche. Autrice di pubblicazioni inerenti i disturbi dell'umore.