

Il potere delle parole: l'imprescindibile carattere valutativo della psichiatria

Valentina Cardella

Dipartimento di Scienze cognitive, Università degli studi di Messina
vcardella@unime.it

Abstract In psychiatry, one of the main concerns is to recognize when something, be it an emotional state, a behaviour or a personality trait, is to be placed inside the boundaries of 'normality', or when it has to be considered a pathological trait, that needs to be cured. Being a medical discipline, psychiatry has one aspiration: to achieve an objective and impersonal view of abnormal behaviour.

Yet, what does it mean, for a discipline that has to deal with human fragility and suffering, to be 'objective'? Is mental disorder something we can detect in a impartial, neutral way? This paper aims to stress the relevance, for defining and classifying mental disorders, of both a mentalist vocabulary (Banner 2013, Broome, Bortolotti 2009) and the reference to cultural, social, moral and evaluative rules (Olbert, Gala 2015). My claim is that, when it comes to psychiatry, it is very hard to divide the objective and the evaluative component.

Keywords: psychiatry, realism, mental disorder, mentalist vocabulary, evaluative stance

Received 16/03/2023; accepted 15/07/2023.

0. Introduzione

Il disturbo mentale rappresenta una vera e propria sfida per tutte le discipline, dalla psichiatria, alla psicologia alla filosofia, che hanno a che fare con la mente. Quando ci troviamo di fronte a soggetti che soffrono di disturbi psichiatrici, con le loro sintomatologie più o meno bizzarre, non possiamo infatti fare a meno di chiederci: cos'è successo alla mente di queste persone? Prendiamo ad esempio questi resoconti di un paziente schizofrenico, uno ossessivo ed uno paranoico.

Presto gli Esseri Alieni presero il controllo del mio corpo e mi separarono da esso. Mi portarono in un posto lontano con spiagge e sole, e misero un Alieno nel mio corpo a far finta di essere me. A quel punto avevo l'impressione distinta di non esistere davvero, perché non potevo mettermi in contatto con il sé che mi era stato rapito. Capii che gli Alieni avevano preso il controllo anche di altre persone, rimuovendole dai loro corpi e mettendo Alieni al loro posto. Ovviamente, le altre persone non si rendevano conto di ciò che stava accadendo; io ero l'unica a saperlo (Payne 1992: 726-727)¹.

¹ N.d.A. Questa citazione, come tutte le successive tratte da opere in inglese, è stata tradotta dall'autrice.

Soffro di una forma molto grave di DOC [disturbo ossessivo compulsivo]. Ossessioni di contaminazione, soprattutto riguardo l'HIV, e compulsioni conseguenti. Compartimenti stagni fra il fuori casa e il casa, con ore, ore, ore passate a lavarmi, lavare, pulire, disinfettare. Anche in casa non tocco quasi più niente senza guanti, solo il computer e il letto. Quasi tre ore di mattina per i rituali, quattro almeno alla sera, attenzione continua a tutto quello che tocco e che toccano le persone intorno a me, spiare la gente per cercare di capire se è malata... (Piccinini 2021: 108).

Lunedì ero in macchina, fermo al semaforo. Accanto a me c'era una macchina con quattro ragazzi. Mi fissavano e parlavano tra di loro, di sicuro stavano ridendo di me, per il mio nuovo taglio di capelli, per la mia faccia da scemo. Secondo me anche a lei oggi viene da ridere a guardarmi, ma si trattiene. Sicuramente anche lei penserà che sono uno sfigato con questi capelli. [...] È da tanto tempo che non vado più dal barbiere perché mi sento molto a disagio. Durante l'attesa del mio turno ci sono persone che mi fissano, si creano situazioni imbarazzanti. [...] L'ultima volta sono andato via prima che arrivasse il mio turno. Due ragazzi seduti di fronte a me guardavano qualcosa sul cellulare e ridevano. Dopo un po' hanno iniziato a scrivere delle cose sul cellulare, di sicuro mi stavano deridendo e per non farsi sentire scrivevano. Sono andato via per evitare di esplodere e perdere il controllo².

Questi esempi mostrano persone che credono a cose impossibili, come che degli alieni si siano impossessati dei loro corpi, altre che passano ore immerse nei loro rituali, e altre ancora convinte che tutti li deridano. E dunque non possiamo fare a meno di chiederci: che cos'è andato storto? Cosa non va nella testa di questi pazienti?

Per cercare di rispondere a questa domanda, e contemporaneamente mostrare la peculiarità della psichiatria rispetto ad altre discipline mediche, comincerò con un'altra domanda, apparentemente banale: i disturbi mentali esistono? O meglio, esiste in natura qualcosa come un disturbo mentale? In altre parole, i disturbi mentali sono qualcosa che sta là fuori, indipendentemente dagli osservatori, dal contesto sociale e storico e dalle nostre pratiche e norme linguistiche? Proverò a rispondere a questa domanda nel prossimo paragrafo, dove analizzerò il realismo in psichiatria.

1. Disturbi mentali e generi naturali

L'ipotesi che i disturbi mentali esistano in natura, e che siano quindi in qualche modo dei generi naturali, è la base del realismo in psichiatria. Possiamo distinguere tra un realismo forte ed uno debole. Il realismo forte è di tipo sia ontologico che epistemologico. Da un lato, infatti, ha un impegno ontologico sull'esistenza di entità astratte chiamate disturbi mentali; dall'altro, si impegna anche epistemologicamente, ovvero sostiene che tali entità astratte sia possibile conoscerle per come sono (Pouncey 2005). Il realismo debole si impegna invece solo ontologicamente: chi lo appoggia sostiene che i disturbi mentali esistano in natura, ma dubita della nostra capacità di descriverli per come sono. Questa sembra una tesi più plausibile, perché è difficile negare che le categorie psichiatriche siano costrutti, cioè il modo migliore che abbiamo a disposizione per descrivere entità astratte, come i disturbi mentali, basandosi solo su sintomi manifesti. Infatti, la maggior parte degli psichiatri condivide questa posizione. Dopo tutto, che senso avrebbe per un medico dubitare della realtà delle malattie di cui si

² <https://www.istitutobeck.com/wp-content/uploads/2018/12/TESI-PUBBLICAZIONE-DPP-ITALIA-PAGANO-1.pdf>

occupa? Sarebbe davvero strano se un angiologo avesse dei dubbi sull'esistenza delle malattie a carico del sistema circolatorio. Lo stesso dovrebbe valere per lo psichiatra: che senso avrebbe cercare di curare delle malattie che non esistono in natura?

Ma cerchiamo di capire se questo impegno ontologico, nel caso della psichiatria, sia davvero giustificato. Per sostenere la posizione realista in psichiatria, occorrerebbe dimostrare che i disturbi mentali soddisfino le condizioni richieste dal realismo stesso; per essere più specifici, i disturbi mentali dovrebbero essere delle categorie, con condizioni necessarie e sufficienti per la loro appartenenza, dovrebbero essere discreti, cioè chiaramente distinti l'uno dall'altro, e dovrebbero essere indipendenti dall'osservatore. Proviamo dunque a vedere se queste condizioni sono soddisfatte, e prendiamo come esempio uno dei disturbi mentali purtroppo più comuni al mondo, la depressione. Chiediamoci cioè: esiste in natura qualcosa come la depressione?

La risposta, per quanto possa sembrare strano, è no. Per quanto riguarda il primo criterio, ovvero la presenza di condizioni necessarie e sufficienti, nessun sintomo sembra rispondere a questi criteri. Infatti, se si analizza la categoria diagnostica della depressione maggiore com'è descritta nel DSM 5, ovvero nell'ultima edizione del *Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi Mentali*, troviamo una lista di nove sintomi (umore depresso, marcata diminuzione di interesse o piacere, aumento o perdita di peso o dell'appetito, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, perdita di energia, sentimenti di colpa e autosvalutazione, diminuita capacità di pensare o concentrarsi, pensieri ricorrenti di morte o suicidio), di cui nessuno sufficiente, in quanto ne devono essere presenti almeno cinque. Inoltre, nessun sintomo è considerato necessario, nemmeno, per quanto possa sembrare controintuitivo, l'umore depresso (è possibile essere diagnosticati depressi anche se non si mostra questo sintomo, ma se ne mostrano altri inclusi nella lista).

Per quanto riguarda il secondo criterio, ovvero il fatto che i disturbi mentali debbano essere discreti, la depressione non sembra essere chiaramente distinta da altri disturbi. Non sono infatti rari dei casi ibridi (un esempio tra tutti è il disturbo schizo-affettivo, in cui si hanno componenti depressive e componenti psicotiche), e sono invece molti i casi di comorbidità, cioè di presenza contemporanea di più disturbi mentali, come ad esempio depressione e disturbi d'ansia, o depressione e disturbo ossessivo compulsivo. Non è infatti un caso che, in linea più generale, lo stesso DSM abbia rinunciato ad un'ottica categoriale sul disturbo mentale, preferendone una più dimensionale:

poiché l'approccio del precedente DSM considerava ogni diagnosi come una categoria separata dalla salute mentale e dalle altre diagnosi, non catturava l'ampia condivisione di sintomi e di fattori di rischio tra molti disturbi che risulta evidente negli studi di comorbidità. [...] In realtà, l'obiettivo una volta considerato plausibile di identificare delle popolazioni omogenee per il trattamento e la ricerca ha avuto come esito delle categorie diagnostiche troppo strette che non catturavano la realtà clinica, l'eterogeneità del sintomo all'interno dei disturbi, e la significativa condivisione di sintomi tra disturbi diversi. L'aspirazione storica di raggiungere un'omogeneità diagnostica per mezzo di progressive sottocaratterizzazioni all'interno delle categorie non è più ragionevole (APA 2013: 12).

Perciò, il caso della depressione non è un'eccezione: è spesso difficile stabilire un confine netto tra i diversi disturbi mentali. Ma questo non è tutto: lo stesso si può dire riguardo al confine tra normalità e patologia. Nella popolazione generale esperienze simil-psicotiche sono molto più comuni di quanto si pensi, come ha ormai dimostrato una mole rilevante di studi (cfr. Tien 1991, Posey, Losch 1983, Poulton *et al.* 2000, van Os *et al.* 2009, Kelleher, Cannon 2011, Galbraith *et al.* 2014, Galbraith 2021). E se la possibilità di trovare nella popolazione non clinica sintomi simil-psicotici, come deliri o

allucinazioni, rende più difficile tracciare un cut-off tra normalità e follia, la difficoltà aumenta ancora di più quando abbiamo a che fare con sintomi molto più comuni, come ansia o depressione. A volte è infatti difficile separare l'ansia 'normale' da quella patologica, o un 'normale' lutto dalla depressione. A questo dato di fatto, l'ultima edizione del DSM ha reagito rendendo patologiche reazioni normali a traumi o perdite, come nel caso del lutto: l'episodio depressivo maggiore ora può infatti includere soggetti a lutto per la perdita di una persona cara se la sofferenza e i problemi ad essa legati durano più di due mesi dalla morte. Ironicamente, l'approccio dimensionale adottato dal DSM lo ha condotto ad allargare l'area della anormalità: dato che normalità e patologia sono vicine, la reazione del DSM è stata di espandere la patologia.

2. Patologie, contesti, norme

E arriviamo ora alla terza condizione. I disturbi mentali dovrebbero essere indipendenti dagli osservatori. Ma chiaramente non è così. Nei disturbi mentali, le norme sociali e culturali giocano un ruolo molto più importante che in altre malattie, come si osserva anche nell' 'oggettivo' e 'a-teorico' DSM: «una risposta prevedibile o approvata culturalmente ad uno stress o una perdita, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale» (APA 2013: 20). Il concetto di disturbo mentale è socialmente definito, e ha un aspetto profondamente normativo, che è assente o molto meno essenziale in altre branche della medicina.

Per analizzare questo aspetto, partiamo dalla considerazione che, in molti casi, fattori sociali e contestuali di un disturbo mentale sono estremamente rilevanti per l'attribuzione stessa del disturbo in questione. In alcuni casi troviamo questo riferimento esplicito al contesto nei criteri diagnostici. Ad esempio, nel disturbo d'ansia generalizzata, è sottolineata la necessità di «considerare il contesto sociale e culturale per decidere se le preoccupazioni riguardo certe situazioni siano eccessive» (*Ivi*: 224). Nelle fobie specifiche, la paura deve essere «più intensa del necessario» (con il termine 'necessario' lasciato volutamente indefinito), e «il contesto socio-culturale dell'individuo deve anche essere tenuto in considerazione» (*Ivi*: 199).

In certi disturbi, il riferimento agli aspetti sociali fa parte della definizione stessa, come in molti disturbi di personalità. Ad esempio, gli aspetti sociali sono centrali per la descrizione del disturbo di personalità evitante, caratterizzato da inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza ed ipersensibilità alle valutazioni negative. In altri casi ancora, il riferimento agli aspetti sociali è implicito, ma non per questo meno importante, ed anzi ha un carattere fortemente normativo. Ad esempio, il disturbo ossessivo compulsivo di personalità è caratterizzato da «una pervasiva preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo, senza spazio per flessibilità, l'apertura mentale o l'efficienza» (*Ivi*: 678). È chiaro che, in questa definizione, la flessibilità, l'apertura mentale e l'efficienza sono valori assoluti, e che essere testardi, rigidi e «eccessivamente coscienti, esigenti e inflessibili riguardo a questioni etiche, morali e valoriali» (*Ibidem*) non è semplicemente un difetto (tesi che occorrerebbe provare), ma una patologia.

Per ricapitolare un po', quindi, ai disturbi mentali sembrano mancare tutti i requisiti alla base del realismo: essi non sono entità discrete, si presentano spesso in comorbidità, non possiedono condizioni necessarie e sufficienti per la loro diagnosi, e non sono indipendenti dagli osservatori. Ma per capire a fondo il carattere valutativo della psichiatria occorre fare un passo ancora indietro, e interrogarsi a fondo su cosa sia, in generale, un disturbo mentale.

3. Quale idea del mentale?

Secondo il DSM, un disturbo mentale è:

una sindrome caratterizzata da sintomi di rilevanza clinica nel sistema cognitivo, nella regolazione emozionale, o nel comportamento di un soggetto che riflettano una disfunzione nei processi psicologici, biologici ed evolutivi sottostanti il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono di solito associati a un significativo stato di sofferenza soggettiva o di disabilità nelle attività sociali, occupazionali e altre importanti (APA 2013: 20).

Questa definizione, com'è facile osservare, riflette l'orientamento riduzionista e neurobiologico della psichiatria americana. Ma che cosa sia precisamente 'mentale' nella definizione di disturbo mentale rimane in effetti abbastanza vago. Questo però non deve stupirci. Anche se potrebbe sembrare strano, la psichiatria è sempre stata più interessata a capire che cosa significhi 'disturbo', nell'etichetta 'disturbo mentale', di quanto non lo sia rispetto al termine 'mentale'. Come osserva Graham: «la stessa idea del mentale impiegata in psichiatria così come nelle teorie sul disturbo mentale non è indagata, o lo è a malapena, dagli psichiatri e da chi altri scriva a proposito del disturbo mentale» (2013: 30). E Murphy, più icasticamente, dichiara che «la psichiatria non contiene nessuna comprensione di principio del mentale» (2006: 61).

Com'è possibile che una disciplina, che ha a che fare continuamente con la malattia mentale, non chiarisca preliminarmente che cosa sia 'mentale'? Se si scava a fondo sui presupposti impliciti dell'orientamento dominante della psichiatria, si chiarirà facilmente il perché di questo paradosso. In realtà, la psichiatria non è particolarmente interessata al 'mentale', nei disturbi psichici, perché l'idea generale è che i disturbi mentali siano in realtà fisici. L'etichetta mentale è considerata quindi come un'etichetta temporanea, destinata ad essere rimpiazzata da differenti anomalie cerebrali che le neuroscienze o la genetica un giorno troveranno. I disturbi mentali sono quindi in realtà considerati disturbi cerebrali. Ma è davvero così? Sembra una questione banale, perché in un certo senso i disturbi mentali sono ovviamente disturbi del cervello: sono mentali, perciò sono nel cervello. Il cervello è la base fisica della mente, perciò è anche la base fisica del disturbo mentale. Ma da ciò segue che i disturbi mentali siano disturbi del cervello, ovvero che sia il cervello stesso ad essere disturbato?

Non necessariamente. E in realtà, nonostante l'ottimismo del DSM e di gran parte della psichiatria sulla possibile scoperta dei fondamenti neuroscientifici dei disturbi mentali, e sui legami genetici all'interno dei gruppi diagnostici, l'eziologia neurobiologica manca ancora di prove evidenti. Non sono stati rintracciati dei biomarkers per la schizofrenia o per altri disturbi mentali (Stein *et al.* 2010, Weickert *et al.* 2013, Prata *et al.* 2014, Venkatasubramanian, Keshavan 2016), e nessun test neuroscientifico è in grado di diagnosticare la malattia mentale (Kapur *et al.* 2012).

Ovviamente, c'è una correlazione tra, ad esempio, la depressione e livelli bassi di serotonina. Un soggetto con depressione maggiore di solito presenta questa anomalia. Però, si possono trovare questi bassi livelli di serotonina anche in un individuo sano che sta elaborando un lutto per la perdita di una persona cara. Anche il suo cervello non funziona bene? Dov'è la differenza cerebrale tra il primo caso ed il secondo? Inoltre, il primo soggetto può essere una madre single con un lavoro mal pagato, che si sente stanca, sola, senza speranza, e in colpa per aver perso il piacere di giocare con i figli. Dicendo che inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina potrebbero aiutarla, abbiamo colto l'essenza del suo disturbo?

Quello che qui sostengo è che, a prescindere dai correlati cerebrali che si possano o che si potranno trovare, descrivere il disturbo mentale come un tipo di disturbo cerebrale

non coglie assolutamente l'essenza del disturbo stesso. Nella stragrande maggioranza dei disturbi mentali, infatti, i criteri normativi per l'anormalità si basano proprio su quel livello dimenticato dalla psichiatria, il livello del mentale.

4. I disturbi mentali come creazioni umane

Qualunque sia l'eziologia della condizione o le sue cause cerebrali – che sia genetica, il prodotto delle interazioni gene-ambiente, o cause psicologiche, sociali o spirituali – il termine 'disturbo' si applica ai pensieri, ai sentimenti e ai comportamenti della persona. I disturbi mentali non sono disturbi mentali per via di una presunta causa mentale, ma perché identificano problemi nella vita mentale della persona e nelle sue relazioni (Banner 2013: 511).

Come osservano Broome e Bortolotti (2009), una caratteristica distintiva dei disturbi mentali è che hanno bisogno del vocabolario mentalistico. Qualcuno ha un disturbo mentale perché crede qualcosa, o pensa qualcosa. In altre parole, ciò che non va è la persona stessa, il modo in cui si sente, in cui soffre, ed il suo rapporto con l'ambiente e con gli altri. Le anomalie cerebrali sono indicative di un disturbo mentale solo se si associano a deviazioni da norme culturali, sociali, epistemiche, morali e valutative.

Per di più, il vocabolario mentalistico non è solo necessario per definire i disturbi mentali, ma anche per spiegarne i sintomi: una paziente paranoica abbassa tutte le serrande di casa perché ha paura di essere spiata, un soggetto ossessivo ripete le sue formule perché crede che così ai suoi cari non succederà niente di brutto: come potremmo capire qualsiasi sintomo di un paziente senza far riferimento al significato che quel paziente gli attribuisce?

In realtà, nella definizione di disturbo mentale ricadono molte assunzioni che poco hanno a che fare con ciò che chiamiamo scienza. Come afferma Greenberg:

Quando si arriva alla psichiatria, qualcosa cambia. Chiamare un femore rotto una malattia significa fare solo una delle più generali supposizioni sulla natura umana – che sia nella nostra natura di camminare e non avere dolore. Chiamare la paura un disturbo d'ansia generalizzato, o chiamare depressione la tristezza accompagnata da anedonia, disturbi del sonno e dell'appetito e affaticamento, richiede delle supposizioni molto più stringenti e decisive su ciò che siamo, ciò che dovremmo provare, e su cosa sia la vita. Quanta ansia dovrebbe provare una creatura consapevole della sua inevitabile morte? Quanto dovremmo essere rattristati dalla condizione umana? Come facciamo a saperlo? Creare queste categorie significa prendere posizione sulle questioni più fondamentali e difficili che possiamo porci: che cos'è una buona vita, e che cosa la rende buona? È l'epitome della *hybris* pensare che si possano determinare scientificamente le risposte a queste domande, e insistere di aver trovato le malattie mentali in natura è fare esattamente questo (Greenberg 2012: 11).

Ma questo non vuol dire che non si possano determinare scientificamente delle costanti di sofferenza psichica. Gli psichiatri non possono fare a meno di categorizzare ciò che osservano. Come continua Greenberg:

Le categorie che inventano permettono loro di creare questi disturbi. Non fanno spuntare queste categorie dal nulla, ma non le trovano nemmeno dentro i microscopi, o sotto le rocce. Questo è ciò che si intende quando si dice che i disturbi non esistono fino a quando non lo dicono i dottori. Che non vuol dire che i disturbi non esistono affatto, ma solo che sono creazioni umane (*Ivi*: 12).

‘Mentale’ nell’espressione disturbo mentale non è allora un’etichetta temporanea. Anche nel caso in cui siano rintracciate le fondamenta biologiche delle malattie mentali, la loro essenza risiederà ancora nella relazione con gli altri e con l’ambiente. Un disturbo mentale è mentale perché ha bisogno di essere descritto da un vocabolario mentalistico, e perché ha bisogno, per esistere, dello sguardo degli altri, che sia empatico, giudicante, spaventato e così via. L’aspetto valutativo e quello oggettivo nella psichiatria sono indissolubilmente legati. I disturbi mentali non esistono ‘in natura’, come dei puri fatti; sono invece il modo in cui chiamiamo qualcosa, e il risultato di una valutazione su che cosa significa vivere bene, su quanta tristezza è normale provare, quali emozioni dovremmo provare, e molte altre questioni cruciali dal punto di vista filosofico ed esistenziale (Philips *et al.* 2012).

Piuttosto che ricercare, come fa il *Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi Mentali*, di raggiungere un obiettivo irrealizzabile, ovvero quello di una visione scientifica ed oggettiva della malattia mentale, occorre essere pienamente consapevoli dell’enorme potere in mano alla psichiatria ed alle parole dello psichiatra, e fare quindi del carattere valutativo di questa disciplina insieme un punto di forza ed una lezione di umiltà.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington.

Banner, N. (2013), «Mental disorders are not brain disorders», in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 19, n. 3, pp. 509-513.

Broome, M., Bortolotti, L. (2009), «Mental illness as mental: In defence of psychological realism», *Humana Mente*, n. 11, pp. 25-43.

Galbraith, N. D., Manktelow, K. I., Chen-Wilson, C. H., Harris, R. A., Nevill, A. (2014), «Different combinations of perceptual, emotional, and cognitive factors predict three different types of delusional ideation during adolescence», in *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 202, n. 9, pp. 668-676.

Galbraith, N. (2021), *Delusions and pathologies of belief: making sense of conspiracy beliefs via the psychosis continuum*, in Cardella V., Gangemi A., a cura di, *Psychopathology and Philosophy of mind. What mental disorders can tell us about our minds*, Routledge, London-New York, pp. ??

Graham, G. (2013), *The disordered mind: An introduction to philosophy of mind and mental illness*, Routledge, London-New York.

Greenberg, G. (2012), «Commentary on The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis», in Phillips *et al.* (2012), «The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis», in *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM*, vol. 7, n. 3., (consultato il 25/07/2023), <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-3>.

Kapur, S., Phillips, A., Insel, T. (2012), «Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?», in *Molecular Psychiatry*, n. 17, pp. 1174-1179.

Kelleher, I., Cannon, M. (2011), «Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis», in *Psychological medicine*, vol. 41, n. 1, pp. 1-6.

Murphy, D. (2006), *Psychiatry in the scientific image*, MIT Press, Cambridge, MA.

Olbert, C. M., Gala, G. J. (2015), «Supervenience and psychiatry: Are mental disorders brain disorders?», in *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, vol. 35, n. 4, pp. 203-219.

Overton, S. L., Medina, S. L. (2008), «The stigma of mental illness», in *Journal of Counseling & Development*, vol. 86, n. 2, pp. 143-151.

Payne, R. L. (1992), «First person account: my schizophrenia», in *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18, n. 4, pp. 725-728.

Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M. A., Chardavoyne, J., Decker, H. S., First, M. B., *et al.* (2012), «The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis», in *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM*, vol. 7, n. 3, (consultato il 25/07/2023), <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-3>.

Piccinini, L. (2021), *Ansia, ossessioni e trauma*, in Rossi Monti M., a cura di, *Manuale di psichiatria per psicologi*, Carocci, Roma, pp. 75-124.

Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R., Harrington, H. (2000), «Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study», in *Archives of general psychiatry*, vol. 57, n. 11, pp. 1053-1058.

Pouncey, C. L. (2005), «Philosophy of psychopathology», in *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, pp. 659-663.

Prata, D., Mechelli, A., Kapur, S. (2014), «Clinically meaningful biomarkers for psychosis: A systematic and quantitative review», in *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n. 45, pp. 134-141.

Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z., Kendler, K. S. (2010), «What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V», in *Psychological Medicine*, vol. 40, n. 11, pp. 1759-1765.

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Krabbendam, L. J. P. M. (2009), «A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder», in *Psychological medicine*, vol. 39, n. 2, p. 179.

Venkatasubramanian, G., Keshavan, M. (2016), «Biomarkers in psychiatry: A critique», in *Annals of Neuroscience*, n. 23, pp. 3-5.

Weickert, C. S., Weickert, T. W., Pillai, A., Buckley, P. F. (2013), «Biomarkers in schizophrenia: A brief conceptual consideration», in *Disease Markers*, n. 35., (consultato il 25/07/2023), <https://doi.org/10.1155/2013/510402>.