



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata
FISSPA**

**Corso di laurea in scienze psicologiche sociali e del lavoro
Elaborato finale**

**NORMALE E PATOLOGICO: TRA RIGORE SCIENTIFICO E
FILOSOFIA DELLA VITA**

**The normal and the Pathological: between scientific rigour and
philosophy of life.**

Relatrice:

Prof.ssa Ilaria Malaguti

Correlatrice:

Prof.ssa Angelica Moé

Laureanda:

Alessia Pacchioli

Matricola 2011052

Anno accademico 2023-2024

INDICE

INTRODUZIONE	1
Capitolo 1- Lo stato patologico è solamente variazione quantitativa rispetto allo stato fisiologico?	3
1.1. Accenno alla storiografia medica: l'origine del patologico come variazione quantitativa.	3
1.2. Comte e il principio di Broussais.	4
1.3. Le tesi di Claude Bernard.	6
1.4. Le implicazioni di una teoria. Limiti della concezione deterministica del reale.	8
Capitolo 2- Una nuova definizione di normale e patologico: verso l'assetto qualitativo di una definizione.	12
2.1. Verso una ridefinizione del normale e il patologico: un viaggio nella psichiatria contemporanea.	12
2.2. Esame critico di alcuni concetti.	15
2.3. Normale, patologico, salute e guarigione.	17
Conclusioni: un'analisi critica del DSM.	24
BIBLIOGRAFIA:	31

INTRODUZIONE

Il seguente elaborato ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia epistemologica dei concetti attualmente in vigore di normale e patologico, con l'obiettivo di comprendere se tali costrutti sono in grado di esprimere adeguatamente ed esaustivamente l'essere vivente in quanto tale.

A tal fine, nel primo capitolo, è presente un'analisi storica che funge da panoramica alla comprensione dell'aspetto epistemologico suddetto, comprendendo come sono nati i concetti attualmente in vigore di normale e patologico intesi come variazione quantitativa. In tal senso, prendiamo in considerazione tutti quegli autori che, dall'Ottocento in poi, hanno contribuito alle definizioni di tali costrutti in quanto tali.

Nel secondo capitolo, ci occupiamo invece della rielaborazione epistemologica di tali costrutti, secondo una dimensione qualitativa, che non esclude la prima, ma ha lo scopo di integrarla. In primis, gli autori che si sono occupati di tali ridefinizioni sono stati gli psichiatri del Novecento, dai quali possiamo trarre utili osservazioni su tali concetti. Ci occupiamo poi di valutare il normale inteso come una media e di comprendere se un metodo statistico o aritmetico, sia il più adatto per comprendere il reale del vivente nel suo divenire. Quindi, ci occupiamo di definire nuovamente i costrutti di normale, patologico, salute e guarigione in una prospettiva qualitativa e dunque vitale. Nella conclusione, applichiamo le definizioni elaborate nel secondo capitolo al DSM, cercando di comprendere se, tale manuale, risponda efficacemente all'epistemologia e dunque metodologia che si propone di attendere. In quest'ultima parte, inoltre, prendiamo in analisi il costrutto di stati psichici per come essi vengono intesi nella psicologia, con l'obiettivo di rifondarli in un senso non solo canguilheiano ma anche bergsoniano e cioè, come dei costrutti che non sono solo astratti, ma calati in un divenire compenetrato in una temporalità che è anche storia. Per questo, non poteva mancare un riferimento a uno degli allievi più illustri di G. Canguilhem, cioè M. Foucault. Tramite un breve accenno alla Storia della Follia, vogliamo comprendere dunque come l'anormalità di ieri sia diventata la psicopatologia di oggi e perché consideriamo la patologia mentale come uno statuto privo di una propria positività. Con tali presupposti, ci teniamo a rivalutare lo statuto dell'oggetto di indagine in psicologia, cioè l'essere umano e il suo divenire psichico, con l'obiettivo di renderlo soggetto eterogeneo e sempre sfuggente ad una pretesa di oggettivazione.

Capitolo 1- Lo stato patologico è solamente variazione quantitativa rispetto allo stato fisiologico?

1.1. Accenno alla storiografia medica: l'origine del patologico come variazione quantitativa.

Per risalire all'origine della visione positivistica della malattia, è importante fare un accenno alla storiografia medica e comprendere come il concetto di malattia sia cambiato nel corso dei secoli, per arrivare, ad oggi, al concetto di malattia come variazione quantitativa rispetto allo stato normale. Innanzitutto, è importante definire che cosa sia la malattia e, nella storia, due sono state le definizioni ad essa attribuita.

Secondo l'idea localizzante, la malattia è la lotta dell'organismo contro un essere estraneo: l'uomo è aumentato o diminuito di qualcosa e può guarire tramite l'azione di riti magici, droghe, o nella modernità, con quella medicina che mira alla localizzazione dei sintomi tramite una nosologia delle malattie. Secondo l'idea dinamica di matrice ippocratica, la malattia è una lotta interna tra forze contrapposte destinate a risolversi, grazie allo sforzo proprio della vita alla propria conservazione. La teoria medica moderna oscilla fra queste due posizioni, prese nella loro componente ottimistica, cioè nell'idea localizzante come tentativo di assicurazione da un male ontologico pronto ad ostacolare la vita e nell'idea dinamica come la natura pronta ed in grado di guarire sé stessa. Proprio per la necessità di una localizzazione, finalizzata ad una maggiore comprensione del rapporto tra normale e patologico, inizia una ricerca sulla loro relazione finalizzata al controllo di quel «male» che fa parte della natura. Nasce così, la prima classificazione nosologica delle malattie ad opera di Pinel (1797), l'anatomia patologica ad opera di Morgagni (1761) e la fisiologia ad opera di Hervey ed Haller (1628-1766). È grazie a Pinel, Morgagni, Harvey ed Haller, tra gli altri, che può nascere, nel 1800, una malattia concepita come naturale prolungamento dello stato di salute o fisiologico. Ed è grazie a questi autori che, sempre nell'Ottocento, può nascere il grande dogma che influenzerà tanto la medicina, la letteratura, l'arte e il pensiero del tempo, quanto l'età contemporanea: partendo dal presupposto di uno stato patologico come naturale prolungamento di uno stato fisiologico e quindi presupponendo una identità tra stato fisiologico o normale e patologico o anormale, la differenza fra i due stati va ricercata nella sola variazione quantitativa, quindi come un eccesso o un difetto rispetto a ciò che si verifica nello stato di salute.

Nell'Ottocento due autori, in particolare, si occuperanno di ricercare come il patologico sia una variazione quantitativa rispetto alla normalità e interessano alla nostra trattazione sia in quanto sono quegli autori che hanno influenzato maggiormente il proprio secolo e quelli successivi, sia perché sono coloro che, quasi per primi, definiscono lo stato patologico tramite una dimensione quantitativa. Il primo è Auguste Comte, il quale, influenzato dal grande Broussais, si propone di partire dal patologico per poter definire il normale e le leggi che lo regolano. Il secondo è Claude Bernard, il quale, al contrario del primo, parte dal normale per affrontare il patologico e per cui la conoscenza della malattia deve partire dalla fisiologia. Entrambi, per quanto partano da presupposti metodologici differenti ed opposti, pongono alla base della propria ricerca l'identità tra normale e patologico, identità che consentirebbe di ricercare il primo a partire dal secondo e viceversa.

1.2.Comte e il principio di Broussais.

Comte si occupa della trattazione di normale e patologico in tre periodi della propria evoluzione intellettuale: il primo periodo è il periodo preparatorio al *Cours de philosophie positive* (1824) in cui analizza le difficoltà nell'estensione dei metodi di sperimentazione propri delle scienze fisicochimiche al vivente; il secondo periodo è quello propriamente detto della «filosofia positiva»; il terzo periodo è quello del «Système de politique positive» nel quale Comte attribuisce una portata universale al principio di Broussais, a cui aderisce ufficialmente nel 1828. Tra le sue opere, quella che interessa maggiormente alla nostra trattazione è il *Cours de philosophie positive (1824)* al cui interno, egli si propone di definire il senso del normale e del patologico e l'obiettivo è quello di proporre una definizione oggettiva dei due costrutti che debba dunque afferire alla dimensione quantitativa. Ciò che ci interessa è se Comte, ispirandosi a quelle definizioni di normale e patologico che vennero elaborate prima da Broussais, abbia effettivamente raggiunto l'obiettivo di definire il normale e il patologico in un senso oggettivo e dunque quantitativo. In tal senso ci sembra necessario dover analizzare l'opera di Broussais a cui Comte si ispira nella sua trattazione. L'opera in questione è *De l'irritation et de la folie* del 1828, nella quale Broussais afferma che non possono esistere disturbi delle funzioni vitali che non siano legati a lesioni di organi o tessuti. In tal senso, il patologico è un eccesso o una mancanza di eccitazione al di sopra o al di sotto del grado che costituisce

lo stato normale. In eccesso o in difetto, la deviazione dalla normalità viene definita irritazione («l'irritazione è pertanto l'eccitazione normale trasformata nel suo eccesso¹») ma non hanno entrambe lo stesso peso nella definizione del patologico e quella per eccesso è prevalente sull'altra: «Questa seconda fonte di malattie, l'eccesso di eccitazione, trasformato in irritazione, è molto più feconda della prima, cioè il difetto di eccitazione, e si può affermare che da essa scaturisca la gran parte dei nostri mali»². Indagare sulla patologia significa dunque, per Broussais, cercare come «tale eccitazione possa deviare dallo stato normale e costituire uno stato anormale o di malattia³». La distinzione tra lo stato normale (o fisiologico) ed anormale (o patologico) è una differenza da rintracciarsi in una variazione quantitativa (esprimibile in eccesso o in difetto).

All'interno del *Cours de philosophie positive* Comte cerca di definire il normale e dunque il patologico alla stregua di quelle definizioni che Broussais aveva fornito nel 1828 e definisce dunque il normale come «armonia di influenze indistinte tanto esterne quanto interne⁴» (questa definizione ricorda l'eccitabilità degli organi di Broussais, eccitabilità che dipendeva dall'ambiente tanto interno quanto esterno) mentre il patologico, come «semplice prolungamento, più o meno esteso, dei limiti di variazione, propri di ciascun fenomeno dell'organismo normale⁵» (anche qui è chiaro il riferimento a Broussais che definisce il patologico come una eccitazione al di sopra o al di sotto di ciò che caratterizza lo stato normale). In tali definizioni, così come in quelle elaborate da Broussais, si può rilevare l'utilizzo di una semantica mista, afferente tanto alla dimensione quantitativa che qualitativa. L'utilizzo di termini come armonia, prolungamento, estensione, per quanto riguarda Comte e grado di variazione per quanto riguarda Broussais, conferisce alle proprie definizioni una o più dimensioni qualitative, mentre l'utilizzo di termini come variazione, nel caso di Comte ed eccesso o difetto, nel caso di Broussais, conferisce alle definizioni una dimensione quantitativa. L'utilizzo di questi termini rendono tali definizioni solo debolmente quantitative, mentre tende a mantenersi una risonanza qualitativa. A ciò si aggiunge che entrambi gli autori non propongano alcun criterio per

¹ F.J.V. Broussais, *De l'irritation et de la folie*, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, 1998

² F. J.V. Broussais, *ivi*.

³ F.J.V. Broussais, *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, 1998.

⁴ A. Comte, *Cours de philosophie positive*, lezione XL : *Considérations philosophiques sur l'ensemble de la science biologique*, III, Schleicher, Paris, 1908, p. 169, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, 1998.

⁵ A. Comte, *ivi*.

riconoscere il normale, rendendo in questo modo le proprie tesi astratte, cioè prive di esempi medici che possano suffragare le loro tesi. Questo ha diversi effetti: nel caso di Comte, non sappiamo da quale punto di vista ogni fenomeno patologico avrebbe il suo corrispettivo in un fenomeno normale e quindi non sappiamo come i due stati possano essere identici l'uno all'altro; nel caso di Broussais, non capiamo come la malattia possa tradursi maggiormente in un eccesso di eccitazione, piuttosto che in un difetto. Inoltre, in quest'ultimo caso, sembrerebbe che Broussais confonda la causa di una malattia con il suo effetto: una causa può variare quantitativamente e in modo continuo ma può originare effetti qualitativamente diversi.

Così, non viene mantenuto il proposito di cercare di spiegare il normale ed il patologico in modo oggettivo, cioè, come un fatto misurabile. Se si vuole dare una definizione oggettiva del normale e dell'anormale, bisogna riuscire a tradurre la loro differenza in senso quantitativo e dunque, misurabile.

1.3. Le tesi di Claude Bernard.

Il maestro di Claude Bernard è stato François Magendie, fisiologo francese considerato un pioniere della fisiologia sperimentale. I postulati di Magendie, a cui si ispira anche Bernard, coincidono con quelli di Comte, sia sulla sperimentazione in biologia (che non può essere quella utilizzata dalle scienze fisicochimiche), sia sulla definizione dei fenomeni patologici come variazione quantitativa. Bernard, come già detto, insieme a Comte, incarna i valori del proprio periodo di appartenenza, configurando la propria ricerca nella scienza positivista e proponendosi, conformemente a quella Società di Biologia di cui faceva parte insieme a Charles Robin, l'obiettivo di studiare la fisiologia per arrivare a conoscere «i limiti entro i quali le funzioni (fisiologiche) possono deviare dallo stato normale»⁶. Anche Bernard, così come Comte, afferma un'identità tra fenomeni patologici e fisiologici: «fisiologia e patologia si confondono e sono, in ultima analisi, una sola e medesima cosa⁷». L'identità tra i fenomeni patologici e fisiologici e la loro definizione è presente in una delle opere più famose di Bernard, quella che sarà oggetto della nostra analisi e cioè «*Leçons Sur le diabète et la glycogénèse animale*». L'opera

⁶ C. Bernard, *Leçons de la physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, J.B. Baillière, Paris, 1855-56, p. 166 tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, 1998

⁷ C. Bernard, *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*, J.-B. Baillière, Paris, 1877, p. 56, tratto da C. Canguilhem, *il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, 1998.

rappresenta il testo più teorico elaborato da Bernard nel quale non solo viene riportata la dimensione metodologica di cui vuole servirsi l'autore (partire dallo stato fisiologico per definire il patologico) ma anche la dimensione epistemologica a cui vuole fare riferimento: il fenomeno patologico è una sola e medesima cosa con il fenomeno fisiologico ed esso non è altro che il fenomeno fisiologico mutato di intensità. Infatti, egli scrive rispetto al diabete, stato patologico oggetto dell'opera: «il diabete è caratterizzato da sintomi quali poliuria, polidipsia, polifagia, autofagia e glicosuria. Nessuno di questi sintomi è, propriamente parlando, un fenomeno nuovo, estraneo allo stato normale, nessuno di essi è una produzione spontanea della natura. Al contrario, tutti preesistono, salvo che la loro intensità varia dallo stato normale allo stato di malattia⁸». La stessa omogeneità tra stato patologico e fisiologico viene sostenuta all'interno del testo *Leçons sur la chaleur Animale*, nel quale, all'interno di una trattazione che è ad un medesimo tempo sul calore animale e sulla confutazione di una disomogeneità tra calore normale e calore patologico, egli afferma: «In realtà le manifestazioni fisicochimiche non cambiano di natura a seconda che esse abbiano luogo all'interno o all'esterno dell'organismo e, ancora, a seconda dello stato di salute o di malattia. C'è una sola specie di agente calorifico: sia generato in un camino o in un organismo, esso non è perciò meno identico a sé stesso. Non possono esistere un calore fisico e un calore animale, e tanto meno un calore patologico e un calore fisiologico. Il calore patologico e quello fisiologico differiscono soltanto per grado e non per natura⁹». A differenza di Comte e Broussais, nelle *Leçons Sur le diabète et la glycogénèse animale*, Bernard porta a sostegno della sua tesi argomenti controllabili, esperienze ed una metodologia per la quantificazione dei concetti fisiologici. Tuttavia, le proprie definizioni, presentano limiti molti simili a quelli già analizzati per quanto riguarda le definizioni di Comte e Broussais. Bernard definisce il patologico in due modi, in primo luogo come un «disordine di un meccanismo normale, consistente in una variazione quantitativa; un'esagerazione o un'attenuazione dei fenomeni normali¹⁰» e, in secondo luogo, come «l'esagerazione, la sproporzione, la disarmonia dei fenomeni normali¹¹». Il primo limite che possiamo rilevare all'interno

⁸ C. Bernard, *ivi*.

⁹ C. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, J.-B. Baillière, Paris, 1876, p. 394, tratto da G. Canguilhem, *il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, 1998.

¹⁰ C. Bernard, *ivi*.

¹¹ C. Bernard, *ivi*.

delle due definizioni è che fa utilizzo dei termini «variazione quantitativa» e «differenza di grado» come se non ci fosse alcuna differenza, ma il primo concetto fa riferimento al concetto di omogeneità e quindi ad una dimensione quantitativa, mentre il secondo al concetto di continuità, quindi ad una dimensione qualitativa. Il termine esagerazione, inoltre, sembra fare riferimento alla dimensione quantitativa nella prima definizione («esagerazione o attenuazione dei fenomeni normali»), mentre qualitativa nella seconda («esagerazione, sproporzione, disarmonia»). Di nuovo, troviamo la presenza della dimensione qualitativa in definizioni che hanno l'obiettivo di risultare unicamente appartenenti alla dimensione quantitativa, senza però riuscirci. Questa appartenenza a due dimensioni differenti implica nel caso di Bernard, così come in quello di Comte e Broussais, una confusione nella posizione epistemologica adottata e di conseguenza metodologica: senza fornire effettive definizioni quantitative del normale e del patologico, passibili dunque di misurazione, cade il presupposto epistemologico della possibilità di collocazione dei due costrutti nella dimensione quantitativa e dunque quello metodologico della sperimentazione e misurazione. Al contrario, inizia a comparire una dimensione che è quella che fa più al caso della nostra analisi, e probabilmente più adatta nella descrizione dei due concetti, quella qualitativa.

1.4. Le implicazioni di una teoria. Limiti della concezione deterministica del reale.

Le diverse teorie mediche prese in considerazione (Comte, Bernard, Broussais) afferiscono ad una concezione positivista del reale. Il positivismo è un complesso orientamento filosofico diffuso in Francia a partire dal XIX secolo, caratterizzato dal rifiuto delle speculazioni filosofiche di ordine metafisico, accettando invece una filosofia che si occupasse della sistematizzazione di quelle leggi scoperte dalle scienze sperimentali. Tale corrente di pensiero è permeata di quello che potremmo definire un «ottimismo razionalista»: tutto il reale diventa passibile di conoscenza ed il male non è più una realtà con una propria ontologia, quanto piuttosto una variazione rispetto ad un'identità già nota (la salute). Così, le teorie mediche del XIX secolo, tendono a ricondurre la concezione del reale ad un unico principio: il principio deterministico. Ciò provoca una rottura rispetto a quanto accadeva nel XVIII secolo, quando l'animismo e il vitalismo hanno influenzato le teorie mediche affinché fossero dualiste. Esse, infatti, prendevano in considerazione ad un tempo Bene (lo stato fisiologico) e Male (lo stato patologico) come due forze in lotta che si scontravano nel medesimo organismo. Al di là

di una concezione più monista che dualista, il positivismo possiede delle caratteristiche che possiamo annoverare tra i suoi aspetti più positivi: la conoscenza, ad esempio, viene considerata migliore dell'ignoranza ed essa deve essere capace a orientare l'azione della ricerca; inoltre, sempre per il positivismo, non possiamo considerare che la causa di una malattia coincida con un'azione demoniaca (aspetto presente nella medicina del secolo precedente). Tuttavia, esso annovera fra le sue idee anche aspetti non pienamente positivi. Tra questi, c'è il valore conferito al male, che il positivismo sembra non voler considerare tale da possedere una propria realtà ontologica, venendo così ridotto all'identità con il fisiologico; il valore assegnato al male è tale senza che venga considerato che, anche se il male ha un valore negativo (è un «non essere una qualità positiva») questo non fa conseguire necessariamente, come vuole la scienza, che esso abbia un valore identico allo stato fisiologico o che non abbia una propria dimensione e quindi, una propria ontologia. Un secondo aspetto include il fatto che il positivismo, proprio per il suddetto ottimismo razionalista, sottende una concezione umanista per cui l'azione dell'uomo sull'ambiente possa trasformarsi interamente in conoscenza dello stesso per il tramite della scienza. Il nostro dubbio è se sia effettivamente possibile una conoscenza «intera» del mondo e se tale conoscenza possa essere interamente e unicamente restituita dalla scienza e non da altre forme di conoscenza. Affermare che la scienza sia l'unica a poter fornire una conoscenza del mondo, significa, in altre parole, che non esiste una conoscenza che non sia passibile di misurazione e di analisi e che questo tipo di conoscenza sia quello che riesce a fornirci una descrizione più accurata del reale.

Un ultimo aspetto non meno importante è che la scienza positivista considera la tecnica uno strumento da utilizzare piuttosto che una modalità di conoscenza.

Questo limita il ruolo della «pratica» e l'importanza che essa assume nella conoscenza del reale. In altre parole, spiega anche Canguilhem, si ignora così che il progresso non si trova nell'ambito teorico, ma in quello pragmatico e che è, cioè, l'esperienza a fornire la conoscenza. Una teoria, infatti, tende a creare schemi, a creare una regolarità mentre il progresso della conoscenza si muove in modo irregolare, uscendo fuori dagli schemi già noti. L'originarsi di una teoria scientifica è reso possibile soltanto grazie allo «stupore che segue l'insuccesso¹²», senza il quale non sarebbe possibile una conoscenza scientifica. Tuttavia, la scienza positivista ignora sempre più l'empirismo che è alla base

¹² G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, 1988, p. 70.

della conoscenza nell'intento di razionalizzarsi; anche se, in realtà, anche gli stessi medici positivisti nell'elaborare le loro concezioni, sono partiti da osservazioni di «scacchi», cioè ostacoli, nel reale. Bernard, ad esempio, ammette che i suoi esperimenti hanno avuto origine a partire da osservazioni sui malati di diabete: «Bisogna innanzitutto porre il problema medico così come esso si dà nell'osservazione della malattia, poi analizzare sperimentalmente i fenomeni patologici cercando di fornirne la spiegazione fisiologica¹³». Nella concezione di Bernard, tuttavia, i fenomeni patologici riescono a spiegare soltanto i fenomeni fisiologici già noti, senza insegnare nulla di nuovo: la patologia, cioè, non è in grado di produrre una conoscenza che non sia quella già nota. Secondo il medico francese René Leriche, invece, «vi sono in noi, in ogni istante, molte più possibilità fisiologiche di quante ne dica la fisiologia ma è necessaria la malattia affinché esse si rivelino¹⁴», affermazione che, al contrario di Bernard, riesce a restituire il senso reale della nostra analisi e dunque i limiti di una scienza positivista che «pensa di sapere» privandosi delle innumerevoli possibilità che è in grado di fornire alla conoscenza quello che ancora non conosciamo o quello che scopriamo tramite l'esperienza. Concordemente con Leriche, un medico polacco, Victor Prus, afferma che è quando un organo comincia a non svolgere più la sua normale funzione che possiamo constatare la funzione effettiva di quell'organo. In altre parole, è la patologia che mette in luce la fisiologia consentendole di nascere, è lo scacco nel reale che mette in luce il reale stesso.

Le teorie dei medici del XIX secolo concordano non solo con la scienza positivista, ma anche con quello che ne è un caposaldo, cioè il determinismo. Il determinismo è una teoria che nasce ufficialmente con Claude Bernard ma di cui egli si dice debitore a Laplace, un ricercatore in biologia che studiava le leggi alla base dei fenomeni biologici. Il determinismo è definito come una filosofia a carattere meccanicistico per cui ogni fenomeno del presente è necessariamente determinato da un fenomeno o evento accaduto nel passato. La fisiologia deterministica è una fisiologia che è permeata di leggi quantitative al pari delle scienze fisiochimiche, ed è il modello di fisiologia scelto dai medici del diciannovesimo secolo in quanto meglio si adattava all'obiettivo razionalista

¹³ C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, J.-B. Baillière, Paris, 1856a, p.349 tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, 1998.

¹⁴ R. Leriche, *Introduction générale in Encyclopédie Française*, VI, 1936 tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Biblioteca Einaudi, 1998.

di intendere e tradurre il reale. Per Laplace, a differenza di Bernard, il determinismo non è solo un metodo di ricerca sperimentale ma coincide con la realtà stessa. Ci interessano le conseguenze di questo postulato: l'identità tra normale e patologico e la riduzione della dimensione qualitativa a quella quantitativa. In questo caso, la differenza fra un essere umano sano e malato viene ridotta ad una quantità, nel tentativo di far assomigliare le scienze che trattano della salute umana alle scienze fisiche e chimiche che tentano di fornire leggi nella spiegazione del mondo e di spiegare fenomeni riferendoli a delle misure comuni. In questo modo, la scienza fa apparire illusoria la dimensione qualitativa e tutto ciò che la riguarda. È necessario, invece, considerare lo stato di salute come uno stato dotato di qualità e di valore per il vivente. Assumere una variazione di uno stato fisiologico, in realtà presuppone una dimensione qualitativa, in quanto una cosa identica a sé stessa non può variare. Con questo non si vuole dire che la scienza e i suoi strumenti non siano necessari, ma che è importante non confondere la possibilità di misurazione con l'inesistenza di una dimensione qualitativa che esiste tra stato patologico e fisiologico. L'identità tra lo stato patologico e fisiologico presupposta dalla scienza è astrazione e puro presupposto teorico, che si differenzia dal piano pragmatico ed esperienziale del vivente. È importante separare il piano teorico-astratto della scienza positivista intenta a razionalizzarsi, dal piano pragmatico del vivente concreto che vive nella dimensione qualitativa e nella differenza di tali stati.

In conclusione, con tale tesi non intendiamo rinnegare alla scienza il proprio valore. La scienza è utile in quanto in grado di produrre una conoscenza fondata sulla misurazione e sull'utilizzo di una tecnica. Intendiamo però sottolineare che la conoscenza scientifica non fornisce, come essa vorrebbe, l'unico tipo di conoscenza del reale. Essa fa una scelta su cosa «raccontare» del reale, ma spesso omette tale carattere di scelta. Essa sceglie di raccontare il reale tramite un'analisi, tramite una misurazione e quindi osservando differenze quantitative tra diversi oggetti. Tuttavia, tale epistemologia, osservata dal punto di vista del vivente, è manchevole in quanto non riporta tutta l'esperienza qualitativa del reale, che è invece ridotta ad essere una quantità. Il reale concreto, cioè l'esperienza, di cui anche fornisce la scienza, è fatta di valori vitali, di esperienze del vivente concreto, del suo sentire, del suo sentirsi in modo uguale o differente. È da tale esperienza che può originarsi una conoscenza. E noi desideriamo riportare valore a tale dimensione di qualità, che è tutta vitale.

Capitolo 2- Una nuova definizione di normale e patologico: verso l'assetto qualitativo di una definizione.

2.1. Verso una ridefinizione del normale e il patologico: un viaggio nella psichiatria contemporanea.

Ci sembra opportuno cominciare questo nuovo capitolo con un viaggio in quella disciplina che, prima della medicina, è riuscita a rettificare i concetti di normale e patologico qualificandoli in una dimensione differente da quella quantitativa. Stiamo parlando della psichiatria e, nel periodo contemporaneo, diversi sono stati gli psichiatri impegnati in tale operazione.

Tra i primi, possiamo certamente considerare D. Lagache, medico e filosofo francese, che nella sua trattazione ha preso in considerazione l'applicazione del metodo sperimentale alle malattie mentali. G. Canguilhem spiega che una sperimentazione presuppone un'analisi esaustiva delle condizioni di esistenza di un fenomeno e la determinazione di quelle condizioni che vengono fatte variare per osservarne gli effetti. Tali condizioni per una buona sperimentazione non si trovano però nell'analisi delle malattie e tantomeno, in quella delle malattie mentali. Spiega infatti Lagache: «Nulla è peggio conosciuto che le condizioni in cui la natura istituisce queste esperienze, le malattie mentali: l'inizio di una psicosi sfugge più volte al medico, al paziente, a chi gli sta intorno; la fisiologia, l'anatomopatologia ne sono all'oscuro¹⁵». Per questo, spiega, che è un'illusione assimilare il metodo in psicologia al metodo sperimentale e che, alla base di questa illusione, c'è la rappresentazione atomistica e associazionista della vita mentale. Questo significa che i fenomeni mentali vengono rappresentati come atomi, gli uni separati dagli altri e non come un continuum che ha significato solo se preso nella sua interezza. In realtà, continua, non esistono «fatti psichici separabili¹⁶» ed un sintomo ha significato solo nel proprio contesto di riferimento. Continua a sostenere questa tesi anche quando afferma che la disorganizzazione morbosa (il patologico) non è l'inverso simmetrico dell'organizzazione normale e che, proprio per questo, spesso nel patologico non ci sono forme equivalenti al normale: «una curiosa particolarità del vocabolario psicopatologico è quella di includere espressioni negative prive di equivalente nella psicologia

¹⁵ D. Lagache, *La méthode pathologique*, in *Encyclopédie française*, VIII, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi Editore, Torino, 2022.

¹⁶ Ivi.

normale¹⁷». Troviamo interessanti le intuizioni di Lagache, in quanto illustrano parte del problema a cui facciamo riferimento. Il patologico ed in particolare lo psicopatologico è privo di equivalente nella forma normale, ed è per questo, aggiungiamo, che è inadatto utilizzare i metodi di sperimentazione utilizzati dalle scienze. Si sa molto poco delle condizioni per cui sorgono e da cui originano i fenomeni mentali ed è per questo che, per definizione, non potrebbe essere condotta una sperimentazione. Alla base dell'illusione che conduce all'utilizzo del metodo scientifico, spiega Lagache, c'è una rappresentazione atomistica e associazionista della vita mentale, che è anch'essa ripresa dall'assetto deterministico della scienza¹⁸. Tuttavia, l'illusione sta proprio nel fatto che in realtà la vita mentale, compresa quella patologica, si svolge in un continuum ed è quindi una riduzione, quella di rappresentarla come un fenomeno dissociabile, composto di parti esistenti indipendenti le une dalle altre.

Un secondo autore da citare, che anticipa una questione di cui riprenderemo l'analisi più avanti, è E. Minkowski, psichiatra francese di origine russa. Minkowski parla di malattia mentale in termini di alienazione e suggerisce che essa non si riduce al riferimento ad uno stato «medio o normale» ma che costituisce una differenza tale per cui un uomo «è uscito di quadro» rispetto alla vita¹⁹. In tale alienazione, l'uomo infatti, si distacca da un tutto costituito da «l'uomo e la vita²⁰» ed è per questo che la malattia arriva a costituire «una forma d'essere del tutto singolare²¹» che è un qualcosa d'altro rispetto a ciò che era prima. L'alienazione in tal senso viene considerata come preminenza del negativo, cioè come qualcosa che si distacca dal dinamismo della vita e che ha come fondamento un'ontologia del tutto differente: l'alienazione è qualificata dal male, mentre la salute, dal bene. L'alienazione viene così definita un'alterazione qualitativa che caratterizza il soggetto come qualitativamente differente: «Questa circostanza (...), imponendosi a noi sotto l'aspetto dell'essere differentemente nel senso qualitativo del termine, apre immediatamente la via a nuove considerazioni psicopatologiche condotte sotto tale aspetto²²». Ciò che ci appare importante sottolineare di Minkowski è che definisce il

¹⁷ Ivi.

¹⁸ Ivi.

¹⁹ E. Minkowski, A la recherche de la norme en psychopathologie, in *Evolution psychiatrique*, n.1., 1938, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e patologico*, Einaudi Editore, Torino, 2022.

²⁰ Ivi.

²¹ Ivi.

²² Ivi.

patologico come una alterazione qualitativa rispetto allo stato di salute e che tale alterazione non è riferibile ad una media. Minkowski adotta una visione vitalista nell'analisi dei costrutti oggetto di indagine ed è per questo che gli conferisce un'ontologia diversa: il normale ha origine dal bene, quindi dal dinamismo vitale, mentre il patologico dal male, quindi da un qualcosa che si distacca dalla vita. Ciò è importante in quanto, porre due costrutti su piani ontologicamente differenti, conferisce agli stessi una differenza che può essere intesa innanzitutto come qualitativa e non quantitativa. Riporta così, in poche parole, i costrutti alla loro dimensione d'origine.

Infine, altro autore di importanza non indifferente è H. Ey, psichiatra e psicoanalista francese che definisce il normale come un costrutto che non può essere ridotto alla media, ma che è innanzitutto una nozione dall'origine marcatamente sociale: «Il normale non è una media relativa a un concetto sociale, non è un giudizio di realtà, ma un giudizio di valore, è una nozione limite che definisce il massimo di capacità psichica di un essere²³». Nuovamente, come accadeva per Minkowski, il normale viene definito distante da quella che viene considerata la media, ed è piuttosto considerato un giudizio di valore, cosa che assume un carattere prettamente sociale, un qualcosa di regolato e definito socialmente. Tale definizione viene in qualche modo ripresa da Jaspers, il quale suggerisce che è più l'ambiente sociale che il giudizio dei medici a determinare ciò che si chiama malattia²⁴. È in tal modo che potremmo arrivare alle nostre definizioni di normale e patologico. I due costrutti, come spiega innanzitutto Lagache, non sono equivalenti: di fatto spesso le condizioni alla base dell'origine delle malattie, ed in particolare delle malattie mentali, sono sconosciute anche dagli stessi fisiologi. A confermare ciò, è l'utilizzo in psicopatologia di un vocabolario che spesso non ha il suo equivalente nel normale, quindi nella condizione di salute. Se non esiste un equivalente è proprio perché non è stato ancora scoperto o perché tale equivalente non esiste. Minkowski procede affermando che non esiste equivalente del patologico in quanto il patologico è un «differente qualitativo» rispetto al normale. Infatti, se ontologicamente il normale è associato al dinamismo della vita e dunque, al bene, la malattia ha come fondamento il male che si distacca dal vitale. In Minkowski notiamo un vitalismo caratterizzato da due forze contrapposte che fanno parte dello stesso organismo. H. Ey da fondamento al patologico definendolo un giudizio

²³ Ivi.

²⁴ K. Jaspers, *Psychopathologie Générale*, trad.fr., nuova ed., Alcan, Paris, 1933, p.5, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*.

di valore, conferendo al costrutto una definizione prettamente sociale. Queste definizioni fanno sì che il patologico si distacchi da una dimensione quantitativa derivante da un'equivalenza con lo stato di salute e si avvicini maggiormente ad assumere lo statuto di singolarità, con una propria ontologia e con delle caratteristiche, dal carattere prettamente sociale, irriducibili ad una media.

2.2. Esame critico di alcuni concetti.

Che cos'è il normale? Il Dizionario di Medicina di Littré e Robin definisce il normale a partire dal latino, per cui «norma» indica la regola, ed il normale è dunque ciò che è conforme alla regola. Per il *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, il concetto di normale proviene dal concetto di norma, che è ciò che designa la squadra; quindi, è ciò che si mantiene entro un giusto mezzo. Da tali definizioni, nel senso comune il normale designa ciò che deve essere, ciò che si riscontra nella maggior parte dei casi ma anche ciò che costituisce la media.

Il normale può essere definito come una media?

In medicina, la media è l'equivalente del concetto di norma e di normale. Tuttavia, secondo Bernard, impiegare le medie in caso di studio dell'essere umano «fa svanire il carattere oscillatorio e ritmico del fenomeno biologico²⁵» e applicandole «non si avrà nulla di più di un numero falso²⁶». Usando le medie, spiega Bernard, «scompaiono i veri rapporti tra i fenomeni²⁷» e sarebbe perciò necessario avvalersi di un tipo ideale irriducibile alla media stessa: «Quando si ha a che fare con esperimenti complessi e variabili, è necessario studiarne le diverse circostanze e in seguito fornire l'esperienza più perfetta come tipo²⁸». Sulla stregua di Bernard, Vendryès concepisce le variazioni delle costanti fisiologiche come differenze a partire da una media individuale piuttosto che collettiva. In tal senso differenza e media assumono un carattere probabilistico per cui le differenze sono tanto più improbabili quanto più sono grandi²⁹. Si rileva in questa concezione il problema di stabilire entro quali oscillazioni da un valore medio puramente

²⁵ C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, J-B. Baillière, Paris, 1865, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi Editore, 2022.

²⁶ Ivi.

²⁷ Ivi.

²⁸ Ivi.

²⁹ P. Vendryès, *Vie et probabilité*, A. Michel, Paris, 1942, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi Editore, 2022.

teorico gli individui possano essere considerati normali. Il problema dell'utilizzo di una media aritmetica è che da sola non basta, in quanto sono necessarie ipotesi direttrici e convenzioni che permettano di stabilire per quali valori ci sia il passaggio dal normale all'anormale. A ciò si aggiunge che la statistica non fornisce alcuno strumento per poter definire se un valore che si allontana da una media sia normale o anormale. Nonostante ci siano stati altri tentativi di rappresentare l'essere umano e le sue caratteristiche attraverso una media, tra cui, tra i più importanti possiamo annoverare il modello di Quetelet, non ne è stato ancora elaborato qualcuno che risulti soddisfacente alla nostra indagine e questo, per una serie di motivi che vengono di seguito illustrati. Per quanto riguarda Quetelet, egli prova a fornire un modello di studio della media fondato sull'utilizzo di un poligono di frequenza che ricalca la curva binomiale di Gauss³⁰. Attraverso il grafico, Quetelet voleva dimostrare che la fluttuazione di un carattere dato tra gli individui rispondeva alle leggi del caso, cioè a variazioni casuali che tendono ad annullarsi per compensazione. Questo permetterebbe di individuare il cosiddetto «tipo generale» o «tipo medio» che è quello che si avvicina maggiormente al valore medio preso in considerazione. Il tipo umano (o tipo generale), a partire dal quale la differenza è tanto più rara quanto più è grande, viene definito uomo medio. La questione più grande relativa al metodo di Quetelet, è che, come spiega Halbwachs, nell'analisi delle variazioni di caratteristiche umane non si possono utilizzare le leggi del caso, in quanto tale concezione presuppone che i fenomeni vengano considerati indipendenti gli uni dagli altri e dunque incapaci di influenzarsi l'uno con l'altro. Questa concezione risulta insostenibile per l'ambito umano, in quanto esiste una continua interazione tra norme sociali e norme biologiche che conducono alla nascita di un risultato che è prodotto dell'interazione simultanea fra le due. Quindi, determinare delle costanti biologiche tramite medie ottenute sperimentalmente sosteniamo che costituisca una riduzione dell'essere umano ad un uomo mediocre «ben al di sotto delle possibilità fisiologiche³¹» di cui egli effettivamente dispone. Infatti, la media risulta incapace di rappresentare adeguatamente la complessità dell'essere umano e delle sue caratteristiche. A ciò si aggiunge che è incapace di rappresentare le relazioni di reciprocità tra norme biologiche e sociali, che spesso annulla, come nel modello di Quetelet o che non considera, come nel modello

³⁰ A. Quetelet, *Anthropométrie ou mesure des différentes facultés de l'homme*, Muquardt, Bruxelles, 1871, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi Editore, 2022.

³¹ *Ivi*.

probabilistico di Vendryès. Ancora, nessuno di questi metodi permette di comprendere e di stabilire per quali valori sia definito il normale e per quali altri, l'anormale. Tutte queste ragioni, ci permettono di concludere che la media sia un metodo insufficiente per rappresentare adeguatamente l'essere umano e che, se la si utilizza, lo si deve fare nella consapevolezza di attuare una riduzione rispetto alla complessità fondamentale che lo caratterizza.

2.3. Normale, patologico, salute e guarigione.

Cosa vuol dire normativo? In filosofia, il termine normativo indica ogni giudizio che consideri o qualifichi un fatto rispetto ad una norma. In senso stretto, normativo ha il significato di «ciò che istituisce delle norme». Il normale è tale in quanto normativo, cioè in quanto è capace di istituire delle norme. Tali norme, tuttavia, non si riferiscono ad una media: come si diceva, non è normale ciò che accade mediamente, perché come ci insegna Bernard, «i valori medi non rappresentano niente più che numeri falsi³²». È normale, piuttosto, ciò che permette alla vita il suo sforzo di mantenersi: questa è la normatività biologica. Nel *Vocabulaire philosophique*, un fatto biologico non ha valore di per sé ma è l'essere umano a conferirglielo. Invece, per noi, il valore del fatto biologico è dimostrato da quello sforzo continuo della vita a mantenersi nel momento in cui viene ostacolata tramite la malattia: la vita non è indifferente ai suoi ostacoli, ma cerca biologicamente il modo di ristabilirsi. Ciò è vero per le malattie somatiche, quanto è vero per le malattie mentali. Pensiamo ad un soggetto malato di depressione che si presenta dallo psicoterapeuta. Al livello consapevole, spesso questi pazienti sono stanchi della vita, non riescono più a vederne la bellezza tanto che a volte arrivano a compiere il gesto estremo del suicidio. A livello inconsapevole, è proprio perché in realtà vogliono recuperare il senso di quella bellezza che vanno dallo psicoterapeuta. Anche nelle malattie mentali, per quanto non siano state ancora trovate delle basi anatomiche a testimoniare l'esistenza, esiste la norma vitale. Qui che l'essere umano voglia mantenere la vita è un effetto del fatto che la vita stessa si sforzi per mantenersi.

La normalità è per questo un costrutto che non si riduce ad essere l'equivalente opposto della malattia. Il concetto di normalità, infatti, si relaziona con una serie di fattori, tra cui

³² Ivi.

quello ambientale. In questo caso G. Canguilhem riporta come esempio un esperimento di Tessier ed Héritier: essi dimostrano sperimentalmente che le mutazioni che possono apparire svantaggiose in un ambiente, possono essere vantaggiose in un altro. È l'esempio della drososofila, di cui ne esistono di più tipi: la drososofila con ali normali e la drososofila atrofica; la prima, riesce a adattarsi meglio ad un ambiente riparato, mentre la seconda, ad un ambiente più ventilato. In questo modo, in ambienti diversi, la drososofila riesce nell'intento di perpetuare la propria specie. Questo dimostra che la drososofila con ali non è in senso assoluto migliore della drososofila atrofica e viceversa. La prima, non è, cioè, più normale della seconda. Piuttosto, l'efficacia di una o l'altra specie, dipenderà dall'ambiente di riferimento. La stessa cosa può accadere per gli esseri umani e non solo per quanto riguarda attributi fenotipici: pensiamo ad uno studente universitario demotivato in quanto non stimolato dalle materie della facoltà scelta. Lo stesso studente, magari, ha diverse altre abilità che si confanno ad un ambiente diverso rispetto a quello universitario di riferimento. Magari ha scelto ingegneria ed invece ama studiare la letteratura. Cambiando ambiente, può cambiare anche la sua motivazione e dunque, la sua efficacia nell'ambiente di riferimento. Quindi come possiamo definire la normalità in rapporto ad un ambiente? Possiamo definire normale un vivente che, tramite la sua struttura morfologica e funzionale, sia capace di rispondere a tutte quelle esigenze che il proprio ambiente richiede, generando nuove norme di vita.

Che cos'è la salute?

A differenza della normalità, che è un costrutto il cui significato dipende dall'ambiente di riferimento e dalla possibilità di perpetrare la normatività biologica, la salute è un costrutto che assume unicamente determinati valori specifici. G. Canguilhem, infatti, definisce la salute come un giudizio di valore che comprende tutti i valori positivi possibili: la vita, una vita lunga, la capacità di riproduzione, la forza, la resistenza alla fatica, l'assenza di dolore, ecc.

L'essere sano, dunque, non è completamente identico all'essere normale. Un'epistemologia della vita, infatti, comprende non solo lo stato di salute, ma anche lo stato di malattia. Si pensi al fatto che è impossibile pensare di vivere una vita intera senza ammalarsi: la malattia fa parte della vita, tanto quanto lo stato di salute. In tal senso la malattia non è anormale in riferimento alla vita, ma è anormale in riferimento ad uno stato di buona salute.

Inoltre, secondo G. Canguilhem, la salute può assumere due accezioni: la prima, è l'accezione normativa assoluta, con cui la salute viene intesa come un tipo ideale di comportamento organico, considerata in modo assoluto; tale accezione ha valore normativo, cioè di riferimento e la perdita di tale stato, tramite la malattia, coincide con il perdere l'organismo perfetto.

La seconda accezione è quella descrittiva qualificata con cui la salute viene intesa come una reazione dell'organismo nei confronti di determinati tipi di malattie; nel senso comune, la malattia in questo caso coincide con l'avere una cattiva salute.

In senso generale, per Canguilhem, essere sano vuol dire innanzitutto essere normativo, cioè capace di istituire nuove norme in situazioni differenti. Infatti, ciò che caratterizza lo stato di salute è la sua capacità di adattamento, nel senso di riuscire a «oltrepassare la norma che definisce il normale momentaneo³³» per infrangere la norma abituale ed istituirne nuove in situazioni nuove. In tal senso, l'uomo è caratterizzato da una buona salute se è capace di adattarsi all'ambiente e alle sue richieste, tanto quanto è capace di essere normativo, cioè di generare nuove norme di vita. La salute è infatti anche definita come «margine di tolleranza nei confronti dell'infedeltà dell'ambiente³⁴».

L'infedeltà dell'ambiente è qualcosa che si allontana dal cosmo della scienza che è regolato da leggi, ed è caratterizzato da un costante divenire. La rigidità geometrica delle scienze analitiche, infatti, esiste solo teoricamente e l'ambiente reale è quello in cui vi sono «fessure, buchi, ostacoli e resistenze inattese». In termini più pratici, afferma G. Canguilhem «ciò che sostiene un uccello è il ramo, non le leggi dell'elasticità³⁵». Questo vuol dire che c'è prima l'oggetto instaurato nell'ambiente dell'esperienza a reggere l'uccello e solo dopo il cosmo delle leggi fisiche e chimiche. Il cosmo della scienza è perciò una teoria ed una teoria non è l'esperienza, l'ambiente diretto con cui si relaziona il vivente. Il vivente «vive in un mondo di oggetti qualificati, esso vive in un mondo di eventi possibili³⁶».

Così come per l'ambiente, anche la categoria di salute, come quella di malattia, non esiste se non nel piano dell'esperienza diretta del vivente: essa esiste, innanzitutto, nella

³³ Ivi.

³⁴ Ivi.

³⁵ Ivi.

³⁶ Ivi.

dimensione affettiva e solo dopo, in quella medica e scientifica: «la scienza spiega l'esperienza ma non per questo la annulla³⁷» dice Canguilhem.

Per concludere, la buona salute è quella che permette di «poter cadere malati e risollevarsene», cioè, è colei che permette di andare al di là della propria capacità abituale. Questo significa che, per l'organismo sano, realizzare la propria natura significa non mantenersi sempre nel proprio stato ma significa affrontare dei rischi e quindi la possibilità di reazioni catastrofiche. Questo si realizza nella costante relazione con un ambiente diverso, che richiede strategie di adattamento diverse e ciò sarebbe realizzabile tramite una normatività biologica insita nella vita. In tal senso, perde vigore l'ipotesi direttrice della scienza, che osserva il mondo scomponendolo in parti e definendolo regolato da leggi. Nella teoria sono valide le ipotesi della scienza s'un mondo regolato da regole fisiche e chimiche, ma nell'esperienza del vivente, che è la sua esperienza effettiva di vita, decadono le ipotesi scientifiche ed esiste principalmente una relazione con oggetti qualificati. Per questo, si diceva, che la categoria di salute, come quella di malattia che poi osserveremo, non esiste se non nel mondo qualificato del vivente. I due costrutti si originano innanzitutto nel mondo affettivo-empirico del soggetto e solo successivamente divengono categorie utilizzabili dalle scienze, tramite la scomposizione in parti. Il concetto di salute è dunque innanzitutto un giudizio di valore che il soggetto riferisce a sé stesso e che il medico è in grado di utilizzare, come aveva anticipato Jaspers, proprio in seguito al fatto che il paziente già qualifica sé stesso in qualche modo. Decade in questo modo il costrutto di salute definito in modo quantitativo dalle scienze, che può così tornare alla sua dimensione d'origine, quella affettiva qualificata del vivente concreto.

Che cos'è il patologico?

Nel tempo, la medicina ha utilizzato dei concetti equivoci di malattia, confondendo questo costrutto con quello di anomalia e anormale.

Che cosa vuol dire anomalia? Anomalia proviene dal greco an-omalos (omalos: unito, uguale, liscio) ed assume il significato di irregolare, disuguale (in particolare in riferimento a terreni). È un termine descrittivo, utilizzato per descrivere un fatto.

³⁷ Ivi.

Cosa vuol dire anormale? Anormale proviene dal greco a-nomos ed assume il significato di «contro la norma, contro la regola». È un termine che dunque si riferisce ad un valore normativo.

Riprenderemo adesso una concezione che si adatta meglio alla nostra trattazione. Tra gli autori che hanno definito il ruolo dell'anomalia nel fatto biologico o vitale, è sicuramente da citare Geoffroy Saint-Hilaire. Secondo quest'ultimo, l'anomalia è un fatto biologico che non è tale in riferimento alle leggi della natura, ma è tale in riferimento alle leggi dell'uomo (e, in particolare, dei naturalisti). Egli mette dunque in relazione l'anomalia con quello che definisce il tipo specifico o la variazione individuale (sono i tratti comuni alla maggior parte degli individui che compongono una specie) e definisce l'anomalia come lo scarto rispetto a ciò che si presenta nella «maggior parte», cioè, è ogni particolarità organica. In tal senso, possiamo definire l'anomalia come un elemento di variazione individuale che implica che due individui non possano sostituirsi l'uno all'altro indifferentemente. Essa non è di per sé patologica, ma è diversità. La diversità è colei che mantiene quel carattere di peculiarità che è tipico della scienza biologica e non di altre, tale per cui è mantenuta la normatività vitale.

Che cos'è il patologico? Il termine patologico proviene anch'esso dal greco «pathos» ed indica un sentimento concreto di sofferenza o di «vita impedita». Il termine patologia è riferito all'anormale in quanto costituisce ciò che va contro una norma, la norma vitale. La malattia è dunque lo stato contro cui l'organismo lotta per continuare a vivere e ristabilire la norma della vita. Essa si distingue dall'anomalia. La malattia, infatti, si manifesta in successione cronologica nel senso che interrompe un corso, andando a costituire un qualcosa di critico. L'anomalia, invece, si manifesta nella molteplicità spaziale ed è congenita. Essa può trasformarsi in malattia nel momento in cui vengono invertite le funzioni vitali dal ruolo che hanno effettivamente ad un altro, che assume un valore vitale negativo. Essa cioè, si trasforma in malattia nel momento in cui muta il modo in cui l'individuo si relaziona alla propria attività e a come si rappresenta il proprio valore e il proprio destino. In questo caso, l'anomalia che diventa malattia, si trasforma in invalidità. L'invalidità è «limitazione forzata di un essere umano ad una condizione unica e invariabile» giudicata negativamente in relazione all'ideale di essere umano, cioè l'adattamento a tutte le condizioni. In questo caso il soggetto ha una norma unica di vita, che dunque è vissuta come privazione.

Che cos'è quindi il patologico? Non è l'assenza di una norma biologica, ma è la comparsa di una nuova norma che respinge la vita. Nella sua definizione, è importante tenere a mente la distinzione con l'anomalia (espressione della varietà biologica) di cui si diceva sopra. Nella definizione di patologico, è il vivente ad avere un ruolo di primaria importanza: «in materia di norme biologiche è sempre all'individuo che bisogna riferirsi³⁸» spiega Canguilhem. Goldstein e Laugier spiegano che la media statistica non può definire né la normalità né l'anormalità dell'individuo e non possiamo perciò partire da essa per definire che cos'è il patologico. A questo si aggiunge che esiste, come spiega Sigerist, una relatività individuale del normale biologico che spesso una media non riesce a riportare: «Non bisognerà dunque accontentarsi di stabilire la comparazione con una norma risultante da una media, ma, per quanto sarà possibile, con le condizioni dell'individuo esaminato³⁹». Questo fa sì che l'unico a poter giudicare il patologico è l'individuo che lo avverte nel momento in cui «si sente inferiore ai compiti che la nuova situazione gli pone⁴⁰», non riuscendo a generare nuove norme biologiche.

Dunque, il patologico non è l'assenza di una norma, ma costituisce l'insorgere di una nuova norma: una norma inferiore, Quest'ultima è una norma che «non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale, incapace com'è di trasformarsi in un'altra norma» (cfr. definizione di invalidità). La malattia, cioè, fa perdere al soggetto la propria capacità normativa (tipica dello stato normale), cioè la capacità di istituire nuove norme in nuove condizioni. Quello che c'è da tenere a mente è che le manifestazioni patologiche, come afferma Goldstein, non sono un residuo del comportamento normale e non sono il risultato di una diminuzione (come vorrebbe la scienza positiva) ma sono manifestazioni diverse che non si presentano nel soggetto normale né nella medesima forma né nelle medesime condizioni. Il malato è dunque colui che può ammettere soltanto una norma e che è quindi anormale non per l'assenza di una norma, ma per l'incapacità di essere normativo («il malato è malato in quanto può ammettere soltanto una norma⁴¹») e questo fa sì che spesso il malato instauri un rapporto con un ambiente nuovo ma ristretto che corrisponde alla loro incapacità di rispondere alle esigenze di un ambiente normale. Il

³⁸ Ivi.

³⁹ H.-E. Sigerist, *Introduction à la médecine*, trad. fr., Payot, Paris, 1932, tratto da G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi Editore, 2000.

⁴⁰ Ivi.

⁴¹ Ivi.

malato, spiega Goldstein, per questo, è spesso meticoloso, prova gusto per la monotonia e permane in una situazione ristretta che ha la sensazione di poter controllare. In conclusione, il patologico non può essere ridotto ad una variazione lineare del normale che conduce alla scomparsa della dimensione fisiologica, ma esso è piuttosto, la comparsa di una nuova dimensione di vita. Di questa posizione è lo stesso Goldstein che così afferisce alla teoria bergsoniana del disordine, per cui non esiste disordine: esiste, piuttosto, la sostituzione di un ordine abituale con un ordine nuovo, con il quale si può entrare in contatto oppure soffrirne.

Che cos'è la guarigione?

In medicina, guarire significa ricondurre alla norma una funzione o un organismo che se ne sono distaccati. Il medico prende la norma dalla fisiologia che descrive delle funzioni qualificate come normali in riferimento ad una media e che corrisponde ad un ideale per l'attività terapeutica. Così, la medicina converte dei concetti descrittivi (la media, che si basa sull'osservazione empirica) in ideali biologici. Tuttavia, come è stato già ampiamente detto, la media non è un modello in grado di restituirci il costrutto di normale ed anormale e per questo risulta insufficiente anche per definire la guarigione. Inoltre, l'utilizzo di tale strumento presuppone sempre un'equivalenza fra i costrutti oggetto di indagine che risulta essere una riduzione, dal momento che fra i due esiste una differenza qualitativa prima che quantitativa. Ancora, in questa definizione è presupposto che nel processo di guarigione non cambi nulla, ma venga «semplicemente» ristabilito l'ordine che c'era prima della malattia. Ma si è sicuri che la guarigione sia il processo di ristabilimento di uno stato identico a quello precedente alla malattia? Come si può notare, concepire la guarigione in questo modo, presuppone sempre la presenza di un assetto deterministico del reale, per cui salute e malattia sono stati equivalenti e per cui si possa andare dal primo al secondo, senza modificare nulla, con un processo che possiamo definire reversibile. Secondo Goldstein, la nuova salute (quella che per la medicina si guadagna) non è identica alla vecchia: avviene infatti un cambiamento di contenuto. «Guarire, malgrado i deficit, va sempre di pari passo con perdite essenziali per l'organismo e, allo stesso tempo, con la ricomparsa di un ordine⁴²». Per questo viene a crearsi una nuova norma individuale: l'organismo durante la guarigione tende a stabilire

⁴² K. Goldstein, *Der Aufbau des Organismus*, Nijhoff, La Haye, 1934 tratto da G. Canguilhem, *Il normale e patologico*, Einaudi Editore, Torino, 2022.

un nuovo ordine acquisendo delle capacità che gli consentono di ristabilirlo. In questo processo si possono formare delle proprietà nuove rispetto al passato ma che andranno comunque a stabilire delle costanti (es. una nuova pressione sanguigna, un nuovo comportamento psichico). Per noi, dunque, un individuo guarito, che sia da una malattia somatica o psichica, non è identico all'individuo che era prima. Nuovamente, nella concezione positivista si dimentica tutta l'esperienza interna alla malattia, che modifica, che cambia, che trasforma il corpo così come la mente. In un processo di guarigione, terapeutico, l'individuo cambia costantemente: altrimenti non sarebbe resa possibile alcuna guarigione. Per quanto riguarda la psicologia, la psicoterapia esiste proprio per instillare il seme del cambiamento, un cambiamento che ha una matrice contemporaneamente relazionale ed individuale. Questo ci permette di dire che la vita non permette la reversibilità, cioè di tornare ad uno stato identico a quello precedente la malattia, ma concede delle riparazioni che sono delle dimensioni vitali del tutto nuove. Per tutte queste ragioni, preferiamo di più definire la guarigione come risalire da «un precipizio di impotenza⁴³». Questa definizione permette di sottolineare l'importanza di ciò che è cambiato rispetto al vecchio, cioè allo stato di malattia ed è il potere, la capacità decisionale, la possibilità di creazione, la fertilità normativa e vitale.

Conclusioni: un'analisi critica del DSM.

Il DSM è il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, nato nel 1952, si configura come un progetto ambizioso con l'obiettivo di applicare alla psichiatria e alla psicologia un metodo il più possibile condiviso per uniformare le diverse conoscenze prima di quel momento, in balia di diverse scuole di pensiero⁴⁴. Essendo nato nel corpus medico, il DSM cerca, tramite il proprio metodo, di ricalcare quello medico-scientifico. La questione che a noi interessa è se effettivamente il DSM riesca a ricalcare il modello medico e se, tale modello sia effettivamente il più efficace nel valutare, analizzare e comprendere le malattie mentali. Per analizzare correttamente la suddetta questione, iniziamo valutando la teoria o le teorie sulle quali si fonda il DSM.

⁴³ ivi

⁴⁴ "Clinicians and research investigators must have a common language with which to communicate about the disorders for which they have professional responsibility" tratto dal DSM III, Introduzione, p. 14, Janet B.W. Williams, M.S.W., e ancora "In addition, because of the many proposed changes in the classification, it was important to demonstrate its clinical acceptability and usefulness in a variety of settings by clinicians of varying theoretical orientations" ivi, p. 18

Dalla terza edizione del DSM (DSM-III) fino a quella attuale (DSM-V), il manuale statistico dei disturbi mentali si configura, nella propria intenzione, come a-teorico⁴⁵. Ma questo è vero? In realtà, per quanto il presupposto di tale manuale sia quello dell'ateoricità dello stesso, probabilmente per compenetrare le diverse correnti psicologiche e psichiatriche che vi accedono, esso può dirsi afferente a due diverse correnti di pensiero. Una, è quella neo-kraepeliniana, l'altra quella neopositivistica.

La prima, nasce tra la fine del XIX secolo e gli inizi del XX, attraverso Emil Kraepelin, il quale cercò di avanzare una proposta per colmare la supposta insufficienza della precedente classificazione nosografica (XVIII sec) delle malattie proposta da Pinel. Kraepelin, dunque, propone un modello finalizzato ad una conoscenza della malattia caratterizzata da elementi quali: il quadro attuale, il decorso, l'eziologia, l'anatomia patologica, una prognosi e, idealmente, la teorizzazione di un trattamento specifico. In questo modo, la metodologia per valutare la malattia mentale può avvicinarsi maggiormente a quella del metodo medico-scientifico. « Il DSM III muove dall'esigenza di maggior precisione e rigore scientifico nell'individuazione del quadro sindromico, a livello descrittivo, finalizzata alla futura scoperta eziologica. Quindi, una «prima anima» del DSM III è neopositivista neokraepeliniana e crede che la precisa definizione delle sindromi sia il primo passo per una scientificizzazione della psichiatria che alla lunga dovrà portare alla chiarificazione dell'eziopatologia sottostante». ⁴⁶Dunque, un presupposto su cui si fonda il DSM è quello descrittivo⁴⁷, con l'obiettivo kraepeliniano di scoprire, alla lunga, l'eziogenesi delle malattie mentali su un fondamento di tipo organico.

48

⁴⁵ "The approach taken in DSM-III is atheoretical with regard to etiology or pathophysiological process except for those disorders for which this is well established and therefore included in the definition of the disorder" *ivi*, p. 20.; si afferma sempre questo, quando nel DSM V si dice: "Although some mental disorders may have well-defined boundaries around symptom clusters, scientific evidence now places many, if not most, disorders on a spectrum with closely related disorders that have shared symptoms, shared genetic and environmental risk factors, *and possibly shared neural substrates* (perhaps most strongly established for a subset of anxiety disorders by neuroimaging and animal models)"

⁴⁶ Tratto da "Ri-pensare la psicopatologia: sguardo al contesto e al concetto", di Massimo Esposito, Emanuele Guarracino, Roberta Zaratti

⁴⁷ "This approach can be said to be "descriptive" in that the definitions of the disorders generally consist of descriptions of the clinical features of the disorders" *ivi*, p.20; ancora "strict categorical designations. The use of DSM criteria has the clear virtue of creating a common language for communication between clinicians about the diagnosis of disorders" tratto dall'Introduzione del DSM V, p. 10.

⁴⁸ "Undoubtedly, with time, some of the disorders of unknown etiology will be found to have specific biological etiologies", *ivi*, p. 20.; "Ongoing revisions of DSM-5 will make it a "living document,"

Il secondo, ma non meno importante approccio, su cui si fonda il DSM è quello neopositivistico. Il neopositivismo è una corrente che nasce nel 1928 con lo scopo di diffondere una «visione scientifica del mondo», unificando l'intera conoscenza sotto l'egida delle scienze empiriche. Ci si riferisce a tale approccio, quando, il manuale dei disturbi mentali: « a) distingue in modo netto tra ciò che è scientifico e ciò che non lo è; b) considera come non scientifico, da eliminare dal manuale, ogni concetto che sia non verificabile (come a esempio il concetto di conflitto che caratterizzava le nevrosi d'ansia nel DSM-II); c) ritiene che i concetti teorici non direttamente osservabili siano scientifici solo a patto di basarsi su dati osservabili scientificamente; d) considera il piano dei sintomi come un piano osservativo, di cui si può dare descrizione diretta; e) introduce i criteri diagnostici operativi come neopositiviste «regole di corrispondenza»⁴⁹ che servono a connettere il piano descrittivo dei sintomi con quello più teorico delle diagnosi; f) considera le diagnosi come costrutti scientifici proprio in quanto ancorate al piano osservativo (i sintomi) attraverso i suddetti criteri operativi».⁵⁰ Tutto questo, servirebbe a rendere il DSM un manuale in grado di fornire oggettività nella diagnosi, al pari del modello medico-organico.

Tuttavia, noi riteniamo che in questo discorso ci sia una confusione metodologica che ha innanzitutto origine da una confusione epistemologica. Per comprendere tale affermazione, bisognerebbe partire dalla questione «Che cos'è la malattia mentale?»⁵¹ e rispondere in modo adeguato alla domanda. Infatti, se si considera la malattia mentale una malattia con eziopatogenesi organica, non sarebbe del tutto errato utilizzare un metodo che si fondi sulle scienze che trovano il corrispettivo della malattia in un substrato

adaptable to future discoveries in neurobiology, genetics, and epidemiology” tratto dall' Introduzione del DSM V, p. 13.

⁴⁹ “DSM-III provides specific diagnostic criteria as guides for making each diagnosis since such criteria enhance interjudge diagnostic reliability.”, *ivi*, p. 25; “The individual disorder definitions that constitute the operationalized sets of diagnostic criteria provide the core of DSM-5 for clinical and research purposes.” *Ivi*.

⁵⁰ “Oltre l'attuale crisi nosografica psichiatrica”, Massimiliano Aragona, 2014

⁵¹ In realtà il DSM definisce la malattia mentale come segue: “A mental disorder is a *syndrome* characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the *psychological, biological, or developmental* processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above.”

organico (come per quanto riguarda le scienze mediche). Ma per stessa ammissione del DSM⁵², tali substrati non sono noti e per questo motivo, non possiamo considerare la malattia mentale alla stregua di una malattia organica. Ci sembra perciò necessario ridefinire lo statuto di malattia mentale e per fare ciò, utile può essere un passo di Bergson tratto dalla sua opera *Pensiero e Movimento*.

Bergson definisce gli stati psichici non come qualcosa di definito e quantificabile, ma al contrario, come qualcosa di compenetrato nella dimensione della temporalità e dunque in costante cambiamento. Ciò che caratterizza il vivente, ci ricorda Bergson in accordo a Canguilhem, è la sua capacità di generare novità continue e questo è imprescindibile da una dimensione temporale che non si esaurisce in una dimensione quantitativa in cui ogni stato è identico a sé stesso, ma in una dimensione qualitativa che prende il nome di kairologica. Ripensare il vivente, significa, per Bergson, pensare ad un soggetto indefinibile tramite il linguaggio, in quanto in continua trasformazione nel divenire temporale in cui è compenetrato. Questo è fondamentale per ripensare ad una psicologia. Il tempo, ci insegna Bergson, può essere inteso in senso cronologico, cioè come stati segmentizzati e segmentizzabili⁵³, identici a sé stessi (questo senso è quello che al tempo dà la scienza) oppure in senso kairologico, cioè come una continuità di stati compenetrati in una differenza eterogenea, qualitativa (ed è qui possiamo pensare il vivente). Una dimensione cronologica, ci vincola a considerare il tempo in passato, presente e futuro come dimensioni inafferrabili, ormai andate (passato), sempre sfuggenti (attimo presente, che è il «presente di presente» per Agostino) o di cui siamo in attesa (futuro). Ripensare al Tempo, ed è questa una questione importantissima al livello psicologico, significa ripensare al vivente come ad un soggetto che è compenetrato in una temporalità che è contemporaneamente passata, presente e futura. E' solo qui che può esserci la presenza di stati psichici e che può esistere, per estensione, l'inconscio: «Una filosofia che costruisce o completa la realtà con delle pure idee non farà che sostituire o aggiungere,

⁵² “For most of the DSM-III disorders, however, the etiology is unknown”, *ivi*.

⁵³ Per un'analisi del concetto di induzione e deduzione, cfr. “Il significato della vita”, saggio critico al terzo capitolo dell' *Evoluzione creatrice* di H. Bergson: “Indurre significa abolire il tempo, *ric conducendo l'universo a delle grandezze* (p. 179/678). In breve, *deduzione e induzione sono delle operazioni logiche rese possibili solo a un certo livello di stanchezza e rilassamento della coscienza, senza distrazione né allentamento saremmo degli esseri liberi che coinciderebbero con l'universale movimento di creazione, ma non cercheremmo a spiegare, a ridurre le novità a degli elementi identici antecedenti. Dedurre e indurre significa sempre ridurre, cioè quantificare ed identificare, mentre produrre è qualificare e diversificare. Per Bergson, il pensiero logico è la stanchezza dello spirito.*”

all'insieme delle nostre percezioni concrete, questa o quella tra esse elaborata, assottigliata, convertita in idea astratta o generale. Ma nella scelta che opererà di questa percezione privilegiata, vi sarà sempre qualcosa di arbitrario, poiché la scienza positiva ha preso per sé tutto ciò che è incontestabilmente comune a cose differenti, la quantità e non resta alla filosofia (e alla psicologia, parentesi nostra) che il dominio della qualità, in cui tutto è eterogeneo a tutto e in cui una parte non rappresenterà mai l'insieme...».

⁵⁴Dunque, è necessario che la psicologia ripensi al vivente, non tanto come e soltanto il suo oggetto di indagine (presupposto scientifico) ma come soggetto intercalato in un divenire e quindi caratterizzato da eterogeneità (metodo dell'intuizione bergsoniano). In tal senso la patologia e dunque anche la malattia mentale, perde vigore se considerata unicamente in modo quantitativo, cioè tramite le proprie «regole di corrispondenza» e il proprio approccio neopositivistico. Certo, le categorie sono utili e non si sta dicendo che vadano eliminate: l'intelligenza, spiega Bergson, lavora per segmentazione⁵⁵. Quello che però dobbiamo chiederci è se lo statuto di «stato psicologico» inteso come una parte che viene estrapolata da un divenire per poter essere analizzata dallo psicologo, ci soddisfa e se il vivente sia effettivamente rappresentato da tali parti estrapolate: «Ora, in cosa consiste l'operazione con cui lo psicologo stacca uno stato psicologico, per farne un'entità più o meno indipendente? Egli comincia a trascurare la colorazione particolare della persona, che non si lascia esprimere a termini conosciuti e comuni.»⁵⁶ Ed è proprio a quella colorazione particolare, a cui noi aspiriamo. Un assetto categoriale, per quanto utile e necessario, non riesce a riportare e a narrare la complessità dell'esistenza del vivente, che è un essere non riducibile a quelle categorie, in quanto in costante divenire, in quanto essere-nel-mondo (per utilizzare un'espressione heideggeriana), in quanto costantemente compenetrato nella propria storia e nella storia della propria epoca⁵⁷. Su quest'ultimo punto, si trova in accordo Foucault nella propria *Storia della Follia*, in cui spiega che il

⁵⁴ Tratto dal capitolo "La percezione del mutamento" dell'opera *Pensiero e Movimento*, Henry Bergson, Edizione Studi Bompiani, 2000.

⁵⁵ Per un'analisi approfondita sulla concezione della logica in Bergson, cfr. "Il significato della vita" ivi.: "Qualsiasi riduzione riposa su di una geometria naturale, soggiacente l'esercizio naturale, e la cui logica, codice delle identificazioni possibili, non è che la degradazione"

⁵⁶ Tratto dal capitolo "Introduzione alla metafisica" ivi.

⁵⁷ Cfr. anche l'articolo "Beyond the Normal and the Patological: Recent Literature on Georges Canguilhem", Stefanos Geroulanos, 2009: "È chiaro che Althusser (...) ma anche Bourdieu e la sua scuola di sociologia - erano attratti dalla scrittura di Canguilhem per il suo rifiuto del positivismo, la sua distanza da Hegel e la sua costruzione di un sistema per il quale la formulazione e la convalida delle verità scientifiche era *sempre ancorata al contesto sociale, alla storia concreta* e a un sistema di produzione delle proprie verità." (traduzione nostra).

vivente non è mai separato dal procedere storico a cui appartiene e che la follia, quindi la nostra anomalia o patologia mentale, è sempre anche un costrutto definito storicamente. In particolare dal XVII secolo «la ragione finisce per affermare la sua priorità rispetto alla follia, la quale «non acquista significato né valore se non nel campo stesso della ragione»».⁵⁸ Ragione e follia, nella storia ed in particolare a partire dal XVII secolo ad oggi, sono stati considerati due costrutti antinomici, l'uno l'inverso dell'altro e allo stesso modo della patologia, come si vedeva con Canguilhem, l'anomalia o follia è uno svuotamento di ragione, è un valore negativo rispetto alla ragione: «la follia viene posta fuori dal dominio di pertinenza nel quale il soggetto detiene i suoi diritti alla verità: quel dominio che per il pensiero classico era la ragione stessa».⁵⁹ Tuttavia, la malattia mentale non è uno svuotamento, infatti, afferma Foucault: «non bisogna dunque leggere la patologia mentale nel testo troppo semplice di funzioni abolite: la malattia non è soltanto perdita della coscienza, assopimento di una data funzione, obnubilamento di una data facoltà». ⁶⁰E' anche altro: l'essenza della malattia «non sta soltanto nel vuoto che scava, ma anche nella pienezza positiva delle attività di sostituzione che vengono a colmarlo».

⁶¹Come spiegava anche Canguilhem⁶², di cui Foucault è allievo, la patologia non si configura come «semplice negativo», rovescio della medaglia della salute⁶³. Essa non solo scava, ma si afferma come singolarità in una «pienezza positiva». Questo ci consente, insieme all'insieme della nostra discussione, di considerare il patologico e in particolare lo psicopatologico, non alla stregua di una quantità, di una dimensione temporale lineare antecedente, ma nella dimensione della qualità, come un vissuto nuovo, una singolarità, immersa in un tempo compenetrato di passato, presente e futuro. Non ci serve unicamente un presupposto oggettivo che allontani il soggetto, ma un presupposto nuovo, qualitativo, che lo rimetta al centro e che consideri la patologia nella sua «pienezza positiva».

In quest'ultima parte abbiamo quindi voluto elaborare un'applicazione pratica dei concetti di normale e patologico osservati nei primi due capitoli, per osservare come ad

⁵⁸ Citazione di Storia della Follia, M. Foucault, tratto da *ivi*.

⁵⁹ *Ivi*.

⁶⁰ *Ivi*.

⁶¹ *Ivi*.

⁶² Cfr. anche l'articolo *Beyond the Normal and the Patological: Recent Literature on Georges Canguilhem*, *ivi*. per osservare la stretta relazione tra Canguilhem e Bergson: “pensatore (Canguilhem) per il quale l'individualità significa novità irriducibile, relazione particolare con l'ambiente e differenza da altri esseri che sarebbero strutturalmente uguali” parentesi nostra

⁶³ Cfr. anche “il significato della vita”, *ivi*.: “il disordine non è assenza d'ordine, ma presenza di un ordine inatteso”.

oggi, il DSM, che è il manuale diagnostico dei disturbi mentali utilizzato al livello mondiale, presenti le stesse incertezze e lacune che presenta il metodo quantitativo applicato al vivente, analizzato nella prima parte di questo elaborato. Il DSM risulta avere, infatti, dei principi metodologici confusi che derivano da un apparato epistemologico altrettanto confuso. Per quanto si manifesti a-teorico fin dalle sue prime edizioni, infatti, risulta un sempre presente «principio di teoricità» di cui non può fare a meno alcuna scienza. La teoria neokraepeliana e la teoria neopositivistica, sono le teorie di riferimento e tuttavia, non a dovere. Presupposto per l'applicazione della prima è infatti la presenza eziopatologica; quindi, di una causa organica alla base della malattia mentale (di cui ancora non è stato trovato fondamento) e della seconda, una pretesa di oggettività per il costruito oggetto di indagine «la malattia mentale», che tuttavia non viene definita in tal senso. Dunque, l'applicazione del metodo scientifico s'un costruito che non ha una base organica appare non solo insufficiente, ma intrinsecamente scorretto. Si deve dunque rifondare il concetto di malattia mentale, prima di poter individuare un metodo adatto alla sua esplorazione. Occorre, dunque, un'analisi epistemologica, prima che metodologica. Per questo, Bergson individua il vivente, così come il suo divenire psichico, intercalato in una temporalità eterogenea che non può essere detta, se non tramite il linguaggio poetico e artistico. L'autore, proprio sulla base dell'eterogeneità compenetrata che è il vivente, propone un nuovo metodo per comprenderlo, che non è quantitativo, ma pronto a cogliere il vivente in tutta la sua dinamicità vitale: l'intuizione. Tale metodo, è valido per l'autore, non solo nella speculazione filosofica, ma anche in quella psicologica. Per quanto sia necessario un mezzo che segmenti il vivente ed il suo divenire psichico, creando stati, spiega Bergson, il vivente si pone al di là di questa pretesa di oggettivazione⁶⁴. Con le parole di Proust, «la vita è ciò che sgorga» non racchiudibile in uno spazio. Per questo, noi vogliamo considerare il vivente in una prospettiva non solo canguilehiana, ma anche bergsoniana. Vogliamo considerarlo, cioè, come un generatore

⁶⁴ Si rimanda alla biografia di Dagognet su Bergson per comprendere la sua visione propriamente bergsoniana sul rifiuto di un fissismo ontologico: "Dagognet mostra che la priorità della vita come creazione e creatività organizza il rifiuto concettuale di Canguilhem del condizionamento pavloviano e la sua distanza dalle determinazioni meccaniche dell'organismo (ad esempio il DNA inteso come programma per lo sviluppo e il comportamento dell'organismo), alternative che secondo Dagognet Canguilhem rifiutava in quanto fissiste, in quanto sradicavano persino la possibilità di originalità in un organismo" tratto da , *Beyond the Normal and the Patological: Recent Literature on Georges Canguilhem*, *ivi*.

continuo di novità, irriducibile a qualsiasi schema e intercalato nel suo essere-nel-mondo e nella sua storia. Abbiamo concluso con Foucault, che la storia è essenziale per la comprensione di quella che dal XVII secolo viene chiamata follia o anomalia, come ciò che, con un presupposto assolutamente cartesiano, «si allontana dalla ragione». La follia, con tale presupposto, viene considerata un negativo, il rovescio vuoto di una medaglia piena. Ma questo svuota la psicopatologia della sua attività vitale, come direbbe Canguilhem, della sua normatività, cioè della sua originalità come parte di un vivente che crea costantemente novità. Quindi abbiamo deciso che, invece che basarci sul presupposto deterministico-cartesiano che considera la follia come un vuoto, noi la considereremo come ciò che è in grado di produrre una propria «pienezza positiva», che ha, cioè, una propria singolarità ed una propria ontologia. Tutto questo ci consente di riconsiderare il vivente, come una singolarità di stati compenetrati, che non si può quantificare se non per una precisa scelta teorica e quindi metodologica e che, per lo più, sfugge al presupposto della sua determinazione, configurandosi in un divenire che è contemporaneamente passato, presente e futuro. L'anomalia, dunque, non è soltanto l'opposto logico della salute, ma è, in quello stesso divenire, la sua compenetrazione ed è in questa realtà che il vivente si muove. Dunque, non si può considerare il patologico, se non in virtù della salute e tali stati non sono identici ma reali ed è nel reale che nasce la loro distinzione, è nella pratica del vivente, nella sua azione, che nascono il normale e il patologico come concetti, che sono vissuti, prima che teorizzati. Concludiamo dicendo che il vivente non è un'unità ma che, come voleva Bergson, un'eterogeneità irriducibile.

BIBLIOGRAFIA:

G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Giulio Einaudi editore, Torino, 2022.

American Psychiatric Association (APA), *DSM III*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.), 1980.

American Psychiatric Association (APA), *DSM V*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), 2013.

H. Bergson, *PENSIERO E MOVIMENTO*, Studi Bompiani Editore, 2000.

G. Deleuze e G. Canguilhem, *Il significato della vita*, Mimesis, 2006.

Massimo Esposito, Emanuele Guarracino, Roberta Zaratti, *RI-PENSARE LA PSICOPATOLOGIA: SGUARDO AL CONTESTO E AL CONCETTO*, Psychomedia Telematic Review, 2017.

Massimiliano Aragona, *OLTRE L'ATTUALE CRISI NOSOGRAFICA PSICHIATRICA, atque*, 2014.

Stefanos Geroulanos, *Beyond the Normal and the Patological: Recent Literature on Georges Canguilhem*, 2009