



Università
Ca' Foscari
Venezia

**Scuola Dottorale di Ateneo
Graduate School**

**Dottorato di ricerca
in Filosofia
Ciclo XXVIII
Anno di discussione 2016**

***Medicalizzazione, psichiatrizzazione, sessualità e
bioetica
Da Foucault all'ingegneria genetica per tornare a Foucault***

Settore scientifico disciplinare di afferenza: M-FIL/03

Tesi di Dottorato di Francesco Codato, matricola 815341

Coordinatore del Dottorato

Prof. Carlo Natali

Tutore del Dottorando

Prof. Fabrizio Tuoldo

Vorrei ringraziare il professor Fabrizio Tuoldo per avermi aiutato con sempre validi consigli lungo tutto il lavoro di ricerca per la stesura della tesi. Ringrazio anche il professor Pierre-Henri Castel per avermi ospitato presso il CNRS- (CERMES 3- Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société). Vorrei dedicare la tesi ai miei genitori e a Francesca.

Oggi, il mondo sta evolvendo verso un modello ospitalizzato, e il governo acquisisce una funzione terapeutica. La funzione dei leader è quella di far adattare gli individui ai processi di sviluppo, secondo una reale ortopedia sociale [...] Il mondo è un grande asilo, dove i governanti sono gli psicologi, e il popolo, i pazienti. Più passano i giorni, più il ruolo dei criminologi, degli psichiatri e di tutti coloro che studiano il comportamento mentale dell'uomo acquisisce sempre più importanza. Questo si deve al fatto che il potere politico sta acquisendo una nuova funzione, quella terapeutica.
M. Foucault, *Le monde est un grand asile*, in *Dits et Écrits, V. I*, Gallimard, Parigi 2001, p. 1301

Il controllo degli individui da parte della società non si realizza solo attraverso la consapevolezza o attraverso l'ideologia, ma anche nel corpo e attraverso il corpo. Per la società capitalista, è la biopolitica che importa prima di tutto, la biologia, la somatica, il corpo. Il corpo è una realtà biopolitica; la medicina è una strategia biopolitica.
M. Foucault, *La naissance de la médecine sociale*, in *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001, p. 210

Essere moderno non significa accettare se stessi per quel che si è nel flusso dei momenti che passano; significa assumere se stessi come oggetto di un'elaborazione complessa e ostica.
M. Foucault, *Che cos'è l'Illuminismo*, in *Antologia*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 227

INDICE

<i>INTRODUZIONE</i>	Pag. 9
Introduzione	10
Struttura dell'opera	13

PRIMA PARTE

LA SOCIETÀ DELLA NORMA: TRA MEDICALIZZAZIONE E BIOMEDICALIZZAZIONE

1) BIOETICA, SALUTE, NORMA E MEDICALIZZAZIONE

1. Il fine della medicina: l'uomo	17
2. Fare il bene del paziente	24
3. La bioetica come arte dell'interrogazione sul bene del paziente	29
4. Il primo grande quesito in ambito bioetico: cos'è la salute?	37
5. La salute tra norma e normatività	40
6. Medicalizzazione della vita	45
7. Come agisce la medicalizzazione della vita	48
8. Il concetto di guarigione: dalla critica medica all'analisi sociale	52
9. Soggettività medicalizzata	57
10. Il controllo dei corpi e delle azioni sociali attraverso la medicalizzazione: la biopolitica	60
11. Lo stato terapeutico: la medicalizzazione come cornice concettuale e morale della nostra epoca	63
12. La cittadinanza biologica: il ruolo attivo dei cittadini nei processi di medicalizzazione	68
13. Bioetica e medicalizzazione	71

2) LA TEORIA DELLA MEDICALIZZAZIONE DI MICHEL FOUCAULT

1. Come approcciarsi al pensiero di Michel Foucault	75
2. I principali studi su Foucault e la medicalizzazione	81

3. Non esiste un'esperienza originaria della malattia	85
4. Dalla morte dell'uomo all'ordine del discorso	91
5. Genealogia e potere	95
6. Corpo e disciplina	98
7. Disciplina, norma ed esame	101
8. La medicalizzazione della vita	104
9. Economia, medicalizzazione e biopolitica	107
10. Verità e soggettivazione: per un'ontologia del presente	113

3) LA TEORIA DELLA DEMEDICALIZZAZIONE: FOUCAULT, ILLICH E CONRAD

1. Ivan Illich: per una teoria della demedicalizzazione	117
2. Peter Conrad: tra devianza e demedicalizzazione	121
3. Foucault e l'impossibilità della demedicalizzazione	125
4. La demedicalizzazione dell'omosessualità come nuova fonte della medicalizzazione	128

4) MEDICALIZZAZIONE E BIOMEDICALIZZAZIONE: DALLA POPOLAZIONE AL SINGOLO PER TORNARE ALLA POPOLAZIONE

1. I molti modi di dirsi della medicalizzazione	135
2. Adele Clark e la biomedicalizzazione	140
3. Biomedicalizzazione o medicalizzazione?	143
4. Smartphone, tablet e App: la nuova frontiera della medicalizzazione	150

SECONDA PARTE

LA PSICHIATRIZZAZIONE DELLA SESSUALITÀ

5) LA SCIENTIA SEXUALIS COME CARDINE DELLA SOCIETÀ DELLA NORMA

1. Il sesso come dispositivo biopolitico: dall'oggetto sessualità al dispositivo di sessualità	155
2. Da reprimere ad incitare: il potere normalizzante del dispositivo di sessualità	161
3. Sessualità, psichiatria e degenerescenza	164
4. La psichiatria difende la società prendendo in gestione la vita	168
5. Foucault, Szasz e la psichiatrizzazione della sessualità	171

6) CHE COS'È IL DSM? IL FUNZIONAMENTO DELLA PSICHIATRIA ODIERNA

1. Il 1980, un anno fondamentale per la storia della psichiatria	177
2. Le principali caratteristiche del DSM-III	179
3. La diffusione del DSM-III	184
4. La legittimazione della scienza psichiatrica: un viaggio nella storia della psichiatria	187
5. Definire il DSM	194
6. È possibile definire la malattia mentale?	195
7. Come una malattia viene inserita nel DSM	198
8. Il concetto di affidabilità	202
9. Il DSM come creatore della norma	204
10. L'uomo secondo il DSM: il potere del DSM si basa sulla cornice di senso della medicalizzazione	206

7) BREVE STORIA DEL DSM

1. Perché ripercorrere la storia del DSM	209
2. Gli antenati del DSM	210
3. Dalla nascita dell'APA alla comparsa del DSM-I	213
4. Dal DSM-I al DSM-II	215
5. Il DSM raggiunge l'universalità: la comparsa del DSM-III	218
6. I successori del DSM-III	222

8) PSICHIATRIA E SESSUALITÀ

1. La psichiatrizzazione della sessualità: introduzione alla storia di un rapporto	229
2. L'onanismo da problema morale a problema medico	231
3. Tissot e la medicalizzazione della masturbazione	234
4. Le ragioni del successo di Tissot	237
5. Tra Laqueur e Foucault: le due tesi attorno alla nascita della medicalizzazione della sessualità	240
6. Dalla medicalizzazione della masturbazione a Krafft-Ebing	243
7. Lo sviluppo della scienza sexualis	246
8. Sociobiologia, neuroscienze e sessualità: la psichiatria odierna	251
9. Sessualità e soggettività	256

9) IL DISEASE MONGERING

1. Le malattie da mercato	259
2. Foucault e le malattie da mercato	265
3. Disease mongering e soggettivazione sessuale: un modo per concepire la mascolinità e la femminilità	269
4. L'importanza del soggetto per la medicalizzazione	275

TERZA PARTE

LA CURA DI SÉ: LA BIOETICA QUALE STRUMENTO CRITICO

10) LA CURA DI SÉ E IL COMPITO DELLA FILOSOFIA

1. Sessualità, confessione e soggetto	280
2. Scientia sexualis e ars erotica	283
3. La parresia e il ruolo della filosofia	290
4. Filosofia, resistenza e libertà	297

11) DA FOUCAULT ALLA BIOETICA: LA RESISTENZA ALLA MEDICALIZZAZIONE

1. L'importanza di Foucault: le due modalità di resistenza alla biopolitica	304
2. La bioetica come filosofia pratico-critica	308
3. Il coraggio della bioetica: fare il bene del paziente	315
4. La lotta allo stigma in ambito psichiatrico	319

INDICE DELLE OPERE CITATE	330
---------------------------	-----

INDICE DELLE OPERE CONSULTATE	344
-------------------------------	-----

Introduzione

Il nucleo originario della critica rinvia a quel fascio di rapporti in cui si intessono i problemi del potere, della verità e del soggetto. E se la governamentalizzazione designa il movimento attraverso il quale si trattava, nella stessa realtà di una pratica sociale, di assoggettare gli individui mediante meccanismi di potere che si appellavano a una verità, allora direi che la critica designa il movimento attraverso il quale il soggetto si riconosce il diritto di interrogare la verità nei suoi effetti di potere e il potere nei suoi discorsi di verità; la critica sarà pertanto l'arte della disobbedienza volontaria, dell'indocilità ragionata. Funzione fondamentale della critica sarebbe perciò il disassoggettamento nel gioco di quel che si potrebbe chiamare la politica della verità.
M. Foucault, *Illuminismo e critica*, Donzelli, Roma 1997, p. 40

Introduzione

Nella pratica filosofica la nozione del cambiare atteggiamento assume un significato più generale ed esteso, poiché non è più soltanto questione di modificare le proprie opinioni o convinzioni, ma è questione di cambiare il proprio stile di vita, il rapporto con sé con gli altri, e degli altri con se stessi.
M. Foucault, Discorso e verità nella Grecia antica, Donzelli, Roma 2005, p. 70

L'imperativo che guida i nostri giorni, dirige le nostre scelte, anima le nostre speranze e predispone ed orienta i dibattiti, è la volontà di essere sani. Si può addirittura sostenere che l'essere sani sia una delle dimensioni che caratterizzano e costituiscono l'umano, la quale non può in nessun caso venire meno, pena la fuoriuscita dallo stesso consenso sociale. Questa frase potrebbe suonare altisonante e forse lontana dalla verità, poiché tutti noi abbiamo vissuto - almeno una volta nella vita - il contagio di una malattia o una condizione patologica fastidiosa, la quale non ha influito sulla nostra capacità di definirci e di far parte della comunità umana. Eppure, allo stesso tempo, abbiamo sperimentato come la patologia ci limiti nel nostro esprimerci nel mondo, nel perpetuare determinate situazioni e nell'ambire a differenti dinamiche e traiettorie vitali: per tal ragione, possiamo affermare come ognuno di noi farebbe qualunque cosa pur di non cadere nell'orribile condizione di sentirsi malato. Il concetto di malattia non si presenta unicamente in opposizione al concetto di salute, ma diviene antitetico rispetto al concetto di normalità, ovvero quando siamo malati l'accento viene posto sul fatto che noi non rispecchiamo più la salute e le potenzialità che la natura umana può e deve esprimere, il che significa che quando siamo malati non siamo più normali, in quanto deficitiamo di quella forma di attuazione della traiettoria vitale che si definisce normale e ordinaria nella vita di un soggetto umano. Ne segue che, senza rendercene conto, la nostra esperienza ci ha portato a legare in maniera indissolubile il concetto di malattia al concetto di normalità, tanto che riteniamo del tutto normale non voler essere malati, poiché questo stato contribuirebbe a ridurre sensibilmente le possibilità della normale espressione umana. La rivelazione di tale situazione è sicuramente una delle dinamiche più importanti che sottendono al nostro modo di vivere, tanto da farci affermare che il nostro grado di normalità dipende da quanto riusciamo a preservare lo stato di salute, arrivando a sostenere

implicitamente che la stessa salute rappresenti una discriminante prima tra chi è funzionale alla perpetuazione di una società e chi deve migliorare o porre rimedio ad una propria condizione vitale alterata per rientrare a pieno regime nella comunità umana. Questo inestimabile valore che la modernità attribuisce al concetto di salute è oggetto di numerosi studi in ambito filosofico, volti ad evidenziare come al progredire della società e della tecnica si accompagni anche un aumento e una mutazione del concetto di salute e del relativo concetto di normalità. Uno degli esempi che meglio spiegano tale situazione è rappresentato dall'evoluzione della patologia depressiva, che l'OMS ha dichiarato essere la seconda causa di malattia al mondo entro il 2020, dopo le malattie cardiovascolari.

Tale situazione era del tutto impensabile negli anni '70, quando la stessa patologia era considerata molto rara e di difficile diagnosi. Basti pensare che la depressione è una forma di male concepito sin dal mondo greco come una tristezza intensa provocata dall'assenza di causa; tutti i più grandi pensatori, filosofi, medici e psichiatri da Ippocrate a Platone, da Aristotele a Kant, da Pinel a Freud, da Griesinger a Kraepelin, hanno condiviso l'idea che la depressione fosse tutt'altro rispetto alla tristezza con causa, indipendentemente dall'intensità di quest'ultima. Ne segue che la tristezza fosse distinta in due forme: tristezza con causa, la quale non aveva possibilità di essere diagnostica come forma patologica, e tristezza senza causa, situazione che richiedeva l'aiuto medico. Tale modalità millenaria di concepire la malattia depressiva è cambiata attorno agli anni '70 con l'entrata in vigore del DSM-III che ha eliminato la distinzione tra depressione endogena (che si sviluppa dall'interno, dunque senza causa) ed esogena (situazione che proviene dall'esterno, ovvero che ha una causa) decretando che qualunque forma di tristezza di durata superiore a due settimane, tranne quella provocata dalla morte di una persona cara, dovesse essere considerata patologica. In altre parole gli anni '70 hanno rappresentato un momento di rottura con il precedente pensiero relativo alla patologia depressiva, mantenutosi uguale per secoli, e hanno visto un incremento smisurato della stessa patologia, la quale da malattia rarissima è diventata una delle patologie più comuni e più diagnosticate. Si può cogliere come negli anni '70 si è decretato che la normalità dell'uomo, coincidente con il non essere affetti da tristezza patologica, dovesse essere considerata in maniera totalmente diversa rispetto alle epoche precedenti, inserendo nell'ambito del campo medico delle dinamiche espressive umane che sino ad allora non erano mai entrate all'interno del campo strettamente legato alla salute e alla normalità. Questa nuova modalità d'introyettare aspetti della vita all'interno del campo veritativo della medicina prende il nome di medicalizzazione.

Sarebbe un errore, tuttavia, identificare con tale termine unicamente la possibilità di creare nuove forme patologiche, in quanto è necessario cogliere come tale fenomeno rappresenti le coordinate espressive di un ordine di verità che coordina ed orienta le nostre stesse possibilità di essere dei soggetti. In altri termini la medicalizzazione non è un fenomeno isolato che ingloba saltuariamente qualche pratica vitale nell'ambito della medicina; infatti, ad esempio si deve notare come la tristezza non sia stata medicalizzata una volta per tutte negli anni '70, ma la stessa stia continuando ad essere ampliata tanto che con la pubblicazione del DSM-5 (il manuale psichiatrico più utilizzato al mondo), avvenuta nel 2013, anche il lutto viene eliminato quale possibile esimente per la diagnosi di depressione, comportando un deciso aumento del numero delle persone diagnosticate come depresse. Il continuo ampliamento del fenomeno della medicalizzazione della vita e la ridefinizione delle coordinate relative a salute e normalità rappresentano l'esito più visibile di quello che il filosofo francese Michel Foucault ha definito *ordine del discorso*, concetto definibile come l'insieme di quei determinati enunciati esistenti in ogni società che possono assumere valore solo in favore di alcune istanze veritative che soggiacciono e giustificano le stesse enunciazioni. In altri termini, oggi è possibile affermare che la medicalizzazione della vita non sia una pratica isolata che si fonda su altri fenomeni più generali (quali, ad esempio il capitalismo), ma la stessa rappresenta la cornice concettuale e morale su cui l'uomo di oggi edifica il proprio sistema culturale e sociale. La tesi che vado a sostenere in queste pagine mira, in primo luogo, a dare ragione di questa asserzione e, in secondo luogo, a mettere in luce se e come sia possibile riuscire ad allontanare o, almeno, a ridimensionare l'influenza del fenomeno della medicalizzazione nelle nostre vite.

Struttura dell'opera

Il dibattito internazionale attorno al tema della medicalizzazione è oggi vivo più che mai, tanto che l'ultimo convegno della società europea di filosofia della medicina (ESPMH) organizzato nell'agosto del 2015 è stato dedicato proprio a questo tema: per tal ragione vorrei ringraziare il Prof. Fabrizio Turoldo, il quale mi ha aiutato e spronato continuamente a mettere in discussione le mie idee e i miei studi per mezzo di pubblicazioni e presentazioni a convegni nazionali ed internazionali che mi hanno dato la possibilità di confrontare e sottoporre a una serrata critica le idee e i passaggi logici che compongono la struttura di questa tesi. Questo lavoro di ricerca è stato pensato sin dai suoi inizi, non come una pura lettura ed interpretazione delle tesi foucaultiane, ma come un'interrogazione a tutto campo sulla tematica della medicalizzazione, portandomi in tal modo ad approfondire le tesi di Michel Foucault, rivelatesi a mio avviso le più proficue e funzionali al raggiungimento dei due intenti che mi ero prefissato: 1) descrivere il fenomeno della medicalizzazione; 2) cogliere come e se è possibile allontanarlo dalle nostre vite. A questo proposito la prima parte della tesi, intitolata *La società della norma: tra medicalizzazione e biomedicalizzazione*, può essere considerata come una vera e propria introduzione nella quale tratteggio una storia di questo termine e delinea i concetti fondamentali che ne compongono la sua dimensione di senso. In particolare, il primo capitolo è dedicato alla delucidazione dei passaggi logici (attraverso l'analisi e l'esposizione del pensiero degli autori che maggiormente si sono occupati di tale tematica) che permettono di descrivere la cornice di senso della medicalizzazione: salute – normalizzazione – biopolitica – soggettività medicalizzata. Il secondo capitolo è, invece, dedicato all'analisi del pensiero di Michel Foucault rapportato al concetto di medicalizzazione, mostrando come la catena di senso che conduce alla medicalizzazione sia stata teorizzata nel suo complesso proprio dal filosofo francese. Il terzo capitolo ha lo scopo di mettere a confronto il pensiero di Foucault con due degli studiosi, tra i più citati e conosciuti nell'ambito della medicalizzazione: Ivan Illich e Peter Conrad. In particolare, il capitolo si focalizza nel mostrare l'impossibilità di realizzare il fenomeno della demedicalizzazione, quale creazione totalmente altra dalla medicalizzazione. L'ultimo capitolo della prima parte è, invece, dedicato ad un serrato confronto tra le nuove teorie che

riguardano la medicalizzazione, in particolare la teoria della biomedicalizzazione coniata da Adele Clark, e la teoria foucaultiana. In questo caso, l'oggetto della mia critica si focalizza sul concetto di ottimizzazione e miglioramento, il quale viene oggi issato a medium che sposta l'accento dalla normalizzazione del reale, che si perpetua secondo Foucault nella medicalizzazione, alla perpetuazione della volontà singolare che si realizzerebbe con l'introduzione delle biotecnologie e dell'ingegneria genetica.

La seconda parte, intitolata *La psichiatrizzazione della sessualità*, ha lo scopo di mostrare come la sessualità, intesa quale scienza sessuale che nasce e si erge sulla costituzione della psichiatria scientifica, sia l'istanza che permette di accedere al controllo completo dell'individuo, il quale viene catturato all'interno di una rete di normalizzazione che lo avvolge sino in ciò che di più profondo egli custodisce: le sue sensazioni e le sue azioni. Di pari passo, però, il dispositivo sessuale facendo presa sull'individuale diviene in grado di garantire un controllo anche sull'esistenza biologica della popolazione, sulla sua salute e sui processi riproduttivi che la guidano e l'alimentano. Si coglie come attraverso il proliferare di discorsi sulla sessualità, che guidano la stessa nel campo della norma medico-psichiatrica, si creano le possibilità sia per una sottomissione dei corpi che per una difesa del sociale. In altri termini, si mostra come la società della medicalizzazione agisce sull'individuo al fine di regolare e proteggere la società intera. A tal proposito ho dedicato il quinto capitolo alla spiegazione dei passaggi logici che permettono di legare sessualità e psichiatria. I successivi due capitoli invece spiegano cosa sia la psichiatria e come essa operi oggi, in particolare il sesto capitolo spiega cos'è il DSM, il manuale psichiatrico più utilizzato a mondo, e il successivo capitolo fornisce una storia della sua creazione. L'ottavo capitolo è invece dedicato alla ricostruzione della nascita della scientia sexualis, analizzando come e quando la psichiatria abbia iniziato ad interessarsi di sessualità e come oggi tratti tale argomento. L'ultimo capitolo di questa seconda parte è, invece, dedicato al fenomeno del disease mongering, ovvero alla vendita delle malattie, il quale non può e non deve essere considerato come il motore della medicalizzazione, ma quale espressione interna ad essa.

La terza e ultima parte della tesi affronta la seconda questione che mi sono proposto di trattare, ovvero se e come sia possibile allontanare o, quanto meno, ridurre l'influenza della medicalizzazione sulla nostra vita. In particolare il primo capitolo ricostruisce, in linea con le teorie foucaultiane, come il lavoro su di sé, inteso quale lavoro critico, rappresenti l'unica via per realizzare una forma di libertà all'interno della cornice di senso della medicalizzazione. L'ultimo capitolo invece mostra come l'eredità del lavoro critico sul sé teorizzato da Foucault sia oggi ripresa dalla disciplina bioetica, delineando come sia possibile mediante essa

realizzare una forma di libertà e dando un esempio pratico che si realizza nella lotta allo stigma in ambito psichiatrico.

Prima Parte

La società della norma: tra medicalizzazione e biomedicalizzazione

Per pensiero medico, intendo un modo di percepire le cose che si organizza attorno alla norma, ovvero che cerca di separare ciò che è normale da ciò che è anormale, ciò che non fa giustamente il lecito e l'illecito; il pensiero giuridico distingue il lecito dall'illecito, il pensiero medico distingue il normale e l'anormale; esso si dona e cerca di donarsi dei modi di correzione che non sono esattamente dei mezzi di punizione, ma dei mezzi di trasformazione dell'individuo, tutta una tecnologia dell'comportamento umano che è legato a ciò.

M. Foucault, *Le pouvoir una bête magnifique*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, p. 374

1.

BIOETICA, SALUTE, NORMA E MEDICALIZZAZIONE

Medicalizzazione descrive i processi tramite i quali dei problemi non medici cominciano ad essere definiti e trattati come problemi medici, definibili in termini di malattia o disturbo.

P. Conrad, The medicalization of society, The Johns Hopkins University Press, 2007 p. 4

1) Il fine della medicina: l'uomo

Una delle esperienze che da sempre accompagnano l'esistenza umana è quella di voler preservare la salute, ovvero di voler conservare le modalità attraverso le quali un soggetto può esprimersi a pieno regime all'interno della propria società e dunque del proprio mondo. Il concetto di salute acquisisce così un'importanza capitale nella vita e nell'evoluzione antropica poiché, sebbene la storia e le condizioni di organizzazione e di creazione di senso attribuite all'esistenza siano mutate e continueranno a mutare, la possibilità di mantenere l'organismo umano in perfetto equilibrio con le proprie possibilità esplicative e in totale assenza di patologia, dove per patologia si deve intendere tutto ciò che minaccia la possibilità di realizzare le proprie "naturali" competenze, costituisce la costante prima che guida l'agire sociale, tecnico e personale del soggetto umano. A questo proposito lo storico della medicina Gilberto Corbellini scrive: *"le condizioni di vita degli uomini che hanno abitato le diverse regioni del pianeta in tempi successivi sono cambiate, anche come conseguenze dei mutamenti che l'uomo moderno ha prodotto nell'ambiente. In tal senso anche la salute e le malattie umane sono andate incontro a un'evoluzione. Così come le idee e le definizioni della salute e della malattia che nelle diverse culture e in tempi diversi l'uomo ha elaborato¹".* Da questa affermazione di Corbellini si può dedurre che seppur il soggetto umano continui a mutare i suoi usi e costumi e, di pari passo, non abbia alcun tipo di senso paragonare gli strumenti medici odierni, quali le biotecnologie, alle tecniche utilizzate nell'antica Grecia, ha invece senso affermare che la malattia e il suo opposto, la salute, siano delle esperienze che, pur nella loro diversità culturale, hanno caratterizzato la vita di tutti i soggetti succeduti nel mondo in ogni epoca. Ne segue che si può legittimamente affermare che una delle esperienze

¹ G. Corbellini, *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004, pp. 8-9

più comuni nella vita di tutti gli uomini di oggi, di ieri e di domani, sia quella di provare dolore, ovvero di avvertire il proprio equilibrio vitale alterato da qualche situazione che conduce la personale possibilità di espressione nel mondo a subire dei mutamenti non voluti che richiedono di essere eliminati per poter tornare allo stato di normalità. Per riuscire ad eliminare tali inconvenienti di vita - le malattie - nel modo più proficuo è nata sin dagli albori dell'umanità una particolare forma di *téchne* che ha assunto il nome di medicina. Spesso si è soliti sostenere che la medicina sia una scienza che ha come fine quello di debellare le malattie, costruendo così un rapporto che si basa sulla relazione: medicina (soggetto) - cura (mezzo) - guarigione della malattia (fine). Tale descrizione, però, non è esatta e non corrisponde a ciò che la medicina e i medici compiono, poiché come scrive il noto storico della medicina Giorgio Cosmancini: *“si sente spesso affermare, da molti fra gli addetti ai lavori - ricercatori, clinici, docenti universitari -, che la medicina è una scienza [...] Così non è. La medicina non è una scienza, è una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È, in altri termini, una tecnica – nel senso ippocratico di *téchne* – dotata di un suo proprio sapere, conoscitivo e valutativo, e che differisce dalle altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo. La *téche iatrike*, l'originaria *ars curandi*, la *perenne arte della cura*, è una tecnica, un'arte, un mestiere – il mestiere del medico- che ha una sua propria tradizione, una sua propria vocazione, una sua propria cultura. In seno a tale cultura, la tecnica è il mezzo, ma l'*anthropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o primo²”*. In altri termini la medicina è una disciplina che, abbinando e accorpando molti saperi specialistici, assume come proprio fine l'uomo e tenta di costruire una serie di situazioni tecnico-terapeutiche che possano riportare i soggetti a superare il dolore provocato dalla crisi patologica al fine di ristabilire il loro equilibrio vitale. Per spiegare meglio tale situazione si può fare ricorso alle parole di Roy Porter, infatti egli scrive: *“l'uomo ha sempre tentato di proteggere se stesso e la sua famiglia: si tratta di un elemento che è parte integrante dell'istinto di conservazione e della cura dei figli. Tuttavia, sin dai tempi più remoti, curare diviene anche un mestiere svolto da divinatori e da medici stregoni, i quali combattevano le malattie che piovevano giù dal cielo e offrivano rimedi³”*. Da tale frase si può cogliere come l'uomo ha sempre cercato di porre rimedio ai flagelli provocati dalla malattia, tanto che nella prima fase di evoluzione umana si è scelto di utilizzare i riti magici i quali dovevano aiutare a guarire da uno scompenso che veniva considerato di origine sovranaturale, ovvero ci si affidava a dei guaritori-santoni capaci di compiere dei rituali finalizzati a ristabilire la condizione di normalità alterata da una malattia considerata di essenza sovranaturale. Bisogna però notare

² G. Cosmancini, *Il mestiere del medico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. XI

³ R. Porter, *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Carocci, Roma 2004, p. 37

come anche in questo caso l'oggetto primo di questi santoni-guaritori non era la malattia, ma era la possibilità di aiutare l'uomo a superare il flagello patologico che lo aveva colpito. In particolare, secondo lo storico delle religioni Walter Burkert, la concettualizzazione prescientifica della malattia, la quale si basava sulla presenza delle forze divine, si collegava alla possibilità di attuare un cerimoniale religioso in grado non solo di risolvere i problemi patologici propri del soggetto, ma anche di assicurare una modalità propria per tornare alla normalità del soggetto; tale situazione permetteva agli stessi uomini di vivere e di progettarsi nella vita senza troppe paure, poiché essi sapevano che, nel caso fossero stati colpiti da una crisi morbosa, il rimedio divino prodotto dallo sciamano-guaritore avrebbe condotto il soggetto nuovamente al proprio stato di normalità⁴. In altri termini come afferma Corbellini: *“il vantaggio adattivo di postulare e accettare un surplus di significati nel mondo contrasta con le modalità di spiegazione delle scienze empiriche [...] i rituali escogitati e riutilizzati in queste occasioni possono anche apparire inappropriati o superstiziosi. In realtà hanno un senso, in quanto servono a costruire e ricostruire mondi di significati che possono spesso rivelarsi efficaci sul piano del controllo dell'ansia e della paura”*⁵.

La prima comparsa in Occidente di una medicina essenzialmente laica, dunque slegata da situazioni sovranaturali, si ebbe con Ippocrate e con tutti i suoi discepoli, che si diffusero nel mondo di lingua greca nel V secolo a.C.. Essi screditarono i guaritori tradizionali e religiosi sviluppando un ideale elitario di identità professionale che promuoveva una cura basata sulla conoscenza della natura, dunque considerando sia la salute che la malattia come fondate sulle leggi naturali e non nel sovranaturale⁶. A questo proposito Georges Canguilhem sostiene: *“per secoli, in molti luoghi, la malattia è stata interpretata come una possessione da parte di un essere maligno, su cui solo un taumaturgo poteva trionfare, o come una punizione inflitta da un potere soprannaturale a un deviante o a un impuro. [...] in Grecia, le prime forme di cura e di terapia sono di carattere religioso. Asclepio, figlio di Apollo, è il dio guaritore di cui i sacerdoti sono solo gli emissari. È nel tempio di Asclepio che i pazienti sono ricevuti, esaminati e trattati secondo precisi riti [...] si può parlare davvero di medicina greca solo dall'epoca ippocratica, cioè a partire dal momento in cui le malattie vengono trattate come disordini corporei sui quali si può tenere un discorso comunicabile che concerne sintomi, presunte cause, possibili sviluppi e condotte da osservare per correggere i disordini”*⁷. Ciò che gli ippocratici compirono fu, dunque, un passaggio epocale che portò la concezione della

⁴ W. Burkert, *La creazione del sacro. Orme biologiche nell'esperienza religiosa*, Adelphi, Milano 2003

⁵ G. Corbellini, *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004, pp. 33-34

⁶ Cfr. S. B. Nuland, *I figli di Ippocrate*, Mondadori editore, Milano 1992; I. Cavicchi, *L'uomo inguaribile, il significato della medicina*, Editori Riuniti, Roma 1998

⁷ G. Canguilhem, *Le malattie*, in *Sulla medicina*, Einaudi, Torino 2007, pp. 13-14

malattia da un terreno di essenza magica ad un terreno naturalista e organicista, organizzando il sapere medico entro tale ambito. Essi eliminarono, così, l'eccedenza di significato, confinando il terreno della malattia nel campo della stretta biologicità. Il mondo greco offre quindi la comparsa di quella particolare forma di *téchne* che prende il nome di medicina e che acquisisce ancora oggi una portata eccezionale. Bisogna, però, notare come sebbene il sapere medico venga da Ippocrate in poi slegato dalle credenze magiche e si ponga come proprio obiettivo la cura delle patologie, esso non viene mai denaturato dalla ricerca e dall'esercizio del proprio fine, ovvero creare il bene per l'uomo e per la sua vita. Per cogliere tale sfumatura si può far riferimento all'opera di Ippocrate dal titolo *Sulle malattie delle donne*, dove il padre della medicina invita chiunque intendi esercitare la professione medica a volgere lo sguardo verso tutto il corpo del soggetto malato e considerare la *Physis*, cioè le costituzioni individuali, attribuendo, così, importanza a tutta la dimensione dell'esistenza umana. Platone, che nel dialogo *Fedro* compie un elogio di Ippocrate e della sua medicina, riprende e condivide la tesi ippocratica per cui la terapia non può ridursi esclusivamente alla parte in cui la malattia manifesta i suoi sintomi e sostiene l'esigenza di giungere a una visione unitaria dei fenomeni di vita attinenti alla salute e alla malattia. Dunque, Platone sostiene che l'esclusiva attenzione al corpo possa costituire un limite effettivo per l'arte medica e la salute non possa pensarsi come pura assenza di malattie, a tal proposito nell'opera *Alcibiade* riporta che Socrate sostiene: “*conoscendo noi stessi potremo sapere come dobbiamo prenderci cura di noi, mentre se lo ignoriamo non lo possiamo proprio fare*⁸”. In altre parole Platone lega la possibilità di cura alla dimensione della comprensione individuale del soggetto, decretando una modalità di concepire il concetto di salute che abbraccia la totalità della persona, difatti nell'opera *Carmide* Platone fa asserire a Socrate: “*questa è la ragione per cui ai medici greci sfugge la maggior parte delle malattie, poiché essi trascurano di prendersi cura della totalità dell'uomo, senza la cui piena salute non è possibile che la singola parte sia efficiente*⁹”.

Platone concepisce, così, la salute come una giusta proporzione, come *metrion* (giusta misura), armonia naturale determinata da un equilibrio di rapporti, affermando che sebbene la medicina debba prendere ad oggetto le malattie, esse non possono e non devono costituire il fine ultimo della medicina, poiché il fine rimane sempre e comunque l'uomo e la sua possibilità di esplicitarsi nel mondo. Non a caso nella *Repubblica* sostiene: “*non è vero che nessun medico, in quanto medico, ha di mira e prescrive l'utile del medico, ma quello del malato? Si è rimasti d'accordo che il vero medico è uno che governa i corpi, ma non un uomo*

⁸ Platone, *Alcibiade Maggiore*, 129a

⁹ Platone, *Il Carmide*, 156c

*d'affari. O no?*¹⁰”. Platone sostiene che il medico deve padroneggiare una scienza al fine di fare l’utile del malato, ovvero di ristabilire l’ordine naturale che è stato compromesso a causa di un agente patogeno, però il fine diventa non la mera risoluzione di una condizione, ma aiutare l’uomo a superare la propria dimensione di crisi patologica. Quindi sebbene la malattia venga identificata da Ippocrate e dai successori, compreso Platone, quale fenomeno indagabile di per sé, ovvero senza far riferimento alla sua genesi mitica o trascendentale, non è presente all’interno del mondo Greco una frattura tra malattia e malato, e la malattia viene concepita quale esperienza umana che deve essere studiata al fine di garantire e assicurare una miglior vita possibile all’uomo.

La linea evolutiva della medicina sancita da Ippocrate e dai suoi allievi ebbe in Aristotele uno dei suoi massimi rappresentanti, il quale pur sostenendo che la tecnica medica dovesse perseguire la ricerca delle cause che portano alla salute secondo un determinato ordine naturale¹¹, asserì anche che il medico non si deve mettere alla ricerca dell’idea di salute, ma deve perseguire la salute di un uomo concreto¹². Era essenziale ricercare un criterio generale che potesse far sì che il medico sapesse decifrare in maniera chiara e precisa la malattia e potesse così determinare la ragione per cui un determinato tipo di cura ha successo¹³. In altri termini, Aristotele organizzò il sapere medico attorno all’osservazione e alla classificazione, sostenendo che una malattia dovesse contraddistinguersi per avere una precisa causa osservabile e comunicabile in modo oggettivo¹⁴, ma tale comunicazione non doveva servire in sé, ma doveva rivelarsi utile all’uomo e alla sua possibilità di raggiungere la felicità e la sua progettualità nel mondo. Tale modo di concepire la medicina quale *téchne* che ha come proprio fine l’uomo si protrae, anche se in modi culturalmente diversi, lungo tutta la successiva storia dell’arte curativa e trova la propria consacrazione nel periodo illuminista, periodo in cui le scienze e le ragioni assumono le caratteristiche essenziali dell’atteggiamento umano e conducono il mondo ad interrogarsi sul nesso causa ed effetto che ancora oggi rappresenta il nostro modo di vedere le cose, grazie agli indimenticabili lavori di Pierre Jean Georges Cabanis e Claud Bernard. Cabanis, nel 1788, scrive uno dei saggi che sarà destinato a segnare la storia della medicina, ovvero *Du degré de certitude de la Médecine*, nel quale si sofferma a ragionare sul significato della medicina e tenta di ridimensionare le critiche in voga nel settecento, che proprio per voler condurre l’interrogazione del reale sotto l’ottica della ragione, tendevano a sminuire la portata della medicina. Per rispondere a queste

¹⁰ Platone, *Repubblica*, 342 d

¹¹ Cfr. Aristotele, *Retorica*, I 5, 1362a2-4.

¹² Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, I 6, 1097a8-13

¹³ Cfr. Aristotele, *Metafisica*, IV 5, 1010b 11-14

¹⁴ Cfr I. Cavicchi, *L’uomo inguaribile, il significato della medicina*, Editori Riuniti, Roma 1998

obiezioni Cabanis si richiama proprio ad Ippocrate mostrando come il sapere che dal medico greco in poi si è imposto non è un sapere inutile, ma è ciò che permette di assistere e di aiutare l'umanità nel senso pieno e universale che la parola "assistere" può assumere. Per tal motivo egli sostiene che la medicina non è una vera e propria invenzione umana, ma essa nasce come risposta naturale insita nella dimensione squisitamente umana relativa all'esperienza più comune che assale la stessa esistenza terrena: la sofferenza. A questo proposito scrive: *"la morte è il termine inevitabile della vita; il dolore è, come il piacere, l'appannaggio di tutti gli esseri sensibili. Soffrire e morire rientra nell'ordine della natura esige che gli esseri animati siano sottoposti all'azione di tutto ciò che li circonda e che la varietà delle modificazioni, che essi subiscono in questi loro continui urti, sia sempre proporzionale alla delicatezza dei loro organi e alla nobiltà delle loro funzioni [...] soffrire e morire sono dunque una conseguenza necessaria della nostra condizione. Ma una conseguenza altrettanto inevitabile della prima fra le nostre tendenze è il desiderio di prolungare la vita e di sfuggire al dolore. La stessa natura ci insegna a mutare uno stato doloroso, a portare la mano sulle parti dolenti del nostro corpo ¹⁵".* In altri termini egli afferma che la medicina sia una tecnica naturale nata dal bisogno dell'uomo di porre rimedio al proprio dolore. Cabanis suggerisce, così, che le pratiche mediche siano radicate nell'essere profondo dell'uomo, ovvero costituiscano una parte assolutamente fondamentale e imprescindibile della vita naturale umana¹⁶. Per tal ragione il medico francese sostiene che nessuna civiltà succeduta sulla terra abbia potuto fare a meno di riflettere e di organizzare dei mezzi, delle arti e delle tecniche che potessero disciplinare e porre fine al dolore tentando di prolungare la vita. Per Cabanis il dolore è una costituzione naturale dell'uomo e nomina tale specificità con il termine *sensibilità*. A tale rilevazione segue che se la natura ha permesso che il dolore sia una prerogativa di tutti gli esseri sensibili, essa ha anche creato la tendenza istintiva a fuggire da esso e a cercare di alleviarlo. In poche parole Cabanis sostiene che non solo il dolore sia una delle costituenti dell'esperienza umana, ma che il tentare di porre fine allo stesso sia un'altra costituente prima ed ineliminabile. Ne segue che la prima certezza della medicina sia data dal suo carattere necessario e morale, a questa si accompagna il rigore della professione, poiché il medico deve essere colui che, pur rivolgendosi al dolore universale dell'uomo, sa promuovere il sapere attorno alle patologie comunicandolo in modo chiaro alla società. Inoltre, egli deve agire osservando, testando l'uomo ed identificando delle unità patologiche prime che si caratterizzeranno in maniera simile in tutti gli altri esseri umani, senza mai accontentarsi della sola rilevazione schematica delle patologie, perché

¹⁵ P. G. J. Cabanis, *La certezza della medicina*, Laterza, Torino 1974, pp. 9-10

¹⁶ Vedi Ivi, p. 26

queste acquisiscono caratteri differenti a seconda del soggetto che colpiscono. Perciò, per Cabanis, il medico deve seguire il compito che Ippocrate aveva designato per tale professione, ovvero deve essere un uomo di scienza quotidianamente votato ad un'opera di confronto delle patologie, di cura delle stesse, di istruzione dei soggetti alla salute, ma tali compiti devono rappresentare solo il mezzo atto a raggiungere il fine specifico della medicina che s'instaura nella creazione delle possibilità di compiere e di portare il bene del paziente, cioè di raggiungere un grado di giustizia e uguaglianza terapeutica comune a tutti gli uomini, poiché essi si parificano nelle loro caratteristiche universali di provare dolore¹⁷.

Se Cabanis è colui che mostra, riprendendo le teorie ippocratiche, come la certezza del medico si basi su una componente morale-universale, colui che elabora con maggior profitto la tesi ippocratica della scientificità dell'agire medico è Claud Bernard. Infatti, egli nel 1865 coniò la definizione di *medicina sperimentale*, ritenendo che lo scienziato-medico dovesse costituirsi come il fotografo della natura, cioè come il solo protagonista in grado di vincere il grande rischio della malattia. A questo proposito scrive: *“la medicina sperimentale è quindi una medicina che ha la pretesa di conoscere le leggi dell'organismo sano e malato in modo che essa non preveda solo i fenomeni, ma in modo che essa possa regolarli e modificarli entro certi limiti [...] si può così percepire facilmente che la medicina diviene sperimentale, e che tutti i medici che somministrano dei farmaci attivi ai loro malati cooperano all'edificazione della medicina sperimentale”*¹⁸.

Dunque, secondo Bernard, il medico deve applicare il metodo sperimentale, comune a tutte le altre scienze (secondo la mentalità propria dell'ambito illuministico), anche agli eventi che riguardano la stretta connessione delle funzioni del vivente. Per tal ragione la medicina sperimentale diviene una pratica che, non solo vuole conoscere le leggi dell'organismo sano e malato, ma vuole poter modificare tali regole al fine di porre il paziente nella miglior situazione vitale possibile e, per fare ciò, deve prima di tutto descrivere e catalogare le alterazioni in tabelle tassonomiche rigorose, le quali devono servire, proprio come sosteneva Cabanis, da universali per inquadrare le diverse problematiche patologiche. Si può, così, affermare che Bernard sia il padre della medicina così come oggi noi la intendiamo, ovvero come un sapere scientifico che ha ad oggetto lo studio della vita e delle funzioni dell'uomo, al fine di coglierne la normalità e di poterla preservare e migliorare tramite la cura delle istanze patologiche. Riassumendo con le parole di Cabanis possiamo dire che l'uomo si contraddistingue, indipendentemente dall'era in cui è nato, per la volontà di porre fine al proprio dolore e per dar vita ad un insieme di tecniche atte a compiere tale missione, le quali

¹⁷ Cfr. Ivi, p. 80

¹⁸ C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Flammarion, Paris 2008, p. 339

diventano completamente laiche grazie al lavoro di Ippocrate che pone le basi per la creazione e l'instaurazione delle medicine. Tale tecnica prodotta da Ippocrate viene innalzata a rango di scienza dal lavoro di Claud Bernard, il quale dona la possibilità a tutta la medicina successiva di porsi come scienza e di esercitare il proprio compito scientifico di cura delle crisi morbose che assalgono la vita dell'uomo. Questo compito, però, non corrisponde al fine della medicina, la quale assume come proprio compito finale il produrre il bene del malato, ovvero recuperare la sua naturalità perduta. Per tal ragione si può affermare che la medicina sia una disciplina che ha a cuore il bene del paziente, il quale si può realizzare solo attraverso la rimozione delle condizioni patologiche che non consentono la possibilità di esercitare le sue naturali funzioni. La medicina è come sosteneva Ippocrate, un sapere sull'uomo che pone al centro della propria riflessione e della propria pratica l'uomo: prova di ciò è il fatto che tutt'ora i laureati in medicina sono chiamati a professare il giuramento d'Ippocrate, riconoscendo, se non il significato letterale, il valore simbolico di portata perenne di tale insegnamento. In particolare all'interno di tale giuramento si può leggere: *“adotterò un regime di vita per il bene dei malati [...] in qualsiasi casa andrò, io vi entrerò a giovamento dei malati¹⁹”*. In conclusione è possibile affermare che la medicina da Ippocrate ai giorni nostri assume come proprio fine l'uomo, cercando di mettere in campo ogni tipo di azione in grado di realizzare il bene del soggetto malato che lo possa riportare ad operare attivamente all'interno della società.

2) Fare il bene del paziente

Nel paragrafo precedente abbiamo messo in luce come la medicina sia una scienza volta all'agire pratico, ovvero alla possibilità di produrre delle innovazioni che possano aiutare l'uomo nel suo cammino di vita. In altri termini la medicina cerca di agire sulle patologie al fine di modificarle e di rendere innocue, in modo che il soggetto possa esplicitare la propria naturalezza riuscendo a progettarsi nel mondo della vita. Si è così colto come l'oggetto dell'agire medico non è la malattia, ma essa è solo un mezzo per produrre una riflessione che si concretizza in un'azione pratica sull'uomo. A questo proposito Hans Jonas scrive: *“occorre osservare che per il medico la materia su cui egli esercita la sua arte, la materia che egli elabora, è anche il suo scopo ultimo e cioè l'organismo umano vivente come fine a se stesso.*

¹⁹ *Il giuramento di Ippocrate*, Alboversorio, Milano 2013, p. 13

Il paziente, quest'organismo appunto, è l'alfa e l'omega della finalità della cura [...] al medico lo scopo è dato dalla finalità interna del suo oggetto, la materia prima è già l'ultimo e il tutto, e cioè il paziente, e il medico si deve identificare con la finalità proprio di quest'ultimo. Questa è di volta in volta la salute²⁰”.

Al centro della medicina c'è l'uomo nella sua essenza più misteriosa e fragile, dunque nella sua dimensione di esistenza e di salute; il sapere medico ha perciò origine nella condizione costitutivamente umana del non-sapere che spinge ad interrogarsi attorno alla risoluzione di problemi oscuri – le malattie - che hanno la peculiarità di riguardare il rapporto dell'uomo con la verità del mondo, ovvero con la modalità e le possibilità di avere un mondo. Tale asserzione permette di rinvenire una caratteristica prima che contraddistingue l'agire medico che è quella di non poter mai essere ridotta a sapere certo e definitivo, poiché la sua essenza la spinge a progredire continuamente e a mettere a soqquadro tutto il proprio edificio terapeutico al fine di adattare le proprie tecniche ai bisogni e alle domande dell'uomo. La medicina può essere così definita attraverso l'elenco di tre caratteristiche: 1) assumere l'uomo al centro del proprio agire; 2) prendere origine dalla dimensione umana del non-sapere; 3) non potere mai essere ridotta ad un sapere certo e definitivo; tali caratteristiche possono essere considerate come le basi costitutive di un'altra disciplina: la filosofia²¹.

Il filosofo francese Maurice Merleau-Ponty nella propria lezione inaugurale al *Collège de France* tenuta il 15 gennaio 1953 avvia una riflessione sulla filosofia che mette in luce come l'essenza e la funzione del pensiero filosofico sia da cercarsi nell'ambito del sapere e della cultura, detto in maniera più generale nell'ambito della vita. Secondo Merleau-Ponty il sapere filosofico ha la sua origine nella condizione socratica del non-sapere, e in questo senso, la filosofia non può mai essere ridotta a scienza, così come il non-sapere umano non può mai venir risolto in un saper certo e definitivo. La filosofia si colloca così, come la vita di ogni uomo, fra trascendenza assoluta del valore e l'immanenza radicale della storicità. A questo proposito il filosofo francese scrive: *“la filosofia non può essere un confronto solitario del filosofo con la verità, un giudizio emesso dall'altro sulla vita, sul mondo, sulla storia come se il filosofo non ne facesse parte²²”*.

Come sostiene Sini per Merleau-Ponty *“la filosofia è quindi un esercizio di ricerca che affronta il compito impossibile di dire e raggiungere il cuore dell'essere, misurandosi ogni*

²⁰ H. Jonas, *Tecnica, Medicina ed Etica*, Einaudi, Torino 1997, pp. 109-110

²¹ Una trattazione della tematica attorno alla possibilità di avvicinare o di equiparare la filosofia e la medicina ho avuto modo di affrontarla e approfondirla all'interno del volume: F. Codato, *Il diritto di essere tristi per una filosofia della depressione*, Alboversorio, Milano 2015. In particolare qui ripropongo una piccolissima parte che mi serve ad affrontare la tematica che si svilupperà in questo paragrafo che si può trovare, non nella medesima forma, nella p. 14 del volume.

²² M. Merleau-Ponty, *Elogio della filosofia*, Solfanelli, Chieti 2013, p. 33

giorno con l'inadeguatezza della sua pretesa, ma, tuttavia celebrando in questo smacco ripetuto e sempre di nuovo tentato il senso irrinunciabile della sua impresa²³". Dunque, la filosofia è una disciplina che parte dall'uomo e s'interroga su di esso, riconoscendo che ogni suo ragionamento muove dall'incertezza del non sapere e non potrà mai essere oggettivato e raccolto in un campionario di espressioni da eseguire. Si coglie come i tre punti che caratterizzano la medicina costituiscono anche le fondamenta della filosofia e le analogie tra le due discipline non si limitano solo a questo. Come sostiene ancora Merleau-Ponty: "*il filosofo non accetterà mai di esercitare il suo volere contro gli uomini, né che gli uomini lo esercitino contro di lui, o contro la verità, né la verità contro di loro*²⁴", per tal ragione il filosofo, proprio come il medico, mira al bene dell'uomo e tenta con la propria azione di ottenerlo attraverso l'indagine della realtà, non accettando che qualcuno la mistifichi a proprio uso e consumo. Il filosofo non accetta, quindi, di essere screditato da chi ha interessi a non farlo parlare, così come il medico non accetta di essere fermato nel suo lavoro di ricerca verso la cura di alcune malattie da chi ha interessi nel non farlo proseguire. Medico e filosofo si accomunano, così, nel tentare di dare delle risposte, da punti di vista differenti, a domande che riguardano l'essenza del nostro essere qui e del nostro esplicitarci nel mondo; esse vanno quindi a braccetto, poiché dove è presente l'una non può non essere presente anche l'altra ed è per tal ragione che uno dei più famosi filosofi francesi del novecento Georges Canguilhem ha affermato che: "*quale che sia l'interesse di uno studio delle malattie che tenga conto della loro varietà, della loro storia, del loro esito, tutto ciò non deve eclissare ad ogni modo l'interesse per quei tentativi di comprensione del ruolo e del senso della malattia nell'esperienza umana*²⁵".

Si coglie come al centro del discorso della medicina, proprio come in filosofia, ci siano le possibilità di riflessione atte a poter creare le condizioni per far sì che l'uomo possa portare a buon fine la vita. Quest'ultima affermazione, portare a buon fine la vita, costituisce anche l'oggetto di quella particolare pratica filosofica che Aristotele nomina *etica*, la quale si deve occupare dell'agire umano, inteso come possibilità di identificare una prassi necessaria per condurre a buon fine la vita umana. Da Aristotele in poi il termine *etica* si riferisce proprio alla riflessione sull'agire dell'individuo all'interno di una struttura sociale che lo comprende. Infatti, ciò che noi chiamiamo *etica* è una parola che deriva dal greco antico *ἦθος* (*èthos*), che può essere tradotta in italiano con il termine *carattere*, *comportamento* o *costume* e che indica una certa branca del sapere che, attraverso lo studio dei comportamenti, assegna uno status

²³ C. Sini, *Introduzione*, in *Elogio della filosofia*, Solfanelli, Chieti 2013, p. 6

²⁴ M. Merleau-Ponty, *Elogio della filosofia*, Solfanelli, Chieti 2013, p. 35

²⁵ G. Canguilhem, *Le malattie*, in *Scritti sulla medicina 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007, p. 20

deontico, ovvero buono e moralmente giusto, oppure rifiuta, alcuni atteggiamenti che si svolgono in date comunità umane. Anche se l'etica si costituisce come una disciplina che tenta di trovare dei criteri che possano ergersi a garanti nella distinzione tra giusto e ingiusto, essa non può concepirsi come valevole universalmente, ovvero non esiste la possibilità di identificare una "moralità perfetta", anzi, si può asserire che l'evoluzione della moralità proceda come una linea retta che prevede sia l'acquisizione dei criteri di scelta derivanti delle civiltà precedenti, che l'integrazione degli stessi con le modifiche che si rendono necessarie per assimilare le innovazioni scientifiche e non solo che il tempo attuale apporta. In altri termini, quando si parla di etica bisogna coglierne il sostrato comune che è quello di svelare ed edificare dei meccanismi che consentono di portare a buon fine la vita umana, ma essi assumeranno delle esigenze particolari di riflessione e attuazione all'interno delle singole ere umane. Proprio come l'etica anche la medicina che assume come proprio centro esplicativo il fare il bene del paziente, cioè la possibilità di aiutare il soggetto ad esplicare e a condurre a buon fine la sua vita, non può mai cessare di interrogarsi su quali significati tale parola "*bene*" assume²⁶. La medicina deve, prima di tutto, precisare cosa s'intenda con il termine "bene del paziente" e cosa s'intenda con il termine "bene". Per cogliere tale situazione si può far riferimento al pensiero di Hans Jonas, il quale nel volume *Tecnica Medicina ed Etica* mette in luce come la medicina è essenzialmente votata, diversamente dalle tecniche, non al dominio del ambiente naturale, ma al perseguire il bene del suo oggetto. Per tal ragione lo scopo principale della medicina secondo Jonas è quello di combattere le malattie, guarirle e alleviare l'umana sofferenza, tale ragionamento per larga parte dell'umanità è stato eticamente indiscutibile e ci si è soffermati, come nel caso di Cabanis, solo a parlare di efficienza della medicina nello svolgere il proprio compito. Oggi, invece, le enormi possibilità fornite dalla tecnica mettono a dura prova l'agire etico del medico e non è per nulla scontato riuscire a valutare quale sia il *bene* che la medicina deve perseguire. Infatti egli sostiene che: "*la tecnica è entrata oggi giorno a far parte di quasi tutto ciò che riguarda l'uomo - vivere e morire, pensare e sentire, agire e patire, ambiente e cose, desideri e destino, presente e futuro - in breve, poiché è divenuta un problema centrale e pressante per l'intera esistenza dell'uomo sulla terra, essa concerne anche la filosofia e deve esistere perciò una sorta di filosofia della tecnologia*"²⁷. Ciò che mette in luce Jonas è che i progressi della tecnica e lo sviluppo della società e delle potenzialità umane mettono in discussione non solo l'ambiente in cui l'uomo opera, ma permettono di discutere anche attorno all'esistenza e

²⁶ Per un approfondimento di questa tematica rinvio al bel saggio di F. Marin, *Il Bene del paziente e le sue metamorfosi nell'etica biomedica*, Bruno Mondadori, Milano 2012

²⁷ H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica, prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 2006, p. 6

all'essenza stessa dell'essere uomo. Basti pensare alle varie modalità che oggi abbiamo di poter agire sui geni (ingegneria genetica), di poter modificare le nascite (eugenetica), di poter migliorare il nostro aspetto fisico (chirurgia estetica), di aumentare le nostre capacità memoniche e psichiche (psychic enhancement) ecc., le quali mettono in discussione la possibilità stessa di poter decidere quale sia il fine buono da perseguire all'interno della medicina. Jonas mette, dunque, in rilievo il fatto che la medicina per secoli non ha dovuto scontrarsi con interrogativi etici pressanti riguardo l'oggetto morale del proprio agire, il bene del paziente, invece a causa dello sviluppo tecnologico odierno sono comparsi una serie numerosa di quesiti etici che mettono in questione non solo quale sia il bene da perseguire, ma anche lo stesso concetto di natura umana. Dunque, come sostiene Fabrizio Turoldo: *“la scienza e la tecnica ci forniscono il mezzo, ma non ci spiegano in che direzione dobbiamo condurlo”*²⁸. La medicina si trova così, oggi, a dover agire per il bene del paziente, ma si trova ad avere a disposizione per esercitarlo una serie molteplice di tecniche, le quali non sembrano poter solo garantire una vita priva dalla paura e dall'angoscia del dolore, ma sembrano poter rivoluzionare le modalità di progettazione dell'uomo nel mondo. In questi termini si può cogliere come la medicina sia una tecnica che agisce in un mondo di valori, - proprio come messo in luce attraverso la citazione di Cosmancini nel paragrafo precedente -, infatti il suo stesso procedere non potrà mai dirsi universale e oggettivo, poiché essa, avendo a che fare con l'uomo, muta le proprie modalità di riflessione e di azione in base all'andamento che lo stesso tiene ed esercita nel compire e nel realizzarsi tramite il proprio progresso. Si può così affermare come la medicina agisca e si basi su un principio morale che è quello di fare il bene per il paziente e, per realizzare tale situazione, non si deve interrogare unicamente sui mezzi tecnici che possono concretizzare tale bene, ma deve concentrarsi anche sulla definizione di cosa sia questo bene e di quanto possa essere compiuto dallo stesso medico. Dunque, come ha asserito Galeno di Pergamo: *“il miglior medico è anche filosofo [...] è chiaro che chi è un vero medico, è sempre anche filosofo”*²⁹, ovvero egli auspicava che nessun medico abbandonasse mai la domanda ontologica fondamentale per la propria pratica: *Cos'è l'uomo?*

Galeno mette in luce come la medicina agisca prima di tutto in maniera morale, poiché avendo come fine il bene per l'uomo - proprio come la filosofia e l'etica filosofica -, il quale non può darsi una volta per tutte, ma muta come mutano il progresso, le aspettative e i desideri dell'umanità, deve come prima cosa continuare ad interrogarsi e decidere cosa sia il bene rapportandolo e confrontandolo all'analisi su cosa sia l'uomo, ma tale ragionamento

²⁸ F. Turoldo, *Bioetica e reciprocità*, Città nuova editrice, Roma 2003, p. 29

²⁹ Galeno, *Il miglior medico è anche filosofo*, I-IV, In *Opere scelte*, UTET, Torino 1978, p. 101

rappresenta un dibattito etico-morale di assoluta difficoltà, il quale richiede dei mezzi e delle modalità per potersi applicare.

3) La bioetica come arte dell'interrogazione sul bene del paziente

Abbiamo dunque capito che la medicina è una disciplina che cerca tramite la propria azione tecnica di fare il bene del paziente tramite il controllo e il superamento del dolore, affinché l'uomo possa esplicare a pieno le proprie potenzialità nell'arco dell'intera vita. Da questo primo ragionamento ne segue che la medicina non si costituisca come mero agire tecnico, ma essa si possa definire quale *pratica basata su scienze che opera in un mondo di valori*. I valori sono costituiti dall'evoluzione sia del concetto di dolore che dei relativi concetti di uomo e di bene per l'uomo. Detto in altre parole, ciò che la medicina attua dipende in larga parte dai valori propri di ogni tipo di società e dal concetto di uomo che da essa ne deriva, ad esempio la società odierna considera assolutamente fondamentale provare il minor grado di tristezza possibile, dunque la medicina persegue come bene per l'uomo l'aiutarlo a superare la condizione patologica della tristezza che non permette una normale possibilità di esplicare le proprie capacità e che inibisce il naturale movimento umano. In epoche precedenti la medesima situazione non sarebbe mai stata pensata come possibilità da attuare, ad esempio mentre oggi la medicina, in particolare la psichiatria, considera di assoluta importanza aiutare a superare il dolore, anche tramite terapie farmacologiche, di tutte quelle persone che stanno vivendo un grave lutto, nella società del settecento, o dell'ottocento o dei primi del novecento tale situazione non si sarebbe mai posta. A prova di ciò si può citare un saggio di Freud dal titolo *Lutto e Melanconia* (1917), nel quale si asserisce come non avesse alcun tipo di senso aiutare medicalmente una persona che avesse subito un grave lutto, poiché tale dolore tipico della sfera umana sarà superato dalla persona stessa, in un tempo variabile, senza ausilio medico. Oggi la situazione è totalmente mutata rispetto al tempo in cui viveva Freud e tale piccolo esempio ci permette di dire che l'idea di uomo, di bene per l'uomo e di ausilio terapeutico che la medicina deve compiere per assecondare tali concetti muta e deve assecondare una scala di valori che dipende in larga parte dalla situazione socio-culturale di una data epoca. La medicina si trova così accomunata alla pratica filosofica, in quanto si trova a confrontarsi con un soggetto e con un fine che è totalmente indeterminato e mutevole nel tempo. A differenza della filosofia la medicina ha però la possibilità, tramite la tecnologia, non solo di assicurare e di ricercare il bene per l'uomo, ma di poterlo mutare e di poterlo prescrivere in maniera rapida. Per spiegare tale situazione possiamo ricorrere ad un altro

semplice esempio: prendiamo una signora che a causa di un tumore si veda asportare un seno, in questo caso il ricorso alla chirurgia estetica potrebbe essere motivato dalla possibilità di “ricostruire” la parte del corpo mancante al fine di permettere alla signora di non sentirsi “estranea” rispetto al resto delle persone. Dunque, l’intervento di chirurgia plastica potrebbe valere come servizio medico attivo a fare il bene della donna che potrebbe recuperare la propria naturalezza e così esprimersi in maniera identica, come prima della malattia, nel mondo. Ma, se il medesimo intervento di chirurgia plastica viene richiesto da una donna che non ha subito alcuna menomazione al seno e lo stesso venisse motivato dal fatto che la signora in questione non si senta a suo agio con il proprio corpo, potremo ancora parlare di medicina atta alla cura e a fare il bene del paziente? Ne segue che per fare il bene di un paziente, (la prima signora), la medicina utilizzi delle nuove tecniche, chirurgia estetica, che potrebbero comportare un rimodellamento della volontà delle persone che assumerebbero come proprio valore il poter modificare chirurgicamente il proprio fisico indipendentemente dalla motivazione di tale cambiamento. Per spiegare meglio si potrebbe ipotizzare che la ricerca in ambito cardio-chirurgico progredisca sino ad inventare delle valvole cardiache che possano allungare la vita di molti anni nei soggetti che le ricevono. Se una persona ha necessità di sottoporsi a questo intervento, la medicina, dovendo seguire il bene del paziente, opererà la stessa, ma se un’altra persona, magari anziana, seppur sana per quanto riguarda il muscolo cardiaco, venisse a conoscenza della possibilità di vivere qualche anno in più tramite l’innesto di queste valvole e chiedesse al medico di subire questo intervento, il medico come dovrebbe rispondere? Quale è il bene da perseguire in questo caso? L’ultimo esempio che porto per rendere la complessità dell’agire medico, complessità che potrebbe portare a delle conseguenze di cambiamento della volontà dell’uomo, si può riscontrare nel recente caso della famosissima attrice Angelina Jolie che, nonostante fosse sana si è fatta asportare le ovaie per paura di sviluppare un tumore, poiché la madre e la nonna erano morte per la stessa patologia. In questo caso asportare un organo sano, come forma di prevenzione, vuol significare seguire il bene del paziente? Anche se la risposta potesse essere lecitamente affermativa, si può facilmente cogliere, come la mediaticità di tale operazione potrebbe portare molte persone a voler subire tale intervento e ciò comporterebbe che la medicina cambi la volontà dei soggetti, i quali desidererebbero, per il loro bene, un determinato tipo di intervento. Per tal ragione la medicina, proprio come ha asserito Jonas, si trova oggi ad avere sempre nuovi mezzi che possono essere messi al servizio del proprio fine, realizzare il bene per l’uomo, i quali, però, non si pongono mai come situazioni neutre e senza effetti, ma portano ad agire oltre che tecnicamente anche moralmente sul soggetto in cura.

Per aiutare la medicina nel suo processo di valutazione e interrogazione attorno al bene del paziente e alle modalità per poterlo realizzare è nata una disciplina di chiara ispirazione filosofica che prende il nome di bioetica³⁰. Il padre di tale disciplina è Van Raesselaer Potter, un biochimico impegnato nella ricerca oncologica, il quale nel 1970 pubblica un articolo, *Bioethics, the science of survival*, inserito in seguito nel libro *Bioethics. Bridge to the Future* dove utilizzò per la prima volta il neologismo bioetica, che voleva significare come lui stesso spiegò in un successivo articolo: “*bio- per indicare il sapere biologico, la scienza dunque dei sistemi viventi [...] -etica per indicare il sapere circa i sistemi di valori umani*”³¹. L’interesse di Potter viene ben spiegato da Giovanni Fornero nel libro *Bioetica Cattolica e bioetica laica*, dove asserisce che lo scopo del biochimico fosse quello di costruire un ponte capace di garantire la sopravvivenza e il benessere dell’uomo, dopo che la rivoluzione scientifica e tecnica si era rivelata una specie di cancro per la natura³². Fabrizio Turolfo, nell’opera *Bioetica e reciprocità, una nuova prospettiva sull’etica della vita*, chiarisce che il pensiero di Potter rispetto alla bioetica deve intendersi come uno sforzo atto alla generazione della saggezza, ovvero alla possibilità di costituire un sapere capace di utilizzare la tecnica in vista del bene sociale. In altri termini, l’ambizione di Potter era quella di lavorare per generare la sopravvivenza della specie umana facendo dialogare le scienze della vita e l’etica. Tuttavia, come sostiene giustamente Michela Marzano,: “*piuttosto rapidamente la bioetica perde parte di queste mire sapienziali e si struttura al crocicchio fra l’etica medica classica e le nuove rivendicazioni dei pazienti che, di fronte allo sviluppo della medicina, chiedono che venga presa in considerazione la loro autonomia personale*”³³. Marzano mette in luce come la bioetica sia passata, nell’arco di pochi anni, da una riflessione generale tendente alla costituzione di una nuova forma etica, quella evocata da Potter, ad una forma ampliata dalle nuove questioni inserita all’interno della tradizionale etica medica. Detto in poche parole il quesito fondamentale che si ritrova all’interno di tale disciplina, nata per aiutare la medicina a prendere delle decisioni in un mondo di valori, è quella dello statuto della stessa, il cui contenuto è dibattuto. Alcuni studiosi come Hans Jonas e Peter Singer, sostengono il bisogno di superare l’etica tradizionale, la quale non è attrezzata per poter far fronte alle nuove sfide aperte dalla tecnologia ; altri come T.L. Beauchamp e J.F. Childress, riducono il valore della

³⁰ Una trattazione attorno a cosa sia la bioetica e attorno al metodo bioetico ho avuto modo di affrontarla e approfondirla all’interno dei volumi: F. Codato, *Thomas Szasz, la critica psichiatrica come forma bioetica*, Alboversorio, Milano 2013, pp. 14-19; F. Codato, *Che cos’è la malattia mentale*, Psiconline, Francavilla al Mare, 2015, pp. 170-172

³¹ V. R. Potter, *Humility and Responsabilità. A Bioethic for Oncologist: Presidential Address*, in *Cancer Research*, 35, 1975, p. 2299

³² G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Bruno Mondadori, Milano, 2005, p. 2

³³ M. Marzano, *Etica oggi*, Erickson, Trento 2011, p. 29

bioetica ad un rivitalizzamento dell'etica generale, la quale consente di allargare il ventaglio dei problemi medico-scientifici. Nonostante questa grande diversità insita nei due atteggiamenti caratterizzanti il valore della bioetica, un punto comune e fondante si può trovare nel rispetto della dignità umana. Infatti, le due proposte pur analizzando le tematiche della modernità con due approcci diversi mettono in primo piano il valore sacro della vita e della dignità dell'esistenza. Ne segue che la bioetica possa essere intesa, in maniera generale, come la disciplina che riflette sul valore della vita all'interno di un contesto culturale dominato dalla scienza. Per tal ragione, la definizione che Sgreccia restituisce alla bioetica, descrivendola come basata: *“sul valore fondamentale della vita, la trascendenza della persona, la concezione integrale della persona – quale risulta dalla sintesi dei valori fisici, psicologici e spirituali - il rapporto di priorità e complementarità tra persona e società³⁴”*, mi sembra possa riassumere il valore di fondo che anima la ricerca e l'attività di questa disciplina. Non è dunque un caso che una delle più celebri definizioni di bioetica sia quella coniata da Reich, il quale scrive: *“con il termine bioetica s'intende lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute, quando tale condotta è esaminata alla luce di valori e principi etici³⁵”*. Per chiarire ancora di più tale concetto, mi sembra opportuno riportare anche la definizione di Greblo: *“per bioetica si intende lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute alla luce dei valori e dei principi morali. La bioetica si configura come una riflessione normativa in merito a problemi biomedici sollevati da questioni pratiche³⁶”*.

A sostegno di tale idea fondante e conciliante le varie formulazioni della bioetica, cioè rispetto per la dignità, interviene la storia stessa di tale disciplina che ha luce nel 1973 negli Stati Uniti, quando la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* studiò la possibilità di enunciare un certo numero di regole capaci di moralizzare la ricerca biomedica. A seguito di questi lavori, nel 1978, venne pubblicato il *Belmont Report* che enunciò i principi chiave su cui deve reggersi la ricerca biomedica e che vengono condivisi sia da chi intenda la bioetica come una nuova forma di etica sia da chi la intenda come un ramo dell'etica generale. Questi principi sono: *il rispetto della persona e della sua autonomia, la volontà di fare il suo bene (beneficenza) e la giustizia*. Quindi, in ultima istanza, se ci chiediamo che cos'è la bioetica, possiamo giustamente rispondere che essa è una disciplina che si interroga sul valore delle odierne costruzioni umane, cercando di conciliare il progresso, quindi il miglioramento del tenore di

³⁴ E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, Vita e pensiero, Milano 1999, p. 27

³⁵ W. Reich, *Voce Bioethics*, in *Encyclopedia of Bioethics*, Mcmillan-Free Press, New York 1978

³⁶ E. Greblo, *Voce Bioetica*, in *Enciclopedia del pensiero politico*, Laterza, Bari 2000

vita, con il caposaldo relativo alla dignità inalienabile di ogni vita umana. In forza di questo ragionamento tale disciplina aiuta il compito del medico, il quale non sarà da solo dinnanzi ai grandi dilemmi che il fine perseguito dalla sua professione apre ma avrà la possibilità di interagire con un insieme di esperti di settori differenti che lo aiuteranno ad elaborare un pensiero attorno al proprio agire. Infatti, la bioetica acquisisce come propria chiave fondamentale l'atteggiamento interdisciplinare, a questo proposito Fabrizio Turoldo, all'interno dell'opera *Breve Storia della Bioetica*, fornisce una panoramica completa della nascita e dello sviluppo di tale disciplina, mostrando come essa nasca quale movimento insito all'interno delle istituzioni mediche e non come disciplina accademica, che trova la propria tendenza fondamentale nell'agire interdisciplinare. A questo proposito scrive: *“la bioetica nasce come un movimento e si forma innanzitutto all'interno delle istituzioni mediche, molto prima di diventare una disciplina accademica. Le commissioni e i comitati etici, in questo senso, costituiscono una delle esperienze più rilevanti che accompagnano la sua nascita e il suo radicamento [...] Uno dei tratti caratterizzanti [...] è dato, per giunta, dalla sua interdisciplinarietà, caratteristica fondamentale di tutti gli odierni comitati di bioetica presenti nelle varie istituzioni sanitarie³⁷”*. In altri termini la bioetica, comunque essa sia intesa, si contraddistingue per cercare di preservare il rispetto per la dignità umana, pur incitando al progresso, senza dimenticare che le decisioni difficili vengono prese all'interno di ospedali e di centri, dunque la propria riflessione non può e non deve rimanere confinata nella pura accademicità, ma deve rendersi utile e pratica. Per fare ciò è necessario cogliere, come sostiene Gunnar Myrdal, che: *“nella realtà non esistono problemi economici sociologici o psicologici, ma soltanto problemi e che questi di regola sono complessi³⁸”*. Dunque, il modo di agire delle persone impegnate nel campo della bioetica deve essere avvicinato a ciò che Myrdal propone: *“nostro compito dovrà essere quello di affrontare e dominare i complessi problemi che la realtà ci pone, ricorrendo a tutti gli strumenti possibili, il che ovviamente non deve essere inteso come una giustificazione per il diletterantismo: è nostro dovere, infatti, sviluppare al massimo grado le nostre specifiche competenze quale contributo alla soluzione dei problemi scientifici che stanno di fronte. Lo studioso deve cercare di migliorare la sua preparazione adattandola al particolare problema che sta esaminando; ma proprio per questo, non deve mai essere pago di quanto può offrire questa o quella disciplina tradizionale con la sua limitatezza specialistica³⁹”*.

³⁷ F. Turoldo, *Storia della Bioetica*, Lindau, Torino 2014, p. 120

³⁸ G. Myrdal, *L'obiettività nelle scienze sociali*, Einaudi, Torino 1973, p. 9

³⁹ Ivi., p. 10

Dunque, l'unica maniera per affrontare l'immenso interrogativo posto dal fare il bene del paziente, che altro non vuol dire che aiutarlo nel miglior modo possibile rispettando però la sua dignità, è quello di non essere mai paghi delle soluzioni preconfezionate date da una particolare disciplina, ma di continuare e di ampliare la ricerca interagendo tra studiosi e saperi diversi. Proprio tale relazione costituisce l'essenza della bioetica, tanto che si può parlare di metodo bioetico, ovvero di quel procedimento pratico che anima la bioetica, per esempio quello che si attua nei concili bioetici degli ospedali, i quali trovano la propria istanza ad agire tramite l'esplicazione di due principi: *partire dai singoli casi e tentare la convergenza dei saperi*.

Per metodo bioetico, quindi, non si fa in alcun modo riferimento ad un'etica dei medici o ad un'etica della medicina, ma si coglie come in bioetica il punto di partenza sia rappresentato dal singolare, ovvero dalla situazione che si ha davanti, analizzandola sotto diversi punti di vista che sono rappresentati da diversi studiosi di altrettanti differenti saperi. In altre parole, il metodo bioetico utilizza quello che nella tradizione filosofica, rifacendosi alla tradizione kantiana, prende il nome di giudizio riflettente⁴⁰. Secondo Kant, il giudizio è la facoltà di pensare il particolare come contenuto nel generale: se è dato il generale (la regola, il principio, la legge) il giudizio che opera la sussunzione del particolare prende il nome di determinante; se invece è dato il particolare e il giudizio vi deve trovare il generale, esso prende il nome di riflettente. Dunque, per giudizio determinate Kant intende un'espressione del giudizio che forma l'oggetto empirico unificando il materiale dell'esperienza, invece per giudizio riflettente intende un giudizio che trova già costituito l'oggetto dovendo perciò limitarsi a riflettere su di esso per trovare il modo di subordinarlo ad una unità o ad una legge. La bioetica agisce in questo secondo modo, ovvero trova già costituito l'oggetto del proprio giudizio e deve cercare, tramite la convergenza dei saperi che si realizza attraverso un dialogo in cui tutti prestano le loro conoscenze senza volerle imporre, di risalire dal particolare all'universale⁴¹ per poi ritornare al particolare. Dunque, la bioetica utilizza un metodo che ricerca la convergenza dei saperi attorno ad un singolo caso, riuscendo così a riportarlo all'interno di una regola che ne identifica le procedure generali. Una volta identificate tale generalità ne vaglia l'applicazione sul singolare, ovvero tenta un modo di plasmare l'universale terapeutico (quadro tassonomico) al soggettivo del paziente. Il metodo bioetico si realizza, quindi, nella ricerca della convergenza dei saperi, i quali cercano un punto

⁴⁰ Per un'analisi approfondita delle idee kantiane attorno alla medicina e sul possibile utilizzo di tali idee nella sfera medica contemporanea rinvio ad un testo di B. Vandewalle, *Kant santé et critique*, L'Hermattan, Paris 2001

⁴¹ Con il termine universale si fa riferimento all'identificazione di un quadro tassonomico

d'incontro, poiché si accorgono della limitatezza delle proprie visioni singolari davanti ad un caso reale.

Per riuscire ad impostare e a trattare un problema in chiave bioetica, c'è non solo il bisogno di un dialogo tra esperti che siano disposti a mettere in gioco le loro opinioni confrontandosi con altri esperti, ma sussiste anche l'esigenza di creare delle possibilità di comprensione che permettano di cogliere quali siano le idee e le formazioni sociali che muovono uno dei partecipanti ad esprimere un determinato tipo di opinione. Il dialogo bioetico, quindi, per poter essere condotto necessita di un criterio fondamentale: *il concetto di critica*.

Con il termine critica ci si riferisce alla capacità di esaminare una situazione, di elaborare dei giudizi e di assumere una posizione personale in merito. Ovviamente all'interno di un contesto bioetico tale situazione deve essere riformulata nel seguente modo: con il termine critica s'intende la capacità di un esperto in una materia specifica di saper analizzare una situazione particolare, ovvero di saper dialogare con la storia della propria scienza e con l'evoluzione non solo tecnica, ma anche etica del proprio campo di sapere. Questo deve essere coniugato alla possibilità di elaborare dei giudizi che possano essere spiegati e diffusi adeguatamente ad una comunità di esperti nella medesima materia, esprimendo così una propria posizione che non deve chiudersi in un dogmatismo, ma deve essere aperta ad un confronto sincero con le parti. Il concetto di critica a cui si fa riferimento all'interno del panorama bioetico non deve essere scambiato con ciò che viene definito *mania critica*, ovvero il bisogno di demolire qualsiasi situazione, idea o persona. Al contrario, il concetto di critica che si prospetta in bioetica deriva da quella forma di atteggiamento chiamata *criticismo* che ha in Kant il proprio massimo esponente. Infatti, il pensiero di Kant viene definito con il termine *criticismo* in quanto, contrapponendosi all'atteggiamento mentale del "dogmatismo" – che consiste nell'accettare opinioni o dottrine senza interrogarsi preliminarmente sulla loro effettiva consistenza – fa della critica lo strumento per eccellenza della filosofia e dell'etica⁴². "Criticare" per Kant significa "giudicare", "distinguere", "valutare" e "soppesare", ovvero interrogarsi circa il fondamento di determinate esperienze umane, chiarendone le possibilità (le condizioni che ne permettono l'esistenza), la validità (i titoli di legittimità o non-legittimità che le caratterizzano) e i limiti (i confini di validità). Il criticismo kantiano può essere quindi

⁴² Nicola Abbagnano all'interno del *Dizionario di Filosofia*, Utet, Torino 1971, sotto la voce *Criticismo* riassume la dottrina di Kant, attraverso i capi saldi con i quali essa ha agito nella filosofia moderna e contemporanea, ricapitolandoli in tre punti: " 1- L'impostazione critica del problema filosofico e pertanto la condanna della metafisica come sfera di problemi che sono al di là delle possibilità della ragione umana; 2- La determinazione del compito della filosofia come riflessione sulla scienza e in generale sulle attività umane, allo scopo di determinare le condizioni che garantiscono (e limitano) la validità della scienza e in generale delle attività umane; 3- La distinzione fondamentale, nel dominio della conoscenza, tra i problemi concernenti l'origine e lo sviluppo della conoscenza nell'uomo e il problema della validità della conoscenza stessa". p. 247

definito come una filosofia del limite coniugata ad un'antropologia cosmopolitica, poiché ricerca i limiti di una esperienza e i limiti della stessa possibilità di conoscere attraverso la ragione, non dimenticando però che la capacità della ragione di valutare e fondare non è né metafisicamente assoluta né logicamente generica, ma rigorosamente condizionata dal modo di essere dell'uomo in quanto essere razionalmente finito. L'atteggiamento critico di Kant sembra condensare al proprio interno le tematiche fondamentali che chiunque voglia partecipare al dialogo bioetico deve saper esercitare, che possono essere riassunte nelle seguenti domande: *Che cosa posso sapere? Che cosa devo fare? Che cosa posso sperare?* Domande che possono essere unificate nella questione fondamentale che le sottende: *Che cos'è l'uomo?*

Ne segue che criticare non vuol dire distruggere l'opinione di un altro, ma vuol dire interrogarsi sulla propria attività scientifica di ricerca (*Razionalismo critico*), riflettendo sulle condizioni di possibilità, ovvero sulle condizioni storiche che permettono di esercitare la propria scienza (*Archeologia critica*), sulla legittimità di un atto scientifico che si perpetua con il proprio sapere (*Teoria critica*), sul limite della possibilità di realizzare un'opera con la propria scienza (*Psicologia critica*) e sul limite stesso a cui si può giungere con la riflessione sulla possibilità di avere un limite (*Criticismo kantiano*). Tutto questo deve essere accompagnato dalla consapevolezza che gli interrogativi che si stanno formulando non sono solo relativi ad una possibile ridisegnazione della propria scienza, ma contribuiscono a ristrutturare il concetto di uomo. Infatti, come hanno messo bene in luce le teorie darwiniane, è impossibile concepire e definire in maniera univoca il concetto di uomo all'interno delle varie epoche storiche, poiché, secondo Darwin, la natura umana acquista senso solo all'interno di una cultura e non può essere indipendente dai significati che la stessa cultura, nel corso del tempo, ha imposto ad essa. Ne segue che non solo bisogna sapere utilizzare l'istanza critica come sopra definita, ma lo si deve fare tutelando l'uomo attraverso gli imperativi categorici - per rimanere in linguaggio kantiano - sanciti dal *Belmont Report*. Da questo ragionamento si può concludere che la bioetica sia una disciplina che s'interroga sull'impatto delle odierne tecniche e scienze all'interno della vita dell'uomo e che procede tramite un dialogo critico, che deve non solo interrogarsi su una questione particolare al fine di fornire una risposta etica, ma lo deve fare salvaguardando i principi di autonomia, dignità e giustizia che spettano a tutti gli uomini per il solo fatto di essere uomini.

4) Il primo grande quesito in ambito bioetico: cos'è la salute?

La bioetica è dunque una disciplina che non vuole avere una propria opinione prestabilita ma, nascendo al fine di aiutare i medici e gli esperti della salute a realizzare il proprio fine, cioè il bene del paziente, cerca di porsi come metodo pratico-interrogativo e, facendo interagire i saperi, riesce a mediare tra le differenti posizioni specialistiche per giungere ad un parere su un caso prestabilito. In altre parole, la bioetica è una disciplina che valuta tutti i problemi dell'esistenza, in particolare quelli legati alla sfera dell'agire medico-terapeutico, come istanze problematiche che non possono essere risolte nella semplicità di una prescrizione singolare. Per fare ciò il primo quesito che essa deve porsi è quello relativo a cosa sia la salute, in quanto fare il bene del paziente in ambito medico porta con sé la volontà di ripristinare lo stato di salute alterato da parte del soggetto. Si può, inoltre, affermare che qualunque sia la questione che si affronta in medicina, da quelle più generali a quelle più specifiche, esse trovano sempre come punto di partenza la questione attorno a cosa sia la salute. Non è un caso che questa domanda sia stata affrontata da pensatori di tutte le epoche e di tutte le culture, producendo una serie ampia e variegata di riflessioni, che si possono, in linea di massima, riassumere in due posizioni: la prima fa riferimento ad un modello meccanico del corpo umano e la seconda si basa su una dimensione olistica, che considera il soggetto e il suo corpo sempre inseriti in contesti storico-sociali. Non bisogna cadere nell'errore di considerare queste due posizioni come antitetiche rispetto all'obiettivo dell'agire terapeutico, infatti sebbene gli autori che seguono tali correnti hanno delle modalità totalmente differenti di intendere il concetto di salute, ciò a cui essi mirano è in ogni caso fare il bene per l'uomo e riportarlo ad uno stato di totale salute, che solo permette di esprimere la propria naturalità nel mondo.

Uno dei maggior rappresentanti della prima corrente (modello meccanico) è Christopher Boorse che introduce il problema della salute in questi termini: *“è assioma tradizionale della medicina che la salute sia assenza di malattia. Che cos'è una malattia? Qualcosa di incompatibile con la salute⁴³”*. Boorse suggerisce che una persona è sana se il suo corpo funziona con efficienza specie-tipica e che essa soffre di una malattia se le funzioni sono depresse al di sotto dei livelli specie-tipici. In altri termini, se è normale mediamente che un uomo riesca a camminare senza provare dolore, qualora tale situazione non avvenga in un soggetto, esso è malato e quindi non presenta uno stato di salute. Se ne può dedurre che il modello meccanico si rifà al corpo umano considerandolo come un insieme di organi e stabilisce che la nozione di salute equivale all'assenza di patologie che affliggono gli stessi

⁴³ C. Boorse, *Health as a theoretical concept*, in *Philosophy of science*, 1977, n. 44, p. 544

organi. La malattia viene vista come una deviazione dal progetto della specie, che altro non è che la gerarchia tipica di sistemi funzionali interconnessi che mantengono la vita di un organismo di un dato tipo. Per determinare quali e quante siano le patologie, i seguaci del metodo meccanico si rifanno a delle medie statistiche, sostenendo che l'uomo deve comportarsi ed essere in grado di affrontare la vita secondo alcune modalità e quando le modalità di compiere determinate azioni sono inferiori alla media degli altri uomini un soggetto è definibile malato.

Di tutt'altro avviso è il secondo modo d'intendere il concetto di salute che possiamo nominare olistico, i rappresentanti di questa corrente sostengono che l'insieme dei sintomi di un malato può essere sintetizzato nel nome di una malattia solo per utilità schematica, ma non può esistere alcuna dissociazione concettuale tra malattia e malato, dunque una malattia non può essere intesa come sola alterazione organica, ma deve essere percepita come alterazione di un equilibrio esistenziale. A questo proposito assumono particolare importanza le riflessioni di Hans-Georg Gadamer, il quale si esprime in questo modo: *“l'arte medica non coincide, a dire il vero, con la creazione di una nuova situazione di stabilità, bensì consiste nell'assestare l'equilibrio precario già esistente. Ogni alterazione di esso, ogni malattia, condivisa anche da infiniti fattori legati al bilanciamento ancora in atto. Questa è la ragione per cui l'intervento del medico non deve essere inteso propriamente come la produzione o la determinazione di qualcosa, ma soprattutto come rafforzamento dei fattori che costituiscono la condizione di stabilità⁴⁴”*. In altri termini, per chiunque sostenga la definizione olistica del concetto di salute, essa viene rappresentata da un equilibrio a cui partecipano una serie molteplice di fattori, poiché come sostiene lo stesso Gadamer: *“la malattia, ossia la perdita dell'equilibrio, non si riferisce soltanto ad un fatto medico biologico, bensì anche ad un avvenimento biografico e sociale [...] in questo senso vale ciò a cui allude Platone, ovvero che il medico deve considerare la totalità della natura⁴⁵”*.

Per cogliere meglio cosa s'intenda con il significato di olistico si può far riferimento allo psichiatra canadese George Engel il quale sostiene che la medicina è dominata da un modello biomedico che concettualizza la malattia unicamente sulla base di parametri somatici, per tal ragione la malattia viene definita come qualsiasi deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili⁴⁶. Dunque, secondo Engel, l'approccio dominante della medicina non tiene conto dei fattori sociali, personali e comportamentali che conducono sia

⁴⁴ H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, pp. 45-46

⁴⁵ Ivi, p. 50

⁴⁶ G. Engel, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, in *Science*, 196 (4286), pp. 129-136, 1977

all'instaurazione della malattia sia all'evoluzione e alla cura della stessa. Per Engel una medicina che si voglia dire scientifica deve per forza dirsi olistica, poiché avendo ad oggetto l'uomo, non può dimenticarsi di considerare tutti gli aspetti che concorrono nell'edificazione della vita dello stesso. Perciò, se il modello meccanico sostiene che la salute sia da definirsi quale assenza di malattia, il modello olistico sostiene che la salute è qualcosa che riguarda l'intera vita del soggetto, determinata da tutti i fattori vitali e dalle espressioni che gli consentono di rapportarsi al mondo. Dunque, l'uomo ha un proprio equilibrio vitale che costituisce lo stato di salute, qualunque alterazione di questo stato determina una patologia, la quale è di difficile risoluzione, poiché non basta risolvere la patologia, ma bisogna riuscire a ricreare lo stato di perfetto equilibrio dell'uomo nel mondo.

Nonostante queste due grandi correnti abbiano una maniera totalmente diversa di concepire lo stato di salute, meccanicismo pura assenza di malattia, olistico intera vita del soggetto, esse concordano che sia del tutto possibile determinare uno stato di salute. Tale idea trova il proprio fondamento concettuale nell'opera di Claud Bernard, il quale ergendo la medicina a pratica scientifica e sostenendo che essa assuma a proprio oggetto la salute, determina che la stessa salute può essere colta osservando il soggetto e determinando statisticamente quali siano le possibilità da ritenere normali e naturali e quali siano patologiche⁴⁷. Anche il celebre sociologo Durkheim condivide tale impianto, tanto che scrive: *“chiameremo normali i fatti che presentano le forme più generalizzate e daremo alle altre il nome di morbose o patologiche [...] non è senza una ragione che i caratteri la cui riunione costituisce il tipo normale hanno potuto generarsi in una specie*⁴⁸”. Dunque secondo tali autori la normalità è l'esito di una selezione evolutiva basata sull'adattamento all'ambiente, lo scopo del medico è quello di cogliere quale sia la normalità che le differenti epoche hanno decretato come frutto evolucionistico, tentando di riportare le persone ad assecondare tale grado di normalità. In altre parole essi ritengono che sia del tutto possibile determinare uno stato di salute, osservando quello che è la naturalità dell'espressione umana determinata dall'evoluzione adattativa all'ambiente. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità segue questo ragionamento dedito alla possibilità di trovare una naturalità del concetto di salute, sposando però la teoria olistica, infatti dal 1948 essa definisce la salute come: *“uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale, e non come una mera assenza di malattia o infermità”*. Dunque il concetto di salute che oggi noi utilizziamo, derivante dalla definizione coniata dall'OMS, stabilisce che la salute è un attributo proprio dell'uomo che può e deve essere

⁴⁷ Vedi C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Flammarion, Paris 2008, pp. 327-336

⁴⁸ É. Durkheim, *Le regole del metodo sociologico*, Edizioni Comunità, Torino 2001, pp. 65-68

rilevato, anche se esso stesso muta a seconda delle epoche umane e dai caratteri di specie che lo stesso uomo sviluppa adattandosi ad una particolare forma di mondo.

5) La salute tra norma e normatività

Nonostante si parli di concezione meccanicista e olistica della salute, il concetto comune a tutte e due queste espressioni è che esista la possibilità di rintracciare in modo chiaro il concetto di salute. Ovviamente per i meccanicisti il compito del medico si basa solo nel ristabilire in maniera meccanica la normalità distorta dal guasto patologico, per gli olisti, invece, riparare il danno meccanico è solo una delle sfere a cui porre attenzione nel prendersi cura del paziente, in quanto è necessario riferirsi anche alla ritualità con cui si presta tale atto in modo da non ridurre lo stesso a puro oggetto. Dunque, è lecito affermare che nonostante ci sia una profonda differenza tra questi due sguardi e il concetto di salute proposto dall'OMS oggi in uso si riferisca alla visione olistica, tutte e due le dimensioni hanno messo in rilievo come sia del tutto possibile rintracciare un concetto univoco di salute. Questa definizione del concetto di salute quale norma assoluta da poter rintracciare è oggetto di critica da parte della bioetica, infatti si potrebbe sostenere come fa Abraham che: *“la salute cos'è? Una valutazione soggettiva o un insieme di dati oggettivi, che soltanto i calcoli della medicina ufficiale possono confermare?”*⁴⁹. In altre parole in bioetica si pone l'interrogativo sul fatto che sia realmente possibile determinare, grazie alle analisi mediche, una condizione naturale di salute. A questo proposito Wulff, Pedersen e Rosenberg invitano a valutare se davvero la scienza medica possieda tali qualità, infatti scrivono: *“ciò che l'osservatore registra come disfunzione biologica dipende inoltre dai suoi preconcetti. Non esiste un'osservazione puramente obbiettiva”*⁵⁰. Tali autori pongono un quesito che non può essere ignorato, poiché oggi noi, assecondando la definizione fornita dall'OMS, consideriamo come scontato che sia del tutto possibile parlare di normalità (stato di salute) e lo facciamo come se essa sia una prerogativa del mondo medico, tale sicurezza si riscontra nella media statistica utilizzata da tale pratica, che si rifà alla votazione scientifica di essa operata da Claude Bernard. A tale certezza naturale si può però contrapporre quantomeno una forma di dubbio sui criteri con cui queste medie statistiche determinano i criteri specie-tipici, deducendo la salute-normalità. In particolare Wulff, Pedersen e Rosenberg sostengono che: *“il concetto statistico di normalità solleva un ulteriore problema. Come può la persona che conduce i test essere sicura che gli*

⁴⁹ G. Abraham, C. Peregrini, *Ammalarsi fa bene. La malattia a difesa della salute*, Feltrinelli, Milano 1989, p. 80

⁵⁰ H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995, p. 4

individui studiati fossero normali o sani? Probabilmente, ha selezionato un certo numero di persone che si sentivano e sembravano sane e questo significa che in fin dei conti la definizione di salute e malattia [...] dipende dalla vaga impressione di qualcuno sullo stato di salute di un gruppo di persone. Questa conclusione non coincide con l'affermazione secondo la quale lo stato di salute è una questione di fatto e non un giudizio di valore⁵¹”.

Di particolare importanza a questo proposito è la visione di Lennart Nordenfelt il quale nel 1998 pubblica un lavoro dal titolo *On medicine and health enhancement – Towards a conceptual framework* sostenendo che la definizione di salute proposta dall'OMS fosse troppo ampia ed egli propone di considerare una persona in salute se: “*preserva uno stato fisico e mentale tale che le permetta di realizzare ogni suo obiettivo vitale⁵²”*. Tale definizione di salute è stata oggetto di lunghe polemiche e critiche⁵³ e al di là della difficoltà che si potrebbe tratteggiare nella realizzazione della proposta di salute di Nordenfelt, ciò che si può rilevare è che egli sostiene che esista una possibilità di edificare un concetto di salute che sia naturalmente determinabile grazie all'osservazione medica, anche se lo stesso deve essere poi adeguato al personale progetto vitale del soggetto preso ad esame. In altri termini, Nordenfelt sostiene che esista un concetto di normalità umana, decretato dal grado di evoluzione antropica che determina anche il grado di adattabilità all'ambiente, il quale comporta che il concetto di salute può essere riscontrato come fonte oggettiva dell'atteggiamento umano, anche se lo stesso deve poi essere studiato e adattato al singolare progetto vitale.

La possibilità di dare un senso tangibile alla definizione positiva di salute fu messa in dubbio nel 1959 da René Dubos il quale nell'opera *The Mirage of Health* sosteneva che tale postulato fosse una pura utopia, poiché questo concetto dipendeva dai significati che culturalmente gli venivano attribuiti. Questo pensiero venne chiarito in un'opera successiva del 1965 dove scrive che: “*il concetto di salute positiva è una creazione della mente umana [...] esso non potrà mai diventare realtà perché l'uomo non sarà mai così perfettamente adatto all'ambiente⁵⁴”*. Ciò che pone in rilievo Dubos è l'impossibilità di creare una definizione naturale e positiva del concetto di salute, poiché egli sostiene che tale concetto sia completamente iscritto all'interno di un quadro culturale che elenca i codici normativi nei quali ricercare e leggere le statistiche attorno alla condotta normale umana e, per tal ragione, la ricerca non si può pensare come trascrizione oggettiva dei criteri di normalità. Una tesi

⁵¹ Ivi, pp. 65-66

⁵² L. Nordenfelt, *On medicine and health enhancement – Towards a conceptual framework*, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, n. 1, 1998, p. 6

⁵³ Per una panoramica sullo stato delle critiche vedi: R. Mordacci, *The Desire for Health and the Promises of medicine*, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, n. 1, 1998, pp. 21-20; A. Maturo, *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Franco Angeli, Milano 2007

⁵⁴ R. Dubos, *Man Adapting*, Yale University Press, 1965, p. 339

molto simile è quella sostenuta da Georges Canguilhem nell'opera *Il normale e il patologico* (1966), il quale asserisce che non esiste una condizione normale in sé e per sé, infatti egli critica tutta la tradizione che da Bernard ha condotto verso questa maniera di riferirsi al normale e al patologico, asserendo che tale modalità non sia derivata da una ricerca scientifica, ma corrisponda ad un puro dogma. A questo proposito scrive: *“l'identità reale dei fenomeni normali e patologici, apparentemente così differenti e caricati dall'esperienza umana di valori opposti, è diventata, nel corso del XIX secolo, una sorta di dogma⁵⁵”*. Canguilhem critica anche la pretesa, che sempre da Bernard ha preso il via, di poter pensare la salute quale media statistica, asserendo che: *“riteniamo che si debbano considerare i concetti di norma e di media come due concetti differenti di cui ci sembra vano tentare la riduzione ad unità con l'annullamento dell'originalità del primo. Ci sembra che la fisiologia abbia di meglio da fare che cercare di definire oggettivamente il normale, e cioè di riconoscere l'originale normatività della vita⁵⁶”*.

Perciò, per Canguilhem, la salute non è normalità se non nella misura in cui è normatività, ovvero il sapere che si vuole oggettivo, la scienza medica, non può enunciare o scovare le norme della vita in senso positivo e unico. A questo proposito scrive: *“il concetto di norma è un concetto originale che non si lascia, in fisiologia più che altrove, ridurre a un concetto oggettivamente determinabile con metodi scientifici. Non si da dunque, propriamente parlando, una scienza biologica del normale⁵⁷”*. Per tal ragione la malattia non si può misurare come uno scarto rispetto a norme prefissate una volta per tutte, ma essa corrisponde ad un mutamento nella qualità del vivere, cioè il confine tra normale e patologico è molto labile e ciò che sembra normale per una persona può essere patologico per un'altra. A questo proposito avverte che il concetto stesso di patologia può non essere inteso come il contraddittorio logico del concetto di normalità, poiché la malattia non è *“assenza di norme, ma presenza di altre norme⁵⁸”*. Quindi, la salute non può essere considerata come la perdita di norme da ristabilire, ma come l'adattamento della vita a nuove norme inferiori o superiori, a tal proposito scrive: *“la guarigione è la riconquista di uno stato di stabilità delle norme fisiologiche. Essa si avvicina tanto più alla salute o alla malattia quanto più o meno questa stabilità è aperta a eventuali nuove modificazioni. In ogni caso, nessuna guarigione è ritorno all'innocenza biologica. Guarire significa darsi nuove norme di vita, talvolta superiori alle precedenti⁵⁹”*.

⁵⁵ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998, p. 19

⁵⁶ Ivi., p. 144

⁵⁷ Ivi., p. 190

⁵⁸ G. Canguilhem, *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna 1976, p. 234

⁵⁹ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, p. 190

Il ragionamento di Canguilhem smaschera la presunta facilità della nozione positiva di salute che da Bernard si protrae sino alla definizione oggi in uso, ponendo in rilievo come non sia possibile poter parlare di normalità quale dato oggettivo e verificabile in ambito biologico. Degna di nota è anche la posizione di David Seedhouse, il quale sostiene che lo stesso concetto di salute non si possa intendere sotto un'unica fase interpretativa derivante dal considerare lo stesso come logica conseguenza dell'assenza di malattia o della condizioni che possano garantire l'esplicazione del proprio progetto di vita, in tal senso egli sostiene che esistano all'interno del concetto di salute almeno quattro piani di senso: il primo è relativo alla pura assenza di malattia; il secondo fa riferimento ad un piano sociale che legittima ed identifica le aspettative di vita le quali determinano anche le possibilità di considerare alcune situazioni come patologiche o meno; il terzo, definito piano idealistico, consiste nell'asserire che la salute debba essere intesa come la capacità di raggiungere un benessere fisico, psichico e sociale (situazione che dipende in larga parte dallo stato di uomo decretato dal secondo piano); la quarta, definito senso umanistico, corrisponde alla capacità di adattarsi soggettivamente e positivamente alle condizioni difficoltose della vita⁶⁰. Anche Horwitz si avvicina a tale parere riflettendo su come sia del tutto impossibile descrivere (come fa Durkheim) una normalità dell'atteggiamento umano dalla quale poter desumere un concetto di salute. In particolare egli afferma che il concetto di normalità umana da cui deriva il concetto di salute debba almeno essere scomposto in tre gradi di significato. Il primo deriva da una prospettiva statistica la quale asserisce che è normale che una persona si comporti in un certo modo, sia alta almeno 170 cm, ecc., tutto determinato in base alla media delle altre persone. Tale media, però, può essere presa a riferimento in maniera del tutto arbitraria, infatti può essere riferita all'intero genere umano, ma questo vorrebbe dire disconoscere le importanti differenze culturali dello stesso, oppure allo stato in cui risiede lo stesso soggetto, ma anche in questo caso le difficoltà di un riscontro reale derivante dalle medie sarebbero enormi, basti pensare al tasso d'immigrazione presente in ogni stato ecc. Il secondo piano è quello che lui definisce evolucionistico, ovvero come lui stesso scrive: *“proprio come per i cani è normale inseguire i gatti e gli uccelli normalmente migrano verso luoghi caldi, gli esseri umani normali sono coloro i cui occhi permettono di vedere le cui orecchie permettono di sentire⁶¹”*. Perciò si guarda a come sia normale che l'uomo esegua alcuni determinati tipi di funzione, anche in questo caso, però, il risultato dell'osservazione dipende totalmente da chi la compie, infatti si potrebbe lecitamente asserire che un numero di persone che sono in sedia a rotelle considerino normale che l'uomo non debba camminare ecc. Il terzo grado di

⁶⁰ D. Seedhouse, *Health: The Foundations of Achievement*, Wiley, 1986

⁶¹ A. Horwitz, *Normality*, in *Context*, n. 7, 2008, p. 71

normalità è definito da Horwitz “normativo”, ovvero la normalità viene intesa come la conformità ad un modello definito socialmente. In questo caso l’accento si deve porre sul fatto che ricondurre la normalità alla normatività non vuol assolutamente dire farla coincidere con la naturalità, infatti è naturale che molte persone abbiano problemi alla vista, o i denti storti, ma per la nostra società è invece naturale che si correggano i problemi alla vista o che si faccia in modo che i denti siano allineati. In altri termini la società decide cos’è normale e cosa non lo è, dopo aver preso tale decisione, si allinea su tale presupposto, spesso dimenticando che normatività non è l’equivalente di normalità.

Tutti questi autori mettono in luce che sostenere la salute come fenomeno oggettivamente identificabile sia una pura utopia, o una vera e propria mistificazione dell’agire medico-scientifico. In particolare essi sottolineano come oggi si faccia confusione tra normalità e normatività, poiché la salute viene intesa come uno stato normale, quando, invece, essa è un insieme di considerazioni rinvenibili nella biologicità dell’uomo uniti ad una serie di giudizi di valore attribuiti da chi esamina quei dati biologici, fornendo così un quadro normativo più che normale della salute. Infatti, Giovanni Berlinguer sostiene che: *“le malattie umane non sono un fenomeno puramente biologico. Esse variano non solo tra individuo e individuo, ma secondo le epoche, le zone del mondo, le classi sociali. Esse sono probabilmente uno degli specchi più fedeli e più difficilmente eliminabili del modo con cui l’uomo entra in rapporto con la natura, attraverso il lavoro, la tecnica e la cultura, cioè attraverso rapporti sociali determinati e acquisizioni scientifiche storicamente progredienti”*⁶². Dalle parole di Berlinguer si può cogliere come l’osservazione sulle patologie, oppure in senso più ampio sull’uomo, osservazione che dovrebbe identificare lo stato normale dell’esistere, dunque lo stato di salute dell’umanità, siano sempre viziate dalle credenze sociali che ne strutturano l’osservazione stessa. Non a caso Vineis e Satolli sostengono che: *“la malattia (dunque la salute) è a tutti gli effetti un concetto normativo e non puramente descrittivo”*⁶³. Ne segue che oggi siamo persuasi che la salute abbia una natura positiva e sia del tutto possibile rivelarla in senso oggettivo, ma non riusciamo a suffragare tale posizione con nessuna teoria che possa prescindere dal concetto di normatività della salute. Tale miscuglio tra normalità e normatività a favore della dimenticanza della normatività all’interno del mondo della medicina conduce ad invertire il proprio progetto, passando dalla possibilità di concepire il vivente quale essere soggetto di una normatività a cogliere la medicina quale creatrice di posizioni normative nella gestione dell’esistenza umana. Detto con altre parole è il

⁶² G. Berlinguer, *Storia e politica della salute*, Franco Angeli, Milano 1991, p. 33

⁶³ P. Vineis, R. Satolli, *I due dogmi. Oggettività della scienza e integralismo etico*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 57 (maiuscolo mio)

caratterizzare il concetto di salute quale derivante oggettivo dell'osservazione neutra compiuta attorno allo stato di naturalità dell'umana esistenza che sta ponendo le basi per la sovversione della logica che aveva portato alla creazione della medicina stessa, catena logica riassunta da Canguilhem nel seguente modo: *“è innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina. È solo secondariamente – per il fatto che vi è una medicina – che gli uomini sanno in che cosa essi sono malati”*⁶⁴. Infatti, oggi si può affermare che è per il fatto che esista la medicina, che determina cosa è normale e cosa non lo è attribuendo a tale divisione un carattere oggettivo e scientifico, che le persone sanno di essere malate o meno.

6) Medicalizzazione della vita

Forte del concetto aperto del termine salute offerto dall'OMS (*uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale, e non come una mera assenza di malattia o infermità*) e a causa della disconoscenza del carattere normativo dello stesso concetto di salute, si sta oggi assistendo ad un ampliamento senza fine dell'idea di salute. In altri termini la confusione che si crea tra il senso normale e il significato normativo del concetto di salute sta comportando anche una modalità di riflessione distorta attorno al fine della pratica medica, fare il bene del paziente, che dilata l'obbiettivo da perseguire provocando un'integrazione di sempre nuove sfere della vita all'interno del campo terapeutico della medicina stessa. In particolare, Pierre Aïach fa notare come si stia assistendo ad una medicalizzazione della vita, dovuta proprio all'estensione della nozione normativa di salute. Egli mette in luce come l'indeterminazione della nozione di salute comporti due effetti, il primo riguarda l'aumento del numero di medici e l'aumento di persone che si rivolgono al medico, il secondo riguarda l'estensione del campo di competenza dei medici stessi. In altri termini, secondo Aïach, il concetto di salute è divenuto un valore che può legittimare ogni forma di intervento medico, infatti si concepiscono sempre nuove forme di esercizio medico mirante a porre freno (fumare, bere alcol, praticare alcune forme sessuali) o ad incentivare (praticare alcune determinate pratiche sportive, mangiare seguendo una determinata dieta ecc.) alcuni comportamenti. Dunque, egli sostiene che a causa dell'indeterminatezza del concetto di salute, dovuto al fatto che esso è un costrutto normativo che però viene utilizzato con un significato normale e naturale, si sta assistendo ad un progressivo sviluppo della medicina, la quale s'interessa sempre più a nuove sfere della vita umana⁶⁵. Ne segue che il concetto di salute sia diventato onnicomprensivo e

⁶⁴ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, p. 191

⁶⁵ Vedi P. Aïach, *L'ère de la medicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, 1999

ciò comporta, come sostiene McLellan, che: *“c'erano una volta dei bambini indisciplinati, qualche adulto timido e certi signori che, calvi, portavo il cappello. Oggi tutte queste descrizioni possono essere attribuite a delle malattie – entità con nomi, criteri diagnostici e una serie crescente di opzioni terapeutiche”*⁶⁶. Dunque, l'indeterminazione del concetto di salute, il quale però viene utilizzato come se fosse un termine ricco di significato che si può riscontrare nella naturalità dell'osservazione del comportamento umano, permette allo stesso di allargarsi sempre più e di ritenere come patologie delle situazioni di vita che sino a poco tempo fa, pur provocando un qualche tipo di “dolore” nell'uomo, non erano seguite da prassi terapeutiche. Tale situazione trova in Peter Conrad uno dei suoi massimi descrittori, tanto che ne coniuga la definizione ufficiale secondo la quale per medicalizzazione della vita s'intendono i processi attraverso i quali delle condizioni umane vengono trasformate in problemi medici. Dunque, delle situazioni che erano trattate quali normali episodi della vita umana, divengono improvvisamente delle questioni che rientrano nel campo veritativo della medicina, ovvero diventano passibili di essere descritte nel linguaggio della patologia e della normalità⁶⁷. Lo stesso Conrad sostiene che l'osservazione di alcune strutture proprie dell'esistenza dell'uomo vengono investite da un grado di giudizio proprio dell'osservatore, il quale ritiene che le stesse non siano desiderabili (ad esempio la calvizie, le gambe gonfie a fine giornata, gli occhi irritati dopo essere stati troppo al computer, i bambini che giocano troppo, i bambini che giocano troppo poco) e per tal ragione devono essere fatte oggetto della medicina che le deve curare. Per tal ragione Conrad mostra come il giudizio di valore proprio della società, della cultura, può determinare cosa sia la normalità dell'agire e dell'essere uomo (ad esempio non provare tristezza) e dopo averlo deciso chiede alla medicina di porre riparo a tale situazione eliminando tale comportamento e quindi decretando che la salute non corrisponda alla pratica di quel particolare atteggiamento vitale. Tale processo assume un nome ben preciso secondo Conrad, ovvero quello di *normalizzazione* del processo vitale⁶⁸. In altri termini si può affermare come sostiene Frank Furedi che: *“la promozione e celebrazione della salute come valore primario della società occidentale ha incoraggiato la gente a interpretare una grande varietà di attività umane attraverso il vocabolario della medicina”*⁶⁹. Bisogna, però, cogliere la sfumatura primaria del concetto di medicalizzazione della vita, infatti esso deve essere pensato come l'esito dell'estensione del concetto di normalità, che s'innesta nella volontà da parte della medicina di perseguire il bene del paziente. Perciò, non

⁶⁶ F. McLellan, *Medicalisation: A Medical Nemesis*, in *The Lancet*, V. 369, p. 627

⁶⁷ P. Conrad, *The medicalization of society*, The Johns Hopkins University Press, 2007

⁶⁸ Ivi, p. 87

⁶⁹ F. Furedi, *The End of Professional Dominance*, in *Society*, V. 43, N. 6, 2006, p. 14

si deve pensare che il fenomeno della medicalizzazione agisca per mutare e per accrescere l'uomo, ma esso agisce per fargli raggiungere lo stato normale che gli compete. Dunque, proprio come sostiene Pier Aldo Rovatti: *“la medicalizzazione della vita non ragiona in termini di plus (di una potenza che ciascuno possiede e può essere sviluppata) ma in termini di deficit (cioè dell'impotenza che marca ogni individuo come vulnerabile e malato). La mancanza segna l'intero fenomeno dall'inizio alla fine, dal bambino che ovviamente deve essere aiutato fino all'anziano che naturalmente viene trattato come un soggetto a rischio⁷⁰”*. Ne segue che la medicalizzazione sia un fenomeno descrivibile come interno alla volontà della medicina di aiutare l'uomo a superare le problematiche che non gli consentono di esplicitare la propria natura. Per tal ragione la medicalizzazione rinvia ad un fenomeno di normalizzazione, dove con tale termine si deve intendere la possibilità di definire e inquadrare una normalità umana attraverso delle valutazioni le quali, però, pur essendo totalmente radicate nelle determinazioni socio-culturali di chi le compie, si definiscono naturali in quanto producono il concetto di salute. Si coglie come lo stesso concetto di salute venendo inteso come normale e naturale, al posto di essere inteso quale possibilità normativa, segna ciò che si deve concepire come assolutamente vero e giusto nella natura dell'uomo. A questo proposito Gianfranco Marrone scrive: *“richiamarsi alla Natura, riempirsi la bocca con questa parola – o con qualcuno dei suoi derivati e affini (naturale, naturalismo, naturalmente) – è darsi un tono niente male. E soprattutto è porsi sempre e comunque dalla parte della Giustizia, della Verità, della ragione⁷¹”*.

Si può affermare che la medicalizzazione della vita altro non sia che l'attuazione nel mondo reale di quello che Louis Henri Jean Farigoule (conosciuto come Jules Romains) aveva teorizzato nell'opera teatrale del 1923 *Knock o il trionfo della medicina*, la cui trama è molto semplice: un medico di campagna cede il proprio posto lavorativo al medico Knock, il quale si ritrova in un paese in cui nessuno ricorre al medico e dove la sua presenza, come quella del medico che gli ha ceduto l'attività, è superflua. In pochi mesi Knock riesce a mutare tale situazione e a far sì che tutti gli abitanti si rivolgano a lui al fine di preservare il proprio naturale stato di salute. Poiché l'idea che Knock aveva della medicina è che essa dovesse agire sempre più all'interno della vita delle persona al fine di tutelare la salute (dunque lo stato naturale e vero della dimensione umana), la quale è totalmente in balia dei mille agenti patogeni che s'innestano nella vita dell'uomo. A questo proposito Romains fa dire a Knock: *“ammalarsi: concetto sorpassato, che non può resistere di fronte all'avanzare della scienza moderna. Salute è solo una parola [...] conosco solo individui più o meno affetti da malattie*

⁷⁰ P. A. Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008, p. 4

⁷¹ G. Marrone, *Addio alla Natura*, Einaudi, Torino 2011, p. 4

più o meno disparate e con esiti più o meno rapidi. Naturalmente, se dite loro che stanno benissimo, non chiedono di meglio che credervi. Ma così li ingannate⁷²”.

7) Come agisce la medicalizzazione della vita

Siamo tutti più o meno malati, questa è l'ottica con cui deve intendersi il fenomeno della medicalizzazione della vita, il quale procede secondo un'ottica di deficit, ovvero considera tutti i soggetti bisognosi di un qualche ausilio medico atto a recuperare la propria naturalezza e le proprie possibilità di esprimersi nel mondo. Peter Conrad, colui che ha definito in modo chiaro questo fenomeno, fa notare come tale termine deve essere suddiviso almeno secondo tre significati d'uso⁷³. Il primo viene da lui definito *medicalizzazione concettuale* si avvera quando si utilizzano i vocaboli medici per definire qualcosa che non rientra nel campo della medicina, ad esempio quando si sostiene che compiere un'azione di bombardamento sopra dei territori nemici è un'azione terapeutica atta a combattere il cancro rappresentato dal terrorismo; il secondo è la *medicalizzazione istituzionale*, che si verifica quando il medico può dirigere delle istituzioni in cui è presente, sotto il suo potere, anche del personale non medico, ad esempio quando un medico gestisce da solo una casa di cura per tossicodipendenti, un ospedale, una struttura di cura psichiatrica ecc.; il terzo è la *medicalizzazione interazionale*, ovvero la possibilità tramite le parole del medico di ridefinire i problemi sociali quali problemi medici, un esempio concreto può essere rappresentato da chi, in crisi con la moglie per problemi legati all'infedeltà, si rivolge allo psichiatra o ad un psicoterapeuta per affrontare una terapia di coppia. L'importanza di questa suddivisione di Conrad si riscontra nell'aver messo in luce come la medicalizzazione abbia delle modalità di agire che non possono essere ridotte unicamente al fatto che si definisca di punto in bianco una situazione della vita dell'uomo quale malattia, ma essa (la medicalizzazione) per agire necessita di costruirsi un mondo, ovvero di darsi delle modalità esplicative che dispiegano il reale secondo i termini e le categorie proprie della medicina. Detto con altre parole, la medicalizzazione della vita non rappresenta solo il passaggio dal considerare gli eventi di vita come patologie, ma rappresenta un cambiamento nell'affrontare il mondo, nel concepire lo stesso mondo e nell'affrontare la vita quotidiana. Ciò vuol dire che la medicina ha preso il posto della religione nella conduzione e nella creazione delle speranze di costruire un avvenire migliore, di consolidare il nostro presente e di individuare le possibilità di vita più proficue. Non ci si affida più,

⁷² J. Romain, *Knock o il trionfo della medicina*, Liberilibri, Macerata 2007, pp. 58-59

⁷³ P. Conrad, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, 1992

dunque, alla religione, ma ci si affida alla medicina, la quale diviene una sorta di nuova divinità disciplinatrice che mostra le vie ed indica il percorso da intraprendere. Quindi, non si utilizzano metafore religiose per invocare l'aiuto divino per una guerra, per risolvere un conflitto familiare, per cercare di andare meglio a scuola, ma ci si rivolge alla prassi medica. Ne segue che proprio come sostiene Karl Popper, l'uomo lungo tutta la sua storia ha mostrato di essere un animale ideologico più che razionale, infatti lo stesso Popper per descrivere la nascita della scienza usa le seguenti parole: *“la storia della scienza [. . .] specialmente a partire da Francesco Bacone. Fu un movimento religioso, o semireligioso, e Bacone fu il profeta della religione secolarizzata della scienza. Egli sostituì al nome Dio il nome Natura, ma lasciò immutato quasi tutto il resto. Alla teologia, scienza di Dio, si sostituì la scienza della natura; alle leggi di Dio si sostituirono le leggi della Natura; alla potenza di Dio le forze della Natura [. . .] al determinismo teologico si sostituì il determinismo scientifico; in altre parole, all'onnipotenza e all'onniscienza di Dio si sostituì l'onnipotenza della Natura e la virtuale onniscienza della scienza naturale⁷⁴”*. La spiegazione del fenomeno di medicalizzazione della vita può seguire lo stesso modo di esplicitarsi delineato da Popper, poiché l'uomo al posto di invocare Dio al fine di porre rimedio al proprio dolore vitale, invoca la medicina e si affida totalmente ad essa sostenendo che possa riportare e ripristinare il naturale. Dunque, in estrema sintesi, la medicalizzazione della vita rappresenta una maniera diversa di organizzarsi e di darsi da parte dell'uomo, il quale assume una nuova prospettiva interpretativa nelle dinamiche del mondo, che passano obbligatoriamente attraverso la medicina, la quale per assumere un così rilevante potere deve diventare una pratica totalmente avvolgente la vita dell'uomo stesso. Se Conrad mostra come la medicalizzazione agisca sull'ambito dell'intera esistenza umana attraverso i tre processi di medicalizzazione concettuale, medicalizzazione istituzionale e medicalizzazione interazionale, Jörg Blech, una delle voci più autorevoli e citate nell'odierno dibattito sulla medicalizzazione della vita, individua cinque atteggiamenti che consentono di trasportare degli eventi normali all'interno dell'ambito proprio della medicina. *Il primo processo è quello relativo allo spacciare* normali situazioni vitali quali problemi medici, in particolare Blech porta l'esempio della caduta dei capelli, sostenendo che l'impresa americana Merck & Co. ha scoperto il primo rimedio efficace contro la caduta dei capelli e, a seguito di ciò, si è rivolta ad un'agenzia pubblicitaria la Edelman, la quale ha provveduto a diffondere in tutto il mondo l'idea che la perdita dei capelli fosse una situazione da combattere con ogni terapia medica a disposizione. A sostegno di tale tesi si cominciò a vociferare che la perdita dei capelli causasse panico e problemi

⁷⁴ K. R. Popper, *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino 2000, pp. 123-124

emotivi e non permettesse di trovare il lavoro auspicato. In particolare Blech mette in luce come gli istituti internazionali di tricologia che avevano asserito che la caduta dei capelli porta scompensi di tipo psicologico fossero tutti finanziati dalla stessa Merck & Co., la quale ha sfruttato l'odierna volontà dell'uomo di affidarsi alla medicina per aumentare il proprio fatturato vendendo la propria cura, ma così facendo ha portato tutta l'umanità a concepire la calvizie, situazione normale nella vita di un soggetto maschile adulto, come una vera e propria patologia che richiede un aiuto terapeutico⁷⁵. *Il secondo processo individuato da Blech è quello dei problemi personali e sociali che vengono spacciati per problemi medici.* In particolare con questo termine si fa riferimento alla psichiatria e alla possibilità di definire malato ogni emozione o atteggiamento umano. Basti pensare che il manuale ufficiale utilizzato all'interno di questa pratica medica, il DSM, ha subito delle mutazioni tali che lo hanno portato nel 1952 ad identificare 25 disturbi psichici, sino a raggiungere i 400 disturbi elencati nella sua ultima edizione datata 2013. Tale situazione è stata lungamente oggetto di dibattito, in particolare i critici sostengono che la psichiatria e il DSM abbiano prodotto dei sintomi che possono essere diagnosticati in ogni uomo. In particolare tale critica è stata lanciata dallo psichiatra Allen Frances, a capo della task force che ha pubblicato il DSM-IV, il quale dopo aver lavorato a lungo nella stesura di due edizioni del manuale psichiatrico (DSM) si è reso conto di come esso stia di volta in volta prescrivendo un ideale sempre più irraggiungibile di salute, identificando come oggetto della propria azione terapeutica un gran numero di situazioni, dalla timidezza, all'egoismo, all'infelicità, alla tristezza, sino alle modalità con cui si compiono gli atti sessuali, con cui si parla in pubblico, con cui ci si occupa di se stessi, che non lasciano al di fuori quasi nessun aspetto della vita dei soggetti. A questo proposito Allen Frances scrive: *“il DSM traccia i confini tra normalità e malattia mentale, ha un'enorme importanza sociale, poiché definisce moltissimi fattori fondamentali per la vita della gente, come chi va considerato sano e chi malato; che tipo di terapia offrire; chi è che le deve pagare; chi ottiene i sussidi di invalidità; chi può far domanda per servizi di salute mentale; scolastici; assistenziali ecc.; chi può essere assunto, chi può adottare un bambino o pilotare un aereo o sottoscrivere un'assicurazione sulla vita; i danni che possono essere rimborsati in caso di incidenti: e molto, molto altro”*⁷⁶.

Il terzo processo individuato da Blech è quello relativo al fatto che i rischi vengono spacciati per malattie, in particolare lo studioso sostiene che abbassando i valori relativi a grandezze misurabili quali la pressione del sangue o la colesterolemia, si fa crescere il numero di malati. In particolare egli afferma: *“negli ultimi anni la manipolazione dei fattori di rischio ha*

⁷⁵ J. Blech, *Gli inventori delle malattie*, Lindau, Torino 2006, p. 25

⁷⁶ A. Frances, *Primo, Non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 8

conosciuto un'accelerazione mai vista in precedenza, e questo a causa della decodificazione del genoma umano [...] ciò sta rendendo possibile diagnosticare in ogni persona l'esistenza di geni difettosi e quindi rende possibile presentare come non ancora malate persone che godono di ottima salute⁷⁷”.

Il quarto processo è relativo al fatto che sintomi rari vengono spacciati per malattie che colpiscono molta gente, per cogliere tale sfumatura Blech invita a pensare al fatto che da quando è stato introdotto il Viagra sul mercato, la disfunzione erettile si sia diffusa in un numero enorme e sempre crescente. Non è un caso che si è subito cercato un corrispettivo anche in ambito femminile individuando la frigidità come malattia specifica, andando a medicalizzare anche il piacere femminile dell'atto sessuale tramite la *Femal Sexual Disfuction*. Tale patologia, dall'essere una situazione rara, coinvolge secondo gli studiosi quasi il 43% delle donne presenti nel mondo⁷⁸.

Infine, il quinto processo riguarda i sintomi lievi che vengono spacciati quali podromi di malattie gravi. L'esempio riportato da Blech è quello della “sindrome da colon irritabile”, il fenomeno è collegato ad un quantità di sintomi che ognuno di noi ha avvertito in più occasioni e che molti considerano associati a normali gorgogli intestinali, nonostante adesso tale fenomeno è considerato quale patologia diffusa che necessita di cura⁷⁹.

Conrad e Blech mettono bene in luce come la medicalizzazione della vita sia un fenomeno estremamente difficile da analizzare, poiché esso non si basa su un soggetto ben localizzato che effettua delle manovre unicamente finalizzate ad ottenere il proprio scopo, ma è da considerarsi come un'esplicazione di un andamento sociale, iniziato quando si è trasformato la volontà di alleviare le sofferenze dell'uomo da situazione religiosa a situazione medico-laica ed è aumentata con l'andare del tempo grazie agli strumenti tecnici che venivano forniti alla stessa medicina, creando così le possibilità per la costituzione di una società che si basa sulla medicina, che trova la propria natura nel dividere tra sano e malato e normale e anormale. La medicalizzazione procede perché la società, composta dai soggetti partecipanti, richiede un massiccio intervento medico al fine di diminuire sempre più le possibilità di provare dolore e poter esercitare le proprie umane possibilità. Dunque, come sostiene Marc Augé: “che cos'è la malattia se non l'evento, che tutte le società hanno dovuto imparare a dominare? come a dire comprenderlo e quindi tentare di trattarlo⁸⁰”. Con l'andare del tempo l'uomo si è sempre più specializzato nel cercare di dominare tale evento, tanto che non si sta

⁷⁷ J. Blech, *Gli inventori delle malattie*, Lindau, Torino 2006, p. 27

⁷⁸ Cfr. R. Moynihan, B. Mintzes, *Sex Lies*, Greystone books, Vancouver 2010

⁷⁹ Ivi, p. 40

⁸⁰ M. Augé, *Antropologia, cultura, medicina*, in *Il sapere della guarigione*, Laterza, Bari 1996, p. 16

più limitando a comprendere e curare solo le situazioni che sembravano costituire i flagelli primi dell'umanità, ma si è preso cura anche di tutte le situazioni che possono o potevano arrecare un qualsiasi tipo di dolore alla vita stessa.

8) Il concetto di guarigione: dalla critica medica all'analisi sociale

Conrad e Blech hanno messo in luce come la medicina entri sempre più nella vita di ogni soggetto, tanto da diventarne non solo la fonte di risoluzione di alcuni problemi, ma il vero e proprio mezzo a cui votarsi per tentare di dar senso al mondo da parte dello stesso soggetto. In altri termini possiamo oggi affermare, come sostiene Popper, che la scienza, intesa come medicina, abbia totalmente preso il posto della religione nell'organizzazione di senso propria dei soggetti. Secondo Furedi il fenomeno di analisi dell'impatto che la medicina riveste nella nostra società, che prende il nome di medicalizzazione della vita, nasce originariamente attorno agli anni 60 come critica al professionalismo medico, con particolare riferimento all'esercizio di potere imposto dai medici come forma di controllo sociale sui corpi e sui comportamenti non conformi alle norme prevalenti. A questo proposito scrive: *“la tesi sulla medicalizzazione emerge come critica al professionalismo medico, in particolare si focalizza sul potere medico. Essa rappresenta una reazione contro il razionalismo che gli esperti insegnano e rispetto al modello biomedico di salute che propongono. Spesso, questo esercizio del potere è stato ritratto come forma di controllo sociale [...] atto a conformare alla norma prestabilita. Per molti degli esponenti di questa tesi, la medicalizzazione fu associata alla ricerca consapevole dell'interesse medico, attraverso la creazione di un'egemonia nella definizione e nella gestione della salute e della malattia. La metafora “imperialismo medico” fu rappresentata per esprimere l'idea di un'espansione predatoria della professione medica⁸¹”*.

Per cogliere lo sfondo in cui nasce la teoria della medicalizzazione della vita è necessario far riferimento all'opera di Talcott Parsons, il quale sin dagli anni '50 studia il concetto di fenomeno sociale, partendo dal presupposto che ogni fenomeno presente in una determinata società rappresenti il risultato di un insieme strutturato di relazioni che avvengono tra attori sociali. Ne segue che per Parsons il sistema sociale è costituito da parti connesse tra loro, dalle connessioni di queste parti nascono degli effetti strutturali che possono essere “funzionali” o normali” e effetti cosiddetti “devianti” che pur essendo interni al sistema stesso

⁸¹ F. Furedi, *The End of Professional Dominance*, in *Society*, V. 43, N. 6, 2006, p. 14

possono strutturarne una diversa conformazione⁸². Da questo assunto di base si può dedurre come nessun individuo sia indipendente dal sistema sociale, in quanto in ogni momento conserva tutti i propri ruoli sociali⁸³. La società, pertanto, è orientata nel conservare il proprio ordine sociale, stabilendo delle regole, delle norme e delle sanzioni, ma all'interno di tale sistema i diversi attori possono strutturare il loro rapporto al fine di guadagnare potere. In particolare, nel decimo capitolo di *The Social System*, egli asserisce che anche la medicina e l'oggetto della stessa, la malattia, agiscono in un sistema sociale dato, mostrando però come la malattia si erga anche a situazione contraria ai principi normativi e funzionali stabiliti dalla società, infatti scrive: “*la malattia rende incapaci di assolvere efficacemente i ruoli sociali [...] si può così considerare il malato come un deviante e per tal ragione esiste un interesse funzionale della società al suo controllo*”⁸⁴. Ne segue che la medicina disciplinando i corpi verso una normalità data acquisisca un forte potere all'interno della società, per tal ragione la stessa medicina può dilatare il confine tra normale e patologico al fine di creare degli effetti strutturali interni al sistema stesso che determinano un nuovo modo di definire l'essere funzionale o l'essere deviante. Così facendo la medicina può agire all'interno del sistema società guadagnando potere su nuove dimensioni dell'esistenza. Alla descrizione di società fornita da Parsons si aggiunge la tesi di Jesse Pitts⁸⁵, il quale sostiene nel 1968 che l'estensione della medicina sia funzionale al desiderio dei medici di attuare un controllo sociale, ad esempio per Pitts la medicina si occupa dell'alcolismo facendo passare lo stesso da peccato (cattiva abitudine o attitudine di vita) a malattia (sindrome che necessita una cura). Così facendo essi estendono il loro potere e colonizzano sempre nuove sfere dell'esistenza. Dello stesso parere si pone anche Freidson⁸⁶, il quale sostiene che il potere dei medici si alimenta grazie alla possibilità d'influenzare le seguenti situazioni: organizzazione dell'erogazione delle modalità di cura, prescrizione degli aspetti formativi riguardo tutti coloro che si occuperanno di sanità, individuazione delle gerarchie tra le professioni sanitarie. Ne segue che il termine medicalizzazione nasca come forte critica al potere medico, l'accento viene così posto sulla volontà degli stessi medici di agire al fine di ampliare il loro potere. Insomma, tra gli anni '60 e '70 la medicina viene accusata di non guardare unicamente al bene del paziente, ma di servirsi di questo mandato al fine di incrementare i propri vantaggi e il proprio potere sociale. La classe medica diviene una casta che detiene un forte potere e lo vuole ampliare a dismisura, unicamente per realizzare un proprio vantaggio.

⁸² Cfr. U. Gerhardt, *Talcott Parsons: An Intellectual Biography*, Cambridge University Press 2002

⁸³ Cfr. S. Segre, *Talcott Parsons*, University Press of America 2012

⁸⁴ T. Parsons, *The Social System*, The Free press, 1951, pp. 438-439

⁸⁵ J. R. Pitts, *Social control: the concept*, in *International Encyclopedia of the social Sciences*, n. 14, 1968

⁸⁶ E. Freidson, *Profession of Medicine*, Harper and Row, 1970

Tale situazione cambia dalla metà degli anni '70 in cui le analisi attorno alla medicalizzazione cominciano ad allontanarsi dalla pura critica della professione medica e del colonialismo che ne deriva, iniziando a considerare il ruolo dei medici come inserito all'interno di una volontà di controllo e di normalizzazione che vede gli stessi medici come delle pedine in mano ad altri poteri. In particolare l'autore di riferimento è Irving Kenneth Zola il quale, in un testo del 1972, mette in luce come la medicina stia diventando un'istituzione capitale di controllo sociale, che sostituisce le istituzioni tradizionali della religione e del diritto. Egli prosegue le sue analisi affermando che la medicina sia da considerarsi come la depositaria assoluta delle possibilità di stabilire una realtà, poiché degli esperti, i medici, si esprimono in maniera oggettiva attorno alla salute, la quale s'iscrive come una componente naturale presente nella vita dell'uomo. Egli scrive: *“dalla sessualità all'alimentazione, dalle aspirine ai vestiti, dalla guida automobilistica alla pratica del surf, sembra che in certe circostanze o nell'interazione con alcune sostanze o attività o in grado troppo o non abbastanza elevato, praticamente ogni cosa possa condurre a un problema medico. In breve, ho finito per convincermi che vivere è pericoloso per la salute. Questa osservazione non è così buffa come potrebbe sembrare, poiché qualsiasi aspetto della nostra vita quotidiana contiene degli elementi di rischio per la salute⁸⁷”*. Nonostante queste osservazioni Zola invita nello stesso saggio a riflettere sul fatto che il processo di medicalizzazione non derivi unicamente dalla volontà da parte della classe medica di ottenere sempre più potere, ma esso sia il prodotto della società stessa la quale, cogliendo l'influenza del fattore salute nella vita degli uomini, sprona la medicina a diventare una nuova potenza di controllo sociale. In altri termini, Zola produce un notevole salto logico nella teoria della medicalizzazione della vita invitando a spostare il focus dal puro colonialismo medico alle potenze sociali, prima tra tutte il governo, che incita la medicina a guadagnare sempre più potere al fine di garantirsi un maggior grado di controllo sulla popolazione. Dunque, ciò che afferma Zola è che la medicina pur volendo perpetuare una forma di colonialismo professionale non è l'unica forza in campo che permette una tale presa di potere sulla vita. Le tesi di Zola vengono riprese, sostenute ed elaborate da Robert Crawford⁸⁸, il quale sostiene che la medicalizzazione deve essere spiegata almeno sotto due aspetti il primo è relativo alla volontà da parte della professione medica di espandere il proprio potere, il secondo è relativo all'utilità da parte delle forze sociali, come quelle che reggono il governo, di suddividere tutto il reale non tra giusto e ingiusto, ma tra salutare e non salutare. Poter disporre di una disciplina che s'interessa di ogni aspetto della vita e che scinde

⁸⁷ I. K. Zola, *Medicine as an Institution of Social Control*, in *Sociological Review*, N. 20, 1972, p. 498

⁸⁸ R. Crawford, *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, in *International Journal of Health Services*, n. 10, 1980

in questo ciò che è naturalmente accettabile e ciò che non lo è, risulta molto proficuo per chi detiene il potere, poiché potrà ordinare la popolazione non sulla base di leggi che rappresentino degli asserti etico-morali di comportamenti, ma attraverso un ordine naturale prestabilito. Le riflessioni di Zola e Crawford spostano completamente la modalità d'intendere la medicalizzazione, la quale da una critica alla professione medica, si trasforma in un'analisi molto più complessa volta al cogliere le molteplici forze in gioco che traggono profitto dal medicalizzare la vita quotidiana. Gli anni '80-90 portano in dote questa maniera di leggere il fenomeno della medicalizzazione, la quale grazie alle analisi di Conrad, di Appleton⁸⁹, di Furedi, di Blech e di molti altri estende il loro sguardo dalla sola classe medica ad altri soggetti come lo Stato, le industrie farmaceutiche, i media e i pazienti. Per tal ragione la medicalizzazione della vita non diventa più un problema confinato all'interno della sola analisi medica, ma diventa un territorio d'indagine politico, sociale e medico, in cui cercare di cogliere l'andamento della società, delle istituzioni che la sorreggono e dei soggetti che la compongono. Tale tendenza viene particolarmente evidenziata nel concetto di guarigione, poiché facendo continuamente riferimento al fatto che la medicina sta espandendo i propri confini, i quali abbracciano delle situazioni di vita che prima erano considerate come normali eventi vitali, il compito della stessa istituzione sarà quello di far guarire da questi eventi. Curare vuol quindi dire eliminare gli elementi che producono fastidio nella vita di tutti i giorni, ma vuol anche dire che si è stabilito una norma che prevede che tali atteggiamenti deviano dalla naturalità umana. Per far cogliere questa sfumatura si può far riferimento alla proposta di Colin Camerer, il quale sostiene che grazie ai suoi esperimenti sarà possibile entro dieci anni produrre una pillola per migliorare la capacità di prendere decisioni nel mercato azionario⁹⁰. Oppure si parla molto della medicalizzazione delle difficoltà scolastiche⁹¹, dove l'oggetto sono le difficoltà dei bambini di ascoltare l'insegnante, di concentrarsi ecc. Ad esempio la ricercatrice Melissa Orlov, nel suo volume *The ADHD effect on marriage*, propone di curare il disturbo da deficit di attenzione al fine di prevenire i divorzi. Un ultimo emblematico esempio può essere offerto dall'estensione del concetto di depressione, il quale dal 2013 grazie alla pubblicazione del DSM-5 è divenuta diagnosticabile anche a chi prova tristezza a causa di un lutto, o per aver subito una operazione altamente invalidante come un'operazione al cuore o un trapianto d'organo. Tutto questo mette in luce come la medicalizzazione agisca sotto numerose spinte, sociali ed economiche, le quali riescono a

⁸⁹ L. Appleton, *Rethinking medicalization: Alcoholism and anomalies*, in *Images of issues: Typifying contemporary social problems*, Gruyter, 1995

⁹⁰ Cfr. M. T. Cometto, *E se inventassimo la pillola per star bene?*, in *Corriereconomia*, 13 giugno 2011, p. 21; A. Maturo, *La società bionica*, Franco Angeli, Milano 2012, p. 14

⁹¹ S. Morel, *La médicalisation de l'échec scolaire*, Sredit la dispu, 2014

creare dei principi di normalità e si servono della medicina per imporre tali forme normali alle persone. Per fare ciò è essenziale far guarire gli stessi soggetti dai loro comportamenti malsani attraverso una terapia e non è dunque un caso, come ha messo in luce Conrad, che uno dei processi della medicalizzazione sia quello di utilizzare i termini malattia, cura, terapia e guarigione per identificare tutti i fenomeni sociali. Ne segue che bisognerà ricorrere ad una terapia per far guarire chi non sa prendere delle giuste decisioni nel mercato finanziario, per chi non riesce a concentrarsi a scuola, per chi non si riesce ad impegnare in un matrimonio, per chi prova dolore per la morte di un proprio caro ecc. In altri termini, si utilizzano i termini della medicina per ogni situazione della vita, tanto che Jacques Testart sostiene che, utilizzando il termine terapia, ad esempio, quando si parla di impossibilità della procreazione e si ricorre alla fecondazione assistita, (la quale più che curare, ovvero ristabilire biologicamente le capacità di procreare da parte delle persone, si sostituisce ad esse attraverso la manipolazione dei gameti fuori del corpo), la quale pur soddisfacendo un bisogno di genitorialità dell'uomo, non aiuta lo stesso a superare la propria sterilità, analogamente si potrebbe addirittura parlare di terapia quando si adotta un bambino, poiché anche in questo caso si aiuta l'uomo dall'esterno ad ottenere il proprio scopo⁹².

Ciò che è importante cogliere è che il passaggio dalla medicalizzazione intesa quale critica alla disciplina medica alla medicalizzazione intesa quale sfera di senso e potere, articolata da molteplici attori attorno alla valenza del medico, passa in gran parte attraverso un'analisi del lessico terapeutico che si applica ad ogni campo della vita, il quale definendo guaribile un aspetto della vita stessa lo naturalizza e lo rende oggetto del campo di salute proprio dell'azione medica. Ne segue che quando parliamo di possibilità di far guarire, inevitabilmente stiamo parlando di poter ricondurre quell'aspetto dell'esistenza ad una norma prestabilita, dunque all'ideale di salute diffuso dalla medicina. Quindi, il fatto che prendere cattive decisioni nel mondo della finanza sia una malattia, vuol significare ricondurre tale atteggiamento all'interno della sfera della medicina, la quale dovendo agire per mantenere la salute, dovrà ricondurre l'uomo alla possibilità di prendere delle giuste scelte che possano alleviare il proprio dolore nella vita. Facendo questo si evince che la salute, pur essendo utilizzata con un significato naturale, è invece un concetto normativo, il quale prevede di poter agire all'interno di esso al fine di normalizzare la vita dei soggetti. Ovviamente, tale situazione si rivela di estrema utilità, infatti molti potrebbero essere interessati ad agire su un criterio normativo, che viene considerato come naturale e che investe le possibilità di stare bene al mondo di tutti gli uomini, al fine di premuore i propri interessi. Da tale osservazione

⁹² J. Testart, *La procreazione assistita*, Il Saggiatore, Milano 1996

si può cogliere come far guarire vuol dire normalizzare le persone, cioè renderle plasmabili a delle idee decretate a tavolino da qualcuno. Il tentativo di cogliere chi è quel qualcuno rappresenta lo spostamento effettuato dagli studiosi della medicalizzazione nell'ambito delle loro ricerche.

9) Soggettività medicalizzata

Si è colto come l'oggetto odierno dell'analisi del fenomeno della medicalizzazione della vita non sia unicamente il mondo della professione medica, intesa come forza colonizzatrice della vita, ma come essa sia solo uno dei tanti attori, che traggono profitto, all'interno di questo meccanismo di senso dell'esistenza. In particolare abbiamo fatto notare come medicalizzare, ovvero portare all'interno della medicina alcuni eventi di vita, voglia dire anche attivare un processo terapeutico per gli stessi che condurrà ad una possibile guarigione. Quando le situazioni che vengono ascritte all'interno del campo della medicina sono però delle situazioni sociali, economiche ecc., tale fenomeno fa pensare alla possibilità di normalizzare entro canoni ben prestabiliti la vita degli stessi soggetti. In particolare Bryan S. Turner chiarisce che la costruzione di nuove categorie mediche coincide inevitabilmente con una nuova percezione della realtà, dal momento che un nuovo sistema di riferimento viene creato⁹³. Ciò che Turner asserisce è che la medicina ha la grande possibilità di plasmare la normalità, di disciplinare i corpi e di far penetrare le proprie modificazioni del reale le quali passano, attraverso la modificazione del concetto di salute, nelle convinzioni profonde dei soggetti. Poiché, come sostiene Franca Ongaro, moglie di Franco Basaglia, *“per noi per la nostra cultura, la malattia è morte perché la vita continua a essere rappresentata solo dalla salute assoluta. È perdita di sé perché l'unica identità che ci venga proposta è l'uomo sano, efficiente e produttivo. È un alienarsi totale, perché affidarsi come malato al tecnico della salute significa perdere ogni controllo sul proprio corpo, sulla propria vita”*⁹⁴.

Da tale ragionamento di Ongaro ne segue che l'uomo, proprio come affermato da Popper, ha spostato il suo modo di dar senso al reale dal sistema religioso a quello scientifico, e all'interno della scienza, si colloca anche la medicina, la quale assume come proprio compito la possibilità di eliminare il dolore prodotto nella vita. Per tal ragione l'uomo si affida totalmente a tale pratica, la quale sostiene di far riferimento nel proprio procedere ad un'idea

⁹³ B. S. Turner, *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Sage, London, 1996

⁹⁴ F. Ongaro, *Salute/Malattia*, Einaudi, Torino 1982, p. 8

di salute derivante da un'osservazione neutra delle modalità di espressione umane, che restituisce la possibilità di coniare un concetto naturale di salute al quale far adeguare il soggetto. Tale concetto viene definito come osservazione naturale, ma esso non può mai dirsi indipendente rispetto a chi compie l'osservazione e, dunque, tale concetto diventa chiaramente normativo e si presta ad essere distorto da parte di chi nutre degli interessi a far sì che l'umanità si comporti in determinate e precise modalità. Pertanto, la medicina agisce da pratica dedita alla cura ma, estendendo il proprio dominio a nuovi eventi, diventa una pratica che lavorando sui deficit dell'uomo che non gli consente di esprimersi adeguatamente nel mondo, ne plasma nel profondo i comportamenti, le speranze e le modalità di azione. Si deve però notare, che il meccanismo di medicalizzazione della vita agisce solo grazie al soggetto stesso che necessita e vuole sempre maggiori cure mediche, poiché esso attraverso la propria fede cieca nel progresso medico, che porta a non possedere un bagaglio critico ed interpretativo delle stesse azioni terapeutiche, agevola una sempre maggiore estensione della medicina, rivendicando il diritto alla stessa sancito dalla naturalità del concetto di salute. A questo proposito Rovatti scrive: *“il paradigma della medicalizzazione della vita ci dispone alla situazione di sorveglianza e autosorveglianza. Più che come un potere esterno, esso funziona come un assillo volontario, un parassita delle nostre condotte con cui accettiamo e quasi scegliamo di convivere. Tutto gira attorno all'inesorabilità della malattia, una malattia che infine non si identifica con questo o quel disturbo ma che si impone come la condizione normale del nostro vivere. Su questo stato ormai cronico non ci interroghiamo più. Il patologico è slittato nel normale, e il normale scivola nel naturale. Siamo malati, ecco tutto. È naturale che la malattia non sia una cosa buona. È naturale che un'indagine un po' meno che superficiale metterà a nudo il nostro deficit. È dunque naturale che siamo tutti vulnerabili e segnati⁹⁵”*.

Possiamo così affermare che la medicalizzazione della vita agisce primariamente nella volontà del soggetto di riceverla, attuando una serie di meccanismi sociali che aumentano la stessa possibilità del soggetto di concepirsi come iscritto in tale disegno naturale. Per tal ragione parliamo di costruzione di una soggettività medicalizzata, ovvero del fatto che l'uomo riflette su se stesso, fa esperienza di sé, attraverso le forme e gli spazi aperti dalle categorie decretate dalla medicina. Il potere della medicalizzazione s'instaura sulla possibilità di rafforzare continuamente la volontà del soggetto di credere nella stessa pratica e, attraverso i propri meccanismi, fa sì che lo stesso non possa che concepirsi sotto la giurisdizione della stessa. In altre parole, se oggi parliamo di medicalizzazione dei deficit scolastici, tale nuova

⁹⁵ P. A. Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008, p. 7

forma di medicalizzazione può procedere solamente perché esiste una soggettività medicalizzata che, concependosi con i termini propri del linguaggio medico, può dare senso veritativo a tutto ciò che viene posto in termini di deficit di salute, guarigione e cura. L'uomo si crede libero perché può decidere della propria salute, ovvero acquisisce sempre maggiori possibilità di dominare il dolore. Bisogna però notare come scrive Edoardo Greblo che: *“a guardare le cose più da vicino, ci si accorge però che gli scenari di libertà resi disponibili per la libera autodeterminazione dei soggetti circoscrivono uno spazio in cui, di fatto, non è possibile che un'autonomia presidiata, sottoposta a forma di controllo [...] l'accresciuta libertà di disporre del proprio corpo nei suoi momenti cardinali, come il concepimento, la vita prenatale, la morte, è infatti affidata all'istituzione medica e accompagnata dalla presenza costante di tutta una serie di figure diversamente competenti, dal ginecologo al sessuologo, dal biologo allo psicologo⁹⁶”*. Per spiegare tale situazione Greblo porta l'esempio dell'interruzione di gravidanza, asserendo che tale fenomeno non è più oggetto di regole minuziose e interdetti penali in conseguenza del vincolo naturale alla funzione riproduttiva, ma il legislatore demanda al medico di assicurarsi e di promuovere un quadro sanitario corretto e clinicamente sicuro, accertandosi che la persona che vuole abortire sia del tutto cosciente e responsabile dell'azione che vuole portare a compimento⁹⁷. Un altro esempio è relativo alle possibilità odierne di cambiare il proprio sesso biologico, tale possibilità non più resa impossibile dalla legge, viene però limitata dalle perizie psichiatriche che devono, attraverso delle lunghe interviste, valutare se il soggetto in questione sia davvero convinto di fare ciò o tale volontà non sia solo un mezzo perverso per avere rapporti sessuali. Tali esempi ci permettono di cogliere come il soggetto, oggi, si riconosca totalmente nella medicina, tanto da sentirsi libero di decidere del proprio corpo e ritiene naturale che la medicina, attraverso delle interviste-confessioni, s'insinui sempre più nella sua vita, quasi non lasciando nulla al di fuori del proprio campo di azione e decisione. Si può così capire come le pratiche di medicalizzazione sfruttino la valenza che viene accordata alla medicina per entrare sempre più nel profondo del soggetto, attraverso le interviste mediche che autorizzano le azioni, decretando di fatto anche la possibilità che le stesse interviste fungano da mezzo per la codifica di una soggettività sempre più medicalizzata. Utilizzando nuovamente le parole di Greblo se ne può concludere che: *“il fatto che il medico sia chiamato a presidiare l'ambito della vita individuale nei suoi momenti critici dipende certo dai compiti istituzionali demandati alla medicina, e cioè diagnosticare e guarire le malattie [...] ma la pervasività dei processi di medicalizzazione dipende altresì da una politica generale della vita che interviene*

⁹⁶ E. Greblo, *Sorveglianza a bassa intensità*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008, p. 16

⁹⁷ *Ivi*, p. 17

sull'organismo e sui processi biologici per venire incontro alle richieste, ai bisogni e ai desideri dei soggetti in nome di una concezione della salute che incide sul concetto stesso di malattia [...] in questi contesti non si tratta soltanto di promuovere le necessarie risposte difensive e compensative a malattie, infermità o anomalie a scopi autoconservativi, ma di rispondere alle dinamiche apparentemente spontanee e autonome di autovalorizzazione e di soggettivazione sia a livello individuale sia a livello collettivo⁹⁸”.

Sostenendo ciò, Greblo afferma che la medicalizzazione agisca non solo per il bene dell'uomo, ma che si faccia guidare dalla possibilità di prescrivere delle situazioni di vita, al fine di disciplinare e di attivare dei meccanismi di soggettivazione che permettono all'uomo stesso di concepirsi alla luce di alcuni valori che accentuano le sue possibilità di azione efficace all'interno della società. Tali forme di controllo medico sono esercitate, però, da molteplici forze, prima tra tutte lo Stato che coglie l'opportunità di sfruttare la costruzione medicalizzata della soggettività come fonte di controllo dell'agire sociale. Questa forma di utilizzo della medicina per normalizzare e creare i comportamenti al fine di governare i soggetti, rendendo sicura la popolazione, prende il nome di biopolitica.

10) Il controllo dei corpi e delle azioni sociali attraverso la medicalizzazione: la biopolitica

Il processo di medicalizzazione non può essere inteso come un mero sconfinamento della pratica medica all'interno della vita dell'uomo utile solo a far guadagnare sempre più potere ai medici, ma essa deve essere intesa in senso molto più ampio, come forma di governo del soggetto il quale si concepisce attraverso i termini della medicina e dona significato alla propria esistenza grazie alla stessa pratica terapeutica. Tale forma di senso ragiona nell'ottica del deficit ed instaura nel soggetto il bisogno continuo di ottenere attraverso essa le risorse necessarie ad esprimere il proprio potenziale all'interno della vita, tanto che lo stesso soggetto concepisce la propria libertà come pratica mediata dalle tecniche mediche che pongono il veto o l'assenso alla volontà stessa dell'uomo. Non a caso Furedi sostiene che: *“la terminologia da deficit [...] fa ormai parte del linguaggio della collettività e viene utilizzata per l'interpretazione della realtà quotidiana. Dalla nascita al matrimonio, all'esperienza*

⁹⁸ Ivi, p. 34

genitoriale, al lutto, la vita viene interpretata alla luce dell'etica terapeutica. [...] il paradigma sovrano della comprensione morale è sostanzialmente terapeutico⁹⁹”.

Questo modo di concepirsi dell'uomo mediato dalla terminologia e dai valori medici può essere sfruttato per dirigere e organizzare la vita collettiva in società ed abbiamo messo in luce, attraverso il pensiero di Conrad e degli altri autori citati, come la medicalizzazione della vita possa essere indirizzata dalla pratica politica ad attuare una normalizzazione delle azioni perpetuate dai soggetti. Ne segue che la medicalizzazione della vita sia un fenomeno più complesso di quello che appare a prima vista e che rimandi ad una modalità differente di esercitare il potere politico, il quale non vuole più unicamente sanzionare il giusto e l'ingiusto, ma scopre che per mezzo della medicina e dell'ideale di salute può creare i comportamenti adeguati alla vita in società. Questa forma di governo, analizzata in particolare negli anni '80, prende il nome di biopolitica. Laura Bazzicalupo, importante studiosa di biopolitica, definisce la stessa forma di governo con le seguenti parole: *“la biopolitica è chiamata in causa quando con frequenza sempre maggiore la politica si occupa di problemi di vita, quando nella politica diventa centrale il corpo di quelli che hanno il potere e di quelli che subiscono il potere [...] sono fenomeni politici nei quali ne va direttamente della vita biologica degli uomini, dell'uomo in quanto essere vivente. Si tratta di fenomeni assai diversi: alcuni nel cono d'ombra della morte e della violenza, altri sembrano rimandare alla sollecitudine accattivante della terapia e del culto della vita. Eppure questi fenomeni hanno in comune la curvatura della politica in direzione della vita biologica: come se la politica avesse preso in carico la gestione della vita biologica inserendola in un programma di protezione e di incremento che sconfinava nella produzione dell'umano e nella domesticazione dell'essere [...] selezionando e rigettando nell'in-umano e nel subumano quelle vite patogene che la minacciano o che semplicemente sono inadeguate¹⁰⁰”.*

Le parole di Bazzicalupo sono chiarissime nel mostrare come la politica utilizzi la medicina per entrare nella vita biologica al fine di estendere il proprio potere al corpo vivo del soggetto, il quale non viene più definito in chiave morale come “onesto” o “disonesto”, ma viene definito in chiave naturale come “normale” o “anormale”. Detto con altre parole, il potere politico coglie che esiste una forma più vantaggiosa di amministrare il proprio potere garantendo la sicurezza sociale e il rispetto delle leggi, che proviene dalla possibilità non solo di punire i comportamenti sbagliati, ma, anche, di creare i comportamenti corretti sulla base della divisione naturale-patologico che porta il soggetto ad instaurare dei meccanismi di soggettivazione medicalizzata che conferiscono valore veritativo e di giustizia a tale

⁹⁹ F. Furedi, *Il nuovo conformismo*, Feltrinelli, Milano 2004, p. 17

¹⁰⁰ L. Bazzicalupo, *Biopolitica*, Carocci, Roma 2010, p. 13 e p. 20

dicotomia. Il governo biopolitico, che si pone quale primo focolare del meccanismo di medicalizzazione, ha iniziato a porsi nella società alla fine del XVIII, quando prende forma il capitalismo industriale e l'esigenza della società è quella di avere cittadini in salute che possano partecipare attivamente alla vita lavorativa. Su questo argomento risultano nuovamente importanti le parole di Franca Ongaro, la quale scrive: *“salute e malattia cominciano a porsi come problemi di competenze dell'organizzazione sociale quando, nella fase di strutturazione degli stati e di avvio all'industrializzazione, la necessità di controllo e di coordinamento della popolazione e dei diversi apparati politico-amministrativi porta ad una divisione netta delle competenze: la malattia alla medicina e alla scienza, la salute all'organizzazione amministrativa della sanità, ma soprattutto, all'organizzazione del lavoro. Per la prima volta nella storia, la salute della popolazione diventa un progetto, un obiettivo da raggiungere, un valore in sé¹⁰¹”*.

Le parole di Ongaro sono supportate dalla ricerca di Klaus Dörner, il quale nell'opera *Il Borghese e il Folle* (1969), mette in rilievo come con l'ascesa della borghesia con gli ideali che essa porta con sé inizia un processo di trasformazione del mondo che vedrà porre l'elemento economico e produttivo al centro della propria esistenza, spingendo lo Stato ad adeguarsi a tale nuovo esercizio del potere che culmina nella volontà di avere una popolazione sana. Tale ultimo asserto, si spiega alla luce del fatto che essere sani vuol dire essere produttivi, ne segue che la popolazione inizia ad essere indagata in termini di produttrice di ricchezza. Per tal ragione la medicina diventa un mezzo politico che attraverso l'idea naturale di salute fa interiorizzare dei comportamenti, i quali permettono all'individuo di eliminare i propri deficit, intesi come alterazioni, che non gli consentono di esprimere le sue potenzialità all'interno del mondo sociale dominato dalla volontà di produrre ricchezza. Dunque, il potere comincia ad esercitarsi nell'ottica della discriminazione tra normale e anormale, che permette di scindere la popolazione in chi deve essere emarginato, perché non utile alla società, e chi può continuare il proprio processo interno alla società stessa. Come asserisce la studiosa Antonella Cutro, che ha curato un libro che ripercorre passo passo le teorie e gli sviluppi di tale forma governativa incentrata sul biologico,: *“la nascita della biopolitica è presentata nel segno di un cambiamento epocale. Essa è legata ad una trasformazione che il riguarda il modo in cui si esercita il potere e l'emergere di nuovi oggetti di governo [...] la nota formula al vecchio diritto di far morire o di lasciar vivere si è sostituito un potere di far vivere o di respingere nella morte, indica che, nella modernità, il potere si esercita meno in termini di decisioni diretta sulla vita e più come decisione indiretta*

¹⁰¹ F. Ongaro, *Salute/Malattia*, Einaudi, Torino 1982, p. 2

*di cura e accrescimento dei viventi. In secondo luogo, questa trasformazione si riflette anche sui criteri di individuazione del soggetto politico, che non è più esclusivamente soggetto di diritto, il popolo, ma soggetto bio-economico: la popolazione¹⁰²”. A partire dal XVIII secolo¹⁰³ il concetto di salute e malattia diviene un vero e proprio orizzonte veritativo che costruisce e dona senso ai fatti sociali, legando la capacità di governo alla capacità di mantenere la popolazione sana e in grado di esercitare la propria forza produttiva. La medicina diventa, perciò, una delle fonti principali di questa modalità di governo, tanto che già nell’ottocento Paul-Augustin-Olivier Mahon riconosce il carattere poliziesco e di utilità al disciplinamento dei corpi della medicina, scrivendo nel suo celebre compendio *di Medicina legale e Polizia medica* (1801) : “*la Polizia medica è una delle parti più importanti di quella scienza che è chiamata Polizia, e dalla quale dipendono, in un corpo politico, l’intera sicurezza e la felicità dei membri che la compongono. La Polizia medica è quella che indica ai legislatori i mezzi e le regole certe per conservare la sanità agli uomini stretti in società*¹⁰⁴”.*

Si può così cogliere come lo studio sulla medicalizzazione abbia per oggetto le dinamiche di potere che si servono del paradigma medico al fine di attuare delle strutture biopolitiche finalizzate al controllo della popolazione e alla sicurezza della stessa. Malattia, terapia, guarigione, salute e normalità non sono solo delle parole proprie del gergo medico, ma diventano sin dalla fine settecento vocaboli dell’analisi politica della vita e della gestione della stessa.

11) Lo stato terapeutico: la medicalizzazione come cornice concettuale e morale della nostra epoca

Abbiamo visto come il fenomeno della medicalizzazione della vita non possa essere letto come il solo abuso della professione medica, che tenta di realizzare il proprio profitto tramite la colonizzazione di sempre nuovi aspetti della vita, ma esso nasca alla fine del XVIII come frutto del connubio tra esigenze economiche, dettate dalla presa di potere della borghesia, e quella di assicurare la stabilità dello stato sociale che regge l’impulso economico. Ne segue che studiare il fenomeno della medicalizzazione della vita voglia dire entrare all’interno del

¹⁰² A. Cutro, *Biopolitica*, Ombre corte, Verona 2005, p. 11

¹⁰³ Per un’analisi dettagliata dello sviluppo del termine biopolitica rimando all’imprescindibile testo di R. Esposito, *Bios, biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino 2004

¹⁰⁴ P.A.O. Mahon, *Medicina legale e Polizia medica*, Milano 1809, V. IV, p. 203

concetto di biopolitica dei corpi, ovvero di questo nuovo modo, instaurato alla fine del settecento, di legare la situazione politica al concetto naturale di salute privata e pubblica. L'andamento e lo sviluppo della nostra società ha rinforzato sempre più tale paradigma tanto che è emersa la volontà non procrastinabile di intervenire nella vita dei soggetti per garantire l'ordine sociale e, di pari passo, per garantire l'ordine economico. A questo proposito Nikolas Rose scrive: “*queste tecnologie per il governo dell'anima non operano schiacciando la soggettività [...] cercano di allineare gli obiettivi politici, sociali e istituzionali con i piaceri e i desideri individuali e con la felicità e la realizzazione di sé. Il loro potere sta nella capacità di offrire degli strumenti per mezzo dei quali la disciplina del sé – da parte degli altri e di noi stessi – può essere armonizzata con i principi politici, le idee morali e le esigenze del mondo contemporaneo*¹⁰⁵”. Le parole di Rose colgono nel segno e si pongono ad emblema della biopolitica che offre un terreno fertile per la medicalizzazione, la quale non vuol reprimere, ma vuole creare dei comportamenti che possano adattarsi alle esigenze contemporanee, dove l'imperativo è ancora retto dal valore naturale del concetto di salute e dalla possibilità, proprio come indicato da Claud Bernard, di poter quantificare e calcolare lo stesso valore di salute. Tale valore, come abbiamo visto, diviene funzionale all'implementazione del controllo sociale, dunque si erge a fattore fondamentale che regge il potere politico, ma allo stesso tempo rendendo il corpo visibile, intelligibile e manipolabile, si sono generati nuovi rapporti tra vita e commercio che hanno permesso ai produttori di tecnologie della salute di collegarsi nel processo politico di produzione del capitale¹⁰⁶. Tale rapporto viene messo in luce dallo psichiatra, storico ed intellettuale di origini ungheresi Thomas Szasz, il quale all'interno dell'opera *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics* (1977) e delle successive *The Therapeutic State* (1984) e *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America* (2001) asserisce che la democrazia è stata soppiantata da una farmacrazia, ovvero dalla possibilità di un connubio tra l'esigenza di sicurezza, propria del potere politico, e l'esigenza commerciale, propria di chi guadagna sulla vendita dei farmaci e delle tecnologie mediche. Il termine farmacrazia fu utilizzato da Szasz per la prima volta nel 1974 nel saggio *Ceremonial Chemistry*, dove si sottolineava come le leggi e le tendenze politiche utilizzassero il concetto di salute in maniera normativa al fine di medicalizzare ogni aspetto della realtà e quindi di riuscire a governare meglio. Szasz sostiene che la politica ha capito molto bene la valenza della medicina, cioè ha colto

¹⁰⁵ N. Rose, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, Routledge, London 1990, p. 257

¹⁰⁶ Su questo argomento vedi: V-K. Nguyen, *Therapeutic citizenship*, in *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problem*, Blackwell, 2005; C. Waldby, *The Visible Human Project: Informatic Bodies and Posthuman Medicine*, Routledge, London, 2000

l'importanza della dicotomia sano-malato, riuscendo così, tramite il concetto di sanità pubblica, ad escludere i comportamenti non voluti. Pertanto Szasz afferma che, come nelle teocrazie le persone erano indotte a credere che i loro problemi fossero di origine religiosa e dunque cercassero di risolverli ricorrendo a rimedi legati alla fede così nelle farmacrazie le persone vengono educate a credere che tutti i loro problemi siano di origine medica e che la soluzione consista nel ricorrere a cure mediche. Ne segue che la salute, il corpo, la mente, appartengano sempre meno alla persona e sempre più allo Stato e alla classe medica, in altri termini Szasz pone nelle sue opere l'essenza del concetto di medicalizzazione mostrando come esso si leghi totalmente alla biopolitica. Però, lo psichiatra ungherese compie un passo in avanti, sostenendo che proprio come lo Stato guadagna la governabilità tramite la medicalizzazione, così le case farmaceutiche e chi crea medicine e tecniche mediche ottiene grandi risorse dalla vendita dei propri prodotti. Per tal ragione Szasz mette in luce come le relazioni che regolano il fenomeno di medicalizzazione non siano a senso unico, poiché la tendenza a medicalizzare la vita viene alimentata sia dalla sfera politica propria dello Stato, sia dalla sfera economica propria delle case farmaceutiche: le due potenze si articolano in una relazione di potere che è impossibile da sciogliere. Dunque, per medicalizzazione della vita s'intende la possibilità di portare sempre nuove sfere nel campo veritativo della medicina, facendo ciò si proclama che la salute sia un concetto naturale e non normativo, quindi il campo della terapia medica, che per sua essenza cerca di fare il bene del paziente si allarga, in questo modo si creano i presupposti per governare e normalizzare i comportamenti in società, ma di pari passo si vendono sempre più farmaci che rispondono alle nuove patologie che si creano. Si può cogliere come il potere di normalizzazione della politica sia proporzionale ai guadagni delle case farmaceutiche e il grande merito di Thomas Szasz è stato quello di rilevare tale rapporto e di mostrare come non sia possibile identificare all'interno del processo di medicalizzazione un'unica fonte di potere, ma tale fenomeno è costruito e retto da una fitta rete di relazioni di potere. Inoltre, Szasz mette in luce come l'essenza del processo di medicalizzazione sia data dal farmaco, poiché esso rappresenta il simbolo e il vettore di tale fenomeno, ovvero se non esistesse la cura non potrebbe nemmeno esistere la possibilità di normalizzare. Come sostiene il filosofo francese François Dagognet il farmaco riveste per la nostra società la funzione di "catalizzatore sociale", è ciò attraverso cui ci uniamo all'interno della società stessa, è il discendente delle antiche mitologie, ovvero uno sciamano che: *"sa guarire con un soffio, una pozione, una mistura, un sollevante infallibile [...] quanto basta per dissolvere l'insana credenza che ne potrebbe scaturire: che una tale compressa*

ristabilirebbe l'equilibrio spirituale, restituirebbe la gioia di vivere, anzi, un'esultanza improvvisa e illimitata¹⁰⁷”.

Proprio come sottolinea Dagognet, il farmaco è diventato l'ausilio indispensabile per ristabilire la nostra naturalità, per far sì che non solo ci uniamo in società, ma che la nostra unione sia garantita dalla possibilità di esprimere le nostre normali competenze naturali. L'analisi di Szasz non ha solo il merito di mettere in luce come il farmaco si collochi a vettore fondamentale del processo di medicalizzazione e sia ciò che regge la possibilità stessa di effettuare tale processo, evidenziando la relazione di potere e di guadagno, ma è anche colui che ne mostra come la politica deve continuamente aiutare e implementare la vendita di farmaci al fine di potere governare meglio. Per chiarire meglio tale affermazione si può far riferimento agli antidepressivi, infatti dall'ampia diffusione di tali farmaci, oltre alle case farmaceutiche, ne traggono profitto la psichiatria, che legittima il proprio agire, ma anche lo Stato. Infatti, come scrive Antonio Maturo, professore di sociologia della salute a Bologna e alla Brown University, *“se la depressione è unicamente un fatto di sbilanciamenti chimici che hanno luogo nel nostro cervello, allora nessuno dovrà peritarsi a migliorare le condizioni di vita dei lavoratori, l'ambiente urbano, la coesione sociale. Se un bambino pestifero può guarire assumendo psicofarmaci allora non ci si dovrà occupare di politiche sociali a favore delle famiglie devastate o periferie degradate. L'assolutizzazione del lato biologico della malattia de-responsabilizza¹⁰⁸”*. A riprova di ciò basti pensare alla situazione italiana contemporanea, la crisi economica, le mancate riforme, il tasso di disoccupazione molto alto ecc. spingono alcune persone a farla finita e a suicidarsi. Usualmente tali suicidi vengono fatti passare come l'ultimo grado della depressione, ma non vengono mai letti come una possibile fonte per ripensare alle politiche sociali, economiche, culturali del nostro paese. La depressione offre quindi l'opportunità alla politica per non compiere ciò che essa dovrebbe con molti sforzi realizzare. In altri termini la depressione permette di estrapolare le azioni dal loro contesto, facendo apparire ogni atto come frutto di una malattia, ovvero come frutto di uno scompenso chimico. Non è un caso che proprio la depressione sia stata dichiarata dall'OMS come la seconda causa di malattia al mondo, dietro solo alle malattie cardiovascolari, ed essa, come mostrano Wakefield e Horwitz¹⁰⁹, abbia subito delle continue modifiche strutturali interne al criterio diagnostico che le hanno permesso di essere diagnosticata ad un numero di persone sempre crescente¹¹⁰. Si coglie come la vendita di

¹⁰⁷ F. Dagognet, *La raison et les Remèdes*, PUF, Paris 1984, p. 328

¹⁰⁸ A. Maturo, *La società bionica*, Franco Angeli, Milano 2012, p. 115

¹⁰⁹ J. C. Wakefield, A. V. Horwitz, *The Loss of Sadness*, Oxford University Press, 2007

¹¹⁰ Per approfondire questo tema rinvio ad un testo che ho pubblicato nel 2015 dal titolo *Il diritto di essere tristi, per una filosofia della depressione*, Alboversorio, Milano

antidepressivi, secondo le idee di Szasz, possa spiegarsi nell'ottica di una politica volta a rafforzare il meccanismo di medicalizzazione, ovvero il ridurre tutto ad una situazione legata al naturale proprio dell'uomo, ma per realizzare lo scopo deve far sì che le cure, gli psicofarmaci, vengano altamente diffuse, provocando di fatto un aumento degli utili delle case farmaceutiche, che a loro volta consentono agli psichiatri di poter annettere sempre più sfere dell'umana esistenza alla loro giurisdizione. Per tal motivo, proprio come sostiene Szasz, dal processo di medicalizzazione ci guadagnano almeno tre poteri, quello Statale, quello medico e quello legato alle industrie farmaceutiche, e non è assolutamente possibile distinguerli e attribuire una funzione principale di avvio di tale processo ad uno dei tre poteri. Con Szasz si esce totalmente dall'identificare il concetto di medicalizzazione come pura critica all'autorità medica, ma si concepisce come tale fenomeno sia altamente legato ad una rete di poteri assolutamente difficili da decifrare. Tali tesi sono state riprese anche da James Nolan che nel 1998 ha pubblicato il volume *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End* nel quale sostiene che la cultura terapeutica, incentrata sul valore del farmaco, sia la via che apre il modo di concepirsi da parte del soggetto moderno, che inaugura le possibilità morali di rapportarsi al suo esistere e quindi anche le possibilità di organizzare un senso politico della propria esistenza. Per Nolan tutto il nostro reale prende forma da una cornice terapeutica, ogni nostra azione è finalizzata e pensata a partire da tale situazione che si radica profondamente nei nostri meccanismi di soggettivazione. A questo proposito scrive: *“quando parlo di prospettiva terapeutica non mi riferisco ad un azione particolare compiuta da qualche medico come gli psicanalisti ecc [...] mi riferisco alla diffusione di un ethos o di un sistema di comprensione morale [...] In altre parole, oggi è scontato che la prospettiva terapeutica è diventata parte della vita quotidiana. Essa definisce le forme della nostra cultura attraverso una serie di simboli e codici che determinano i confini della vita morale¹¹¹”*.

Riprendendo le parole di Szasz e Nolan, possiamo affermare che il concetto di medicalizzazione rappresenti la cornice concettuale e morale su cui l'uomo di oggi edifica il proprio sistema culturale e sociale, ma ciò vuol dire che è assolutamente difficile poter descrivere tali processi come frutto della volontà di un attore sociale specifico (il medico, lo Stato o le case farmaceutiche), poiché essi cooperano guidati da un modus operandi che costituisce l'essenza stessa della nostra epoca, ovvero quella della assolutizzazione del valore della salute quale dato naturale che porta con sé il bisogno dell'agire terapeutico costante.

¹¹¹ J. Nolan, *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*, New York University Press, 1998, p. 2

12) La cittadinanza biologica: il ruolo attivo dei cittadini nei processi di medicalizzazione

Il processo di medicalizzazione ha avuto inizio databile attorno alla fine del XVIII secolo, dovuto alla comparsa della borghesia e ai valori che essa ha portato con sé, i quali prevedevano il diritto di essere sani ed esercitare costantemente le proprie capacità nel mondo, azioni che comportano a loro volta, la creazione della ricchezza di uno stato, in quel periodo nasce una nuova forma di amministrazione del potere che prende il nome di “biopolitica” e si avvale della medicina per creare dei comportamenti utili all’agire sociale, scegliendo di spostare il focus dall’amministrazione della legge al ricondurre, attraverso le azioni terapeutiche, i soggetti all’interno della norma. L’andamento storico-culturale ha portato la situazione di unione tra medicina e Stato a divenire la fonte di creazione di una morale comune utilizzata nel nostro tempo. In particolare, grazie alle ricerche condotte da Szasz e da Nolan, abbiamo potuto cogliere come il processo di medicalizzazione non sia, oggi, solo effetto di un determinato tipo di potere, ma rappresenti una cornice culturale che orienta l’agire del potere. Non è dunque pensabile affermare che il processo di medicalizzazione avvenga per volontà della disciplina medica, o per volontà del potere Statale, o per la volontà delle case farmaceutiche, ma si può affermare che la costruzione morale che orienta l’agire umano sia oggi totalmente radicata all’interno della dimensione di senso terapeutica e che i tre poli di potere citati risultano essere legati l’uno all’altro senza alcuna possibilità di separazione. In altri termini, quel processo di amministrazione delle condotte vitali basato sul concetto di normale-anormale, che ha sostituito il concetto di giusto e ingiusto, ha portato i soggetti a concepirsi totalmente all’interno di tale categoria, facendo sì che i processi di soggettivazione dei medesimi si legassero inesorabilmente all’azione medica atta a ristabilire la naturalità del concetto di salute e alla creazione di un ethos e di un sistema di comprensione morale basato totalmente sul concetto di naturalità del gesto terapeutico. Oggi si può affermare che la medicalizzazione della vita non rappresenta unicamente un fenomeno interno alla cornice concettuale e morale della nostra epoca, ma ne costituisce la cornice stessa. Prova di ciò è il fatto che la stessa cittadinanza, quindi l’essere parte attiva della vita in comunità, viene concepita alla luce dei valori biologici. Per cogliere tale affermazione si può far riferimento ad un importante studioso che a lungo ha approfondito tale fenomeno, Nikolas Rose, il quale scrive che: *“uso il termine cittadinanza biologica descrittivamente, per abbracciare tutti i progetti di cittadinanza in cui l’idea di cittadino sia*

legata a credenze circa l'esistenza biologica degli esseri umani come uomini e donne¹¹²". In altri termini Rose sostiene che oggi lo Stato si organizza attorno a delle norme naturali che rinviano al biologico proprio dell'uomo, ciò comporta che gli stessi cittadini si pensino in termini di salute e malattia, dunque in termini biologico-naturali. Il nemico di tali cittadini è lo stato patologico (l'anormale), il rimedio contro tale nemico è la possibilità terapeutica offerta dalla medicina, tanto che molti dei discorsi tra i consociati riguardano la salute e hanno per oggetto o soggetto la naturalità dell'esplicarsi umano. Infatti, Rose chiarisce la sua posizione utilizzando le seguenti parole: *"costruire cittadini biologici comporta anche la creazione di persone che abbiano un certo tipo di rapporti tra di loro. Simili cittadini usano linguaggi arricchiti biologicamente per descrivere aspetti di se stessi o delle loro identità, e per dare voce ai loro sentimenti di infelicità, ai loro disturbi o ai loro dilemmi. Ad esempio, si descrivono come affetti da un alto livello di colesterolo sanguigno, come vulnerabili allo stress, come immunocompromessi, come predisposti ereditariamente alla schizofrenia o al cancro al seno. Usano questa fraseologia, e i tipi di calcolo che vi sono connessi, per confezionare giudizi su come potrebbero o dovrebbero agire, sul genere di cose di cui hanno timore, sul genere di vita cui possono aspirare. In parte, naturalmente, i linguaggi che plasmano l'autocomprensione e le tecniche del sé dei cittadini sono divulgati attraverso canali autorevoli: educazione sanitaria, consigli medici, libri scritti da specialisti su malattie particolari ecc¹¹³*". Questa lunga citazione tratta dal testo di Rose *La Politica della vita* si rende funzionale alla comprensione di come la cornice di senso entro la quale il soggetto muove le proprie asserzioni sia di stampo biologico, dove per biologico si deve intendere il rinvio al naturale costituito dalla salute. L'esempio che Rose porta per spiegare questo determinato tipo di cittadinanza biologica che si è creata è relativo al sito web sul Prozac della Eli Lilly (una delle più conosciute multinazionali del farmaco). Rose sostiene che tale sito, emblema di molti altri, rappresenta l'apice della promozione dell'alfabetizzazione biologica, infatti tale pagina di internet si presentava come una risorsa in cui gli individui potevano imparare di più sulla depressione, sulla sua cura e sui metodi per garantirsi una guarigione. Per fare ciò, essa forniva informazioni riguardo la natura biologica di tale patologia, spiegando però le cause della stessa attraverso esempi che riguardavano la vita sociale come il non riuscire a progettarsi nel mondo ecc..In buona sostanza, ciò che questo sito proponeva è, secondo Rose, l'insieme delle caratteristiche proprie della nostra società in cui una casa farmaceutica faceva pubblicità al proprio prodotto, ma lo faceva per tentare di sensibilizzare e aiutare un soggetto ad affrontare un proprio naturale scompenso. Per farlo sostenevano che il

¹¹² N. Rose, *La politica della vita*, Einaudi, Torino 2007, p. 212

¹¹³ Ivi, p. 224

farmaco non era tutto, ma un soggetto se voleva guarire doveva prendere coscienza di essere malato e avviare una relazione terapeutica in cui porre la massima fiducia. Tale processo di guarigione prevedeva un dispiegamento di tecniche del sé che comportavano la messa in pratica di un insieme di comportamenti come una giusta dieta, lavorare per costruire l'autostima, praticare la scoperta del sé, tenere atteggiamenti di lealtà verso gli altri¹¹⁴. Tutti questi consigli messi in atto per vendere un farmaco riescono, allo stesso tempo, a stringere la maglia della medicalizzazione, fornendo così un grosso aiuto al potere politico che utilizza la normalizzazione della vita per governare. Di pari passo fornivano ausilio anche al medico (in questo caso lo psichiatra) per aumentare il numero di pazienti e di situazioni che rientrano sotto il suo personale controllo. Inoltre, questo modo di offrire aiuto anche ai singoli soggetti, i cittadini, i quali non vivendo dall'esterno il fenomeno della medicalizzazione, ma avendo elaborato una propria soggettività tramite una cornice morale fondata su malattia e salute, richiedono un determinato linguaggio, una cura e una guarigione alle loro incombenze di vita. In altri termini, se Szasz e Nolan ci hanno permesso di cogliere come la medicalizzazione sia un fenomeno dove è impossibile indicare un soggetto che detiene il potere di tale meccanismo, Rose ci indica come anche la singole soggettività lungi dall'essere spettatori passivi si pongono come poli di potere che bramano e auspicano sempre nuovi farmaci e sempre nuove cure, poiché concepiscono la propria vita proprio su tali basi. A questo proposito l'esempio portato da Richard Dworkin nel suo libro *Artificial Happiness. The Dark Side of the New Happy Class* risulta di estrema importanza: *“cinque anni fa una donna mi chiese di prescrivere del Prozac a suo figlio. Invece che continuare il proseguimento regolare degli studi universitari, il figlio della donna si era arruolato nella Marina militare degli Stati Uniti, il che per la madre era folle: tutti i giovani che lei conosceva volevano diventare medici o avvocati. Visto che solo la gente infelice si arruola in marina – disse – non potevo dargli un po' di Prozac per risollevargli lo spirito e rimetterlo in carreggiata? [...] Alla fine, la preoccupazione per la carriera di suo figlio la fece diventare così triste che fu lei a finire sotto Prozac. Sei stata sciocca - le dissi. Mi urlò dietro: la mia infelicità è una malattia! Che ha a che fare con qualche neurotrasmettitore. Fortunatamente, il figlio constatò nei sottomarini di essere claustrofobico e dunque lasciò la marina per andare a studiare legge. La madre smise con il Prozac¹¹⁵”*. Da questo esempio riportato da Dworkin si coglie come i soggetti oggi concepiscano tutto nell'ottica di uno scompenso naturale, ogni dolore provato viene ricondotto alla cornice di senso propria della medicalizzazione, ovvero quella che

¹¹⁴ Ivi, pp. 226-227

¹¹⁵ R. Dworkin, *Artificial Happiness. The Dark Side of the New Happy Class*, Carrol & Graf Publisher, New York 2006, pp. 1-2, citato in A. Maturò, *La società Bionica*, Franco Angeli, Milano 2012, p. 35

agisce nell'abito del normale e del patologico. Le ferite di una madre causate dal comportamento del figlio esigono di essere spiegate tramite una terminologia medica e di essere curate. Tutto ciò non viene, però, richiesto unicamente dal medico, o dallo Stato o dalla volontà di vendere medicine da parte dell'industria farmaceutica, ma viene desiderato dal soggetto stesso, il quale non riesce a non concepirsi se non dentro la propria dimensione di senso dettata dalla cornice morale in cui esercita il proprio essere. A questo proposito sono di estrema importanza le riflessioni di Carlos Novas¹¹⁶, il quale sostiene che la cittadinanza biologica attuale affida totalmente le proprie speranze alla scienza medica, poiché ogni suo progetto sia singolo che collettivo non può far a meno di ricollegarsi a quello del concetto di salute, terapie e cure che la stessa pratica scientifica produrrà in futuro. La richiesta del soggetto non è quindi di essere meno medicalizzato, meno controllato dalla medicina, ma è quella di aumentare il grado di medicalizzazione della vita e di aumentare le cure che possono porre fine ai propri continui e naturali tormenti. Di un parere simile è anche lo psichiatra e intellettuale Roger Gentis che, nel suo libro *Guarire la vita* (1976), sostiene che il soggetto ha ormai abdicato alla possibilità di risolvere autonomamente i propri problemi, ma confida nell'esperto, nella scienza medica e nell'evoluzione della stessa per risolvere i propri inconvenienti di vita. Si può così concludere con le parole di Rose, il quale sostiene che il cittadino odierno di stampo biologico: *“deve impegnarsi in un costante lavoro di autovalutazione, e di regolazione del comportamento, della dieta, dello stile di vita, del regime farmaceutico, in risposta alle mutevoli esigenze del corpo suscettibile. Nel disegnare, nello sperimentare e nel fronteggiare i nuovi rapporti tra verità, potere e commercio che investono la nostra vita, la nostra sofferenza, i nostri corpi mortali, e nello sfidare i propri limiti vitali, i cittadini biologici stanno ridefinendo cosa significa essere umani oggi”*¹¹⁷.

13) Bioetica e medicalizzazione

Nei paragrafi precedenti si è potuto cogliere come la medicina sin da Ippocrate abbia avuto come compito principale quello di fare il bene del paziente al fine di eliminare gli inconvenienti patologici che ne possono minare la naturale espressione umana. Per tal ragione abbiamo affermato che il fine della medicina è l'uomo ed essa raggiunge tale finalità solo impegnandosi attivamente nell'eliminazione delle attività patologiche, servendosi di tutte le nuove tecniche scientifiche. Tali tecniche portano, però, un continuo interrogativo sulla

¹¹⁶ C. Novas, *Genetic risk and the birth of the somatic individual*, in *Economy and society*, V. XXIX, N. 4, 2000, pp. 485-513

¹¹⁷ N. Rose, *La politica della vita*, Einaudi, Torino 2007, p. 243

possibilità stessa di potere agire per il bene dell'uomo e, a questo proposito, interviene la bioetica che si pone come metodo che aiuta la medicina a realizzare il proprio fine attraverso l'instaurazione di un dialogo critico basato sull'interdisciplinarietà. A tal fine essa s'interroga attorno al concetto che racchiude l'attività medica, ovvero il concetto di salute, scoprendo così una sorta di vaso di Pandora da cui deriva come la medicina non sia più un solo strumento come tanti altri nelle mani dell'uomo, ma sia divenuta ciò che crea una cornice concettuale e morale propria dell'epoca attuale. Tale scoperta si deve in base alle osservazioni prodotte in campo storico-filosofico che mostrano come l'attenzione della politica, sin dalla fine del XVIII secolo si sia concentrata sul corpo come veicolo di ricchezza e di garanzia per la sicurezza sociale dello Stato. Tale attenzione al corpo biologico prende il nome di biopolitica e mira a far sì che la popolazione e i singoli che la compongono rimangano sani al fine di poter essere cittadini attivi all'interno del processo di produzione di ricchezze, diffondendo in tal modo ogni idea di salute quale situazione naturale che si può ritrovare tramite l'osservazione oggettiva della vita dell'uomo. In questo modo si tenta di portare tutto all'interno della dicotomia sano-malato, che si può ridurre con i termini accettabile-auspicabile oppure da allontanare. Questo modo d'intendere il reale fa sì che sempre più porzioni della vita rientrino nel campo della medicina, quindi nella distinzione tra salute e malattia e tali modalità di estensione del campo della medicina prendono il nome di medicalizzazione della vita. Codesto processo di lettura dell'azione umana su basi naturali che si riportano allo schema salute-malattia si è, nel tempo, talmente radicato nella vita dei soggetti i quali non possono fare a meno di considerarsi tramite le stesse categorie, dunque non possono che creare dei meccanismi di soggettivazione medicalizzata che li spingono ad esigere che sempre nuovi settori della vita vengano naturalizzati al fine di rientrare nel linguaggio medico che si concretizza in termini di cura, terapia e guarigione. La collettività si trova quindi accomunata nel pensare a se stessa in maniera biologica, tanto che si parla di "cittadinanza biologica" e, nel fare ciò, si reca sempre di più dal medico e consuma sempre più medicinali. Per tal ragione si parla oggi di Stato terapeutico che trova la propria espressione nel governare i cittadini biologici, i quali si riferiscono a se stessi e alla vita in chiave di salute e malattia. Da questa analisi risulta chiaro come la realtà in cui si trova ad operare il medico rispetto alla quotidianità che si presentava ad Ippocrate è completamente mutata e richiede delle nuove modalità per poter pensare al proprio fine, cioè l'uomo. Proprio a questo proposito diventa indispensabile la bioetica, poiché tale disciplina ponendo alla propria base l'utilizzazione del dialogo critico che si concretizza unicamente nella comprensione interdisciplinare dei fenomeni, deve essere utilizzata quale strumento che permetta al medico di cogliere la cornice

di senso in cui egli opera e deve cercare di aiutare lo stesso a cogliere le grandi implicazioni di potere e sapere (politiche, economiche, giuridiche e sociali) che si perpetuano attraverso il proprio agire. In altri termini la bioetica deve assumere come compito quello di attivare e risvegliare una coscienza critica nel medico, che si attua nella volontà di interagire con tutti gli esponenti delle altre scienze, al fine di poter comprendere la portata del proprio gesto, poiché solo cogliendo tale dimensione si può tentare di realizzare il bene del paziente. Fare oggi il bene del paziente vuol dire continuare ad interrogarsi su cosa sia l'uomo e su come esso si dia un mondo e si progetti in tale dimensione e, per tal ragione, non è possibile prescindere da una ricostruzione della cornice concettuale e morale in cui l'individuo opera le sue scelte, ma di pari passo non va dimenticato che l'arte medica deve fornire delle risposte adeguate al superamento degli stati patologici dello stesso individuo. In questo complesso compito la medicina deve essere aiutata da una disciplina che non avendo preconcetti costituiti riesce, tramite il dialogo critico interdisciplinare, ad eseguire almeno due situazioni: 1) deve riuscire a descrivere il fenomeno medicalizzazione, cogliendone la portata epocale, 2) deve riuscire a creare delle possibilità diverse ad esso, che possano aiutare il soggetto a non identificarsi inesorabilmente con lo stesso. A questo proposito Rovatti scrive: *“la medicalizzazione della vita è oggi un dato di fatto [...] la critica, se c'è n'è una, viene dunque dopo, a cose fatte, e abbiamo molti dubbi che riesca in qualche modo a mordere sul freno, ma non ci resta altro. La critica alla medicalizzazione della vita, come ogni critica, ha due compiti da svolgere e ha da svolgerli simultaneamente: ha il compito di descrivere il fenomeno, cioè di identificarlo, e al tempo stesso ha il compito di allontanarlo da noi, cioè di non identificarci con esso¹¹⁸”*.

Rovatti ha perfettamente ragione a sostenere che non siamo sicuri di quanto una critica possa ergersi sulla medicalizzazione, che come abbiamo visto non è un processo di potere, ma è la cornice che elabora l'esplicarsi del potere moderno, ma ha altrettanto ragione nell'affermare che è l'unica possibilità che abbiamo per poter creare dei meccanismi di soggettivazione che, pur non prescindendo da tale cornice, siano consapevoli di farne parte. La bioetica assume così il doppio compito di cogliere il quesito offerto dalla medicalizzazione, dandogli risposta attraverso il suo metodo operativo che prevede di aiutare le diverse discipline ad entrare in contatto diretto, e deve riuscire a produrre delle riflessioni che possano portare a comprendere la cornice in cui lo stesso soggetto muove. In particolare la bioetica, in quanto metodo, deve aiutare non solo la classe medica a raggiungere il suo fine tramite il risveglio del dibattito critico, ma deve altresì instaurare una possibilità di analisi critica in tutti i soggetti che

¹¹⁸ P. A. Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008, p. 3

compongono la società, poiché cambiare la realtà è un'impresa impossibile, in quanto il gioco di potere che la determina è privo di un soggetto concreto da potere destituire, ma la presa di coscienza della stessa è il punto cruciale che permette al singolo soggetto di poter attuare un contropotere che lo porti a non subire passivamente un meccanismo di soggettivazione medicalizzata, ma lo conduca a cogliere la possibilità di negoziare la sua espressione nel mondo. In conclusione, la bioetica deve quindi individuare la portata della questione legata alla medicalizzazione della vita e deve riuscire a far cogliere tale portata a tutti gli attori sociali, insegnando agli stessi un metodo critico di analisi della realtà, il quale non offre risposte preconfezionate, ma dona la possibilità dialogica di affrontare e modificare, entro i margini del possibile offerti dalla cornice di senso morale propria dell'epoca, la realtà quotidiana. La medicalizzazione della vita non è un fenomeno che si può e si deve combattere, ma è un fenomeno che può essere plasmato dalla soggettività individuale, trasformando la stessa da unica realtà che crea la soggettività, in realtà avallata e modificata dalla stessa soggettività. In altri termini, la medicalizzazione della vita rappresentando la cornice di senso che dona esistenza alla nostra epoca e non potendo essere sostituita o capovolta, offre, per lo stesso fatto di rappresentare lo schema morale su cui i soggetti si realizzano, anche dei margini di libertà su cui poter operare attraverso una presa di coscienza critica che rappresenta la nuova modalità di trascrizione della volontà di fare il bene del paziente e, in generale, del soggetto che vive nel mondo odierno. Dunque, non si può cambiare la cornice, ma è doveroso far prendere coscienza della stessa cornice e questa presa di coscienza rappresenta l'unica possibilità di trasformazione della comprensione morale del soggetto medicalizzato.

LA TEORIA DELLA MEDICALIZZAZIONE DI MICHEL FOUCAULT

Con la medicalizzazione, la normalizzazione, si arriva a ottenere una sorta di gerarchia degli individui più o meno capaci, quello che obbedisce a una certa norma, quello che devia, quello che può essere corretto, l'incorreggibile, quello che può essere corretto con un certo mezzo, quello per il quale vanno usati altri strumenti. È tutto qua, questo spazio di presa in conto degli individui in funzione della loro normalità che è, io credo, uno dei grandi strumenti del potere nella società contemporanea.

M. Foucault, Le pouvoir una bête magnifique, in Dits et Écrits, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 374-375

1) Come approcciarsi al pensiero di Michel Foucault

Si può lecitamente interpretare il capitolo precedente come un'introduzione concettuale al complesso fenomeno della medicalizzazione della vita, il quale può essere definito, utilizzando le parole coniate da Conrad, come un meccanismo attraverso cui delle normali situazioni vitali entrano all'interno della sfera della medicina. Sempre nel capitolo precedente abbiamo chiarito che tale fenomeno non deve essere inteso come una situazione che si verifica e s'instaura a causa di altri eventi scatenanti, ma esso è talmente radicato all'interno della vita dei soggetti contemporanei che ne crea le coordinate d'espressione. In altri termini, si è affermato che la medicina e le sue categorie di salute e malattia non possono oggi essere intese quali strumenti neutri nelle mani dell'uomo, ma sono divenute delle istanze che creano delle cornici concettuali e morali proprie dell'epoca attuale. Per spiegare tale situazione si è fatto ricorso ad una serie di termini: salute – normalizzazione – biopolitica – soggettività medicalizzata. Tali vocaboli costituiscono il centro del lavoro intellettuale e di ricerca del filosofo francese Michel Foucault, il quale può e deve essere ricordato come il massimo interprete e teorico del meccanismo di medicalizzazione della vita. All'interno della vasta opera foucaultiana la medicina riveste un'enorme importanza, tanto che lo stesso filosofo si dedica in numerose opere ad una ricostruzione delle strutture e della modalità messe in pratica dalla stessa medicina al fine di disporre e creare delle norme attraverso le quali un soggetto si possa riconoscere all'interno della società. In estrema sintesi si può affermare che Foucault abbia messo in luce come la medicina sia stata impiegata non solo quale strumento utile a risolvere le difficoltà (i dolori) dei soggetti impegnati nel mondo, ma anche al fine di creare e di attivare dei meccanismi di controllo sociale. Infatti, come afferma Vagnarelli: “per

Foucault, la medicalizzazione non consisterebbe semplicemente nella possibilità per un numero crescente di individui di accedere alle cure o in un processo di progressiva estensione delle competenze della medicina, ma agirebbe a livello delle norme che influenzano la mentalità delle classi sociali e ne strutturano il comportamento quotidiano¹¹⁹”.

Detto con altre parole, Foucault è stato colui che ha costruito in un pensiero unico tutto il processo di medicalizzazione che nel precedente capitolo ho descritto attraverso la citazione e la correlazione di differenti autori. Per tal ragione è lecito affermare che egli è riuscito a cogliere più di chiunque altro come la medicalizzazione non sia solo un processo di estensione del potere medico, ma si collochi in una dimensione molto più ampia che conduce allo strutturarsi della cornice concettuale e morale in cui il soggetto vive, si forma e dona senso al proprio reale. Tale asserzione trova fondamento nella lettura storico-filosofica che il filosofo francese conduce a proposito dell’emergere e della strutturazione, avvenuta alla fine del XVIII secolo, dello Stato moderno e della borghesia, la quale porta con sé i propri valori legati alla produttività e alla salute del corpo che permettono il mantenimento e l’aumento della sfera produttiva. Ciò conduce alla generazione di una nuova forma di potere che prende il nome di “biopolitica” e che porta al superamento del paradigma giuridico-discorsivo centrato sulla legge, a favore dell’affermazione di una società della norma. Si può così affermare che quando si parla di medicalizzazione della vita sia del tutto impossibile prescindere da un riferimento alle teorie foucaultiane, poiché esse hanno segnato le modalità attraverso le quali questo fenomeno può essere letto e colto criticamente. Dunque, gli autori contemporanei che studiano tali processi non possono fare a meno di riferirsi sia in senso positivo che in senso negativo all’operato di Michel Foucault, poiché ignorare la sua ricerche sulla medicalizzazione vuol dire non considerare l’intero impianto filosofico e storico che sorregge tale campo di studi. A questo proposito l’analisi del noto studioso Bryan S. Turner¹²⁰ mostra come l’impatto e la fecondità dello studio del sapere-potere della medicina effettuata da Michel Foucault abbia fatto fiorire una serie infinita di studi (che spaziano dalla filosofia alla sociologia, alla biologia ecc.) e che lo stesso sia assolutamente indispensabile per capire l’evoluzione critica odierna del concetto di medicalizzazione.

Se è molto facile cogliere come lo studio di Foucault e la ricostruzione del suo pensiero attorno a tale tematica siano di estrema importanza, le modalità con cui effettuare tale ricostruzione non sono caratterizzate da altrettanta facilità nella rilevazione. Infatti, Foucault è stato un autore prolifico che si è interessato a molte tematiche e che ha lasciato in eredità ai

¹¹⁹ G. Vagnarelli, *Medicalizzazione e colpevolizzazione: la biopolitica dell’incitazione del vivente*, in *Medicalizzazione, Sorveglianza e Biopolitica*, Mimesis, Milano 2012, p. 58

¹²⁰ B. S. Turner, *From governmentality to risk*, in *Foucault Health and Medicine*, Routledge, 1998, pp. VIII-XXI

posteri una serie notevole di testi, saggi, interviste e ricerche che rendono molto ardua la possibilità di ricostruire un pensiero strutturato su un'unica e coerente linea di ricerca. Una delle possibilità più utilizzate dagli studiosi per definire una struttura organica del pensiero di Foucault è quella di suddividere le sue riflessioni in almeno quattro periodi. In particolare, Judith Revel¹²¹ sostiene che esista un primo Foucault, databile dal 1954 sino al 1961, nominato dalla studiosa “Foucault prima di Foucault” in cui si riscontra un grosso interessamento da parte del filosofo francese nei confronti della fenomenologia, situazione che viene completamente abbandonata già nel 1962 quando lo stesso non permette più la ristampa del suo libro del 1954 intitolato *Malattia mentale e personalità*, tanto che ne cambia completamente il contenuto e lo riedita con il titolo di *Malattia mentale e psicologia*. Già dal cambiamento di titolo, come fa notare Revel, si può cogliere il mutare dell'interesse di Foucault da un'analisi fenomenologica sul vissuto del singolo ad un'analisi del discorso e del sapere prodotto da un certo numero di istituzioni su ciò che prende il nome di persona, sulla costruzione dell'interiorità che, come fa notare sempre Revel, non è nient'altro a sua volta che una costruzione d'oggetto meramente convenzionale¹²². Questo cambiamento d'interesse da parte di Foucault fa sì che si possa entrare all'interno del secondo periodo della sua vita intellettuale, nel quale si riscontra un forte interesse più che sul soggetto sul sapere prodotto sul soggetto, non è un caso che egli scriva la *Storia della follia* (1961), *Nascita della clinica* (1963), *Le parole e le Cose* (1966) e *L'Archeologia del sapere* (1969). Secondo Revel il terzo periodo inizia con la lezione inaugurale tenuta al Collège de France il 2 dicembre 1970 (*L'ordine del discorso*) che pone per la prima volta in maniera esplicita il problema del potere. Tale tema vedrà il proprio apice con le pubblicazioni delle opere *Sorvegliare e punire* (1975) e *La volontà di sapere* (1976). Di estrema importanza è rilevare come in questi anni Foucault muti le proprie ricerche da un metodo archeologico ad un metodo genealogico, tale cambiamento è annunciato nel testo del 1971 intitolato *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, in cui Foucault scrive: “fare la genealogia, della morale, dell'ascetismo e della conoscenza non vorrà mai dire condurre una ricerca sulle loro origini, trascurando e considerando come inaccessibili gli episodi della loro storia [...] il genealogista ha bisogno della storia per evocare la chimera dell'origine¹²³”.

¹²¹ J. Revel, *Michel Foucault, un'ontologia dell'attualità*, Rubettino, Catanzaro, 2003; In particolare la studiosa sostiene che sia più lecito parlare di percorso foucaultiano piuttosto che di pensiero, poiché essa sottolinea che al fondo della ricerca di Foucault sia possibile rinvenire una coerenza non lineare, ovvero sono presenti lungo tutta la vita intellettuale di Foucault una serie di questioni teoriche che, pur affrontate in modi e con strumenti differenti, permettono di tracciare il lascito filosofico del filosofo francese.

¹²² Ivi, p. 15

¹²³ M. Foucault, *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, in *Dits et Écrits*, V. I, Gallimard, Parigi 2001, p. 1008

Revel sostiene che con la pubblicazione di *La volontà di Sapere* si entri nell'ultimo periodo foucaultiano che durerà sino alla morte dello stesso filosofo avvenuta nel 1984, in particolare tale periodo è quello che viene usualmente nominato periodo "etico" e coincide con la pubblicazione degli ultimi due testi che rientrano all'interno della storia della sessualità proposta da Foucault: *L'uso dei piaceri* (1984) e *La cura di sé* (1984)¹²⁴. Revel chiude la propria ricostruzione asserendo che essa possa essere solo una cronologia formale che serve più agli studiosi che leggono e ricercano il pensiero di Foucault, rispetto a rappresentare una vera e propria analisi coerente delle strutture del pensiero dello stesso filosofo. Dunque, nonostante la ricostruzione di Revel sia fondamentale per cogliere e datare le opere di Foucault, essa da sola non ci aiuta ad avvicinarci allo studio dello stesso studioso, il quale sembra aver articolato troppe sfumature variegate all'interno del proprio pensiero. La modalità migliore per ovviare a questo problema è quella di accostarsi all'opera foucaultiana non con la volontà di costruirne un itinerario unico e coerente, ma di accostarsi al suo pensiero attraverso problematizzazioni¹²⁵, ovvero attraverso la possibilità di rinvenire come ha introdotto, curato e svolto le proprie riflessioni su un determinato argomento, nel nostro caso quello della medicalizzazione. Tale modalità di approcciare il pensiero di un filosofo potrebbe non essere condiviso da alcuni storici della filosofia, eppure esso è stato indicato dallo stesso Foucault come unico metodo valido, tanto che Paul Veyene, storico ed amico di Foucault, ricostruisce le modalità di procedere di Foucault nel seguente modo: *"non vi dirò: ecco la lotta che dobbiamo condurre, perché non vedo su quale fondamento lo potrei dire, salvo forse adottare un criterio estetico (cioè senza un motivo, senza altra giustificazione possibile se non un il puro piacere, che non si discute più di quanto non si discutano i gusti e i colori). In compenso, descriverò un certo discorso attuale del potere, come se stendessi di fronte a voi una mappa strategica. Se volete combattere, e a seconda della lotta che sceglierete, vedrete dove si trovano i punti di resistenza, e dove sono i varchi possibili. Con il suo pubblico Foucault intratteneva la stessa relazione che c'è fra il principe e il suo consigliere. Il primo dice: Voglio la felicità delle mie genti; il saggio consigliere allora gli risponde: Se questa è la vostra decisione, questi sono i mezzi che dovete adottare per prevenire ai vostri fini¹²⁶".* Foucault, insomma, ha indicato una via, un metodo, una possibilità di far ricerca, non asserendo mai di avere o di potere fornire le verità, ma limitandosi a ribadire che, se il problema che vi sta a cuore è quello relativo alle

¹²⁴ Foucault ha annunciato in una nota a fondo pagina contenuta in *La volontà di sapere*, p. 22 dell'edizione Feltrinelli del 2010, la stesura di un quarto volume dal titolo *Les aveux de la chair*, che non è stato pubblicato, in quanto il filosofo francese ha richiesto di non avere pubblicazioni postume

¹²⁵ A. Cutro, *Michel Foucault. Tecnica e vita*, Bibliopolis, Napoli 2004, p. 12

¹²⁶ P. Veyene, *Foucault, il pensiero e l'uomo*, Garzanti, Milano 2010, p. 134

medicalizzazione della vita allora ciò che dovete tenere a mente e sui cui dovete basarvi per fare ricerca sono i concetti: salute – normalizzazione – biopolitica – soggettività medicalizzata. Ognuno può, quindi, servirsi delle sue ricerche e del suo metodo per farne ciò che vuole, tanto che Felix Guattari scrive: *“non desterà stupore il vedermi rovistare nell’armamentario concettuale che Foucault ci ha trasmesso, per trarne alcuni strumenti e, se occorre, volgerne l’uso a mio piacimento. Del resto, ho la convinzione che fu proprio questo il modo in cui Foucault intese sempre che si gestisse il suo contributo. Non è infatti mediante una pratica esegetica che si può sperare di mantenere in vita il pensiero di un grande scomparso, ma solo mediante la sua ripresa e riattualizzazione, a rischio e pericolo di coloro che lo fanno, per ri-aprire le sue interrogazioni e restituirgli la carne delle sue incertezze¹²⁷”*. Guattari mette così in luce come l’intento di Foucault sia stato quello di lasciarci un metodo, basato su alcune nozioni, per condurre ed indagare il reale, di cui ognuno è libero di servirsene a suo rischio e pericolo. Tale metodo si caratterizza e trova fondamento nella critica del presente, poiché il vero lascito foucaultiano può rinvenirsi nella volontà di far vacillare le certezze e i dogmatismi, tanto che Foucault sostiene che: *“le mie analisi si muovono tutte in direzione opposta all’idea che ci siano delle necessità universali nell’esistenza umana. Esse mettono in luce l’arbitrarietà di certe istituzioni e fanno vedere come noi possiamo ancora godere di un notevole spazio di libertà e come si possano ancora operare molti cambiamenti¹²⁸”*. In altri termini, Foucault ci ha lasciato la possibilità di utilizzare la sua opera per elaborare una critica del presente, la quale prende le mosse dal suo metodo, ma giunge e diviene interna agli interessi personali o di ricerca di chi si serve della sua opera. Non è un caso che Mario Galzigna all’interno della prefazione di un’opera da lui curata dall’originale titolo *Foucault, oggi*, interrogandosi sugli usi che possono essere fatti dell’opera foucaultiana nei tempi odierni scriva: *“Foucault ci aiuta a costruire un’ontologia critica di noi stessi, un’ontologia del nostro presente, concepita non tanto come una teoria o una dottrina, ma piuttosto come una prassi, come un atteggiamento un ethos, una vita filosofica, laddove la critica di quello che siamo è, allo stesso tempo, analisi storica dei limiti che ci vengono posti e prova del loro superamento possibile¹²⁹”*. Per tal ragione l’opera immensa di Michel Foucault può legittimamente essere riassunta come una problematizzazione della realtà, poiché il messaggio filosofico stesso che il filosofo francese ci ha lasciato è quello di non accettare tutto come se fosse un’esperienza necessaria e sempre

¹²⁷ F. Guattari, *Microfisica dei poteri e micropolitica dei desideri*, in *Effetto Foucault*, Feltrinelli, Milano 1986, p. 193

¹²⁸ M. Foucault, *Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1992, p. 5

¹²⁹ M. Galzigna, *Introduzione*, in *Foucault, oggi*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 7

data, ma di porci degli interrogativi relativi al perché delle cose e ad intavolare una discussione critica che permette di cogliere che niente nel mondo è aurorale, neppure l'uomo. L'importanza di Foucault non è legata alle singole opere e alla loro ricostruzione storico-filologica, ma è legata alla possibilità di comprendere, attraverso l'adozione di un metodo critico, che tutte le cose sono state "fatte" e per tal ragione possono anche essere cambiate, ma per farlo è necessario cogliere come sono state fatte e che meccanismi le regolano. Tanto che lo stesso Foucault scrive: *"ma, che cos'è dunque la filosofia oggi – voglio dire l'attività filosofica – se non il lavoro critico del pensiero su se stesso? Se non consiste invece di legittimare ciò che si sa già, nel cominciare a sapere come e fino a quale punto sarebbe possibile pensare in modo diverso? Vi è sempre un che di derisorio nel discorso filosofico quando pretende, dall'esterno, di dettar legge agli altri, dir loro dov'è la loro verità e come trovarla [...] ma è suo pieno diritto esplorare ciò che, nel suo stesso pensiero, può essere mutato [...] un esercizio filosofico: la posta consisteva nel sapere in quale misura il lavoro di pensare la propria storia può liberare il pensiero da ciò che esso pensa silenziosamente e permettergli di pensare in modo diverso¹³⁰".*

Per Foucault la filosofia è esercizio critico sul proprio presente, che gli consente di costruire degli spazi di libertà dove il soggetto inizia ad interrogarsi non su se stesso, (come se egli dovesse rispondere alla domanda come posso essere più efficiente, bello, sano ecc.), ma sul perché egli si identifica con i criteri primari dell'essere sano, bello ed efficiente. La filosofia per Foucault è, dunque, un esercizio di cui lui ha indicato una possibilità metodologica incarnata nei suoi scritti, i quali possono essere ripresi alla luce del loro scopo (sviluppo di coscienza critica), ma senza che la ripresa degli stessi debba essere accostata nella sola e pura organicità. A Foucault ci si può accostare forse solo per problematizzazioni, sapendo che in nessun caso egli ha voluto donare delle verità o delle modalità di percepire il vero se non nei termini di sviluppo di una coscienza critica che sia capace d'interrogarsi attorno a cosa sia la nostra realtà, la quale come tutte le cose del mondo diviene ed è divenuta.

¹³⁰ M. Foucault, *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 14

2) I principali studi su Foucault e la medicalizzazione

Nel paragrafo precedente si è messo in luce come sia del tutto legittimo accostare il vasto e ricco pensiero di Michel Foucault attraverso le problematizzazioni, ovvero sia possibile ricercare come lo stesso autore abbia trattato il tema della medicalizzazione nel suo lavoro intellettuale. Di pari passo abbiamo evidenziato come sia del tutto legittimo servirsi di tali dati per costruire una propria visione e una propria istanza critica che permetta di articolare una particolare forma di pensiero atta ad indagare cosa sia il reale e come tale reale si costituisca. Non è dunque un caso che svariati autori si siano cimentati in tale pratica interrogando il pensiero foucaultiano attorno al fenomeno della medicalizzazione della vita. In particolare i tre autori che maggiormente vengono presi a riferimento quando si parla di queste tematiche sono lo storico della medicina Nye, la studiosa di “Cultural Studies” Lupton e il filosofo della scienza Vandewalle.

Nye¹³¹ ha compiuto numerosi studi che hanno messo in luce come il concetto di medicalizzazione si sia formato e si sia affermato all'interno della nostra società. In particolare le pubblicazioni di tale autore si rivelano preziose per quanto riguarda la costruzione storica della medicalizzazione, in quanto egli tratteggia una ricostruzione della medicalizzazione facendole prendere forma attorno al concetto foucaultiano di governamentalità, infatti Foucault, all'interno del corso del 1978¹³², aveva messo in evidenza l'evoluzione nell'arte di governare, che avviene tra il XVI secolo e il XVII secolo, momento in cui dal governo proprio del Medioevo - diritto sovrano -, si passa ad un governo che si pone la questione di come poter governare i singoli riuniti in popolazione. In particolare Foucault sostiene che con il termine governamentalità s'intende l'insieme delle istituzioni, delle procedure, delle analisi, delle riflessioni, dei calcoli e delle tattiche che permettono di esercitare un determinato tipo di potere che prende in carico la popolazione e garantisce il governo dei viventi¹³³. In altri termini, porsi il problema del governo della popolazione vuol dire che la politica s'interessa alla vita biologica dei soggetti (biopolitica) e così facendo essa attua non solo una gestione della popolazione, ma mettere in pratica un controllo delle strategie che gli individui, nella loro libertà, utilizzano sia pensando loro stessi che agendo con gli altri. Per questa ragione la governamentalità diviene una forma di governo dei viventi che ha a cuore l'educazione degli individui attraverso le istituzioni e le famiglie che a loro volta interiorizzano le idee politiche proprie delle istituzioni. In altri termini ciò che emerge

¹³¹ R. A. Nye, *The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century*. In *Journal of History of the Behavioural Science*, 39, 2, 2003, pp. 115-129

¹³² Vedi M. Foucault, *Sicurezza, territorio e popolazione, corso al College De France (1977-1978)*, Feltrinelli, Milano 2005

¹³³ M. Foucault, *La governamentalità*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 635-657

dall'analisi foucaultiana è che il soggetto non è libero, ma viene prodotto come libero, ovvero formato e disciplinato al fine di mettere in pratica quali atti volontari e liberi delle azioni utili al sistema in cui esso è inserito. Dunque, governamentalità per Foucault vuol dire governare non attraverso la disposizione del soggetto, ad esempio imponendogli o vietandogli alcune situazioni, ma vuol dire condurre, orientare, indirizzare alla finalità che convengono al potere i comportamenti e le condotte, assunte come totalmente libere¹³⁴. Nye non sbaglia nel legare il concetto di medicalizzazione a quello di governamentalità, ma enfatizzando troppo la questione politica governamentale, sostiene che il tema della medicalizzazione in Foucault assuma le caratteristiche di una denuncia delle funzioni di dominio esercitate dalla medicina, giocate dagli stati sociali più alti verso gli stati sociali più bassi. Infatti, egli sostiene che le classi più ricche creino dei criteri di normalità atti ad estendere il proprio dominio, dunque a governare gli altri in proprio favore, ed estendano tali criteri grazie allo sconfinamento delle pratiche mediche nella vita. Si può asserire che Nye leghi il fenomeno della medicalizzazione descritto da Foucault, per il tramite del concetto di governamentalità, all'analisi del sapere medico quale strumento imprescindibile in mano ai ceti dominanti per asservire quelli marginali, proponendo così una cornice nella quale la medicalizzazione è una forma di guerra tra gli stati sociali. Non è, infatti, un caso che lo stesso Nye leghi il pensiero di Foucault a quello di Laing e Cooper i quali offrono delle analisi tendenti a mostrare il ruolo della famiglia quale mezzo di condizionamento ideologico, attraverso cui il potere economico imperante nella società agisce sui soggetti instaurando in loro la coscienza di classe. In particolare Cooper, in *The death of the Family*, sostiene che dietro la famiglia si celi il nucleo fondante della società, che toglie spontaneità e autenticità alla vita, al fine di normalizzare i soggetti al proprio disegno. In altri termini per Cooper la famiglia è la prima istanza governamentale che impone dei comportamenti ben codificati, che il soggetto deve interiorizzare e riuscire ad esercitare entro tutte le altre istituzioni siano esse fabbriche, università ecc. In questo modo Cooper sostiene che il soggetto appartenente agli stati sociali più bassi venga reso schiavo senza sapere di essere schiavo, per tal ragione egli sostiene che bisogna reagire contro questi meccanismi che instaurano una differenza sociale così ampia. Nye, sovrapponendo nelle loro differenze tali pensieri, non restituisce a mio avviso una reale dimensione della tematica della medicalizzazione in Foucault, poiché ne fa coincidere la sua portata a quella di un meccanismo di assoggettamento nelle mani dei più forti. Dall'analisi di Nye sembra che la medicalizzazione teorizzata da Foucault sia una forma di potere che una classe esercita sull'altra, dove si possa identificare un vincitore e un vinto e dove chiunque

¹³⁴ S. Chignola, *L'impossibilità del sovrano*, in *Governare la vita*, Ombre Corte, Verona 2006, pp. 63-64

possa utilizzare tale schema per sottomettere gli altri. La medicalizzazione viene così ridotta ad arte della guerra, da imparare ad utilizzare per aver ragione governamentale degli altri¹³⁵. La seconda analisi che qui prendo ad esame è quella di Lupton¹³⁶, la quale, proprio come Nye, ricostruisce una sorta di storia della medicalizzazione, anzi più precisamente una storia concettuale della tematica della medicalizzazione della vita. Infatti, a differenza di Nye, - che sebbene afferma che Foucault sia stato colui che ha fornito il concetto fondamentale per l'instaurazione della teoria della medicalizzazione, ne tratteggia una storia in cui il pensiero di Foucault si fonde con quello degli altri studiosi della medicalizzazione -, Lupton sostiene che esista una netta differenza tra il concetto di medicalizzazione critica proposto da Zola, Freidson, Aïach e dagli altri autori rispetto a quello proposto da Michel Foucault. In particolare la studiosa mette in luce come il concetto di medicalizzazione in Foucault non possa in nessun modo essere ridotto ad un potere in mano ai medici o ad alcune particolari classi sociali che ne gestiscono il controllo. La frattura tra gli autori che scrivono di medicalizzazione e la teoria della medicalizzazione coniata da Foucault si situa proprio nella descrizione diversa dei meccanismi di potere, infatti per Foucault il potere non è posseduto da un gruppo particolare, ma è una relazione, una strategia che investe e si trasmette a tutti i gruppi sociali. A questo proposito Lupton scrive: *“la dimensione fondamentale della comprensione foucaultiana del potere nel contesto medico è l'accento che egli pone sulla natura dispersiva del potere, dunque sulla sua mancanza di una logica politica centrale. Invece i fautori della tesi della medicalizzazione ortodossi tendono a considerare i membri della professione medica come dei professionisti che coscientemente cercando di guadagnare potere per aumentare il proprio status e guadagnare potere sulle altre categorie sociali, e lo fanno godendo del sostegno dello Stato. Al contrario, Foucault sostiene che lo sguardo clinico non è intenzionale, ovvero non è originato da un particolare tipo di gruppo che ne vuole dominare un altro [...] Foucault ha sottolineato che il campo e le preoccupazioni della medicina sono variegata ed eterogenee, rivolgendosi a luoghi di lavoro, scuola, case, supermercati ecc.. Lo Stato è, ovviamente, implicato nella riproduzione della dominanza medica, ma non è l'unico elemento ci sono anche altre agenzie e istituzioni interessate a ciò¹³⁷”*.

¹³⁵ Sull'analisi del tema della medicalizzazione in Foucault da parte di Nye si può far riferimento anche a L. Mori, *Al centro della vita. La medicalizzazione della società secondo Foucault*, in *La medicalizzazione della vita*, Franco Angeli, Milano 2009, p. 87

¹³⁶ D. Lupton, *Foucault and the medicalisation critique*, in *Foucault Health and Medicine*, Routledge 1998, pp. 94-110

¹³⁷ Ivi, p. 100

Dalle parole di Lupton emerge chiaramente una netta separazione tra gli studiosi “ortodossi” della medicalizzazione e Foucault e la differenza risiede, al contrario di quanto sostiene Nye, nella diversa modalità di guardare al potere insito nel meccanismo di medicalizzazione. Infatti, per i primi tale situazione serve a perpetuare la volontà del più forte di aver ragione del più debole, per Foucault forti e deboli sono presi in egual misura all’interno della rete del sapere-potere prodotto dalla medicina, la quale non si erge a fonte di soggettivazione e di disciplinazione dei corpi da sola, ma viene decretata e issata da una serie di situazioni che ne legittimano, quasi inconsapevolmente, il suo procedere. Lupton restituisce così una lettura importante del concetto di medicalizzazione in Foucault mostrando come esso non possa venire paragonato a quello degli altri autori, poiché la sua disamina è completamente diversa, tanto che potremo affermare che per i cultori della tesi “ortodossa” della medicalizzazione, in particolare negli anni ‘60-70, la medicalizzazione sia un fenomeno indotto e che si forma su altre situazioni, quali il capitalismo, mentre per Foucault la medicalizzazione rappresenta una cornice morale su cui prendono vita tutti gli altri fenomeni e per tal ragione, essa non deriva dal capitalismo, ma ne fornisce la chiave per la sua stessa instaurazione e sussistenza.

Lupton, oltre a mettere in luce la differenza tra le due modalità di riferirsi al concetto di medicalizzazione, sostiene anche che tutti i fraintendimenti legati all’interpretazione Foucaultiana derivino dal fatto che si leggano solo le prime opere foucaultiane¹³⁸. In particolare la studiosa si riferisce a *Storia della follia e Nascita della clinica*, opere che, se non inserite a giusto titolo all’interno di un’inchiesta sulla problematizzazione della medicalizzazione nell’opera di Foucault sembrano poter giustificare la tesi secondo la quale anche Foucault parli di medicalizzazione nei termini di dominio di una classe (quella medica o quella più generale dei capitalisti) su le altre. Tale spunto offerto da Lupton è stato ripreso da Vandewalle¹³⁹, il quale accosta il problema della medicalizzazione in Foucault indagando cosa le opere del filosofo francese ci possono dire sulla medicina. In altri termini, Vandewalle compie uno sforzo maggiore rispetto alla sola ricostruzione del termine medicalizzazione, sostenendo che lo stesso non possa essere desunto da una sola opera di Foucault, facendogli assumere significati come quelli espressi da Nye, ma sia necessario leggere le varie opere foucaultiane tenendo presente come in tutte esse la medicina venga trattata. Quindi, Vandewalle chiarisce il pensiero che ho espresso nel paragrafo precedente asserendo che sia legittimo parlare dell’opera di Foucault attraverso interrogazioni su specifici problemi che lo stesso ha trattato, ma non sia possibile compiere tale sforzo senza una lettura complessiva di come tale tema sia stato affrontato nell’arco di tutti i periodi foucaultiani. Io ritengo, in

¹³⁸ Ivi, p. 102

¹³⁹ B. Vandewalle, *Savoir et pouvoir de la médecine*, L’Hermattan, Paris 2006

accordo con Vandewalle, che compiere un'analisi di questo tipo sia una delle poche possibilità, forse l'unica, per rendere giustizia al pensiero di Foucault e per riuscire a trovare dei filoni argomentativi e di ricerca che possano essere letti come dei lavori completi e coerenti, nonostante i vari periodi e i vari interessi esercitati in vita da Foucault. In particolare il lavoro di Vandewalle condotto sulla medicina ha il pregio di restituire forza teorica all'analisi della medicalizzazione in Foucault, già espressa da Lupton, e riesce a cogliere come questa possa rappresentare una linea coesa di ricerca all'interno della vasta opera foucaultiana.

3) Non esiste un'esperienza originaria della malattia

Dall'analisi dei tre studiosi più citati all'interno della ricostruzione del concetto di medicalizzazione in Foucault si sono potute cogliere almeno tre indicazioni che si rivelano fondamentali per il proseguo del lavoro di ricerca sul concetto di medicalizzazione in Foucault: la prima è che Michel Foucault ha creato un pensiero originale attorno a tale fenomeno che si discosta dall'analisi degli autori dediti ad una ricostruzione "ortodossa" della medicalizzazione; la seconda che lo stesso pensiero attorno alla medicalizzazione non può essere ridotto ad una pura asserzione di dominio da parte di una classe su un'altra; la terza che è indispensabile accostare il problema generale della concezione della medicina in Foucault per poter leggere e restituire la sua tesi sulla medicalizzazione della vita.

Ciò che seguirà nelle prossime pagine è il tentativo di svolgere una breve analisi (compatibilmente con lo spazio che si può dedicare all'interno di una tesi di dottorato che non verte unicamente sulla ricostruzione del pensiero attorno alla medicina e alla medicalizzazione di Foucault) delle ricerche che Foucault ha condotto sulla medicina, mostrando i lati e le tematiche che, a mio avviso, si rivelano di estrema importanza per cogliere la portata della teoria della medicalizzazione della vita. Il punto di partenza per tal ricostruzione è sicuramente segnato dalle prime opere di Foucault: *Storia della Follia* e *Nascita della clinica*, due testi che se accostati secondo il problema che poniamo – il concetto di medicalizzazione – si possono accomunare e fornire la base operativa per cogliere tutto lo sviluppo dell'opera del filosofo francese. Infatti, Gary Gutting sostiene che *Storia della follia* assume un ruolo generativo per l'intera opera foucaultiana, in quanto in tale opera si delinea l'universo di problematiche attorno alle quali si sarebbe sviluppata la sua riflessione futura e

di quello che sarebbe poi diventato, il suo metodo d'indagine¹⁴⁰. Per cogliere tale situazione dobbiamo prima di tutto notare come *Storia della follia* non sia il primo libro pubblicato dal filosofo francese, il quale nel 1954 aveva pubblicato il libro *Malattia mentale e personalità*, ripubblicato successivamente con il titolo *Malattia mentale e psicologia*; in tali opere, che rientrano in quel periodo nominato da Revel come “Foucault prima di Foucault”, il filosofo francese assumeva la malattia mentale come un oggetto già dato al sapere psichiatrico e, dunque, la priorità che egli indicava era relativa ad indicare i fattori soggettivi legati alla stessa malattia. Potremo sostenere che in queste prime opere Foucault fosse interessato a cogliere come lo psichiatra e lo psicologo potessero utilizzare il proprio sapere al fine di determinare il bene del paziente rispettandone la particolare soggettività. A questo proposito Foucault, spinto dall'esame che compie sui testi di Binswanger, sostiene l'esistenza di un'esperienza originaria dell'uomo che è necessario ristabilire attraverso l'analisi esistenziale. I primi lavori del filosofo francese si pongono quindi all'interno di un orizzonte fenomenologico tendente a valutare le possibilità e le varietà di cura attuabili nei singoli soggetti. La riflessione viene, così, posta su come umanizzare la scienza medica e non sul senso e sulla legittimità naturale della stessa.

L'orizzonte di analisi cambia radicalmente con la stesura della tesi di dottorato intitolata *Storia della follia nell'età classica* (pubblicata nel 1964), nella quale l'obiettivo di Foucault era di cogliere come si è giunti all'identificazione di quell'oggetto – malattia mentale – comune al sapere psichiatrico e psicologico che in precedenza aveva considerato come dato universalmente. Si può comprendere come il quadro su cui si muovono le ricerche di Foucault muti completamente, tanto che egli non s'interroga più attorno alle possibilità di migliorare una particolare scienza come quella psichiatrica, ma s'interroga su come si sia formato l'oggetto dell'interesse psichiatrico, oggetto che solo giustifica e alimenta le possibilità di esistenza della stessa disciplina psichiatrica.

Foucault, nella prefazione alla prima edizione dell'opera, sostiene che la ricostruzione di una storia della follia sia da intendersi come parte di un progetto più ampio volto all'identificazione di una storia dei limiti della nostra cultura tanto che scrive: “*si potrebbe fare una storia dei limiti: di quei gesti oscuri, necessariamente dimenticati non appena compiuti, coi quali una cultura respinge qualcosa che sarà per lei Esteriore; e per lungo tutto la sua storia, questo vuoto scavato, questo spazio bianco per mezzo del quale si isola, la contraddistinguono quanto i suoi valori. Perché essa riceve i suoi valori e li conserva nella continuità della storia; ma in questa regione di cui vogliamo parlare, essa esercita le sue*

¹⁴⁰ G. Gutting, *Michel Foucault's Archeology of scientific reason*, Cambridge University Press 1995, pp. 109-110

*scelte essenziali, compie la separazione che le conferisce la fisionomia della sua positività*¹⁴¹”. Da queste parole si capisce come Foucault non abbia in mente di scrivere una storia della psichiatria, ma si focalizzi sul tentativo di costruire una storia della follia, ovvero una storia di un oggetto che ha una dimensione di esistenza che prescinde dalla pura patologia a cui noi oggi diamo significato¹⁴². Proprio tale volontà storica si rivela di estremo interesse per la nostra ricostruzione, poiché questo progetto si scontra con la realtà della modernità che, secondo Foucault, ha ridotto dalla metà del XVIII secolo la follia al silenzio, in favore dell’assolutizzazione del discorso sulla ragione. Tale analisi foucaultiana può essere intesa come la possibilità di risalire all’identificazione di un a-priori storico che ha condotto la medicina (psichiatria), situazione che rappresenta una delle coordinate che guidano la nostra epoca, a diventare l’esperienza del limite e del dicibile che conosciamo attualmente. Questa ricerca conduce Foucault a sostenere che la medicina costituisce un processo senza soggetto, articolato attorno al confronto dialettico tra identità (discorso razionale, normalità) e differenza (patologia, follia). Inoltre, le stesse ricerche evidenziano lo stato storico di ogni tipo di patologia, le quali trovano le proprie condizioni d’esistenza solo all’interno di una rete di saperi che ne vincola e ne determina il significato. Questo è il senso profondo che bisogna cogliere della prima opera foucaultiana, ovvero l’impossibilità di risalire ad una malattia primordiale che risulti quale espressione collocata al di fuori di una codificazione storico-sociale di un sapere determinato. L’intento esercitato in *Storia della follia* può, dunque, essere individuato nella volontà di mettere a fuoco il modo in cui la follia si è venuta a costituire quale fenomeno morboso all’interno di una cultura ben determinata; di pari passo tale analisi

¹⁴¹ M. Foucault, *Introduzione alla prima edizione di Storia della Follia*, Bur, Milano 2014, pp. 43-44

¹⁴² È di fondamentale importanza chiarire cosa intenda Foucault con il termine storia, poiché tale modalità d’interpretazione del concetto ha dato luogo a lunghi dibattiti in cui la critica accusava il filosofo francese di compiere delle errate ricostruzioni o di non attenersi ad un uso “tradizionale” della ricostruzione storica. Foucault sostiene che il senso di fare storia non deve funzionare come pura analisi del passato, ma deve rappresentare una messa in luce dei processi di trasformazione che segnano e definiscono gli avvenimenti odierni. Dunque, la storia per il filosofo francese non deve essere intesa solo come memoria, ma come genealogia, ovvero quale ricostruzione delle genesi capaci di descrivere l’emergere di alcuni fenomeni che caratterizzano il nostro presente. Fenomeni che non si possono definire come espressioni costanti che da sempre accompagnano la natura umana, ma si definiscono quali istanze vitali divenute. La storia diventa, così, genealogia, ovvero ricostruzione del senso che una situazione ha acquisito nell’arco del tempo per significare ciò che noi oggi le facciamo significare. Per tal ragione la ricerca storica da pura memoria diviene analisi critica del presente, che permette di trattare tutto ciò che ci circonda non come fenomeno aurorale, ma quale fenomeno divenuto e discutibile. Inoltre, come sempre Foucault ammonisce, intendere il metodo storico quale metodo genealogico non vuol dire analizzare il presente cercando di ritornare al passato, ma vuol dire unicamente analizzare il passato per cogliere il senso del presente. A questo proposito Foucault scrive: “*ho trattato la storia della follia o lo studio della prigione come ho fatto, perché io sapevo molto bene [...] che condurre un’analisi storica vuol dire rendere possibile una critica del presente, ma non vuole dire : «facciamo ritorno a questa meravigliosa epoca del XVIII secolo, o il folle...», o ancora «ritorniamo al tempo in cui la prigione non era uno dei principali strumenti...».* Io penso che la storia ci deve preservare da questo spazio ideologico del ritorno”. M. Foucault, *Espace, savoir et pouvoir*, in *Dits et Écrits* V. II, Gallimard, Paris 2001, p. 1099

permette anche di aprire la questione attorno ai criteri e ai limiti della suddetta cultura quale portatrice del valore patologico della follia. Perciò, l'importanza di tale opera si configura nel far emergere la struttura storica di un'esperienza che si è sempre pensata aurorale (cura della malattia mentale), mostrando i limiti e i confini della creazione patologica instaurata dalla cultura moderna votata alla scienza e all'assolutizzazione del linguaggio della ragione. A questo proposito sono di capitale importanza le seguenti parole di Foucault: *“la follia non si può trovare allo stato selvaggio. La follia esiste solo all'interno di una società, essa non esiste al di fuori delle forme di repulsione che la escludono o la catturano. Per ciò, si può dire che nel Medioevo e poi nel Rinascimento, la follia è presente nell'orizzonte sociale come un fato estetico e quotidiano; poi dal XVII secolo – a partire dall'internamento –, la follia attraversa un periodo di silenzio, di esclusione. Essa perde la funzione di manifestazione e di rivelazione che aveva all'epoca di Shakespeare [...] essa diviene derisione e inganno. Infine, nel XX secolo la medicina mette le mani sulla follia, la riduce ad un fenomeno naturale, legato alla verità del mondo¹⁴³”*.

Foucault mostra, così, l'impossibilità di riferirsi all'oggetto follia senza connettere tale oggetto alla cultura che lo cattura nel proprio orizzonte interpretativo e che dona le coordinate di verità che lo fanno apparire quale condizione naturale, ma sostenendo ciò egli mostra anche come ogni tipo di patologia trovi fondamento e legittimazione solo all'interno di un ben determinato tipo di struttura del reale. Per tal ragione le parole di Giuseppe Campesi attorno alla *Storia della follia* foucaultiana si rivelano di particolare importanza, infatti egli scrive: *“nell'ottica di Foucault è dunque impossibile fare una storia della follia senza passare attraverso la storia delle culture che la definiscono o dei gesti che la perseguono. La follia è un fatto di civilizzazione più che un fatto di natura, per questo più che una storia della follia Foucault finisce per proporre un'analisi delle diverse esperienze della follia, della diversa maniera in cui questa si è manifestata nella storia della cultura occidentale¹⁴⁴”*. Ne segue che Foucault metta in luce come la ragione medica moderna nel suo rapporto con la follia non rappresenti che una particolare forma della configurazioni storiche coniate, le quali di volta in volta hanno intrattenuto un rapporto con la follia che ha donato delle strutture d'esistenza esclusive e determinate. In particolare Foucault evidenzia almeno tre grandi periodi della follia: la *Renaissance*, *l'âge classique* e *l'époque moderne*. Ciascuna di queste tre epoche è segnata da un tipo particolare di pratica della follia (far circolare, rinchiudere e curare) e da una peculiare forma di relazione (possibilità di contatto, esclusione e oggettivazione

¹⁴³ M. Foucault, *La folie n'existe que dans une société*, in *Dits et Écrits*, V. I, Gallimard, Parigi 2001, p. 197

¹⁴⁴ G. Campesi, *Soggetto, disciplina, Governo. Michel Foucault e le tecnologie politiche moderne*, Mimesis, Milano 2011, p. 27

scientifico) nella quale s'instaura anche un caratteristico tipo di opposizione (il sacro e il profano, ragione e non ragione, il normale e il patologico)¹⁴⁵.

In altri termini Foucault chiarisce che la follia non può essere spiegata come un'universale sempre esistito e, di pari passo, la psichiatria e la psicologia non possono essere descritte come due scienze che avanzano in maniera lineare verso la scoperta e la codifica di questo universale, ma è l'esperienza moderna della follia che determina le modalità con le quali si può considerare la stessa come patologia che porta all'emergere delle discipline legate alla sua cura. Si può quindi asserire che è la nostra epoca che "crea" delle modalità attraverso le quali poter interpretare alcune situazioni pertinenti all'area della follia come condizioni patologiche e che determina altre situazioni analoghe come normali espressioni dell'esistenza. Se la *Storia della follia* ci mostra, dunque, come la follia patologica (quella a cui facciamo riferimento nei nostri giorni) non esista al di fuori dei processi medici che la catturano e la costituiscono quale campo di sapere, *Nascita della clinica*, attraverso un'esposizione mirante a mettere in luce la comparsa e la diffusione dello sguardo clinico, ovvero dell'esame medico che riconosce le forme del male, ci permettere di cogliere come non sia possibile osservare il corpo malato, così come noi oggi lo osserviamo, in assenza del discorso medico moderno. Per chiarire tale pensiero si può far riferimento ad un testo scritto da Foucault nel 1969, che riprendendo le idee di *Nascita della clinica*, ne spiega la portata in questi termini: "ogni cultura definisce in modo peculiare il campo della sofferenza, delle anomalie, delle devianze, delle perturbazioni funzionali, dei disturbi della condotta, che si possono collocare come interni alla medicina, che suscitano il suo intervento e che richiedono una pratica specifica [...] non esistono dei campi che appartengono a pieno diritto e universalmente alla medicina¹⁴⁶".

Infatti, proprio come aveva già fatto per la follia, Foucault in *Nascita della clinica* non vuole ricercare un a-priori di natura trascendentale che possa motivare la comparsa della medicina ed indicare i suoi specifici oggetti e campi di diritto, ma egli ritiene che sia necessario ricercare i criteri storici di una data epoca che hanno fatto sì che si potesse accordare quel determinato tipo di valore allo sguardo medico e alla possibilità attuale d'intendere l'oggetto di tale sguardo come verità naturale della salute umana. Dunque, Foucault ci mostra come la storia della medicina non possa essere intesa quale storia di una ragione sovrana che impone una conoscenza universale e necessaria, ma essa deve essere intesa come un'indagine sui fenomeni che hanno reso possibile ad una determinata maniera di guardare la realtà di imporsi

¹⁴⁵ Cfr. B. Vandewalle, *Savoir et pouvoir de la médecine*, L'Harmattan, Paris 2006, p. 36

¹⁴⁶ M. Foucault, *Médecins, juges et sorciers au XVII siècle*, in *Dits et Écrits*, V. I, Gallimard, Parigi 2001, p. 781

quale principio fondante e fondatore di una data epoca. A questo proposito sostiene che: “*la malattia, infine, si può trovare medicalizzata, praticamente o teoricamente, unicamente in una precisa epoca e in una società specifica [...] per lungo tempo la storia della medicina è stata realizzata come una cronologia delle scoperte; si è messo in luce come la ragione e l’osservazione hanno trionfato sui pregiudizi superando gli ostacoli e mettendo in luce la verità nascosta [...] dobbiamo, invece, cercare [...] di etnologizzare lo sguardo che noi portiamo sulle nostre conoscenze: tentando di cogliere non solo la maniera in cui il sapere scientifico viene utilizzato, ma anche il modo in cui si delimitano i campi a lui soggetti, le modalità in cui gli oggetti si formano e vengono scanditi dai concetti*¹⁴⁷”. In altri termini ciò che è fondamentale cogliere in questo primo periodo del lavoro di Foucault riguardo la medicina è lo spostamento di sguardo che egli opera dalla ricerca di una verità della medicina alla ricerca attorno al senso dell’esperienza medica, muovendo dalla convinzione che ogni tipo d’esperienza, quindi anche la medicina stessa, possieda una propria struttura d’esistenza e di verità che bisogna rilevare. Tale concetto è espresso in maniera chiara nel testo del 1966 dal titolo *Message o Bruit?*¹⁴⁸, nel quale il filosofo francese mette in luce come oggi siamo abituati a pensare che il medico ascolti i naturali messaggi che provengono dalla malattia che s’innestano sugli organi corporei, al contrario egli ritiene che tale naturalezza del cogliere i segnali non solo non sia reale, ma non si possa minimamente porre, poiché gli organi non producono dei messaggi, ma fanno rumore e tale rumore non possiede alcun significato naturale proprio e oggettivo. La medicina dal diciottesimo secolo in poi si pone come l’identificatrice di quel rumore, spacciandolo per messaggio naturale, quando essa per decifrarlo utilizza un codice che è proprio della medicina più che dell’organo corporeo e che consiste nel scegliere quale rumore ascoltare e quale ignorare. La medicina si pone così ad elemento determinante che dona verità e realtà al meccanismo degli organi, rapportandolo ad un codice preciso inserito in una tecnologia centrata sulla comprensione dell’atto patologico attraverso la nozione epocale di normale e anormale. Si può così concludere, sostenendo che in queste prime opere Foucault si concentri nel mettere in luce l’impossibilità di rinvenire un’esperienza originaria della patologia, quindi la medicina non ha degli oggetti originali a cui riferirsi, ma essi dipendono sempre dalla dimensione propria di una particolare forma di cultura che orienta le modalità di comprensione e di definizione del patologico.

¹⁴⁷ Ivi, pp. 781-782

¹⁴⁸ in *Dits et Écrits*, V. I, Gallimard, Parigi 2001, p. 585-588

4) Dalla morte dell'uomo all'ordine del discorso

Le prime opere di Foucault mettono in luce come la medicina non possa essere intesa quale esperienza universale che svela la verità di oggetti altrettanto universali che prendono il nome di patologie. Tale pratica è solo una modalità di dar senso al mondo che prende avvio in un preciso quadro storico-sociale, per tal ragione la domanda seguente che Foucault si pone è relativa al cogliere i meccanismi con cui un processo discorsivo (la rete dei saperi medici) si articola con il sapere non discorsivo (pratica sociale, politico e istituzionale). A questo proposito risultano di fondamentale importanza le opere *Le parole e le cose* (1966) e *L'Archeologia del sapere* (1969), in particolare è la prima di queste due opere che fa guadagnare fama nazionale e internazionale a Foucault. Il motivo è presto detto e si trova nelle ultime righe del libro, nelle quali Foucault conia il pensiero relativo alla morte dell'uomo. Infatti, scrive: *“l'uomo non è il problema più vecchio o più costante postosi al sapere umano. Prendendo una cronologia relativamente breve e una circoscrizione geografica ristretta – la cultura europea del XVI secolo in poi – possiamo essere certi che l'uomo vi costituisce un'invenzione recente. Non è intorno ad esso e ai suoi segreti che, a lungo, oscuramente, il sapere ha vagato. Di fatto, fra tutte le mutazioni che alterarono il sapere delle cose e del loro ordine, il sapere dell'identità, della differenza, dei caratteri, delle equivalenze, delle parole – in breve in mezzo a tutti gli episodi di questa profonda storia del Medesimo – uno solo, quello che prese inizio un secolo e mezzo fa e che forse sta chiudendosi, lasciò apparire la figura dell'uomo. Non si trattò della liberazione d'una vecchia inquietudine, del passaggio alla coscienza luminosa di un'ansia millenaria, dell'accesso all'oggettività di ciò che a lungo era rimasto preso in fedi o filosofie: fu l'effetto d'un cambiamento nelle disposizioni fondamentali del sapere. L'uomo è un'invenzione di cui l'archeologia del nostro pensiero mostra agevolmente la data recente¹⁴⁹”*.

Per capire tale asserzione foucaultiana bisogna cogliere lo sforzo che lo stesso compì in questo libro, poiché egli volle ricercare gli elementi storici intorno ai quali la modernità ha organizzato le proprie esperienze del mondo, in modo da codificare una determinata figura del sapere. Detto in altro modo Foucault sostiene che tutti i periodi della storia possedevano certe sottese condizioni di verità che fondavano ciò che era allora accettabile e non si possano descrivere le conoscenze come delle marce trionfali della ragione umana che hanno condotto verso un'obiettività in cui la nostra scienza odierna potrebbe riconoscersi. Per tal ragione, ciò che Foucault ricerca sono le condizioni a partire da cui conoscenze e teorie diventano possibili, poiché come lui stesso scrive: *“in base a quale spazio d'ordine si è costituito il*

¹⁴⁹ M. Foucault, *Le parole e le cose*, Bur, Milano 2010, pp. 413-414

sapere [...] non verranno quindi descritte conoscenze nel loro progresso verso un'obiettività [...] ciò che vorremmo mettere in luce, è, il campo epistemologico, l'episteme in cui le conoscenze, considerate all'infuori di ogni criterio di riferimento al loro valore razionale o alle loro forme oggettive, affondano la loro positività manifestando in tal modo una storia che non coincide con quella della loro perfezione crescente, ma è piuttosto la storia delle loro condizioni di possibilità; ciò che, in tale narrazione deve apparire, sono, entro lo spazio del sapere, le configurazioni che hanno dato luogo alle varie forme della conoscenza empirica¹⁵⁰". Tale indagine lo porta ad identificare tre forme di episteme: il Rinascimento, l'età classica e la modernità. L'episteme in vigore nel Rinascimento è legato alla ricerca della somiglianza, ovvero allo stabilire connessioni e legami tra le cose; per esempio si cercano delle analogie tra le malattie dell'uomo pensate nel suo microcosmo rapportandole al macrocosmo. In altri termini Foucault sostiene che l'episteme rinascimentale sia forgiato da una trama di similitudini magiche e razionali al contempo, che esprimono il riferimento immateriale per orientarsi in un mondo in cui imparare significa essenzialmente comprendere i segni visibili che scaturiscono da rapporti invisibili di affinità tra le cose¹⁵¹. Tale situazione cambia nell'età classica dove l'episteme è definito quale teoria della rappresentazione che funziona come *mathesis* (scienza dell'ordine). Ciò vuol dire che nel XVIII secolo l'episteme rinascimentale, dedito all'accostare le cose al fine di trovarne un qualche grado di parentela, crolla in favore del confronto utile a stabilire identità. A questo proposito scrive: "durante il XVI secolo veniva anzitutto ammesso il sistema globale delle corrispondenze (la terra e il cielo, i pianeti e il volto, il microcosmo e il macrocosmo), ed ogni similitudine singola si disponeva all'interno di questo rapporto di totalità; d'ora in poi ogni somiglianza verrà sottoposta alla prova del confronto, cioè essa sarà accettata soltanto dopo aver trovato, attraverso la misura, o, più radicalmente attraverso l'ordine, l'identità e la serie delle differenze l'unità comune¹⁵²".

In altre parole, si abbandona la somiglianza in favore della rappresentazione, quindi l'episteme dell'età classica si fonda sull'idea che sia rinvenibile una continuità naturale tra le cose che favorisce la costituzione delle relazioni tra gli esseri viventi. Dunque, ci si impegna a dare un nome alle cose, ad identificarle e ad inserirle in tabelle tassonomiche, poiché dietro al disordine con cui le cose si presentano al mondo esiste la possibilità di ricostruire un tessuto comune. Si articola così un sapere scientifico basato su un regime epistemologico dedito all'analogia e alla successione, dunque anche nel campo della malattia si tenta di articolare

¹⁵⁰ Ivi, p. 12

¹⁵¹ Cfr. P. Amato, *Ontologia e storia, la filosofia di Michel Foucault*, Carocci, Roma 2011, p. 108

¹⁵² M. Foucault, *Le parole e le cose*, Bur, Milano 2010, p. 70

una possibilità di catalogare la stessa, poiché la malattia rinvia ad un disordine che si può egualmente spiegare come un fenomeno naturale che possiede una sua regolarità e delle sue somiglianze. Foucault mostra, però, come nonostante ogni linguaggio che potesse rinviare ad una situazione divinatoria, tipica dell'episteme rinascimentale, venga a cadere all'interno dell'episteme dell'età classica, non sia in essa possibile pensare ad una *scienza dell'uomo*, poiché egli sostiene che non esiste ancora alcuna possibilità di riflettere su colui per il quale la rappresentazione del naturale esiste, tanto che scrive: *“prima del XVIII secolo, l'uomo non esisteva, come non esisteva la potenza della vita, la fecondità del lavoro, o lo spessore storico del linguaggio. È una creatura recentissima quella che la demiurgia del sapere fabbricò con le sue mani, meno di duecento anni or sono. Ma l'uomo è invecchiato così in fretta, che si è potuto facilmente pensare che egli avesse atteso nell'ombra, per la durata di millenni, il momento d'illuminazione in cui sarebbe stato infine conosciuto¹⁵³”*.

Ne segue che secondo Foucault manchi la possibilità di concepire un soggetto unificato e unificante che dovrebbe fornire un peso specifico e una collocazione precisa alle rappresentazioni, ergendole a oggetti propri. Proprio la comparsa di questo soggetto segnerà un nuovo cambio di episteme che ci porterà all'interno dell'epoca moderna. Dreyfus e Rabinow, due dei maggiori studiosi del pensiero foucaultiano, riassumono tale nuovo episteme nel seguente modo: *“in modo improvviso, secondo la ricostruzione storica di Foucault, verso la fine del XVIII secolo si verificò uno di quei drammatici mutamenti epistemologici [...] la rappresentazione divenne rapidamente opaca.[...] l'uomo così come oggi lo conosciamo, fa la sua apparizione e diventa misura di tutte le cose. Non appena l'ordine del mondo risulta non più imposto da Dio e di conseguenza non più rappresentabile in un quadro, allora la continua relazione che aveva posto in rapporto l'uomo con gli altri esseri del mondo viene abbandonata. L'uomo, che un tempo era un essere tra gli altri esseri, non soltanto diventa un soggetto fra gli oggetti, ma presto si accorge anche del fatto che ciò che egli sta tentando di comprendere non è costituito solo agli oggetti del mondo, bensì anche da se stesso. L'uomo diventa il soggetto e l'oggetto del suo proprio conoscere¹⁵⁴”*.

Si può cogliere come *Le parole e le cose* sia un'opera di estrema importanza perché ciò che egli afferma è che usualmente la biologia, la psichiatria e le altre scienze mediche ci narrano una storia lineare che porta nella storia dell'uomo un'affermazione progressiva e continua della razionalità scientifica che scopre i segreti della natura con sempre maggior successo, ma tale storia narrata non ha alcun senso poiché la discontinuità dei regimi di pensiero, evidenziata grazie alla rilevazione dei tre paradigmi epistemologici, rende effimere tutte le

¹⁵³ Ivi., p. 333

¹⁵⁴ H. L. Dreyfus, P. Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault*, La casa Usher, Firenze 2010, pp. 74-76

idee della continuità e del progresso della verità. In altri termini, secondo Foucault, non esiste un'idea di ragione che guida tutto l'agire umano dal mondo greco ad oggi, ma quest'ultima deve essere pensata come una sovrapposizione indifferente di stati del pensiero che possono essere ricostruiti per donare senso all'esperienza epocale. Dunque, in questo libro c'è una volontà di uscita dal tema antropologico che vuole stabilire un'esposizione ordinata dei saperi che mostri l'intento di costruire una ragione in progresso. Proprio per questo motivo Foucault afferma la morte dell'uomo, ovvero sostiene la fine della modalità di considerare il soggetto e le sue caratteristiche odierne, o qualunque tipo di caratteristiche a lui attribuite, quali universali e trascendentali. L'uomo nasce alla fine del XVIII secolo, ovvero nel momento in cui il sapere stesso si ordina sulla figura dell'uomo. Il testo successivo *L'archeologia del sapere* può essere letto proprio a partire da quest'ottica, ovvero la volontà di liberare la storia delle idee dal tema antropologico e infatti l'opera mira ad individuare le condizioni non trascendentali, localmente e storicamente determinate, di produzione del pensiero. In altri termini quest'opera viene concepita come una modalità di puntualizzare il metodo fino ad ora utilizzato da Foucault, tale metodo è quello archeologico. Per metodo archeologico, come si è già potuto intendere, si fa riferimento alla ricostruzione di un campo storico, ovvero alla possibilità di far interagire tra loro differenti dimensioni (filosofiche, economiche, scientifiche ecc.) al fine di rinvenire l'emergere dei saperi propri di una data epoca. Il concetto chiave di quest'opera è quello di discorso, ovvero un insieme di enunciati che appartengono ad ambiti completamente differenti, ma che obbediscono e sottostanno a delle regole di funzionamento comune. Foucault sostiene che i discorsi possano essere concepiti come delle pratiche che formano sistematicamente gli oggetti di cui parlano, tanto che scrive: *“le parole e le cose è il titolo serio di un problema; è il titolo ironico del lavoro che ne modifica la forma, ne sposta i dati, e, alla fin fine, rivela un compito completamente diverso. Un compito che consiste nel non trattare i discorsi come degli insiemi di segni [...] ma come delle pratiche che formano sistematicamente gli oggetti di cui parlano”¹⁵⁵*.

Il progetto di tale libro è quello di scrivere una storia dei saperi che rifiuti di considerare i discorsi teorici come la semplice superficie d'iscrizione delle scelte coscienti operate dagli uomini, o come l'espressione ideologica di una pratica sociale prima. Egli, infatti, rifiuta di intendere il sapere come una mera trascrizione verbale di un'attività, spirituale o materiale, compiuta da un soggetto trascendentale che le dona un senso esterno ad esso tramite l'osservazione. Tale discorso viene chiarito da Foucault nella lezione inaugurale tenuta al Collège de France il 2 dicembre del 1970 intitolata *L'ordine del discorso* nel quale chiarisce

¹⁵⁵ M. Foucault, *L'archeologia del sapere*, Bur, Milano 2009, pp. 66-67

che: “in ogni società la produzione del discorso è insieme controllata, selezionata, organizzata e distribuita tramite un certo numero di procedure che hanno la funzione di scongiurare i poteri e i pericoli¹⁵⁶”. In altri termini Foucault sostiene che sia un errore credere che parlare significhi trasmettere immediatamente e direttamente nelle parole e con le parole ciò che si vede e che si pensa, poiché il vedere e il pensare sono già il prodotto di una prassi discorsiva più originaria. Dunque, nessuna parola comunica ciò che il soggetto esperisce, ma essa ha un significato che si radica in regole di comportamento determinate dalla particolare società in cui si pronunciano. Perciò i discorsi non sono sistemi di segni che rimandano ad altro, ma pratiche che formano gli oggetti di cui parlano, inserendosi in una serie di rapporti di potere propri di ogni peculiare società. Foucault sostiene così che ogni società ha un suo ordine di verità, ed essa è determinata dai discorsi che fa funzionare come veri¹⁵⁷. Uno dei maggiori discorsi che la nostra società utilizza come modello di verità è la medicina, la quale produce un regime discorsivo specifico che assorbe il campo della malattie e della salute, stabilendo un insieme di regole che, precedendo l'enunciazione da parte del soggetto, stabiliscono delle modalità discorsive di valore.

5) Genealogia e potere

Abbiamo colto come le prime opere di Foucault dalla *Storia della follia* sino all'*Ordine del discorso* siano funzionali, all'interno della questione che ci occupa, a mettere in luce come non sussista alcuna possibilità di asserire che la medicina o qualunque altro tipo di sapere corrisponda ad un'esperienza che si è espressa lungo tutto la storia dell'uomo secondo le medesime modalità. Abbiamo altresì visto come il problema principale per Foucault, in tali opere, possa essere riassunto nell'individuazione dei criteri discorsivi che fungono da elementi veritativi di un determinato tipo di strutture esistenziali date all'interno di una determinata epoca. In altri termini possiamo asserire, come sostiene Raffaele Ariano, che l'interesse del primo Foucault si era espresso attorno ai rapporti tra sapere e soggettività. Infatti, egli si pose la questione attorno alla possibilità di rinvenire i criteri che hanno fatto sì che nella nostra cultura i saperi prendessero ad oggetto la soggettività umana e, di pari passo, si interrogò sulle modalità attraverso cui le funzioni epistemologiche connesse a una certa concezione moderna della soggettività hanno influenzato la nostra cultura, determinando le

¹⁵⁶ M. Foucault, *L'ordine del discorso*, in *Il discorso, la storia, la verità*, Einaudi, Torino 2001, p. 23

¹⁵⁷ Cfr. C. Sini, *Il profondo e l'espressione*, Ipoc, Milano 2014, pp. 6-7

forme stesse della conoscenza¹⁵⁸. Dunque, Foucault mostra come il soggetto, inteso quale espressione trascendentale che dona senso al reale, sia una costruzione recente e sia del tutto necessario guardare a questa descrizione per poter cogliere le modalità attraverso le quali dei particolari discorsi, che non potevano esistere prima di tale nascita, si sono legittimati e affermati quali verità epocale. In particolare, il filosofo francese sostiene che è proprio nell'indagare i discorsi che è possibile capire l'ordine di verità che una determinata cultura fa funzionare, in quanto è solo tramite la ricostruzione dei discorsi leciti e di quelli non leciti che si può cogliere lo spirito proprio di una determinata epoca. Foucault evidenzia, però, che oltre all'analisi dei discorsi sia di fondamentale importanza capire quali siano i poteri, le istituzioni, i processi economici e i rapporti sociali che sorreggono gli stessi discorsi. Per tal ragione la svolta degli anni '70 rappresenta l'intenzione da parte del filosofo francese di studiare la relazione tra sapere, campo discorsivo, e potere, inteso quale campo non discorsivo dove si articolano sfera politica ed economica. Tale situazione comporta anche una parziale svolta nel quadro epistemologico su cui l'opera di Foucault poggia, mutamento che porta Foucault ad abbandonare il metodo archeologico in favore dell'adozione di un metodo genealogico centrato sull'idea che sia l'ambiente istituzionale e concreto, nel cui ambito certi discorsi vengono prodotti e funzionano, a trasformare i fenomeni linguistici in vere e proprie pratiche sociali in grado di condizionare la vita reale e produrre determinati effetti di potere. Come sottolinea Campesi, per Foucault i regimi di verità cessano così di riferirsi alle loro pure condizioni epistemiche di esistenza, per essere riletti in rapporto agli effetti di potere che producono e in cui sono catturati¹⁵⁹. Foucault spiega il proprio passaggio al metodo genealogico in un testo del 1971, dal titolo *Nietzsche, la généalogie, l'Histoire*¹⁶⁰, in cui sostiene che la genealogia è una pratica che si oppone al metodo storico tradizionale in quanto il suo scopo è “ricercare la singolarità degli eventi, fuori da ogni finalit  monotona; gettare lo sguardo dove non ci si aspetta l  dove la storia si   sviluppata”¹⁶¹. In altri termini Foucault sostiene che il genealogista riconosce come situazioni artificiali tutto ci  che ha a che fare con le istanze profonde della verit  o con le misteriose interiorit  della coscienza. Come sostengono giustamente Dreyfus e Rabinow, il suo principio-guida potrebbe essere sintetizzato in: non credere alle identit  storiche, poich  esse non sono altro che maschere e

¹⁵⁸ R. Ariano, *Morte dell'uomo e fine del soggetto, Indagine sulla filosofia di Michel Foucault*, Rubbettino, Torino 2014, pp. 173-174

¹⁵⁹ G. Campesi, *Soggetto, disciplina, Governo. Michel Foucault e le tecnologie politiche moderne*, Mimesis, Milano 2011, p. 85

¹⁶⁰ *Dits et  crits*, V. I, Gallimard, Parigi 2001, p. 1004-1024

¹⁶¹ Ivi., p. 43

esortazioni all'unità¹⁶². Non è quindi un caso che il compito del genealogista, secondo Foucault, sia quello di distruggere il primato delle origini, ovvero delle credenze in una verità immutabile, al fine di prendere ad esame il gioco della volontà, tanto che in luogo delle origini, dei significati nascosti o di una semplice intenzionalità, il genealogista Foucault scopre rapporti di forza che si manifestano in eventi particolari, in movimenti storici, nella storia stessa¹⁶³. Ciò però non deve essere ad appannaggio di un soggetto, né individuale né collettivo da cui dipenda il movimento della storia. In altri termini il filosofo francese sostiene che non è il soggetto che determina il potere, ma il rapporto di forze che operano in qualsiasi situazione storica particolare è reso possibile unicamente dallo spazio che definisce queste forze. Il compito del genealogista è quello di studiare l'apparire dei conflitti che definiscono e determinano un dato spazio¹⁶⁴. Ciò che è fondamentale capire è che la genealogia del potere foucaultiana non vede nel soggetto alcuna possibilità naturale a cui si può far ritorno, poiché lo stesso altro non è che il prodotto di determinati dispositivi di sapere e potere. Per spiegare tale asserzione Foucault sostiene che, anche le situazioni e le condizioni che l'uomo si è abituato a pensare come ciò che di più certo esiste, come il corpo non si possono sottrarre al regime della storia, tanto che scrive: *“noi pensiamo [...] che il corpo almeno non ha altre leggi che quelle della fisiologia e che sfugge alla storia. Errore di nuovo; esso è preso in una serie di regimi che lo plasmano; è rotto a ritmi di lavoro, di riposo e di festa; è intossicato da veleni – cibo o valori, abitudini alimentari e leggi morali insieme [...] la storia effettiva si distingue da quella degli storici per il fatto che non si fonda su nessuna costante; nulla nell'uomo - nemmeno il suo corpo – è abbastanza saldo per comprendere gli altri uomini e riconoscersi in essi. [...] la storia sarà effettiva nella misura in cui introdurrà il discontinuo nel nostro stesso essere [...] non lascerà nulla sotto di sé che abbia la stabilità rassicurante della vita o della natura¹⁶⁵”*. Nulla per Foucault può essere definito senza rinvenire la sua iscrizione nella storia, persino il corpo umano non è rappresentabile attraverso costanti biologiche, come avviene ad esempio in medicina, ma esso (il corpo) è un'entità complessa inscritta all'interno di una rete di dispositivi di sapere-potere che lo producono e lo modellano.

¹⁶² H. L. Dreyfus, P. Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault*, La casa Usher, Firenze 2010, pp. 163

¹⁶³ Ivi., p. 165

¹⁶⁴ Dreyfus e Rabinow spiegano, in maniera chiara, tale situazione utilizzando le seguenti parole: *“i soggetti non preesistono prima, per entrare in seguito in relazioni conflittuali o armoniose. Nella genealogia, i soggetti compaiono su un campo di battaglia, sul quale, e soltanto su di esso, svolgono la loro funzione. Il mondo non è una rappresentazione che consenta di mascherare una realtà più vera nascosta dietro le quinte. Il mondo è così come esso appare. In ciò sta la profondità dell'intuizione genealogista”*. Ivi., p. 166

¹⁶⁵ M. Foucault, *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, in *Dits et Écrits*, V. I, Gallimard, Parigi 2001, pp. 1007

6) *Corpo e disciplina*

Lo spostamento dal metodo archeologico a quello genealogico ha messo in luce l'urgenza di valutare le dinamiche di potere che legittimano la comparsa di alcuni discorsi e ne vietano altri. Tale tematica sarà affrontata da Foucault in particolare nel testo *Sorvegliare e punire* (1975), nel quale chiarisce che potere e sapere si implicano direttamente l'un l'altro, poiché non può sussistere una relazione di potere senza una correlativa costituzione di un campo di sapere, né può esistere un sapere che non supponga e costituisca nello stesso tempo relazioni di potere. Bisogna, però, cogliere che questi rapporti sapere-potere non devono essere analizzati a partire da un soggetto di conoscenza, ma bisogna considerare il soggetto che conosce, gli oggetti da conoscere e le modalità della conoscenza quali effetti delle implicazioni del potere-sapere. Infatti, Foucault sostiene che: “*non sarebbe l'attività del soggetto di conoscenza a produrre un sapere utile o ostile al potere, ma, a determinare le forme ed i possibili campi della conoscenza sarebbero il potere-sapere, e i processi e le lotte che lo attraversano e da cui è costituito*¹⁶⁶”. Si coglie come dallo studio proprio dell'*Archeologia del sapere* e dei libri precedenti del Sapere-Soggetto, si passi allo studio del trio Sapere-Potere-Soggetto, ovvero il centro di Foucault rimane sempre il soggetto, ma la domanda sulle modalità attorno alle quali si sono costituiti, nella modernità, i saperi che hanno preso ad oggetto la soggettività umana si perfeziona tramite l'uso del metodo genealogico, mutando in una ricerca attorno all'emergere di quel complesso di istituzioni politiche e sociali che, attraverso la loro capacità di far presa sul corpo umano, hanno contribuito in maniera decisiva all'impresa di assoggettamento che è anche vera e propria produzione di soggettività¹⁶⁷. Questa ricerca di tipo genealogico mostra come il potere nella modernità muti, in particolare nei corsi tenuti presso il *Collège de France* nell'annata 1973-1974 dal titolo *Il potere psichiatrico* e nell'annata 1974-1975 dal titolo *Gli Anormali* uniti ai successivi libri *Sorvegliare e punire* (1975) e *La volontà di sapere* (1986), Foucault sostiene che si assista ad un passaggio epocale del potere politico, il quale non si esercita più unicamente punendo i soggetti, ma si applica ai corpi individuali disciplinandone le condotte. In altri termini, Foucault osserva come il potere assuma il corpo umano quale bersaglio privilegiato, provocando uno spostamento dalla capacità di riparazione (che si esercita tramite la punizione corporale davanti alle folle) alla capacità di produzione (ovvero nell'addestramento del corpo). A questo proposito scrive: “*gli apparati corporali che avevano come funzione essenziale quella di manifestare, e marcare al contempo, la forza del*

¹⁶⁶ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1993, p. 31

¹⁶⁷ G. Campesi, *Soggetto, disciplina, Governo. Michel Foucault e le tecnologie politiche moderne*, Mimesis, Milano 2011, p. 89

potere [...] mentre nel corso del XIX secolo vediamo comparire un quarto tipo di strumenti che mi sembrano appartengano propriamente a quest'epoca [...] potremo dar loro il nome di strumenti ortopedici, intendendo con ciò tutti quegli strumenti la cui funzione non è imprimere il marchio del potere, estorcere la verità, ottenere garanzie, ma correggere e addestrare il corpo¹⁶⁸”. Nasce così, secondo Foucault, una nuova modalità di esplicazione del potere che passa da una metafisica del potere ad una microfisica del potere che pervade il soggetto al fine di crearne i comportamenti. In altri termini, il potere si vuole insinuare nel corpo non per reprimerlo, ma per manipolare, modificare e determinarne i suoi comportamenti mirando alla possibilità di creare un corpo docile. Foucault nomina questo complesso di tecniche che agiscono direttamente sul corpo *discipline*, spiegandone il significato tramite queste parole: “*metodi che permettono il controllo minuzioso delle operazioni del corpo, che assicurano l'assoggettamento costante delle sue forze ed impongono loro un rapporto di docilità-utilità*¹⁶⁹”. Foucault chiarisce che molti dei procedimenti disciplinari esistevano già da tempo in ambito religioso¹⁷⁰, ma essi divennero forme di dominazione generale solo alla fine del XVIII secolo, dove non si parla più di un potere che rende schiavi, ma prolifera il discorso attorno al potere che tramite la disciplina dei corpi non vuole sottometterli con la sola paura del castigo, ma agisce al fine che essi producano in maniera naturale le sue volontà. In altri termini, il potere fabbrica corpi sottomessi ed addestrati, ovvero né aumenta le forze (in termini economici di utilità) e diminuisce le stesse forze (in termini politici di obbedienza)¹⁷¹. Nonostante ciò non bisogna mai dimenticare che tale mutazione del potere non proviene da un soggetto cosciente, ma come lo stesso Foucault scrive: “*l'invenzione di questa nuova anatomia politica non deve essere certo intesa come un'improvvisa scoperta, ma come una molteplicità di processi spesso minori, di diversa origine, a localizzazione sparsa, che si intersecano si ripetono o si imitano, si appoggiano gli uni sugli altri, entrano in convergenza e disegnano, poco a poco,*

¹⁶⁸ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 106

¹⁶⁹ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1993, p. 149

¹⁷⁰ Foucault asserisce che le discipline nascono in un terreno religioso decretato dai monasteri medioevali, si diffondono successivamente nelle scuole e negli eserciti, nelle fabbriche, ecc. Ciò avviene tramite dei processi di imitazione e di osmosi che non vengono provocati in maniera spontanea da nessun soggetto. In altri termini, Foucault mostra come le discipline passino da una situazione puramente religiosa ad una situazione che investe ogni momento dell'esistenza. A questo proposito assumono fondamentale importanza le parole scritte da Lorenzo Bernini: “*secondo la descrizione di Foucault, le discipline fabbricano l'individuo moderno attraverso un meticoloso addestramento finalizzato non a reprimerle le forze, ma al contrario a moltiplicarle, a renderle produttive. Esse agiscono sul corpo dei singoli, ne scompongono i movimenti in piccole unità prive di significato per ricomporli su larga scala (si pensi alla parata militare, o alla catena di montaggio), organizzando la scansione del tempo della vita di ognuno per massimizzarne l'utilizzazione [...] le discipline sono tecniche del materiale umano: nel loro esercizio la pratica si intreccia alla teoria, il potere al sapere*”. *Le pecore e il pastore*, Liguori editore, Napoli 2008, p. 136

¹⁷¹ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1993, p. 150

*lo schema di un metodo generale*¹⁷²”. Ne segue che Foucault metta in luce come il potere disciplinare non nasca in un momento preciso, a causa di un calcolo determinato, ma esso prenda forma da una serie molteplice di micro-eventi storici che strutturano la storia stessa. Il potere si articola così attraverso il sapere e il sapere prende forma grazie al potere, formando un reticolo di cui il soggetto non è l'autore, ma è unicamente ciò che è vissuto dallo stesso reticolo, tanto che Foucault sostiene che il potere disciplinare agisca secondo due modalità: organizzando una ripartizione spaziale degli individui e regolando il tempo individuale. Perciò, la tecnologia politica disciplinare si prefigge come obiettivo fondamentale l'addestrare i corpi, al fine non di ridurre le forze, ma di moltiplicare ed espanderle per utilizzarle al proprio scopo. Riesce a realizzare ciò per mezzo di una struttura istituzionale che assicuri allo stesso tempo una sorveglianza costante e una visibilità generale dei soggetti. Infatti, a questo proposito Foucault scrive: *“la sorveglianza gerarchizzata, continua e funzionale non è, senza dubbio, una delle grandi invenzioni tecniche del secolo XVIII, ma la sua insidiosa estensione deve l'importanza che le è propria in questo periodo ai nuovi meccanismi di potere che porta con sé. Grazie ad essa, il potere disciplinare diviene un sistema integrato, legato dall'interno all'economia ed ai fini del dispositivo in cui si esercita. Esso si organizza come potere multiplo, automatico ed anonimo; poiché, se è vero che la sorveglianza riposa su individui, il suo funzionamento è quello di una rete di relazioni [...] questa rete fa tenere l'insieme e lo attraversa integralmente come effetti di potere che si appoggiano gli uni sugli altri: sorveglianti perpetuamente sorvegliati*¹⁷³”. Queste parole scritte dal filosofo francese sono fondamentali per cogliere come il potere non si possiede come una cosa, non si plasma secondo una volontà, ma funziona come un meccanismo che non lascia zone d'ombra e riesce a controllare anche i soggetti incaricati di controllare gli altri. Questa nuova modalità di espressione del potere non avrà più a che fare con un solo discorso giuridico, ovvero con delle regole intese quali effetti della volontà sovrana, ma essa darà vita a delle proprie regole naturali: le norme. A questo proposito risulta di fondamentale importanza la lezione tenuta al Collège de France il 14 gennaio 1976, raccolta in *Bisogna difendere la società*, nella quale il filosofo francese afferma che le discipline alla fine del XVIII secolo hanno definito un codice che non è più quello della legge, ma è quello della normalizzazione, dunque si riferiscono ad un orizzonte teorico che non sarà più determinato dal solo diritto, ma sarà implementato della medicina. A questo proposito in un testo del 1976 dal titolo *L'Extension sociale de la norme* sostiene che si entra dal XVIII secolo all'interno di una società in cui il potere della legge non basta più alla produzione del potere, ma esso viene

¹⁷² Ibidem

¹⁷³ Ivi., p. 194

alimentato da quello della norma. Bisogna, dunque, notare come Foucault sostenga che il potere sovrano non sia più in grado di esercitare da solo la sfera del potere, ma si accompagna, al fine di legittimarsi, al potere disciplinare. Per cogliere ciò basta far riferimento, secondo Foucault, alla difficoltà che l'istituzione penale presenta quando deve emettere una sentenza, poiché essa tratta i colpevoli di un crimine come dei malati che devono essere aiutati in maniera terapeutica¹⁷⁴. Tale situazione è caratteristica della società che sta mutando da un potere sovrano ad un potere disciplinare, ovvero da un potere della sola legge ad un potere della legge aumentato da quello della norma. Per tal ragione scrive: *“stiamo diventando una società articolata essenzialmente sulla norma. Questo implica un sistema di sorveglianza e di controllo completamente diverso. Una visibilità costante, una classificazione continua degli individui, una gerarchizzazione, una qualificazione, la creazione dei limiti, la formulazioni di diagnosi. La norma diventa il criterio di suddivisione degli individui. Dal momento che è proprio una società della norma quella che si va costruendo, la medicina, in quanto scienza del normale e del patologico per eccellenza, sarà la scienza regina*¹⁷⁵”.

7) Disciplina, norma ed esame

Si è potuto cogliere come Foucault individui dalla fine del XVIII secolo una mutazione delle modalità di esplicazione del potere, il quale passa dal voler punire e reprimere, al voler creare e plasmare i comportamenti per renderli utili al proprio esercizio. In poche parole il filosofo francese mostra come il potere muti la propria applicabilità, passando dal voler mettere in mostra se stesso tramite la sanzione dei comportamenti, al voler diventare il più invisibile possibile al fine di insinuarsi nella quotidianità di ogni gesto. L'oggetto di tale potere diviene dunque il corpo, che viene preso in carico da una serie di elementi disciplinari che devono garantire il costante assoggettamento e incanalamento delle sue forze verso la possibilità di rendersi docile e utile alla società e alla perpetuazione del potere stesso. Al centro delle discipline si pone il concetto di norma, in quanto tali forme di potere non si fondano più su un discorso puramente giuridico derivante dalle scelte legate alla sovranità, ma poggiano su un piano discorsivo di normalizzazione, affondando il loro nucleo di sapere non nel diritto ma nelle scienze umane. La norma, come precisa costantemente Foucault, non deve essere intesa

¹⁷⁴ M. Foucault, *L'estension sociale de la norme*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, p. 75

¹⁷⁵ Ivi., pp. 75-76

in senso negativo di restrizione ovvero come un dominio, ma essa deve essere intesa in senso positivo come un'espansione, un movimento estensivo e creativo che, ampliando progressivamente i limiti del suo campo d'azione, costituisce effettivamente da se stesso il campo d'esperienza a cui le norme vengono ad applicarsi¹⁷⁶. Si può così affermare che la forza delle norme risiede nella possibilità positiva di determinare l'esistenza di quegli elementi che vuole controllare¹⁷⁷. L'essenza del potere disciplinare risiede quindi nel meccanismo di normalizzazione, che altro non vuol dire che plasmare e creare dei comportamenti che, pur rientrando in un paradigma dato, non reprimono il corpo e lo slancio vitale, ma lo alimentano e lo ampliano al fine di incanalarlo all'interno di una via e di un ordine preciso. Le tecniche disciplinari sono, quindi, delle tecniche positive che producono un determinato tipo di soggettività, non accontentandosi di reprimerne una soggettività già data, ma instaurano al centro della vita il concetto di norma e di normalità, riuscendo a far passare tali concetti come discorsi ed enunciati veritativi valevoli per la nostra epoca che comportano lo strutturarsi della vita umana su di essi. Le discipline riescono, così, a prendere sotto la propria giurisdizione una serie di comportamenti umani che le leggi non riescono a cogliere, tanto che in *Sorvegliare e punire* Foucault sostiene che ciò che attiene alla penalità disciplinare è ogni tipo di situazione che non si adegua alle regole, ovvero ogni cosa che se ne distanzia. Tale situazione decreta che l'ordine disciplinare deve far rispettare delle prassi che sono imposte da una legge, proprio come nel precedente potere politico, che trova però la propria base esplicativa e veritativa in un ordine naturale da rilevare¹⁷⁸. In altri termini il potere sovrano impone unicamente delle regole e dei comportamenti, invece le discipline ampliano tale giurisdizione plasmando la visione dell'uomo, il quale più che cercare di adattare il proprio comportamento alle istanze assolute di un sovrano, sente di doversi adeguare a delle regole di natura. Si passa, così, da un modello puramente giuridico (prescrizione da parte di qualcuno di regole), ad un modello normativo-biologico che vede nell'osservazione e nell'esame del reale la possibilità di cogliere le norme della natura. Per tal ragione l'istanza per eccellenza del potere disciplinare, secondo Foucault, diviene l'esame, ovvero il potere disciplinare si esercita imponendo a tutti di rendersi continuamente visibili tramite la possibilità di scrutare gli altri e se stessi mediante le interrogazioni prodotte da

¹⁷⁶ P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault, la forza delle norme*, ETS, Pisa 2011, p. 74

¹⁷⁷ Su questo punto Foucault scrive: "c'è dunque, nel corso del XVIII secolo, un processo generale di normalizzazione [...] la norma non si definisce affatto nei termini di una legge naturale, ma a seconda del ruolo disciplinare e coercitivo che è capace di esercitare negli ambiti cui si rivolge. La norma, di conseguenza, è portatrice di una pretesa di potere. La norma non è un principio di intelligibilità; è un elemento a partire dal quale un determinato esercizio del potere si trova fondato e legittimato. [...] la norma non ha per funzione quella di escludere, di respingere. Al contrario, essa è sempre legata a una tecnica positiva di intervento e di trasformazione, a una sorte di progetto normativo". *Gli Anormali*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 52-53

¹⁷⁸ M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1993, p. 196

codici naturali che prendono il nome di sistema d'esame. Dunque, nella società della norma ogni soggetto deve essere continuamente esaminato per verificare se egli devia o si allinea alla naturalità delle norme di funzionamento, ciò non vuol dire che i soggetti sono sempre osservati dall'esterno, in quanto la forza del potere disciplinare è quella di far sì che i soggetti esercitino continuamente l'esame su se stessi per cogliere se si allineano o meno alle norme naturali prestabilite. In caso contrario ricercano le possibilità o i metodi per esercitarsi a rientrare in esse ed essere quindi cittadini attivi all'interno della società. Tale modalità di porre in essere perpetuamente l'esame fa di ogni soggetto *un caso*¹⁷⁹, cioè crea per la prima volta nella storia la possibilità di descrivere, misurare, valutare e comparare le individualità, e, in base a ciò, diviene possibile prescriverne una modalità di addestramento, di correzione, dunque di normalizzazione. In altri termini come scrive lo stesso Foucault: *“a lungo l'individualità qualunque – quella di chi sta in basso e di tutti – è rimasta al di sotto della soglia di descrizione. Essere guardato, osservato, descritto in dettaglio, seguito giorno per giorno da una scritturazione, era un privilegio. La cronaca di un uomo, il racconto della sua vita, la sua storiografia redatta lungo il filo della sua esistenza facevano parte dei rituali della sua potenza. Ora i procedimenti disciplinari invertono questo rapporto, abbassano la soglia della individualità descrivibile e fanno di questa descrizione un mezzo di controllo e un metodo di dominazione*¹⁸⁰”. Dunque, Foucault mette in luce come l'esame diventi un principio che fissa in maniera naturale le differenze individuali incatenando ciascuno alla propria singolarità, poiché se una volta gli status, i privilegi erano decisi in base alla nascita (nobiltà-popolo-schiavitù), con la disciplina gli status vengono decisi dall'esame delle caratteristiche dei singoli corpi che, in base alle risposte che possono fornire alle norme, assumono la possibilità di svolgere una particolare funzione all'interno della società. Infatti, il filosofo francese scrive: *“l'esame è il centro di procedure che costituiscono l'individuo come effetto e oggetto di potere, come effetto e oggetto di sapere. È l'esame che combinando sorveglianza gerarchica e sanzione normalizzatrice, assicura le grandi funzioni disciplinari di ripartizione e classificazione, di estrazione massimale delle forze e del tempo, di cumulo genetico continuo, di composizione ottimale delle attitudini*¹⁸¹”. Per tal ragione il potere disciplinare funziona tramite l'instaurazione di norme, le quali si reggono sull'esame che porta i meccanismi storico-rituali di formazione dell'individualità a diventare dei meccanismi scientifico-disciplinari, in cui il normale è diventata la misura per calcolare l'uomo. Ciò rende possibile la nascita delle scienze legate all'uomo stesso, le quali si prendono cura di

¹⁷⁹ Ivi., pp. 209-212

¹⁸⁰ Ivi., p. 209

¹⁸¹ Ivi., p. 210

misurarli, di analizzarli e di schematizzarli, avendo come fine quello di renderlo normale. Si coglie così come Foucault sostenga che: *“l’individuo è senza dubbio l’atomo fittizio di una rappresentazione ideologica della società, ma è anche una realtà fabbricata da quella tecnologia specifica del potere che si chiama disciplina.[...] il potere produce; produce il reale; produce i campi di oggetti e rituali di verità. L’individuo e la conoscenza che possiamo assumere derivano da questa produzione¹⁸²”*.

8) La medicalizzazione della vita

Le discipline introducono la società della normalizzazione, nella quale il soggetto è prodotto quale *caso*, ovvero viene fatto oggetto di esame, quindi indagato, misurato e classificato, e solo tale oggettivazione produce la soggettività dello stesso, che si riconosce tramite l’appartenenza ad alcune norme quale elemento interno e funzionale all’ordine veritativo della società. Perciò, la società della norma si basa sull’edificazione di alcune conoscenze che possano rendere conto di questa creazione dell’individualità e la forma prediletta di tale sapere che genera, ma allo stesso tempo è generata dal meccanismo disciplinare, è la medicina. A questo proposito Foucault scrive: *“è proprio nell’estensione della medicina che vediamo non tanto combinarsi, ma piuttosto scambiarsi o scontrarsi perpetuamente la meccanica della disciplina e il principio di diritto. Gli sviluppi della medicina, la medicalizzazione generale del comportamento delle condotte, dei discorsi, dei desideri ecc., si operano là dove vengono ad incontrarsi i due piani eterogenei della disciplina e della sovranità¹⁸³”*.

Il potere disciplinare basandosi sulla norma, quindi sostituendo al modello giuridico quello biologico, non può che trovare nella medicina il proprio sapere fondamentale, infatti Foucault precisa che: *“per pensiero medico, intendo un modo di percepire le cose che si organizza attorno alla norma, ovvero che cerca di separare ciò che è normale da ciò che è anormale, ciò che non fa giustamente il lecito e l’illecito; il pensiero giuridico distingue il lecito dall’illecito, il pensiero medico distingue il normale e l’anormale; esso si dona e cerca di donarsi dei modi di correzione che non sono esattamente dei mezzi di punizione, ma dei mezzi di trasformazione dell’individuo, tutta una tecnologia del comportamento umano che è legato a ciò¹⁸⁴”*.

¹⁸² Ivi., p. 212

¹⁸³ M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 41

¹⁸⁴ M. Foucault, *Le pouvoir une bête magnifique*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, p. 374

Proprio il processo di normalizzazione che si basa nella distinzione tra normale e anormale trova le proprie fondamenta nell'atteggiamento teso all'esame e allo scrutare tipico dell'ambito medico, tanto che nel XVIII secolo nasce, secondo Foucault, il fenomeno che prende il nome di medicalizzazione della vita, descritto con le seguenti parole: “*la medicalizzazione, cioè il fatto che l'esistenza, la condotta, il comportamento, il corpo umano si integrano a partire dal XVIII secolo in una rete di medicalizzazione sempre più densa e importatane che lascia sfuggire sempre meno cose*¹⁸⁵”. Il fenomeno della medicalizzazione viene tratteggiato in maniera lucida all'interno di un testo del 1976, intitolato *La Politique de la santé au XVIII siècle*, nel quale viene rimarcato come lo strutturarsi progressivo della grande medicina non poteva in alcun modo essere scisso dall'organizzazione, avvenuta nella medesima epoca, di una politica della salute e d'intendere le malattie come problema politico ed economico, che si pone alle collettività e che deve essere risolto a livello delle loro decisioni d'insieme¹⁸⁶. In altri termini, nel medesimo momento si pone il problema di una medicina “*privata*” e di una “*socializzata*”: la prima si occupa di esaminare, diagnosticare e catalogare i problemi medici del singolo soggetto, la seconda esamina, diagnostica e cataloga le malattie quali espressione degli individui riuniti in popolazioni. Per spiegarsi meglio, Foucault sostiene che il potere in epoca medioevale esercitava due funzioni: 1) il controllo della guerra e della pace gestito tramite il monopolio delle armi; 2) l'arbitraggio delle liti e delle punizione dei delitti, garantito mediante il controllo della funzioni giudiziarie. Alla fine del Medioevo si aggiunge una nuova funzione del potere dedita al mantenimento dell'ordine e dell'organizzazione dell'arricchimento. In seguito nasce nel XVIII secolo una nuova modalità di amministrazione dello stesso potere, il quale si dovrà occupare della pianificazione delle società come ambito di benessere fisico, di salute e longevità. L'esercizio di queste tre funzioni (ordine, arricchimento, salute) viene garantito da ciò che prende il nome di *police*, ovvero dall'insieme dei meccanismi mediante i quali sono assicurati l'ordine, la crescita della ricchezza di una nazione e la regolazione delle situazioni che mantengono la produttività che sola porta a tale ricchezza, ovvero la salute dei singoli. Il problema della malattia si inserisce allora all'interno del problema generale della salute della popolazione, poiché dal XVIII secolo il potere assume il nuovo compito di conservare la forza lavoro. Per fare ciò diventa essenziale porre sotto esame il corpo biologico degli individui partecipanti alla totalità della popolazione, poiché non basta più dividere gli uomini in ricchi e poveri, sottomessi o non, ma

¹⁸⁵ M. Foucault, *La politica della salute nel XVIII secolo* in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 200, contenuto anche in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 13-27 (si prenderà a riferimento la traduzione italiana)

¹⁸⁶ Ivi., p. 188

diviene essenziale suddividerli in più o meno utilizzabili, con maggiori o minori possibilità di vita, più inclini a contrarre malattie, dunque più o meno vicini a sottomettersi alle norme che prescrivono la naturale predisposizione umana. A questo proposito Foucault scrive: *“i tratti biologici di una popolazione diventano elementi pertinenti per una gestione economica ed è necessario organizzare intorno a essi un dispositivo che assicuri non solo il loro assoggettamento, ma il continuo aumento della loro utilità¹⁸⁷”*. Per fare ciò le tecniche di potere dal XVIII secolo accordano valore e s’innestano su due assi principali: 1) Il privilegio dell’infanzia e la medicalizzazione della famiglia; 2) il privilegio dell’igiene e il funzionamento della medicina come istanza di controllo sociale.

Il primo punto è spiegato da Foucault come la possibilità che la famiglia funga per i bambini da prima esperienza di trasmissione dei concetti di norma e salute, al fine che gli stessi, regolando il proprio corpo e interiorizzando le prassi legate al continuo mettersi sotto esame, possano contribuire alla sussistenza generale della permanenza della buona salute del corpo sociale. Il secondo punto si spiega proprio con la volontà di assicurare la permanenza della salute della popolazione attraverso un controllo dell’igiene, in base al quale i medici diventano coloro che devono insegnare agli individui le regole igieniche da rispettare per la loro salute e per quella degli altri, situazione che porta la medicina ad interessarsi di una serie sempre crescente di fattori, quali le condizioni abitative, le diete alimentari, la regolamentazione degli stili di vita ecc., trasformando l’istanza medica in un’istanza di controllo e sicurezza sociale. A questo proposito Foucault spiega: *“la medicina come tecnica generale della salute, ancor più che come servizio delle malattie e arte della guarigione, assume un posto sempre più importante nelle strutture amministrative e in questo macchinario di potere, che non cessa di estendersi e di affermarsi nel corso del secolo XVIII. Il medico si fa largo nelle differenti istanze del potere. [...] a proposito della società, della sua salute e delle sue malattie, delle sue condizioni di vita, delle sue abitazioni e delle sue abitudini comincia a formarsi un sapere medico-amministrativo [...] si costituisce una presa medico-sociale su una popolazione che viene inquadrata in tutta una serie di prescrizioni che riguardano non soltanto la malattia, ma le forme generali dell’esistenze e del comportamento¹⁸⁸”*.

Per tal ragione si assiste ad un’entrata di sempre maggiori aspetti della vita entro il campo d’esame della medicina, la quale attraverso l’istituzione del meccanismo di medicalizzazione, volto alla salvaguardia della salute che si esplica nel controllo della demografia, dell’alimentazione e dei comportamenti, permette di applicare a tutta la società una

¹⁸⁷ Ivi., p. 192

¹⁸⁸ Ivi., p. 196

distinzione permanente tra il normale e il patologico, imponendo un sistema di normalizzazione dei comportamenti e dell'esistenza. Dunque, Foucault sostiene che da una microfisica del potere si passa ad una macrofisica del potere, ovvero la normalizzazione si traduce in politiche sanitarie volte alla medicalizzazione della vita, la quale assicura un raccordo tra i singoli (garantito dalla discipline) e la totalità della specie umana. In altri termini, con l'analisi della medicalizzazione il discorso foucaultiano passa dall'analisi dell'azione del potere delle discipline sul corpo e l'interiorità dei singoli individui, all'analisi dell'azione del potere dell'amministrazione statale, attraverso la medicina, sull'intero corpo sociale. Si può così asserire che la medicalizzazione sociale, la quale si occupa del singolo, poiché assume ad oggetto i problemi dell'intera popolazione, dovendo garantire il perdurare dei comportamenti utili al proseguo della forza lavoro, della sussistenza della popolazione e del potere stesso, rappresenta secondo Foucault la tecnologia e il regime veritativo che sono ancora in vigore nella nostra società. Tanto che lo stesso Foucault scrive: *“con la medicalizzazione, la normalizzazione, si arriva a ottenere una sorta di gerarchia degli individui più o meno capaci, quello che obbedisce a una certa norma, quello che devia, quello che può essere corretto, l'incorreggibile, quello che può essere corretto con un certo mezzo, quello per il quale vanno usati altri strumenti. È tutto qua, questo spazio di presa in conto degli individui in funzione della loro normalità che è, io credo, uno dei grandi strumenti del potere nella società contemporanea¹⁸⁹”*.

9) Economia, medicalizzazione e biopolitica

Si è potuto cogliere come il termine medicalizzazione per Foucault voglia dire che la medicina diventa sociale e che, dal XVIII secolo in poi, s'interessa della popolazione, per fare ciò essa entra all'interno della vita dei singoli al fine di creare le possibilità affinché gli stessi interpretino tutto il reale nella chiave della dicotomia normalità e anormalità. Ciò vuol dire che la medicina diventa l'espressione per eccellenza del potere disciplinare che agisce tramite la normalizzazione, ed, infatti, il filosofo francese spiega tale fenomeno con le seguenti parole: *“nel potere disciplinare la funzione soggetto, coincide esattamente con la singolarità somatica: il corpo, i suoi gesti, il suo posto, i suoi spostamenti, la sua forza, il tempo della sua vita, i suoi discorsi sono il campo su cui si arriva ad applicarsi e a esercitarsi la funzione-soggetto del potere disciplinare. La disciplina è quella tecnica di potere in virtù*

¹⁸⁹ M. Foucault, *Le pouvoir una bête magnifique*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 374-375

della quale la funzione-soggetto arriva a sovrapporsi e ad aderire esattamente alla singolarità somatica¹⁹⁰”. La coincidenza di potere disciplinare, medicalizzazione e normalizzazione fa sì che, per Foucault, si possa parlare di bio-storia, infatti egli sostiene che dal XVIII secolo il medico e il biologo non lavorano più a livello dell’individuo, ma lavorano in termini di modificazione della vita e dei suoi fattori fondamentali. In altri termini, Foucault ci comunica che l’uomo non vuole semplicemente continuare la propria vita ma la vuole modificare e grazie, ai saperi medico-biologici può produrre degli effetti sulla vita stessa che rientrano all’interno di una regolamentazione dell’ambito politico in cui egli vive¹⁹¹. Si coglie come la medicina non si inserisce dal XVIII secolo come una pura possibilità di ristabilire un equilibrio vitale alterato da una forma patologica, ma essa diviene ciò che può determinare cosa sia da considerare equilibrio vitale, cioè cosa sia da considerare stato di salute e dunque stato di normalità. Tale modo di esplicitare l’andamento della medicina permette l’instaurarsi di ciò che prende il nome di *medicalizzazione indefinita della vita*, che vuol dire che la medicina comincia a funzionare al di fuori del proprio campo tradizionale, delimitato dalla domanda del malato e dalle sue malattie, ma essa s’impone su un concetto totalmente aperto che prende il nome di salute. Foucault scrive: “*in una maniera più generale si può affermare che la salute si è trasformata in un oggetto dell’intervento medico [...] oggi la medicina è dotata di un potere autoritario che ha funzioni normalizzatrici che vanno bene oltre l’esistenza delle malattie e la domanda del malato*¹⁹²”. Ciò che sostiene Foucault attraverso la nozione di bio-storia è che la medicina non rappresenta unicamente uno strumento per la cura dei dolori già forniti, ma diventa ciò che permette di identificare sempre nuove sfere del patologico, sorreggendo in tal modo una società che si basa sull’esame e sulla distinzione permanente tra il normale e l’anormale e che assorbe ogni campo della vita all’interno di tale distinzione. Tutto, secondo Foucault, rientra nel campo della medicina, la quale per sua stessa essenza è una pratica sociale che mira ad investire le modalità di progettazione all’interno della società stessa.

Per cogliere meglio tale situazione, il filosofo francese, in un testo del 1977 intitolato *El nacimiento de la medicina social*¹⁹³, ripercorre le tappe di una storia della medicalizzazione, la quale prende a riferimento tre modelli differenti che dal XVIII secolo in poi si sono

¹⁹⁰ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 64

¹⁹¹ M. Foucault, *Bio-histoire et bio-politique*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 95-97

¹⁹² M. Foucault, *Crisi della medicina o crisi dell’antimedicina?*, in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 211, contenuto anche in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 40-58 (si prenderà a riferimento la traduzione italiana)

¹⁹³ *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 207-228, tradotto in Italiano *La nascita della medicina sociale*, in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, pp. 220-240 (si prenderà a riferimento la traduzione italiana)

succeduti. Il primo modello è quello tedesco il quale inserisce la medicina in un quadro generale di saperi che aiutano lo Stato a produrre e ad accumulare conoscenze che gli permettono di garantire il suo funzionamento. I medici vengono così inseriti all'interno di un'amministrazione totale che aveva come obiettivo il corpo degli individui che, con la loro riunione, costruivano lo Stato. La medicina passa da una sola osservazione delle nascite e delle morti a divenire una tecnica d'intervento sul singolo, inteso quale partecipante e primo creatore dello Stato, ciò secondo Foucault non porta ad una medicina sociale e statalizzata, ma da tale ricostruzione si evince come l'esplosione di una medicina clinica è stata introdotta e preceduta da una medicina statalizzata e dunque sociale. In altri termini l'oggetto della medicina diviene il corpo-popolazione, poiché esso è la forza di cui lo stato dispone per affrontare i conflitti economici e politici che lo contrappongono ai suoi vicini. La medicina si forma, pertanto, quale pratica che permette la costituzione di un sapere che può governare gli uomini. Il secondo modello è quello francese che poggiava non sulla struttura statale come quello tedesco, ma sull'urbanizzazione. Essa si concentra sulla salubrità dei luoghi, ovvero nella gestione dei saperi che permettono una pratica della convivenza tra gli individui. Si progettano le città e tutti i luoghi al fine di rendere possibile lo sviluppo della vita, aumentando la pulizia, tentando di dare forza al concetto di aerazione, ecc. La medicina si occupa così non della pura malattia, ma di studiare e di intervenire sull'ambiente e sulle condizioni di vita, medicalizzando di fatto una grande sfera dell'esistenza dell'uomo. Il terzo modello è quello inglese che viene nominato medicina della forza lavoro. Foucault ricostruisce la comparsa di una medicina che si curava di controllare la salute delle classi più povere, affinché queste divenissero o restassero adatte al lavoro e, di pari passo, diminuissero la loro pericolosità per le classi ricche. Questa via intrapresa dalla medicina inglese sarà quella che avrà futuro secondo Foucault, poiché integra al suo interno il modello tedesco e quello francese, ponendosi come obiettivo l'assistenza medica del povero, il controllo della salute della forza lavoro e dunque della popolazione, la quale si può ottenere tramite la realizzazione della salubrità pubblica. In altri termini, la medicina diventa ciò che permette allo Stato di mantenere la sua forza organizzando e governando la popolazione, ma allo stesso tempo garantisce, tramite il concetto di salubrità e tramite la modificazione degli ambienti e delle abitudini, che i soggetti partecipino in maniera attiva alla produzione di ricchezza dello stato stesso. Il modello inglese, rispetto agli altri due, pone l'accento sulla medicalizzazione dell'uomo, mostrando come il capitalismo che si è sviluppato alla fine del XVIII secolo ha socializzato il corpo in funzione della forza produttiva e della forza lavoro. Dunque, interessi statali di controllo della popolazione e interessi borghesi di aumento del capitale si intrecciano

dal XVIII secolo in poi e danno vita ad una nuova forma di amministrazione del potere che porta al sovrapporsi alle discipline e all'affermarsi di una nuova forma di potere, la quale all'azione negativa esercitata dal sovrano sulla vita dei sudditi fa subentrare un'azione positiva che sostituisce il vecchio diritto di far morire o di lasciar vivere con un nuovo potere di far vivere o di respingere nella morte¹⁹⁴. Dunque, le istituzioni disciplinari vengono sottomesse alla razionalità generale dello Stato che le fa diventare dei suoi apparati, che esercitano il potere sui singoli non come scopo, ma solo per la realizzazione di una nuova forma di potere, che assume quale proprio obiettivo il governo della popolazione. A questo proposito Foucault scrive: *“il controllo della società sugli individui non si effettua solo attraverso la coscienza o l'ideologia, ma anche nel corpo e con il corpo. Per la società capitalista è il bio-politico a essere importante prima di tutto, il biologico, il somatico, il corporale. Il corpo è una realtà bio-politica; la medicina è una strategia bio-politica”*¹⁹⁵.

Nasce così una nuova forma di governo che assume il nome di biopolitica, la quale incorpora dentro di sé il potere normalizzante delle discipline, elaborandole al fine di applicarle non sulla sola presa di potere sui corpi ma sull'intera popolazione, regolando processi come la nascita, la morte, la procreazione e la malattia. L'analisi della socialità della medicina, quindi della medicalizzazione, porta Foucault ad affermare che si passa dall'anatomia politica del corpo umano, alla biopolitica della specie umana¹⁹⁶. Dunque Foucault asserisce che: *“la biopolitica ha a che fare con la popolazione, più precisamente: ha a che fare con la popolazione in quanto problema al contempo scientifico e politico, come problema biologico e come problema di potere [...] in sostanza il problema diventa quello di prendere in gestione la vita, i processi biologici dell'uomo-specie, e di assicurare su di essi [...] una regolazione”*¹⁹⁷.

Per tal motivo si può asserire che il vecchio potere, quello legato alla sovranità, diventa non funzionale all'interno di un ordine di verità che istituisce una società basata sull'esplosione del capitalismo, caratterizzato da aumento demografico e mutamento delle possibilità di progettazione nel mondo. Il vecchio potere legato al punire lasciava troppi spiragli sfruttabili dai soggetti ed è per questo che esso muta in chiave biopolitica, ovvero nell'organizzazione dei corpi per mezzo della normalizzazione dettata dalla medicina, dove diventa necessario non far morire, ma produrre le possibilità per vivere. Foucault sostiene così che la medicina diviene un sapere-potere che agisce al contempo sul corpo e sulla popolazione,

¹⁹⁴ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 122

¹⁹⁵ M. Foucault, *La nascita della medicina sociale*, in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 222

¹⁹⁶ M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 209

¹⁹⁷ Ivi., pp. 212-213

sull'organismo e sui processi biologici e che avrà degli effetti disciplinari e degli effetti di regolazione e di sicurezza. Per tal ragione scrive: “dire che il potere, nel XIX secolo, ha preso possesso della vita, o perlomeno dire che il potere, nel corso del XIX secolo, ha preso in carico la vita, equivale a dire che esso è arrivato a occupare tutta la superficie che si estende dall'organico al biologico, dal corpo alla popolazione, attraverso il duplice gioco delle tecnologie della disciplina da un lato e delle tecnologie della regolazione dall'altro¹⁹⁸”. In altri termini, l'ascesa della borghesia ha mutato la situazione sociale e ha comportato il bisogno dell'edificazione dello Stato e della forza lavoro. Il potere si convoglia nello Stato il quale attraverso la normalizzazione, realizzata tramite la medicalizzazione dell'esistenza, riesce sia a produrre la forza vitale che a governarla e garantirne la sicurezza. Si tratta, dunque, allo stesso tempo di potenziare il corpo e di regolarne l'attività all'interno della società; a tal proposito, secondo Foucault, s'instaura il razzismo biologico-politico come forma del criterio di normalizzazione, il quale non si basa su una lotta tra due razze estranee, ma sull'identificazione di una razza posta come vera e sola, cioè quella che detiene il potere ed è titolare della norma, che si frappone a chi devia da questo flusso di normalizzazione¹⁹⁹. Dunque, la biopolitica, che prende l'avvio dalle nuove esigenze che vengono a galla nel XVIII secolo, individua il pericolo nel biologico, ovvero nel deviante, nel malato e nel folle. La teorizzazione della biopolitica, che avviene principalmente ne *La volontà di sapere*, pone l'accento sul fatto che le società non devono essere intese, come avveniva in *Sorvegliare e punire*, quali società disciplinari, ma la disciplina viene asservita per diventare anch'essa un meccanismo del nuovo potere che crea la società della sicurezza e del controllo. In altri termini, Foucault asserisce che le società biopolitiche siano oblativo, ovvero difendano la società tramite la gestione della popolazione e attraverso la protezione e la cura degli individui. Da un potere sovrano fondato sullo *stato di giustizia* si passa ad un potere biopolitico che sancisce lo *stato di governo*, il cui funzionamento è caratterizzato da una razionalità economica e dalla gestione della popolazione mediante dispositivi di sicurezza garantiti dalla medicalizzazione della vita²⁰⁰.

La medicina si pone così come l'istanza che determina la normalità, ma, anche, come la garante dell'ordine e della sicurezza, la quale può attuare delle misure che contengano ed eliminano i devianti. Si tratta, perciò sia di produrre che di governare i soggetti e la medicalizzazione permette allo stesso tempo di plasmare i corpi e di attuare dei meccanismi di sicurezza che tutelano la forza lavoro quanto la sicurezza statale. Stato ed economia si

¹⁹⁸ Ivi., p. 218

¹⁹⁹ Ivi., pp. 57-58

²⁰⁰ M. Foucault, *Sicurezza, territorio e popolazione*, Feltrinelli, Milano 2005, p. 88

fondono, così, in un ordine del discorso che si snoda attorno a quel sapere e potere che la medicina sociale costituisce e che ne legittima le verità di esistenza e di sussistenza²⁰¹. In sintesi si può affermare che Foucault rinviene nel discorso medico il fulcro della serie di enunciati che costituiscono un discorso veritativo valido dal XVIII secolo sino ad oggi per il tramite dell'economia. A sua volta l'economia diventa il punto di articolazione decisivo in quanto la malattia diventa un *fattore sociale*, che si lega alla capacità produttiva di genesi del corpo e quindi della forza lavoro, la quale fa apparire il paradigma economico come luogo di sovrapposizione privilegiato tra vita e politica, poiché risulta interno ad entrambe, da un lato perché ne sposa il senso di creazione e controllo della vita sociale, dall'altro si attiene a quell'insieme di bisogni, necessità e desideri radicati nella costituzione biologica. Se la medicalizzazione nasce come ordine del discorso all'interno di un'esplicazione del potere biopolitico, che vuole tutelare le esigenze Statali e quelle della nascente classe borghese, essa oggi si pone su un terreno diverso, ma analogo. Infatti, Foucault precisa che: *“quel che è particolare nella situazione attuale è che la medicina è legata ai grandi problemi economici da un aspetto che è diverso da quelli del passato. In passato infatti si chiedeva alla medicina di fornire alla società individui forti, vale a dire in grado di lavorare, di assicurare la conservazione della forza lavoro, la sua riproduzione e il miglioramento. [...] ai giorni nostri la medicina incontra l'economia per un'altra via. Non solo perché essa è capace di riprodurre la forza lavoro, ma perché essa può produrre direttamente una ricchezza nella misura in cui la salute rappresenta un desiderio per gli uni e un lusso per gli altri. La salute, divenuto oggetto di consumo, che può essere prodotto dai laboratori farmaceutici, dai medici, ecc. e consumato da altri – i malati veri e quelli potenziali – acquista un'importanza economica e si è introdotta nel mercato²⁰²”*.

Foucault mette così in luce come il corpo, allo stato attuale, sia fuso doppiamente con l'economia, poiché esso è nel mercato sia in quanto forza lavoro, sia tramite l'intermediazione della salute. Questo fatto, lungi dal mutare l'ordine del discorso di verità, fa sì che si stringano sempre di più le maglie della medicalizzazione, che a sua volta sostengono la normalizzazione derivante dal capitalismo - simboleggiato sia da chi produce ricchezza con la forza lavoro, sia

²⁰¹ Risulta di fondamentale importanza cogliere, come mette bene in luce Foucault nell'opera *La volontà di sapere*, che tale situazione non deve essere pensata sotto un'ottica marxista, ma, anzi, rovesciando lo schema marxista Foucault afferma che la medicalizzazione della popolazione e l'addestramento dei corpi non sono pensabili come strumenti del capitalismo, quanto condizioni di possibilità e cornici strutturali dello sviluppo del capitalismo. Per cogliere ciò si può far riferimento alle pagine 124-125 di *La volontà di Sapere*

²⁰² M. Foucault, *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 215

da chi vende prodotti per preservare la salute²⁰³ -, e dall'interesse dello Stato nel creare forme di governabilità. In altri termini il nostro ordine di verità si fonda sulla normalizzazione prodotta dalla medicalizzazione della vita, la quale basandosi sulla volontà di creare l'individuo come costante soggetto di esame attorno alla sua normalità, fa sì, come scrive lo stesso Foucault, che: *“la medicina non ha più oggi un campo che le sia esterno”*²⁰⁴ e tale situazione offre la possibilità al potere Statale di stringere sempre di più le maglie del meccanismo di sicurezza che ne regge e sorregge la validità.

10) Verità e soggettivazione: per un'ontologia del presente

Il concetto di biopolitica afferma una nuova forma del potere, la quale non vuole più punire ma, vuole governare i viventi tramite un processo che Foucault chiamerà governamentalizzazione, che prevede l'assoggettamento delle istituzioni disciplinari alla razionalità generale dello Stato che, investendo il biologico, produce un apparato di sicurezza capace di governare l'emergere dei nuovi problemi legati alla crescita demografica e all'industrializzazione. In altri termini si può asserire che Foucault mette in evidenza come nel XVIII secolo si produca una nuova forma di potere, che è quella delle discipline, basata sulla norma che regola i corpi individuali e la proliferazione delle discipline porta nel XIX secolo ad assistere ad uno spostamento del baricentro del potere che conduce ad un adattamento dei fenomeni biologici ai processi dell'economia e della produzione. Tale situazione porta alla nascita di un nuovo soggetto politico: la popolazione²⁰⁵. La nuova forma di potere, centrata sulla popolazione, non può però prescindere dal controllo delle strategie che gli individui, entro la loro libertà, mettono in moto sia verso se stessi che verso gli altri. Infatti, il compito di tale potere diviene non quello di reprimere le soggettività, ma quello di creare i meccanismi con i quali i soggetti si pensano in quanto soggetti. L'obbiettivo dell'analisi filosofica di Foucault può essere inquadrata proprio nell'identificare tali meccanismi di soggettivazione. In particolare si può cogliere tale situazione facendo riferimento a quel criterio che lui stesso, proprio come ho chiarito nel primo paragrafo, ha definito problematizzazione. Infatti, tale

²⁰³ A questo proposito Foucault scrive: *“quelle che traggono i più grandi profitti dalla salute sono le imprese farmaceutiche. In effetti l'industria farmaceutica è sostenuta dal finanziamento collettivo della salute e della malattia, per il tramite delle istituzioni di sicurezza sociale che ottengono fondi provenienti da persone che devono necessariamente proteggersi contro le malattie”*. *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 217

²⁰⁴ Ivi., p. 214

²⁰⁵ Vedi S. Cantucci, *Introduzione a Foucault*, Laterza 2008, p. 117

concetto, che muove tutta la ricerca foucaultiana, viene definito con le seguenti parole: *“problematizzazione non vuol dire rappresentazione di un oggetto preesistente, né creazione attraverso il discorso di un oggetto che non esiste. È l’insieme delle pratiche discorsive o non discorsive che fanno entrare qualche cosa nel gioco del vero e del falso e lo costituiscono come oggetto per il pensiero²⁰⁶”*. Il lavoro di Foucault deve essere percepito, quindi, come una forma d’inchiesta che s’interroga sulla problematizzazione della verità in una data epoca, mentre Cartesio ricercava delle modalità di conoscenza che portassero a cogliere la verità, Foucault ricerca invece i criteri e i discorsi sorretti dal pensiero di una data epoca che portano ad una verità che non si può dire assoluta, ma che vale solo per un preciso periodo storico. Bisogna notare, a questo proposito, come Foucault, proprio come abbiamo visto nel quinto paragrafo di questo capitolo, si ponga, nella prima parte della sua ricerca, il problema del rapporto tra Sapere e Soggetto, e nella seconda parte, si ponga il problema del rapporto Sapere-Potere-Soggetto. Si può così affermare che egli individui come nucleo fondante della sua attività filosofica l’analisi del soggetto, tanto che commentando tutta la sua opera scrive: *“vorrei dire qual è stato lo scopo del mio lavoro negli ultimi vent’anni. Non si è trattato di analizzare i fenomeni del potere e neppure di elaborare i fondamenti di tale analisi. Il mio obiettivo è stato invece di fare la storia dei diversi modi in cui nella nostra cultura gli esseri umani vengono resi soggetti. Nel mio lavoro mi sono occupato dei tre modi di oggettivazione che trasformano gli esseri umani in soggetti. [...] il tema generale della mia ricerca non è dunque il potere ma il soggetto²⁰⁷”*. Ciò che Foucault ha ricercato sono le modalità veritative attraverso le quali un individuo diventa soggetto, modalità che non possono pensarsi quali criteri antropologici sempre esistiti (morte dell’uomo), ma situazioni attraverso le quali il gioco di sapere e potere, che si delimita nei discorsi, produce un determinato modo di vivere da parte dell’uomo, il quale introiettando tale modalità si rende soggetto particolare di quel determinato insieme di sapere-potere. Per tal ragione Foucault sostiene che si possa definire con il termine soggettivazione un processo attraverso il quale si ottiene la costituzione di un soggetto, anzi di una soggettività, la quale non rappresenta che una delle possibili organizzazioni di una coscienza del sé²⁰⁸. A questo proposito scrive: *“ciò che ho sempre rifiutato è che si dia preliminarmente una teoria del soggetto – come avviene nella fenomenologia o nell’esistenzialismo – e a partire da questa teoria si ponga la questione di sapere come sia possibile la conoscenza. Ciò che io invece ho voluto mostrare è come il*

²⁰⁶ M. Foucault, *Le souci de la vérité*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, p. 1489

²⁰⁷ M. Foucault, *Perché studiare il potere: la questione del soggetto*, in *Poteri e strategie*, Mimesis, Milano 2005, pp. 103-104; contenuto anche in H. L. Dreyfus, P. Rabinow, *La ricerca di Michel Foucault*, La casa Usher, Firenze 2010, pp. 279-288 (si prenderà a riferimento la prima edizione nominata)

²⁰⁸ Vedi, M. Foucault, *Le retour de la morale*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 1515-1526

*soggetto venga costituito, sotto forme determinate, come soggetto folle o sano, delinquente o non delinquente, attraverso un certo numero di pratiche, giochi di verità, pratiche di potere*²⁰⁹. Il altri termini, Foucault sostiene che la soggettività sia un oggetto storicamente costituito sulla base di determinazioni che sono a lui esterne e che vengono utilizzate come situazioni che portano a fare esperienza di se stesso. La prima modalità con cui Foucault problematizza il soggetto si dà attraverso la ricerca dei criteri che lo rendono oggetto di scienza, come l'oggettivazione del soggetto parlante in grammatica o in linguistica, o come dei soggetti produttivi nell'analisi della ricchezza o dell'economia. In seguito Foucault si è interrogato sull'oggettivazione del soggetto nelle pratiche di divisione, che studiano come venga diviso al suo interno tramite dei processi che lo qualificano come pazzo, malato, sano o generalmente deviante. Dunque, Foucault indaga le modalità di oggettivazione che trasformano l'essere umano in soggetto²¹⁰ e, facendo ciò, mette in luce come la soggettività diventa dominio ed estensione di quella pratica di governamentalità che, attraverso la creazione dei soggetti, riesce ad estendere il meccanismo della norma quale forma generatrice e allo stesso tempo tecnica di difesa. Si può così affermare che la soggettività venga anch'essa immessa all'interno di quel meccanismo di medicalizzazione che porta alla normalizzazione della vita quotidiana. Il soggetto viene prodotto come libero di esercitare l'esame su se stesso e di assecondare e avvallare la valenza capillare della medicina quale funzione di ordine naturale insita nella società. La problematizzazione della produzione storica della soggettività²¹¹ appartiene dunque sia alla descrizione archeologica mirante alla ricostruzione dei saperi che si esercitano sul soggetto, sia alla descrizione genealogica delle pratiche di governamentalità attraverso le quali è possibile sottomettere gli individui²¹². La filosofia di Foucault può, dunque, essere intesa come una ricerca che mira a mettere in luce cosa sia la nostra attualità, cioè a ricercare il campo attuale delle esperienze possibili e, così facendo, mette in pratica quella che può definirsi un'ontologia del presente. A questo proposito scrive: *“non si tratta di un'analitica della verità, ma piuttosto di qualcosa che potremo definire un'ontologia del presente, un'ontologia della modernità, un'ontologia di noi stessi. E mi sembra che sia questa la scelta filosofica con la quale dobbiamo confrontarci attualmente. Bisogna optare per una filosofia critica che si presenterà come una filosofia analitica della*

²⁰⁹ M. Foucault, *L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, p. 1544

²¹⁰ M. Foucault, *Perché studiare il potere: la questione del soggetto*, in *Poteri e strategie*, Mimesis, Milano 2005, pp. 103

²¹¹ Cfr. J. Revel, *Foucault, une pensée du discontinu*, Mille et une nuits, 2010, p. 226

²¹² In realtà Foucault delinea un terzo momento della problematizzazione della soggettività, che costituisce tutto l'ultimo periodo della sua ricerca degli anni '80, in cui mette a fuoco le analisi e le tecniche attraverso le quali gli uomini, lavorando su se stessi, possono prodursi e trasformarsi. Questa analisi sarà ripresa e argomentata nella terza parte della tesi

verità in generale, oppure per un pensiero critico che assumerà la forma di un'ontologia di noi stessi, di un'ontologia dell'attualità. Ed è proprio questo tipo di filosofia che – da Hegel alla Scuola di Francoforte, passando per Nietzsche e Max Weber ecc. - ha fondato una forma di riflessione alla quale certamente, nella misura del possibile, mi ricollego²¹³”. Foucault, attraverso l'indagine *ontologica di noi stessi*, mette in luce come la medicina, mediante la relazione tra normale e patologico che instaura nella società, dona le possibilità per l'applicazione di quel meccanismo di normalizzazione, che agisce attraverso l'incitamento, la creazione e la salvaguardia dei comportamenti più che sulla loro repressione. Detto con altre parole, il filosofo francese ci mostra come la teoria della medicalizzazione funzioni attraverso gli stessi passaggi logici che abbiamo messo in luce nel capitolo precedente: salute - normalizzazione - biopolitica - soggettività medicalizzata. Infatti, la medicalizzazione, intesa come possibilità di annettere sempre maggiori dimensioni della vita umana all'interno della pratica medica, non può essere pensata come un fatto che s'instaura su altri fenomeni, ma essa è ciò che costituisce l'ordine veritativo della nostra epoca. Infatti, Foucault scrive: *“le discipline del corpo e le regolazioni della popolazione (situazioni che vengono garantite dalla medicina) costituiscono i due poli attorno ai quali si è sviluppata l'organizzazione del potere sulla vita. La creazione, nel corso dell'età classica, di questa grande tecnologia a due facce – anatomica e biologica, agente sull'individuo e sulla specie, volta verso le attività del corpo e verso i processi della vita – caratterizza un potere la cui funzione più importante ormai non è più di uccidere ma d'investire interamente la vita. [...] questo bio-potere è stato, senza dubbio, uno degli elementi indispensabili allo sviluppo del capitalismo; questo non ha potuto consolidarsi che a prezzo dell'inserimento controllato dei corpi nell'apparato di produzione, e grazie ad un adattamento dei fenomeni di popolazione ai processi economici²¹⁴”*.

La medicalizzazione, dunque, non è un fenomeno, ma una cornice entro cui poter comprendere i fenomeni umani, poiché essa agisce tramite l'assolutizzazione della dimensione di salute, che a sua volta porta sempre maggiori aspetti della vita all'interno della pratica di normalizzazione, la quale è lo strumento di una tecnica di potere che, agendo sulla disciplinazione del singolo al fine di giungere ad una regolazione e messa in sicurezza della popolazione (biopolitica) fa presa sulla vita intera, riconducendo, così, sotto la propria giurisdizione una serie di funzioni che il potere sovrano dimentica. Foucault ci mostra, dunque, come siamo all'interno della società della medicalizzazione, ovvero all'interno di un meccanismo di normalizzazione che vivifica un regime veritativo incentrato sulla primarietà dell'ordine medico-biologico-naturale.

²¹³ M. Foucault, *Il governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 30

²¹⁴ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, pp. 123-124, maiuscolo mio

3.

LA TEORIA DELLA DEMEDICALIZZAZIONE: FOUCAULT, ILLICH E CONRAD

*L'antimedicina non può opporre alla medicina che dei fatti
o dei progetti rivestiti di una certa forma di medicina [...] Non si riesce a uscire dalla medicalizzazione, e tutti gli sforzi profusi in questo senso si rimettono al giudizio di un sapere medico.*

M. Foucault, Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?, in Archivio Foucault 2, Feltrinelli, Milano 1997, p. 213

1) Ivan Illich: per una teoria della demedicalizzazione

Michel Foucault, attraverso le sue opere, ci ha mostrato come si possa e si debba far riferimento al fenomeno della medicalizzazione della vita quale cornice di senso entro cui le azioni dell'uomo prendono forma e assumono significato. A seguito di tale asserzione sorge spontanea la domanda riguardante quali siano le possibilità che l'uomo ha per sottrarsi ai processi d'investimento medico della propria vita. Prima di affrontare la risposta che lo stesso Foucault fornisce a tale quesito²¹⁵, è di assoluta importanza mettere a fuoco l'opinione di due importanti studiosi sul tema: Ivan Illich e da Peter Conrad. Infatti, quando si parla di meccanismi di demedicalizzazione, il primo nome che viene in mente è quello dell'intellettuale austriaco Ivan Illich, il quale ha coniato nell'opera *Nemesi Medica, L'espropriazione della salute* (1976) una vera e propria teoria volta alla demedicalizzazione della società. Per cogliere il pensiero di Illich bisogna, però, prima di tutto far riferimento ad un'opera scritta dall'intellettuale austriaco nel 1973 dal titolo *Convivialità*, nella quale viene esposto un programma di ricerca che vedrà la luce negli anni successivi. Infatti, all'interno del libro Illich spiega come le sue opere precedenti (*La chiesa, cambiamento e sviluppo* 1969, *Celebrazione della consapevolezza* 1970 e *Descolarizzare la società* 1971) lo hanno portato a studiare i meccanismi perversi insiti nella società capitalista basata sulla sfera industriale e, a questo proposito, asserisce che tutti gli studi che vedranno la luce negli anni avvenire saranno atti a tratteggiare come si è declinato il monopolio del mondo di produzione industriale e le metamorfosi che esso genera nelle professioni. Questa disamina servirà ad Illich per

²¹⁵ La risposta di Foucault sarà oggetto di trattazione nella terza parte di questa ricerca

affermare che la gran parte dell'umanità, in particolare circa i due terzi della specie umana che non avevano ancora conosciuto il regime industriale, avrebbero potuto ancora salvarsi dall'era industriale se avessero scelto un modo di produzione fondato su un equilibrio postindustriale. Inoltre, egli asserisce che gli stessi paesi industrializzati molto presto dovranno ricorrere al medesimo meccanismo al fine di non sprofondare nel caos totale. Per arrivare a tale conclusione, Illich studia l'evoluzione dell'apparato educativo decretato dallo sviluppo della produzione industriale e sostiene che tale sistema contiene dei limiti ecologici al proprio sviluppo. A questo proposito scrive: *“lo sviluppo del sistema scolastico obbligatorio mi è parso infatti l'esempio tipo di una situazione che si ritrova anche in altri ambiti della società industriale, dovunque si tratti di produrre un servizio, cosiddetto di pubblica utilità, per soddisfare un bisogno cosiddetto elementare²¹⁶”*. Tale analisi si estende anche al sistema di assistenza medica, a quello dei trasporti e a tutti quegli elementi che compongono l'insieme delle strutture proprie di una società capitalista. La conclusione di tale analisi per Illich è che le stesse strutture che continuano ad espandersi in realtà sono destinate a fallire, poiché esiste una serie di limiti inerenti alla crescita delle merci, dunque l'immettere la scolarità, la salute, i trasporti, e tutte le esigenze primarie all'interno della società industriale porterà inevitabilmente all'implosione del sistema. Tale implosione avverrà, poiché l'uomo, facendo parte della natura, custodisce un proprio equilibrio multidimensionale, perciò quando un'attività umana esplicata mediante strumenti supera una certa soglia definita dalla sua scala specifica, dapprima si rivolge contro il proprio scopo, poi minaccia di distruggere l'intero corpo sociale. Per tal ragione Illich sostiene che bisogna, prima di tutto, stabilire le dimensioni naturali dell'uomo e delimitare in modo chiaro e preciso le soglie che permettono la sopravvivenza umana. Detto in altre parole, Illich sostiene che esista una natura umana data, la quale deve essere preservata dalla continua intromissione del potere capitalista che ne minaccia le capacità, le quali se aumentate a dismisura portano ad una saturazione dell'uomo e quindi ad una perdita dell'umanità stessa. Come ben si può capire, il punto centrale della filosofia e del pensiero di Illich va ricollegato al concetto di natura umana e alla possibilità di mantenere o perdere tale dimensione. La società capitalista, basata sulla volontà di aumentare sempre di più il profitto, annette alla sfera commerciale tutte le funzioni primarie dell'uomo, tramite la medicina, la polizia, la scuole e le varie istituzioni, che affidandosi a degli esperti che detengono totalmente il potere (medici, insegnanti ecc.) sottraggono all'uomo la possibilità di scoprire la loro vera natura e di autodeterminarsi all'interno della società. Dunque, secondo Illich il mondo capitalista che si

²¹⁶ I. Illich, *La convivialità*, Red, Como 2014, p. 12

basa sul monopolio della sfera di produzione industriale riduce gli uomini a materia prima lavorata dagli strumenti²¹⁷, lo scopo della sua critica è quello di mostrare le soglie di nocività di questi strumenti al fine di limitarne il loro potere. In altri termini, come egli stesso scrive: *“chiamo società conviviale una società in cui lo strumento moderno sia utilizzabile dalla persona integrata con la collettività, e non riservato a un corpo di specialisti che lo tiene sotto il proprio controllo. Conviviale è la società in cui prevale la possibilità per ciascuno di usare lo strumento per realizzare le proprie intenzioni”²¹⁸*.

Questo è lo sfondo teorico che conduce Illich a muovere la propria critica alla medicina, intesa quale sfera del mondo capitalista che riduce la salute dell'uomo a merce da sfruttare, organizzando il proprio sapere attraverso una rete sociale fittizia di distribuzione dei benefici, la quale non è altro che uno strumento che incita i soggetti a chiedere un sempre maggior numero di cure affidandosi totalmente alla classe medica. La critica alla medicina proposta si deve così leggere secondo due versanti: il primo è quello di una critica generale al sistema capitalista che trova nella medicina una delle sue armi per espandere il monopolio del sistema industriale; il secondo è quello di una critica alla classe medica che si organizza in sistema al fine di far crescere e giustificare il continuo bisogno da parte dei soggetti delle loro merci. A questo proposito Illich scrive: *“la medicina odierna, irrigidita nel monopolio di una gerarchia monolitica, si preoccupa di proteggere le sue frontiere incoraggiando la formazione di paraprofessionisti ai quali subappalta le cure che un tempo erano prestate dai familiari e amici del malato. Con questo sistema feudale l'organizzazione medica difende il suo monopolio ortodosso della concorrenza sleale della guarigioni ottenute con metodi eterodossi”²¹⁹*. In particolare, Illich sostiene che questa modalità intesa a far sì che la medicina divenga il criterio veritativo unico che legittima e autorizza la cura dell'uomo porta il soggetto a superare il proprio limite naturale costituito dalla morte, assimilando ogni malattia alla morte, dunque, tentando di curare ogni situazione di dolore e sofferenza, smarrendo la distinzione tra la guarigione di una malattia curabile e la preparazione ad accettare il male incurabile. Così facendo non solo si produce una medicalizzazione sempre più costante della dimensione di esistenza umana, ma la classe medica ha perso il diritto di distinguersi dallo stregone o dal ciarlatano e il soggetto malato ha, di pari passo, smarrito la capacità di distinguere tra l'alleviamento della sofferenza e il ricorso allo scongiuro. Queste tematiche sono riprese ed argomentate in maniera rigorosa e corredate da una vasta bibliografia nell'opera *Nemesi Medica*, dove Illich sostiene che, nonostante il fatto che la

²¹⁷ Ivi., pp. 47-59

²¹⁸ Ivi., p. 15

²¹⁹ Ivi., p. 60

medicina possa curare qualche male, la stessa ne produce uno di portata epocale, ovvero conduce l'individuo a vivere in una situazione di precarietà costante. Ciò avviene perché la medicina mira alla produzione costante di malattie, al fine di aumentare il ricorso dei soggetti verso i suoi servizi e nomina tale nuova forma problematica con il termine *iatrogenesi* (*iatros-* medico, *genesis-* origine). Egli sostiene che l'aumento del potere professionale del medico non sia altro che una delega politica che la stessa classe ha ricevuto da parte della borghesia, quindi dall'autorità del sistema capitalistico, che le consente di espropriare i soggetti da ciò che hanno di più naturale, ovvero il sapere sul loro corpo e sulla salute. In particolare, Illich chiarisce che il termine salute venga ridotto nell'epoca industriale ad un puro nome a cui potere far significare qualunque cosa, purché si sposi con la volontà della società di produrre individui atti al lavoro e che richiedano e consumino sempre più prodotti. In altre parole, la classe medica attua un'attività di medicalizzazione della vita che permette di convincere chi è stanco e disgustato della società capitalista che in realtà è lui ad essere malato, impotente e bisognoso di riparazione tecnica. La medicina diviene quindi un'arma politica in mano alla società capitalista atta alla possibilità di perpetuare il proprio credo legato al consumo e all'aumento del capitale. Per tal ragione, secondo Illich, è necessario lottare contro la medicalizzazione della vita, poiché la medicina può diventare un bersaglio di prim'ordine per attuare un'azione politica che si proponga di mutare la società industriale in una società della convivialità. A questo proposito scrive: *“la guarigione dal morbo iatrogeno che pervade la società è un compito politico, non professionale. Deve fondarsi su un consenso di base, popolare, circa l'equilibrio tra la libertà civile di guarire e il diritto civile a un'equa assistenza. Durante le ultime generazioni il monopolio medico sulla cura della salute si è sviluppato senza freni, usurpando la nostra libertà nei confronti del nostro corpo. La società ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di stabilire che cosa è la malattia, chi è o può diventare malato e che cosa occorre fargli. La devianza è ormai legittima solo quando merita e in ultima analisi giustifica l'interpretazione e l'intervento del medico”²²⁰*.

Ne segue che l'opera di Illich voglia far prendere coscienza alla popolazione delle modalità attraverso le quali il potere capitalista esercita e perpetua la propria influenza, motivando tale analisi attraverso la possibilità che la stessa popolazione si attivi politicamente per rovesciare le istanze, prima tra tutte quella medica, che costituiscono il perdurare del dominio del consumo. L'impegno di Illich si rivela, dunque, fondamentalmente politico e si basa sulla volontà di porre fine al potere medico, attuando una demedicalizzazione della società che consente all'uomo di restare all'interno dei propri limiti naturali e di disporre dei propri mezzi

²²⁰ I. Illich, *Nemesi medica, L'espropriazione della salute*, Boroli editore, Milano 2005, pp. 12-13

per attuare il suo progetto personale non distorto dagli interessi di mercato. Demedicalizzazione non vuol dire altro che sottrarre il soggetto al dominio industriale volto all'efficienza, donando la possibilità all'individuo di passare dallo stato di oggetto industriale, allo stato di soggetto umano. Perciò come scrive lo stesso Illich: *“solo un programma politico diretto a limitare la gestione professionale della sanità può permettere alla gente di recuperare la propria capacità di salvaguardarsi la salute, e che tale programma è parte integrante di una critica e limitazione sociale del mondo di produzione industriale”*²²¹.

In conclusione si può sostenere che a differenza di Foucault, Illich ritenga la medicalizzazione della vita quale funzione propria di un sistema che è quello della produzione capitalista²²² e per tal ragione è per lui pensabile una forma di demedicalizzazione che passi attraverso il rifiuto politico dell'estensione medica che, altro non è, che la negazione della riduzione della vita a merce da consumare. L'uscita dal regime di medicalizzazione è non solo possibile, ma necessario al fine che l'uomo recuperi la propria natura e che possa costruire attorno ad essa una società della convivialità.

2) Peter Conrad: tra devianza e demedicalizzazione

Se per certi versi le teorie coniate da Illich possono risultare più adatte allo spirito degli anni '60-70, ovvero rientrano in quella grande critica della società capitalista basata sull'antinomia tra capitalismo e anti-capitalismo, lo studioso che ha riletto tali modalità di demedicalizzazione riuscendo ad inserirle all'interno di un quadro contemporaneo è Peter Conrad. Di Conrad si è già avuto modo di parlare nel primo capitolo di questa tesi, in particolare è stato lui ad aver coniato il termine di medicalizzazione, intesa quale possibilità di far passare condizioni normali di vita all'interno della giurisdizione della medicina. Conrad rappresenta sicuramente l'autore odierno che più ha influenzato la modalità di vedere il fenomeno della medicalizzazione, le sue teorie si basano sul lavoro di Michel Foucault, infatti anche, per Conrad, la medicalizzazione è l'effetto di un meccanismo di normalizzazione che avviene all'interno della società. Il punto di partenza della sua teoria della medicalizzazione si

²²¹ Ivi., p. 16

²²² Di particolare importanza sono le seguenti parole scritte da Illich: *“si potrà vincere la iatrogenesi unicamente se si comprende ch'essa è solo un aspetto del rovinoso dominio dell'industria sulla società, un esempio di quella controproduttività paradossale che viene emergendo in tutti i principali settori industriali. Al pari dell'accelerazione che fa perdere tempo, dall'istruzione che istupidisce, della difesa militare che si autodistrugge, dell'informazione che disorienta, dei piani urbanistici che creano disordine, la medicina patogena è il risultato di una sovrapposizione industriale che paralizza l'azione autonoma”*. Ivi., p. 221

ritrova nell'analisi del concetto di devianza espresso nell'opera *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (1980). Infatti, egli scrive che: “*nel ventesimo secolo, la medicina è diventata un'istituzione di controllo sociale. [...] il controllo sociale medico si basa sul domino dei comportamenti devianti, cercando, tramite mezzi medici, di modificare tali comportamenti in nome della salute. [...] L'ideologia medica come controllo sociale prevede la costituzione di una definizione, di un comportamento o di una condizione come malattia, per trarne dei benefici sociali*²²³”.

Il punto fondamentale sui cui si articola tutta la tematizzazione della medicalizzazione di Conrad non si rinviene nella focalizzazione sui singoli devianti e sulla ricerca delle cause del loro comportamento, bensì l'attenzione viene rivolta all'eziologia della definizione di devianza. In particolare la tesi espressa da Conrad è che la costituzione del termine “deviante” deriva unicamente da una serie di processi politici, perciò la devianza prende forma come concetto solo all'interno di una costruzione sociale che attua dei limiti e dei criteri di normalità che vengono fatti rispettare grazie ad alcune istituzioni tarate su una particolare forma di potere. Ciò che Conrad asserisce è che la realtà non è una struttura naturale derivante dall'evoluzione dell'uomo ma è la rappresentazione delle strutture del potere insite in essa. In altri termini, egli rileva che le costruzioni storiche dei significati che hanno caratterizzato il termine devianza sono intimamente e inscindibilmente legate alle strutture di una determinata forma di potere che caratterizza una data società. Per tal ragione i suoi studi si concentrano nella rilevazione non della devianza come concetto sempre esistito, ma verso l'attribuzione di senso che tale termine subisce nel corso della storia dell'uomo. La sua ricostruzione storica rispetta quella foucaultiana, infatti individua nell'arco della storia umana tre poteri che si sono succeduti: religione, potere sovrano e potere della medicina. A questo proposito egli evidenzia come le società si siano caratterizzate e abbiano preso forma proprio a partire da queste tre forme di costruzione della realtà, le quali ordinano e attribuiscono senso ad ogni espressione nel mondo. Tra queste espressioni non può mancare quella relativa al concetto di devianza, il quale muta da essere considerato come un peccato, ad essere inteso quale crimine e oggi tende ad essere inserito nel terreno della patologia. In altri termini Conrad sostiene che la medicina oggi rappresenti un potere forte che ha la possibilità di decidere cosa è accettabile e cosa non lo è, creando così il criterio normalizzante e il criterio di devianza. Infatti egli scrive: “*la medicalizzazione trasforma aspetti della vita di tutti i giorni in patologie, decretando la scala dei valori relativa alle possibilità di determinare cosa sia accettabile e cosa non lo è [...] al fine di espandere la giurisdizione medica, la medicalizzazione continua ad annettere sotto il*

²²³ P. Conrad, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, 1992, p. 259

proprio controllo aspetti della vita umana. Essa rimpiazza le altre forme di controllo sociale²²⁴”. Ne segue che le pratiche di medicalizzazione siano ciò che oggi garantisce l’ordine sociale o, detto altrimenti, la medicina è diventata un vettore di controllo sociale che permette di regolare, modificare o in certi casi di isolare ed eliminare i comportamenti devianti che nuocciono alla società. La salute è diventato il simbolo dell’ordine sociale costituito sulla norma derivante dalla natura umana dunque, proprio come Foucault, Conrad ritiene che l’assolutizzazione della salute sia un fenomeno che costituisce il nostro agire quotidiano, quindi essa non deve essere intesa, come invece scrive Illich, quale fenomeno insito in un’altra dimensione di senso quale il capitalismo. Per tal ragione Conrad studia la prorompente influenza delle case farmaceutiche all’interno del fenomeno di medicalizzazione della vita, ritenendo quest’ultimo solo collaterale, in quanto le case farmaceutiche approfittano di una situazione data che è quella dell’attribuzione di senso naturale del concetto di salute propria della nostra società. Per tal ragione l’aumento di fatturato delle case farmaceutiche non costituisce il motore della medicalizzazione, ma rappresenta ciò che s’inserisce in una cornice di senso (medicalizzazione) che, attuando dei propri profitti indipendenti dall’andamento e dal sorreggere la cornice stessa ne aumenta la portata. Rispetto ad Illich, Conrad non sostiene che l’aumento della ricerca di profitto sia ciò che conduce alla medicalizzazione, ma egli sostiene che la medicalizzazione della vita sia una cornice di senso che dona possibilità all’aumento di capitale. Si coglie come il discorso di Conrad sia invertito rispetto a quello di Illich, poiché fa assumere alla ricerca del profitto (capitalismo) il ruolo di risultato e alla medicalizzazione il ruolo di base su cui decretare la comparsa di ogni altro fenomeno vitale tra i quali la vendita dei medicinali. La medicalizzazione per Conrad non è dunque un effetto, ma è la cornice che permette l’ordine sociale mediante la regolamentazione dell’ordine pubblico che avviene grazie all’instaurazione della norma atta alla salvaguardia della salute. Ogni società ha posseduto una norma specifica (ad esempio: non sgarrare contro la potenza divina, non fare torto al potere sovrano) e infine la nostra società ha assunto la norma atta alla salvaguardia della salute, ovvero non compiere azioni contro l’ordine naturale. Per spiegare tale situazione Conrad sostiene che sia possibile far riferimento alla storia delle singole patologie, infatti egli mette in luce come le patologie sono socialmente costruite e che il loro significato non sia naturale, ma sia condizionato dalle dinamiche di potere perpetuate da una data epoca atta alla normalizzazione e al controllo sociale. A questo proposito scrive: *“la malattia, intesa come devianza, è una costruzione sociale che si basa su giudizi sociali determinati da una certa struttura del mondo. [...] Nel processo valutativo che determina*

²²⁴ P. Conrad, *The medicalization of society*, Johns Hopkins, 2007, pp. 7-8

delle condizioni quali eventi patologici il criterio sociale è centrale in tale processo di classificazione e non periferico. In questo senso si può dire che la distinzione della malattia si basa su un giudizio morale²²⁵”.

L'esempio più comune per cogliere quanto una forma di devianza sia socialmente costruita è relativo all'omosessualità che nell'arco della storia è stata considerata, in successione, un peccato, un crimine e una malattia, situazioni differenti, ma che si accomunano per porre tale pratica ai margini della società ed eliminare i portatori di tale comportamento. Bisogna, però, notare come l'esempio legato all'omosessualità rappresenta anche la credenza cardine di Conrad sulla medicalizzazione, poiché egli sostiene che la medicalizzazione, costituendo la cornice su cui avvengono i fatti, in quanto determina la dimensione di senso del nostro essere ammette anche il proprio opposto, dunque la pratica di demedicalizzazione. L'omosessualità, infatti, è stata demedicalizzata nel 1974, ciò vuol dire che è stata eliminata dalla tassonomia psichiatrica, diventando una normale situazione vitale. Infatti, oggi l'omosessualità non costituisce un criterio patologico, ma è considerato a tutti gli effetti una normale espressione vitale dell'uomo. Conrad sostiene, così, che è possibile praticare una demedicalizzazione, ma da buon sociologo non spiega, a differenza di Illich, i termini con i quali è possibile attuare tale pratica, ma si limita a ricostruire i fatti accaduti che vedono l'omosessualità subire nella storia una trasformazione che la porta ad assumere valenza di peccato, poi crimine e malattia, giungendo, nel presente, ad essere intesa quale pratica totalmente accettata in società. Nonostante ciò, bisogna osservare che la scelta di riportare l'omosessualità quale esempio di demedicalizzazione costituisce di per sé una presa di posizione verso le possibilità che l'uomo ha per realizzare tale pratica. Infatti, la demedicalizzazione dell'omosessualità è stata sostenuta da movimenti politici e dall'associazione di molti esponenti della comunità omosessuale che sono insorti contro le possibilità di essere definiti devianti e quindi di dover abbandonare la società per essere curati. Tali movimenti politici hanno fatto pressione sull'organizzazione psichiatrica americana (APA) affinché la stessa decidesse di demedicalizzare tale situazione vitale. Per tal ragione Conrad prospetta una demedicalizzazione che passi attraverso un'azione politica esercitata dall'associazione dei singoli che vogliono cambiare qualcosa all'interno della loro società. Proprio come Illich, egli sostiene che la demedicalizzazione sia possibile e che sia costituita da un atto politico. Però, a differenza di Illich, non pensa che sia possibile rovesciare il sistema di medicalizzazione, ma unicamente che sia possibile lottare al suo interno per proporre dei limiti alle definizioni di devianza. Per tal ragione, secondo Conrad non è possibile cancellare completamente la

²²⁵ P. Conrad, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, 1992, p. 37

medicalizzazione della vita, ma si possono cambiare alcune delle sue istanze, senza che questo possa modificarne la portata generale.

3) Foucault e l'impossibilità della demedicalizzazione

Illich è l'autore che più di ogni altro ha teorizzato il concetto di demedicalizzazione, il quale, come abbiamo visto nel primo paragrafo di questo capitolo, si basa su una concezione politica volta alla radicale trasformazione dell'esistenza basata sul capitalismo, per favorire l'instaurazione della società della convivialità. In altri termini egli oppone alla medicina attuale, che fa prosperare il sistema di produzione industriale, una antimedicina che possa riportare il soggetto al centro della sua salute e della propria natura. A differenza di Illich, Conrad elabora una teoria della demedicalizzazione che non si basa su un rovesciamento dell'intero sistema sociale basato sulla medicalizzazione, ma partendo dall'unione di alcuni componenti della società, può portare a delle lotte politiche con il risultato di demedicalizzazione di alcune situazioni particolari. In altri termini, mentre Illich sostiene che sia possibile una demedicalizzazione dell'intera società grazie ad una sovversione del meccanismo di medicalizzazione della vita, Conrad sostiene, invece, che sia possibile all'interno del meccanismo di medicalizzazione produrre delle istanze che portino a fenomeni localizzati di demedicalizzazione. La prospettiva che Michel Foucault elabora attorno al concetto di demedicalizzazione è totalmente diversa da tutti e due gli studiosi citati, infatti il filosofo francese sostiene che sia totalmente impensabile poter attuare un meccanismo di demedicalizzazione. Per cogliere tale proposizione possiamo far riferimento a quanto lo stesso Foucault ha indicato come obiettivo della propria ricerca filosofica, ovvero la messa in questione radicale delle forme di soggettività occidentale. Infatti, Foucault ha messo in luce la necessità di ripensare in maniera profonda il concetto di uomo e il suo rapporto al reale, svolgendo un lavoro di problematizzazione che ha evidenziato tutte le cristallizzazioni ideologiche nelle quali il soggetto stesso è preso. In altri termini, Foucault mostra come lo stesso soggetto nasca nell'epoca moderna, la quale pone al centro del suo regime veritativo il concetto di salute e di norma derivante dalla salute. Per tal motivo la medicalizzazione non è un effetto provocato da altre situazioni, ma è una cornice entro cui poter comprendere i fenomeni umani, tanto che si parla di soggettività medicalizzata, ovvero di un soggetto formato su un criterio di verità fornito dalla medicalizzazione che non potrà concepire spazi vuoti entro cui potere operare uno spostamento che metta in crisi tale cornice morale. Dato

che la medicalizzazione costituisce ciò che permette agli individui di formarsi quali soggetti, essa non ha un campo esteriore, ma costituisce la cornice totale su cui poter edificare ogni tipo d'azione. Foucault parla così di medicalizzazione indefinita, poiché la medicina non ha oggi alcun campo esteriore al proprio procedere, ma ogni forma di demedicalizzazione conduce ad un'ulteriore forma di medicalizzazione. A questo proposito scrive: *“quel che è diabolico nella situazione attuale, è che quando noi vogliamo fare ricorso a un campo che crediamo esterno alla medicina, ci rendiamo conto che è stato medicalizzato. E quando si vogliono obiettare alla medicina le sue debolezze, i suoi inconvenienti e i suoi effetti nocivi, lo si fa in nome di un sapere medico più completo, più raffinato²²⁶”*. Ciò che Foucault asserisce è che per il fatto stesso che la medicalizzazione costituisca la cornice entro cui i fatti dell'uomo avvengono e assumono senso, non è possibile opporre al suo linguaggio che un'altra forma dello stesso, poiché la dimensione di senso che dona legittimità alla soggettività è fondamentalmente medica. Detto con altre parole, ogni volta che si vuole obiettare che una condizione deve essere demedicalizzata per alcune ragioni, non si riesce a costruire un discorso che abbia senso all'interno dell'ordine veritativo dato che prescinda dagli enunciati medici. La differenza tra Foucault e Illich si ritrova propria in questa dimensione; per l'intellettuale austriaco è possibile opporre alla medicalizzazione un nuovo linguaggio che è quello della società della convivialità; per Foucault tale situazione è del tutto impossibile, perché il linguaggio della società della convivialità è nuovamente medico, poiché non può uscire dai criteri veritativi che l'ordine del discorso della nostra epoca prescrive. Infatti, Foucault scrive: *“Illich e i suoi alunni segnalano che la medicina terapeutica, che interviene per rispondere a una sintomatologia e bloccare i sintomi apparenti di una malattia, è una cattiva medicina. Essi propongono in cambio un'arte della salute demedicalizzata, vale a dire l'igiene, l'alimentazione, il ritmo di vita, le condizioni di lavoro, gli alloggi, ecc. ma che cos'è oggi l'igiene, se non un insieme di regole stabilite e codificate da un sapere biologico e medico, quando non è l'autorità medica stessa, intesa in senso stretto, ad averla elaborata? L'antimedicina non può opporre alla medicina che dei fatti o dei progetti rivestiti di una certa forma di medicina²²⁷”*. Per spiegare ancora meglio tale situazione Foucault porta l'esempio della psicoanalisi, affermando che tale disciplina sia stata la prima forma di antipsichiatria, ovvero essa ha costituito sin dalla fine del XIX secolo un progetto di demedicalizzazione di parecchi fenomeni che la sintomatologia psichiatrica aveva considerato malattie. Ma, la psicoanalisi volendo sottrarre alcune situazioni, come l'isteria o

²²⁶ M. Foucault, *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 213

²²⁷ Ibidem

la nevrosi, non ha fatto altro che rimedicalizzarle sotto il proprio linguaggio dando vita ad un nuovo discorso basato sull'ordine veritativo della norma medica. Dunque, Foucault sostiene che: *“anche se oggi si oppone alla psicoanalisi una antipsichiatria o una antipsicoanalisi, si tratta ancora di un'attività e di un discorso di tipo medico più o meno elaborato in una prospettiva medica, o sulla base di un sapere medico. Non si riesce a uscire dalla medicalizzazione, e tutti gli sforzi profusi in questo senso si rimettono al giudizio di un sapere medico”*²²⁸.

Se si fa riferimento a quel movimento non unitario che si è formato negli anni '60 e '70 e che prende il nome di antipsichiatria, il discorso di Foucault risulta ancora più chiaro. Infatti, nonostante tutti gli aderenti a tale movimento avessero idee diverse (Cooper, Laing, Basaglia, Szasz, Antonucci), essi condividevano la volontà di ripensare la psichiatria affinché potesse diventare una disciplina umana che tenesse conto delle sfere sociali che causavano l'insurrezione della patologia psichica e, in molti casi, sostenevano la profonda necessità di demedicalizzare alcune situazioni vitali prese a torto sotto l'ala terapeutica dalla psichiatria. Bisogna però notare come, nonostante essi si opponessero al gioco della medicalizzazione psichiatrica delle condizioni umane, nessuno di loro è riuscito ad elaborare un programma fuori dal linguaggio medico. Non a caso Basaglia rifiuta il termine antipsichiatria inteso quale forma di distruzione del sapere medico-psichiatrico e sostiene che il gioco di sovversione della psichiatria stessa non possa avvenire che all'interno dell'istituzione e dello stesso linguaggio medico. Egli ritiene che sia totalmente assurdo prospettare un'uscita dalla medicalizzazione o dalla psichiatria stessa, ma sia necessario riformare la stessa dall'interno, ovvero non è possibile prescindere da un linguaggio medico-psichiatrico, ma esso può essere riformato. Ancora più chiaro è Thomas Szasz il quale scrive: *“quando in Francia e in Italia gli psichiatri-antipsichiatri dichiararono che la malattia mentale è un mito, le loro dichiarazioni non produssero conseguenze: essi continuarono a fare diagnosi di malattia mentale, praticando coercizione, al fine di limitare il trattamento della malattia (che non esiste) alla cura fisica”*²²⁹. Ciò che asserisce Szasz è che ogni forma di antipsichiatria ha provocato una nuova forma di medicalizzazione, nessuno è riuscito ad opporsi totalmente alla psichiatria creando una contro proposta non basata sul linguaggio medico. Ne segue che, proprio come sostiene Foucault, non sia possibile ad oggi produrre nessun discorso che attui una demedicalizzazione, poiché ogni proposta prende forma all'interno della cornice propria della medicalizzazione e si basa su un criterio di verità che sancisce l'utilizzabilità solo della terminologia medico-biologica. Si può così affermare che se Illich propone una teoria della

²²⁸ Ibidem

²²⁹ T. Szasz, *Antipsychiatry, Quackery squared*, Syracuse University Press, 2009, p. 126

demedicalizzazione basandola sulla volontà di recuperare i limiti umani che esistono da sempre e che sussistono in ogni epoca²³⁰, Foucault oppone a tale teoria il fatto che l'uomo non abbia dei confini naturali da poter rintracciare, ma i confini propri dell'uomo vengono a loro volta determinati dalla cornice di senso, che si basa sull'episteme proprio di un periodo storico. Per tal motivo, per il filosofo francese, non è possibile creare un linguaggio veritativo che non sia interno allo schema che dona senso al soggetto. Il limite di Illich, secondo Foucault, risiede dunque nel non aver compreso che la medicalizzazione non è un fatto generato dal capitalismo, ma che essa si lega alla sfera politica ed economica determinando una cornice in cui tutti i fatti, anche la produzione industriale, si ordinano e prendono senso. Perciò il regime veritativo è la medicalizzazione, la quale per sua stessa essenza non ha più un "al di fuori".

4) La demedicalizzazione dell'omosessualità come nuova fonte della medicalizzazione

Foucault sostiene che non sia, ad oggi, possibile produrre nessun discorso volto alla demedicalizzazione, poiché è del tutto impossibile formare degli enunciati che assumano una valenza di verità e che, allo stesso tempo, possano esprimere qualcosa che vada al di là di una riconduzione dei fenomeni all'interno della sfera del normale e del patologico. In altre parole egli afferma che, poiché la dimensione di senso che dona legittimità alla soggettività è fondamentalmente medica, non si riesce a costruire un discorso che abbia pertinenza all'interno dell'ordine veritativo dato che possa prescindere dagli enunciati medici. Per tal ragione abbiamo colto come la differenza tra Foucault e Illich si ritrova propria in questa dimensione, ovvero per Illich è possibile opporre alla medicalizzazione un nuovo linguaggio che è quello della società della convivialità, per Foucault tale situazione è del tutto impossibile, perché il linguaggio della società della convivialità è nuovamente medico. Foucault nega così la tesi della demedicalizzazione proposta da Illich, il quale non riconduce il fenomeno della medicalizzazione alla sua reale natura di cornice, ma lo interpreta quale fenomeno inserito in una data sfera di senso. A differenza di Illich, Conrad elabora una teoria della demedicalizzazione che non si basa su un rovesciamento dell'intero sistema sociale

²³⁰ A questo proposito scrive: "la percezione della nemesi porta a una scelta. O i confini naturali dello sforzo umano vengono considerati, riconosciuti e tradotti in limiti determinanti politicamente, o come alternativa all'estinzione si accetta la sopravvivenza obbligata in un inferno pianificato e tecnicizzato". I. Illich, *Nemesi medica, L'espropriazione della salute*, Boroli editore, Milano 2005, p. 282

basato sulla medicalizzazione, ma sostiene come sia possibile all'interno del meccanismo di medicalizzazione produrre delle istanze che portino a fenomeni localizzati di demedicalizzazione. A questo proposito porta l'esempio dell'omosessualità che dal 1974 viene demedicalizzata e sparisce dalle tabelle tassonomiche psichiatriche. Foucault parla in molteplici occasioni dell'omosessualità²³¹, in particolare egli, proprio come Conrad, sostiene che sia molto importante studiare tale forma di sessualità, poiché essa è passata nella storia da essere una forma di peccato, poi di reato ad essere una vera e propria patologia. Infatti, scrive: *“la sodomia – quella degli antichi diritti civili o canonico – era un tipo particolare di atti vietati; il loro autore ne era soltanto il soggetto giuridico. L'omosessuale del XIX secolo, invece, è diventato un personaggio: un passato, una storia, ed un'infanzia, un carattere, una forma di vita; una morfologia anche, con un'anatomia indiscreta e forse una fisiologia misteriosa. Nulla di quello che egli è sfugge alla sua sessualità. [...] L'omosessualità è apparsa come una delle figure della sessualità quando è stata ricondotta dalla pratica della sodomia ad una specie di androginia interiore, un ermafroditismo dell'anima”*²³².

Il fatto che Foucault dia importanza all'omosessualità e che ne ripercorra le tappe all'interno del libro *La volontà di sapere* potrebbe portare a pensare che egli abbia sottovalutato proprio tale situazione vitale che, come ha messo in luce Conrad, rappresenta l'esempio di una possibile demedicalizzazione. Detto in altre parole Foucault sembra riuscire a dimostrare che la teoria della demedicalizzazione proposta da Illich manchi delle fondamenta su cui poter poggiare per rivelarsi realmente possibile, mentre sembra che la descrizione proposta da Conrad della demedicalizzazione come fatto possibile all'interno alla cornice della medicalizzazione sia una situazione possibile. Conrad sembra così smascherare una lacuna nella teoria della medicalizzazione coniata da Foucault. In realtà, quest'ultimo asserto non corrisponde alla verità, infatti lo studio dell'evoluzione della demedicalizzazione dell'omosessualità mostra come il pensiero di Foucault relativo all'impossibilità di concepire la demedicalizzazione sia estendibile anche a queste forme “falsate” di demedicalizzazione che avvengono in società.

Per cogliere come anche la demedicalizzazione dell'omosessualità non riesca ad issarsi quale situazione che oppone al linguaggio medico un nuovo linguaggio che liberi del tutto una sfera di vita dall'ordine veritativo degli enunciati medici è necessario ripercorrerne le tappe. Il termine omosessualità viene coniato nel 1869 dal medico ungherese Karoly Maria Kertbeny

²³¹ In particolare si può far riferimento ai seguenti testi: *Le vrai sexe*, in in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 934-943; *De l'amitié comme mode de vie*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 982-987; *Michel Foucault, an Interview: Sex, Power and the Politics of Identity*, in *Dits et Écrits*, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 1554-1566

²³² M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, pp. 42-43

per designare tutte le forme di amore carnale fra persone dello stesso sesso biologico. Tale termine si impose nei primi del novecento sostituendo le denominazioni a carattere giuridico-religioso quali sodomia, inversione, lesbismo e uranismo²³³. Questa situazione si inserisce nell'ambito di una riforma ampia, inserita nella cornice della medicalizzazione, che vede passare gli atti sessuali da forme compiute contro natura, a trasgressioni patologiche effettuate quali forme di devianza all'interno di un mondo decriptato tramite la scienza. In particolare la disciplina medico-scientifica che si occupa di studiare e catalogare queste nuove forme di devianza sarà la pratica psichiatrica, la quale si organizza in tabelle tassonomiche che raggiungono la propria maturità nel manuale redatto dall'*American Psychiatric Association* che prende il nome di *DSM*. Il primo manuale redatto nel 1952 elencava tre divisioni principali dei disturbi funzionali: la psicosi, le nevrosi e i disturbi di personalità. All'interno di quest'ultima categoria compariva anche la *Deviazione Sessuale* che era la diagnosi utilizzata per catalogare l'omosessualità. Una prima diagnosi autonoma dell'omosessualità apparve nel *DSM-II* redatto nel 1968, il quale eleggeva tale forma patologica quale figura cardine delle devianze sessuali²³⁴: dunque, tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70, l'omosessualità era considerata una malattia psichiatrica che necessitava una diagnosi e una cura. Tale malattia era talmente debilitante che chiunque ne soffrisse non poteva esercitare la professione medica, quella psichiatrica o avere ruoli importanti e di comando all'interno della società stessa. Tutto mutò improvvisamente all'inizio degli anni '70 quando numerosi congressi di ambito psichiatrico in America vengono interrotti da contestatori appartenenti alla comunità gay, i quali rivendicano il proprio diritto ad uno stile di vita alternativo. Essi chiedono con forza una spiegazione scientifico-oggettiva riguardo l'inserimento dell'omosessualità all'interno delle condizioni patologiche descritte dal *DSM*. Tali contestazioni trovano il loro apice nel 1972 grazie a John Fryer, psichiatra omosessuale membro dell'APA, che travestendosi, camuffando la voce e celandosi dietro lo pseudonimo Dr. H. Anonymous, organizza a Dallas una conferenza per parlare di psichiatria e omosessualità. A questo convegno egli dichiara di essere psichiatra e omosessuale e di parlare in rappresentanza dei suoi colleghi che condividono il suo orientamento sessuale, mirando a persuadere gli animi sul fatto che egli potesse esercitare pienamente la sua professione pur amando una persona del suo stesso sesso²³⁵. Questo evento, seguito da molte altre rivendicazioni più o meno clamorose, portò l'APA ad indire per l'anno successivo una votazione interna fra i suoi aderenti al fine di decidere se espungere o conservare

²³³ Vedi E. Roudinesco, *La parte oscura di noi stessi*, Angelo colla editore, Vicenza 2008, p. 67

²³⁴ Vedi M. Briki, *Psychiatrie et homosexualité*, Presses universitaires de Franche-Comté, 2009

²³⁵ Cfr. S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013

l'omosessualità come malattia mentale. Il 58% degli psichiatri dell'APA si pronunciò a favore dell'espulsione dell'omosessualità dal DSM e, nella riedizione del DSM-II del 1974, l'omosessualità non figurerà più come malattia mentale propriamente detta²³⁶. Fermarsi a questa analisi per sostenere che l'omosessualità è stata demedicalizzata vuol dire compiere una mistificazione storica, infatti sebbene nel DSM-III (1980) non compare più il nome esplicito omosessualità, compare una nuova forma patologica che di fatto poteva assorbire la vecchia categoria dell'omosessualità: *Il Disturbo da orientamento sessuale*. Tale nuovo criterio diagnostico venne inserito dal Robert Spitzer, capo della task force per la redazione del DSM-III, poiché sosteneva che l'omosessualità non poteva essere considerata quale comportamento patologico, ma non poteva nemmeno essere considerata quale variante normale del comportamento umano²³⁷. Come mettono in luce Kutchins e Kirk²³⁸, due tra i più importanti studiosi di storia ed etica della psichiatria, la demedicalizzazione dell'omosessualità operata da Spitzer nel DSM-III fu solo di facciata e servì unicamente ai giornali e ai media per fare dei titoli sensazionali. L'omosessualità di fatto rimase all'interno del DSM, ma gli fu cambiato nome, tanto che essa in pochi anni mutò nuovamente la propria classificazione da *Disturbo dell'orientamento sessuale* a *Omosessualità egodistonica* (EDH)²³⁹, che includeva tutti coloro che erano preoccupati dei propri impulsi omosessuali. La ricomparsa del termine omosessualità in una delle edizioni del DSM-III dei primi anni '80 condusse la comunità gay a scrivere numerose lettere all'APA, ma, come scrivono Kutchins e Kirk, essa abbandonò il progetto di nuove battaglie pubbliche, poiché temeva di perdere quanto aveva guadagnato ed, inoltre, era felice del fatto che tale nuova forma patologica non venne pubblicizzata all'opinione pubblica, la quale rimase convinta che l'omosessualità fosse di fatto stata demedicalizzata²⁴⁰. Tale diagnosi fu accantonata nel 1987 a seguito della revisione del DSM-III che uscì con il nome di DSM-III-R e tale situazione passò totalmente sotto silenzio, infatti tranne qualche critico e studioso, (su tutti bisogna ricordare Bayer²⁴¹),

²³⁶ Per una descrizione approfondita dell'esclusione dell'omosessualità dal DSM vedi M. Minard, *Le DSM-roi, Eres*, Toulouse, 2013; M. Briki, *Psychiatrie et homosexualité*, Presses universitaires de Franche-Comté, 2009

²³⁷ R. L. Spitzer, *A proposal about Homosexuality and the APA nomenclature: Homosexuality a san Irregular Form of Sexual Behavior and Sexual orientation Disturbane as a Psychiatric Disorders*, in *American Journal of psychiatry*, 130, n. 11, 1973, pp. 1214-1216

²³⁸ H. Kutchins, S. Kirk, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, pp. 59-106

²³⁹ Il DSM-III definì l'omosessualità ego-distonica nel seguente modo: "le caratteristiche essenziali sono un desiderio di acquisire o aumentare l'eccitamento eterosessuale, in modo da poter iniziare o mantenere relazioni eterosessuali, e un partner di evidente eccitamento omosessuale che l'individuo afferma esplicitamente non voluto e una persistente forma di sofferenza. Questa categoria è riservata a quegli omosessuali per cui il cambiamento di orientamento sessuale è una perenne preoccupazione". Parte del DSM-III citato in Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry: The politics of Diagnosis*, Basic Books, 1981, p. 176

²⁴⁰ H. Kutchins, S. Kirk, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 83

²⁴¹ Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry: The politics of Diagnosis*, Basic Books, 1981, in particolare si può far riferimento alle pagine 210-217

nessuno mise l'accento sulla soppressione dell'EDH che, di fatto, eliminava la possibilità di diagnosticare l'omosessualità in psichiatria. Il motivo di tale silenzio viene spiegato da Bayer attraverso il fatto che la situazione stava perdendo importanza e che sia gli attivisti che l'opinione pubblica erano ormai stati distorti dagli articoli di giornali pubblicati nel 1974 che annunciavano la demedicalizzazione dell'omosessualità. In altri termini, nessuno si interessava all'evoluzione di tale patologia, che lungi dall'essere diventata una forma di descrizione di vita sottratta alla medicina, rimaneva totalmente presa in un discorso veritativo di stampo medico. A questo proposito Kutchins e Kirk fanno notare come il totale disinteresse per questa tematica da un punto di vista mediatico, portò l'APA ad elaborare nel DSM-IV del 1994 un criterio diagnostico dal nome: *Disturbo sessuale non altrimenti specificato*. In questo criterio potevano essere compresi tutti quelli che provavano una forma di sofferenza a causa di alcune situazioni legate alla sfera sessuale, compresa la volontà di non manifestare comportamenti omosessuali, che non rientravano in nessuna categoria già elencata nel DSM-IV. Questa osservazione porta alla constatazione, secondo Kutchins e Kirk, che gli psichiatri furono e sono ancora impegnati nel tentativo di identificare l'omosessualità quale patologia²⁴². In particolare i due autori sostengono che ci sono almeno due caratteristiche che fanno pensare che si potrebbe tornare a considerare l'omosessualità quale forma patologica: il *disturbo del disordine dell'identità di genere* inserito dal DSM-IV-TR (2000), confluito nel nuovo criterio diagnostico nominato *Disforia di genere* inserito nel DSM-5 (2013) e, in secondo luogo, la genetizzazione dell'orientamento sessuale. In particolare questa possibile rimedicalizzazione non viene prodotta da ricercatori catalogabili come omofobi, ma essa viene teorizzata inconsapevolmente da coloro che vogliono affrancare l'omosessualità dall'essere una patologia. Un esempio su tutti può essere rappresentato da Dean Hamer, il quale negli anni '90 si prefissò di trovare dei criteri naturali, ad esempio la presenza di geni, che potessero mettere in luce come l'omosessualità abbia alle spalle delle basi biologiche, e per tal ragione essa debba essere considerata quale forma accettabile e naturale di comportamento umano. Per fare ciò egli condusse uno studio tra l'associazione dei marcatori di DNA sul cromosoma X e l'orientamento sessuale maschile. Tale studio ricostruì la storia familiare di 76 omosessuali e scoprì che il 13,5% dei fratelli degli uomini gay erano anch'essi

²⁴² A questo proposito scrivono: "Non sarà una sorpresa il fatto che gli psichiatri stiano ancora cercando di trovare una diagnosi per gli omosessuali (sebbene, al momento, senza l'aiuto del DSM. Attualmente esistono due tendenze degne di nota che possono portare alla ridefinizione degli omosessuali come malati di mente e, molti di coloro che presero parte alle lotte precedenti sono stati la causa di un'attività più recente. Sia gli psicoanalisti che lottarono a favore della diagnosi di omosessualità sia alcuni degli psichiatri che lavorarono per eliminarla sono profondamente coinvolti nell'impegno di identificare i fattori all'origine dell'omosessualità. A sua volta, questo impegno può portare, inevitabilmente, alla riclassificazione dell'omosessualità come diagnosi nel DSM". H. Kutchins, S. Kirk, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 97

omosessuali, con una probabilità di omosessualità sei volte maggiore rispetto agli altri uomini. Lo studio concluse affermando l'esistenza del 95% di probabilità che la predisposizione all'omosessualità si potesse trovare in un gene, o in alcuni geni, che vengono ereditati dalla madre²⁴³. Tali studi, che ad oggi non vengono considerati come portatori di verità scientifica, vengono però intesi da molti come delle possibili vie per indagare l'omosessualità e definirla quale malattia o alterazione genetica²⁴⁴. Lo stesso Peter Conrad sostiene che: *“la tendenza generale degli ultimi cento anni è stata quella di medicalizzare i problemi umani, anche se esiste una piccolissima quantità di casi di demedicalizzazione. L'omosessualità rimane una di queste sfere di vita demedicalizzata. Anche se esistono almeno due sfere che possono oggi portare alla rimedicalizzazione dell'omosessualità [...] l'emergere del disordine da identità di genere [...] le ipotesi genetiche dell'evidenza della naturalità dell'omosessualità, che portano tesi a sostegno di chi ritiene che l'omosessualità sia trattabile²⁴⁵”*. Ne segue che proprio Conrad metta in luce come esistono delle possibilità che potrebbero ricondurre alla rimedicalizzazione dell'omosessualità²⁴⁶, tale situazione dà ragione alla tesi di Michel Foucault il quale sostiene che non sia possibile opporre al discorso medico un discorso antimetico. In altre parole il caso dell'omosessualità - al di là del fatto che oggi sembra poter correre il rischio, secondo Conrad e altri studiosi, di diventare nuovamente una fonte patologica - dimostra come tale espressione vitale non sia stata demedicalizzata, se con tale termine intendiamo la possibilità di sottrarre una situazione vitale al dominio veritativo della medicina, poiché essa è ancora intesa alla luce di una terminologia medica. Ciò vuol dire che, proprio come sostiene Foucault, non si può ad oggi contrapporre ad un discorso veritativo medico un discorso di altro tipo, poiché lo stesso si fonda su presupposti medici. Non è un caso che le modalità con le quali si tenta oggi di porre fine alla discussione attorno all'omosessualità intesa come patologia siano di tipo medico-biologico, come quella proposta da Hamer mirante alla ricerca dei geni che possano sancire la naturalità e quindi l'essere in salute dell'amare un soggetto del proprio sesso. In altri termini, Foucault ha ragione a sostenere che quando si vuole obbiettare alla medicina le sue debolezze, lo si fa e lo si può fare sempre e comunque in nome di un sapere medico più completo e raffinato. Dunque, tutte le forme ipotizzabili di demedicalizzazione prendono forma all'interno di una

²⁴³ Per un'analisi dettagliata di tale studio rinvio al testo di J. Rifkin, *Il secolo biotech*, Baldini & Castoldi, Milano 1998, p. 250

²⁴⁴ Su questo punto si può far riferimento alla seguente letteratura critica: B. Hansen, *American Physicians' discovery of Homosexuals*, in *Framing Disease: Studies in Cultural History*, Rutgers University Press, 1992, pp. 104-133; H. Kutchins, S. Kirk, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, pp. 101-106

²⁴⁵ P. Conrad, P. Conrad, *The medicalization of society*, Johns Hopkins, 2007, pp. 112-113

²⁴⁶ Si può far riferimento a tutto il capitolo scritto da Conrad dal titolo *Homosexuality and the Potential for Remedicalization*, contenuto *The medicalization of society*, Johns Hopkins, 2007, pp. 97-113

cornice di senso che dona vita ad un linguaggio profondamente medicalizzato, il quale conduce ad un ordine di verità medico-biologico. I fenomeni di demedicalizzazione sono, per tal motivo, rari e quelli che esistono, esempio dell'omosessualità, non costituiscono delle riappropriazioni, come vorrebbe Illich, di situazioni della vita, e nemmeno delle forme locali di riappropriazione come sostiene Conrad, ma si formano quali modalità medicalizzate differenti di cogliere la realtà, che restano, per tal ragione, all'intero della cornice di normalizzazione prodotta dalla medicalizzazione.

4.

MEDICALIZZAZIONE E BIOMEDICALIZZAZIONE: DALLA POPOLAZIONE AL SINGOLO PER TORNARE ALLA POPOLAZIONE

Una delle grandi novità delle tecniche di potere, nel XVIII secolo, fu l'apparizione, come problema economico e politico, della popolazione [...] i governi si accorgono che non hanno a che fare semplicemente con dei sudditi, né con un popolo, ma con una popolazione, coi suoi problemi specifici e le sue variabili proprie: natalità, morbosità, durata della vita, fecondità, stato di salute, frequenza delle malattie, forma di alimentazione e habitat.
M. Foucault, La volontà di sapere, Feltrinelli, Milano 2010, p. 28

1) I molti modi di dirsi della medicalizzazione

Michel Foucault ci ha mostrato come ci troviamo oggi all'interno della società della norma, una cornice entro cui si modellano e prendono forma le nostre azioni, e la modalità per cogliere le stesse assume istanza veritativa all'interno della codificazione propria della medicalizzazione. Nel precedente capitolo abbiamo, dunque, colto come la medicalizzazione non sia un fatto che si erge su una particolare costituzione sociale, come asseriva Illich facendo riferimento al capitalismo, ma essa corrisponde alla cornice che dona senso al nostro essere in società. Ciò conduce all'affermazione che non esista la possibilità concettuale di attuare la demedicalizzazione, poiché essa richiederebbe l'utilizzo di alcuni enunciati che non rientrano tra quelli che sono garantiti dall'ordine del discorso attuale. In altre parole, proprio come ha asserito Foucault, è oggi possibile sostenere che siamo dentro la società della medicalizzazione indefinita, ovvero dove tutto quello che ci sta attorno viene valutato all'interno di categorie medico-biologiche atte alla creazione di una valenza naturale del concetto di salute, la quale, a sua volta, determina cosa sia da considerarsi normale e cosa sia patologico. Per tal ragione l'ordine veritativo della medicina, che costituisce l'essenza della medicalizzazione, è una delle forme che maggiormente catturano l'attenzione degli studiosi contemporanei, tanto che si può legittimamente parlare di almeno tre modalità di studio del fenomeno della medicalizzazione. La prima modalità di studio, che affronta il concetto di medicalizzazione da una nuova prospettiva, è quella che prende il nome di *farmacologizzazione*. L'autore che più di ogni altro è conosciuto all'interno di questo campo di studi è Abraham, il quale definisce la farmacologizzazione con le seguenti parole: "il

*processo per cui le condizioni sociali, comportamentali o corporee sono trattate con farmaci, o considerate bisognose di un trattamento, da parte dei medici, dei pazienti o di entrambi*²⁴⁷”. La farmacologizzazione, come notano Ward e Fox²⁴⁸, si concentra sullo studiare il meccanismo di adozione dei medicinali quale fonte risolutiva dei problemi della vita, dunque si focalizza sull’evidenziare la volontà dei soggetti ad avere sempre più pillole e la pari necessità dell’industria farmaceutica di accontentare tali soggetti. In altri termini, la farmacologizzazione si basa sul presupposto che il soggetto coscientemente richiede sempre un maggior numero di farmaci al fine di migliorare la propria vita, dove per migliorare deve intendersi la possibilità di mantenere dei criteri di normalità condivisa. Ovviamente tale situazione deriva primariamente dal fatto che l’individuo sia immesso in un regime veritativo-normativo di stampo medico, poiché se lo stesso soggetto non attribuisse un criterio di verità ai medicinali non cercherebbe la continua assunzione degli stessi per rendere normale la propria vita. In questo contesto assume importanza la posizione espressa da Coveney, Gabe e Williams²⁴⁹ i quali sostengono che la farmacologizzazione non avvenga solo in presenza di una sottostante medicalizzazione, ma avvenga anche in maniera totalmente autonoma. L’esempio che essi portano è relativo al fatto che alcune persone possono comprare o in un negozio fisico o meglio ancora in internet una serie di farmaci che non sono stati prescritti da un medico. Secondo i tre studiosi tale situazione di assunzione autonoma dei medicinali, che non richiede una diagnosi e non s’inserisce all’interno di una prescrizione terapeutica fatta da un medico, si svincola dalla medicalizzazione. Questa posizione è comprensibile se si considera che tali studiosi si rifanno ad un’idea ridotta del termine medicalizzazione, il quale non si riferisce ad un ordine del discorso proprio di una data società, quindi la teoria foucaultiana, ma descrivono la medicalizzazione come un puro fatto da inquadrare nell’ottica medica (critica al potere delle case farmaceutiche e della medicina quale istituzione). Abbiamo già visto nel precedente capitolo come tale situazione pur risultando di estremo interesse non si dimostra del tutto favorevole per la comprensione e l’edificazione della teoria della medicalizzazione della vita, poiché in essa manca l’analisi attorno all’edificazione della soggettività, la quale solo formandosi in un contesto veritativo di stampo medico-biologico può decidere di assumere autonomamente un farmaco per risolvere un proprio problema di vita. In altri termini, i tre studiosi, nonostante compiano uno sforzo di analisi certamente da

²⁴⁷ J. Abraham, *The sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medication*, in *Handbook of medical sociology*, Vanderbilt university press, 2010, p. 290

²⁴⁸ N.J. Fox, K. J. Ward, *Pharma in the Bedroom and the Kitchen. The Pharmaceuticalisation of Daily Life*, in *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 2008, pp. 856-868

²⁴⁹ C. Coveney, J. Gabe, S. Williams, *Potenziamento della capacità mentale? Dalla medicalizzazione della cognizione alla farmacologizzazione delle routine*, in *Salute e società*, N.2, 2012, pp. 145-160

lodare e da menzionare come fonte importante nella ricostruzione delle dinamiche del processo di medicalizzazione, limitano consapevolmente la loro analisi alla delucidazione sociologica e statistica dei processi atti all'assunzione dei farmaci, non fornendo spiegazione del processo di medicalizzazione che forma i soggetti stessi e li porta ad avanzare la volontà di assumere dei farmaci per risolvere i propri problemi vitali. Dunque, la farmacologizzazione è una modalità di studio, che dando per scontato la medicalizzazione come una cornice che prescrive la norma di vita, si focalizza nella rilevazione statistica e sociologica di quanto i farmaci si diffondano nella vita dei soggetti. Per cogliere come Coveney, Gabe e Williams, quando parlano di farmacologizzazione sganciandola dalla medicalizzazione, non descrivano completamente il processo di medicalizzazione, possiamo far riferimento alla seconda prospettiva di studio di tale fenomeno che prende il nome di *automedicalizzazione*. Secondo l'antropologa Silvie Fainzang, una delle voci più autorevoli all'interno di tale corrente di pensiero, con il termine *automedicalizzazione* si definisce l'atto di assumere un medicinale di cui si è già in possesso, oppure di richiedere la prescrizione di un medicinale di cui non si ha la disponibilità²⁵⁰. Tale pratica è strettamente legata al concetto di autonomia, infatti come scrive la Fainzang: "*l'automedicalizzazione ha un collegamento immediato con la nozione di autonomia [...] raccomandare l'automedicalizzazione vuol dire prescrivere che l'individuo prende una parte della sua salute in mano, in maniera autonoma*²⁵¹". Effettivamente a prima vista non sembra esserci nulla di più evidente del fatto - come evidenziano anche Coveney, Gabe e Williams - che se un soggetto chiede di sua spontanea volontà di assumere un farmaco ciò rappresenti la massima espressione della sua libertà, quindi della sua autonomia. In realtà tale situazione, come suggerisce la Fainzang, è più complicata di quello che sembra, infatti assumere medicinali autonomamente o richiederli porta con sé il fatto che una malattia si è concretizzata nella mente di un sofferente come una prassi evidente e banale. In poche parole, quando si assume un medicinale o lo si richiede autonomamente si sono realizzate due situazioni mentali: la prima è un auto-diagnosi, cioè si sono collegati alcuni sintomi ad una specifica malattia, la seconda è che si ha avallato che tali sintomi debbano essere curati tramite un determinato farmaco²⁵². L'*automedicalizzazione*, dunque, è l'ultimo atto che consente ad una patologia di essere definita tale, ovvero socialmente accettata. Per tal ragione si può affermare che l'*automedicalizzazione* sia l'espressione dell'autonomia del soggetto, svincolandolo dai processi di costituzione della sua soggettività e dall'analisi degli enunciati

²⁵⁰ S. Fainzang, *L'automédecination*, Puf, Paris 2012

²⁵¹ Ivi., p. 9

²⁵² Cfr T. Buclin, C. Ammon, *L'automedicalization pratique banale, Motif Complex*, in *Cahiers Médico-Sociaux*, 2001; S. Van der Geest, A. Pardon, *The anthropology of pharmaceuticals: a biographic approach*, in *Annual review of anthropology*, N. 23, 1998

veritativi della sua epoca, solo se si guarda ad essa senza considerare nulla di ciò che porta la stessa a realizzarsi e concepirsi; a ben vedere, infatti il consumatore di qualunque tipo di pillole non è autonomo nel prendere una decisione, ma è naturalmente portato dalla sua stessa costituzione soggettiva ad assecondare una norma che vede nell'ausilio medico la via principale per recuperare la naturalezza dell'espressione umana. Le pillole vengono richieste dal soggetto perché egli si forma sulle pratiche veritative che gli consentono di definire ed interpretare i propri disturbi attraverso il linguaggio medico, in quanto lo stesso soggetto non ha altre forme, come sostiene Foucault, per poter pensare ai propri disagi ed è proprio tale situazione di cornice normativa che costituisce l'essenza della medicalizzazione, la quale poi si esplica in seconda battuta nella prescrizione dei farmaci da parte di un medico. Perciò bisogna cogliere che la medicalizzazione è una forma che struttura la realtà e non un puro fatto costituito su una realtà e, per tal ragione, la farmacologizzazione è sempre vincolata alla volontà di automedicalizzazione che si crea e s'instaura nel soggetto in quanto portatore di una verità soggettivo-normativa incentrata sulla medicina-biologia. È, pertanto, fondamentale cogliere come la medicalizzazione agisce fundamentalmente sul soggetto al fine di disciplinarne e normarne la condotta e solo così facendo agisce sulla popolazione. Ciò vuol dire che ogni atto di richiesta di una pillola non è da considerarsi come una decisione autonoma, ma come una volontà instaurata dal meccanismo di soggettivazione che rende l'oggetto soggetto del mondo medicalizzato, e, in questa volontà prodotta dal bisogno della norma, s'inseriscono le case farmaceutiche che riescono ad incrementare i propri fatturati tramite l'aumento delle malattie e dei farmaci che le risolvano. Se non esistesse una cornice di medicalizzazione, che porta all'automedicalizzazione, non esisterebbe nemmeno la farmacologizzazione. L'uomo, dunque, viene prodotto quale soggetto medicalizzato, tanto che è egli stesso che assume in maniera autonoma farmaci e che si rivolge al medico per averne altri. A questo proposito lo studioso Luigi Colaiani riporta un dialogo medico-paziente che si potrebbe perpetuare in ogni ambulatorio: “ *P=dottore, mi sento giù, depresso, senza forze...di cosa soffro? M=signor X, non è che lei si sente depresso...lei ha la depressione! P=in base a cosa può dimostrarlo? M=in base a quanto mi ha detto circa il sentirsi, giù, depresso, senza forze*²⁵³”. Questo dialogo riporta come l'uomo oggi possa esprimersi solo all'interno di una sfera semantica propria dell'ambito medico, ovvero la medicina costituisce la nostra sfera veritativa, la quale non ha più una possibilità di zone d'ombra. Ne segue che se vogliamo parlare di noi stessi useremo un lessico medico, per tal ragione ogni risposta che daremo e che riteniamo essere presentabile quale verità è quella che

²⁵³ L. Colaiani, *Per incapacità di intendere e volere*, Aracne, Roma 2009, p. 57

si basa su un ordine lessicale dato e che può far rivenire ad un problema di vita una soluzione farmacologia o relativa ad intervento terapeutico²⁵⁴. Ciò non toglie che all'interno del meccanismo di medicalizzazione esistano delle persone o dei gruppi di persone che riescono a sfruttare questo regime veritativo per guadagnare e per perpetuare i propri interessi privati. Questo punto costituisce il nodo focale della terza modalità di studiare il fenomeno della medicalizzazione. Tale modalità prende l'avvio dalla studiosa Leonore Tiefer la quale sostiene che all'interno della società medicalizzata sia nata una forma di lucro spropositata a cui attribuisce il nome di *costruzione medicalizzata della vita*²⁵⁵. Tiefer sostiene che sia necessario dividere tra medicalizzazione della vita che costituisce una prassi positiva nella vita dei soggetti, poiché gli stessi si costituiscono in un regime veritativo proprio dell'ambito medico necessitando di prassi terapeutiche elevate per vivere in armonia, e una costruzione medicalizzata della vita che fa riferimento ai meccanismi grazie ai quali le case farmaceutiche e i medici compiacenti si ingegnano per aumentare le patologie al fine di guadagnare potere e soldi. Parafrasando la tesi di Tiefer si può sostenere che la medicalizzazione della vita costituisca una realtà su cui si edifica l'esperienza umana odierna, ma all'interno di ciò le case farmaceutiche possono abusare dei processi propri della medicalizzazione della vita per instaurare sempre nuove forme di patologie. Ad esempio, Tiefer sostiene che parlare di medicalizzazione della sessualità e sostenere che il soggetto riconosca e faccia esperienza della propria sessualità per mezzo delle categorie proprie della medicina costituisca l'essenza della nostra società, invece aumentare a dismisura le patologie che si fondano su questa visione delle sessualità - ad esempio sostenendo che il non provare piacere sessuale sia una fonte patologica da curare, perché la normalità dell'uomo è di provare sempre piacere - vuol dire costruire una realtà medicalizzata che, pur basandosi sull'ordine veritativo della medicalizzazione, ne porge il senso verso l'utilità del profitto di alcuni in sfavore di tanti. La lettura di Tiefer è molto importante perché ci permette di cogliere come la medicalizzazione costituisca la base su cui si edifica la nostra società, proprio come evidenziato da Foucault, ma ci permette anche di chiarire che essa è il criterio su cui prendono forma tutte le istanze umane, quindi anche quelle dedite all'arricchimento o alla volontà di assumere potere in società. Dunque, la medicalizzazione della vita che produce l'instaurazione della norma di salute al cuore del soggetto rappresenta la modalità di vita del nostro tempo, la quale viene

²⁵⁴ Su questo tema mi piace sottolineare come il giornalista e scrittore Tiziano Terzani abbia riportato all'interno del libro *Un altro giro di giostra* la propria avventura alla ricerca di prassi non-mediche che lo potessero aiutare a sconfiggere la propria malattia (tumore). La conclusione a cui giunge è che il suo linguaggio e la sua fede nella medicina scientifica sono totalmente impossibili da superare, poiché rappresentano la dimensione di senso in cui è cresciuto e che ha donato senso alla sua esistenza.

²⁵⁵ L. Tiefer, *The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues*, in *Annual Review of Sex Research*; 1996, Vol. 7, pp. 252-230

vissuta dai soggetti proprio come le altre fonti di episteme che sorreggevano le epoche passate, quando sotto il potere sovrano c'erano delle persone che, pur dovendo rispettare tale potere, riuscivano a trasformare i criteri costituiti da un legislatore al fine di realizzare il proprio profitto, come avviene adesso all'interno della società della medicalizzazione. Ne segue che tutte le nuove modalità di studiare il concetto di medicalizzazione (farmacologizzazione, automedicalizzazione, costruzione medicalizzata della vita) non possano prescindere dal ritenere la medicalizzazione quale criterio che prescrive la norma di vita dei soggetti, ma così facendo non si discostano dalla teoria espressa da Foucault che ritiene la medicalizzazione quale forma che s'instaura sul singolo al fine di governare la popolazione, facendo sì che essa obbedisca e rispetti dei criteri di normalità sociale.

2) Adele Clark e la biomedicalizzazione

Abbiamo visto nel paragrafo precedente come la medicalizzazione costituisca una fonte di studio molto diffusa e che essa, pur venendo intesa sempre quale cornice su cui si edificano le vite dei soggetti, venga indagata sotto vari aspetti. Inoltre, abbiamo messo in luce come tutte queste ricerche non possano prescindere dalla rilevazione che il meccanismo di medicalizzazione, che soggiace alla farmacologizzazione, all'automedicalizzazione e alla costruzione medicalizzata della vita, sia atto alla propagazione di una norma, cioè mira a plasmare e a creare dei comportamenti che, pur rientrando in un paradigma dato, non reprimono il corpo e lo slancio vitale, ma lo alimentano e lo ampliano al fine di incanalarlo all'interno di una via e di un ordine preciso che è quello proprio dell'apparato statale che si fonde con l'istanza economica e che regola il soggetto politico rappresentato dalla popolazione. La norma, instaurata dalla medicina, fa sì che si attui una visibilità e una classificazione costante del soggetto che consente di affermare che il problema della malattia del singolo s'inserisce all'interno del problema generale della salute della popolazione, poiché il potere assume dal XVIII secolo il nuovo compito di conservare la forza lavoro, compito che viene anche oggi perpetuato assieme a quello di capitalizzare la salute, quale forma che ogni soggetto vuole possedere. In altri termini, la medicalizzazione ha come propria essenza quella di porre il soggetto all'interno di una norma e di instaurare dei meccanismi interni ad esso che lo pongano come autore di una continua verifica personale finalizzata alle possibilità di essere funzionale all'ordine sociale a cui appartiene, la popolazione, la quale costituisce il bersaglio dell'agire del potere politico atto alla sicurezza sociale.

Questa tesi della medicalizzazione, proposta da Michel Foucault, viene oggi messa in discussione da Adele Clark e dagli studiosi che s'ispirano alle sue teorie, i quali asseriscono che tramite l'emergere della biomedicina, in particolare dell'ingegneria genetica, le funzioni dei meccanismi medici mutino dall'instaurazione nei soggetti della norma condivisa al fine di realizzare la sicurezza della popolazione, alla possibilità di realizzare i desideri propri dei singoli soggetti. La biomedicalizzazione, termine coniato da Adele Clark, mette in luce che con l'emergere dell'ingegneria genetica e della biomedicina il fine della medicina non sia più quello prospettato da Foucault cioè una medicina sociale della popolazione, ma esso si costituisce attorno alla propensione di migliorare e di rendere possibile la volontà singolare del soggetto di potenziare e ottimizzare la propria condizione vitale. La prassi medica muta così il proprio interesse finale dalla popolazione al soggetto. In altri termini si passa da una logica del controllo ad una logica della trasformazione, poiché mentre la medicalizzazione si focalizza sul controllo e sulla normalizzazione del corpo, le pratiche biomediche enfatizzano la trasformazione delle situazioni attraverso prassi che non vogliono solo curare, ma anche migliorare e trasformare gli stessi corpi. A questo proposito Clark scrive: *“il punto cruciale della teoria della biomedicalizzazione è che la biomedicina intesa in senso lato trasforma dall'interno gli assetti sociali vecchi e nuovi [...] e trasforma le modalità di pensare la vita stessa. La medicalizzazione enfatizza il controllo sui fenomeni medici, malattie, infortuni o disfunzioni organiche. La biomedicina enfatizza la trasformazione di tali fenomeni medici, intervenendo non solo per curare, ma al fine di aumentare e produrre l'enhancement²⁵⁶”*.

In altri termini la medicalizzazione, così come teorizzata da Foucault, è dedita a correggere la devianza sociale tramite l'annessione ad una norma dei corpi che si costituiscono in popolazione, la biomedicalizzazione agisce invece sulla trasformazione interna degli stessi al fine di migliorarne le capacità. Su questo punto Marco Marzano, professore ordinario dell'Università di Bergamo e studioso attento a queste tematiche, scrive: *“l'osservazione riguarda un punto trattato per esteso nel saggio di Clarke [...] cioè la straordinaria trasformazione che ha investito i fini ultimi della medicina. Che oggi non assolve più solo al compito di rimetterci in salute e restituirci alla normale vita sociale né a quello di agire da strumento di controllo sociale delle nostre esistenze. No, oggi la medicina, si mette al servizio dei nostri desideri. Persegue l'ottimizzazione²⁵⁷”*. Gli esempi portati da Marzano per cogliere tale situazione sono facilmente comprensibili, infatti egli parla della possibilità di aumentare

²⁵⁶ A. Clarke, *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Duke University Press, 2010, p. 5

²⁵⁷ M. Marzano, *Vecchi concetti nuovi paradigmi: la biomedicalizzazione in Italia*, in *Salute e Società*, N. 2, 2009, p. 260

il seno, di rifarsi il naso, di assumere pillole per aumentare la memoria, di progettare a tavolino i figli che vogliamo avere, di ridurre o addirittura eliminare le malformazioni grazie alla possibilità di agire sul nostro patrimonio genetico. Sembra, così, che oggi la medicina sia radicalmente mutata rispetto a quella teorizzata da Foucault, poiché sembra aver messo l'accento sull'individualità, sui desideri del singolo nel suo rapportarsi nel mondo²⁵⁸. Non è un caso che la stessa Clarke sostenga che oggi si assiste ad uno spostamento dallo *sguardo clinico* teorizzato da Foucault verso uno *sguardo molecolare*, ovvero l'accento si sposta dai corpi e dall'insieme che i corpi costituiscono (popolazione) verso i geni che costituiscono gli stessi corpi. Non è un caso che la stessa scriva: “*all'inizio della seconda metà degli anni '80, alcuni grandi cambiamenti tecno-scientifici nella costituzione, organizzazione e pratica della biomedicina contemporanea hanno condotto al periodo della biomedicalizzazione [...] le pratiche di biomedicalizzazione enfatizzano soprattutto quelle trasformazioni che avvengono attraverso interventi high-tech immediati indirizzati non solo al trattamento, ma sempre di più anche al mantenimento, al miglioramento e all'ottimizzazione della salute – il senso crescente di obbligo o responsabilità individuale di fare il meglio possibile di se stessi*”²⁵⁹. In particolare la studiosa sostiene che è possibile elaborare una classificazione storica che possa mettere in luce l'ascesi della biomedicalizzazione. La prima tappa da cogliere è quella relativa al periodo tra il 1890 e 1945, anni nei quali si assiste all'ascesa della medicina e alla sua specificazione e legittimazione. Il paradigma della pratica medica era relativo al curare le patologie più gravi per assicurare la permanenza nel mondo del soggetto. Dal 1945 al 1985, invece, si assiste al mutare del paradigma verso ciò che prende il nome di medicalizzazione, ovvero la medicina diviene un'istanza di controllo dell'ambito sociale, situazione che cambia nuovamente dal 1985 in poi e che si protrae sino ai nostri giorni, nei quali l'ingegneria genetica e tutte le pratiche biomediche portano la stessa ad assumere il nome di biomedicalizzazione, che trova il proprio scopo nella trasformazione e ottimizzazione dell'uomo che agisce nell'ambito sociale. La biomedicalizzazione non è più, in prima istanza, una forma medica che tende al controllo sociale, ma essa punta al rafforzamento e alla trasformazione dei soggetti che, agendo nell'ambito sociale, ne mutano il corso in ragione delle loro possibilità potenziate. Per tal ragione Clark afferma che lo scopo della biomedicalizzazione non è normalizzare, ma ottimizzare, dove con questo termine non

²⁵⁸ Su questo tema il filosofo francese Christian Godin scrive: “*ci si potrebbe chiedere, in effetti, se oggi non stiamo assistendo a una trasformazione dell'immagine della scienza, che nel suo ruolo tradizionale soddisfaceva il bisogno dell'essere umano e che in seguito [...] si è indirizzata sempre più verso i desideri*”. *La vita in vendita*, Lindau, Torino 2005, p. 70

²⁵⁹ A. Clarke, *Medicalizzazione e biomedicalizzazione rivisitate: tecno-scienze e trasformazioni di salute, malattia e biomedicina*, in *Salute e Società*, N. 2, 2009, p. 233

s'intende la sola possibilità di ricondurre all'interno di una norma al fine di regolare e proteggere la società, ma si riferisce alla possibilità di cambiare continuamente il mondo da parte del soggetto ottimizzato. Infatti, essa sostiene che: *“ottimizzazione – ovvero gli sforzi per migliorare e assicurare il miglior futuro possibile per se stessi. [...] l'ottimizzazione coinvolge anche l'assunzione di nuovi tipi di identità individuali e collettive (incluse quelle familiari) modulate biologicamente, originariamente descritte come modalità tecnoscientifiche²⁶⁰”*. La medicalizzazione, così come teorizzata da Foucault, finisce, secondo Clarke, quando compaiono le tecnologie che non solo conformano il soggetto alla normalità che si stabilisce quale regolazione della popolazione al fine di proteggere il sociale, ma lo trasformano in conformazione ad un ideale più ampio di salute che tenga conto anche della volontà singolare del soggetto stesso. Non si tratta più di riferirsi alla popolazione e dunque di mettere in luce delle pratiche di soggettivazione che permettano al soggetto di uniformarsi alla norma, ma si svincola il soggetto dalla popolazione, trasformando lo stesso nell'autore consapevole di forme nuove di soggettività che lo conducono ad agire al di là delle regole normanti di sicurezza date da un potere mirante alla protezione della popolazione stessa. La trasformazione porta, dunque, nuove possibilità al soggetto che possono essere lette come un'inversione dei meccanismi di soggettivazione, infatti non è più la normalizzazione prodotta della medicalizzazione che offre le modalità con le quali il soggetto si pensa tale, ma sono le possibilità aperte dall'ottimizzazione che offriranno sempre nuove modalità di rappresentarsi da parte del soggetto. Il punto da cogliere è che la medicalizzazione è una modalità che agisce sull'umano, la biomedicalizzazione è invece ciò che potrebbe portare all'insorgere del post-umano, ovvero alla possibilità di cambiare l'uomo da come noi oggi lo consideriamo. La differenza fondamentale tra i due paradigmi si ritrova dunque in ciò che assume il nome di *enhancement*, ovvero il miglioramento delle capacità del soggetto: la biomedicina infatti sposta il focus da curare e normalizzare a trasformare e migliorare.

3) Biomedicalizzazione o medicalizzazione?

Il dibattito critico, molto vivo negli ultimi anni, verte sulla possibilità di dare o meno ragione alla posizione di Clarke, la quale sostiene che l'ingegneria genetica e le nuove forme di biomedicina facciano mutare il paradigma della medicalizzazione in biomedicalizzazione. Attraverso i miei studi e le mie ricerche sono giunto alla conclusione di aderire alla posizione

²⁶⁰ Ivi., p. 247

di Peter Conrad, il quale sostiene che questo cambiamento lessicale, nonostante sia affascinante e ben strutturato, non sia ad oggi richiesto, poiché l'*enhancement* non ha mutato il criterio di normalizzazione proposto da Foucault nella sua teoria della medicalizzazione e il concetto di trasformazione dell'uomo, che può avvenire ad esempio con l'ingegneria genetica, rimane pur sempre ancorato alle pratiche di normalizzazione, regolamentazione e protezione dei progetti vitali assicurate dalla cornice della medicalizzazione. A questo proposito Conrad scrive: *“a mio giudizio Clarke et al. perdono di vista il processo di medicalizzazione stesso [...] Clark et al. vedono il passaggio alla biomedicalizzazione come spostamento dal controllo medico sulla natura esterna al controllo e trasformazione della natura interiore. Queste mi sembrano tutte osservazioni acute. Ma l'affermazione che il cambiamento biomedicalizzato rappresenta un passaggio dalla modernità alla postmodernità dipende interamente da ciò che si considera come postmoderno²⁶¹”*.

Per cogliere tale situazione bisogna prima di tutto far riferimento all'*enhancement*, inteso come criterio primo che muta il paradigma della medicalizzazione a quello della biomedicalizzazione. Con tale termine, come evidenzia Douglas²⁶², s'intende l'utilizzo della tecnica biomedica per raggiungere scopi differenti dalla sola cura o dalla sola prevenzione delle malattie: in altri termini con il vocabolo *enhancement* si fa riferimento alla possibilità di attuare degli interventi finalizzati a migliorare quelle che, al momento, sono le disposizioni naturali umane, dunque le condizioni che caratterizzano attualmente la natura e le potenzialità dell'uomo. A questo proposito Harris sostiene che: *“noi abbiamo raggiunto un punto nella storia umana nel quale ulteriori tentativi di rendere il mondo un posto migliore includeranno non solo cambiamenti sul mondo, ma anche cambiamenti sull'umanità, forse con la conseguenza che noi, o i nostri discendenti, cesseranno di essere umani nel senso in cui noi comprendiamo questa idea²⁶³”*.

Da questa definizione si può cogliere che l'*enhancement* sia una pratica che condensa dentro sé tutte le tecniche in grado di aumentare il benessere psichico delle persone, le loro capacità cognitive e fisiche, oppure la durata della vita. In particolare Nikolas Rose individua quattro aree nelle quali la biotecnologia si sta ormai muovendo oltre la terapia, per proseguire obiettivi di potenziamento e ottimizzazione della vita, esse sono: 1) Bambini migliori, diagnosi prenatali, selezione degli embrioni, ingegneria genetica degli embrioni e modificazione del comportamento tramite farmaci; 2) Prestazione superiori negli sport; 3)

²⁶¹ P. Conrad, *Le mutevoli spinte della medicalizzazione*, in *Salute e Società*, N. 2, 2009, p. 39 (nota 1)

²⁶² T. Douglas, *Enhancement in Sport, and Enhancement Outside Sport*, in *Studies in Ethics, law and technology*, n. 1, 2007, p. 9

²⁶³ J. Harris, *Enhancing evolution. The ethical case for making better people*, Princeton University Press, 2007, p. 3

Corpi senza età – tutto il complesso di tecnologie finalizzate a prolungare il periodo di vita in salute; 4) Anime felici – alterazioni della memoria e, in particolare, miglioramento dell'umore attraverso i farmaci della famiglia degli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina)²⁶⁴. Si può così affermare che questi quattro punti siano quelli che consentono a Clarke di affermare che siamo all'interno di un meccanismo di biomedicalizzazione che muta lo sguardo dalla normalizzazione alla ottimizzazione che avviene tramite la trasformazione. Vorrei esaminare brevemente questi quattro punti per dimostrare come, a differenza di quanto sostenuto da Clarke, in nessuno di tali ambiti si possa parlare di una mutazione della normalizzazione verso l'ottimizzazione, ma l'ottimizzazione non è altro che uno dei criteri che rientra all'interno delle modalità di normalizzazione.

Il primo punto è rappresentato dalle tecniche finalizzate alla creazione tramite manipolazioni embrionali o genetiche dei nascituri, essa svolgono la duplice funzione di far nascere delle persone potenzialmente sane, ma allo stesso tempo possono progettare dei nascituri con i caratteri richiesti come l'altezza, i colore degli occhi ecc. In altri termini quando si parla di tale tecnica si fa riferimento a ciò che sin dal 1883 con Francis Galton²⁶⁵ prende il nome di "eugenetica", ovvero della possibilità tramite la combinazione di matrimoni nell'ottocento, o oggi attraverso la manipolazione dei geni, di influenzare e indirizzare la razza umana verso delle caratteristiche che sono più auspicabili per vivere in maniera proficua nel mondo. In particolare oggi si parla di "eugenetica da libero mercato" o "eugenetica liberale", la quale, pur ispirandosi a quell'ambito di studi coniato da Galton e utilizzato tristemente dal nazismo (idea di razza ariana da perseguire), crede nella possibilità di realizzare e progettare i nascituri, svincolando tale situazione dal disegno centrale statalizzato e lasciando tutte le decisioni nelle mani dei genitori. In particolare Nicholas Agar spiega l'eugenetica liberale con le seguenti parole: *"mentre i seguaci vecchio stile e autoritari dell'eugenetica miravano a produrre cittadini da un solo stampo progettato in modo centralizzato, il tratto distintivo della nuova eugenetica liberale è la neutralità dello Stato"*²⁶⁶. A favore di questa pratica si schierano diversi filosofi ed intellettuali americani, tra i quali spicca il nome di Robert Nozick che propone il concetto di supermercato genetico, ovvero i genitori scelgono liberamente le caratteristiche da dare ai propri figli senza che nessuno intervenga dall'esterno per obbligarli a

²⁶⁴ N. Rose, *La politica delle vite*, Einaudi, Torino 2008, p. 125

²⁶⁵ Galton che è considerato il fondatore delle teorie eugenetiche scrive: *"quello che la natura fa ciecamente, lentamente e brutalmente, l'uomo lo può realizzare con lungimiranza, rapidità e delicatezza [...] il miglioramento del nostro lignaggio mi sembra uno dei più alti scopi che ci sia dato di perseguire razionalmente"*. F. Galton, *Essay in Eugenics*, in *Eugenics Education Society*, London 1909, p. 42

²⁶⁶ N. Agar, *Liberal Eugenics*, in *Public Affaire Quarterly*, 12, 2, 1998, p. 137

fare alcune scelte²⁶⁷. Anche Ronald Dworkin e John Rawls sostengono che con ci sia nulla di negativo nel donare delle competenze genetiche che possano migliorare la vita dei soggetti futuri sulla terra. A questo proposito Michael J. Sandel esaminando le proposizioni e gli autori che sostengono l'eugenetica liberale, propone per essa la seguente definizione: *“l'eugenetica liberale [...] non è un movimento di riforma della società, ma un modo in cui i genitori privilegiati cercano di avere il tipo di figli a loro più gradito, e di attrezzarli al successo in una società competitiva²⁶⁸”*. Da questa definizione possiamo cogliere come la possibilità di agire sui geni e di creare a piacimento dei genitori determinati tipi di caratteristiche sia ad oggi pensata come una scelta totalmente libera, ovvero non imposta dalla centralità del pensiero Statale, e concepita come la possibilità di donare delle caratteristiche che renderanno il soggetto maggiormente capace di esprimersi nel mondo. In questo caso si può dunque parlare di enhancement e di ottimizzazione dell'uomo, ma tale situazione a ben vedere non può essere smarcata dal concetto di normalizzazione. Infatti, tutti gli autori sostengono che il principio primo che fa agire le persone nel tentativo di produrre delle miglierie genetiche sia quello di dotare i figli di geni che gli consentano di agire in maniera migliore nella società già data. Questo vuol dire che tutte le caratteristiche che un genitore sogna per il figlio in realtà sono il frutto di una situazione che lui stesso ha interiorizzato e che lo porta a vedere, nelle stesse capacità, le possibilità per adeguarsi meglio al mondo competitivo in cui viviamo. Siamo lontani dalla possibilità di creare delle situazioni che puntino a migliorare l'uomo superando i criteri di normalità, poiché la stessa possibilità di pensare la normalità è già iscritta nell'ottica di chi crea le possibilità di produrre l'enhancement. Per tal ragione il fatto stesso che la medicalizzazione rappresenti la cornice del nostro agire e che questa cornice determini le possibilità esplicative della soggettività, decise dal potere biopolitico, fa sì che anche i miglioramenti dovuti alle pratiche di ingegneria genetica si leghino ad un'idea di normalità profondamente radicata nelle soggettività. Inoltre, con l'eugenetica da libero mercato si ripropone l'essenza del potere biopolitico, ovvero l'onnicomprendività del suo agire rispetto al potere sovrano. Questo avviene perché il potere sovrano avrebbe agito prescrivendo le caratteristiche che si dovevano tramandare, invece oggi non è più lo Stato che prescrive, ma sono i soggetti singoli che volontariamente scelgono di rinunciare ad alcune caratteristiche rispetto ad altre e lo fanno in nome della possibilità di aiutare i loro figli ad adattarsi alla normalità condivisa. Si coglie come la manipolazione genetica più che un atto di totale libertà, rappresenta un atto di normalizzazione estrema, poiché la medicalizzazione che porta alla normalizzazione, riuscendo a decretare le modalità di soggettivazione, determina

²⁶⁷ Cfr. R. Nozick, *Anarchia, stato e utopia*, Il Saggiatore, Milano 2000, p. 320

²⁶⁸ M. J. Sandel, *Contro la perfezione*, Vita e Pensiero, Milano 2008, p. 83

anche le possibilità che i soggetti stessi scelgono di dare ai loro posteri tramite l'agire genetico.

Il secondo punto è rappresentato dalle prestazioni superiori negli sport, ovvero dalla possibilità di utilizzare o dei miglioramenti, come delle protesi per correre e saltare più veloci, oppure delle sostanze dopanti che aumentano la resistenza o la massa muscolare. Gli interventi sono tutti funzionali alla possibilità di favorire le caratteristiche corporee al fine di far raggiungere il massimo grado di sviluppo del proprio corpo in relazione ad una singola pratica sportiva²⁶⁹. Anche in questo caso non è pensabile una fuoriuscita dalla norma, infatti nell'ipotetica situazione in cui tutti gli sportivi partecipanti ad una gara si dopassero, vincerebbe nuovamente chi ha i maggiori doni personali espressi con allenamento ecc. Un esempio per cogliere questa situazione è rappresentato dai costumi chiamati "costumoni" che vennero usati nelle discipline natatorie durante le olimpiadi del 2008 e vennero banditi dallo stesso sport nel 2009, poiché si colse che essi garantivano troppo vantaggio a chi li utilizzava. Effettivamente tale situazione di vantaggio e svantaggio poteva sussistere in un momento in cui tale tecnologia era ad appannaggio solo di alcuni sportivi, ma già nel post-olimpiadi tutti i nuotatori (sino a quando non li bandirono) fecero ricorso a tale costume annullando di fatto ogni possibilità di dare vantaggio ad uno rispetto ad un altro. In altri termini, il doping nello sport sembra obbedire a quell'istanza propria della norma descritta da Foucault, ovvero che essa non solo determina le modalità di comportamento, ma per la sua essenza ne plasma sempre di nuove e si estende sempre ad ogni situazione. In questo caso si può capire come l'utilizzo di un miglioramento possa fuoriuscire da una norma per pochissimo tempo, il tempo di una gara, poiché da quella successiva sarà normale che tutti gli atleti utilizzino la stessa tecnologia per gareggiare e il piano di normalità si livellerà su quel determinato tipo di tecnologia. Anche in questo caso pur potendo parlare di ottimizzazione, non si può parlare di postumano o di scindere tale pratica dalla normalizzazione, poiché l'essenza primaria della medicalizzazione è proprio quella di accrescere sempre di più l'area della norma e lo sport obbedisce a tale cornice di senso.

Il terzo punto "corpi senza età" è relativo a tutte le possibilità dalla chirurgia estetica, all'utilizzo di creme anti-rughe, all'assunzione di viagra per poter mantenere la vitalità sessuale ecc. In questo caso la trattazione non richiede molte parole, si può cogliere come tale situazione sia ampiamente iscritta all'interno della medicalizzazione, infatti le rughe e le normali situazioni vitali, impedimenti strutturali a compiere atti sessuali, perdita di capelli, aumento della massa grassa ecc., vengono vissute quali malattie da curare. L'ottimizzazione

²⁶⁹ Su questo tema vedi M. J. Sandel, *Contro la perfezione*, Vita e Pensiero, Milano 2008, pp. 39-55

in questo caso si basa sulla possibilità di scindere tra normale, essere sempre giovani, e deviante abbandonarsi alla propria età. Ciò deriva dal fatto che l'istanza fondamentale dell'arte di governo della popolazione è quella di mantenere la forza lavoro e di istituire tramite la salute delle modalità di comportamento utili alla sicurezza della stessa. Dunque, ergere la giovinezza a chiave veritativa funge da processo di normalizzazione utile al perdurare delle possibilità esplicative delle verità proprie dell'istanze biopolitiche. In poche parole, i corpi senza età sono uno dei massimi frutti di una società medicalizzata che ricorre ad ogni tecnica pur di rispondere alle esigenze dei soggetti, i quali avendo interiorizzato che le rughe sono delle patologie sfruttano ogni novità biotecnologia per eliminarle. Si comprende come non sia possibile separare anche in questo caso il concetto di ottimizzazione da quello di normalizzazione.

L'ultimo caso è quello delle "anime felici" ovvero il miglioramento dell'umore attraverso i farmaci della famiglia degli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina). In particolare gli atti condotti sulla psiche dell'uomo al fine di migliorarne le disposizioni naturali si chiamano *psychic enhancement*. Il dibattito sul *psychic enhancement* prende le mosse dalle riflessioni condotte da Peter D. Kramer svolte nel libro *Listening to Prozac*. Questo libro è la più grande fonte di riflessione sul fenomeno, tanto che ha dato il via alla pubblicazione di una lunga serie di studi tendenti ad analizzare, criticare o confermare la tesi dello psichiatra Kramer. In particolare l'opinione che egli riporta nel libro assume il nome di *cosmetic psychopharmacology*. Kramer sostiene che proprio come utilizziamo il trucco per sembrare più belli, la palestra per potenziare il nostro fisico, la lettura per divenire più intelligenti, sia possibile utilizzare il Prozac (inteso come simbolo di farmaci antidepressori) per migliorare noi stessi. In *Listening to Prozac* egli compie una profonda riflessione sul tipo di competenze che la società oggi richiede, ovvero rapidità, duttilità, energia etc., secondo Kramer tali qualità sono alla base di una buona vita, ovvero consentono al soggetto di rapportarsi in un mondo competitivo²⁷⁰. Questo rapportarsi con il reale permette allo stesso di migliorare le proprie relazioni sia con il lavoro, sia con le altre persone e questo cambiamento conduce all'instaurazione delle condizioni per essere felici. Il Prozac e gli antidepressivi hanno acquisito la reputazione di migliorare l'umore, di agevolare le azioni e di trasformare in senso favorevole le personalità dei soggetti. A questo proposito Kramer riporta una serie di casi, trattati da lui, in cui i soggetti migliorano il proprio umore e il proprio rapportarsi nel mondo grazie all'utilizzo di tale farmaco, riuscendo a vincere tristezza, paura, insicurezza ecc., che minacciavano il loro slancio vitale. In altri termini Kramer sostiene che attraverso

²⁷⁰ Cfr. A. Ehrenberg, *La fatica di essere se stessi*, Einaudi, Torino 2010

l'artificiale - il farmaco - si possa ottenere nuovamente il normale, cioè la padronanza della nostra vita; ad esempio estirpando la tristezza (depressione) saremmo in grado di relazionarci con gli altri, saremmo capaci di cogliere le situazioni vitali che ci vengono offerte e riusciremo a togliere quella condizione che rappresenta una zavorra e non ci fa realizzare il nostro potenziale essere. Per Kramer l'artificiale permette di realizzare il normale, che altro non è che il nostro potenziale progettarsi nel mondo. Proprio come un cosmetico migliora il volto di una persona, rendendola più sicura di affrontare il mondo, così gli antidepressivi migliorano l'umore del soggetto rendendolo più sereno di rapportarsi al reale. Ne segue che Kramer sostenga che tutte le procedure di *psychic enhancement* siano funzionali non ad una ottimizzazione fine a se stessa, ma attraverso l'ottimizzazione l'uomo ritrova la propria naturalità dell'esprimersi all'interno delle norme sociali. In altri termini, questa forma di miglioramento rientra nuovamente nel concetto di normalizzazione propria della medicalizzazione, tanto che il compito principale di queste nuove tecniche biomediche (farmaci SSRI) è quello di permettere ai soggetti un miglioramento cognitivo che le consenta di conformarsi meglio all'interno della società.

Dalla breve trattazione dei quattro punti indicati come le espressioni odierne dell'enhancement si è potuto cogliere come le innovazioni biotecnologiche, pur costituendo delle novità che necessitano di essere studiate e comprese, non riescono a far mutare il paradigma della medicalizzazione, che si rivolge al singolo per avere una normalizzazione della popolazione, verso il paradigma della biomedicalizzazione che si rivolge non alla normalizzazione della popolazione, ma alla ottimizzazione del singolo. Infatti, tutte le forme di ottimizzazione, da quelle legate all'ingegneria genetica sino a quelle del *psychic enhancement*, non riescono a reggersi sulla volontà dei singoli individui, ma s'inseriscono all'interno delle decisioni che si formano tramite la cornice della medicalizzazione che suddividendo tutti in normale e deviante, dona anche le possibilità e la volontà da parte del soggetto di realizzare delle innovazioni sul proprio corpo che lo possano rendere più normale e conforme ai bisogni della società in cui vive. Dunque, la volontà di progettare un soggetto con alcune determinate caratteristiche, oppure la volontà di assumere dei medicinali che possano far diminuire le rughe o la volontà di ingerire delle pillole che riducano timidezza e ansia, sono tutte decretate dalla volontà di realizzare la propria normalità attraverso l'ottimizzazione del corpo, ovvero rispettano l'essenza del paradigma della medicalizzazione. Per tal ragione, proprio come asserisce Conrad, il paradigma della biomedicalizzazione, pur essendo molto interessante, vede nell'enhancement la volontà di giungere al postumano, quando in esso si scorge la volontà di naturalizzare con maggior rigore la propria umanità più

che la volontà di superarla. La chiave interpretativa, allora, è relativa al cogliere cosa s'intenda con il termine postumano, in quanto ad oggi non sembra che le tecniche di enhancement possano davvero produrre un'ottimizzazione che non sia iscritta nella normalizzazione del vivente. Ne segue che quando si sostiene che la biomedicina agisca per la realizzazione dei sogni dei singoli soggetti non si commette un errore, poiché essa agisce per la realizzazione del sogno del soggetto medicalizzato, ovvero essere sempre più normale e allontanare da lui ogni forma di devianza. È sotto quest'ottica medicalizzata e normalizzante che il paradigma biomedico continua a muoversi, cioè esso non offre la possibilità di realizzare situazioni completamente svincolate dalla medicalizzazione, poiché la medicalizzazione stessa è la cornice in cui si formano gli atti, tra i quali compare anche l'enhancement. Il miglioramento umano è dunque una forma radicale di normalizzazione frutto della cornice di medicalizzazione che dona senso alla soggettività e al reale.

Probabilmente il vero cambiamento di paradigma che segnerà il passaggio dal controllo della popolazione alla realizzazione dei desideri avverrà in futuro e solo tale situazione porterà ad una nuova forma di umanità che si potrà definire postumana. Si può così asserire che la biomedicalizzazione sia proprio come la farmacologizzazione, l'automedicalizzazione e la costruzione medicalizzata della vita, una delle modalità attraverso le quali si può studiare un punto particolare – l'influenza delle biotecnologie – all'interno di quella cornice di senso che è la medicalizzazione della vita.

4) Smartphone, tablet e App: la nuova frontiera della medicalizzazione

L'analisi di Clark porta a proprio supporto anche una lettura dei cambiamenti che sono intercorsi tra gli anni '80, anni in cui Foucault formalizza la sua riflessione sulla medicalizzazione, e i tempi odierni attorno all'evoluzione dei meccanismi d'informazione. Secondo tale autrice tali cambiamenti rientrano nelle innovazioni tecnologiche proprie del paradigma di biomedicalizzazione e sono uno degli elementi che aiutano il passaggio dal paradigma della medicalizzazione a quello della biomedicalizzazione. Ovviamente, Clarke ha totalmente ragione nel sostenere che il nostro modo di comunicare è radicalmente mutato, basta notare come oggi nessuno possa fare a meno di relazionarsi con un computer, uno smartphone, un tablet e di utilizzare le cosiddette App, situazioni che erano impensabili nel 1984, anno della morte di Foucault. Per tal ragione è corretto affermare che la rivoluzione digitale ha portato delle notevoli differenze anche nel modo di pensare e di relazionarci alla

salute, infatti come mette in luce la studiosa francese di filosofia e diritto, Demichel²⁷¹, è di capitale importanza comprendere il ruolo che hanno assunto internet, le App e le attrezzature ad esse connesse per cogliere l'impatto della medicalizzazione nell'etere. Effettivamente tali nuove frontiere ci consentono di tenere in continuo aggiornamento l'andamento della mobilità giornaliera, ci monitorano le funzioni vitali primarie, controllano l'andamento del ciclo mestruale in una donna, controllano il ritmo sonno-veglia ecc. A questo proposito in una recente pubblicazione Howard Gardner e Katie Davis²⁷² mettono in luce come nella nostra epoca i giovani, e non solo, siano giunti a vedere il mondo come una realtà da poter monitorare e quantificare continuamente facendo ricorso alle App. In particolare si può notare come siamo totalmente assuefatti dalle informazioni che ci provengono da questi particolari marchingegni elettronici, tanto che sentiamo il bisogno di rivolgerci ad un medico se i dati forniti dalle nostre App non rispettano lo standard di normalità, ad esempio se esse ci dicono che il nostro cuore batte troppo velocemente, oppure che il ciclo mestruale è in ritardo rispetto ad una durata statistica. In altri termini, proprio come asserisce Clark, il linguaggio rispetto agli anni '80 è radicalmente mutato, ma bisogna notare come esso non ha mutato le proprie modalità di senso che si radicano tuttora nella normalizzazione-medicalizzazione. Anche in questo caso il cuore della differenza tra biomedicalizzazione e medicalizzazione dipende da cosa s'intenda con il termine postumano, infatti esso può essere pensato come la possibilità che il soggetto si riferisca continuamente al computer e alle App per monitorare la propria naturale salute, ma dall'altro canto si deve notare che proprio come per le pratiche di enhancement, anche l'evoluzione dei meccanismi d'informazione avviene all'interno di una cornice di senso medicalizzata che ne attribuisce e ne legittima il significato. Infatti, le App rappresentano la massima espressione di quella che Foucault ha definito medicalizzazione della vita, poiché esse funzionano da elementi che instaurano l'esame biologico permanente, ovvero il continuo tentativo di assicurarsi una permanenza nel grado di normalità mediante l'esame delle funzioni biologiche richieste dall'ambito sociale che ha decretato l'assolutizzazione del concetto di salute ponendolo a base indispensabile per essere cittadini normali e membri della popolazione. Per cogliere tale ragionamento basta fare riferimento al fatto che tutti i giorni riceviamo, tramite lo smartphon o il tablet, una serie incredibile di dati sulle nostre funzioni vitali, i quali si basano su calcoli matematici impostati su un criterio di normalità prestabilita (il cuore umano deve battere un tot. numero di volte al minuto altrimenti si ha una qualche forma di patologia, il numero di passi minimi da fare ogni giorno

²⁷¹ F. Demichelis, *Pouvoir, santé et société*, in *Journées d'histoire du droit de la santé*, 1, 2006; *Au nom de quoi...?: libres propos d'une juriste sur la médicalisation de la vie*, Les Études hospitalières 2006

²⁷² H. Gardner, K. Davis, *Generazione App*, Feltrinelli, Milano 2014

deve corrispondere ad un numero prestabilito altrimenti si possono instaurare nel nostro organismo una serie molteplice di patologie ecc.), il quale se violato richiede l'immediata consultazione di un medico. In altri termini, nonostante Clark abbia ragione nell'affermare che il linguaggio e la trasmissione delle informazioni sia radicalmente mutato, tale cambiamento sembra essere totalmente coerente con lo sviluppo della normalizzazione e della regolazione della popolazione così come descritta da Foucault. Precisamente le App e i loro relativi oggetti non producono una modalità diversa rispetto a quella stabilita da una norma, ma, anzi, divengono dei mezzi che portano l'esame normalizzante, elemento fondamentale della società della medicalizzazione-normalizzazione, nel cuore della vita di tutti i giorni. Le App non solo permettono, tramite il nostro continuo avallo di persone che le scaricano e le usano, di monitorare la nostra vita, ma raggiungono sempre nuove sfere²⁷³ che permettono di dilatare la medicalizzazione stessa e dunque la normalizzazione della vita. Ne segue che nonostante a prima vista le rivoluzioni biomediche e la rivoluzione tecnologica sembrano far mutare il paradigma proposto da Foucault, il quale lasciandoci negli anni '80 non ha potuto assistere a tutte queste riforme, tale cambiamento è solo di superficie, poiché le logiche che lo governano e le modalità a cui esso dona vita sono radicate in quella cornice medicalizzata, che altro non è che la forma con cui sin dal XVIII secolo il potere ha preso forma regolando la vita della popolazione tramite la riconduzione degli elementi vitali entro norme naturali di funzionamento. Per tal ragione si può affermare che la medicina, in quanto fonte di legittimazione delle modalità di esercitare il potere, non si riferisce al singolo in quanto obiettivo primario del suo agire, ma ha di mira la salute del singolo al fine di normalizzare e rendere governabile la popolazione. Proprio come sostiene Foucault, ad oggi la cornice teorico-morale della medicalizzazione sembra ancora non essere e non poter essere superata, poiché è proprio essa che determina e dona senso a tutte le nostre azioni.

In conclusione di questa prima parte è possibile, dunque, affermare che la medicalizzazione della vita corrisponda ancora alle caratteristiche teorizzate da Foucault, le quali prevedono che essa sia la cornice di riferimento all'interno di un ordine di verità che, a sua volta, legittima alcuni discorsi, i quali non donano possibilità veritativa a pratiche di demedicalizzazione o a situazioni di biomedicalizzazione, dove l'accento viene messo sulla volontà del singolo soggetto e non sulla popolazione. Perciò, demedicalizzazione e ottimizzazione sono parole che assumono senso solo all'interno di una cornice interpretativa

²⁷³ Di particolare importanza oggi sono le App che monitorizzano il sonno e decretano quando si sta dormendo male tanto che se ricevono queste informazioni dal nostro corpo inviano una sveglia automatica al nostro smartphone in modo che possiamo cessare di dormire male e riprendere a dormire meglio

relativa alla medicalizzazione e lungi da poterla superare o riformare, esse ne rappresentano delle sfere totalmente interne e senza via, ad ora, di uscita.

Seconda Parte

La psichiatrizzazione della sessualità

Il sesso non si giudica solo, si amministra. Esso riguarda il potere politico. Richiede procedure di gestione; deve essere preso in considerazione da discorsi analitici. Il sesso, nel XVIII secolo, diventa una questione di polizia. Ma nel senso pieno e forte che si dava allora a questa parola – non repressione del disordine, ma sviluppo ordinato delle forze collettive ed individuali [...] Polizia del sesso: il che non vuol dire rigore di una proibizione, ma necessità di regolare il sesso attraverso discorsi utili e pubblici.

M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 26

5.

LA SCIENTIA SEXUALIS COME CARDINE DELLA SOCIETÀ DELLA NORMA

Quando si studia la sovrapproduzione di sapere teorico sulla sessualità, la prima cosa evidente, il primo elemento che colpisce è che i discorsi della cultura occidentale sulla sessualità hanno assunto molto rapidamente e molto presto, una forma che può essere definita scientifica.
M. Foucault, Sexualité et pouvoir, in Dits et Écrits, V. II, Gallimard, Parigi 2001, pp. 555-556

1) Il sesso come dispositivo biopolitico: dall'oggetto sessualità al dispositivo di sessualità

Nella prima parte abbiamo tracciato le coordinate miranti a mettere in luce cosa voglia dire medicalizzazione della vita, quale tipo di teoria filosofica ci sia alle spalle, come essa non possa ad oggi ammettere alcuna forma di demedicalizzazione (riappropriazione di alcune dimensioni di vita svincolate dall'ordine del discorso medico) e come il termine biomedicalizzazione - coniato al fine di metter in luce i nuovi processi di ottimizzazione, derivanti dall'ingegneria genetica e dall'enhancement - non riesca a spostare l'obbiettivo proprio della medicalizzazione dall'oggetto popolazione verso la volontà del singolo soggetto. Michel Foucault, proprio per il fatto che la medicalizzazione assume la regolazione e la protezione della popolazione quale fine del proprio agire, afferma che la medicalizzazione s'inserisce all'interno di un quadro politico che prende il nome di biopolitica, ovvero di una forma di governo che, sottomettendo le istituzioni disciplinari, le quali governano e normalizzano gli individui, vuole governare e regolare l'insieme dei viventi costituiti in popolazione. Dunque, la biopolitica si occupa della gestione della salute, dell'igiene, dell'alimentazione, della natalità e di tutte quelle situazioni riconducibili al benessere e alla difesa della popolazione, le quali ubbidiscono alla volontà di normalizzazione che sola permette, tramite la cura dei singoli, la protezione di tutta la popolazione. In particolare, nelle lezioni tenute presso il *Collège de France* nel 1976 e raccolte nell'opera *Bisogna difendere la società*, egli elenca tre grandi ambiti d'intervento propri della biopolitica: 1) L'amministrazione dell'igiene pubblica, in particolare nella medicalizzazione della

riproduzione e della natalità²⁷⁴; 2) La sicurezza sociale mediante l'intervento sugli incidenti, sugli infortuni da lavoro e sulle infermità²⁷⁵; 3) La gestione e la pianificazione dell'ambiente naturale, tramite atti di urbanizzazione, creazione delle fognature, bonifica paludi per la salubrità degli ambienti abitativi²⁷⁶. Inoltre, come abbiamo già visto nei precedenti capitoli, la grande riforma del potere politico è dovuta al passaggio dalla dimensione del diritto, regolata dalla legge, alla dimensione della normalizzazione regolata dal discorso medico. Dunque, la biopolitica muta l'obiettivo del potere dal voler punire un singolo reato, al voler costituire dei criteri di normalità-naturalità che devono essere rispettati dai soggetti, i quali riconoscendosi in tale normalità non commettono delle azioni che potrebbero mettere a repentaglio l'esistenza e la sussistenza della popolazione intera. L'esempio per eccellenza indicato da Foucault relativo a questo investimento politico della vita è rappresentato dalla sfera sessuale, tanto che scrive: *“da un lato, in quanto comportamento esattamente corporeo, la sessualità dipende da un controllo disciplinare, individualizzante, condotto in forma di sorveglianza permanente [...] da un altro lato però, attraverso i suoi effetti di procreazione, la sessualità si iscrive e acquista efficacia all'interno di processi biologici più ampi, che non riguardano più il corpo dell'individuo, ma riguardano quell'elemento, quell'unità molteplice costituita dalla popolazione. La sessualità si colloca dunque proprio nel punto in cui si intersecano il corpo e la popolazione”*²⁷⁷.

Foucault dedica al tema della sessualità - intesa quale dispositivo biopolitico che permette attraverso la cura e l'interesse sui singoli di regolarizzare e garantire la sicurezza della popolazione – il testo del 1976 dal titolo *La volontà di sapere*. Come egli stesso scrive, la sessualità sino alla fine del XVIII secolo era regolata da tre grandi codici: pastorale cristiana, diritto canonico e legge civile, le quali ponevano l'accento sulla trattazione sessuale all'interno della relazione matrimoniale. In altri termini ogni “devianza sessuale” era

²⁷⁴ Foucault scrive: *“i primi obiettivi di controllo della biopolitica, sono stati quei processi, quell'insieme di processi – come la proporzione delle nascite e dei decessi, il tasso di riproduzione, la fecondità di una popolazione e così via- che, nella seconda metà del XVIII secolo, erano, come è noto, in connessione con tutto un insieme di problemi economici e politici. Oggetti di sapere e obiettivi di controllo della biopolitica erano dunque, in generale, i problemi della natalità, della mortalità, della longevità. [...] Tutto ciò ha rappresentato l'abbozzo di una politica di incremento demografico. In ogni caso ha consentito l'approntamento di schemi di intervento sui fenomeni globali della natalità”*. M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 2010, pp. 209-210

²⁷⁵ Foucault scrive: *“a partire dal XIX secolo, all'epoca dell'industrializzazione, diventano infatti fondamentali, o comunque assai importanti, i problemi degli incidenti, degli infortuni, delle infermità; quelli delle diverse anomalie; quelli della vecchiaia e dell'individuo che si trova, di conseguenza, espulso dal campo delle capacità e delle attività. [...] Nascono proprio allora infatti i meccanismi assai più sottili, dettagliati e razionali, costituiti dalle assicurazioni, dal risparmio individuale e collettivo, dalla sicurezza sociale e così via”*. Ivi., pp. 210-211

²⁷⁶ Foucault scrive: *“l'ultimo ambito d'intervento [...] è quello che prende in considerazione le relazioni tra la specie umana, gli esseri umani in quanto specie, in quanto esseri viventi, e il loro ambiente di esistenza. Verranno allora presi in esame gli effetti elementari dell'ambiente geografico, climatico, idrografico, e i problemi ad essa connessi”*. Ivi., p. 211

²⁷⁷ M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 219

pensabile solo come infrazione del codice del diritto, invece dalla fine del XVIII secolo la sessualità, come ogni altro fenomeno di vita, rientra all'interno di quella cornice di senso che prende il nome di medicalizzazione, dunque ogni forma di devianza assume un significato profondamente diverso che la muta dall'ordine del diritto al piano della violazione di una regola naturale. Ciò che Foucault mette in risalto è che questo passaggio non corrisponde ad un naturale sviluppo del sapere scientifico attorno ad un oggetto preesistente ad esso (la sessualità), ma risulta essere l'emergere di una prassi discorsiva (la scienza *sexualis*) che porta alla comparsa della sessualità quale oggetto specifico del campo del sapere. Infatti, scrive: *“la sessualità si è costituita come campo di conoscenza a partire da relazioni di potere che l'hanno costituita come oggetto possibile; e a sua volta il potere ha potuto prenderla come bersaglio perché tecniche di sapere e procedure del discorso sono stati capaci d'investirla”*²⁷⁸.

Per far cogliere come la sessualità non sia un oggetto naturale, ma corrisponda ad un dispositivo biopolitico, il filosofo francese sostiene che la politica relativa al bios ha ereditato dalla tradizione cristiana l'interesse e la preoccupazione per la salvezza dell'anima dei suoi fedeli, trasferendo tale situazione all'interno del concetto di salute e il relativo concetto di benessere economico. In altri termini Foucault sostiene che la biopolitica abbia provveduto ad una secolarizzazione del *potere pastorale*, ovvero proprio come il pastore veglia sul gregge occupandosi delle singole pecore, così il potere veglia sulla salute della popolazione occupandosi della cura dei singoli soggetti. A questo proposito Foucault scrive: *“vorrei sottolineare il fatto che quella dello Stato (ed è una delle ragioni della sua forza) è una forma di potere sia individualizzante che totalizzante. Non è mai esistita, penso, nella storia delle società umane (neppure nell'antica società cinese) una combinazione così abile di tecniche di individualizzazione e di procedure di totalizzazione all'interno delle medesime strutture politiche. Ciò è dovuto al fatto che lo Stato occidentale moderno ha integrato in una nuova forma politica una vecchia tecnica di potere che aveva origine nelle istituzioni cristiane. Possiamo chiamare questa tecnica: potere pastorale”*²⁷⁹. In particolare, il filosofo francese sostiene che il potere biopolitico erediti e secolarizzi il meccanismo pastorale della confessione, la cui obbligatorietà nel mondo cristiano fu sancita dal Concilio di Trento. La confessione cominciò a diffondersi anche al di fuori del solo ambito religioso e culminò nel XVIII secolo nella perdita della sua localizzazione rituale espandendosi, per mezzo delle discipline, all'interno di una serie di rapporti: figli e genitori, allievi e pedagoghi, malati e

²⁷⁸ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 87

²⁷⁹ M. Foucault, *Perché studiare il potere: la questione del soggetto*, in *Poteri e strategie*, Mimesis, Milano 2005, p. 110

psichiatri, delinquenti ed esperti²⁸⁰. Tale situazione costituisce anche l'elemento chiave della medicalizzazione, infatti la medicina adotta la confessione clinica (ascolto clinico) quale pratica scientifico-veritativa, la quale viene utilizzata anche nelle tematiche relative alla sfera della sessualità. Dunque, Foucault sostiene che la sessualità sia un dispositivo biopolitico, ovvero essa non è un oggetto preesistente all'insieme discorsivo che la ordina e la costituisce quale oggetto di sapere, per tal ragione, seguendo l'obbiettivo primo della sua filosofia, egli ricerca non la verità della sessualità, ma la modalità attraverso la quale la produzione di discorsi a cui si è attribuito valore di verità ha decretato la comparsa della scienza sexualis, ovvero della medicalizzazione e naturalizzazione della sessualità quale oggetto esistente. A questo proposito sostiene che dal XVIII secolo, con la nascita dello Stato moderno, il potere muti e diventi un biopotere, il quale deriva da una secolarizzazione del potere pastorale proprio della cultura cristiana, mutandone l'intento da salvezza dell'anima a prosperità della salute. L'emersione di tale scopo del potere deriva dalla comparsa di un nuovo soggetto politico, la popolazione, la quale si decreta a partire dalle esigenze economiche derivanti dalla comparsa della borghesia, che portano ad un interesse costante verso la sfera biologica che determina la sussistenza della forza lavoro e la prosperità dello Stato stesso. La biopolitica si prefigge, perciò, di prendere in cura il singolo per proteggere la popolazione tutta, e, così facendo, affronta il problema del sesso, inteso quale emblema della dimensione economica (garantire la prosperità tramite l'aumento delle nascite) e di quella politica (produrre una sicurezza della popolazione tramite l'instaurazione di norme legate alla naturalità dei propri gesti come quelli sessuali). Per tal ragione Foucault afferma: *“è la prima volta che una società afferma, almeno in modo costante, che il suo avvenire e la sua fortuna sono legati non solo al numero ed alla virtù dei cittadini, non solo alle regole dei loro matrimoni e dall'organizzazione delle famiglie, ma all'uso che ciascuno fa del sesso. Si passa dalla desolazione rituale sulla sterile dissolutezza dei ricchi, degli scapoli e dei libertini, a un discorso in cui il comportamento sessuale della popolazione è considerato contemporaneamente come oggetto di analisi e di intervento [...] attraverso l'economia politica della popolazione si forma tutta una rete di osservazioni sul sesso. Nasce l'analisi dei comportamenti sessuali, delle loro determinazioni e dei loro effetti, al limite tra il biologico e l'economico²⁸¹”*.

Come abbiamo capito tutto ciò si determina a partire dalla trasposizione del meccanismo di confessione all'interno degli schemi della regolarità scientifica, i quali si organizzano attorno al dispositivo di sessualità decretando, così, la nascita della scienza sexualis in base alla

²⁸⁰ Cfr. M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 58

²⁸¹ Ivi., p. 28

fissazione di 5 punti fondamentali. Il primo punto elencato da Foucault è relativo alla *codificazione clinica del far parlare*, ovvero la combinazione della confessione con l'esame, che conduce il racconto di se stessi a divenire il dispiegamento di un insieme di segni e di sintomi decifrabili²⁸². Il secondo punto, che prende il nome di *postulato di una causalità generale*, si traduce nella possibilità di interrogarsi su tutto, poiché non esiste malattia o disturbo fisico per il quale dal XIX secolo non si sia immaginato, almeno in parte, un'eziologia sessuale²⁸³. Il terzo, nominato *latenza intrinseca alla sessualità*, postula che il sesso è oscuro e che la confessione deve essere strappata con la forza e con l'ingegno da esperti nella pratica scientifica dedicata all'interrogazione dello stesso, perché il sesso cela sempre delle parti che non sono conoscibili ai soggetti singoli. Il quarto è il *metodo dell'interpretazione*, ovvero bisogna associare a ciò che la confessione rivela l'interpretazione di quel che vi è detto. In altri termini colui che ascolta, il medico o lo psichiatra, sarà il padrone della verità del sesso che tramite l'analisi della confessione interpreta i segni della devianza o della normalità del soggetto. Il quinto, che rappresenta l'approdo finale della creazione del dispositivo di sessualità, viene nominato *la medicalizzazione degli effetti della confessione*, dunque il sesso viene posto nella sfera del patologico, ovvero del normale e dell'anormale, e la sua verità sarà assolta dalla medicina e solo da essa. I primi quattro punti confluiscono nel quinto decretando come la confessione assumerà senso all'interno degli interventi medici, così facendo il campo della sessualità diventa un oggetto ascrivibile al principio di realtà sancito della dimensione medica. Grazie all'elencazione di questi cinque punti, Foucault afferma che: *“la sessualità si è definita come qualcosa che è per natura un territorio aperto a processi patologici, e che invoca dunque interventi terapeutici o di normalizzazione; un campo di significati da decifrare; un luogo di processi nascosti da meccanismi specifici; un nodo di relazioni casuali indefinite, una parola oscura che bisogna contemporaneamente stanare ed ascoltare”*²⁸⁴. In altri termini, Foucault ci propone una storia della sessualità attraverso la ricostruzione dei suoi discorsi veritativi, sostenendo che la società che si sviluppa dal XVIII secolo in poi ha messo in opera un apparato volto alla produzione di un ordine del discorso che si organizza attorno al sesso, poiché essa ne aveva bisogno per far presa sul soggetto e, di pari passo, per aver accesso alla regolazione della popolazione. Non è un caso che Foucault sostenga che attorno a questa questione si realizzi

²⁸² Ivi., p. 60

²⁸³ A questo proposito Foucault scrive: *“dalle cattive abitudini dei bambini alle tisi degli adulti, alle apoplezie dei vecchi, alle malattie nervose ed alla degenerazione della razza, la medicina [...] ha tessuto tutta una trama di causalità sessuale, che può sembrarci fantastica. Il principio del sesso causa di tutto e di qualsiasi cosa è il rovescio teorico di un'esigenza tecnica: far funzionare in una pratica di tipo scientifico le procedure d'una confessione che doveva essere contemporaneamente totale, meticolosa e costante”*. Ivi., p. 61

²⁸⁴ Ivi., p. 64

un processo di interrogazione della dimensione di sesso per obbligare a rivelare la verità su di esso e, parallelamente, viene chiesto al sesso stesso di dirci anche la nostra verità in quanto soggetti sessuati. Detto con altre parole, secondo Foucault attorno al meccanismo della sessualità si costituisce, a partire dal XVIII secolo, un sapere del soggetto che lo determina in quanto soggetto²⁸⁵. Come afferma Deleuze, Foucault mostra come il dentro del soggetto non sia altro che un fuori ripiegato, e che ciò che siamo abituati a chiamare anima o inconscio non è realmente connaturato al singolo, ma viene anch'esso prodotto da saperi e poteri che gli preesistono²⁸⁶. Si può così affermare che Foucault metta in luce che la sessualità si sia costituita quale campo di conoscenza a partire da relazioni di potere che l'hanno costituita come oggetto possibile e, nel medesimo tempo, il potere ha potuto prenderla a bersaglio perché tecniche di sapere e procedure del discorso sono stati capaci d'investirla²⁸⁷. Tale situazione però non si è presentata come un'unica strategia, ma sempre a partire dal XVIII secolo, secondo Foucault hanno preso forma quattro grandi insiemi strategici che hanno sviluppato, a proposito del sesso, dei dispositivi di sapere e potere²⁸⁸. Il primo di questi quattro insiemi strategici è *l'isterizzazione del corpo della donna*, dove tale corpo è stato ritenuto integralmente saturo di sessualità e per tal ragione è stato integralmente preso sotto la regolazione delle pratiche mediche che lo hanno normalizzato entro una serie di imposizioni sociali che lo vedono come ciò che deve regolare la fecondità e, di pari passo, deve educare alla socialità i figli. Il secondo è la *pedagogizzazione del sesso dei bambini* che porta a ritenere che la sessualità si manifesti sin dalla nascita e, se non regolata, può essere portatrice di malattie anche nei bambini, i quali devono crescere seguiti da educatori all'interno di un discorso che gli spieghi, da subito, i pericoli del sesso e le modalità con le quali esso deve essere regolato. Ne segue che sin dalla nascita ai bambini venga presentata la sessualità come elemento naturale. Il terzo *socializzazione delle condotte procreatrici*, ovvero incitamento o freno alla fecondità delle coppie tramite misure sociali o fiscali. Ciò comporta una responsabilizzazione delle coppie nei confronti dell'intero corpo sociale il quale, a seconda del periodo storico, deve essere limitato o rafforzato. Ed infine, l'ultimo insieme è quello relativo alla *psichiatrizzazione del piacere perverso*, ovvero l'istinto sessuale viene identificato come istinto biologico e naturale e ciò porta ad un'analisi veritativa di tutte le anomalie da cui può essere affetto. Foucault mette particolarmente in risalto quest'ultimo insieme, poiché come lui stesso scrive: "gli si è assegnato un ruolo di normalizzazione e di

²⁸⁵ Ivi., p. 65

²⁸⁶ Vedi G. Deleuze, *I piegamenti o il dentro del pensiero (soggettivazione)*, in Foucault, Feltrinelli, Milano 1987, pp. 96-123

²⁸⁷ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 87

²⁸⁸ Ivi., pp. 89-102

*patologizzazione sull'intera condotta; si è infine cercata per queste anomalie una tecnologia correttiva*²⁸⁹". Foucault dimostra, così, come dal XVIII secolo in poi la società ha inventato e si è organizzata attorno ad un nuovo dispositivo, che è il dispositivo di sessualità, il quale si edifica sull'istituzione medica e sulla relativa esigenza di normalità che passa attraverso la patologizzazione dell'azione riproduttiva. Dunque, solo quando il sesso viene posto al centro degli interessi politici, a cavallo tra un imperativo economico ed un imperativo biologico, la sessualità può finalmente apparire come un'entità dotata di natura propria, natura che diviene soggetta a perversioni e dunque diviene bisognosa di continui interventi normalizzatori da parte dell'istanza medica²⁹⁰.

2) Da reprimere ad incitare: il potere normalizzante del dispositivo di sessualità

Il passaggio dal potere sovrano alla biopolitica conduce ad una differente modalità di espressione del potere, infatti l'annessione delle discipline sotto il disegno statale porta all'instaurazione e alla creazione di comportamenti utili nei soggetti al fine di governare la popolazione. Per tal motivo il potere non viene inteso quale istanza d'interdizione, ma diviene, al contrario, ciò che produce ed alimenta anche i saperi e le forme della sessualità. Ciò si realizza tramite la costruzione di un discorso che inserisce la sessualità all'interno degli oggetti propri della medicina, la quale scova in essa le perversioni che deviano da una norma naturale posseduta in quanto umani. La sessualità si costruisce quale oggetto naturale da potere conoscere ed interrogare grazie alla medicina, la quale si pone come disciplina della rilevazione e della permanenza del naturale. A questo proposito Foucault scrive: *"non bisogna dunque riferire all'istanza del sesso una storia della sessualità; ma mostrare come il sesso è storicamente dipendente dalla sessualità. Non porre il sesso dal lato del reale, e la sessualità da quello delle idee confuse e delle illusioni; la sessualità è una figura storica ben reale, che ha suscitato come elemento speculativo, necessario al suo funzionamento la nozione di sesso. Non credere che, accettando il sesso, si rifiuti il potere; si segue al contrario il filo del dispositivo generale di sessualità"*²⁹¹. Ne segue che la tesi fondamentale espressa da Foucault relativamente alla sessualità è che essa non è un oggetto naturale che si

²⁸⁹ Ivi., p. 93

²⁹⁰ Cfr. G. Campesi, *Soggetto, disciplina e governo*, Mimesis, Milano 2011, p. 151

²⁹¹ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 140

offre allo sguardo della medicina, ma si costituisce quale dispositivo frutto della dialettica tra produzione di sapere e esigenze politiche di normalizzazione della società. Per tal ragione Foucault, contraddicendo tutte le teorie che prima di lui si erano diffuse e che sostenevano che con l'ascesa della borghesia avvenuta dal XVIII secolo si fosse giunti ad una repressione della sessualità, sostiene al contrario che il dispositivo di sessualità sia emerso solo grazie ad una sollecitazione politica, economica e tecnica. Infatti scrive: *“dalla fine del XVII secolo, la trasposizione in discorso del sesso, lungi dal subire un processo di restrizione, è stata al contrario sottoposta ad un meccanismo d'incitazione crescente [...] l'essenziale è la moltiplicazione dei discorsi sul sesso, nel campo dell'esercizio stesso del potere: incitazione istituzionale a parlarne, ed a parlarne sempre di più²⁹²”*. Ne segue che il secondo punto fondamentale da rilevare nella trattazione del sesso da parte di Foucault è relativa all'impossibilità di formulare in termini di repressione i rapporti fra sesso e potere, poiché lungi dall'essere repressa la sessualità è stata incitata, divenendo dal XVII secolo in poi diviene uno degli argomenti cardine della nostra società. In altri termini secondo Foucault censure, divieti e proibizioni rientrano in una strategia più ampia il cui esito non è la repressione, ma la produzione di sessualità che si esplica sia nella norma sessuale che nelle anomalie. L'Occidente non è da intendere come il luogo in cui il sesso è stato posto sotto silenzio, ma al contrario è da intendersi come il maggior produttore di stimoli a parlare di sessualità e ad interpretare tali parole. Dunque, i discorsi sul sesso non devono essere intesi quali forme che contraddicono un potere borghese che li vuole reprimere, ma essi sono veri e propri esercizi di potere. Infatti, scrive: *“il sesso non si giudica solo, si amministra. Esso riguarda il potere politico. Richiede procedure di gestione; deve essere preso in considerazione da discorsi analitici. Il sesso, nel XVIII secolo, diventa una questione di polizia. Ma nel senso pieno e forte che si dava allora a questa parola – non repressione del disordine, ma sviluppo ordinato delle forze collettive ed individuali²⁹³”*.

L'analisi filosofica sostenuta da Foucault è certamente originale e si pone totalmente in disaccordo con le teorie freudiane o marxiste, in voga nel suo tempo, le quali ritenevano che le esigenze produttive del sistema industriale avrebbero reso necessario la sublimazione delle energie sessuali, ponendo una evidente relazione causale tra l'ascesa del capitalismo e la repressione del sesso. Per comprendere tale posizione è possibile far riferimento alla tesi espressa da Georges Bataille, il quale sostiene che l'organizzazione sessuale, in particolare i divieti che accompagnano tale attività, costituiscano la base della società stessa. Per tal ragione egli sostiene, nell'opera *L'erotismo*, che ci sia una connessione diretta e innegabile tra

²⁹² Ivi., p. 17 e p. 20

²⁹³ Ivi., p. 26

il controllo sessuale e l'organizzazione del lavoro²⁹⁴, tanto che egli sostiene che i divieti che colpiscono la sfera sessuale rappresentano il rifiuto che l'umanità ha opposto alla natura concepita come orgia di energia vivente, la quale deve essere incanalata verso l'attività produttiva. In altri termini, per Bataille, l'organizzazione della vita sessuale si pone come terreno di controllo necessario al mantenimento dell'ordine sociale della produzione. Si può cogliere come Bataille sostenga che l'emarginazione della sessualità sia una necessità vitale, indispensabile al mantenimento di un'economia fondata sul lavoro, poiché la sessualità è pericolosa in quanto comporta la dissoluzione delle forme disciplinate della vita sociale e della produzione. Foucault, di contro, sostiene che la sessualità non sia stata emarginata, ma solo l'intensificazione e l'incitamento a parlarne hanno portato all'esplosione della società della produzione. Il filosofo francese compie così un'inversione di significato rispetto all'opinione corrente, poiché, pur negando che siano stati posti dei divieti all'interno della sessualità, ammonisce che costruire e pensare una storia della sessualità a partire dai divieti non sia una situazione sostenibile, in quanto, così facendo, si crea ciò che lui definisce il *beneficio del locatore*, ovvero se la sessualità è repressa, sottoposta a divieti e condannata al mutismo, il solo fatto di parlarne, in particolare di parlare della sua repressione, assume un tono di trasgressione. Chi parla della repressione della sessualità si mette in qualche misura al di fuori del potere, invece per Foucault questo "fuori dal potere" non esiste, poiché è lo stesso potere che esige che i soggetti confessino tutto della loro sessualità. Affermare che la sessualità non sia repressa, vuol dire affermare che essa sia al centro di una nuova forma di potere, che prendendosi carico dell'intera vita biologica, mira a non avere campi esteriori. Come sostiene Foucault: *"il dispositivo di sessualità ha la sua ragione d'essere non nel fatto di riprodursi, ma di proliferare, d'innovare, di anettere, d'inventare, di penetrare i corpi in modo sempre più minuzioso e di controllare le popolazioni in modo sempre più globale. Bisogna dunque ammettere tre o quattro tesi contrarie a quella immaginata dal tema di una sessualità repressa dalle forme moderne della società: la sessualità è legata a dispositivi recenti di potere; a partire dal XVII secolo si è trovata in espansione crescente; l'organizzazione che l'ha sorretta da allora in poi non è finalizzata alla riproduzione; è stata legata fin dall'origine ad un'intensificazione del corpo – alla sua valorizzazione come oggetto di sapere e come elemento nei rapporti di potere²⁹⁵".* Per tal ragione il filosofo

²⁹⁴ Tale tesi è sostenuta anche da Herbert Marcuse nell'opera *Eros e civiltà* e da van Ussel nell'opera *Histoire de la répression sexuelle*. In tutte e due le opere, seppur con modalità differenti, si afferma che nel momento in cui si sviluppa la società capitalista il corpo, da organo di piacere, diviene uno strumento di prestazione. Foucault critica la posizione di questi due autori, in particolare quella di van Ussel. Per una lettura di tale critica si faccia riferimento a M. Foucault, *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 210-211

²⁹⁵ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 95

francese sostiene che dal XVII secolo non si parla meno di sessualità, ma se ne parla diversamente, a partire da altri punti di vista al fine di ottenere altri effetti. Si entra nella biopolitica che funziona per mezzo di una cornice di medicalizzazione della vita, che rende il sesso un oggetto naturale da indagare sotto l'aspetto della sua normalità e delle sue forme di patologia. Per fare ciò non si reprimono i soggetti a parlare della loro sessualità, ma essi vengono incitati a confessare le verità della loro normalità o anormalità in merito a come vivono l'esperienza sessuale. Ne segue che attraverso la sessualità divenga possibile accedere al controllo completo dell'individuo, il quale viene preso all'interno di una rete di normalizzazione che lo avvolge sino in ciò che di più profondo egli custodisce: le sue sensazioni e le sue azioni. Di pari passo, però, il dispositivo sessuale facendo presa sull'individuale diviene in grado di garantire un controllo anche sull'esistenza biologica della popolazione, sulla sua salute e sui processi riproduttivi che la guidano e l'alimentano. Si coglie come attraverso il proliferare di discorsi sulla sessualità, che fanno entrare la stessa nel campo della norma medica, si creano le possibilità sia per una disciplinazione dei corpi che per una difesa del sociale.

3) Sessualità, psichiatria e degenerescenza

La sessualità diventa oggetto della medicina, che vuol dire che a partire dal XVIII secolo essa diviene determinata nella sua verità dalla prassi terapeutica, la quale mira a confessare il soggetto attorno alle proprie pratiche sessuali. Così facendo la sessualità viene definita quale oggetto naturale che si apre alla possibilità di subire dei processi patologici, i quali invocano interventi terapeutici e di normalizzazione. In altri termini, come abbiamo visto nei precedenti paragrafi, la sessualità diviene un oggetto naturale da decifrare, il quale, però, conserva ampi spazi di oscurità che solo lo specialista della scienza medica può riuscire a stanare ed interpretare. Nasce così una forma del discorso scientifico-medico che avvolge il sesso, il quale dona delle nuove modalità di concepirsi come soggetti, interiorizzando l'ordine di verità istituito dallo stesso dispositivo di sessualità. In particolare secondo la ricostruzione di Foucault nascono alla fine dell'800 le possibilità di distinguere la medicina del sesso dalla medicina generale del corpo, ciò avviene perché si identifica, per la prima volta nella storia, *un istinto sessuale*, suscettibile, anche senza alterazioni organiche, di presentare anomalie costitutive, deviazioni e processi patologici. A questo proposito afferma: *“a questi anni risalgono la relativa autonomizzazione del sesso rispetto al corpo, l'apparizione correlativa*

di una medicina e di un ortopedia che gli riferirebbero adesso in maniera specifica, l'apertura in poche parole del grande campo medico-psicologico delle perversioni, che doveva sostituire le vecchie categorie morali della dissolutezza o dell'eccesso²⁹⁶”. Si può facilmente cogliere come le perversioni sessuali si rendano utili al doppio scopo proprio della biopolitica, ovvero da una parte normalizzano l'individuo, dall'altra si formano quale difesa sociale, poiché non solo il sesso poteva essere affetto da patologie (perversioni), ma poteva anche trasmettere le stesse a generazioni future, corrompendo così la popolazione, dunque la ricchezza e la sussistenza dello stato. Per cogliere tale situazione bisogna far riferimento alla teoria della *degenerazione* coniata da Benedict-August-Morel verso la metà dell'XIX secolo. La tesi di Morel, espressa nel volume *Traité des dégénérescences physique, intellectuelles et morales de l'espace humaine* (1857), è che ogni tipo di alienazione mentale sia riconducibile per il suo intero al linguaggio della biologia e della storia naturale, così facendo non c'è differenza tra curare una patologia organica o curare una malattia mentale. Se non esistono differenze tra le varie specie di malattia, poiché sono tutte causate da alterazioni biologiche, sussiste invece un'importante distinzione tra il malato organico che si trova per sua natura in una condizione transitoria, e il malato mentale il quale si situa in una natura che è sempre definitiva. Morel suggerisce di chiamare la patologia mentale con il termine degenerescenza, poiché essa è uno stato patologico causato da lesioni dirette o indirette del sistema nervoso centrale, il quale a sua volta influenzerà il sistema nervoso dei discendenti. In altri termini, Morel sostiene che la malattia mentale non sia curabile o reversibile, che sia causata da alterazioni del sistema nervoso e che essa venga trasmessa di generazione in generazione. Dunque, utilizzando la terminologia filosofica, si potrebbe dire che la degenerescenza così come teorizzata da Morel è una condizione ontologica e allo stesso tempo infettiva, poiché il germe viene passato dai figli ai genitori. La teoria della degenerescenza ebbe una grandissima diffusione dalla metà del 1850 sino al primo decennio del 1900 e portò con sé la paura che la specie umana stesse degenerando a causa della presenza di individui portatori del germe della degenerescenza. Ciò comportò che la biologia e la medicina si ergessero al servizio della politica, la quale assumeva il nuovo compito di proteggere la popolazione dalla minaccia della degenerazione²⁹⁷. Alla base della teoria di Morel si erge l'operato di Buffon, il quale nell'opera monumentale *Histoire naturelle* pubblicata in vari volumi nella seconda metà del settecento, analizza l'essere umano con le stesse categorie zoologiche e biologiche utilizzate

²⁹⁶ Ivi., pp. 104-105

²⁹⁷ Su questo tema si può far riferimento all'ottima ricostruzione fornita da M. Simonazzi all'interno dell'opera da lui scritta *Degenerazionismo. Psichiatria, Eugenetica e Biopolitica*, Bruno Mondadori, Milano 2013 e all'opera di J. C. Coffin, *La transmission de la folie 1850-1914*, L'Harmattan, Paris, 2003

per gli altri animali, ovvero egli sposta l'oggetto dei suoi studi dal singolo uomo alla specie umana²⁹⁸. In particolare egli all'interno del libro XIV della sua *Histoire naturelle* intitolato *De la dégénération des animaux* sostiene che la degenerazione umana sia riscontrabile nel fatto che in principio l'uomo era bianco e si trovava ad abitare in Europa, poi successivamente egli è migrato in varie parti del pianeta e per adattarsi al clima ha mutato il colore della pelle e i suoi tratti fisiologici. Dunque, per Buffon esiste una razza originale, che è quella del bianco europeo tutte le altre sono inquadrabili all'interno di un allontanamento più o meno evidente da tale razza e costituiscono delle forme di degenerazione della razza stessa. In un primo tempo la teoria della degenerescenza coniata da Buffon trova ampia diffusione all'interno del campo medico, poiché l'accento si poneva sulla possibilità di fare ereditare differenti tipi di patologie (sia organiche che mentali) ai propri discendenti. Ma con l'inizio dell'ottocento il termine degenerescenza subisce una trasformazione che la fa passare dal solo terreno medico sino ad abbracciare il terreno della società. In particolare, tale passaggio si deve a Prosper Lucas che nel 1847 scrive il *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, nel quale si indaga non solo la trasmissione delle pure patologie, ma la trasmissione delle istanze anti-sociali. In altri termini Lucas crede che tutto quello che l'uomo fa all'interno della società, compresi gli atteggiamenti più o meno sociali, è frutto di principi biologici i quali si ereditano dai genitori. Ne segue che l'alcolismo, la tendenza a delinquere ecc. siano il frutto di meccanismi biologici, i quali se individuati possono offrire la possibilità di comprendere e dirigere la natura umana. Si coglie come il trattato di Lucas sposti l'attenzione dalla sola volontà di studiare l'ereditarietà delle patologie al fine di proteggere la vita dei singoli, alla possibilità di guardare e dirigere la vita della popolazione intera, la quale viene determinata a comportarsi socialmente da istanze biologiche che si radicano nel profondo dei singoli. Per tal ragione, grazie al trattato di Lucas, si può parlare di ereditarietà patologica, e, di pari passo, anche di degenerescenza della specie umana, in quanto l'ereditarietà di alcune forme biologiche non solo conduce ad essere malati, ma porta anche alla possibilità di diffondere dei particolari atteggiamenti che vanno ad inficiare la permanenza della specie umana sulla terra. Questo è lo sfondo culturale che porta Morel ad elaborare la propria teoria della degenerescenza, la quale viene grazie a lui iscritta in un terreno psichiatrico diventando la tesi

²⁹⁸ A questo proposito Simonazzi scrive: "il passaggio dall'individuo alla specie costituisce un importante cambiamento nell'immagine stessa dell'uomo. In primo luogo Buffon sottolinea la rilevanza della dimensione biologica, in particolare della sessualità e della riproduzione, che rappresentano le funzioni fondamentali da cui dipendono la diffusione o l'estinzione della specie [...] in secondo luogo la spiegazione dell'esistenza di molteplici razze all'interno dell'unica specie umana si fonda su elementi naturali come il clima, il nutrimento e le abitudini. In terzo luogo, il rapporto tra tipo di ideale della specie e i singoli individui, ognuno differente dall'altro, introduce il tema della degenerazione. Quanto il singolo individuo può allontanarsi dal tipo ideale? E questo allontanamento dev'essere sempre inteso come un peggioramento e una degenerazione? Degenerazionismo. *Psichiatria, Eugenetica e Biopolitica*, Bruno Mondadori, Milano 2013, p. 16

più diffusa che anima la pratica della cura della psiche. Infatti, Morel dichiara più volte, all'interno del suo *Traité*, che lo scopo che perseguì studiando l'ereditarietà della follia, fu quello di collegare in maniera stabile psichiatria e medicina organica. In particolare per fare ciò egli adottò un nuovo punto di vista, mutuandolo da Buffon, che non fu quello del singolo, ma quello della specie umana. In particolare egli sostenne che la degenerescenza fosse causata da un germe che si trasmetteva al momento della fecondazione, il quale non solo portava il nascituro a ricevere lo stato patologico dei genitori, ma ne aumentava il grado. Morel sostenne così che la degenerescenza fosse progressiva e che la stessa, intesa quale devianza rispetto ad una specie originaria, aumentasse sempre di più sino a quando l'uomo non raggiungesse uno stadio di sterilità e di incapacità intellettiva a causa del cumulo delle patologie ereditarie.

Il punto fondamentale di tale teoria è che la terapia che la psichiatria deve perseguire non avrà più di mira solo il singolo soggetto, ma si dovrà rifare alla sopravvivenza della specie. Detto con altre parole l'obiettivo della cura psichiatrica diviene quello di conservare la specie umana nonostante la degenerescenza della specie. A questo proposito Simonazzi offre un'ottima lettura di come la psichiatria secondo Morel deve adoperarsi per proteggere la specie, infatti egli scrive: *“la psichiatria ha quindi il compito di intervenire a livello sociale e per questo motivo deve dotarsi degli strumenti necessari. Il degenerato dovrà essere trattato, entro certi limiti, al pari di un individuo infettivo. L'isolamento del manicomio ha dunque una duplice funzione: da una parte costituisce un luogo terapeutico, dall'altro rappresenta una difesa sociale. Infatti la degenerazione individuale può avere un immediato riflesso sulla degenerazione della specie se non si adottano misure di igiene sociale come quelle dell'internamento [...] Morel conia l'espressione la moralisation des masses [...] per indicare una terapia di igiene morale che ha come finalità un nuovo soggetto terapeutico per la psichiatria: la popolazione²⁹⁹”*. Si può cogliere come la teoria della degenerazione, nata a metà dell'ottocento, rappresenti a pieno la teoria della medicalizzazione proposta da Foucault, la quale mostra come tramite la naturalizzazione dell'idea di salute si riesca a normalizzare la vita dei soggetti per mezzo delle istanze mediche e di pari passo si riesca a salvaguardare la vita della popolazione. Non a caso Morel sostiene che la psichiatria diviene la pratica medica che assume al proprio centro la popolazione, la quale deve essere preservata dalla sua possibile fine e per fare ciò bisogna isolare i soggetti portatori di disturbi psichici, i quali non saranno pericolosi solo per il soggetto, ma anche per la parte sana della popolazione. In altri termini, proprio come sostiene Foucault, la psichiatria diventa l'emblema di quella modalità biopolitica che agisce tramite la cura dei soggetti al fine di difendere e proteggere la

²⁹⁹ Ivi., pp. 66-67

popolazione. Infatti Foucault scrive: *“la psichiatria non cerca più, o meglio, non cerca più essenzialmente di guarire. Propone di funzionare come protezione della società contro i pericoli di cui può essere, senza rimedio, vittima per colpa di individui che si trovano in uno stato anormale [...] essa assumerà un ruolo di difesa sociale generalizzata e, attraverso la nozione di ereditarietà, si concederà al contempo un diritto di ingerenza nella sessualità familiare. Diventa la disciplina di protezione scientifica della società, la scienza della protezione biologica della specie³⁰⁰”*. Foucault, mette, così, in luce come la psichiatria tramite la gestione delle anomalie individuali riesce a diventare la massima istanza di protezione della società, la quale riesce a difendere la stessa dai pericoli che la minano dall'interno.

4) La psichiatria difende la società prendendo in gestione la vita

Nel precedente paragrafo si è potuto capire come la psichiatria ha acquisito la possibilità di riferire qualsiasi devianza, ritardo ecc. a uno stato di degenerazione e, grazie a ciò, giustifica una possibilità indefinita di ingerenza nei comportamenti umani. Si può asserire che gli studi di Foucault mettano in luce come la psichiatria, con la teoria della degenerescenza, abbia dato vita ad un soggetto patologico, l'anormale, il quale con il suo comportamento viola le leggi di natura più che le leggi sociali. Ciò che Foucault ci rivela è che la psichiatria, potendo fare a meno di dimostrare uno stato morboso evidente (alterazione biologica) ma potendo comunque riferire ogni atteggiamento contrario alla società ad uno stato ereditario e definitivo si mette in condizione non solo di dover guarire, ma di poter instaurare dei meccanismi di protezione della società. Si deve dunque cogliere l'importanza della sessualità, poiché essa rappresenta la chiave per legare l'individuo alla propria specie, il che comporta la volontà di curare l'individuo per proteggere la specie. In particolare la cura prospettata per la degenerescenza è quella di evitare che persone anormali possano riprodursi aggravando così lo stato di degenerescenza all'interno della popolazione. Il discorso politico diviene sempre più biologizzato e trasforma il fine della medicina, la quale non deve solo curare il singolo, ma deve immunizzare l'intera società. Il dispositivo di sessualità diventa ciò che permette l'instaurazione di tutto questo meccanismo, poiché riesce a far breccia su ciò che di più naturale-biologico sussiste e che, allo stesso tempo, determina la ricchezza e la sussistenza della popolazione: il sesso e la riproduttività. In altri termini, si esercita un potere sull'uomo che non vede in esso una persona giuridica, ma un essere vivente da regolare, il che comporta

³⁰⁰ M. Foucault, *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 282

che non si vuole punire unicamente la violazione della norma giuridica, ma si vuole controllare l'allontanamento dalla norma biologica, che determina completamente ogni aspetto di realtà e di azione esercitato dall'uomo, il che porta a sostenere che non si vuole più punire ciò che si fa, ma si vuole normalizzare ciò che si è. Dunque, il pericolo biologico viene issato a cuore della società, ma, allo stesso tempo, si donano le possibilità esplicative alla psichiatria per ergersi a fonte di sicurezza e garante dell'ordine all'interno della medesima società. Si passa così da una società di diritto regolata dal potere giuridico, ad una società della norma sostenuta dalla medicalizzazione e, in particolare, dalla medicalizzazione della vita garantita dalla psichiatria. In particolare la psichiatria può adempiere a tale compito, perché riesce a rovesciare l'istanza medica, tanto che essa non deve necessariamente portare delle prove tangibili del proprio agire terapeutico, ma organizza il proprio sapere attorno alla nozione d'istinto (nel precedente capitolo abbiamo visto come la medicina sessuale si stacchi da quella organica proprio grazie "all'invenzione" dell'istinto"). Non è un caso che Foucault scriva: *"a partire dall'istinto la psichiatria del XIX secolo potrà ricondurre nell'ambito della malattia e della medicina mentale tutti i turbamenti, tutte le irregolarità, tutti i grandi turbamenti e tutte le piccole irregolarità di comportamento che non dipendono dalla follia propriamente detta. A partire dalla nozione d'istinto potrà organizzarsi, intorno a ciò che era un tempo il problema della follia, la problematica dell'anormale al livello delle condotte più elementari e quotidiane"*³⁰¹. Tramite la nozione d'istinto la psichiatria assume la possibilità di essere ascritta non solo a modello medico, ma anche a forma biologica, che porta la stessa a potersi interessare delle patologie legate all'evoluzione che, a loro volta, riposano sul concetto d'istinto. Foucault spiega, però, come il concetto d'istinto non nasca quale scoperta interna al sapere psichiatrico, ma esso sia il frutto di una determinata distribuzione di giochi di potere, alcuni caratteristici dell'istituzione giudiziaria, altri caratteristici del sapere medico che si relazionano assieme per mezzo dell'ordine veritativo e delle istanze proprie del governo biopolitico della popolazione. In particolare il filosofo francese sostiene che la psichiatria fa riferimento al concetto d'istinto solo quando non può riscontrare in alcuni atti la presenza del delirio o di alienazione, ciò comporta come scrive lo stesso Foucault che: *"l'istinto permette di ridurre a termini intellegibili lo scandalo giuridico che costituirebbe un crimine senza interesse, senza motivo e che, di conseguenza non sarebbe punibile, Inoltre, permette di invertire scientificamente l'assenza di ragione di un atto in un meccanismo patologico positivo"*³⁰². Foucault mostra così come il potere psichiatrico diventi ciò che può garantire l'ordine e porta come esempio più semplice per cogliere tale situazione la legge francese del

³⁰¹ Ivi., p. 122

³⁰² Ivi., p. 127

1838 relativa al ricovero degli alienati in manicomio. Essa prevedeva che fosse possibile effettuare un ricovero d'ufficio (ciò che noi, oggi, in Italia chiamiamo T.S.O.) motivato dallo stato di alienazione dell'individuo, la quale potrebbe essere atta a compromettere l'ordine e la sicurezza pubblici. Come sostiene Foucault tale legge, frutto di un tempo dedito alla normalizzazione derivante dalla medicalizzazione porta lo psichiatra a porre la domanda: abbiamo davanti a noi un individuo capace di turbare l'ordine o di minacciare la sicurezza pubblica? Il sapere psichiatrico cessa così di occuparsi unicamente della follia, interessandosi agli istinti, ovvero s'interessa a tutti i comportamenti umani e alle ragioni che sanciscono tali movimenti. Si avvera così un'inversione della pratica terapeutica, poiché come scrive Foucault: *“mentre nella medicina organica il medico formula oscuramente una domanda di questo tipo: mostrami i tuoi sintomi e ti dirò che malato sei, nella prova psichiatrica la domanda è molto più gravida di conseguenze, comporta molte implicazioni in più. Il suo tenore è il seguente: con quello che tu sei, con la tua vita, con ciò di cui ci si lamenta a tuo riguardo con quello che fai e con quello che dici, forniscimi dei sintomi non tanto affinché io possa sapere quale malato tu sia, ma perché di fronte a te io possa essere un medico³⁰³”*. In altri termini, si può asserire che il discorso psichiatrico esercitando la sua diagnosi fa valere una duplice modalità di agire, da un lato per mezzo della nozione d'istinto - la quale permette di non riferirsi unicamente agli stati di follia evidenti, ma anche alle attitudini biologiche della specie tramandate nel singolo - consacra la vita di un individuo come tessuto di sintomi patologici, dall'altro proprio agendo in questo modo si consacra come prassi medica. Per tal ragione la psichiatria si costruisce quale scienza dell'anormalità, dunque quale funzione normalizzante, la quale funge da tecnica di difesa rispetto ai pericoli posti dall'agire dell'uomo. La psichiatria diviene ciò che può assicurare il sistema di sicurezza sociale, poiché come chiarisce il filosofo francese: *“il punto effettivo su cui si esercita il sapere psichiatrico non è sin dal principio, né essenzialmente, quello che consente di specificare, di caratterizzare, di spiegare la malattia. Detto in altri termini, mentre un medico ha come compito principale o come obbligo, per via della posizione che occupa, di rispondere ai sintomi, ai lamenti del malato, attraverso un'attività di specificazione, di caratterizzazione [...] lo psichiatra, invece, non è chiamato in causa né convocato a tale scopo [...] allo psichiatra ci si rivolge a un livello ancora precedete, a una soglia che sta più in basso, e precisamente nel punto in cui si tratta di decidere se c'è o meno malattia³⁰⁴”*. L'ordine veritativo proprio della medicalizzazione che attribuisce verità ai concetti di naturale-biologico che vengono resi norma dalle pratiche mediche, le quali rientrano all'interno del

³⁰³ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 232

³⁰⁴ Ivi., p. 225

potere biopolitico atto alla messa in sicurezza della popolazione tramite la cura dell'individuo, trovano nell'agire psichiatrico una delle proprie massime espressioni. Infatti, la psichiatria si occupa di curare i soggetti in base alle alterazioni delle loro condotte, al fine di tutelare la popolazione dai comportamenti devianti che la potrebbero perturbare. Foucault asserisce: *“la psichiatria dovrà psichiatrizzare tutta una serie di condotte, di turbamenti, di disordini, di minacce, di pericoli. Insomma: tutto ciò che è dell'ordine del comportamento e non più del delirio, della demenza o dell'alienazione mentale³⁰⁵”*. Si mette così in mostra come la psichiatria, attraverso la psichiatrizzazione dei comportamenti, sia una delle massime istanze agenti all'interno del meccanismo di medicalizzazione, la quale può naturalizzare delle tendenze devianti senza dover dimostrare apertamente i problemi biologici che le sottendono e che le descrivono quali patologie. Infatti, tramite il meccanismo dell'istinto, che deriva dalle possibilità proprie della ricerca psichiatrica, che si sono focalizzate sulla degenerescenza, si può far breccia su ogni comportamento e azione umana determinando se sia lecita o non lo sia. La psichiatria diviene, dunque, l'agente di protezione sociale della popolazione che agisce tramite la presa in carico della vita individuale.

5) Foucault, Szasz e la psichiatrizzazione della sessualità

La psichiatrizzazione del reale rappresenta uno degli assi portanti della cornice della medicalizzazione, poiché essa assicura la presa in carico della sicurezza della popolazione, tramite gli interventi rivolti al singolo. Inoltre, essa riesce tramite il proprio procedimento, inverso rispetto a quello della medicina organica, ad annettere continuamente nuove sfere di comportamento dell'umanità. In questo quadro si mostra l'importanza del dispositivo di sessualità, poiché la moltiplicazione dei discorsi, che ha condotto il sesso a divenire uno degli argomenti cardine della nostra società, ha condotto lo stesso ad essere una delle modalità che consentono un'esplicazione maggiore del potere biopolitico. Infatti, come abbiamo visto in questo capitolo, il sesso è preso in considerazione sia all'interno del discorso psichiatrico quale portatore di numerose patologie, le perversioni, sia all'interno del discorso biologico-statale, poiché poteva trasmettere malattie o crearne per le generazioni future. A questo proposito, Foucault rileva che: *“l'analisi dell'ereditarietà poneva il sesso in posizione di responsabilità biologica nei confronti della specie: non solo il sesso poteva essere affetto dalle proprie malattie, ma poteva anche, se non lo si controllava, trasmettere delle malattie, o*

³⁰⁵ M. Foucault, *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 134

*crearne per le generazioni future: esso appariva così all'origine di tutto un capitale patologico della specie. Di qui il progetto medico, ma anche politico, di organizzare una gestione statale dei matrimoni, delle nascite e della sopravvivenza: il sesso e la sua fecondità devono essere amministrati*³⁰⁶”. Dunque, il filosofo francese rileva come le perversioni e il concetto di degenerescenza siano stati le due grandi innovazioni discorsive che hanno investito la tecnologia del sesso dal XIX secolo. Le due modalità si reggevano a vicenda, poiché si poteva spiegare come una pesante ereditarietà patologica potesse portare alla comparsa di un pervertito sessuale (sia esso omosessuale, esibizionista, sadomasochista ecc.) e, viceversa, si spiegava anche come una perversione sessuale poteva essere trasmessa ai propri discendenti attraverso le pratiche sessuali, corrompendo di fatto le generazioni future. Si può, dunque, affermare che la comparsa della sessualità all'interno della cornice della medicalizzazione sia di fondamentale importanza perché consente d'istaurare una norma all'interno di una delle funzioni – il sesso quale forma di riproduzione – più naturali che ci siano, ma la stessa norma consente anche di esercitare un razzismo verso il portatore dell'anormalità, salvaguardando la popolazione dai pervertimenti che la sua discendenza potrebbe condurre sulla stessa. La sessualità diventa, per tal ragione, l'elemento chiave che consente di costruire un vero e proprio discorso psichiatrico, il quale trova le proprie fondamenta nell'investimento della sessualità, poiché si sorregge sul concetto di degenerescenza, e grazie all'estrema importanza che acquisisce in questo campo rende possibile la psichiatrizzazione di nuove sfere vitali dell'uomo che vanno al di là della sola sessualità. Detto in altro modo, la pratica psichiatrica diviene l'istanza di sicurezza presente all'interno della cornice della medicalizzazione, ovvero diventa la disciplina di protezione scientifica della società, la scienza della protezione biologica della specie.

Foucault non è l'unico autore che ha messo in rilievo in modo sapiente il potere conquistato dalla pratica psichiatrica all'interno della società medicalizzata, ma come lo stesso Foucault ammette, anche un altro grande studioso si è interrogato, partendo da punti affini, su tale situazione, egli è Thomas Szasz³⁰⁷. Lo psichiatra di origini ungheresi si è reso popolare per la pubblicazione di *The Manufacture of Madness*, ovvero una ricostruzione della storia della psichiatria, che pur prendendo ad oggetto il sapere medico psichiatrico non ha voluto

³⁰⁶ M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 95

³⁰⁷ Studiando il pensiero di Thomas Szasz per la realizzazione di questa tesi ho avuto modo di ricostruirne il pensiero e di pubblicare una breve monografia che dona ragione del suo operato mettendolo a confronto con il pensiero bioetico contemporaneo. Il titolo del lavoro è *Thomas Szasz. La critica psichiatrica come forma bioetica*, Alboversorio, Milano 2013. Dunque, per una comprensione esaustiva del suo pensiero mi permetto di rimandare a quell'opera, nella quale è possibile ritrovare un confronto con il pensiero di Michel Foucault, qui riproposto in altre vesti e sotto altre situazioni tematiche, ricostruito da pagina 55 a pagina 59. Inoltre ho dedicato un intero capitolo al problema della psichiatrizzazione della sessualità che va da pagina 79 a pagina 87

focalizzarsi sulla giustificazione dell'attuazione di un sapere psichiatrico, ma ne ha voluto fare una storia che, per certi versi, si può comparare all'opera di Foucault *Storia della Follia*. Tutt'è due le opere svolgono, dunque, una critica ad un modo d'intendere la pratica psichiatrica quale forma aurorale di sapere che si è tramandato dal mondo greco sino ai nostri giorni³⁰⁸, tuttavia le modalità attraverso le quali svolgono tale critica sono differenti: Foucault crea un archeologia del silenzio, ovvero di come la follia sia stata ridotta al silenzio dalla pratica psichiatrica che ha preso forma nell'illuminismo, mentre Szasz sposa la teoria della scienza coniata da Kuhn per la quale esistono periodi paradigmatici che catalizzano il consenso di tutta una serie di studiosi, sino a quando lo stesso paradigma non entra in crisi e viene sostituito da un altro paradigma. Szasz espone la propria idea mirante a mettere in luce come, ad oggi, siamo ancora all'interno del medesimo paradigma vigente nel periodo dell'Inquisizione che vedeva nell'utilizzo della confessione, o meglio nell'estorsione della confessione, il proprio tratto fondamentale. Ciò non vuol dire che Szasz sostenga che sia possibile paragonare l'Inquisizione alla psichiatria e alla nostra epoca medicalizzata, ma egli afferma unicamente che alcune idee paradigmatiche dell'Inquisizione siano ancora operanti a livello applicativo e scientifico, all'interno del paradigma psichiatrico. Colui che più di tutto colse l'importanza di tale rilevazione fu Michel Foucault, il quale si espresse nel seguente modo: *“il libro di Szasz non consiste nel dire: una volta il folle era lo stregone, oppure: lo stregone di un tempo è il folle di oggi. Dice un'altra cosa, storicamente e politicamente più importante: la pratica attraverso cui si individua un certo numero di persone, e per cui venivano sospettate, isolate, interrogate e riconosciute come stregoni, questa tecnica di potere messa in atto durante l'Inquisizione, la si trova (trasformata) nella pratica psichiatrica. Non è il folle ad essere il figlio dello stregone, è lo psichiatra che è il discendente dell'inquisitore. Szasz colloca la sua storia a livello delle tecniche di potere, non a livello dell'identità patologica. Per lui non è il malato che rivela a posteriori la verità dello stregone. È l'antistregoneria che dice, in anticipo, la verità della psichiatria. [...] Szasz ha avvertito perfettamente la risonanza profonda tra le funzioni di controllo della medicina, della psichiatria e le strutture statali di controllo messe in atto a partire dal XIX secolo³⁰⁹”*. A parere di Foucault, Szasz, è stato in grado di riconoscere il cambiamento delle modalità di esplicazione del potere che è avvenuto nel XVIII secolo e che ha portato all'utilizzo della pratica psichiatrica nel XIX secolo quale forma di protezione sociale. A questo proposito

³⁰⁸ Sull'uso della critica psichiatrica in Foucault e in Szasz si veda P. Bracken, P. Thomas, *From Szasz to Foucault: on the role of critical psychiatry*, in *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, V. 17, N. 3, Johns Hopkins University Press 2010

³⁰⁹ M. Foucault, *L'estension sociale de la norme*, in *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001, p. 75 e p. 78

Szasz ritiene, proprio come Foucault, che si sia inaugurata in quell'epoca una società medicalizzata, poiché da un potere sovrano (teocrazia) si è passati ad un potere medicalizzato da lui nominato farmacrazia³¹⁰. Il punto centrale di questa forma politica è dato dalla possibilità di coniugare il potere politico con quello medico, al fine di utilizzare la medicina quale forma sociale per normalizzare e proteggere una certa modalità di esprimersi della popolazione. Per fare ciò è essenziale porre al centro di ogni attività il concetto di salute e di rendere ogni attività umana una fonte di aiuto medico. In altri termini, Szasz afferma, in accordo con Foucault, che lo Stato ha colto molto bene la valenza della medicina, quindi ha capito l'importanza della dicotomia sano-malato, riuscendo così, tramite il concetto di sanità pubblica, ad escludere i comportamenti non voluti. Ciò viene realizzato in particolar modo dalla psichiatria, poiché come egli afferma nel libro *Il mito della malattia mentale (1961)*, essa utilizza i termini della medicina per definire delle situazioni vitali quali patologie senza dover portare alcun tipo di prova scientifico-biologica che possa giustificare tale asserzione. Il cardine del pensiero di Szasz è proprio rappresentato dal voler mettere in luce come la psichiatria riesca a psichiatrizzare ogni forma di devianza dalle norme stabilite, poiché utilizza il termine malattia mentale in senso metaforico, ovvero non suffragandolo su prove evidenti che possono mettere in modo chiaro le alterazioni biologiche. Così facendo essa si può interessare ad ogni aspetto della vita, egli proprio come Foucault chiama questa modalità di agire psichiatrizzazione. Infatti, scrive: *“questa medicalizzazione – e psichiatrizzazione, e più in generale questa tecnicizzazione – delle questioni personali, sociali e politiche è, come è stato di frequente messo in luce, una caratteristica generale della nostra attuale epoca burocratica. Quello che ho cercato di evidenziare [...] è un solo aspetto, sia pure importante, di questa moderna ideologia scientifico tecnologica, ovvero l'ideologia della sanità e dell'infermità mentale, della salute e della malattia psichica [...] l'ideologia dell'infermità mentale ha raggiunto ai giorni nostri precisamente questo risultato: è riuscita a privare un enorme numero di persone – tal volta sembra proprio tutte – di un vocabolario personale con cui esprimere la propria situazione senza dover rendere omaggio a una prospettiva psichiatrica che è riduttiva dell'uomo in quanto persona e oppressiva dell'uomo in quanto cittadino³¹¹”*. La tendenza che meglio di tutte mostra il fenomeno della psichiatrizzazione, è secondo Szasz, l'annessione delle pratiche sessuali, infatti lo psichiatra di origini ungheresi ha evidenziato la tendenza a considerare le manifestazioni sessuali come patologia già nel 1980 nel testo *Sesso a tutti i costi*, nel quale si mette in luce come la dimensione della sessualità

³¹⁰ Cfr. T. Szasz, *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America*, Praeger Publishers, 2001

³¹¹ T. Szasz, *Disumanizzazione dell'uomo*, Feltrinelli, Milano 1977, p. 42-43

rappresenta una delle sfere predilette dalla psichiatria, in quanto come sostiene Szasz: *“dopo il bisogno di sonno, di acqua e di cibo, l’impulso sessuale è la nostra spinta biologica più potente. Questa è la ragione per cui i legami sessuali possono essere una grossa forza al servizio della cooperazione sociale³¹²”*. È interessante notare come Szasz ponga l’accento su due temi cari a Foucault, il primo è relativo alla volontà di psichiatrizzare la parte biologica dei soggetti ovvero il mangiare, dormire e riprodursi, la seconda è che tale psichiatrizzazione avviene non per reprimere ma per proteggere la popolazione, per far cooperare i singoli nell’ottica della salvaguardia della popolazione. Szasz, proprio come Foucault, sostiene che dalla metà del XIX secolo si sia assistito ad un’esplosione del discorso attorno alla sessualità, il quale ha condotto i soggetti ad introiettare dei meccanismi di soggettivazione che li portano ad essere totalmente associati alla medicina nello svolgere le loro funzioni biologiche primarie e secondarie. Szasz afferma, così, che le odierne patologie e relative terapie sessuali non abbiano alcuna funzione terapeutica, ma siano solamente la massima espressione della tendenza, atta alla protezione sociale messa in piedi dalla cornice di medicalizzazione della vita in cui ci troviamo a vivere. In altri termini, la psichiatria, secondo Szasz, è riuscita a far passare la convinzione che la medicina, conoscendo bene la fisiologia e la patologia degli organi genitali, sia anche in grado di pronunciarsi nel campo delle passioni e dei godimenti erotici. Infatti, all’interno di *Sesso a tutti i costi*, spiega che gli organi genitali, come tutti gli organi corporei, sono soggetti a malattia, ma una cosa è parlare di alterazioni organiche degli organi sessuali, un’altra è parlare di situazioni che hanno a che fare con il piacere e con la ritualità con cui si utilizzano tali organi. Per spiegare il suo pensiero Szasz utilizza questa metafora: *“mangiare è una funzione fisica fondamentale. Ma noi non consideriamo il mangiare una malattia o un problema medico di per sé. Pensiamo che siano una manifestazione di malattia solo determinati disturbi di questa funzione: per esempio quelli che accompagnano il cancro all’esofago. E non presupponiamo affatto che i medici esperti di cancro all’esofago lo siano anche di problemi quali: se la gente debba mangiare con coltello e forchetta oppure con le bacchette cinesi; seduta su una sedia o sdraiata su un divano o un tappeto³¹³”*. Ne segue che Szasz ritenga insensato sostenere che i medici possano risolvere problemi non di loro competenza, per esempio come e dove mangiare, allo stesso modo ritiene insensato sostenere che gli psichiatri, che per loro stessa definizione sono medici, si possano occupare di quante volte e come fare sesso. Per questo motivo Szasz sostiene che: *“i sessuologi, gli psichiatri, vogliono far passare dei valori morali e delle scelte politiche per diagnosi e per cure*

³¹² T. Szasz, *Sesso a tutti i costi*, Feltrinelli, Milano 1982, p. 21

³¹³ Ivi, p. 16

mediche. *La sessuologia scientifica è un vero e proprio cavallo di Troia: anche se sembra un dono dello spirito moderno per aiutare il genere umano nella sua lotta per la propria dignità e libertà, in realtà non è altro che un nuovo strumento di pacificazione e di asservimento*³¹⁴”.

Si può cogliere come la posizione di Szasz sia molto simile a quella di Foucault³¹⁵ e mostri che la psichiatria sia una forma di cura del singolo che, allo stesso tempo, perpetua gli interessi di sicurezza sociale voluti dalle forme statali per tutelare la popolazione. La chiave più evidente di tale passaggio è, anche secondo Szasz, la psichiatrizzazione della sessualità, la quale avviene unicamente perché si attribuisce un valore assoluto alla nozione di salute e tale attribuzione permette di mettere in piedi dei meccanismi che consentono alla medicina, in particolare alla psichiatria, di normalizzare il singolo, il quale interiorizzando cosa è normale e cosa è deviante viene portato ad attuare dei comportamenti che consentono la tutela della collettività. L'importanza del pensiero di Szasz risiede, inoltre, nel fatto di aver avuto la fortuna, a differenza di Foucault, di vivere a lungo (1920-2012) e di poter così descrivere anche la nostra contemporaneità. Non a caso nel 2007 offre alle stampe un libro dal titolo *The Medicalization of Everyday Life*³¹⁶, nel quale ribadisce come la nostra società sia sempre più interpretabile a partire dalla cornice della medicalizzazione che le dona senso e che la psichiatria, attraverso l'enorme diffusione dei vari DSM (manuali psichiatrici), sta radicalizzando la tendenza alla psichiatrizzazione del reale quale forma di regolazione e protezione sociale. In particolare, egli evidenzia come la sessualità sia, ieri come oggi, uno dei temi fondamentali che rientrano nel campo della psichiatria, tanto che a suo parere tale situazione trova sempre più legittimità a partire dal fatto che il DSM abbia creato un consenso unanime attorno al valore terapeutico della disciplina psichiatrica.

³¹⁴ Ivi, p. 17

³¹⁵ Bisogna precisare che esiste anche un punto di divergenza tra le teorie di Szasz e quelle di Foucault sulla medicalizzazione, esso è fornito dall'analisi del liberalismo. Infatti, per Szasz la soluzione alla medicalizzazione incessante della vita viene offerta dal liberalismo, ovvero dalla possibilità di mettere la medicina nel libero mercato, situazione che conduce i soggetti ad approcciarsi liberamente al medico. Per Foucault, al contrario, come esprime nel corso al Collège de France del 1978-1979 dal titolo *Nascita della biopolitica*, il liberalismo è proprio ciò che implementa e sviluppa la tendenza alla medicalizzazione della società. La possibilità, libera, di scelta se servirsi o meno della medicina è comunque sempre indotta dalla cornice medica dedita alla normalizzazione.

³¹⁶ Il libro è una raccolta di saggi scritti tra il 1962 e il 2006 che presenta il tema della medicalizzazione della vita, mostrando come esso non sia un problema relativo unicamente alla volontà di acquisire potere da parte della classe medica, ma essa rappresenta la cornice che permette di dar senso alle nostre modalità esplicative. Inoltre, il fatto che il testo si rappresenti così coeso nel proprio svolgimento mette in luce come la medicalizzazione che dona possibilità esistenziale alla psichiatrizzazione possa essere letta ed interpretata all'interno della società di ieri come di oggi

CHE COS'È IL DSM? IL FUNZIONAMENTO DELLA PSICHIATRIA ODIERNA

La soggettività, l'affetto, le emozioni, i sentimenti morali, la vita psichica permeano oggi l'insieme della società e aprono un varco significativo all'interno della conoscenza scientifica. Nozioni come quella di salute mentale e sofferenza psichica [...] occupano ormai una posizione di primo piano. A. Ehrenberg, La società del disagio, Einaudi, 2010 Torino, p. IX

1) Il 1980, un anno fondamentale per la storia della psichiatria

Se nella prima parte della tesi abbiamo colto come la medicalizzazione della vita costituisca una cornice entro cui avvengono e prendono forma tutte le azioni umane che si esplicano nella nostra epoca tanto che non è possibile contrapporre ad essa dei discorsi che puntino ad una demedicalizzazione del reale, nel primo capitolo di questa seconda parte abbiamo visto come la medicalizzazione doni vita e potere alla pratica psichiatrica. Essa infatti, grazie alla copia istinto-degenerazione, inizia ad interessarsi della sessualità discriminando tra atteggiamenti devianti (perversioni) e atteggiamenti sani. Così facendo riesce a far breccia nelle attività del singolo soggetto, assumendo come proprio oggetto d'intervento l'intera popolazione. Per tal ragione, essa si pone, secondo Foucault, quale disciplina della protezione scientifica della società e di protezione biologica della specie. Szasz condivide tale asserto foucaultiano e lo sviluppa affermando che la tendenza odierna della psichiatria sia rappresentata proprio da tale tendenza alla psichiatrizzazione crescente dei pericoli dati dall'anormalità che minaccia la società. Egli afferma, anche, che ciò si possa verificare tramite l'analisi dell'aumento costante di patologie inserite all'interno del DSM, il manuale psichiatrico che oggi definisce cosa è una patologia psichica e cosa non lo sia. Inoltre, egli fa notare come la psichiatria, intesa quale scienza medica, nonostante sia nata verso la fine del XVIII secolo si sia realmente imposta all'interno della società, assumendo un ruolo sempre più cruciale per la vita, proprio grazie alla comparsa del DSM, poiché esso ha donato il definitivo rigore scientifico a tale pratica. Dunque, risulta assolutamente indispensabile, per la tematica che stiamo affrontando, andare a studiare cosa sia tale manuale, come operi e quale diffusione ha avuto. Per intraprendere una ricostruzione di questo tipo, mi sembra necessario partire dal 1980, anno che rappresenta un simbolo per la storia della psichiatria, poiché in

quella data la psichiatria cessa definitivamente di essere considerata e di considerarsi una pseudo scienza per entrare definitivamente nell'olimpo della medicina scientifica. La svolta del 1980 in ambito psichiatrico può essere paragonabile solo alla rivoluzione compiuta dall'alienista francese Philippe Pinel che nel 1793, quando fu nominato direttore dell'ospizio dei folli di Bicêtre, ruppe con le tradizioni barbare di cura della malattia mentale che giungevano dal Medioevo, sciogliendo le catene fisiche che imprigionavano i folli e rendendo, per la prima volta nella storia umana, l'ospizio dei folli una struttura terapeutica dedicata alla cura della malattia mentale³¹⁷. Come il gesto operato da Pinel sancisce l'inizio della psichiatria scientifica, ovvero di una disciplina votata in maniera rigorosa allo studio, all'osservazione e alla comprensione dei fenomeni legati alla follia, così il 1980 rappresenta l'anno in cui tale disciplina giunge finalmente al proprio compimento. L'evento cardine che segna in modo così indelebile la storia e il futuro della psichiatria è la pubblicazione della terza edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (comunemente chiamato *DSM*) da parte dell'American Psychiatric Association (APA). A questo proposito lo studioso Maxmen nel libro *The new psychiatrists* scrive: “il primo luglio 1980, la supremazia della psichiatria scientifica diviene ufficiale. In quel giorno, l'APA pubblica un sistema di diagnosi psichiatrica radicalmente nuovo, il *DSM-III*. E adottando il *DSM-III*, dove le sue basi sono scientifiche, la psichiatria americana rompe con la tradizione cinquantenaria della diagnosi basata sulla psicoanalisi [...] la pubblicazione del *DSM-III* [...] rappresenta una vera rivoluzione³¹⁸”. Per dar forza e allo stesso tempo chiarire le parole di Maxmen possiamo far riferimento a quanto scrive il noto psichiatra Kendell: “il *DSM* è un pietra miliare. Per la prima volta un glossario nazionale o internazionale, ha fornito definizioni dettagliate per quasi ogni categoria diagnostica e per la maggior parte dei termini tecnici usati in quelle definizioni. Così il *DSM-III* ha reso possibile per gli psichiatri fare diagnosi con un'attendibilità comparabile a quella ottenuta nelle altre branche della medicina³¹⁹”.

Dunque, il *DSM* è un manuale redatto dell'American Psychiatric Association che serve a creare ed uniformare la modalità di diagnosi all'interno dell'ambito psichiatrico e Kendell fa riferimento alla terza edizione del *DSM*, poiché è stata proprio tale edizione, pubblicata nel 1980, a decretare e sancire il successo e la diffusione di tale manuale. Infatti la prima edizione del *DSM* vide la luce nel 1952, ma la pubblicazione di questo primo manuale non ebbe molta risonanza nella psichiatria mondiale e nemmeno l'uscita, nel 1968, del *DSM-II* riuscì a

³¹⁷ All'interno delle ricerche condotte per la tesi di dottorato, ho studiato a lungo la figura di Pinel, poiché essa rappresenta il simbolo della nascita della psichiatria. In particolare ho anche curato la traduzione e ho scritto la postfazione dell'opera: P. Pinel, *Regole per il trattamento morale*, Alboversorio, Milano 2015

³¹⁸ J. Maxmen, *The new psychiatrists*, New American Library, New York 1985, p. 35

³¹⁹ R.E. Kendell, *Book review: DSM-III*, in *American Journal of Psychiatry*, n. 145, 1988, p. 1302

ribaltare tale situazione. Il problema di questi primi due manuali era la loro natura ibrida, in quanto mantenevano una forte componente psicoanalitica. Essi mescolavano teorie psicoanalitiche e teorie psichiatriche, creando una sorta di caos diagnostico che non agevolava la diffusione del manuale³²⁰. Si coglie come il problema dei primi due DSM fu quello di mettere assieme troppi sistemi diagnostici, infatti come affermò Ludwig Wittgenstein in psichiatria, nonostante la pubblicazione dei primi due DSM, continuava a persistere un'enorme confusione concettuale³²¹. Tale situazione era dovuta, secondo il filosofo Ian Hacking, al fatto che all'interno della pratica psichiatrica convivevano in maniera anarchica metodi clinici della medicina, metodi clinici propri della psichiatria, metodi di stampo psicologico e una serie infinita di varianti psicoanalitiche³²². IL DSM-III muta completamente questa definizione riuscendo a creare uno strumento che, eliminando la psicanalisi, fornisce per la prima volta nell'intera storia della psichiatria un sistema tassonomico che uniforma le possibilità diagnostiche. Ne segue, che alla domanda che "Cos'è il DSM?" è possibile rispondere che esso è un manuale redatto dall'APA per la prima volta nel 1952, ma raggiunge la fama e la diffusione nel 1980, anno in cui si rivoluziona completamente il modo di porre la diagnosi in psichiatria tramite la creazione di un linguaggio univoco e la definizione di quadri patologici che non tengano conto delle influenze provenienti dalla psicoanalisi o da altre discipline, decretando di fatto una nuova modalità di esercitare la professione psichiatrica e la creazione di uno strumento specifico per operare all'interno della stessa.

2) Le principali caratteristiche del DSM-III

Come abbiamo potuto cogliere il DSM-III rappresenta una nuova modalità di guardare verso la malattia mentale, una modalità talmente importante che si può legittimamente affermare che la psichiatria, per la prima volta nella propria storia, raggiunge la possibilità di dotarsi di uno specifico metodo operativo e diagnostico, il quale prescinde dalle influenze della

³²⁰ A proposito di questo tema il filosofo Di Vittorio si esprime nel seguente modo: *"prima della scoperta degli psicofarmaci, è stata la guerra a mostrare la possibilità e la necessità di un approccio diverso alle patologie mentali. In particolare, il fenomeno massiccio delle "nevrosi di guerra", già manifestatosi nel corso del primo conflitto mondiale, ha condotto a spostare l'attenzione dalle forme più gravi di "malattia" (considerate di natura organica, incurabili e bisognose di internamento) verso "disturbi" mentali minori e transitori, nei quali il ruolo del "contesto sociale" è evidente, e che domandano altri tipi di intervento. Queste indicazioni consentono di comprendere come sia avvenuto l'innesto della psicoanalisi negli Stati Uniti, fondamentale per analizzare il processo di ibridazione che ha condotto al DSM"*. P. Di Vittorio, *Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM*, in *Aut Aut* n. 357, Gennaio-Marzo 2013, p. 50

³²¹ L. Wittgenstein, *Philosophical investigations*, Blackwell, Oxford 1953, p. 232

³²² Vedi I. Hacking, *Les Fous Voyageurs*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 2002.

psicoanalisi, della psicologia e di altre discipline che avevano già una loro storia e una loro modalità di dispiegamento del reale. In altri termini, l'importanza del DSM-III risiede nell'aver fornito la possibilità a tale disciplina di camminare in modo autonomo e di dotarsi di un consenso professionale derivante dal fatto che si misero a freno le mille possibilità di intendere i disturbi psichici e i sintomi di tale situazione fornendo un glossario comune utilizzabile da ogni psichiatra. Dunque, come sostiene Spitzer, che fu a capo della task force che scrisse il DSM-III nonché uno degli psichiatri più conosciuti all'interno della storia della psichiatria, *“l'adozione del DSM-III da parte dell'APA è da considerarsi come il segno della realizzazione della psichiatria. Il nuovo manuale diagnostico non rappresenta solo un avanzamento nelle aspirazioni scientifiche della professione, ma indica l'importanza di ottenere un consenso professionale sulle procedure al fine di eliminare il disordine che ha caratterizzato la diagnosi psichiatrica sino agli anni '80* ³²³”. In altri termini il DSM-III rappresenta il primo tentativo concreto di rendere omogenei i criteri diagnostici in psichiatria, definendo in modo chiaro e univoco i metodi di classificazione delle patologie, ma per fare ciò fu essenziale formulare il DSM secondo alcune caratteristiche. La prima grande caratteristica è quella dell'*ateoreticità*: infatti il DSM-III fu influenzato da un gruppo di cosiddetti neo-kraepeliniani, che proposero un approccio ateoretico, puramente descrittivo dei sintomi causanti il disturbo mentale. Essi eliminarono gli approcci di carattere eziologico, che erano fonte di grosse diatribe tra gli esperti, decretando di fatto l'espulsione della psicoanalisi dal DSM. Nell'introduzione del DSM-III-r (1987), la successiva al DSM-III, che pur tenendo conto di tutta la sua impalcatura ne rivisitava alcuni aspetti legati alla definizione delle patologie, si può leggere: *“l'approccio adottato dal DSM-III-r è ateoretico per quanto concerne l'eziologia e i processi fisiopatologici, eccetto per quei disturbi per i quali ciò sia stabilito con precisione e quindi incluso nella definizione del disturbo [...] Il DSM-III-r può definirsi descrittivo nel senso che le definizioni in genere si limitano alla descrizione delle caratteristiche cliniche dei disturbi. Le caratteristiche specifiche consistono in segno o sintomi o comportamenti facilmente identificabili, che richiedono un livello di inferenza minimo da parte dell'osservatore* ³²⁴”. L'approccio ateoretico utilizzato nel DSM-III e in tutte le versioni successive si rifaceva quindi al volere dello psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856-1926), il quale produsse una delle più conosciute classificazioni delle malattie mentali ne *Compendio di psichiatria*. In particolare, Kraepelin assunse una concezione naturalistica della malattia mentale, ritenendo che l'unico orizzonte a cui si dovesse far riferimento all'interno

³²³ R. Spitzer, R. Bayer, *Neurosis, psychodynamics, and DSM-III: a history of the controversial*, in *Archives of General Psychiatry*, n. 42, 1985, p. 187

³²⁴ APA, *DSM-III-r. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1987, pp. 10-11

della psichiatria fosse quello organico e scrisse che, proprio come un botanico sapeva descrivere le leggi che governano la nascita e lo sviluppo di una pianta, così lo psichiatra dovrà diventare colui che analizza le leggi che decretano la comparsa, lo sviluppo e la fine della patologia psichica³²⁵. Per tal motivo, egli pubblicò nel 1883 il *Compendio di psichiatria*, libro nel quale tentò di classificare con criteri oggettivi i diversi quadri morbosi. Tale compendio si basò sul presupposto della sua non completezza e venne continuamente aggiornato dallo stesso Kraepelin in modo da renderlo sempre più obbiettivo e funzionale alla stesura di una classificazione del disagio psichico. Ciò che è importante capire è che, per lo psichiatra tedesco, tutte le malattie mentali sono caratterizzate da una causa specifica e presentano un quadro clinico particolare che richiede una propria terapia. Dunque, Kraepelin introdusse all'interno dell'ambito psichiatrico la possibilità di riferirsi, nella descrizione delle patologie, unicamente ai sintomi, poiché essi forniscono un insieme di informazioni che possono essere elevate e valutate con misure quantitative. Riprendendo le teorie di Kraepelin, Spitzer e tutti i redattori del DSM-III tentarono di descrivere il quadro patologico affidandosi solo ai dati certi dell'esperienza, ovvero ai sintomi così come appaiono al clinico. Per tal ragione si eliminarono dal manuale, per esempio, il termine nevrosi e il termine, poiché tali nomi erano troppo legati a speculazioni teoretiche prodotte da Freud. La prima novità introdotta dal DSM-III fu quella di individuare, per ogni disturbo, alcuni criteri diagnostici al più basso livello di inferenza possibile, i quali potessero caratterizzarlo. La seconda grande novità introdotta dal DSM-III è il sistema multiassiale, ciò comporta che la valutazione da parte dello psichiatra sul soggetto avvenga su diversi assi, ognuno dei quali si riferisce ad un differente campo di informazioni che può aiutare il clinico nel pianificare la cura da somministrare. L'intento che sottostà all'introduzione di tale sistema è quello di valutare e tener conto delle diverse sfumature esistenziali da cui la malattia potrebbe essere prodotta o alimentata. I cinque assi sono: 1) classificazione di tutte le sindromi di interesse psichiatrico che implicano uno stato di sofferenza per il soggetto o di menomazione del suo funzionamento psichico (ad esempio depressione, schizofrenia ecc.); 2) registrazione dei disturbi della personalità e di quelli specifici dello sviluppo (ad esempio borderline, ossessivo-compulsiva, narcisistica ecc.); 3) classificazione dei disturbi somatici che possono essere alla base o semplicemente concomitanti ai disturbi psichici (si fa riferimento a

³²⁵ Egli scrisse che: *“La giovane scienza psichiatrica, fondata da Esquirol, sulla base di una già ricca esperienza clinica, ebbe contro di sé, nelle prime decine dell'ultimo secolo, un pericoloso nemico nella dottrina morale-teologica [...] contro queste e simili teorie, discusse con molta finezza, combatterono, con l'acume dell'esame scientifico, i Somatici [...] a questi ultimi scienziati è rimasta la vittoria.* E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, Milano, Valardi 1883, p. 2

condizioni non psichiatriche che possono avere influenza sul disturbo mentale come problemi cardiaci, diabete, ecc.); 4) registrazione e graduazione di eventuali fattori psico-sociali e di stress (si fa riferimento ad eventi di vita che possono influenzare il disturbo mentale come un licenziamento, un grosso insuccesso lavorativo, amoroso o scolastico, ecc.); 5) Indicazione del livello di funzionamento adattivo raggiunto dal paziente in ordine alle relazioni sociali, alla prestazione lavorativa e all'impiego del tempo libero (esiste una scala che misura da 0 a 100 il "funzionamento" sociale dei soggetti).³²⁶ La terza grande novità fu l'utilizzo del sistema politetico, infatti, mentre in medicina si è soliti utilizzare un sistema monotetico per determinare e diagnosticare determinati tipi di patologia, ciò comporta che non basta l'individuazione di alcuni dei sintomi che compongono il quadro della malattia, ma deve essere localizzata ed individuata la causa precisa che porta alla comparsa di una determinata forma di patologia. In ambito psichiatrico, a partire del DSM-III, si è creata una democratizzazione nei criteri diagnostici e, per rendere la definizione di patologia mentale assolutamente ateoretica, si è deciso che essa debba essere identificata secondo l'osservazione, riprendendo lo spirito di Kraepelin, attraverso l'identificazione di un numero di sintomi che ne costituiscono la definizione stessa. All'interno di questi sintomi non esiste uno che emerge su un altro, ma sono tutti considerati in egual misura: ad esempio si è postulato che la definizione di depressione comprenda 9 sintomi e si è deciso che una persona per essere definita depressa debba presentare almeno 5 dei 9 sintomi previsti. Tale situazione se raggiunge l'obiettivo di creare una dimensione ateoretica, sprofonda però nella possibilità di identificare quali affetti dalla stessa malattia persone che potrebbero presentare uno o nessun sintomo in comune. L'esempio chiave è quello della diagnosi di schizofrenia che il DSM-III aveva identificato come forma patologia secondo 8 criteri e riteneva soddisfacente che un soggetto ne riportasse 4 per essere identificato come malato³²⁷. L'ultima grande novità introdotta dal DSM-III fu la pretesa di universalità, infatti l'ateoreticità che viene applicata attraverso il sistema multiassiale e tramite l'utilizzo di un sistema politetico hanno come suo principale fine quello di rendere il DSM uno strumento diagnostico utilizzabile in tutto il mondo. In altri termini, l'innovazione principale apportata dal DSM-III fu la volontà di costruire uno strumento diagnostico che potesse essere utilizzato in qualunque regione del mondo indipendentemente dalle credenze e dalla cultura locale. A questo proposito è

³²⁶ Cfr. U. Galimberti, voce *Diagnosi* in *Dizionario di Psicologia*, Utet, Torino 2006, p. 280

³²⁷ Cito l'esempio della schizofrenia poiché essa è stata una delle patologie più diffuse e studiate dell'intera storia psichiatrica. Si può così cogliere come definire tale patologia in base a 4 sintomi su 8 voglia dire che delle persone possono essere definite in egual misura schizofreniche anche se non presentano nessuna problematica comune. Il sistema politetico fu da subito fonte di grossi problemi all'interno dei discorsi riguardanti l'epistemologia psichiatrica e fu rifiutato già dall'edizione successiva del DSM, infatti in esse si decretò che dovesse esistere almeno un sintomo comune tra le persone che soffrono della stessa patologia.

necessario notare come le differenze culturali non sono del tutto trascurate all'interno delle diagnosi prescritte dal DSM-III, ma esse vengono confinate a modalità di secondo ordine da valutare grazie al sistema multiassiale. Ne segue che tali differenze non vengono prese a riferimento quali forme principali che costituiscono le diversità di espressione dei soggetti, ma sono esaminate quali dati secondari ad una possibile diagnosi che deve essere comune e riscontrabile anche in soggetti appartenenti a culture diverse tra loro. Anche questo punto rinvia al lavoro del padre della psichiatria classificatoria Emil Kraepelin, il quale dopo aver proposto una classificazione delle malattie psichiche, embrione della classificazione poi adottata dalla moderna psichiatria, si interrogò sulla validità universale di tali categorie. Egli ritenne che non bastasse confrontare aspetti e frequenze dei disturbi psicopatologici tra gruppi umani diversi per sesso, età e lavoro, ma che occorresse studiarli in gruppi etnici diversi, in Europa (per esempio Italiani, Inglesi, Francesi) e nel mondo. Per tal ragione, si recò a Giava e in Malesia per verificare se le malattie psichiche assumessero anche in quei luoghi le stesse forme. Kraepelin, nel suo viaggio, non notò alcuna differenza tra i sofferenti psichici di quelle popolazioni rispetto a quelle europee³²⁸, non ponendosi il problema se l'assenza di differenza derivasse o meno dall'identità dei contenitori (categorie da lui elaborate)³²⁹. Prova di ciò fu la rilevazione da parte di Kraepelin di alcune forme patologiche che non avevano corrispettivi in Occidente, ma che erano molto diffuse in quei luoghi. Per ovviare a questo problema egli denaturò di significato tale situazione, sostenendo che il diverso nome e le diverse forme di espressione della malattia, non fossero altro che un modo alternativo per nominare una sindrome psicotica già ben identificata in Europa e non ancora compresa in quelle località. Per tal ragione egli affermò che la psichiatria doveva tenere in considerazione in maniera relativa l'origine culturale dei soggetti che aveva in cura. Il DSM-III riprende questa tradizione, asserendo che le malattie mentali che affliggono i differenti soggetti sparsi nel mondo sono le medesime e dunque i contenitori per poterle identificare, ovvero i quadri costituiti da sintomi da rintracciare, devono essere considerati universali. In altri termini, con il DSM-III la psichiatria adotta una modalità di rapportarsi ai sintomi che mette in luce come ciò che differisce nelle varie culture umane siano le modalità con cui i diversi soggetti vivono e sperimentano sintomi, i quali, però, corrispondono alla medesima patologia psichica. Lo psichiatra deve considerare, grazie al sistema multiassiale, le diverse culture come strumenti per interpretare e dar senso alle diverse modalità di rapportarsi al mondo, che denaturate dai connotati strettamente locali, possono essere tutte equiparate e ricondotte nei medesimi schemi interpretativi. Non è un caso che il DSM-III sostenga che proprio il sistema

³²⁸ E. Kraepelin, *Psichiatria comparativa*, in *I fogli di Oriss*, VI, dicembre 1996

³²⁹ Cfr P. Coppo, *Etnopsichiatria*, Il saggiatore, Milano 1996

multiassiale e l'adozione della diagnostica politetica serve principalmente a permettere la comprensione degli individui differenti che popolano il mondo. Questa definizione, sebbene da un lato conceda una qualche forma di apertura alle diversità tipiche dalla soggettività, dall'altro giustifica in modo rigoroso la pretesa universale dello stesso manuale.

3) La diffusione del DSM-III

Il DSM-III è dunque uno strumento atto alla classificazione delle malattie mentali, che depurando il sistema diagnostico da ogni riferimento alla psicoanalisi, tramite l'uso di un sistema multiassiale e politetico che garantisce l'universalità dello sguardo psichiatrico (il quale deve, secondo gli intenti dell'APA, fondare per la prima volta nella storia della psichiatria la possibilità di avere una base comune su cui poter operare), decreta la possibilità per la disciplina psichiatrica di fondarsi quale pratica medica basata su principi comuni, comunicabili e condivisibili. In altri termini, il DSM-III rappresenta l'inizio di una nuova fase della scienza psichiatrica, la quale raggiunge un grado di maturazione tale da poter finalmente ostentare delle regole condivise e universali, sulle quali edificare una base solida di intenti e di intenti operativi per gli psichiatri di tutto il mondo. A questo proposito uno degli storici del DSM più conosciuti Steeves Demazeux scrive: *“dalla metà degli anni ottanta, negli Stati Uniti e, via via in tutto il resto del mondo, più nessun insegnamento di psicopatologia è stato tenuto senza fare riferimento ai criteri del DSM. Inoltre, si può constatare che la nuova classificazione si vendeva bene sia agli psicologi che ai lavoratori nel campo del sociale sia agli psichiatri³³⁰”*. Questa affermazione è ben supportata da due studiosi, che possono e devono essere considerati come i maggiori divulgatori e critici delle differenti redazioni del DSM, Stuart Kirk e Herb Kutchins che nel loro notevole lavoro di studio del DSM-III dal titolo *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*³³¹ hanno scritto le seguenti parole: *“i redattori del DSM-III sono riusciti a far passare l'idea di aver apportato una rivoluzione epocale nella maniera di pensare di porre la diagnosi psichiatrica [...] Sotto differenti aspetti si può asserire che questa rivoluzione è davvero riuscita. La differenza tra il nuovo manuale e quello che lo ha preceduto (DSM-II, 1968) è impressionante, e la sua popolarità, misurata dalle vendite, è senza precedenti. Divenne messo immediatamente al centro di tutte le discussioni sulla diagnosi, sia negli Stati Uniti che*

³³⁰ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, p. 147

³³¹ Ho consultato in testo nella versione francese, tradotta con il titolo: *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998

in tutto il resto del mondo. È citato in quasi tutte le pubblicazioni sulla salute mentale: nel 1990 più di 2300 titoli o abstract di articoli scientifici si riferiscono esplicitamente a questo manuale. La gran parte dei colloqui clinici e delle ricerche psichiatriche si svolgono entro lo spazio che esso delimita. Quasi tutti gli psichiatri hanno accolto questo nuovo approccio come una ridefinizione della psichiatria che la rende più compatibile con l'emergere di una definizione biologica dei disturbi mentali, e di conseguenza portano la psichiatria verso la medicina, terreno da cui essa era esclusa sino agli anni '70³³². Le tendenze descritte Kirk e Kutchins sono confermate anche dall'analisi di Goleman, il quale riporta che nei soli Stati Uniti dal 1975 (prima del DSM-III) al 1990 (dopo il DSM-III) il numero di psichiatri è passato da 26.000 a 36.000, quello degli psicologi clinici da 15.000 a 42.000 ed un incremento significativo si è registrato anche in tutte le professioni legate alla salute mentale, tanto che si passa da 72.000 persone addette alla salute mentale prima del DSM-III a quasi 198.000 persone impiegate in essa dopo dieci anni dall'uscita del manuale. A questo proposito gli studiosi Schulberg e Manderscheid documentano come nel medesimo tempo siano aumentati anche i numeri delle istituzioni dedite alla sanità mentale, infatti dal 1970 al 1984 il numero di strutture specializzate nella cura della malattia mentale è raddoppiato³³³. La cifra di ospedali privati è cresciuta del 47%, quella degli ospedali che dispongono anche di assistenza psichiatrica è cresciuta del 59% e gli interventi in campo psichiatrico tra il 1975 e il 1989 è aumentato del 300%³³⁴. A questo proposito lo studioso Robert Whitaker, nel 2010, ha asserito che: *“la diagnosi di malattia mentale si è diffusa in maniera incredibile, essa è cresciuta in dimensioni e portata nel corso degli ultimi cinque decenni, infatti nella sola America vengono diagnosticati ogni giorno come malati mentali 850 adulti e 250 bambini*³³⁵”. Whitaker, nella propria pubblicazione, mette in luce come in America nel 1955 (prima dell' DSM-III, era in vigore allora il DSM-I) si registravano 566,000 persone ospitate negli istituti di Igiene mentale, di cui solo 355,000 erano diagnosticate come affette da una patologia mentale, mentre gli altri erano affetti da Alzheimer o avevano disturbi legati all'alcolismo. La relazione in quell'anno era di una diagnosi di malattia mentale ogni 468 persone. Nel 1987 le persone ricoverate aumentarono sino al numero di 1,25 milioni, rideterminando la proporzione tra popolazione e diagnosi di malattia mentale 1:184 abitanti. Con la stesura dei DSM che seguirono l'avvento del DSM-III, nel 1987 il DSM-III-r, nel

³³² S. Kirk, H. Kutchins, *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998, pp. 33-34

³³³ D. Goleman, *New paths to mental health put strains on some healers*, in *The New York Times*, 17 maggio, 1990

³³⁴ H. C. Schulberg, R. W. Manderscheid, *The changing network of mental health service delivery*, in *The future of mental health services research*, 1989

³³⁵ R. Whitaker, *Anatomy of an Epidemic*, Crown publisher, New York, 2010, p. 15

1994 il DSM-IV, nel 2000 il DSM-IV-TR e nel 2013 il DSM-5 le diagnosi aumentarono nuovamente e lo stesso Whitaker riporta che nel 2007 la nuova proporzione è di una diagnosi di malattia mentale ogni 76 americani. Tali dati vengono confermati anche dal professore di psichiatria Richard J. McNally, il quale scrive: “ *quasi il 50 per cento degli americani sono stati malati di mente ad un certo punto della loro vita, e più di un quarto hanno sofferto di malattie negli scorsi dodici mesi. La malattia mentale a quanto pare è dilagante negli Stati Uniti. Queste sono le sorprendenti conclusioni emerse dalla National Co-morbidity Survey Replication (NCSR), uno studio condotto tramite interviste psichiatriche, su un campione di più di novemila adulti. Studi condotti in altri paesi, evidenziano tassi altrettanto alti di diagnosi di malattia mentale*³³⁶”.

Questi dati dimostrano come il DSM-III ebbe una diffusione eccezionale, che comportò un grande utilizzo delle modalità diagnostiche decretate dall'APA, con il conseguente rilancio dell'immagine della psichiatria la quale passò da disciplina di “nicchia”, come era negli anni '50, ad una delle forme mediche più studiate e più in voga negli anni '90 e che continua di giorno in giorno a crescere a sia per numero di psichiatri che per numero di pazienti³³⁷. In altri termini, il DSM-III rivoluzionò il modo di fare psichiatria, riuscendo tramite il principio dell'ateoreticità e dell'universalità dello sguardo diagnostico a portare la disciplina psichiatrica ad avere un riconoscimento sociale. Come sottolinea Gabbard in una delle più importanti pubblicazioni recenti sulla professionalità dello psichiatra³³⁸, il DSM-III e le edizioni successive hanno consentito alla psichiatria di affermarsi come professione, di trovare un posto all'interno della società e di alimentare il dibattito sulla figura professionale dello psichiatra stesso. Quindi, se per il resto della medicina il riconoscimento sociale è avvenuto secoli e secoli prima, la psichiatria ha dovuto aspettare il 1980 e la pubblicazione del DSM-III, il quale ha permesso ad essa di diventare una disciplina medico-scientifica conosciuta e utilizzata in ogni parte del mondo. Seguendo un'espressione oramai largamente utilizzata e ispirata dai lavori di Andreasen³³⁹, il DSM-III e le successive edizioni rappresentano *la bibbia della psichiatria*, in quanto tale manuale ha offerto un testo sacro e di importanza straordinaria, nonché fondativa e veritativa, per l'organizzazione e la diffusione della scienza psichiatrica e della professione dello psichiatra.

³³⁶ R. J. McNally, *What is mental illness*, Harvard University Press, 2011, p. 1

³³⁷ Vedi E. Shorter, *A History of psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997

³³⁸ G. O. Gabbard et All, *Professionalism in Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington 2012

³³⁹ N. C. Andreasen, *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*, in *Schizophr. Bull.*, Oxford University Press, 2007, n. 33, pp. 108-112

4) La legittimazione della scienza psichiatrica: un viaggio nella storia della psichiatria

Il riconoscimento sociale della psichiatria avviene tardi rispetto alle altre discipline mediche, ma a tale situazione è possibile dare una risposta. Infatti, Michel Foucault spiega, all'interno della sua *Storia della follia nell'età classica*, che la psichiatria, intesa come scienza che prende in cura la normalità separando ciò che è normale da ciò che non lo è, non è sempre esistita, ma ha trovato il proprio inizio in epoca Illuministica. Dal mondo Greco sino al mondo Medioevale la follia, seppur inserita nella contrapposizione tra bene e male, veniva intesa come un linguaggio proprio dell'uomo e perciò appartenente all'umana esistenza quanto la ragione. Dunque, si può cogliere come la follia non veniva allontanata dalla società o considerata quale malattia bisognosa di cura, ma essa poteva e doveva essere interpretata secondo molti aspetti, tra i quali compariva anche la forma patologica. L'occasione per legare la follia alla medicina si realizza solo in ambito illuministico, ovvero nel periodo in cui la ragione è divenuta la massima istanza che regola la vita umana e che ha portato alla nascita e alla diffusione degli ideali scientifici, dell'analisi esistenziale basata sul rapporto tra una causa e il suo necessario effetto. Ciò che afferma Foucault è che è impossibile considerare la scienza psichiatrica quale forma aurorale che dal mondo Greco giunge sino ai nostri giorni, tanto che scrive: *“quella che viene definita la pratica psichiatrica è una certa tattica morale che nasce verso la fine del XVIII secolo, si conserva nei riti della vita dell'asilo, ed è riscoperta dai miti del positivismo³⁴⁰”*. Effettivamente, il termine psichiatria, proprio come asserito da Foucault, deriva dal greco antico *psiche* e *iatreia* (cura dell'anima) e venne introdotto per la prima volta in epoca illuministica dal medico tedesco J. Ch. Reil per designare quella branca medica che si occupa dei comportamenti devianti dalla normale condotta vitale, che nell'antichità e nel Medioevo erano considerati di origine mistica, sovranaturale o divina. A questo proposito uno dei maggiori studiosi di storia della psichiatria Lantieri-Laura scrive: *“la parola psichiatria, affermata in Francia nel 1842, si è formata a partire dal termine “psichiatria” apparso verso il 1802 contemporaneamente all'espressione “alienazione mentale” (1801). La psichiatria designa dunque un ramo particolare della medicina, che serve da principale riferimento ai medici che esaminano e curano i pazienti affetti da diverse varietà di alienazione mentale [...] Questa alienazione mentale, usata al singolare, cederà progressivamente il passo a quelle di malattie mentali impiegata al plurale e che sottolinea,*

³⁴⁰ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Bur, Milano 2014, p. 702

nel XIX secolo, la natura fondamentalmente medica della psichiatria³⁴¹”. Il primo che ruppe il legame tra follia e interpretazione allegorica, asserendo che ciò che sino ad allora si era chiamata follia in realtà non era altro che una forma patologica definibile con il termine alienazione mentale e che in quanto tale dovesse essere trattata, fu Phillipe Pinel (1745-1826). Nel 1801 egli scrisse il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* dove asserì che la follia dovesse essere trattata e osservata con i metodi propri della scienza e della medicina, adottando una concezione squisitamente empirica in base alla quale ogni conclusione e ogni ipotesi teorica doveva sempre essere suffragata dall'osservazione continua e attenta dei pazienti che lo portò a compiere la prima classificazione delle malattie mentali: la melancolia (delirio parziale), la mania (delirio generalizzato), la demenza (indebolimento intellettuale generalizzato) e l'idiotismo (mancanza totale delle funzioni intellettive). Dunque, Pinel volle adottare una nuova modalità d'intendere la follia, definendola alienazione mentale, utilizzando per essa una modalità esplicativa propria delle scienze mediche. Per tal ragione egli asserì: “è importante nell'interesse dell'umanità, cercare di impostare lo studio della medicina seguendo i principi metodologici delle scienze naturali, così avanzate e progredite; e tentare inoltre di acquistare una maggior padronanza con lo studio approfondito della medicina antica e moderna [...] è necessario anche compiere osservazioni assidue per anni e descrivere il decorso e la fenomenologia della malattia. Il mio proposito è offrire un esempio in questo *Traité* sull'alienazione mentale³⁴²”.

L'opera scritta da Pinel fu importantissima per quattro motivi: il primo si riscontra nell'essere la prima teorizzazione delle norme per un trattamento medico razionale dei malati mentali; il secondo perché introdusse in ambito di malattia mentale il principio di guaribilità; il terzo perché diede inizio alla fondazione di ospedali specifici per la cura e l'osservazione delle malattie mentali, i manicomi, e il quarto perché costituì la base per l'edificazione di un metodo dedito all'osservazione e alla classificazione delle malattie mentali³⁴³. Come sostiene il noto storico della medicina Ackerknecht: “l'opera di Pinel [...] rispecchia la definitiva emancipazione dalla teoria della possessione demoniaca, che era ancora molto diffusa alla sua epoca, e che naturalmente poteva rappresentarsi il malato solo come completamente- e non solo in parte- affetto da pazzia³⁴⁴”. La follia diventa con Pinel un campo da indagare con gli strumenti della ragione propri della medicina, ovvero essa diventa una patologia da curare e guarire. Tale novità introdotta da Pinel, ovvero la guaribilità della follia, rappresenta l'inizio

³⁴¹ G. Lantieri-Laura, *Psychiatry*, in Enciclopedia Universalis, Paris 1968

³⁴² P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, J. A. Brosson, Paris 1809, p. 1

³⁴³ Cfr. A. Civita, *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, Guerini studio, Milano 1996, pp. 64-65.

³⁴⁴ E. H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, Massari editore, Bolsena 1999, p. 87.

della storia della psichiatria, tanto che Michel Foucault scrive: “*la medicina dello spirito, per la prima volta nella storia della scienza occidentale, prenderà un’ autonomia quasi completa: dai Greci in poi essa non era che un capitolo della medicina [...] dopo Pinel la psichiatria diventerà una medicina di uno stile particolare: i più accaniti a scoprire l’origine della follia nelle cause organiche o nelle predisposizioni ereditarie non sfuggiranno a questo stile*³⁴⁵”. Si può così affermare che Pinel sia il padre fondativo della psichiatria che vede la luce nel 1801 con la pubblicazione del *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale*; prima di allora la psichiatria non aveva ragione d’essere, la cura scientifica della follia non poteva avere luogo, poiché mancavano le modalità esplicative della concezione del mondo che la potessero sorreggere³⁴⁶. Non è dunque un caso che lo sviluppo successivo della disciplina psichiatrica fosse segnato dall’implementazione del metodo tracciato da Pinel, che condusse verso l’affermazione dell’osservazione clinica e dall’edificazione di strutture terapeutiche (i manicomi)³⁴⁷ che potessero prestare aiuto ai malati psichici. Lo storico francese della

³⁴⁵ M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, BUR, Milano 2014, p. 701

³⁴⁶ È assolutamente importante cogliere che Pinel è il simbolo della psichiatria, poiché in ogni manuale, in ogni storia della psichiatria, la figura dell’alienista francese viene citata ad emblema fondativo della nuova scienza psichiatrica. In particolare si fa riferimento al gesto liberatore da lui compiuto, ovvero quello di liberare i folli dalle catene che li imprigionavano e di iniziare a considerare gli stessi non dei criminali, ma dei malati. Per cogliere tale situazione bisogna ricordare che Pinel fu nominato direttore dell’ospizio dei folli di Bicêtre il 27 agosto del 1793, proprio a Bicêtre ruppe con le tradizioni barbare di cura legate alla malattia mentale che giungevano dal medioevo, sciogliendo le catene fisiche che imprigionavano i folli e rendendo per la prima volta nella storia umana l’ospizio dei folli una struttura terapeutica dedicata alla cura della malattia mentale. Tale gesto liberatore sancì non solo l’inizio della psichiatria, ma, anche, di pari passo l’inizio della tradizione terapeutica del manicomio. In altri termini, il gesto liberatore operato da Pinel, considerato come il gesto che sancisce la nascita della psichiatria scientifica, non può essere separato dall’avvio concettuale del manicomio e, per tal ragione, si può asserire che la psichiatria scientifica nasca quando compare il manicomio inteso come istituzione dedicata alla cura del malato mentale. Dunque, l’idea di fondo che anima la liberazione dei folli è che il malato mentale conservi dentro di sé una parte di ragione, la quale può e deve essere aiutata dallo psichiatra a riemergere. Il riconoscimento di un barlume di razionalità che permane nel soggetto malato, la quale permette di comunicare e di intervenire su di lui, costituisce la vera scoperta di Pinel, corrispondente al reale momento fondante l’inizio della storia della psichiatria. A questo proposito una delle più note studiose di queste tematiche Gladys Swain scrive: “*c’è nella fine del XVIII secolo, tra Kant e Hegel, lo spazio di una scoperta. Niente, per riprendere Hegel, che lo spazio di una scoperta, la scoperta di un resto della ragione nell’alienato e nel maniaco. Situazione che permette di intrecciare con la realtà dell’alienazione un rapporto completamente nuovo, sia che si tratti di osservarla, di pensarne la sua natura o di trattarla*”. (G. Swain, *De Kant à Hegel: deux époques de la folie*, Librairie, n°1, 1977). La scoperta di Pinel si rivela di così grande importanza che proprio Hegel ne rende omaggio scrivendo nella sua *Enciclopedia delle scienze filosofiche*: “*il vero trattamento psichico tiene fermo perciò anche il punto di vista secondo cui la pazzia non è perdita astratta della ragione - né secondo il lato dell’intelligenza, né secondo quello della volontà e della sua imputabilità - bensì è soltanto disordine interno, soltanto contraddizione entro la ragione stessa, la quale è ancora data; analogamente alla malattia fisica non è perdita astratta, cioè totale, della sanità [...] bensì una contraddizione entro la sanità stessa. Questo trattamento umano, cioè tanto benevole quanto razionale - Pinel merita il supremo riconoscimento per le benemerite acquisite in questo campo - presuppone il malato come essere razionale e in tal modo ha un solido puntello per poterlo comprendere sotto questo aspetto, così come avviene sotto l’aspetto della corporeità in cui si fa leva sulla vitalità che, in quanto tale, contiene ancora entro sé l’essere sano*”. (G. W. Hegel, *Enciclopedia delle scienze filosofiche*, Rusconi, Milano 1996, p. 687, §408).

³⁴⁷ Per approfondire il ruolo di Pinel nella nascita dei manicomi e le regole che egli pose per l’edificazione di tale spazio terapeutico rinvio alla postfazione intitolata: *Pinel, tra mito, medicina e filosofia: alle radici della psichiatria* che ho pubblicato all’interno del testo P. Pinel, *Regole per il trattamento morale*, Alboversorio, Milano 2015

psichiatria, Pierre Pichot³⁴⁸, propone di suddividere la storia della psichiatria in tre grandi scuole: quella francese, quella tedesca e quella americana. Ovviamente, come lo stesso autore asserisce nel suo libro, tale suddivisione serve unicamente come strumento pedagogico per fornire la possibilità di mostrare l'evoluzione e la maturazione della scienza psichiatrica e non deve essere intesa come un'esauriente storia dell'evoluzione psichiatrica³⁴⁹. La prima scuola, quella francese, viene rappresentata dalla figura di Pinel il quale, come si è visto, attribuisce fondamento concettuale alla pratica psichiatria avviando una discussione sulle possibilità di fondare una nuova scienza della follia, che viene ripresa e alimentata dal suo allievo Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), il quale nel 1838 pubblicò il primo trattato moderno di clinica psichiatria: *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et médico-légal*. In esso comparve la distinzione nosografica tra “pazzi”, cioè coloro che dalla normalità approdano alla follia, e “deficienti mentali”, ovvero coloro che presentano tratti d'insufficienza sin dalla nascita. Questo trattato passò alla storia perché fu il primo che tentò di classificare le malattie mentali considerandole sotto l'aspetto medico, igienico e legale. Come si può intuire la scuola francese ha il grande merito di porre le basi per la nascita della psichiatria, ma tali basi vennero duramente criticate dai medici contemporanei a Pinel e Esquirol per la mancanza di oggettività scientifica e per il fatto che esse mescolassero pratiche scientifiche con ragionamenti propri della filosofia morale³⁵⁰. In questo senso, tali critiche vengono messe a tacere dall'evoluzione della scienza psichiatrica, che avvenne in epoca positivista in particolare in Germania. Infatti, quasi cinquant'anni dopo il testo di Esquirol, il medico tedesco Emil Kraepelin (1856-1926) produsse un'altra classificazione delle malattie mentali, dividendole in disturbi esogeni, cioè causati da

³⁴⁸ P. Pichot, *Un siècle de Psychiatrie*, Éditions Roger Dacosta, Paris 1983

³⁴⁹ Per una visione d'insieme dell'intera storia della psichiatria consiglio la lettura dei due testi più accreditati all'interno della stessa storia della psichiatria : G. Zilboorg, *A History of medical Psychology*, Norton and Inc, 1941; E. Shorter, *A History of psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997

³⁵⁰ Secondo Pinel, ed in seguito secondo la scuola francese, il modo di guarire l'alienato è quello di intervenire direttamente sul comportamento del paziente, suscitando in lui delle emozioni capaci di troncane l'equilibrio morboso e di recuperare l'equilibrio della ragione, il quale non viene mai del tutto perso dall'alienato. Questa modalità d'azione per ristabilire l'ordine alterato prende il nome di *trattamento morale* e trova come proprio punto fondante l'impossibilità di essere standardizzato. Infatti, il trattamento morale deve essere realizzato sulla base di una conoscenza profonda della personalità del paziente. Tanto che il compito dello psichiatra diviene quello di osservare il soggetto che si ha davanti, avendo ripetuti colloqui con lui per poter cogliere quale sia la malattia che lo affligge e dopo aver raggiunto la generalità diagnostica guardare alla vita propria del soggetto, ovvero a come lui vive e incarna la malattia diagnosticata. Appurato ciò, il medico deve escogitare il trattamento terapeutico più adatto che permetta il recupero dell'equilibrio della ragione turbata dalla malattia. In altre parole per Pinel la follia deve essere intesa come uno sviamento dalla morale, e il trattamento morale può essere concepito come analogo alla disciplina pedagogica che dirige la formazione dei bambini, aiutando gli stessi a trovare le modalità per vincere i propri eccessi ed inserirsi nella vita sociale. Infatti, come non c'è un modo univoco di educare un ragazzo e di guidarlo verso la giusta strada, così non esiste una modalità standardizzata di applicazione del trattamento morale che consenta di ristabilire la moralità turbata, ma ogni atto deve essere calibrato dal medico come dall'educatore sulla singolarità del soggetto.

situazioni esterne curabili, e disturbi endogeni, prodotti da cause interne e quindi incurabili. Kraepelin, come abbiamo avuto modo di accennare in precedenza, volle differenziare in modo rigoroso le diverse patologie e per farlo non cercò alcun fondamento nella filosofia, ma si limitò a descrivere le cause e gli effetti della malattia mentale, in altri termini l'obiettività del sintomo per Kraepelin si costituì come l'oggetto proprio e specifico dell'indagine psichiatrica. Persuaso dalle stesse osservazioni di Kraepelin fu Wilhelm Griesinger (1818-1868), che divenne il fondatore del metodo da lui definito *psicologia empirica*. Tale metodo consentiva di descrivere i fenomeni psichici in modo da concettualizzarli e da interpretarli esclusivamente come funzioni dell'organo cerebrale, si deve a lui la famosissima frase: "*le malattie mentali sono malattie del cervello*³⁵¹". La teoria psichiatrica che prende l'avvio dal lavoro di Kraepelin e Griesinger si contraddistinse, dunque, per il rifiuto di ogni eziologia psicologica, per il totale disinteresse verso gli aspetti interiori e individuali della vita psichica e per il bisogno di una rigida catalogazione delle malattie. Tali bisogni portano alla promozione di ricerche psichiatriche basate sull'osservazione obiettiva, che divennero la base per l'avvio di indagini volte all'identificazione di alterazioni cerebrali correlabili alle malattie mentali. Per tal ragione, Kraepelin e Griesinger, che furono i due più noti rappresentanti della scuola tedesca, compirono un'importantissima rivoluzione, ovvero delinearono le malattie mentali quali alterazioni cerebrali, sostenendo che tali alterazioni fossero responsabili dell'insorgere di sintomi che altro non erano che difetti di funzionamento che si ripercuotevano nell'area del comportamento umano. Per questo motivo la scuola tedesca affermò che i sintomi costituissero l'unico orizzonte a cui far riferimento nella diagnosi e nella cura della malattia mentale, poiché essi potevano essere oggettivati e valutati secondo parametri registrabili. In poche parole, grazie alla scuola tedesca, il sintomo diventa l'oggetto specifico dell'indagine psichiatrica.

La scuola tedesca ebbe un'egemonia che durò sino agli inizi del '900, grazie ad essa la psichiatria si cominciò a concepire quale scienza-medica che assumeva come proprio oggetto la cura dell'alienazione mentale, che si basava sulla raccolta dei dati provenienti dall'osservazione dei sintomi che la costituivano³⁵². Pertanto, se la scuola francese rappresenta le fondamenta della psichiatria, la scuola tedesca può essere intesa come colei che

³⁵¹ W. Griesinger, *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Braunschweig, Stuttgart 1876, p. 4

³⁵² Ovviamente gli stessi psichiatri appartenenti a questa scuola coglievano la difficoltà di tale ricerca. Tanto che lo stesso Griesinger pur affermando che le malattie mentali sono malattie del cervello scriveva anche: "*bisogna solo aspettare pazientemente il giorno in cui i problemi relativi alla connessione tra il contenuto e la forma della vita mentale dell'uomo diventino questioni fisiologiche e non più metafisiche*". *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Braunschweig, Stuttgart 1876, p. 6. In altri termini sia Griesinger che Kraepelin sostennero che al loro stato di conoscenza le alterazioni biologiche erano totalmente irrilevabili, ma nel futuro qualcuno continuando a sviluppare le loro ricerche sarebbe riuscito a trovare tali forme patologiche.

fece maturare la scienza psichiatrica, la quale raggiunge la sua consacrazione e il suo stato scientifico attuale alla metà del '900 grazie alla scuola americana. Con la scuola tedesca si è giunti ad identificare i sintomi come base su cui articolare la disciplina psichiatrica, tale situazione, però, non bastò da sola a promuovere il successo della psichiatria. Infatti, proliferarono sin dall'inizio del novecento³⁵³ un gran numero di ricerche che misero in luce i deficit di tale modalità di identificare il normale e il patologico. A questo proposito Andrew Lakoff, nel suo libro *Pharmaceutical reason. Knowledge and value in global psychiatry*³⁵⁴, mise in luce la disparità delle diagnosi psichiatriche, basate sull'osservazione dei sintomi, effettuate in diversi luoghi, riportando uno studio clinico pubblicato nel 1972 che mostra la differenza di diagnosi della schizofrenia tra Stati Uniti e Inghilterra. Lo studio prevedeva che diversi psichiatri americani e inglesi avessero a che fare con i medesimi pazienti, e, davanti allo stesso soggetto, è emerso come un terzo degli psichiatri americani ha diagnosticato la presenza della schizofrenia, invece gli psichiatri inglesi non l'hanno mai diagnosticata. In questo modo si scoprì che il termine schizofrenia era utilizzato in America per designare tutti i disturbi mentali gravi a cui non si riusciva a dare un significato, mentre in Inghilterra lo stesso termine, pur assumendo quasi lo stesso significato, era parametrato e fondato sulla rilevazione di comportamenti più codificati rispetto alla genericità americana. In altri termini, in Inghilterra il senso di realtà e di normalità era diverso da quello che si possedeva negli Stati Uniti, per tal ragione le stesse persone potevano essere considerate, nel medesimo tempo, in salute in Inghilterra e malate in America. L'esperimento rivelò che la psicosi maniaco depressiva seguiva il procedimento diagnostico inverso rispetto a quello della schizofrenia, infatti essa era diagnosticata 20 volte in più dagli inglesi, poiché in America non si riconosceva alcun valore a tale patologia, la quale era considerata quasi inesistente. Un'altra ricerca molto conosciuta che giunse allo stesso esito è quella condotta nel 1973 da David L. Rosenhan pubblicata nella prestigiosa rivista *Science*³⁵⁵: tale ricerca prevedeva che otto persone, a cui non era mai stato diagnosticato un disturbo mentale, si recassero in vari ospedali psichiatrici americani fingendo di essere affetti da vaghi e non continuativi sintomi quali ansia, insonnia e di sentire le voci. A seguito di ciò sette simulatori furono ricoverati come schizofrenici e l'ottavo fu ricoverato con una diagnosi leggermente più favorevole. L'esperimento prevedeva che i simulatori dovessero riuscire a farsi dimettere senza rivelare chi fossero, dunque convincendo lo staff medico della loro sanità, infatti, dopo essere entrati nei reparti non simularono più alcun comportamento disturbato. Nonostante ciò, tutti rimasero

³⁵³ Tali ricerche trovarono il proprio apice nella metà dello stesso secolo

³⁵⁴ Cambridge University Press, 2005, p. 34-35

³⁵⁵ D.L. Rosenhan, *On being sane in insane places*, in *Science*, January 1973, v. 179, pp. 250-258

per lungo tempo in ospedale e nessuno di loro fu mai scoperto come simulatore. Il risultato di tale ricerca dimostrò come scrisse Rosenhan che: *“è chiaro che negli ospedali psichiatrici non si è in grado di distinguere i sani dai malati di mente. L'ospedale crea una propria realtà in cui il significato di un comportamento può essere facilmente frainteso”*³⁵⁶.

Dunque, alla luce di tali critiche, si può sostenere che sebbene la psichiatria esistesse dalla fine del settecento quale disciplina autonoma dedita alla cura della malattia mentale e che essa fosse maturata nell'arco dell'ottocento e dell'inizio del novecento sino a concepirsi come disciplina dedita allo studio dei sintomi, i quali rinviano ad un'alterazione celebrale da curare, ciò non era bastato ad affermare la stessa disciplina quale forma medica accreditata, ovvero ampiamente utilizzata e condivisa. Proprio nella risoluzione di questo problema, ovvero nella ricerca di una universalità della diagnosi, che permettesse di eliminare le differenze diagnostiche che si esercitavano in luoghi diversi del mondo, interviene la scuola americana, attraverso i tentativi di redazione del DSM. Come abbiamo visto in precedenza, i primi due tentativi non riuscirono, ma il DSM-III nel 1980 centrò l'impresa di creare uno strumento valido per tutti gli psichiatri che potesse finalmente mettere ordine nell'analisi dei sintomi che rinviano alle alterazioni cerebrali. Perciò, la scuola americana attraverso l'edificazione del DSM-III compì la rivoluzione fondamentale all'interno dell'assistenza psichiatrica, riuscendo a far ergere la disciplina, ideata da Pinel, quale branca medica dotata di un proprio metodo standardizzato e comune ad ogni operatore. In altri termini, se Pinel fonda la possibilità di concepire e di iniziare a parlare di una scienza psichiatrica, l'APA attraverso la stesura del DSM-III e delle sue successive edizioni stabilisce da parte di tutti la possibilità di usufruire della scienza psichiatrica. Prima del DSM-III, la psichiatria non aveva lo strumento e le possibilità per porsi senza ombra di dubbio sulla salute mentale, perciò grazie a tale manuale essa diventa la proprietaria della verità dei sintomi patologici che compongono i disturbi psichici. Ne segue che grazie al DSM-III la psichiatria viene finalmente accettata in tutto il mondo quale scienza della salute mentale.

³⁵⁶ D.L. Rosenhan, *Essere sani in posti sani*, in *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, Feltrinelli, Milano 1988, p. 124

5) Definire il DSM

Il DSM-III e le sue successive edizioni possono quindi essere definiti come dei manuali internazionali che classificano nel modo più universale possibile le malattie che riguardano l'area psichica e, in tale modo, rendono omogenei i criteri diagnostici in psichiatria. Per fare ciò essi si considerano sin, dal 1980, come dei manuali ateorici, poiché come scrive la stessa APA: *“l'approccio ateorico adottato nel DSM-III in riferimento alla eziologia si giustifica in primo luogo dal fatto che l'inclusione delle teorie eziologiche costituisce un ostacolo al fine di far utilizzare il manuale a diversi clinici d'orientamenti teorici differenti*³⁵⁷. Dunque, nell'impossibilità di scegliere la causa principale che sottostà alla malattia mentale, l'APA dal 1980 ha deciso di adottare un approccio ateorico, definito anche puramente descrittivo, al fine di ottenere un accordo tra i clinici che diffondesse in tutto il mondo tale strumento. Perciò come sostiene Demazeux: *“il DSM-III ha incarnato lo spirito e le disillusioni di una nuova epoca della psichiatria, di una nuova nascita della clinica. [...] Dal 1980 il DSM regola la pratica clinica negli stati Uniti e in quasi tutti gli altri paesi; esso è il punto di riferimento per le politiche della salute e per i protocolli di ricerca. Per tal ragione, possiamo affermare che esso costituisca, nel pieno senso del termine, un oggetto culturale e pubblico, di cui la diffusione e l'autorità ottenuta è di un così alto grado che ha confiscato, per la prima volta nella storia della psichiatria, il privilegio antico riservato ai differenti medici di fissare tramite la loro esperienza individuale la barriera entro normalità e patologia*³⁵⁸”. Proprio per tali ragioni Peter Conrad³⁵⁹ e anche Thomas Szasz³⁶⁰ fanno notare come il DSM deve essere compreso non solo come un manuale utile al clinico e alla psichiatria in generale, ma deve essere pensato come il giustificativo di un'immensa rivoluzione che ha portato la psichiatria ad avere degli strumenti atti ad introdursi all'interno del campo sociale. Infatti, la sua influenza si estende al di là del solo studio medico-psichiatrico e si riverbera in tutta la società. Non è un caso che il DSM sin dal 1980 viene utilizzato all'interno del campo giudiziario per verificare se l'imputato di un determinato reato soffra di una patologia psichica e, in quel caso può essere offerto una totale o parziale attenuante al fatto che egli ha compiuto³⁶¹. Il DSM ha, così, consentito agli psichiatri di divenire degli esperti scientifici del comportamento umano, tanto che essi sono usualmente consultati per cogliere gli aspetti dell'assunzione di droghe, per cogliere come deve essere affrontata una vincita o una sconfitta

³⁵⁷ APA, *DSM-III*, American Psychiatric Association, 1980, p. 1

³⁵⁸ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, pp. 241-242

³⁵⁹ P. Conrad, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, 1992

³⁶⁰ T. Szasz, *Il mito della malattia mentale*, Spirali, Milano 2003

³⁶¹ Si può notare come il DSM venga utilizzato dal potere giudiziario quale forma per esplicitare il proprio potere, esattamente come Foucault aveva descritto. Si può così affermare che il DSM costituisca la fonte principale dell'affermazione del potere psichiatrico sulla vita.

lavorativa, scolastica o sportiva, per cogliere le problematiche interne ad una coppia, per risolvere il lutto provocato da una persona cara, per aiutare e assistere una persona alle prese con delle esperienze dolorose della vita ecc. Inoltre, cosa da non sottovalutare, il DSM offre la possibilità alla società tutta di avere una classificazione delle patologie universalmente riconosciute che possono essere coperte da assicurazioni e assicurare a chi le possiede una pensione d'invalidità. In altri termini, come sostengono Kirk e Kutchins: *“il DSM [...] permette alla scienza psichiatrica d'infiltrarsi profondamente nell'arte, nella letteratura, nel teatro, nel cinema, nel linguaggio, nell'umorismo e nello sguardo che noi portiamo su noi stessi e sui nostri vicini³⁶²”*. Si può così capire come il DSM sia lo strumento che ha sancito in maniera definitiva cosa è e cosa non è da intendersi come psichiatria, che ha escluso e ridotto le varie teorie psicoanalitiche ad essere altro rispetto al sistema scientifico di cura adottato dai medici e che ha portato a strutturare e a diffondere l'idea di salute mentale, ovvero di normalità. Proprio per questo il DSM è diventato lo strumento di protezione sociale, inserito all'interno del contesto della medicalizzazione della vita, per eccellenza, poiché ogni situazione vitale scritta al suo interno è da rigettare quale forma di vita in società. Essere normali oggi, dunque essere dei cittadini che vivono all'interno della popolazione, vuol dire rispettare i criteri di normalità che vengono scritti all'interno di tale manuale.

6) È possibile definire la malattia mentale?

Il DSM è, dunque, ciò che ha sancito la definitiva consacrazione della psichiatria ed è anche ciò che permette di discriminare in modo netto tra il normale e il patologico. Possiamo asserire che esso è un contenitore universale delle malattie psichiche, ma tale affermazione fa scaturire una questione di non semplice risoluzione: che cos'è una malattia mentale? Come può essere definita?

Fornire una risposta a tale, semplice e lineare, questione è tutt'altro che facile e scontato, infatti, come sostiene Allen Frances che è stato a capo della task force che ha redatto il DSM-IV: *“ancora oggi non abbiamo un solo test di laboratorio in psichiatria. Poiché la categoria del disturbo mentale è estremamente variabile al suo interno, così come è variabile il confine tra disturbo mentale e normalità o tra diversi disturbi mentali, nessuna delle promettenti scoperte biologiche si è mai tramutata in test diagnostico. I frutti che il cervello ci offre non*

³⁶² S. Kirk, H. Kutchins, *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998, p. 30

sono ancora a portata di mano: migliaia di studi su centinaia di aspiranti marker biologici sono finiti nel nulla³⁶³”. In altri termini, Frances, che pur ha guidato la stesura del manuale che cataloga tutte le patologie psichiche, sostiene che non è possibile dare una definizione di malattia mentale che prenda a riferimento una qualunque dimensione biologica o che indichi una causa scatenante determinata alterazione celebrale. Non è un caso che egli, in un’intervista rilasciata a Gary Greenberg, sostenga: “non esiste una definizione di malattia mentale [...] ciò che voglio dire è che è impossibile definirla. Il concetto di malattia mentale è praticamente impossibile da definire con precisione, è impossibile delineare in maniera precisa i suoi confini³⁶⁴”. Partendo da tali dichiarazioni esternate da una delle maggiori voci viventi della psichiatria mondiale, possiamo asserire, come del resto già Foucault aveva rilevato, che l’utilizzo che la psichiatria fa del concetto di malattia differisca radicalmente per senso rispetto a quello attribuito dal resto della medicina a tale vocabolo. A questo proposito colui che meglio di ogni altro è riuscito a cogliere tale differenza è nuovamente Thomas Szasz³⁶⁵. Infatti, le analisi e gli studi condotti dallo psichiatra di origini ungheresi mirano a mettere in luce come il termine malattia, in medicina, designi qualcosa di fisico che riguarda direttamente il corpo, quindi una situazione visibile che trova poi forma specifica a seconda dell’organo che si prende in considerazione, viceversa, egli mette in luce che tale chiarezza non si riscontra nella definizione di malattia utilizzata dalla psichiatria. Questa asserzione di Szasz può essere confermata dal fatto che ancora oggi, proprio come asserito da Frances, la psichiatria non riesca a definire nessuna delle differenti patologie psichiche tramite l’analisi certa della causa che la ha provocata. Tale situazione conduce all’identificazione di tre modalità differenti di considerare la patologia psichica³⁶⁶: la prima si può definire “organicista” e ricerca le cause strettamente biologiche (connessioni neuronali o alterazioni fisiche del cervello) che sottendono ai differenti disturbi psichici; la seconda modalità è

³⁶³ A. Frances, *Primo, non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 30

³⁶⁴ G. Greenberg, *Inside the Battle to Define Mental Illness*, Wired magazine, 27 dicembre 2010

³⁶⁵ Szasz a questo proposito scrive: “che cos’è una malattia? In italiano si dice “malattia”, mentre in inglese esistono parole diverse che si usano come sinonimi, ma non sono veri e propri sinonimi: disease, illness, malady, sickness. La parola malady è la più generica e può includere di tutto, mentre la parola disease è più specifica, se usata nel senso moderno. È bene tenerlo presente, poiché un tempo era usata nel senso etimologico di “disagio”, e non era neppure strettamente connessa con il corpo. Prima del XIX secolo, c’era la cosiddetta “teoria degli umori”, un concetto prescientifico risalente a Galeno. Disease nel senso di malattia è quindi un concetto moderno, che risale soltanto all’Ottocento, ed è il risultato di studi condotti da medici e scienziati sul corpo umano, in particolare sui cadaveri. Disease nel senso di malattia, quindi, nella scienza moderna implica una qualche anomalia nel corpo, nella struttura del corpo come oggetto fisico. In tal senso, la malattia è un fenomeno fisico, analogo a qualsiasi altro fenomeno fisico esistente in natura”, *La battaglia per la salute*, Spirali, Milano 2000, pp. 4-5

³⁶⁶ All’interno delle ricerche condotte per la stesura di questa tesi, ho studiato a lungo il concetto di malattia mentale e le diverse possibili interpretazioni. Questo lavoro è stato raccolto in una monografia pubblicata a luglio del 2015 dal titolo *Che cos’è la malattia mentale? Una prospettiva interdisciplinare*, Psiconline, Francavilla al Mare. Per una trattazione completa e articolata, che qui potrebbe risultare fuorviante per il proseguo del discorso, rimando a tale opera.

definita con il termine “ermeneutica-psicologica” e si basa sulla ricerca del senso delle esperienze psicopatologiche, rivolgendo la sua attenzione al mondo soggettivo del paziente, ai suoi vissuti e alle sue intere articolazioni psicologiche, in altri termini, la malattia viene intesa come alterazione del rapporto io-mondo e per tal ragione non può essere concepita in nessuna maniera schematica o universalistica che valga per ogni soggetto. Infatti, le cause delle malattie per questa corrente derivano dalle esperienze proprie di ogni soggetto che interagisce con gli altri nel mondo. La terza modalità d’intendere la malattia psichica prende il nome di modello “sociologico”, gli aderenti a tale approccio ritengono che le cause della malattia mentale siano sociogenetiche, in quanto le forme di patologia diventano tali solo tramite l’imposizione di un ordine sociale di verità e della conseguente uscita da parte di un soggetto da questo ordine di verità. Si coglie, come per quest’ultima grande corrente, il disturbo sia causato direttamente dalla società tramite l’imposizione agli individui dell’obbligo di conformarsi alle sue norme. Ciò che importante notare è che nessuno dei tre modi d’intendere le cause che producono la malattia mentale (biologiche, personali e relazionali o sociali) ha avuto la possibilità di dimostrare la propria egemonia sugli altri modelli ed, infatti come abbiamo visto nel capitolo precedente, il DSM-III ha creato la possibilità di diffusione del proprio sistema diagnostico basandosi unicamente sulla descrizione dei sintomi, dunque non assumendo alcuna teoria particolare sulle cause che determinano l’insorgere della malattia mentale. Ne segue che non esista, ad oggi, una definizione di malattia mentale che rispetti il significato che il termine malattia assume nel resto delle discipline mediche, perciò, per definire una particolare forma di malattia mentale non si può fare altro che riferirsi alla catalogazione dei suoi sintomi, senza avere alcuna possibilità di coglierne e di conoscere le cause che li hanno provocati. In sintesi, si può giustamente ritenere che per il momento non è maggiormente veritiera la teoria delle cause biologiche rispetto alle cause meramente sociali o relazionali che riguardano l’insorgere della depressione, della ludopatia, dell’ansia ecc. Per cogliere meglio quest’ultima affermazione si può ricorrere ad un esempio ben presente nella vita di noi tutti ovvero al caso della patologia depressiva, la quale è definita come la malattia mentale più diffusa al mondo e secondo l’OMS, entro il 2020 diverrà la seconda malattia al mondo per diffusione dietro alle sole patologie cardiovascolari. Generalmente l’opinione pubblica è convinta che i fenomeni che portano alla comparsa della depressione siano legati ad uno squilibrio della serotonina. Invece, come mette in luce lo studioso Luigi Colaianni, questa associazione è lontana dall’essere provata e dall’essere considerata come fonte sicura della patologia depressiva e a tal proposito scrive: *“la ricerca ad oggi non è riuscita a dimostrare questo legame. Secondo uno studio pubblicato sulla rivista PLoS Medicine, infatti*

si tratta di enunciazioni non sostenute da prove scientifiche [...] Il punto è che attualmente non è conosciuto quale sia il punto di equilibrio della serotonina, considerato scientificamente corretto, ovvero quale sia il valore normale³⁶⁷”. Si comprende, così, come non esistendo alcun dato certo che ci mostri oggettivamente quale sia il normale equilibrio della serotonina che bisogna riscontrare in soggetti sani - nel senso di non affetti da patologia depressiva – non sia nemmeno possibile stabilire con certezza se tale patologia dipenda o sia in qualche modo legata a tale sostanza. Dunque, la depressione oggi, in linea con quanto sostiene il DSM, viene diagnosticata in ambito psichiatrico non in riferimento alla serotonina o ad altri marcatori biologici e sociali, ma unicamente in base al riscontro di alcuni determinati sintomi. In particolare l’ultima edizione del DSM datata 2013 asserisce che può essere definito depresso chi prova almeno cinque tra i nove sintomi elencati dall’APA, anche se ammonisce sul fatto che tra i cinque sintomi devono sempre figurare o l’umore depresso o la perdita d’interesse e piacere³⁶⁸. I cinque sintomi elencati dal nuovo DSM sono: 1) Umore depresso; 2) Marcata diminuzione di interesse o piacere; 3) Significativa perdita di peso, non dovuto a dieta, o aumento di peso; 4) Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni; 5) Agitazione o rallentamento psicomotori; 6) Faticabilità o mancanza di energia; 7) Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi; 8) Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi; 9) Pensieri ricorrenti di morte³⁶⁹. Si può così lecitamente affermare che una definizione precisa e generale di cosa sia una malattia mentale, utilizzando il termine malattia come viene usualmente impiegato in tutto il resto delle discipline mediche, è oggi del tutto impossibile da fornire. Inoltre, anche una definizione specifica delle varie patologie psichiche, per esempio la depressione, intesa come fondata su una causa scatenante accertabile è irrealizzabile, tanto che l’unica maniera per diagnosticarla è far riferimento ai sintomi che la caratterizzano e che sono descritti nel DSM.

7) Come una malattia viene inserita nel DSM

Il DSM, dunque, legittima e fornisce una definizione puramente sintomatica delle patologie psichiche accreditate ma, se non è ancora possibile rinvenire in maniera scientifico-oggettiva le cause biologiche o sociali che portano all’edificazione e alla proliferazione delle differenti patologie, come è possibile decretare cosa sia da intendere come malattia e cosa non lo sia?

³⁶⁷ L. Colaianni, *Per incapacità di intendere e volere*, Aracne, Roma 2009, p. 70

³⁶⁸ Situazione inserita per porre fine al regime politetico.

³⁶⁹ Definizione tratta dal *DSM-5*, traduzione italiana, Raffaello Cortina editore, Milano 2014, pp. 185-186

Detto in altre parole: come fa la APA ad inserire o ad eliminare delle patologie all'interno del DSM?

Una risposta a tale quesito ci proviene nuovamente dallo psichiatra di origini ungheresi Thomas Szasz, il quale nell'opera *Il Mito della malattia mentale* mette in luce come le patologie psichiche vengano inserite all'interno del manuale psichiatrico in base ad accordi e a votazioni interne all'APA e non in base ad evidenze scientifiche che ne legittimino o meno il loro status di patologie³⁷⁰. Szasz afferma così che i criteri di inclusione o di esclusione delle malattie psichiche nel DSM dipendano unicamente dalla capacità di persuadere gli altri psichiatri, facenti parte l'APA, da parte di chi ha interesse ad introdurre o a eliminare una nuova patologia. Le differenti patologie vengono inserite nel manuale, secondo Szasz, per molteplici ragioni, economiche, sociali, politiche ecc., ma non trovano alle loro spalle alcuna base scientifica. Per cogliere tale situazione si può far riferimento al caso dell'omosessualità, di cui abbiamo discusso nel terzo capitolo, la quale fu eliminata dal DSM in base ad una votazione interna all'APA e non per una qualche forma diagnostica certa. Di esempi analoghi a questo ne esistono molti, in particolare nell'ultimo manuale (DSM-5) il caso che ha fatto più clamore è quello legato alla patologia dell'ipersessualità che era stata indicata come una delle nuove malattie simbolo del DSM-5³⁷¹. Sebbene la pubblicazione del DSM-5 sia avvenuta solo nel 2013, tale patologia, che riguardava la possibilità di definire malati chi aveva troppi rapporti sessuali, fu diagnosticata già nel 2010 e raggiunse la popolarità per l'attribuzione che ne venne fatta a persone famose, su tutti l'attore Michael Douglas e il giocatore di golf Tiger Woods. Tale patologia, dal 2010 al 2012, suscitò un'ondata di critiche da parte di psichiatri, filosofi, sociologi, psicologi di tutto il mondo che convinse l'APA a non inserirla nel DSM-5 e a lavorare al fine che la stessa potesse essere rivista e inserita nella prossima edizione del DSM. Anche per questa patologia, proprio come è successo per l'omosessualità, non ci furono né prove evidenti per la sua esistenza, né prove evidenti della sua non esistenza, semplicemente il discorso che la investì fu di tipo sociale e riguardò il comportamento dei soggetti³⁷². Un altro esempio, sempre presente nelle ultime discussioni psichiatriche che

³⁷⁰ Szasz scrive: "da parte mia, asserisco che le varie versioni dell'American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual dell'APA non sono classificazioni dei disturbi mentali che hanno i pazienti, ma semplicemente elenchi delle diagnosi psichiatriche ufficialmente accreditate, elaborate da task force e da comitati del consenso nominati da funzionari dell'APA"³⁷⁰". *Il mito della malattia mentale*, Spirali, Milano 2003, p. 16

³⁷¹ Cfr. J. Wakefield, *The DSM-5's Proposed New Categories of Sexual Disorder: The Problem of False Positives in Sexual Diagnosis*, in *Clinical Social Work Journal*, V. 40, Springer 2012, pp 213-223; H. Zonara, *Sexual Disorders: New and Expanded Proposals for the DSM-5. Do We Need Them?*, in *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, V. 39, 2011, pp. 245-249; C. P. Samenow, *What You Should Know about Hypersexual Disorder*, in *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, V. 18, 2011, pp. 107-113

³⁷² Lo stesso discorso vale per l'efebofilia, patologia che fu annunciata e poi eliminata dal DSM-5

hanno portato alla redazione del DSM-5, è quello relativo al disturbo da *Ansia e Umore Depresso Misti* (AUDM). Come sostiene Frances, questo nuovo criterio diagnostico avrebbe trasformato ogni nostra preoccupazione quotidiana in una forma patologica, poiché avrebbe trasformato tutte le preoccupazioni passeggero (perdere il lavoro, essere bocciato a scuola ecc.) in vere e proprie patologie³⁷³. Anche in questo caso la patologia non rientrò all'interno del DSM, e proprio come fu proposta, così quando fu bocciata, non ci furono delle spiegazioni biologiche che ne motivassero la reale inclusione o esclusione. In altri termini ciò che compie la APA può essere assimilato, come sostiene il filosofo Ian Hacking, più agli sforzi compiuti dagli scienziati sociali che agli sforzi compiuti dai medici. Hacking ritiene, infatti, che nelle scienze umane non si utilizzino dei criteri che mirano a portare all'evidenza un qualcosa che già esiste, come ad esempio in medicina si può mostrare come un batterio agisca su un particolare organo, ma si cominci a far esistere alcune categorie di persone nello stesso momento in cui iniziano ad esistere tipi di persone che entrano in queste categorie, e tra i due processi c'è un'interazione bidirezionale. Hacking nomina tale pratica *nominalismo dinamico* che può essere descritto come la possibilità di creare nuovi tipi di soggettività attraverso l'imposizione di etichette ufficiali che regolano le diverse sfere dell'agire umano. A tal proposito scrive: *“un tipo di persona ha iniziato ad esistere nello stesso momento in cui quel tipo stesso veniva inventato. In certi casi, quindi, le nostre classificazioni e le nostre classi concorrono a emergere tenendosi per mano e incantandosi l'un l'altra. [...] Il nominalismo dinamico resta una dottrina intrigante, e sostiene che molti tipi di esseri e di atti umani iniziano a esistere mano nella mano con la nostra invenzione delle categorie che li etichettano*³⁷⁴”. L'APA utilizza per la redazione del proprio DSM il modello descritto da Hacking: ad esempio, la tristezza viene concepita quale esperienza da non provare e pertanto si possono creare i presupposti per la definizione di depressione e così via. Un esempio che certifica la validità di tale tesi è sancito dal recentissimo disturbo da dipendenza da gioco³⁷⁵, infatti il gioco d'azzardo è sempre esistito e, seppur venisse etichettato in maniera morale, - positivamente o in maniera dispregiativa -, esso non è mai stato considerato come una patologia. Solo nel 1994 è comparso nel gergo psichiatrico il “disturbo da gioco d'azzardo”

³⁷³ *“AUDM rappresenta forse il tentativo più chiaro di medicalizzare la tristezza e le preoccupazioni passeggero, psichiche, pressoché onnipresenti, parte inevitabile della quotidianità. Una reazione perfettamente giustificabile a eventi negativi (perdita del lavoro, divorzio, malattia o problemi finanziari) sarebbe stata trasformata in disturbo mentale”*. A. Frances, *Primo, non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 226. Sullo stesso tema fai riferimento anche a N. M. Batelaan, *Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2012, p. 495-498; K. Walters, *Mixed Anxiety and Depression Disorders Outcomes. Prospective Cohort Study in Primary Care*, in *The British Journal of Psychiatry*, CXCCVIII, 2011, pp. 472-478

³⁷⁴ I. Hacking, *Historical Ontology*, Harvard University Press, 2002, p. 106 e p. 113

³⁷⁵ Nel DSM-IV tale disturbo fa la sua comparsa nella categoria diagnostica dei Disturbi del controllo degli impulsi, nel DSM-V esso viene inserito nella categoria delle cosiddette "dipendenze comportamentali".

che ha fatto sì che le stesse persone assuefatte a tale pratica fossero definite come portatrici di tale patologia e, viceversa, persone che a loro volta venivano definite tali hanno donato valore ed esistenza alla stessa malattia. Questa patologia, quindi, pur essendo nata come criterio diagnostico nel 1994³⁷⁶, ha trovato legittimità e diffusione solo una decina di anni dopo, quando si è riuscito a trovare un cospicuo numero di persone che potessero rientrare in tale patologia. Per tal ragione si può sostenere che le malattie entrano o escono nel DSM a causa del sentire storico-culturale confermato da un accordo dato dagli psichiatri dell'APA, i quali riscontrano un problema nuovo all'interno della vita dei soggetti e tramite delle votazioni, che non hanno altro riferimento che l'osservazione dei soggetti colpiti da quello che loro pensano sia un disagio, decidono se tale disagio possa essere o meno considerato patologico. Perciò, proprio come afferma Hacking, in psichiatria si cominciano a far esistere alcune categorie patologiche di persone nello stesso momento in cui iniziano ad esistere tipi patologici di persone che entrano in queste categorie.

Arnold Davidson è sicuramente l'autore che maggiormente ha ragionato su tali concetti e ispirandosi al lavoro di Foucault scrive: *“una descrizione dell'emergere della sessualità deve essere integrata dalla storia dell'emergere della perversione in quanto categoria morbosa [...] per essere più precisi, la nostra esperienza della sessualità è nata nello stesso periodo in cui la perversione è emersa come il tipo di deviazione dal quale la sessualità era costantemente minacciata. Come ho sostenuto, non soltanto il nostro concetto medico di perversione non esisteva prima della metà del XIX secolo, ma non c'erano nemmeno dei perversi prima dell'esistenza di questo concetto. [...] questo passaggio dall'emergere di un concetto (perversione) all'emergere di un tipo di persone (perversi) è sostenuto anche dalla dottrina che Ian Hacking ha definito nominalismo dinamico³⁷⁷”*. Si può così cogliere come la psichiatria utilizzi delle modalità tipiche delle scienze umane, (nominalismo dinamico), per parlare di qualcosa che invece s'inserisce in un campo veritativo proprio della sfera medica. Così facendo acquisisce un'enorme possibilità d'azione sulla vita dei soggetti, potendo

³⁷⁶ Per il DSM-IV (1994) è affetto da disturbo da gioco d'azzardo chi presentava almeno 5 dei seguenti disturbi:

- 1) È assorbito dal gioco;
- 2) Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato;
- 3) Tenta di ridurre, controllare o interrompere il gioco d'azzardo, ma senza successo;
- 4) È irrequieto e irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- 5) Gioca d'azzardo per sfuggire a problemi o per alleviare un umore disforico;
- 6) Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora, rincorrendo le proprie perdite;
- 7) Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- 8) Ha commesso azioni illegali per finanziare il gioco d'azzardo;
- 9) Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- 10) Fa affidamento sugli altri per reperire denaro per alleviare la situazione economica difficile causata dal gioco

³⁷⁷ A. I. Davidson, *L'emergenza della sessualità*, Quodlibet, Macerata 2010, p. 90

continuamente definire come patologico una nuova situazione vitale. L'agire dell'APA, messo in luce da Hacking e da Davidson, permette, dunque, di cogliere come Foucault avesse ragione nel sostenere che la psichiatria si costituisse quale massima istanza della società della medicalizzazione, la quale si erge sulla cura del singolo al fine di garantire la protezione scientifica della specie.

8) Il concetto di affidabilità

Si è potuto cogliere come l'accordo interno degli psichiatri facenti parte dell'American Psychiatric Association sia l'unica via per poter determinare l'inserimento o l'eliminazione di una patologia dal DSM. Per cogliere meglio questo passaggio si può far riferimento alle parole del professore emerito di psicologia ad Harvard Jerome Kagan: *“l'attuale manuale di psichiatria [...] il DSM, descrive oltre trecento malattie mentali, ossia più di tre volte quelle presenti nel primo manuale, risalente al 1952. L'incremento non costituirebbe un problema se fosse il risultato di una ricerca affidabile in grado di provare che dietro ciascuna patologia ci sia una biologia e/o una storia personale particolari. Invece l'elenco delle malattie si basa sull'opinione prevalente di psichiatri esperti, i quali dibattono la validità di ciascuna diagnosi seduti attorno a un tavolo. Cosa più importante, la maggior parte delle malattie è definita sulla base delle descrizioni verbali³⁷⁸”*. Avendo colto i meccanismi che portano alla stesura del DSM, risulta comprensibile come il principale compito che si è posto il DSM-III sia stato quello d'innalzare l'affidabilità dei costrutti componenti la classificazione delle patologie psichiche. Detto con altre parole, il DSM-III e di pari passo le sue successive edizioni si sono poste il compito di raggiungere un accordo sempre maggiore tra gli psichiatri per quanto riguarda la definizione e la diagnosi del disagio psichico. Il concetto di *affidabilità* utilizzato come principio scientifico dal DSM, non deve però essere confuso con il concetto di *validità* il quale si riferisce usualmente ad un insieme di prove che supportano un modello teorico utile a spiegare l'eziologia di un disturbo³⁷⁹. Invece, con il termine affidabilità si fa riferimento unicamente al consenso raggiunto da una diagnosi effettuata da operatori diversi che ha per riferimento il medesimo soggetto malato. Ne segue che, se una disciplina medica utilizza il concetto di validità come base su cui poter definire una patologia, si può legittimamente sostenere che tale disciplina si fonda su alcune evidenze biologiche o di altro tipo che certificano un'universalità manifesta, se invece una disciplina basa la propria

³⁷⁸ J. Kagan, *I fantasmi della psicologia*, Bollati Boringhieri, Torino 2014, p. 119

³⁷⁹ Su questo tema vedi P. Migone, *La filosofia della diagnosi psichiatrica*, in *Aut Aut* v. 357, 2013, p. 84

competenza classificatoria e diagnostica sul concetto di affidabilità, essa si basa unicamente su un consenso interno che non certifica in alcun modo la validità della proprio operato. Per spiegare tale affermazione si può fare il seguente esempio: se una persona ha mal di pancia e se cinque medici su sette sostengono che tale persona ha male ai denti e si accordano che tale soggetto provi questo dolore, ciò non vuol dire che la realtà di quella persona sia l'aver male ai denti (ha sempre mal di pancia), ma che i suddetti medici si sono accordati su un qualcosa e hanno deciso che quella è la loro verità sul soggetto che hanno dinnanzi. L'esempio, ovviamente assurdo, serve a far capire come funziona il DSM il quale si basa unicamente su accordi e misura l'affidabilità di questi accordi grazie ad un coefficiente di accordo chiamato *indice K*³⁸⁰, il quale si limita a riportare il grado di accordo o di disaccordo da parte di alcuni psichiatri nel diagnosticare ad una persona una particolare forma patologica. L'introduzione di questo indice, che venne utilizzato per la stesura del DSM-III, ha di certo accresciuto l'affidabilità diagnostica e classificatoria, ma non ha portato alcuna miglioria nella validità delle stesse³⁸¹. Si può così affermare che la scientificità e l'innovazione prodotta dal DSM-III e dai suoi successori sia basata su un grande accordo, il quale, seppur utile e di fondamentale importanza per la disciplina psichiatrica, è lontanissimo dal poter rappresentare la verità delle patologie che descrive ed è ugualmente lontano dall'offrire una risposta al quesito attorno a cosa sia la malattia mentale. A questo si deve aggiungere, come scrivono Kirk e Kutchins, che lo stesso grado di accordo raggiunto misurabile grazie all'introduzione dell'*indice K* sia di dubbia validità e non ancora dimostrato, dunque essi ritengono che l'affidabilità prodotta dal DSM-III in poi non solo sia tutt'altro rispetto al concetto di validità utilizzato in altre pratiche della medicina, ma che esso sia ancora tutto da provare e verificare. Infatti i due studiosi scrivono: *“sono passati venti anni dall'inizio della questione dell'affidabilità del DSM ma non c'è ancora un solo studio valido che dimostri che il manuale (qualsiasi edizione) viene normalmente usato in maniera affidabile dai clinici della salute mentale. Né esiste una qualche evidenza credibile sull'accresciuta affidabilità delle varie versioni del manuale*³⁸²”. In poche parole i due studiosi lamentano che l'*indice K* non sia davvero suffragato da ricerche statistiche condotte su un ampio spettro dei ricercatori e di clinici, ma sia solo una modalità con la quale si è “spacciato” il DSM-III quale strumento affidabile. Inoltre, gli stessi ricordano, riprendendo il monito presente nel DSM-III, che tale modalità di ricerca

³⁸⁰ Per una trattazione approfondita dell'introduzione dell'indice K e delle sue derive si può far riferimento a: S. Kirk, H. Kutchins, *La contorsion K*, in *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998, pp. 76-87

³⁸¹ A questo proposito come sostiene Migone scrive: *“il DSM-III quindi ha alzato l'attendibilità delle diagnosi, che precedentemente era bassissima, ma non ha modificato la validità delle diagnosi, che restano semplici convenzioni”*. *La filosofia della diagnosi psichiatrica*, in *Aut Aut* v. 357, 2013, p. 84

³⁸² S. Kirk, H. Kutchins, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 57

dell'affidabilità avrebbe dovuto essere migliorata e ampliata negli anni, ma ad oggi non si è assistito a nessuna evidenza o dibattito che abbia portato ad accrescere in qualche modo la ricerca dell'affidabilità in psichiatria.

9) Il DSM come creatore della norma

Kirk e Kutchins sostengono che il concetto di affidabilità sia una sorta di bandiera che serve a creare consenso non solo interno, ma, soprattutto da parte delle persone esterne all'APA, ovvero ai soggetti tutti, i quali grazie alla palese diffusione delle idee di affidabilità dei costrutti apportati nel DSM sono inclini ad accettare come verità scientifiche le continue innovazioni in tema di salute psichica. A questo proposito scrivono: *“se ci fosse un riconoscimento ufficiale dell'inaffidabilità della diagnosi e se non ci fosse una patina scientifica sul DSM, l'uso dei comportamenti quotidiani come indicatori di un disturbo mentale sarebbe messo in dubbio più rigorosamente dal pubblico³⁸³”*.

Dunque, sino ad ora abbiamo potuto capire che il DSM è un manuale che racchiude dentro sé tutte le malattie che sono attualmente diagnosticabili, le quali non potendo essere spiegate tramite l'individuazione delle cause che le generano vengono definite e diagnosticate in base ai sintomi che le manifestano allo psichiatra. L'insieme di tali sintomi rientra all'interno del DSM, sotto il nome delle differenti patologie, unicamente tramite discorsi interni all'APA, i quali vengono poi giustificati grazie al consenso che raggiungono nel grado di diagnosi prodotto dagli psichiatri stessi che viene misurato grazie all'indice K. Tale situazione rinvia però, sotto dei presupposti puramente accennati di scientificità e oggettività, alla possibilità di decidere in modo arbitrario cosa sia da intendersi come malattia psichica, il caso dell'omosessualità e dell'ipersessualità sopra citati confermano tale ampia possibilità. Non è dunque un caso che il numero di malattie aumenti di edizione in edizione del manuale, tanto che è oggi possibile comprendere sempre di più le parole (già riportate nei paragrafi precedenti) pronunciate da Foucault: *“il punto effettivo su cui si esercita il sapere psichiatrico non è sin dal principio, né essenzialmente, quello che consente di specificare, di caratterizzare, di spiegare la malattia. Detto in altri termini, mentre un medico ha come compito principale o come obbligo, per via della posizione che occupa, di rispondere ai sintomi, ai lamenti del malato, attraverso un'attività di specificazione, di caratterizzazione [...] lo psichiatra, invece, non è chiamato in causa né convocato a tale scopo, cioè perché intervenga, rispetto alla domanda del malato, per attribuire uno statuto, un carattere e una*

³⁸³ Ibidem

*specificazione ai sui sintomi. Allo psichiatra ci si rivolge a un livello ancora precedente, a una soglia che sta più in basso, e precisamente nel punto in cui si tratta di decidere se c'è o meno malattia*³⁸⁴”. Seguendo il ragionamento di Foucault si può lecitamente asserire che il DSM (influenzato dalla politica e dagli interessi economici) crea ciò che il mondo considera come malattia mentale e, così, erge delle norme che separano nettamente la normalità dall'anormalità. Ne segue che il DSM abbia attualmente acquisito un potere immenso, poiché riesce a creare una norma, tramite l'introduzione di nuove malattie mentali, che investono le diverse pratiche del vivere quotidiano del soggetto. Si può cogliere che affermare, come stava per avvenire, che praticare un alto numero di rapporti sessuali sia una forma patologica, vuol dire anche creare una norma che disciplina la frequenza dei rapporti sessuali. Oppure asserire che chi mostra cinque dei nove criteri propri della depressione sia malato vuol dire creare una norma che disciplina la modalità di condurre un'esistenza serena e felice. Così facendo si normalizza la vita dei singoli, la quale produce un effetto sull'andamento dell'intera società. Infatti, il controllo del numero di rapporti sessuali può portare un vantaggio, come già asserito da Foucault, sulla demografia, invece l'asserire che alcune azioni siano mosse da forme di depressione, mette in luce come tanti comportamenti devianti che possono nuocere al potere o al sistema economico, possono essere rubricati come atti patologici. Ne segue che, riprendendo il discorso che abbiamo condotto sino ad ora, possiamo ricordare che la tesi di Foucault affermi che, tra la fine XVII secolo e l'inizio del XVIII secolo, è apparsa una nuova modalità di esplicazione del potere, il quale è passato dall'essere un potere che punisce e assoggetta attraverso il terrore ad un potere che forma ed educa insinuandosi nella vita quotidiana delle persone. In buona sostanza si è assistito ad un passaggio dalla legge, intesa come forma del diritto votata alla punizione de reo, alla norma intesa come possibilità di educare e d'incanalare la vita entro una normalità dell'agire: il potere non ha più di mira il punire, ma mira ad estendere la normalità del vivere e per fare ciò si appoggia alla medicina. Quest'ultima consente e permette l'istituzione dei meccanismi di igiene pubblica, di controllo della salute, della demografia e dell'alimentazione, situazioni che permettono di diffondere l'idea di salute all'interno della vita di tutti i soggetti, i quali imparano sin da piccoli quali siano i gesti da compiere e quali siano le modalità utili per perpetuare l'esplicazione della vita in salute. In altri termini, secondo Foucault, si è assistito alla nascita di una cornice di medicalizzazione della vita, che ha condotto a guardare il mondo nell'ottica della normalità e dell'anormalità, ovvero secondo la netta divisione tra comportamento da adottare e comportamento mostruoso da rifiutare. Il DSM rappresenta, di certo, uno strumento che

³⁸⁴ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 2004, p. 225

s'innesta entro questa modalità esplicativa del potere normalizzatore inserito, a sua volta, nella dimensione di senso della medicalizzazione, poiché dal 1980 in poi è riuscito ad insinuarsi in modo capillare nella vita delle persone, creando delle norme di condotta da rispettare. L'alternativa al non rispetto di queste forme normative è quello di essere etichettati come pazzi, ovvero come malati bisognosi di cura e perciò da allontanare dalla sfera sociale. Così facendo la psichiatria riesce a realizzare quella nuova forma di razzismo politico, che verte non sull'eliminazione della razza estranea, ma su quella di chi devia dal flusso di normalità proprio di una determinata popolazione. Detto con altre parole, il DSM è uno strumento altamente normativo, che grazie alla sua enorme diffusione è capace di creare un altro consenso sociale attorno alla disciplina psichiatrica, e produce delle verità normative, assunte come forme naturali di salute, attorno alle quali la vita del soggetto si deve adattare. A questo proposito Allen Frances, riprendendo la riflessione foucaultiana, scrive: *“il DSM traccia i confini tra normalità e malattia mentale, ha un'enorme importanza sociale, poiché definisce moltissimi fattori fondamentali per la vita della gente, come chi va considerato sano e chi malato; che tipo di terapia offrire; chi è che le deve pagare; chi ottiene i sussidi di invalidità; chi può far domanda per servizi di salute mentale; scolastici; assistenziali ecc.; chi può essere assunto, chi può adottare un bambino o pilotare un aereo o sottoscrivere un'assicurazione sulla vita; i danni che possono essere rimborsati in caso di incidenti: e molto, molto altro³⁸⁵”*.

10) L'uomo secondo il DSM: il potere del DSM si basa sulla cornice di senso della medicalizzazione

Il DSM ha il potere di decretare ciò che è anormale all'interno della vita dei soggetti, ma deliberare attorno all'anormalità vuol dire anche decidere di pari passo cos'è la normalità, dunque vuol dire avere la facoltà di disciplinare e normare la vita di tutti. Per cogliere il potere che il DSM custodisce è possibile ricorrere nuovamente alle parole degli studiosi Kirk e Kutchins, i quali invitano a riflettere su quanto l'esclusione o l'inclusione di una malattia nel DSM, in questo caso utilizzano l'esempio dell'omosessualità, possa avere un impatto incredibile sulle nostre vite: *“se l'omosessualità fosse ancora considerata una malattia mentale, le compagnie assicurative e commerciali non offrirebbero coperture sanitarie per i partner conviventi, l'esercito si servirebbe ancora della psichiatria per allontanare gli omosessuali sospetti e molti degli altri progressi nei diritti dei gay non farebbero parte della*

³⁸⁵ A. Frances, *Primo, Non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 8

*nostra cultura*³⁸⁶”. In altri termini, l’esclusione o l’inclusione di una determinata patologia nel DSM, che altro non vuol dire che riunire alcune esplicazioni sociali dei soggetti nel loro rapportarsi nel mondo secondo un criterio che possa sancire la possibilità o meno di considerare tali modalità come forme patologiche, determina la creazione di una norma a cui i soggetti devono adattarsi per poter continuare a vivere nel mondo condiviso della salute psichica. Per tal ragione ogni patologia inserita nel DSM determina un cambiamento importante all’interno del modo di concepirsi di tutti i soggetti umani. Ne segue che il DSM abbia un impatto fondamentale nella vita di tutti i soggetti, sia che godano o meno di salute psichica, poiché esso mette in moto negli stessi soggetti dei meccanismi di soggettivazione che devono portare ad introiettare ed utilizzare una determinata norma di realtà. A questo proposito Robert Whitaker scrive: *“la psichiatria ha rimodellato in profondità la nostra società. Attraverso il suo Manuale Diagnostico e Statistico (DSM), la psichiatria traccia la linea di confine fra ciò che è normale e ciò che non lo è. La nostra comprensione sociale della mente umana, che in passato nasceva da fonti di vario genere (grandi opere di narrativa, studi scientifici, scritti filosofici e religiosi) è ora filtrata attraverso il DSM*³⁸⁷”. Il DSM è quindi molto più di un semplice manuale, è una sorta di strumento di filosofia pratica, poiché chi lo scrive riflette sulla vita degli uomini determinando cosa si debba e cosa si possa cambiare in essi, pertanto riflette sull’esistenza e sul senso dell’esistenza stessa. Proprio come il ragionamento filosofico, i discorsi che determinano l’inserimento o la scomparsa di una malattia mentale hanno come oggetto principale della loro riflessione l’uomo e pongono l’accento sulla possibilità di trovare un accordo sulla definizione dello stesso e delle istanze vitali che da esso si diramano. La differenza tra i due sguardi è riscontrabile nel fatto che il ragionamento filosofico viene di solito inteso come possibilità libera di riflettere e di autoprogettarsi con una ponderazione che non può mai dirsi né unica né stereotipata. Invece, i ragionamenti che accompagnano la stesura del DSM non offrono un’eguale libera possibilità, ma impongono un modo e una modalità di abitare questo mondo. Il carattere che essi eliminano è quello della libertà di progettazione umana, conducendo il soggetto ad essere definito secondo norme stabilite da altri, le quali però per come sono formulate risultano essere scelte liberamente dagli stessi soggetti. Ne segue che il DSM può trovare le forze per imporsi nel reale solo perché esiste una cornice di senso medicalizzata che pone come unico ordine del discorso il linguaggio della salute e della medicina. Per tal ragione risulta evidente che se oggi ci vogliamo interrogare su cosa sia la normalità, su come essa venga plasmata e mutata, su quale sia il senso del meccanismo di soggettivazione che porta ogni soggetto ad

³⁸⁶ S. Kirk, H. Kutchins, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 82

³⁸⁷ R. Whitaker, *Indagine su un’epidemia*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2013, p. 13

adeguarsi al senso di realtà contemporaneo, non è possibile prescindere dall'analisi e dalla comprensione del DSM, pur cogliendo che non è lo stesso che crea la medicalizzazione della vita, ma che si serve della medicalizzazione della stessa per produrre una psichiatrizzazione che allo stesso tempo normalizza i singoli e protegge la collettività. Si potrebbe, addirittura, affermare che il DSM crea un determinato tipo di soggetto umano e che le future edizioni di tale manuale, se continueranno a godere del medesimo immenso successo di cui beneficiano oggi, avranno una grossa voce in capitolo nel determinare chi siamo e chi saremo. In altre parole, il DSM assume un potere enorme all'interno della cornice di senso della medicalizzazione, potere che può condurre l'espressione vitale entro alcune vie, ma che non può sovvertire in alcun modo la cornice che lo genera.

La tesi di Foucault è molto chiara, ovvero la psichiatria nasce e si sviluppa grazie ad un contesto che è quello della biopolitica che si serve e s'instaura sulla medicalizzazione della vita, a questo si può aggiungere che oggi la psichiatria trova una forza che mai ha avuto in epoche precedenti grazie al DSM, ma, proprio per ciò, non si può pensare il DSM quale ideatore della medicalizzazione³⁸⁸, poiché anche'esso fa parte e trova verità grazie alla medicalizzazione della vita intesa quale cornice di senso. Infatti, alcune forme di letteratura critica, soprattutto di ambito sociologico, si limitano a constatare gli aumenti del numero di patologie elencate all'interno delle varie edizioni del DSM, sostenendo che la psichiatria, tramite il DSM, realizza la medicalizzazione di sempre nuove sfere della vita. Un'affermazione di questo tipo, che non abbia alle proprie spalle una ricostruzione dell'intero meccanismo di medicalizzazione nel quale anche la psichiatria e il DSM trovano le proprie fondamenta, si rivela a mio avviso sterile e non del tutto adeguata a descrivere il meccanismo di medicalizzazione e psichiatrizzazione. A mio parere critiche di questo tipo possono essere considerate quale forme analoghe alle critiche condotte negli anni '60 che imputavano al solo dominio medico la volontà di medicalizzare la realtà. Per tal ragione ritengo assolutamente fondamentale analizzare il DSM quale principale veicolo della psichiatrizzazione, ma ritengo ancor più importante ricostruire e far cogliere come esso sia solo un meccanismo, seppur importante, all'interno di una cornice di senso che ne legittima e autorizza l'operare. Come ho espresso in questo capitolo, il DSM e la psichiatrizzazione della vita non sono i responsabili della medicalizzazione, ma nascono grazie alla medicalizzazione della vita e servono a rafforzarne la portata.

³⁸⁸ Nello stesso modo non si può considerare la psichiatria quale istanza creatrice del meccanismo di medicalizzazione

BREVE STORIA DEL DSM

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), edito dall'American Psychiatric Association (APA), è una classificazione dei disturbi mentali e relativi criteri concepita per facilitare una diagnosi più attendibile di questi stessi disturbi. Attraverso le successive edizioni nel corso degli ultimi sessant'anni, il manuale è diventato un punto di riferimento per la pratica clinica nel campo della salute mentale.

APA, DSM-5, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014, p. LII

1) Perché ripercorrere la storia del DSM

Nel precedente capitolo si è messo in luce come il DSM rappresenti qualcosa di più rispetto ad essere un semplice manuale, infatti, esso è un sistema di classificazione che ha portato la psichiatria ad ottenere un riconoscimento sociale grazie alla possibilità di diagnosticare in maniera universalmente condivisa i medesimi disturbi psichici. Tale situazione decreta, di fatto, la possibilità da parte dello stesso di creare delle norme che sanciscono cosa sia da intendersi come anormalità e, così facendo, riesce a plasmare la regolarità dei gesti quotidiani del vivere di tutti i soggetti. In altri termini, si è affermato che il DSM sia lo strumento che stabilisce il concetto di normalità all'interno delle nostre società e, per tal ragione, sia un oggetto fondamentale a cui rivolgere lo sguardo per cogliere il senso e le sfumature che i nostri meccanismi di soggettivazione, dunque il nostro concepirci come uomini "normali" che abitano la società condivisa, hanno subito e subiranno nell'arco dei prossimi anni. Risulta, così, di fondamentale importanza cogliere le dinamiche e gli avvenimenti che hanno portato alla comparsa e alla legittimazione del DSM all'interno del mondo odierno. Per tale motivo questo capitolo è dedicato alla ricostruzione di una breve storia del manuale psichiatrico, non fine a se stessa, ma capace, seguendo la lezione foucaultiana, di descrivere l'emergere di alcuni fenomeni che caratterizzano il nostro presente. Questi fenomeni non si possono definire come espressioni costanti che da sempre accompagnano la natura umana, ma si definiscono quali istanze vitali divenute. La breve storia del DSM che seguirà nelle prossime pagine riprende il significato foucaultiano del termine storia, ovvero una ricostruzione non di pura memoria o utile ad affermare il bisogno di ritornare all'epoca precedente all'introduzione del DSM, ma funzionale unicamente a porre dei tasselli fondamentali per capire come si è

arrivati ad inserire e ad utilizzare in maniera così importante il DSM all'interno della nostra società.

2) Gli antenati del DSM

Pinel, il padre fondatore della psichiatria, ha elaborato sin da quello che può essere considerato il primo libro di psichiatria medica il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), una classificazione rigorosa delle malattie mentali. Tale classificazione era sentita da Pinel come un bisogno di porre ordine sia all'analisi delle stesse patologie sia alla possibilità di fondare la professione psichiatrica. Infatti, per l'alienista francese l'osservazione, la catalogazione e la comparazione erano i tasselli fondamentali che soli avrebbero permesso un progresso sempre maggiore nello studio e nella cura delle patologie psichiche. In questo senso si deve capire l'importanza che la scuola francese ripose nel tentativo continuo di elaborare dei sistemi classificatori che potessero soddisfare sempre di più il bisogno di chiarificazione all'interno del campo della salute mentale. Tale impulso fu ripreso e portato avanti dalla scuola tedesca, la quale fece definitivamente combaciare il lavoro psichiatrico con quello della classificazione e della definizione delle malattie psichiche. Infatti, nel 1883 Kraepelin, uno degli esponenti più noti della scuola tedesca, pubblica il *Compendio di Psichiatria*, ovvero la prima classificazione delle malattie mentali, che vedrà ben otto edizioni successive riviste e corrette, le quali accresceranno, modificheranno e tenteranno di migliorare la possibilità di fornire una classificazione dei disturbi psichici. Si può così affermare che, nel continente Europeo, lo sforzo atto a classificare le malattie mentali era concepito come di primaria importanza per l'implementazione del sistema sanitario e per lo sviluppo della professione psichiatrica. In altri termini, come mettono in luce Ziegler e Phillips, in un articolo del 1961³⁸⁹, la descrizione e la conseguente classificazione delle patologie costituisce la base e il principio fondativo di ogni disciplina che si vuole dire medico-scientifica e, per tal ragione, anche la nascente disciplina psichiatrica voleva e doveva dotarsi di un mezzo che la potesse far rientrare nel novero delle discipline mediche. Dunque, sin dalla nascita della psichiatria avvenuta con Pinel si era capito che la possibilità di definire con precisione il disturbo psichico era l'unica modalità esistente per potersi ergere a scienza medica ed ottenere un riconoscimento sociale. Se in Europa si poteva assistere ad un discorso ben avviato per quanto riguarda la possibilità e

³⁸⁹ E. Zigler, L. Phillips, *Psychiatric diagnosis: A critique*, in *Journal of Abnormal and social Psychology*, n. 63, 1961, p. 607-619

la necessità di creare una tassonomia dei disturbi psichici, in America tale tassonomia era lontana dal rappresentare un problema reale e una fonte di discussione. Infatti, la tassonomia psichiatrica cominciò ad evolversi negli U.S.A solo nel 1840, con un ritardo di quasi quarant'anni rispetto ai discorsi del vecchio continente, e tale avvio si dovette non alla volontà degli psichiatri locali, ma alla pressione esercitata dal governo federale in vista dell'imminente censimento che doveva compiersi. Precisamente il Governo voleva conoscere oltre al numero delle persone che risiedevano negli Stati Uniti, anche la percentuale dei soggetti che soffrivano di malattie mentali. Per tal ragione la prima tassonomia psichiatrica creata e utilizzata in America fu funzionale unicamente al rilevamento delle percentuali di persone afflitte da malattia mentale, pertanto essa comprendeva un'unica categoria diagnostica "l'*idiotismo*", la quale assumeva dentro di sé ogni possibile sfumatura della follia. Lo storico Demazeux mette in luce come i dati forniti dal censimento del 1840 in relazione alla presenza di malati mentali s'inseriscono all'interno di una discussione assolutamente viva e importante in quel preciso periodo storico riguardante la permanenza o meno della schiavitù³⁹⁰. Infatti, tali dati mostrarono come la presenza di persone folli fosse maggiore negli stati del Nord, che presentavano una posizione abolizionista riguardo la schiavitù, rispetto agli stati del Sud favorevoli, invece, al permanere della condizione di schiavitù. A questo proposito John Calhoun, un politico del Sud, dichiarò che per le persone di colore la libertà fosse una maledizione più che una benedizione perché essi erano psichicamente troppo fragili per vivere una vita in libertà. Dunque, egli fece passare l'idea che la schiavitù fosse una necessità logica decretata dall'analisi oggettiva dei dati sulla sanità mentale forniti dal censimento. A questo proposito Demazeux scrive che tali affermazioni vengono smentite da un medico di nome Edward Jarvis, il quale evidenzia, in un articolo pubblicato nell'*American Journal of the Medical Sciences*, una serie enorme di errori statistici commessi durante il censimento: ad esempio egli riporta che nella gran parte degli stati del nord le cifre attorno al numero di malati mentali di colore superasse enormemente il numero di persone di colore che erano residenti in quegli stessi stati³⁹¹. A seguito di tale situazione Jarvis venne nominato a capo del gruppo che si occupò dei successivi censimenti in America. Di certo la nomina di Jarvis migliorò il modo di ottenere i dati sul numero della popolazione negli anni seguenti, ma non perfezionò la tabella tassonomica utilizzata per monitorare il numero di pazienti affetti da patologia psichica. Ciò si può spiegare tramite l'analisi del fatto che gli psichiatri americani non avevano ancora alcun interesse nel proporre un proprio sistema di classificazione delle patologie psichiche, non a caso per avere un piccolo miglioramento nel numero di malattie

³⁹⁰ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, pp. 34-36

³⁹¹ Ivi, p. 36

mentali riconosciute bisognò aspettare altri quarant'anni. Infatti, solo nel 1880 la tabella tassonomica cominciò a mutare passando da una sola patologia codificata a sette patologie: *mania, melanconia, monomania, paresi, demenza, dipsomania ed epilessia*. Anche tale passo in avanti fu frutto del bisogno di affinare le tecniche dedite al censimento e per tal motivo si può intuire come il bisogno di classificare le malattie mentali non sia stato sentito in America come un'esigenza metodologica necessaria per l'evoluzione della psichiatria, ma l'introduzione di un discorso su una tale classificazione fosse secondario al bisogno di ordine e classificazione sociale e politica. Di indubbio interesse è il rilevamento del fatto che questo primo abbozzo di classificazione, giunto solo nel 1880, si poneva completamente al di sotto dei modelli di classificazione che erano in uso al tempo in Europa che solo tre anni dopo diede alla luce il famoso *Compendio* di Kraepelin.

La prima vera classificazione dei disturbi mentali redatta in America giunge nel 1918, quando l'*American Medico-Psychological Association* (antenata dell'APA) colse la necessità di ricorrere ad una nomenclatura chiara e condivisa per diffondere il sapere psichiatrico e, dal 1913, collaborando con la *Commissione Nazionale di Igiene Mentale*, creò un comitato statistico al fine di raccogliere dati sul trattamento della malattie mentali nei vari ospedali sparsi sul suolo americano. Tale raccolta di dati portò alla pubblicazione dello *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. Esso propose 22 categorie di patologie e il suo orientamento fu prevalentemente biologico, scelta che derivò dal fatto che i dati furono tutti raccolti in ospedali dove gli psichiatri esercitavano cercando di dare un significato medico-biologico ai sintomi della follia che vedevano nei loro pazienti. Su questo punto il famoso psichiatra Karl Menninger scrisse: *“questa classificazione era largamente kraepeliniana nei suoi principi e riguardava rigorosamente gli ospedali psichiatrici e assimilava il fatto di essere psicotico a quello di dover essere internato³⁹²”*. Il manuale ebbe dieci edizioni, l'ultima pubblicata nel 1942, e fu adottato come strumento utile sia per effettuare il censimento sia per la valutazione annuale delle istituzioni dedite alla salute mentale negli Stati Uniti. Su tale manuale Kirk e Kutchins scrivono: *“il progresso nella nosologia apportato da questo manuale non significò grandi cose per gli psichiatri o per i loro pazienti. Le categorie identificate erano troppo aperte e, all'epoca, il trattamento psichiatrico non rispondeva a nessuna di queste categorie. Nei primi decenni del novecento gli sforzi per comporre una nomenclatura sistematica furono motivati da bisogni amministrativi e di governo, più che da una reale richiesta degli psichiatri³⁹³”*.

³⁹² K. Manninger, *The Vital Balance*, Viking, New York 1963, p. 465

³⁹³ S. Kirk, H. Kutchins, *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998, p. 59

Al fine di ricostruire una storia delle condizioni che hanno portato alla creazione di una catalogazione universale delle patologie psichiatriche è di assoluta importanza sottolineare come questa esigenza non era assolutamente sentita quale situazione necessaria nell'America dei primi anni del novecento e che una classificazione psichiatrica derivò unicamente da una serie di avvenimenti esterni che hanno condotto al bisogno di formulare una descrizione delle malattie, infatti lo *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* servì più da fonte statistica e di analisi sociale che da strumento medico diagnostico.

3) Dalla nascita dell'APA alla comparsa del DSM-I

La tendenza di questa prima fase della psichiatria americana è ben descritta da Grob nel suo articolo³⁹⁴ dedicato alle origini del DSM, dove egli mette in luce che gli sforzi per creare una nomenclatura provenivano principalmente da bisogni amministrativi e non riguardavano minimamente la volontà degli psichiatri. Grob, però, sostiene che proprio la produzione del *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* fu funzionale all'attivazione di un ampio dibattito sulla possibilità di creare delle diagnosi psichiatriche, in particolare egli scrive che Adolf Meyer si oppose con forza a questo uso della nomenclatura poiché sosteneva che la nomenclatura fosse una cosa secondaria rispetto alla sofferenza psichica, ovvero contrappose alla semplicità di un'etichetta diagnostica la complessità infinita delle descrizioni cliniche. Dunque, secondo Meyer la classificazione deve essere sempre subordinata all'analisi del soggetto reale, il quale rappresenta il vero centro dell'attività psichiatrica. In particolare egli sostenne che la modalità di classificazione delle malattie ispirata alla tassonomia delle piante, situazione che doveva rappresentare l'apice del lavoro psichiatrico secondo Kraepelin, dovesse cessare al fine di ergere il soggetto a protagonista della cura psichiatrica e non solo ad oggetto di uno studio volto alla creazione di classificazioni che mai potranno fornire la realtà della situazione di alterazione di un soggetto. Il *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* instaurò, dunque, un dibattito sulla nomenclatura che prima di allora non aveva mai visto la luce negli Stati Uniti e portò ad una serie di novità. La prima, avvenuta nel 1921, fu quella del cambiamento di nome dell'associazione psichiatrica che da *American Medico-Psychological Association* passò a chiamarsi *American Psychiatric Association* e, spinta dalle critiche di Meyer (troppa biologia e statistica e poca comprensione del soggetto umano, aiutate, anche, dalla volontà interna alla stessa APA di aumentare la propria influenza nella

³⁹⁴ G. N., Grob, *Origin of DSM-I: A study in appearance ad reality* in *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, pp. 421-431

società americana) decise di aprire le iscrizioni a tutti coloro che si dedicavano alla salute mentale, indipendentemente che lo facessero in ospedale o meno. In seguito a questa decisione gli aderenti a tale società passarono dai 1000 membri registrati nel 1921 ai 1640 membri del 1934 ai quasi 3000 del 1940³⁹⁵. Con il cambiamento di nome, mutò anche la volontà di far acquisire importanza alla psichiatria negli Stati Uniti e, non a caso, l'influenza dell'APA crebbe sempre di più nella comunità medica tanto che l'ottava edizione del *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, datata 1934, fu inclusa nello *Standard Classified Nomenclature of Disease*, ovvero nella classificazione normalmente utilizzata per definire tutte le malattie dall'*American Medical Association*. Grazie a questo risultato, la psichiatria diviene ufficialmente una pratica medica negli Stati Uniti, infatti il Congresso nel 1946 vota la *National Mental Health Act* che istituisce la *National Institute of Mental Health* (NIMH) e elargisce, per la prima volta nella storia Americana, dei fondi per la ricerca in psichiatria e per il tentativo di creare una formazione universitaria adeguata alla professione psichiatrica. Come riporta Minard, nello stesso anno il numero di iscritti all'APA sale a 3500³⁹⁶ e sarà destinato ad aumentare sempre di più; la ragione di tale situazione si deve, sempre secondo Minard, al devastante impatto che la seconda guerra mondiale ebbe sulle persone comuni e sugli ex combattenti. In particolare, gli psichiatri militari durante la guerra si trovarono ad avere a che fare con dei giovani soldati i cui problemi psichici non assomigliavano minimamente a quelli delle persone che erano ricoverate negli ospedali psichiatrici, tanto che l'arma, tramite un comitato presieduto da William Menninger, elaborò una propria nomenclatura conosciuta con il nome di *Medical 203*³⁹⁷. Tale classificazione si contraddistinse per il fatto di non guardare ai disturbi psichiatrici unicamente dal versante della biologia, come faceva il *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*, ma conferì importanza ai fattori ambientali nella produzione o nell'aggravarsi delle stesse patologie. In altri termini, esso incluse tutte le nevrosi che i militari si portavano in dote dalla seconda guerra mondiale, mostrando come lo stesso orrore del combattimento fosse responsabile dell'insurrezione di molte patologie. Nonostante il *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* fosse il manuale ufficiale, la gran parte degli psichiatri americani era solito riferirsi al *Medical 203* e questo si dovette a due ragioni: la prima fu che, durante la guerra, ci fu un aumento considerevole degli psichiatri i quali si formarono al lavoro proprio su quella tassonomia; la seconda era che il manuale ufficiale essendo unicamente legato alla componente biologica si stava dimostrando inadeguato per classificare e trattare i reduci dalla

³⁹⁵ Cfr. M. Minard, *Le DSM-ROI*, Éditions Érès, Toulouse 2013, p. 41

³⁹⁶ Ibidem

³⁹⁷ Tale nomenclatura vide le sue prime espressioni nel 1943 anche se raggiunge la sua maturazione nel 1946

guerra che manifestavano dei comportamenti che non potevano rientrare nel manuale ufficiale³⁹⁸. A questo fatto si aggiunse che nel 1948 l'OMS pubblicò ICD-6 che, per la prima volta, presentava una sezione specifica consacrata ai disturbi mentali. Dunque l'APA, che si era formata da circa quarant'anni ed era riuscita ad imporre il proprio manuale all'interno della nomenclatura delle malattie ufficialmente catalogate in America, si trovava ad aver a che fare con un manuale che rappresentava una tassonomia vecchia che non reggeva il passo né con la concorrenza interna del *Medical 203* né con quella internazionale dell'ICD-6. Il problema principale che l'APA si trovò a dover fronteggiare fu relativo al fatto che il proprio manuale era troppo ancorato al versante biologico (situazione evidenziata sin dalla sua comparsa da Meyer) e che non riusciva a descrivere le nuove patologie che si stavano instaurando in America. Per tal ragione l'associazione decise di redigere un nuovo manuale che potesse rispondere a tali problematiche e nel, 1952, diede alla luce il *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, conosciuto con il nome di DSM-I.

4) Dal DSM-I al DSM-II

Il DSM-I fu dunque il primo manuale redatto dall'APA con il chiaro intento di fornire uno strumento che potesse accomunare le diagnosi compiute dagli psichiatri in America, a tal proposito Kirk e Kutchins scrivono: “*il DSM-I riflette i principali cambiamenti politici e teorici che avevano avuto luogo nella psichiatria americana. La tradizione somatica cedette il posto alla prospettiva psicodinamica e psicoanalitica che aveva influenzato la professione psichiatrica sin dal XX secolo*³⁹⁹”.

Se il cambiamento di prospettiva, da somatica a psicodinamica, era una delle componenti principali della psichiatria, di particolare importanza al fine di ricostruire una storia delle condizioni che hanno portato alla creazione di una catalogazione universale delle patologie psichiatriche è notare come dal 1952 l'APA abbia aggiunto il termine “Diagnostico” davanti al termine “Statistico”, con il chiaro intento di creare uno strumento funzionale prima ai clinici e, solo secondariamente, impiegato in usi del governo per censimenti o dati statistici. Tale situazione rappresenta una rilevante novità per la psichiatria americana che, con un ritardo di quasi un secolo rispetto alla psichiatria Europea, sentì il bisogno di creare un documento che potesse sancire in maniera condivisa la classificazione delle patologie psichiatriche. Il DSM-I era un piccolo libricino di appena trentadue pagine, diviso in cinque sezioni e comprendente 5

³⁹⁸ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, p. 45

³⁹⁹ S. Kirk, H. Kutchins, *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998, p. 60

appendici. La prima sezione è di gran lunga la più importante perché rappresenta una forte dichiarazione d'intenti espressa dall'APA, la quale presenta la classificazione nel suo insieme fornendo per la prima volta delle argomentazioni a sostegno del bisogno di creare una diagnosi condivisa nel mondo psichiatrico. La seconda sezione si occupa di fornire la vera e propria classificazione, mentre le sezioni seguenti offrono uno spaccato metodologico fissando regole per l'utilizzo di tale tassonomia e, in ultima istanza, anche degli strumenti statistici, questi ultimi avevano occupato gli interi manuali precedenti. In particolare il DSM-I fu segnato dall'influenza e dalle critiche portate ai precedenti scritti da Adolf Meyer, a questo proposito lo storico Minard scrive: *“il primo DSM è una sorta di omaggio dell'APA a l'opera e all'influenza di Meyer. Esso riflette così, come il Medical 203, la grandissima influenza della psicoanalisi nella psichiatria americana⁴⁰⁰”*. In particolare l'influenza di Meyer si sente attraverso il concetto di *“reazione”* che risulta onnipresente in questo primo DSM, tale concetto introdotto da Meyer si rifà ad un modo di analizzare le malattie mentali che non si basa su una descrizione delle cause che portano alla malattia, ma descrive le patologie psichiche sulla base delle reazioni ad eventi sociali, biologici e psicologici. La teoria di Meyer era che la sintomatologia espressa da un soggetto fosse la risposta visibile di uno stato psichico alterato che tentava di ristabilire un equilibrio interiore minacciato. In altri termini lo spirito del DSM-I prevedeva che la sintomatologia fosse polimorfa e dipendesse in ogni caso dalla storia singolare del paziente. Dunque, il DSM-I si pone come il primo strumento tassonomico, redatto per volere degli stessi psichiatri, e, per lo stesso volere, si fonda sugli strumenti psicoanalitici redatti da Meyer, tanto che Richard Grinker, professore alla George Washington University, scrive: *“il DSM-I, pubblicato durante la guerra di Corea, rappresenta un armonioso e sorprendente matrimonio tra l'esperienza militare e la teoria psicanalitica⁴⁰¹”*.

Da queste parole si coglie come l'orientamento psicodinamico sia quello che più di ogni altro permise l'avanzata della psichiatria americana⁴⁰², la quale si rese, però, ben presto conto che il suo DSM-I non veniva veramente utilizzato dai clinici, i quali preferivano attenersi all'ICD-7 (1955), e per ovviare a questo problema l'APA si offrì di collaborare alla revisione e alla stesura dell'ICD-8 che fu pubblicato nel 1965. In questa occasione l'APA decise di redigere nuovamente il DSM e di conformarlo, per quanto possibile, all'ICD-8: nel 1968 fu pubblicato

⁴⁰⁰ M. Minard, *Le DSM-ROI*, Éditions Érès, Toulouse 2013, p. 154

⁴⁰¹ R. R. Grinker, *In retrospect: the five lives of the psychiatry manual*, in *Nature*, N. 468, Novembre 2010, p. 168

⁴⁰² A questo proposito Erick Richar Kandel sostiene che: *“negli anni '60 la psichiatria d'orientamento psicanalitico diviene il modello principale per la comprensione di tutti i disturbi mentali e per alcune patologie fisiche”*. *A new intellectual framework for psychiatry*, in *AM. J. Psychiatry*, n. 155, 1998, p. 458

il DSM-II. La pubblicazione di tale manuale fu più importante per ciò che esso rappresentava per l'APA, ovvero la volontà di imporre in America e nel resto del mondo un sistema tassonomico unico, rispetto alle reali innovazioni nella classificazione delle malattie che esso presentò. In altri termini, il DSM-II non si rivelò uno strumento innovativo, tanto che non differì di molto dalla prima stesura del manuale, ma assunse particolare importanza nell'ottica della ricostruzione delle condizioni in cui si impose la volontà di avere una catalogazione universale delle patologie mentali. Infatti, il DSM-II rappresentò l'emblema della maturità dell'APA, la quale non voleva più unicamente creare un manuale che si sposasse con la possibilità di riportare ordine diagnostico in America, ma voleva che l'America influenzasse e cominciasse ad ergersi quale protagonista nella possibile creazione di una tassonomia mondiale. Non a caso nella prefazione del DSM-II scritta da Ernest Gruenberg, che fu a capo del gruppo di lavoro che redasse il nuovo sistema diagnostico, si può leggere: *“questa seconda edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II) riflette la crescita costante dell'idea che tutte le persone delle differenti nazioni vivono nello stesso mondo. Con il successo sempre crescente che L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha avuto tramite la promozione di una unica classificazione internazionale delle malattie, già in utilizzo in molti stati, era giunto il tempo per gli psichiatri degli Stati Uniti di collaborare alla preparazione e all'utilizzazione dell'ottava revisione di questa classificazione (ICD-8) approvata dall'OMS nel 1966 e divenuta effettiva nel 1968. La rapida integrazione della psichiatria con il resto della medicina ha fatto nascere il bisogno di avere una nomenclatura e delle classificazioni strettamente integrata con quella degli altri medici⁴⁰³”*. Dunque, si può affermare che con la pubblicazione del DSM-II nasce la volontà (ancora lontana dalla sua attuazione) da parte dell'APA di redigere un manuale che si potesse dire universale e che potesse essere utilizzato in tutto il mondo. Oltre a questa rivendicazione, che sancisce una nuova era nella psichiatria americana e presto in quella mondiale, bisogna rilevare che il DSM-II, per avvicinarsi all'ICD-8, cancellò ogni riferimento alla teoria della reazione di Meyer, aumentò il numero di diagnosi da 106 presenti nel DSM-I a 182 presenti nella nuova edizione, seguendo lo stesso piano generale presente nel DSM-I, ovvero fu diviso in sezioni di cui la prima forniva una sorta d'introduzione al funzionamento della classificazione, la seconda e la terza presentavano la nuova classificazione e la quarta presentava le modalità statistiche di utilizzo del DSM. L'unica vera novità introdotta dal DSM-II fu quella di incoraggiare la diagnosi multipla, ovvero gli psichiatri non erano più costretti a porre una sola diagnosi su un paziente, ma potevano porne quante essi ritenessero giuste per descrivere la

⁴⁰³ APA, *DSM-II*, American Psychiatric Association, Washington 1968, p. VII

situazione patologica del soggetto⁴⁰⁴. Possiamo dunque asserire che il DSM-I è importante per la psichiatria americana, poiché consente alla stessa di formalizzare la discussione attorno al bisogno di redigere un manuale che fornisca una tassonomia unica delle patologie mentali; la redazione del DSM-II è fondamentale poiché concretizza il processo di ampliamento e di espansione dei criteri diagnostici dell'APA, la quale decide di creare non solo una tassonomia americana, ma vuole creare un sistema tassonomico che si possa adattare a tutto il mondo.

5) Il DSM raggiunge l'universalità: la comparsa del DSM-III

Nonostante la volontà dell'APA sia quella di creare un manuale che possa dirsi universale e che possa creare un consenso attorno alla modalità di formulare una diagnosi psichiatrica, il DSM-II è ancora lontano dal poter raggiungere un tale scopo, tanto che esso viene descritto da Kutichins e Kirk nel seguente modo: *“la stesura del DSM-II fu un processo relativamente privato e semplice, più simile al cambiare regole e regolamentazioni all'interno di una organizzazione che non al negoziare trattative fra più fazioni rivali, ognuna con un obiettivo molto diverso [...] come le nosologie precedenti, il DSM-II fu inteso prevalentemente per riflettere, e non per mutare, la corrente pratica psichiatrica⁴⁰⁵”*. Queste parole ci permettono di esaminare il contesto che accolse il DSM-II il quale vide una vasta diffusione all'estero soprattutto in Canada e in India, ma non fu per nulla considerato negli Stati Uniti. In particolare in patria il manuale fu sommerso da numerose critiche, infatti gli psichiatri e gli esperti della salute mentale sostenevano che esso non presentasse adeguatamente la possibilità di definire il confine tra malattia mentale e normalità, che la tassonomia fosse solo abbozzata, che non ci fosse alcun criterio oggettivo su cui basare una diagnosi e, soprattutto, che fosse troppo ancorato alla psicoanalisi impedendo così un vero sviluppo autonomo della scienza psichiatrica. A queste critiche scientifiche si aggiungevano quelle sociali pervenute in particolare dalla comunità omosessuale che voleva aver ragione del fatto che il loro orientamento sessuale potesse essere considerato come una patologia psichiatrica, le proteste sollevate dalla comunità omosessuale condussero una serie di gruppi, primi tra tutti i veterani della guerra del Vietnam⁴⁰⁶, ad avanzare richieste di inclusione o di esclusione di alcune patologie all'APA, ovviamente per trarne un vantaggio nella vita di tutti i giorni. La decisione presa da parte dell'APA di cancellare l'omosessualità dal DSM nel 1974 portò le altre

⁴⁰⁴ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, p. 71

⁴⁰⁵ S. Kirk, H. Kutchins, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 44

⁴⁰⁶ In particolare i Veterani del Vietnam richiedevano che fosse loro riconosciuta un qualche patologia mentale che potesse così aiutarli, tramite sussidi statali, ad affrontare il difficilissimo ritorno alla vita di tutti i giorni. Essi facevano presente che molti di loro non si erano più ripresi dalle atrocità viste e subite in guerra.

categorie ad organizzare delle grosse campagne al fine che l'APA ascoltasse anche le loro richieste. Al momento, la persona che aveva più potere all'interno dell'*American Psychiatric Association* era Robert Spitzer, il quale si dimostrava reticente ad inserire delle nuove patologie o a cambiare delle forme diagnostiche, poiché egli era convinto che bisognasse dimostrare tali cambiamenti primariamente attraverso i dati⁴⁰⁷. Per porre fine a queste diatribe di carattere scientifico e sociale Spitzer decise che era giunta l'ora per la psichiatria di essere guidata unicamente da criteri oggettivi e, per tal ragione, pose le basi per la progettazione del nuovo Manuale. Theodore Millon, che collaborò con Spitzer alla progettazione della nuova revisione del manuale e si rese popolare per aver scritto diversi articoli che documentano la stesura del DSM-III, sostenne che Spitzer e compagni avevano riconosciuto che non era possibile creare alcuna classificazione ideale nell'ambito della psicopatologia clinica e che fosse del tutto impossibile trovare un consenso unitario attorno all'organizzazione di un sistema di classificazione che volesse identificare le cause precise di ogni disturbo⁴⁰⁸. Questa fu l'idea fondamentale che guidò il cambiamento psichiatrico, infatti, Spitzer e compagni abbandonarono il progetto di redigere un manuale che prescrivesse una modalità unica di guardare all'eziologia, alla prognosi e alla struttura del trattamento per concentrarsi sull'unica cosa possibile: creare un sistema tassonomico che si basasse unicamente sulla descrizione dei sintomi. In altri termini, si pensò che per risolvere i problemi scientifici relativi all'inaffidabilità diagnostica e all'impossibilità di concordare un'eziologia comune del disturbo si potesse creare un sistema diagnostico dove il clinico, al di là delle proprie credenze, potesse identificare i sintomi specifici nel paziente che erano elencati quali criteri propri di una determinata patologia. Tale modalità si poteva definire scientifica, poiché nelle idee di Spitzer essa sarebbe stata proceduta da studi e ricerche volti a dimostrare in maniera statistica che dalla sola diagnosi dei sintomi si poteva giungere ad una reale univocità delle diagnosi che prescindeva dall'orientamento proprio dei differenti psichiatri. Per fare ciò era indispensabile eliminare ogni riferimento alla psicoanalisi presente nel DSM e la questione fondamentale a questo proposito fu la cancellazione dal futuro manuale dell'uso del termine nevrosi. Tale vocabolo rappresentava per Spitzer il segno distintivo della psicoanalisi e dunque il rinvio più forte alla sua teoria dello psichico, perciò l'eliminazione di tale termine e di molti altri sancisce la nascita della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico che vide la luce nel 1980 e conta 494 pagine che catalogano 265 disturbi psichici, ovvero 80 in

⁴⁰⁷ Cfr. Scott, *PTSD in DSM-III: a Case in the Politics of Diagnosis and Disease*, in *Social Problema*, N. 3, 1990, p. 294-310

⁴⁰⁸ T. Millon, *On the Past and the Future of the DSM-III*, in *Contemporary Directions in Psychopathology*, Guilford, New York, 1986, pp. 39-40

più della precedente edizione. Tra le novità di tale manuale c'è la comparsa del *Disturbo post-Traumatico da Stress*⁴⁰⁹ e l'eliminazione della *nevrastenia* (esaurimento nervoso) che era una delle diagnosi più popolari in tutto il mondo. Si coglie come il DSM-III inaugura una nuova modalità di fare psichiatria, ovvero per la prima volta una tassonomia psichiatrica si basa unicamente su criteri descrittivi e vuole evitare ogni implicazione marcatamente teorica. La struttura del manuale vede due capitoli introduttivi in cui si spiegano le modalità con cui tale manuale è stato redatto, mettendo in luce in maniera sintetica l'insieme dei codici diagnostici utilizzati e come si debba formulare una diagnosi a partire da tale manuale. Il terzo capitolo espone tutte le varie etichette diagnostiche attraverso i sintomi che le caratterizzano e l'ultima parte è rappresentata da schede tecniche e da un glossario che permette di cogliere come sia possibile, da parte di tutti i clinici, giungere a diagnosi comuni, le quali sono state testate tramite analisi rigorose⁴¹⁰. Di estrema importanza è l'introduzione a tale manuale, affidata a Spitzer, il quale riassume l'intento che ha mosso la stesura del DSM-III in almeno dieci punti: 1) avere un reale utilizzo diagnostico, 2) assicurare tramite il suo utilizzo, certificato da studi rigorosi sul grado di consenso ottenuto, l'affidabilità della diagnosi, 3) essere utilizzato da tutti gli psichiatri al di là del loro orientamento, 4) mantenere la compatibilità con l'ICD-9-CM, salvo casi di cambiamento indispensabili, 5) evitare l'introduzione di termini e concetti nuovi, salvo quando questo sia assolutamente indispensabile, 6) ergersi a simbolo per la creazione di un'identità professionale psichiatrica e per la formazione dei nuovi psichiatri, 7) riuscire ad ottenere un consenso sui termini diagnostici ed evitare di utilizzare termini obsoleti, 8) preoccuparsi dell'affidabilità diagnostica, 9) avere una pertinenza nell'indicare i soggetti di ricerca, 10) essere ricettivo alle critiche dei clinici e dei ricercatori durante l'elaborazione del manuale⁴¹¹.

Il centro di tutta la trattazione di Spitzer si pone sul fatto che l'inclusione di teorie eziologiche costituisce un insormontabile ostacolo per l'utilizzazione del manuale⁴¹², poiché è del tutto impossibile, come hanno mostrato i *Field trials*, che i clinici si mettano d'accordo per l'individuazione delle malattie mentali attraverso l'identificazione delle loro cause, ma essi possono giungere ad una diagnosi comune se essa è puramente descrittiva dei sintomi e delle alterazioni dei soggetti⁴¹³. Come scrive Minard: "*Spitzer presenta in maniera diplomatica*

⁴⁰⁹ Patologia che portò ad un riconoscimento clinico dei sofferenti psichici reduci dalla guerra del Vietnam e successivamente di ogni altro combattimento.

⁴¹⁰ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, p. 147

⁴¹¹ APA, *DSM-III*, American Psychiatric Association, 1980, pp. 2-3

⁴¹² Ivi, p. 4

⁴¹³ In particolare Spitzer scrive: "*In passato, nuove classificazioni dei disturbi mentali non sono state ampiamente sottoposte a test clinici prima dell'adozione ufficiale. La Task Force ha ritenuto che lo sviluppo delle bozze che hanno condotto al DSM-III dovesse essere testata sul campo, per individuare le aree*

l'approccio ateorico come una necessità atta al fine che tutti gli psichiatri americani dell'APA possano essere d'accordo su un approccio puramente descrittivo dei disturbi, anche se non lo sono sulle teorie esplicative di queste patologie, a cominciare dagli psicanalisti, che si sono allungo lamentati durante gli anni di stesura del DSM-III⁴¹⁴”.

Spitzer continua il suo discorso affermando che l'ateoricità e l'uso di criteri diagnostici rigorosi fanno del DSM-III il criterio diagnostico e tassonomico più affidabile che supera sia le sue precedenti edizioni sia l'ICD⁴¹⁵. Il successo di tale manuale e dell'intuizione dell'ateoreticità proposta da Spitzer e soci deriva dall'immensa diffusione che lo stesso ottenne sin da subito, infatti come sottolineano Mayers e Horwitz il manuale fu tradotto in tutte le principali lingue (cinese, francese, tedesco, spagnolo, italiano, giapponese, danese, greco, norvegese, portoghese ecc.) e in tutto il mondo fu utilizzato come referenza principale sia nel campo della ricerca psichiatrica, sia in quello clinico: da questa edizione il DSM trionfa su ogni sistema diagnostico e l'APA diviene il centro della psichiatria mondiale⁴¹⁶. Tutte le prossime edizioni dell'ICD, per quanto riguarda la parte relative alla malattia mentale, verranno scritte con l'aiuto dell'APA e si tenterà sempre un accordo sulla base delle nuove formulazioni diagnostiche proposte dall'DSM. La redazione di questo manuale fu talmente diffusa che l'APPI (*American Psychiatric Publishing*) dal 1981 diviene l'organo editoriale di proprietà esclusiva dell'APA, poiché la vendita del DSM diviene la rendita fondamentale della stessa associazione, la quale passa da essere finanziata principalmente dalle sottoscrizioni, a trovare come maggiore forma di rendita le vendite del DSM e a ricevere fondi statali e privati per continuare l'elaborazione di tale manuale⁴¹⁷. Dunque, il DSM-III diviene in prima istanza un successo editoriale⁴¹⁸, successo che determina l'estrema diffusione

problematiche nella classificazione e per trovare soluzioni a questi problemi. Inoltre, a causa delle numerose modifiche proposte nella classificazione, era importante dimostrare la sua accettabilità clinica e l'utilità che esso riscontrava da parte di clinici di vari orientamenti teorici. Per queste ragioni, sono state condotte una serie di prove sul campo, esse iniziarono nel 1977 sponsorizzate dal NIHM e durarono due anni sino al 1979. In tutto, 12.667 pazienti sono stati valutati da circa il 550 medici, 474 dei quali provenivano da 212 strutture diverse. Critiche di ogni portata alle bozze del DSM-III effettuate dei partecipanti alla sperimentazione sul campo hanno portato a numerose modifiche [...] I partecipanti hanno completato un questionario sulle tematiche diagnostiche specifiche, sul loro atteggiamento verso il DSM-III e sulle sue caratteristiche innovative. I risultati hanno indicato che la grande maggioranza dei partecipanti, indipendentemente dagli orientamenti teorici, aveva una risposta favorevole al DSM-III [...] i risultati statistici riportati in appendice indicano una maggiore affidabilità diagnostica rispetto ai criteri ottenuti dal DSM-II”. Ivi, p. 4-5

⁴¹⁴ M. Minard, *Le DSM-ROI*, Éditions Érès, Toulouse 2013, p. 229

⁴¹⁵ APA, *DSM-III*, American Psychiatric Association, 1980, p. 10

⁴¹⁶ R. Mayes, A. Horwitz, *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, in *Journal of the Behavioral Sciences*, V. 41, 2005, pp. 249-267

⁴¹⁷ S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013, p. 135

⁴¹⁸ Minard riporta che: “Gli esemplari del DSM-III, dalla sua pubblicazione nel febbraio 1980, si vendono come il pane. Gli amministratori dell'APA non credevano ai loro occhi: da maggio a novembre 1980 tre ristampe per 120.000 copie, nel 1981 tre nuove ristampe per 90.000 copie e dal 1982 al 1985 cinque ristampe per 208.000 esemplari”. *Le DSM-ROI*, Éditions Érès, Toulouse 2013, p. 410

delle teorie diagnostiche redatte dall'APA e che conduce, per la prima volta nella storia della psichiatria, ad avere un documento tassonomico condiviso sul quale operare.

6) I successori del DSM-III

Il grande successo del DSM-III si dovette all'utilizzo della prospettiva ateorica, la quale nacque da un tentativo di conciliare prospettive differenti riguardo l'eziologia delle patologie psichiche, diversità che aveva causato una serie molteplice di critiche al DSM-II. A tal proposito si può quindi asserire che il DSM-III sia nato e si sia fondato sulle istanze critiche, tanto che lo stesso Spitzer nella sua prefazione diede risalto (inserendo tale tematica all'interno dei dieci compiti del DSM-III) alla necessità di rispondere alle continue critiche per perseguire il progresso all'interno dell'ambito psichiatrico. Il DSM-III rappresenta una rivoluzione importantissima all'interno della psichiatria, ma tale manuale, stando alle parole dello stesso Spitzer, non doveva concepirsi come il risultato definitivo delle possibilità di spiegare e creare un'uniformità di visione nella diagnosi psichiatrica, ma esso doveva essere solo il primo tentativo di un processo che avrebbe condotto alla spiegazione delle malattie mentali. In altri termini, Spitzer affermò che l'APA aveva intenzione di aggiornare in maniera periodica il proprio manuale. Infatti scrisse: *“negli anni utilizzati per sviluppare DSM-III, ci sono stati diversi casi in cui a causa delle nuove scoperte si resero necessari grandi cambiamenti nella bozze iniziali. Così, questa versione del DSM-III è solo un fermo immagine nel processo in corso per tentare di capire meglio disturbi mentali⁴¹⁹”*. Le tempistiche del primo aggiornamento di tale manuale sono davvero celeri, tanto che nel 1983 l'APA decide di mettere in cantiere una prima revisione che vedrà la luce già nel 1987 e sarà chiamata DSM-III-r⁴²⁰. Le ragioni di tale revisione furono due, la prima si deve al fatto che il DSM-III fu attaccato da molti detrattori (in particolare gli psicoanalisti che non gradivano l'epurazione della propria disciplina da tale manuale) e per riuscire a superare tali polemiche, l'APA decise di offrire costantemente un manuale provvisorio, ovvero di dare alla luce uno strumento atto a creare una larga condivisione della diagnosi senza però decretare una forma definitiva, situazione che si rivelò estremamente proficua per mettere a tacere le critiche più feroci e per invitare tutti a partecipare ai futuri cambiamenti. In altri termini, questa scelta permise all'APA di diventare ancora più internazionale, mostrando come le critiche che arrivano da tutto il mondo servissero a rinforzare e a migliorare il sistema diagnostico decretando, di fatto,

⁴¹⁹ APA, *DSM-III*, American Psychiatric Association, 1980, p. 12

⁴²⁰ la *r* sta per *Revised*

il DSM come strumento principale della diagnosi psichiatrica nel mondo. La seconda motivazione è riassunta molto bene da Minard, il quale scrive: *“come la bibbia e Harry Potter, il DSM-III ha un enorme successo in fatto di vendita di libri. Perciò ha permesso all’APA, proprietaria del copyright, di godere di enormi diritti d’autore, rinforzando la psichiatria americana nello stesso tempo sia a livello nazionale (che era l’obiettivo iniziale del DSM) che, nuova volontà, a livello internazionale⁴²¹”*. Ne segue che il DSM-III-r offrì l’occasione all’APA di accrescere il successo raggiunto con il DSM-III, sia aumentando i propri introiti finanziari⁴²² sia rafforzando la propria egemonia internazionale, mostrandosi un’associazione attenta e volenterosa a perseguire il progresso della scienza psichiatrica. Non a caso lo stesso anno, il 1983, in cui l’APA decide di correggere il proprio manuale, l’OMS chiede all’APA di contribuire in maniera stabile e duratura allo sviluppo del capitolo sulle malattie mentali presente nell’ICD (in particolare si fa riferimento all’ICD-10). Spitzer nella prefazione al DSM-III-r scrive: *“questa è la revisione della terza edizione dell’American Psychiatric Association’s Manual of Mental Disorders, meglio conosciuto come DSM-III-r. Nell’ultima frase dell’introduzione al DSM-III ho dichiarato “il DSM-III è solo un fotogramma nell’immenso processo atto a cogliere i disturbi mentali”. Il DSM-III-r rappresenta un altro fotogramma [...] l’impatto del DSM-III fu notevole. Poco dopo la sua pubblicazione, è stato ampiamente accettato negli Stati Uniti come il linguaggio comune della salute mentale utilizzato sia dai clinici che dai ricercatori per la comunicazione dei disturbi [...] Recenti importanti testi di psichiatria e altri testi che hanno per oggetto la psicopatologia hanno fatto ampiamente riferimento alla DSM-III o hanno largamente adottato la sua terminologia e i suoi concetti. Nei sette anni dalla pubblicazione del DSM-III, oltre duemila articoli che riguardano direttamente alcuni aspetti di essa sono apparsi nella letteratura scientifica. In alcuni di questi articoli, i risultati degli studi di ricerca utilizzando i criteri diagnostici DSM-III per selezionare i campioni sono stati riportati; in altri, l’affidabilità o la validità del DSM e dei definiti disturbi è stato criticamente esaminato. Il DSM-III è stato destinato principalmente per l’uso negli Stati Uniti, ma ha avuto un’influenza considerabile in campo internazionale [...] Molte delle caratteristiche di base di DSM-III, come l’inclusione di criteri diagnostici specifici, sono state adottate e incluse nel capitolo disturbi mentali di ICD-10⁴²³”*.

⁴²¹ M. Minard, *Le DSM-ROI*, Éditions Érès, Toulouse 2013, p. 284

⁴²² Minard riporta che: *“Il DSM-III-r fece un nuovo successo editoriale: sei ristampe, 460.000 copie vendute tra il 1987 e il 1990, raddoppiando le vendite del DSM-III”*. *Le DSM-ROI*, Éditions Érès, Toulouse 2013, p. 419

⁴²³ APA, *DSM-III-r*, American Psychiatric Association, Washington 1987, pp. XVII-XVIII

La psichiatria americana giunge alla consacrazione internazionale, nessuno psichiatra potè più fare a meno di riferirsi al DSM, poiché esso non è più un solo sistema diagnostico fra i tanti, ma diventa il riferimento per l'elaborazione e per il miglioramento della scienza psichiatrica, tanto che influenzerà tutti gli altri sistemi diagnostici primo tra tutti l'ICD. Al di là dei benefici che tale nuovo manuale portò all'APA, esso non differì di molto rispetto al precedente, aumentò il numero di pagine che divennero 567 e il numero di diagnosi che divennero 292. Molte delle categorie diagnostiche subirono delle modifiche, ma nessuna di esse suscitò delle grosse controversie. L'elemento veramente nuovo viene evidenziato da Kirk e Kutchins, i quali sottolineano come tutte le novità proposte dal DSM-III-r non furono sottoposte ad alcuna revisione di nuovi *Field trials* e la parte consacrata ad essi, che sanciva l'oggettività della nomenclatura utilizzata nel precedente DSM-III inserita nell'ultima parte dello stesso manuale, venne totalmente eliminata⁴²⁴. Per gli stessi motivi, miglioramento diagnostico e vendita di libri, dopo solo un anno dalla pubblicazione del DSM-III-r venne incaricata una nuova task force per redigere il nuovo DSM. A capo di questo gruppo fu messo Allen Frances, che aveva già partecipato a vario titolo alla scrittura dei due precedenti manuali. L'obiettivo di Frances era quello di realizzare il DSM-IV senza che vi fossero controversie e, a tal proposito, la regola fondamentale che egli adottò fu quella di non inserire modifiche che non avessero alle spalle un supporto empirico valido. Infatti, lo stesso Frances rivela: “ero preoccupato dal fatto che la diagnosi psichiatrica si fosse spinta troppo lontano, troppo in fretta, cambiando troppo velocemente – c'erano troppe categorie e troppe persone a cui venivano diagnosticati disturbi psichiatrici. Mi erano venute tre idee geniali: alzare l'asticella per i disturbi che apparivano troppo facili da diagnosticare, riunire in singole categorie o eliminare disturbi che non avevano molto senso, e dare una definizione di personalità basata su numeri flessibili e non su categorie. [...] la realtà prese il sopravvento e mi costrinse a far fuori tutti i miei progetti⁴²⁵”.

Come riporta lo stesso Frances i suoi piani iniziali furono tutti disattesi e il DSM-IV che vide la luce nel 1994, pur con qualche modifica dei criteri diagnostici, rispettò lo schema e la struttura del suo predecessore. Non solo il lavoro di Frances non onorò i suoi intenti, ma nel 1998 egli divenne l'autore assieme a Michael First di uno dei libri più controversi dell'intera storia della psichiatria: *Am I Okay?: A Layman's Guide to the Psychiatrist's Bible*. Questo libro si rivolgeva a tutte le persone non specializzate in psichiatria, con il chiaro intento di aiutare le stesse a capire il linguaggio della psichiatria e di cogliere quando e come devono rivolgersi allo psichiatra. Nell'introduzione di questo libro Frances e First scrivono: “il DSM-

⁴²⁴ S. Kirk, H. Kutchins, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 50

⁴²⁵ A. Frances, *Primo, Non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 9

*IV è la bibbia della diagnosi psichiatrica perché fornisce le definizioni ufficiali delle malattie mentali, proprio come sono riconosciute oggi dai clinici di tutto il mondo [...] noi abbiamo oggi dei mezzi efficaci per curare le malattie mentali e le prospettive future sono ancora più incoraggianti*⁴²⁶”. In altri termini il DSM-IV perseguiva l’obiettivo proprio del DSM-III-r, ovvero quello di rafforzare la propria credibilità come strumento diagnostico internazionale e aggiunse, a tale obiettivo, quello di farsi conoscere anche dai non addetti ai lavori sulla salute mentale. Frances e First scrissero un libro, che nell’idea dell’APA, doveva diffondere sia la conoscenza del DSM, sia la conoscenza del lavoro dello psichiatra, aumentando così il numero di persone che si sarebbero recate dagli stessi per avere aiuto clinico. Per fare ciò il libro, che contava ben 448 pagine, spronava le persone ad interrogarsi sulla loro vita e a valutare le condotte alla luce dei criteri del DSM-IV consigliando di consultare uno psichiatra se qualcosa non quadrava. Il libro dona anche delle risposte su quali siano i trattamenti più consigliati, ad esempio parla degli antidepressivi⁴²⁷, e si conclude con una serie di questioni e di relative risposte su come accettare, come divulgare agli amici e ai famigliari il fatto di avere una malattia mentale, consigliando di rimanere tranquilli in caso di diagnosi di patologia psichica poiché tale situazione seppur sgradevole non è causata da colpe proprie del soggetto.

Proprio come gli altri due manuali anche il DSM-IV fu indicato come un documento scientifico in evoluzione e, infatti, nel 2000 fu pubblicato il DSM-IV-TR il quale, nonostante l’aumento di pagine (quasi 100 in più), non presentava significativi cambiamenti rispetto alla precedente edizione, apportando solo poche “migliorie” ad alcuni criteri diagnostici, pur non modificando il numero di diagnosi. Come sottolineano Kirk e Kutchins, dal DSM-III-r si è entrati nell’era dell’obsolescenza, ovvero i nuovi manuali dovevano essere redatti continuamente sia per mostrare al mondo il continuo miglioramento diagnostico, sia per avere degli utili importanti dalla vendita dello stesso manuale. A questo proposito scrivono: *“l’obsolescenza pianificata, per molto tempo tema dominante dell’industria automobilistica americana, venne adottata dall’American Psychiatric Association per la diagnosi psichiatrica. Le nuove edizioni del manuale resero inutili quelle vecchie e fecero affrettare clinici e altri in libreria per acquistare l’ultima versione*⁴²⁸”.

La successiva edizione del DSM doveva essere pronta nel 2011, ma dopo una serie di rinvii essa è stata pubblicata nel 2013. Questo ritardo può sembrare come il frutto di un cambiamento di strategia da parte dell’APA, in realtà fu dovuto al fatto che la diffusione degli

⁴²⁶ A Frances, M. First, *Am I Okay?: A Layman's Guide to the Psychiatrist's Bible*, Scribner, 2000, pp. 10-11

⁴²⁷ Ivi, p. 54

⁴²⁸ S. Kirk, H. Kutchins, *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003, p. 51

ultimi DSM era stata talmente capillare che gli stessi manuali si erano issati al centro di lunghe diatribe sulla loro validità, sulla loro efficacia e soprattutto la critica si era concentrata sui troppi fondi che l'APA accettava dalla case farmaceutiche per redigere il proprio manuale⁴²⁹. La stesura del DSM-5 non solo doveva rispondere di tutte queste critiche, ma doveva anche dar ragione dell'immenso aumento delle diagnosi psichiatriche, in particolare quelle legate all'infanzia quale l'ADHD e tutti i disturbi dell'apprendimento. Ovviamente, l'APA cercò di rispondere ad ogni accusa e aprì, addirittura, un form online in cui le persone potevano votare cosa ne pensassero della malattia mentale, quali innovazioni proponevano, e se esse ritenessero che alcune patologie dovessero essere inserite o tolte nella nuova edizione del DSM. L'APA fece ciò perché era conscia che, grazie al proprio manuale, la psichiatria era ormai diffusa in tutto il mondo e riguardava tutti i soggetti, ma, nonostante questi tentativi sembrassero andare verso lo stesso stile con cui si erano redatti gli altri manuali psichiatrici, ciò che mutava era la volontà da parte dell'APA di accogliere davvero le richieste del mondo esterno, tanto che si può affermare che il DSM-5 abbia assunto un grosso cambiamento di rotta. Infatti, se le altre edizioni si caratterizzavano sull'assunto che le critiche ponessero la base per il miglioramento, tentando così di arrivare ad una conciliazione sui criteri diagnostici che potesse fungere da risposta internazionale alla creazione di una nomenclatura psichiatrica, il DSM-5 sembra, invece, essere una rivendicazione di potere da parte dell'APA la quale si erge a cuore formatore della psichiatria mondiale. Le critiche vengono considerate unicamente come delle scocciature e il bisogno di dati scientifici che motivasse l'enorme aumento della diagnosi, o un discorso serio che ne potesse mettere a freno l'enorme avanzata non venne affrontato. La spiegazione della mancata discussione e della chiusura dell'APA a confronti diretti si potrebbe rinvenire, come asserisce Migone, nel bisogno di pubblicare il DSM-5, anche se esso non era pronto ad affrontare e rispondere alle numerose critiche giustamente apportate. A questo proposito riporta in un suo articolo che: *“il presidente dell'APA ha confessato ad Allen Frances (comunicazione personale, 2012), che vi è la*

⁴²⁹ Su questo tema puoi fare riferimento a: Cfr. Cosgrove L, Krinsky S *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*, PLoS Med 9(3), 2012; L. Cosgrove, H. J. Bursztajn, S. Krinsky, M. Anaya, J. Walker, *Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines*, in *Psychotherapy and psychosomatics*, Vol. 78, No. 4, 2009; R. Moynihan, G. P. E. Cooke, J. A. Doust, L. Bero, S. Hill, P.P. G. Lasziou, *Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States*, Plos medicine, August 13, 2013; L. Cosgrove, *Diagnosing Conflict-of-Interest Disorder*, *Academe*, Volume 96, Number 6, November-December 2010; B.C. Pileckiemail, J.W. Clegg, D. McKay, *The influence of corporate and political interests on models of illness in the evolution of the DSM*, *European Psychiatry* Volume 26, Issue 3, Pages 194-200, April 2011; L. Batstra, Laura, A. Frances, *Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure*, *Journal of Nervous & Mental Disease*, Volume 200, Issue 6, June 2012; L. Cosgrove, *Psychiatric Taxonomy, Psychopharmacology and Big Pharma*, *Counseling and School Psychology Faculty Publication Series*, Paper 7, 2010

consapevolezza che il manuale non era pronto e che la sua pubblicazione dovesse essere ancora posticipata, ma l'APA non poteva permetterselo: vi erano state troppe spese (per il DSM-5 sono già stati spesi 25 milioni di dollari, mentre Frances aveva speso solo 5 milioni di dollari per il DSM-IV), molti psichiatri per protesta si sono dimessi dall'associazione per cui sono anche venuti a mancare gli introiti della loro iscrizione, si è creato un grosso deficit di bilancio e l'unico modo per uscirne è pubblicare il manuale subito e rifarsi con gli enormi introiti che produrrà⁴³⁰". Il DSM-5 rappresenta l'ultima edizione, quella oggi in vigore, del DSM e sta aprendo delle critiche e delle fonti di dialogo che vanno al di là della pura discussione clinica sui sintomi o sulle patologie, ma che riguarda l'influenza di questo manuale sulla vita di tutti⁴³¹. A questo proposito Allen Frances scrive: "il DSM è diventato troppo potente per il suo stesso bene e per il bene della società. Anche cambiamenti minimi potevano avere un impatto disastroso. E, invece, adesso, il DSM-5 sembrava chiaramente destinato a fare errori macroscopici. Riuniti tutti quanti assieme, i nuovi disturbi promossi a cuor leggero dai miei amici avrebbero creato milioni di nuovi pazienti. Avevo davanti agli occhi tutta quella gente, mediamente normale, catturata nelle maglie troppo larghe del DSM-5, e pensavo con preoccupazione che molti di loro sarebbero stati sottoposti a cure farmacologiche inutili⁴³²". Tale situazione è riscontrabile, per esempio, nel cambiamento epocale relativo alla diagnosi di depressione, ovvero il DSM-5 ha eliminato la possibilità di concedere maggior tempo prima di attribuire il grado di malato ad una persona che ha subito una perdita di un proprio caro. Allo stesso tempo ha posto maggiore attenzione sulle possibilità di considerare depresso chi ha subito un intervento molto delicato quale un trapianto. A questa proliferazione dell'atteggiamento di psichiatrizzazione del reale si deve aggiungere che il DSM-5 sembra, di fatto, aver allontanato anche la prospettiva teorica conosciuta dal DSM-III, votandosi alla ricerca delle basi neurobiologiche dei disturbi⁴³³. Infatti, nell'introduzione al nuovo manuale firmata da David Kupfer, nell'elenco delle migliorie introdotte si può leggere: "la revisione della struttura dei capitoli è stata condotta alla luce delle recenti scoperte delle neuroscienze e delle emergenti evidenze di connessioni genetiche tra gruppi diagnostici. Nel testo vengono sottolineati i fattori di rischio genetici e fisiologici,

⁴³⁰ P. Migone, *La filosofia della diagnosi psichiatrica*, in *Aut Aut*, n. 357, 2013, p.89

⁴³¹ A questo proposito segnalo che la società europea di filosofia della medicina (ESPMH) ha deciso di dedicare il proprio convegno annuale dell'anno 2015, che si è tenuto a Ghent, al tema della medicalizzazione, aprendo una sessione dedicata interamente al DSM-5 e al suo ruolo nella medicalizzazione-psichiatrizzazione del reale (ho partecipato a questa sessione in qualità di relatore con un intervento dal titolo: *Medicalization and demedicalization of sexuality: the strange case of Hypersexuality and Ephebophilia from DSM-IV-TR to DSM-5*). Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito dell'ESPMH e far riferimento al libro degli abstract che si ritrova al seguente link: <http://www.espmh.org/membership/letters/>

⁴³² A. Frances, *Primo, Non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, p. 10

⁴³³ Cfr. L. W. Reichenberg, *DSM-5, guida ai nuovi criteri diagnostici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015, p. 131

gli indicatori prognostici e alcuni presunti marker diagnostici. Questa nuova struttura dovrebbe migliorare le capacità diagnostiche del clinico in uno spettro basato su circuiti neuronali, vulnerabilità genetica⁴³⁴”. Si può dunque affermare che il DSM-5 si stia ponendo non solo come lo strumento che consente la psichiatrizzazione dell’esistenza, ma anche come lo strumento che ricerca la naturalità, tramite le tecniche neuroscientifiche e sociobiologiche, dell’agire medicalizzato. Il DSM è ciò che ha condotto la psichiatria a realizzare completamente la descrizione foucaultiana della medicalizzazione della vita, ovvero ha permesso a tale pratica di divenire ciò che, ergendosi sulla cornice della medicalizzazione, riesce a proteggere la popolazione grazie alla ricerca delle forme naturali determinate dallo stato di salute che sottendono alle azioni sociali compiute dai singoli.

⁴³⁴ APA, *DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014, p. LIV

PSICHIATRIA E SESSUALITÀ

Non ho voluto fare una storia dei comportamenti sessuali nelle società occidentali, ma trattare un problema molto più austero e circoscritto: in che modo questi comportamenti sono diventati oggetti di sapere? Come, cioè per quali vie e per quali ragioni si è organizzato questo campo di conoscenze che, con una parola recente chiamiamo sessualità?
M. Foucault, La volontà di sapere, Feltrinelli, Milano 2010, p. 7

1) La psichiatrizzazione della sessualità: introduzione alla storia di un rapporto

Nei precedenti capitoli abbiamo colto come Foucault doni ampio risalto al dispositivo di sessualità, poiché lo stesso trova la sua ragione d'essere non solo nel controllo della riproduzione, ma nell'accesso al corpo biologico dei singoli, riuscendo così a regolare e proteggere la popolazione. In altri termini, Foucault chiarisce come la sessualità sia profondamente legata ai dispositivi di potere, i quali non solo investono la pratica sessuale, ma ne creano il regime veritativo tramite l'inserimento della stessa all'interno della norma sancita dalla medicalizzazione della vita. Così facendo, il potere riesce ad intensificare la valorizzazione del corpo quale oggetto di sapere, ergendo il sesso a strumento naturale che permette di cogliere le verità del soggetto. A tal proposito, abbiamo visto come il filosofo francese rileva che il concetto di perversione e il concetto di degenerescenza siano stati le due grandi innovazioni discorsive che hanno investito la tecnologia del sesso dal XIX secolo. Questi due concetti conducono la sessualità a diventare oggetto della scienza medico-psichiatrica, ergendo la stessa ad elemento chiave che consente l'edificazione del discorso psichiatrico, il quale, grazie alla verità che esso si costruisce sulla psichiatrizzazione della sessualità, riesce di pari passo a patologizzare sempre nuove sfere vitali dell'uomo. Per tal ragione la pratica psichiatrica diviene la principale istanza di sicurezza presente all'interno dell'era della medicalizzazione della vita, diventando, secondo Foucault la disciplina di protezione scientifica della società, la scienza della protezione biologica della specie. La psichiatria, esercitando una così grande importanza all'interno della medicalizzazione della vita, è stata oggetto nei due precedenti capitoli di un'analisi che ne ha voluto mostrare l'influenza e la diffusione odierna che avviene grazie all'edificazione del manuale psichiatrico

DSM. Tale manuale, giunto alla quinta edizione, perpetua sempre di più la psichiatrizzazione del reale e, parimenti, porta ad una naturalizzazione delle azioni umane, con la volontà, dichiarata nell'ultima edizione del manuale, di ricercare le condizioni biochimiche che sottendono ad ogni manifestazione dell'uomo. Si può così asserire che il DSM perpetui all'ennesima potenza il razzismo politico analizzato da Foucault, ovvero la tendenza della società a discriminare all'interno di essa tra una classe che riesce ad adattarsi alle norme naturali del vivere e una che devia da tali modalità nell'esercitare la propria condotta. Così facendo si decreta che ogni situazione possa essere intesa quale forma di devianza rispetto alla naturalità dell'agire umano, affermando la possibilità di plasmare ogni gesto, il quale sarà valutato alla luce del criterio di salute. Per riassumere si può asserire che la psichiatria ha introdotto l'idea che compiendo degli atti devianti non ci si allontana dalla società, ma dalla propria natura umana.

Dopo aver chiarito nei due precedenti capitoli come la psichiatria agisca oggi, risulta di estrema importanza ricostruire come la stessa pratica sia venuta a contatto con la sessualità e come sia evoluta la pratica dedita alla psichiatrizzazione della sessualità. Usualmente i manuali di sessuologia, di psichiatria o di medicina in generale, asseriscono che il padre creatore di tale rapporto sia lo psichiatra tedesco Krafft-Ebing (1840-1902). Egli scrisse nel 1886 il testo che si pone alla base della sessuologia moderna dal titolo *Psychopathia Sexualis*, nel quale si affermò per la prima volta la stretta e ben strutturata correlazione tra la disciplina psichiatrica e la sfera sessuale, coniando i termini sadismo, masochismo e affrontando in particolare la trattazione dell'ambito dell'omosessualità. Nonostante tale manuale si possa legittimamente considerare come il primo maturo e autorevole lavoro che fonda la *scienza sexualis*, il riferimento ad esso non risponde del tutto al quesito che ci stiamo ponendo, ovvero quando ebbe inizio il rapporto tra medicina e sessualità. Infatti, Krafft-Ebing basava gran parte del proprio lavoro sui concetti di *Onanismo Psicico* e *Follia Masturbatoria*, asserendo che la quasi totalità delle patologie legate alla sessualità derivasse dalla pratica masturbatoria, la quale doveva essere collegata ad una sorta di follia ereditaria o acquisita che conduceva alla degenerazione e alla paranoia erotica⁴³⁵. Sostenne, inoltre, che la masturbazione fosse seconda solo alla smoderata assunzione di alcol come causa di alienazione nell'uomo. Questo accento posto da Ebing sulla masturbazione, troppo spesso ignorato nelle ricerche sulla psichiatrizzazione della sessualità, deriva da una riflessione ben avviata nel secolo precedente a quello in cui la scienza sexualis si è imposta, infatti bisogna notare come tale riflessione si pone a fondamento veritativo dell'opera compiuta dallo

⁴³⁵ R. V. Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, Pgreco, Milano 2011, p. 80

psichiatra tedesco, divenendo l'elemento discorsivo che, come vedremo, dona linfa vitale alle riflessioni ottocentesche sulla medicalizzazione della sessualità.

2) *L'onanismo da problema morale a problema medico*

Krafft-Ebing è unanimemente riconosciuto come il primo medico che pose le basi per la costruzione di una scienza sexualis, ma, per fare ciò, pone l'accento sul fenomeno della masturbazione. Le modalità con cui il medico tedesco fa riferimento a tale pratica inducono a pensare che essa fosse un argomento discusso a lungo, infatti egli non pone esempi o citazioni che suffragano il proprio pensiero, ma lo espone tramite dati assertivi già consolidati nel pensiero comune⁴³⁶. Tale constatazione conduce a riflettere sul fatto che sebbene la nascita della sessuologia si possa far risalire al XIX secolo, il riconoscimento del rapporto medicina-sessualità potrebbe addirittura essere precedente allo scritto dello psichiatra tedesco. Infatti, il tema della medicalizzazione della masturbazione fu uno dei temi medici portanti del XVIII secolo, in particolare il primo scritto dedicato al tema masturbazione-malattia è datato 1715 e venne pubblicato anonimo a Londra con il titolo di *Onania, or the heinous sin of self-pollution, and all its frightful consequences in both sexes considered, with spiritual and psysical advice to those who have already injured themselves by this abominable paractice* (conosciuto come *Onania*)⁴³⁷. Prima di tale scritto nessuno nella storia umana aveva associato il concetto di malattia al concetto di masturbazione, tanto che gli studiosi Stengers e Van Neck, che maggiormente hanno fatto ricerca attorno a questa questione, scrivono: “*fra quei giuristi o teologi che, prima della seconda metà del XVIII secolo, condannano con forza il crimine contro natura che è la masturbazione, non se ne trova nessuno, rigorosamente nessuno, che appoggi il suo verdetto su considerazioni mediche, sul danno fisico che può essere provocato dalla masturbazione. L'elemento fisico non è mai tirato in causa*⁴³⁸”.

Il tema della masturbazione si è costituito come uno degli elementi discorsivi di maggior importanza in ambito religioso, soprattutto a partire dal XIII secolo, quando Tommaso d'Acquino scrive: “*c'è vizio contro natura se la polluzione avviene senza unione carnale, per*

⁴³⁶ Ivi, p. 10-17

⁴³⁷ La data della pubblicazione non è certa, infatti il primo esemplare di *Onania* che ad oggi è possibile consultare fa riferimento alla quarta ed. pubblicata nel 1718. L'unico elemento cronologico che ci permette di datare *Onania* risulta da una frase che è possibile leggere nella quarta edizione: “*I had finish'd this little Treatise almost three years ago*”. *Onania*, H. Cooke, London 1718, p. 62

⁴³⁸ J. Stengers, A. Van Neck, *Histoire d'une grande peur, la masturbation*, Les Empecheurs Penser en Rond, Parigi, 1998, p. 40

ottenere il piacere dei sensi⁴³⁹”, e poi nei racconti di Thomas de Cantimpré che, nel libro *Bonum universale de apibus* (1478), racconta di come Dio punisca con la morte coloro che si rendono protagonisti della polluzione volontaria. Questo fervore non cessa nemmeno a due secoli di distanza, infatti le medesime parole sono riprese da Sant’Antonino il quale scrive che la masturbazione, essendo un peccato contro natura, conduce alla morte e, nel XVI secolo, Caietano⁴⁴⁰ ribadisce che la polluzione volontaria è un peccato mortale. Il pensatore che più di ogni altri si distingue in tale ambito è il vescovo e teologo Juan Caramuel (1606-1682), il quale sostenne, nella sua *Teologia moralis Fundamentalis* (1652), che la masturbazione non è da condannare perché contraria alla natura, ma è da rigettarsi perché Dio l’ha proibita. Si può cogliere come la masturbazione fosse inserita all’interno di un ampio e ben avviato discorso morale in cui le posizioni spesso erano in disaccordo tra loro circa la natura del divieto, anche se concordavano sul fatto che il sesso solitario fosse un atto da non compiere. In particolare, la posizione di Caramuel è quella più degna di nota perché racchiude in sé il pensiero della medicina dell’epoca, la quale risentiva della forte influenza delle dottrine di Galeno, che nelle sue opere aveva sempre sottolineato i pericoli della ritenzione dello sperma. A questo proposito lo storico Luke Demaitre ha studiato a lungo la letteratura medica dal XIV al XVII e ha sostenuto che qualunque fossero le fonti di ispirazione di tali letteratura, sia galeniche che non, non si ritrova alcun riferimento alla masturbazione e agli inconvenienti che da essa possono nascere⁴⁴¹. All’osservazione di Demaitre si deve aggiungere che nemmeno in ambito pedagogico si rinviene alcuna indicazione sui pericoli della masturbazione o su come bisognasse vietarla ai bambini; di particolare importanza, a questo proposito, è il trattato scritto da Ostervald dal titolo *Traité contre l’impureté* (1707)⁴⁴², che si occupa dell’educazione dei bambini e, pur trattando dei vizi nei quali essi potrebbero cadere, non nomina mai né fa trapelare alcun riferimento, alla masturbazione. Si può, dunque, cogliere come Stengers e Van Neck avessero ragione a sostenere che sino alla metà del XVIII secolo la masturbazione fosse inserita in un campo di riflessione completamente morale, ponendosi come assolutamente altro rispetto alle questioni mediche. In tale contesto socio-culturale il saggio *Onania* del 1715 si presenta come una novità assoluta, infatti in esso per la prima volta si fa riferimento alla triade peccato-vizio-malattia e si asserisce come la masturbazione conduca alla degenerazione del corpo e non solo dello spirito, portando addirittura alla morte.

⁴³⁹ Tommaso d’Aquino, *La Somma Teologica*, Quaestio CLIV. Art. 11, ESD, Bologna 2009

⁴⁴⁰ Caietano, *Summula peccatorum*, Anversa 1575

⁴⁴¹ L. Demaitre, *The Idea of childhood and child care in medical writing of the Middle Age*, in *The Journal of Psychohistory*, 4, 1977, pp. 461-490

⁴⁴² Tale trattato è spesso citato nella letteratura specifica come uno degli apici della cultura pedagogica settecentesca

Il libro, pur utilizzando un lessico simile ai trattati morali che sino ad allora avevano tematizzato la questione della masturbazione, pone l'accento sul fatto che essa era una vera e propria malattia che conduceva ad un malessere fisico reale che si ha il dovere di curare. A questo proposito, le ultime pagine del volume sono dedicate alla prescrizione dei rimedi per combattere tale patologia con particolare riferimento a cosa bisognasse mangiare (carciofi e piselli), a come comportarsi (praticare molta attività fisica) e, soprattutto, prescrivendo, a chi era già caduto nel vizio, di correre a comprare una medicina prodotta dallo stesso autore del libro e venduta dal libraio della libreria Seneca's Head di Londra. Il sessuologo Thomas Laqueur, proprio in relazione a queste ultime pagine del libro, sostiene che esso facesse parte di un filone letterario molto in voga nel settecento che aveva l'obbiettivo di descrivere in maniera terribile delle malattie al fine di vendere dei rimedi miracolosi⁴⁴³. Anche Stengers e Van Neck condividono la tesi di Laqueur, pur sottolineando come ben presto *Onania*, da semplice opuscolo per la vendita di un farmaco, si trasformò in un vero e proprio manifesto medico della malattia masturbatoria: si pensi che l'editore di *Onania* vantò, nel 1723, di aver venduto più di 10.000 copie del testo e di aver prodotto otto ristampe⁴⁴⁴. L'enorme diffusione del libro portò ad inserire, dall'ottava edizione datata 1723⁴⁴⁵, una serie di supplementi al testo che accrebbero il numero di pagine di edizione in edizione, tali aggiunte erano le risposte a domande che i lettori ponevano all'autore, il quale, volendo restare anonimo, aveva chiesto di indirizzare la corrispondenza presso lo stesso libraio di Londra che vendeva la cura miracolosa. L'aumento del numero di pagine fu davvero degno di nota, tanto che la quarta edizione datata 1718 era composta da 88 pagine, la ottava del 1723 ne presentava 200 e la quindicesima edizione 1730 ne contava 344. Le risposte alle domande pubblicate nei supplementi si rivelano di particolare importanza, poiché lo stesso autore asserì in una di esse che aveva trattato della malattia masturbatoria solo in termini maschili, instillando l'erronea convinzione che essa fosse una piaga solo del mondo maschile. Le risposte sono quindi funzionali a dimostrare come tale patologia fosse estremamente democratica e affliggesse sia l'uomo che la donna, anzi lo stesso autore ammonisce che la patologia agisce in maniera più rapida nella donna⁴⁴⁶, portando ad una degenerazione maggiore del corpo. La diffusione di *Onania* è provata anche dal fatto che vennero date alle stampe una serie di libri copia che trattarono l'argomento masturbazione-malattia, in particolare tra il 1917 e il 1925 se ne

⁴⁴³ T. Laqueur, *Sesso solitario*, Il saggiatore, Milano 2007, p. 168

⁴⁴⁴ J. Stengers, A. Van Neck, *Histoire d'une grande peur*, Les Empecheurs Penser en Rond, Parigi, 1998, p. 60, nota 16

⁴⁴⁵ La prima edizione dei supplementi è annunciata nella ottava edizione di *Onania* (1723) a p. 197

⁴⁴⁶ Tale discorso compare per la prima volta nell'ottava edizione (1723) p. 198 e fu ripreso e ampliato in tutte le successive edizioni

contano in ambito inglese almeno 5, tra i quali spicca *Onanism display'd* (1719) il quale, pur sostenendo che l'autore di *Onania* fosse in realtà un ciarlatano e che avesse come unico scopo quello di vendere medicine, ammonisce ugualmente contro la pratica masturbatoria e i suoi possibili effetti collaterali proponendo il proprio rimedio infallibile: la castità in età puerile e il matrimonio in età giovanile. L'imitazione più conosciuta è però datata 1724 e porta il titolo di *Eronania*, tale libro sostiene in maniera più radicale le tesi di *Onania* asserendo che la masturbazione sia una delle principali cause di morte per l'uomo. Si può cogliere come *Onania* crei un settore di analisi, mai preso realmente in considerazione dalla medicina prima della pubblicazione del libro, ovvero quello delle pratiche sessuali. I medici, i pedagoghi e i filosofi cominciano dal 1715 a fare i conti con un nuovo modo di fare medicina e con una nuova patologia, la masturbazione passa così da essere un argomento confinato nella letteratura morale ad essere un argomento da trattare sotto il regime medico, divenendo terreno pratico di azione, terapia e correzione.

3) Tissot e la medicalizzazione della masturbazione

Nonostante *Onania* sia da considerare come il testo che ha aperto la possibilità di indagare la sessualità con lo sguardo medico, non bisogna cadere nell'errore di ritenere tale testo e il suo autore, rimasto ancora anonimo, come il fondatore della medicalizzazione della sessualità. Infatti, sebbene con tale testo nel 1728 comparve nel lessico medico il termine onanismo⁴⁴⁷, esso fu accusato di scarso rigore scientifico e di essere ancora ancorato a discorsi morali⁴⁴⁸. Per tal ragione nel 1758 Samuel-Auguste Tissot, medico di Losanna che godeva di notevole stima tra il pubblico e tra la comunità medica a seguito dalla diffusione dei suoi studi pubblica in latino un testo dal titolo *Dissertatio de febribus biliosis. Accedit tentamen de morbis ex manustupratione*, nel quale riprende i temi trattati nel 1715 da *Onania*⁴⁴⁹, ma li depura da ogni connotato morale, svolgendo la prima vera trattazione medica dedicata alla masturbazione. L'importanza di tale testo viene sancita dalla pubblicazione, nel 1760, della sua versione completa e tradotta in francese con il titolo *L'Onanisme, Dissertation sur les maladies produites par la masturbation* e dalla terza edizione del libro datata 1764, che costituì la versione definitiva del saggio. Tissot utilizza le prime pagine del libro per chiarire

⁴⁴⁷ M. S. Patton, *Masturbation from Judaism to Victorianism*, in *Journal of religion and health*, 24, 1985, pp. 133-146

⁴⁴⁸ Per una ricostruzione delle critiche che furono mosse dall'ambito medico al testo *Onania* rimando all'articolo di E.H. Hare, *Masturbatory insanity: the history of an idea*, in *The Journal of mental science*, 452, 1962, pp. 1-25

⁴⁴⁹ Nell'introduzione al testo latino Tissot fa riferimento al testo *Onania* del 1752, diciassettesima edizione

il proprio intento medico, infatti scrive: “*il testo Onania inglese è un vero e proprio caos, l’opera più indigesta che fu scritta da molto tempo. Non possiamo salvare che le osservazioni; tutte le riflessioni dell’autore non sono che delle trivialità teologiche e morali. Io scriverò in questo lungo lavoro, nient’altro che gli accidenti e i lamenti di cui i malati si lamentano*⁴⁵⁰”.

Da questa parole si può cogliere come Tissot voglia rompere ogni rapporto con la tradizione precedente salvando solo l’incipit del libro Onania, ma rigettando tutte le riflessioni morali, tanto che nella prefazione all’edizione francese scrive: “*io mi sono proposto di scrivere sulle malattie prodotte dalla masturbazione e non sul crimine della masturbazione*⁴⁵¹”, e poco dopo aggiunge: “*il mio libro getta lo sguardo nello stesso posto dove molti libri di morale si sono avventurati: tali libri devono però essere dimenticati, perché stringevano la morsa sulla masturbazione, ma non mostravano i reali pericoli di questa pratica*⁴⁵²”.

Lo scritto di Tissot si sposa benissimo con il pensiero medico che si diffuse nel XVIII secolo che seguiva la corrente filosofica del materialismo meccanicista, per i meccanicisti gli organismi viventi costituivano soltanto una particolare modalità di aggregazione della materia, la quale seguiva sempre e soltanto le leggi della chimica e della fisica. Ad esempio Julien Offray de La Mettrie, filosofo conosciuto da Tissot, nel libro *L’Homme Machine* (1747) sostiene che essenze e sostanze fanno parte dell’antica filosofia che non ha più ragione d’essere e che deve lasciare il posto al nuovo sapere basato su ciò che viene testimoniato dai sensi. In altri termini, La Mettrie sostiene una concezione assolutamente monista, dove tutto ciò che costituisce il mondo è frutto di un’unica realtà: la materia. Ciò comporta che tutto nell’uomo è misurabile, persino le espressioni di felicità e di tristezza, infatti il modello meccanico si rifà al corpo umano considerato come un insieme di organi, stabilendo che la nozione di salute equivalga all’assenza di patologie che affliggono gli stessi organi. La malattia viene vissuta come una deviazione dal progetto della specie, che altro non è che la gerarchia tipica di sistemi funzionali interconnessi che mantengono la vita di un organismo di un dato tipo. Non è un caso che l’opera di Tissot si schieri contro ogni riflessione morale rifiutando le speculazioni attorno alle vecchie massime sui preziosi fluidi corporei, ma rivendichi, proprio come il disegno della medicina settecentesca, la competenza rispetto ai limiti naturali del comportamento umano accettabile. Il concetto di moralità per Tissot e per tutti i meccanicisti era profondamente connesso alla fisiologia umana, infatti la seconda fonte

⁴⁵⁰ S. A. Tissot, *L’Onanisme, Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*, Fran. Grasset, & Comp., Lausanne, 1975, p. 29, (sesta edizione)

⁴⁵¹ Ivi, p. IX

⁴⁵² Ivi, p. XI

utilizzata e citata da Tissot per la stesura del suo libro furono le tesi di un medico svizzero, specializzato in studi sui muscoli e sui nervi, Albrecht von Haller (1708-1777), il quale si rese famoso all'inizio del XVIII secolo per aver asserito che l'uomo possedeva due caratteristiche: irritabilità e sensibilità. La prima era la componente squisitamente biologica proveniente dai nervi e dal dolore della carne, la seconda era la proprietà del cervello, ovvero del biologico che produce coscienza e, dunque, le forme di moralità umana. L'irritabilità e la sensibilità essendo tutt'è due meccanismi biologici si influenzano vicendevolmente, per cui uno stimolo completamente corporeo avrà ripercussioni sulla coscienza e viceversa. In altri termini, per l'uomo poteva essere letale sia l'aver contratto una malattia come l'essere sottoposto ad uno choc, la combinazione delle due situazioni poteva essere la fonte principale di ogni tipo di disturbo⁴⁵³. Tissot riprese tale teoria spiegando come essa raggiungesse il proprio apice durante l'eccitamento sessuale, infatti in nessun'altra funzione corporea l'irritabilità e la sensibilità si trovano così accomunate, poiché il corpo biologico è completamente attivato, ma allo stesso tempo la componente di coscienza raggiunge il suo massimo lavoro mediante l'emozioni provate. L'eccitazione sessuale si pone dunque come qualcosa di pericoloso ma Tissot, fedele ai presupposti del meccanicismo, afferma che se essa avviene all'interno di un rapporto sessuale uomo-donna ciò non viola i limiti costitutivi dell'uomo e quindi non porta ad alcuna situazione di disagio fisico-psichico, se invece essa si verifica a causa di qualcosa di immateriale, ovvero a causa di pensieri che portano alla pratica del sesso solitario, alle emozioni si coniuga anche l'aspetto della fantasia la quale porta l'uomo oltre le proprie biologiche possibilità. Dunque, durante la masturbazione il soggetto oltrepassa i propri limiti naturali, biologici, a causa dello stato in cui viene a trovarsi la sua mente, dove per stato della mente bisogna intendere non la condizione dell'anima o di qualche sostanza del cervello come avveniva nei discorsi morali, ma la capacità del corpo di sostenere il connubio sensibilità-irritabilità provocato dal sesso. In altri termini, Tissot sostiene che quando l'uomo si esercita in atti sessuali che vanno oltre i propri bisogni, l'equilibrio biologico dell'uomo viene alterato e ciò comporta l'insurrezione di una malattia, la quale può portare alla morte a causa dello stato di choc coniugato all'attivazione dei muscoli corporei. A riprova di ciò il medico di Losanna sostiene che se l'uomo si trova in balia dei propri stimoli sessuali è meglio giacere con le governanti, quindi avere un rapporto sessuale entro i limiti biologici, che praticare il sesso solitario che viola i suddetti limiti e conduce inesorabilmente a contrarre forme di malattia incurabili⁴⁵⁴.

⁴⁵³ A. Von Haller, *A dissertation on the sensible and irritable parts of animals*, J. Nourse, London 1755

⁴⁵⁴ S. A. Tissot, *L'Onanisme, Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*, Fran. Grasset, & Comp., Lausanne, 1975, p. 82

Il saggio di Tissot riveste un'importanza fondamentale per il XVIII secolo, non solo perché medicalizza la pratica masturbatoria, ma anche perché porta alla rottura della barriera di genere, infatti l'intero quinto capitolo è dedicato alla trattazione della masturbazione femminile. In particolare Tissot scrive come l'autore di Onania avesse ragione nell'aggiungere al proprio libro la trattazione sulle donne, poiché tale malattia era assolutamente democratica, anzi egli afferma che il disturbo sembra procedere più rapidamente nelle donne rispetto agli uomini⁴⁵⁵. Il rigore scientifico con cui Tissot condusse i propri studi e scrisse questo libro resero il testo una sorta di best sellers dell'epoca, tanto che dal 1764 nessun clinico poteva fare a meno di conoscere le tesi del medico di Losanna⁴⁵⁶. Tissot, perciò, rappresenta colui che ha compiuto l'ultimo passo di un processo che ha condotto, per la prima volta nella storia umana, alla depurazione dello sguardo morale sulle pratiche sessuali, inserendo le stesse all'interno delle pratiche veritative della medicina.

4) Le ragioni del successo di Tissot

Jörg Blech, uno dei massimi studiosi del rapporto tra medicina e società, ha messo recentemente in luce, nel suo libro *Gli inventori delle malattie* (2003), come il successo della medicalizzazione si deve attribuire non solo alla diffusione di una determinata patologia in testi medico-scientifici, ma soprattutto allo spirito del tempo. In particolare egli asserisce che è di fondamentale importanza guardare agli episodi direttamente ricollegabili alla medicina, come l'attribuire importanza ad alcune teorie rispetto ad altre, oppure a film, libri e giornali. In altre parole Blech sostiene che quando una situazione che prima era considerata normale viene riportata da tutti questi mezzi di comunicazione con il nome di patologia, allora e solo allora il processo di medicalizzazione ha raggiunto il proprio obiettivo⁴⁵⁷. Lo stesso vale anche per la malattia legata alla masturbazione ideata da Tissot, la quale dal 1760 cominciò a diventare uno degli elementi discorsivi più comuni da trovare in libri e giornali, tanto da alimentare il dibattito tra le fonti più autorevoli dell'intelligenza del XVIII secolo. Non è dunque un caso che Rousseau nel suo trattato pedagogico *Émile* (1762) a proposito della masturbazione scrive: “sarebbe perniciosissimo per il vostro allievo che imparasse dall'istinto ad ingannare i sensi e a supplire artificiosamente ai mezzi naturali di

⁴⁵⁵ Ivi., pp. 68-69

⁴⁵⁶ Cfr. J. Hillman, *Towards the Archetypal Model for the Masturbation Inhibition*, in *Journal of Analytical Psychology*, 11, 1966, pp. 49-62

⁴⁵⁷ J. Blech, *Gli inventori delle malattie*, Lindau, Torino 2006, p. 117

*appagamento sensuale: una volta per questa strada, egli sarebbe perduto*⁴⁵⁸”. Rousseau riprende completamente le teorie di Tissot, asserendo che la masturbazione violi i limiti naturali dell’uomo e che sia molto meglio rivolgersi alle gioie donate da una donna al fine di appagare gli appetiti dei giovani. Anche Diderot, all’interno dell’opera *Il sogno di D’alambert*, fa sostenere ad uno dei protagonisti, il dottor Bordeau, che la masturbazione è un bisogno necessario dell’uomo, anche se lo stesso medico asserisce che non pronunciarebbe mai queste parole in un luogo pubblico, poiché la propria epoca è segnata dalla credenza che la masturbazione sia una piaga medica da combattere⁴⁵⁹. Il successo del volume di Tissot arrivò anche alla massima intelligenza settecentesca: Immanuel Kant, nel suo *Trattato di pedagogia* del 1803, scrive: “*niente indebolisce di più lo spirito e il corpo quanto quel genere di vollutà che si soddisfa da sé e che contrasta tanto con la natura umana. Ma anche questo non va celato al giovane, anzi bisogna discorrerne con lui, mettendo in luce tutta l’abiezione di un siffatto vizio*⁴⁶⁰”. La tesi espressa da Kant mostra che Tissot è riuscito ad imporsi fino ai vertici del pensiero suo contemporaneo, riuscendo a far diventare prassi comune il pensare alla masturbazione come atto contro i limiti biologici dell’uomo e dunque fonte di degenerazione e di malattia.

Il successo di Tissot si riscontra anche nella lettura che di esso viene fatta all’estero, tanto che non solo Kant, ma una serie di studiosi di pedagogia e di medicina tedeschi cominciarono a redigere una serie di manuali al fine di prescrivere come allevare i giovani senza che questi entrino in contatto con il morbo della masturbazione. In particolare Börner, nel 1776, pubblica *Werk von der Onanie* in cui pone l’attenzione sui metodi di prevenzione contro la masturbazione, prescrivendo diete, esercizio fisico e predicando di controllare continuamente i giovani affinché non cadano in tentazione. Vogel, nel 1786, scrive un saggio interamente dedicato alla prevenzione della masturbazione, consigliando pantaloni con lucchetti controllati da tutori, e di legare al letto gli stessi ragazzi in modo che non si diano piacere durante la notte. L’opera più conosciuta interamente dedicata alla masturbazione è sicuramente quella firmata da Salzmann datata 1785 e dal titolo *Über die heimlichen Sünden der Jugend*, nella quale egli mette in guardia da tutte le pulsioni che possono spingere un giovane a dedicarsi al sesso solitario. Particolare importanza viene riservata alla scuola, nella quale non ci devono essere bagni privi di sorveglianza e gli allievi non devono indossare mantelli troppo lunghi e larghi che permettono di coprire il compimento di atti contro la loro salute. Il trionfo della tesi di Tissot è manifestata anche dalla grande *Enciclopedia Britannica*,

⁴⁵⁸ J. J. Rousseau, *L’Emilio*, Mondadori, Milano 2013, p. 285

⁴⁵⁹ Vedi D. Diderot, *Il sogno di d’Alambert*, Sellerio editore, Palermo 1994, pp. 101-108

⁴⁶⁰ I. Kant, *La pedagogia*, Anicia, Roma 2008, p. 40

che fin dalla seconda edizione del 1781 riassume le tesi del medico di Losanna sotto la voce masturbazione al tomo 7, pagine 5741-5742. Tali tesi si conserveranno anche nella terza, quarta, quinta e sesta edizione dell'Enciclopedia rispettivamente: 1797 tomo 13 pp. 213-214, 1810 tomo 15 pp. 144-145, 1817 tomo 14 pp. 144-145, 1823 tomo 15, p. 144-145. Se ciò non bastasse Tissot ebbe molti ammiratori anche in Francia dove, nel 1785, il medico parigino Le Clerc inventa il primo vestito per proteggere dall'atto masturbatorio e, nel 1788, il medico Duplanil ispirandosi a Tissot scrive *Mèdecine domestique*, un trattato sulla malattia masturbatoria visto completamente in ambito femminile. A questo proposito, di particolare importanza, è il testo del 1771 *La Nymphomanie* scritto da Bienville che riprende e avvalorava la tesi di Tissot, asserendo che la malattia masturbatoria sia una malattia democratica che affligge sia l'uomo che la donna e rappresenta la prima causa scatenate di quella particolare forma patologica da lui scoperta e nominata Ninfomania. Tutti questi esempi mostrano il trionfo delle idee di Tissot e forniscono il chiaro esempio di quale fosse il pensiero egemone dell'epoca riguardo alla masturbazione, ovvero di come essa fosse completamente entrata a far parte delle questioni mediche. L'ultima prova per avvalorare tale tesi si deve al caso di John Hunter (1728-1793), chirurgo scozzese famosissimo, che si spese a lungo per far comprendere ai suoi contemporanei l'urgenza e la necessità di fondare la chirurgia sulla ricerca e sulla sperimentazione e in questo campo fu un vero e proprio innovatore conducendo numerosi studi nel campo della biologia, dell'anatomia e della fisiologia⁴⁶¹. Hunter si schierò apertamente contro le tesi di Tissot sostenendo non solo che la masturbazione fosse un atto normale che non produceva nessun genere di malattia ma, anzi, essa andava incoraggiata. Laqueur sostiene che Hunter fosse una delle poche voci della medicina settecentesca che si schierò contro l'opinione dominante che il sesso solitario uccidesse, ma egli era una sorta di voce nel deserto che venne presto repressa con forza dai suoi colleghi e dagli editori che lo esiliarono dalla carta stampata⁴⁶². In altri termini, dalla metà del settecento si affermò come verità medico-scientifica che la masturbazione fosse una malattia da debellare, poiché essa conduceva alla degenerazione e alla morte. Chi non rispettava tale evidenza sancita da Tissot non era degno di partecipare alla discussione attorno alla sanità, dunque, Hunter e tutti coloro che non ritenevano la masturbazione quale malattia furono considerati alla stregua di chi oggi nega l'esistenza della malattia mentale, ovvero ciarlatani non degni di proferire parola.

⁴⁶¹ R. Carter, *John Hunter*, in *World journal of surgery*, 17, 1993, pp. 563-565

⁴⁶² T. Laqueur, *Sesso solitario*, Il saggiaatore, Milano 2007, p. 184

5) Tra Laqueur e Foucault: le due tesi attorno alla nascita della medicalizzazione della sessualità

Il XVIII secolo rappresenta un periodo storico fondamentale per chiunque voglia studiare la medicalizzazione della sessualità, infatti è proprio in tal periodo che nasce l'ordine di realtà che determina il funzionamento veritativo della scienza sexualis. In particolare si è colto come tale situazione ruoti attorno al passaggio della pratica onanistica dal campo etico al campo medico. La tesi di Foucault, che si sviluppa sulla rivendicazione di un'esplosione discorsiva riguarda le tematiche legate al sesso, le quali hanno portato lo stesso ad assumere la funzione di un dispositivo biopolitico, potrebbe essere suffragata dall'osservazione che dalla fine del settecento nascono una serie smisurata di trattati e opere, sia in campo medico che in campo pedagogico, attorno alla masturbazione. Ne segue che, secondo Foucault i discorsi relativi alla pratica masturbatoria costituirono un gigantesco incitamento a dibattere, a livello internazionale, di una pratica, da tutti esercitata, e che diventò la chiave per penetrare all'interno dei soggetti e per costruire in essi una nuova modalità di approccio al reale centrata sulla riconduzione della sessualità sotto l'ambito medico. A questo proposito scrive: *“il bambino masturbatore è una figura del tutto nuova nel XIX secolo (ma la ritrova anche alla fine del XVIII secolo) [...] riconosciuta la pratica della masturbazione come universale, si afferma che si tratti di una pratica sconosciuta (o conosciuta male), di cui nessuno ha mai parlato, che nessuno conosce e il cui segreto non si scambia mai. La masturbazione quindi è il segreto [...] che tutti condividono e nessuno comunica, è posto, nella sua quasi universalità, come la radice virtuale (se non reale) di quasi tutti i mali possibili. È quella sorta di causalità polivalente alla quale si può collegare – e alla quale i medici del XVIII secolo effettivamente collegheranno – tutta la panoplia o l'arsenale delle malattie corporali, delle malattie nervose, delle malattie psichiche. Nella patologia della fine del XVIII secolo non vi sarà praticamente nessuna malattia che non abbia la possibilità di dipendere, in un modo o nell'altro, da questa etiologia sessuale⁴⁶³”*. In altri termini, Foucault vede nella medicalizzazione della masturbazione la possibilità per lo Stato di entrare nella mente dei singoli, ma allo stesso tempo di garantire la presa su tutta la popolazione, poiché quasi tutti si masturbano, ma non lo voglio confessare alle altre persone, perciò convincere che tale segreto sia patologico, rappresenta la maniera migliore per investire medicalmente la sessualità. Quindi, la masturbazione divenne il flagello medico che permise alla medicina prima e alla psichiatria poi di insinuarsi nella psiche di tutti, situazione che tornava utile alla biopolitica dello Stato per controllare e regolare la popolazione, la quale tramite un segreto comune

⁴⁶³ M. Foucault, *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 60-61

improvvisamente diventato patologico, si pensa in relazione alla produzione scientifica della sessualità.

Thomas Laqueur sostiene che il discorso foucaultiano sia erroneo e che la chiave per la comprensione della medicalizzazione della masturbazione non sia da cogliere nella biopolitica, la quale s'instaura nella cornice della medicalizzazione della vita, ma vada ricondotta all'ascesa della borghesia e quindi alla società commerciale che essa instaura. Infatti, il sessuologo americano scrive: *“va detto, i cambiamenti politici – o i cambiamenti delle modalità con cui il potere si faceva sentire – sono una spiegazione soltanto parziale del motivo per cui l’immaginazione, la segretezza e l’eccessiva dedizione, la minaccia della masturbazione, divennero così centrali per la gestione autonoma della morale [...] non penso che la teoria generale, esplicitata nel primo volume di Foucault della storia della sessualità, di come le soggettività moderne siano state create attraverso la stimolazione del desiderio e successivamente dominate mediante le nuove tecnologie del potere, sia del tutto esatta⁴⁶⁴”*. La motivazione di Laqueur viene specificata nella volontà di inserire il discorso sulla medicalizzazione della sessualità non all'interno di una ricostruzione di come il potere venga esercitato, ma all'interno della ricostruzione dell'emersione della cultura commerciale e della società civile. La tesi che tale studioso avanza è che l'importanza del compiere l'atto masturbatorio derivi dal fatto che nella nuova società borghese la solitudine e gli eccessi divennero improvvisamente degni di nota, poiché essi erano da allontanare quali forme contrarie allo sviluppo del mercato. Il discorso di Laqueur pone il problema dalla masturbazione all'interno di un discorso più ampio che coinvolge la sfera del pubblico e del privato, sostenendo che essa cominciò ad essere combattuta dal XVIII, poiché essendo una pratica solitaria minacciava la volontà del soggetto di esprimersi proficuamente all'interno della società. In altri termini lo studioso americano, proprio come Illich, inserisce il problema della medicalizzazione quale fenomeno interno alla nascente società capitalista. Perciò, esso diviene totalmente comprensibile se interpretato nell'ottica della volontà espressa dalla società di allontanare ogni pratica che potesse portare il singolo a non compiere il bene collettivo dettato dall'incremento della ricchezza. Ritengo che l'analisi di Laqueur attorno all'evoluzione della medicalizzazione della masturbazione sia fondamentale, in quanto nessuno come lui è riuscito a condensare la storia dell'emersione medica di tale pratica, ma trovo che, allo stesso tempo, la sua tesi storico-filosofica che tenta di spiegare la nascita di tale fenomeno sia deficitaria, proprio come quella espressa da Illich, nella comprensione della medicalizzazione quale cornice in cui avvengono e si formano le situazioni umane. Dunque, a

⁴⁶⁴ T. Laqueur, *Sesso solitario*, Il saggiatore, Milano 2007, p. 231

mio avviso, la sua tesi non riesce a cogliere come la medicalizzazione della masturbazione non derivi dalla società capitalista, ma che essa sia ciò che permette, assieme ad altre situazioni (il concetto generale di medicalizzazione), l'instaurazione della società commerciale. Il frutto di tale ragionamento si evidenzia nel fatto che lo stesso studioso svincoli la masturbazione da una ricostruzione più ampia di senso, della quale Foucault si rende il principale interprete, che vede in essa non un fenomeno isolato, ma una tappa fondamentale per l'instaurazione della scienza sexualis e delle possibilità per il soggetto di cominciare a pensare in modo totalmente diverso alla luce della stessa scienza quale regime veritativo. Situazione che, pur venendo solo abbozzata, non viene del tutto ignorata nemmeno dallo stesso Laqueur, il quale sostiene: *“qualunque fosse l'aspetto minaccioso della masturbazione nei primi del XVIII secolo, non era essenzialmente perdere fluidi corporei altamente elaborati [...] o l'irritazione dei nervi [...] tutti questi erano modi nuovi di parlare di qualcosa di più importante: la relazione tra la mente, l'anima, il sentimento d'appartenenza al genere umano⁴⁶⁵”*. Con queste parole Laqueur attribuisce implicitamente ragione alla ricostruzione foucaultiana, sostenendo che la masturbazione abbia giocato un ruolo maggiore del solo essere un fenomeno riconducibile ad un atteggiamento proprio della società capitalista. In altri termini lo studioso, pur compiendo uno degli studi più importanti nella ricostruzione di una storia della sessualità, non riesce del tutto a cogliere la portata stessa della sua analisi, non riuscendo ad interpretare filosoficamente i dati provenienti dalla sua puntuale ricostruzione storica. Infatti la pratica della medicalizzazione della masturbazione, come vedremo nei prossimi paragrafi, è stata ciò che ha dato il via alla legittimazione del discorso psichiatrico attorno al sesso, creando di fatto le possibilità per l'identificazione delle perversioni sessuali e del discorso sulla degenerescenza, il quale ha condotto all'instaurazione della disciplina psichiatrica e alla conseguente psichiatrizzazione delle azioni umane, decretando la stessa quale istanza che prende forma su una cornice di senso medicalizzata già stabilita e che dona legittimità e possibilità d'esistenza alla società commerciale. Infatti, la stessa società può sussistere solo grazie al riconoscimento che il soggetto fa di se stesso alla luce della propria appartenenza al genere umano, la quale richiede dei meccanismi di soggettivazione che si sono elaborati a partire dal riconoscimento della pratica masturbatoria quale forma patologica.

⁴⁶⁵ Ivi., p. 177

6) Dalla medicalizzazione della masturbazione a Krafft-Ebing

Con la ripresa e l'elevazione della tesi attorno alla masturbazione che si diffuse all'inizio del settecento, Tissot è riuscito a formalizzarle e a dare valore alle stesse sostenendo che l'ambito sessuale rappresenti l'apice di quell'insieme di irritabilità e sensibilità che, se espresso all'interno di un rapporto sessuale uomo-donna, riesce ad essere sopportato dai soggetti, mentre se si verifica a causa del sesso solitario porta alla fuoriuscita dalle proprie biologiche umane possibilità, conducendo allo sviluppo di patologie varie. Di pari passo con queste teorie comincia a diffondersi, grazie a Pinel, una nuova disciplina medica, la psichiatria, la quale, come abbiamo visto in precedenza, trova la propria fondazione, ovvero l'uscita dal connubio medicina-filosofia morale, grazie alla teoria della degenerescenza elaborata da Morel. In particolare lo stesso autore, nel suo trattato del 1857, definisce la degenerazione come uno stato patologico causato da lesioni dirette o indirette del sistema nervoso centrale. La teoria di Morel offre alla nascente disciplina psichiatrica la possibilità di ergersi a scienza medica, poiché permette di leggere e decifrare la follia come una degenerazione del sistema nervoso, situazione che troverà in Kraepelin e Griesinger i propri massimi rappresentanti, e così facendo si erge a disciplina che garantisce la salute pubblica grazie all'esclusione terapeutica del folle dalla società. L'unione tra degenerescenza e psichiatria e ciò che segna gli ultimi cinquant'anni dell'ottocento, tanto che uno dei massimi rappresentanti della cultura psichiatrica del tempo Jacques-Joseph Moreu sostiene, nell'opera del 1959 *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, che le lesioni del sistema nervoso centrale, le quali si contraddistinguono per essere ereditarie, rappresentano le modalità attraverso le quali prende forma e si attua la follia. L'opera di Moreu ebbe un eco straordinario nel suo tempo e contribuì fortemente alla diffusione del concetto di patologia psichica quale forma ereditaria di alterazione del sistema nervoso, e riuscendo ad assicurare validità alla disciplina psichiatria e al concetto di degenerescenza. Come scrive Mauro Simonazzi: *“nell'arco di trent'anni la teoria della degenerescenza e l'ereditarismo patologico arrivano ad occupare il centro del dibattito sull'origine delle malattie mentali”*⁴⁶⁶. In questo contesto trovano forma le riflessioni di Valentin Magnan al quale si deve la trascrizione della degenerescenza all'interno di un regime patologico psichiatrico. Infatti, se Morel aveva dato vita alla possibilità d'intendere la patologia mentale quale allontanamento dalla specie umana perfetta verificatosi a causa della trasmissione delle degenerazioni delle alterazioni del sistema nervoso, Magnan elimina dalla teoria della degenerescenza la componente “antropologica” relativa all'allontanamento dalla specie umana perfetta,

⁴⁶⁶ M. Simonazzi, *Degenerazionismo*, Bruno Mondadori, Milano 2013, p. 74

asserendo che la degenerazione fosse unicamente una forma patologica che si riscontra nella lesione del sistema nervoso. In altri termini egli ritiene che la patologia mentale sia ereditaria, ma che essa non insorga a causa di un allontanamento morale - dal soggetto umano perfetto, ma s'innesti a causa di alcune situazioni patogene che destabilizzano l'area celebrale. In particolare, il primo interesse di Magnan, condensato nell'opera del 1874 *De l'alcoolisme; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, è riservato all'alcol quale fonte primaria di creazioni patologiche che conducono al contrarre una patologia psichica. Tali riflessioni lo conducono, nel 1881, a formulare il concetto della *dysharmonie*, ovvero a mostrare come non solo le persone che avevano parti del corpo deformi, ma anche i soggetti che godevano di un aspetto estetico piacevole potevano essere affetti da forme di degenerazione. In particolare, questi ultimi potevano soffrire di una patologia mentale, la quale pur non essendo evidente dal punto di vista fisico, veniva provocata da un'alterazione del sistema nervoso, il quale deve diventare l'oggetto prediletto della ricerca in ambito psichiatrico. Questa affermazione di Magnan riesce a includere, all'interno delle categorie che conducono all'elaborazione della degenerazione, un gran numero di esperienze vitali, tra le quali spicca la sessualità. Infatti, Magnan, persuaso dalle teorie sulla nocività dell'atto masturbatorio, si dedica dal 1882 assieme a Charcot alla stesura di una serie di saggi che coniugavano neurologia e psichiatria che vertevano sull'analisi delle perversioni sessuali intese quali patologie psichiche. L'idea di fondo è quella di interpretare ogni forma di deviazione sessuale nei termini fissati dalla degenerazione coniugata al concetto di *dysharmonie*, ovvero quale forme patologiche instaurate da cause specifiche che aggrediscono il sistema nervoso. In particolare i due autori si concentrarono sull'onanismo, asserendo che tale pratica può portare all'instaurazione di un elevato numero di patologie mentali⁴⁶⁷. Il loro lavoro di ricerca permette che la sessualità venga vissuta, al pari dell'alcolismo, quale causa dell'insurrezione della malattia mentale. Dunque, come lo stesso Magnan afferma⁴⁶⁸ è proprio la riflessione e l'instaurazione della masturbazione quale fonte patologica, che conduce lui e Charcot ad elaborare la possibilità di inserire la sessualità all'interno del mondo della psichiatria e di vedere in essa una delle cause principali della degenerazione celebrale, difendendo, così, in maniera capillare il termine perversione all'interno di tale pratica⁴⁶⁹. Per tal ragione i due autori conferiscono alla sessualità un ruolo centrale nella riflessione attorno

⁴⁶⁷ V. Magnan, J. M. Charcot, *Inversion du sens génitale et autres perversion*, in *Archives de neurologie*, V. 4, n. 12, 1882, p. 320

⁴⁶⁸ V. Magnan, *Des anomalies, des aberrations et des perversione sexuelles*, Progrès médical, A Delahaye et E. Lecrosnier, 1885

⁴⁶⁹ Cfr. G. Lantéri-Laura, *Lecture des perversions*, Anthropos, 2012

alla nascente pratica psichiatrica, conferendo al sesso un posto importante all'interno della scienza medica, che non aveva mai avuto eguali all'interno della storia dell'uomo.

Proprio in tale contesto prende forma nel 1886 il primo vero trattato di sessuologia, intesa quale studio del legame tra sessualità e patologie psichiatriche, scritto dallo psichiatra e neurologo tedesco Richard von Krafft-Ebing dal titolo *Psychopathia sexualis*. La tesi che egli esprime è che nel cervello si ripercuotono in prima battuta le sensazioni, gli impulsi e gli stimoli sessuali. Oltre ai normali stimoli sessuali che garantiscono la riproduzione della specie, nel cervello possono essere presenti anche istinti devianti i quali vengono provocati da eccitamenti organici dovuti a processi patologici con sede nel cervello. Questi ultimi sono scatenati da ricordi e percezioni derivanti da pratiche che deviano alla normale umana predisposizione sessuale, ad esempio praticare l'onanismo o l'omosessualità. In altri termini, Ebing sostiene che numerose situazioni, tra le quali primeggiano l'alcol e il sesso, possono dar vita ad affezioni cerebrali che si ripercuotono sulle funzioni sessuali. In particolare lo psichiatra tedesco fa riferimento ad un istinto naturale⁴⁷⁰, il quale può subire delle deviazioni, tra le quali figurano: l'aumento dello stesso (iperestesia), la mancanza (anestesia) o la volontà di esercitarsi al di fuori dell'attività anatomico-fisiologica degli organi di riproduzione (paradossia) e infine, la parte più importante, la perversione (parestesia) che si verifica a causa dell'eccitazione dovuta a stimoli inadeguati. L'analisi condotta in *Psychopathia sexualis* da Ebing si focalizza sulla perversione dell'istinto sessuale, poiché lo psichiatra tedesco sostiene che ogni manifestazione dell'istinto sessuale che non corrisponda agli scopi della natura (riproduzione) sia definibile quale forma patologica⁴⁷¹. In particolare egli indica che le perversioni si dividono in due gruppi: il primo, nel quale si definisce come perverso lo scopo dell'azione (masochismo, feticismo, esibizionismo), il secondo in cui è perverso l'oggetto dell'azione (omosessualità, pedofilia, zoofilia e autoerotismo).

Il trattato di Krafft-Ebing rappresenta il punto di arrivo di un lungo dibattito relativo al sesso, cominciato con le opere dedicate all'onania dei primi del settecento e maturato grazie alla teoria della degenerazione coniata da Morel e da Magnan, che conduce lo stesso a divenire l'oggetto di una scienza, la psichiatria, la quale lo porta ad assumere i tratti della sessualità così come noi oggi siamo abituati a pensarla e ad esprimerla. Pertanto l'analisi dell'importanza della medicalizzazione della masturbazione nell'edificazione di una scienza *sexualis* dimostra come quest'ultima non sia l'effetto della sola emersione della società

⁴⁷⁰ Il lavoro di Krafft-Ebing contribuirà in maniera fondamentale allo sviluppo del concetto di studio degli istinti e della perversione degli stessi all'interno dell'ambito psichiatrico. Come abbiamo visto in precedenza tale nozione era stata definita da Foucault quale situazione fondamentale attorno a cui la psichiatria ha edificato il proprio edificio scientifico-terapeutico.

⁴⁷¹ Cfr. R. V. Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, Pgreco, Milano 2011, p. 82

commerciale istituita dalla borghesia, ma come essa sia da considerarsi quale risultato di una cornice medicalizzata della vita che viene issata dal potere biopolitico al fine di insinuarsi nella vita di tutti i soggetti. La sessualità, dunque, non è stata repressa o disciplinata del potere economico, ma si è posta quale prima istanza che ha permesso, mediante la medicalizzazione della vita, l'instaurazione di una società economicamente avanzata grazie anche al controllo e alla garanzia della sicurezza della popolazione. Non è possibile analizzare la medicalizzazione della masturbazione quale atto unico, ma diviene necessario coglierne il suo essere una prima istanza che ha condotto, da una parte, verso la psichiatrizzazione della sessualità e, dall'altra, verso l'interiorizzazione di una modalità diversa d'intendere la sfera sessuale da parte dei soggetti, i quali dal XVIII secolo hanno cominciato a concepirsi quali soggetti sessuali bisognosi di assistenza medica per non deviare dall'istinto sessuale naturale.

7) Lo sviluppo della scienza sexualis

Nel precedente paragrafo abbiamo visto l'importanza di Magnan nello sviluppo del legame tra psichiatria e sessualità, il quale come asserisce Starobinski⁴⁷² s'inserisce all'interno di una cornice di senso molto ampia, partendo dalla teoria della degenerescenza, promuove l'idea che qualcosa all'interno della società lavori contro la società stessa, tramite l'indebolimento organico della forza della popolazione. Su tale concetto Magnan elabora la propria teoria, che le patologie mentali, le quali conducono all'insorgere della degenerescenza, possano essere causate da varie situazioni tra cui spicca la pratica sessuale. Ebing elabora tale teoria e stila la prima vera classificazione delle perversioni sessuali, che si pone a base per l'instaurazione del rapporto psichiatria-sessualità. Nonostante la teoria della degenerescenza abbia contribuito in maniera fondamentale ad issare il rapporto tra psichiatria e sessualità, essa nei primi anni del novecento fu ridimensionata e fu destinata piano piano a scomparire dai testi propri della psichiatria ufficiale. Uno degli autori che contribuì alla revisione del concetto di degenerescenza fu Freud, il quale nel 1896 scrisse un articolo⁴⁷³ dove afferma che le tesi di Magnan sono da riconsiderare, poiché le patologie psichiche legate alla sessualità non hanno alcun fondamento di trasmissibilità, ma si sviluppano tramite esperienze sessuali precoci. Dunque, Freud pone un tassello fondamentale per riconsiderare la patologia psichica in relazione alla sessualità, mostrando come essa si possa totalmente svincolare dall'ereditarietà e trovi i propri fondamenti all'interno delle pratiche stesse. A conferma del fatto che verso la

⁴⁷² J. Starobinski, *Le mot civilisation*, in *Le remède dans le mal. Critique et légitimation de l'artifice à l'âge des Lumières*, Gallimard, Paris 1989, p. 41

⁴⁷³ S. Freud, *L'hérédité et l'étiologie des nevroses*, in *Revue neurologique*, VI, 1896, pp. 161-169

fine dell'ottocento la teoria della degenerescenza stava cominciando a tramontare, si può prendere ad esempio il *Compendio di psichiatria* redatto da Kraepelin, il quale nella quinta edizione datata 1896, asserisce che la pazzia degenerativa è solo uno dei nove gruppi di malattia mentale che esistono⁴⁷⁴. In altri termini è fondamentale rilevare come il rapporto tra sesso e medicina nasca con l'interesse settecentesco verso le forme della masturbazione, il quale s'innesta nel discorso ottocentesco relativo alla degenerazione, che ha il merito di portare all'interno del discorso psichiatrico l'interesse per le pratiche sessuali, le quali vengono distinte dalle teorie legate all'ereditarietà pur restando oggetto prediletto di studio della psichiatria. Ne segue che dall'ottocento la sessualità sia entrata all'interno del campo veritativo della psichiatria e da allora essa trova la propria verità solamente all'interno di questa pratica medica. Il concetto da tenere a mente per cogliere l'evoluzione di tale pratica veritativa è il termine, tanto caro a Ebing, di perversione, infatti dalla fine del diciannovesimo secolo, la perversione, che fino a quel momento non era mai esistita, viene ad indicare degli atti completamente desacralizzati e molto diffusi che si inseriscono in un contesto di igiene pubblica. Proprio su tale tema la psichiatria edifica le proprie mosse per la psichiatrizzazione della sessualità.

Per cogliere lo sviluppo della scienza sexualis, che si forma attorno al concetto di perversione, possiamo suddividere la sua storia in tre periodi⁴⁷⁵: 1) Le origini, sancite dal rapporto sessualità-degenerazione: 1880-1896, 2) Il periodo della maturazione, nel quale s'instaura il rapporto psichiatria-psicoanalisi-sessualità: 1896-1980, 3) Il periodo contemporaneo, che comporta il trionfo delle neuroscienze e della sociobiologica: 1980-oggi.

Le origini: Come abbiamo avuto modo di vedere nei precedenti paragrafi le origini della psichiatrizzazione della sessualità, si rinvencono dall'interesse della stessa per il concetto di degenerazionismo, il quale viene gradualmente eliminato dallo studio della psichiatria attorno alla fine dell'ottocento. Il cardine di questo periodo è rappresentato dal binomio patologie psico-sessuali coniugate al controllo della nascita e allo sviluppo della popolazione. In particolare i testi più importanti, oltre a quelli già presi in esame, sono quello di A. Hegar *Des maladies sexuelles, des affections nerveuse* (1885), sempre del 1885 quello di Langlebert *Traité pratique des maladies des organes sexueles* e infine il famosissimo saggio di Magnan *Manuel des aberrations et des perversione sexuelles*. Come rileva Brenot⁴⁷⁶, le pubblicazioni attorno alla sessualità, in questo periodo, incalzano ad un ritmo serrato in tutta Europa, tanto

⁴⁷⁴ Cfr. M. Simonazzi, *Degenerazionismo*, Bruno Mondadori, Milano 2013, p. 78

⁴⁷⁵ Vedi: S. Chaperon, *Les origines de la sexologie*, Payot, Paris 2012; P. Brenot, *Qu'est-ce que la sexologie*, Payot, Paris 2012; F. Bianchi-Demicheli, S. Ortigue, G. Abraham, *Sexologie*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne 2012

⁴⁷⁶ P. Brenot, *Qu'est-ce que la sexologie*, Payot, Paris 2012, pp. 21-22

che a Berlino Schmitz pubblica il testo *La vita sessuale dell'uomo dal punto di vista sanitario*, che rappresenta la prima summa della medicalizzazione-psichiatrizzazione della sessualità, rapportata proprio come ha sempre asserito Foucault sul singolo, ma con una funzione igienica funzionale all'intera popolazione. Questo fervore di pubblicazioni viene sancito dalla pubblicazione di *Psychopathia sexualis* di Krafft-Ebing. La stessa opera segna anche l'inizio del venir meno dell'interesse per la della teoria della degenerazione.

Il periodo della maturazione: L'abbandono della teoria della degenerescenza in favore delle teorie ispirate da Freud offre una nuova modalità di esplicazione del legame tra psichiatria e sessualità⁴⁷⁷. Infatti, nel 1896 vide la luce il primo volume degli *Studi di psicologia sessuale* di Haverlock Ellis, il quale sviluppò le ricerche di Ebing contribuendo in maniera fondamentale a rinsaldare lo studio della sessualità da parte della disciplina medicina. Rispetto ad Ebing, egli sosteneva che la sessualità umana non fosse un semplice impulso biologico animale, ma l'esperienza sessuale tra un uomo e una donna dovesse essere parificata ad un atto di comunicazione, che poteva dare il via a differenti modalità di esplicarsi, le quali non sempre potevano rientrare nella pura patologia elencata in *Psychopathia sexualis*. Lo spessore delle teorie di Ellis fu evidenziato in particolare da Freud, il quale con il proprio saggio del 1905 *Tre saggi sulla teoria della sessualità* rompe ogni legame con le precedenti teorie sul degenerazionismo, sostenendo che nei casi d'isteria della donna e di nevrosi ossessiva negli uomini la causa non fosse la debolezza del sistema nervoso causata da una predisposizione ereditaria, ma la presenza di un trauma durante l'infanzia. Nasce così la psicoanalisi che, come abbiamo visto nel terzo capitolo di questa seconda parte, segna inesorabilmente l'evoluzione dell'ambito psichiatrico. Lo studio del legame psichiatria-sessualità assume allora il nome di sessuologia, intesa quale modalità di studio multidisciplinare che coniuga sia i tentativi biologizzanti tipici della psichiatria, sia la neurologia della nascente psicoanalisi. Il cambiamento di prospettiva viene particolarmente segnato dalla creazione di una collana editoriale a Parigi nel 1912 dal titolo *Bibliothèque de sexologie sociale*, nella quale i problemi legati alla sessualità e alla patologie psichiche venivano approcciati non solo da un punto di vista fisiologico, ma venivano immessi in nuove forme di riflessione che da Ellis e da Freud stavano prendendo sempre più piede. Nonostante ciò, bisogna osservare come i problemi principali a cui si riferisce lo studio delle problematiche sessuali non mutarono, infatti tale collana comprese pubblicazioni sul problema della fecondità, della natalità, della possibile procreazione assistita, della scelta del sesso del bambino e dell'educazione sessuale. In altri termini, al mutare delle condizioni di

⁴⁷⁷ Per un'esposizione completa di tale cambiamento mi permetto di rimandare alla lettura del libro di S. Benvenuto, *Perversioni, Sessualità, etica, psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 2006

studio sulle patologie sessuali e sulle cause delle stesse non cambiò la considerazione di fondo che le muoveva, ovvero che esse non si fondassero esclusivamente nel singolo, ma si riverberassero nell'intera popolazione. Bisogna segnalare come nel 1913 nasce a Berlino la prima società medica per la scienza della sessualità la quale pubblicherà la prima rivista scientifica di sessuologia: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*. Sempre a Berlino, nel 1919, nasce, grazie a Magnus Hirschfeld, il primo istituto universitario dedicato allo studio della sessuologia. Inoltre bisogna rilevare come dal 1915 si assiste alla creazione di molti centri dedicati allo studio della sessuologia e nel 1921 viene tenuto il primo congresso di Sessuologia presso l'istituto Hirschfeld di Berlino⁴⁷⁸. La sessuologia comincia a diffondersi e il primo libro divulgativo in questo campo scritto da Théodoor Van de Velde, *Le Mariage parfait*, 1926, diviene un successo editoriale. Nel 1928 si riunisce a Copenaghen la *Lega mondiale per la riforma sessuale*, creata da Ellis e da Magnus Hirschfeld, la quale discute sugli statuti da utilizzare all'interno della ricerca in campo sessuologico. Nel 1931 a Parigi, per iniziativa di Toulouse, nasce *l'Association d'études sexologiques*, una fondazione che per prima utilizza apertamente il nome di sessuologia. Come asserisce Brenot⁴⁷⁹, l'interesse in questa fase della sessuologia è ancora indirizzato verso il controllo della fecondità e il libro cardine di questo periodo è scritto da R. Marchais, *Ma mère Lune, Guide de la procréation dirigée*, 1938. Seppur la psicoanalisi la facesse da padrona, l'ambito medico faceva ancora fatica ad accettare un miscuglio così grande di riflessioni che non si fondavano su risultanze organiche quantificabili da indicare quali disturbi o forme patologiche. In particolare una fiorente letteratura nata negli anni '40 e '50 contestò la mancanza di grandi studi che supportassero la visione e la legittimità della sessuologia come scienza. Alfred Kinsey, prima nel 1948 e successivamente nel 1953, pose fine a queste diatribe pubblicando due studi statistici fondamentali, il primo sui comportamenti sessuali dell'uomo e il secondo su quelli della donna. Kinsey conduce uno studio utilizzando il metodo zoologico applicabile allo studio della popolazione, riuscendo ad interrogare più di 12 mila persone e fornendo così per la prima volta una serie di dati statistici sui comportamenti sessuali. Nello stesso periodo iniziano anche i primi studi sull'identità sessuale condotti in Francia da Étienne Wolff e pubblicati nell'opera *Le Changements de sexe*, 1946. Le tendenze principali di questo periodo furono proprio queste due: la ricerca statistica sui comportamenti sessuali che culminò nel 1966 nella relazione di Master e Johnson, *Human Sexual Response*, che osservarono per undici anni i rapporti sessuali di 694 coppie sia dal punto di vista comportamentale, sia dal punto di vista della variazioni fisiologiche; la seconda mirante ad indagare la costituzione

⁴⁷⁸ P. Brenot, *Qu'est-ce que la sexologie*, Payot, Paris 2012, pp. 26-27

⁴⁷⁹ Ivi., pp. 30

dell'identità sessuale e le sue derive patologiche. Bisogna segnalare che le ricerche di Master e Johnson, sintetizzate nel testo del 1970 *Human Sexual Inadequacy*, sanciscono l'avvio della vera e propria sessuologia clinica, la quale si erge a branca operativa della psichiatria⁴⁸⁰. Inoltre, nel 1974 si tiene il primo simposio internazionale organizzato dall'OMS sull'insegnamento delle terapie sessuali. Tale simposio rappresenta il riconoscimento della sessuologia e la sua definitiva consacrazione quale elemento chiave nello studio della salute del soggetto umano. L'analisi di tale simposio conferma ancora una volta che l'indagine sulla sessualità si pone, proprio come rilevato da Foucault, all'interno di quel particolare dispositivo biopolitico secondo il quale l'interesse per la cura dei singoli e per la loro normalizzazione viene legato al controllo demografico della popolazione, in quanto l'obiettivo rimane quello di individuare tecniche per il coordinamento demografico stesso attraverso le prescrizioni di cura al soggetto singolo.

Il periodo contemporaneo: Possiamo, dunque, asserire che sino agli anni '70 l'evoluzione del rapporto tra psichiatria e sessualità avvenga all'interno della cornice della psicoanalisi, situazione che lungi dal creare delle sfere di demedicalizzazione, rinsalda sempre più l'esistenza del dispositivo biopolitico di sessualità. Come abbiamo visto nel terzo capitolo di questa seconda parte, il 1980 rappresenta un anno chiave per la storia della psichiatria, poiché vede luce il DSM-III. Tale manuale porta in dote la volontà di eliminare ogni riferimento psicoanalitico all'interno della diagnostica di tipo psichiatrico. Proprio in questo periodo si assiste quindi alla scissione tra la sessuologia, intesa quale connubio di psichiatria, psicologia e psicoanalisi, e la psichiatria propriamente detta. Il nostro studio attorno alla relazione tra psichiatria e sessualità deve dunque mettere in luce come dal 1980 si assiste ad una nuova forma di indagine psichiatrica attorno sulla sessualità. Questo non vuol dire che la sessuologia cessa di esistere, anzi essa si rafforza e prende sempre più piede nel mondo, comportando il fatto che la sessualità venga contemporaneamente indagata sia dall'ambito psichiatrico sia da quello proprio della psicologia e delle varie forme di psicoanalisi. Si può affermare che dal 1980 si assiste ad un radicamento della psichiatrizzazione della sessualità, la quale assume almeno due modalità differenti di essere approcciata, che daranno vita ad una serie molteplice di terapie e devianze. In particolare il succedersi di vari DSM e la conseguente volontà odierna, sancita dal DSM-5, di approcciare i disturbi psichiatrici alla luce delle neuroscienze e della sociobiologia sta decretando l'evoluzione dello studio della sessualità sotto questi punti di vista. Nel prossimo paragrafo prenderemo ad esame le nuove possibilità di studiare l'ambito sessuale dal punto di vista della psichiatria.

⁴⁸⁰ Su questo tema rinvio al testo fondamentale per la nascita e per la descrizione dello statuto della sessuologia scritto da Abraham e Pasini dal titolo: *l'introduction à la sexologie médicale*, 1974

A conclusione di questo paragrafo possiamo affermare che uno studio dell'evoluzione del rapporto tra psichiatria e sessualità ha messo in luce come il settecento sia stata l'epoca che ha sancito la trasposizione dell'istanze sessuali da problemi di ordine morale a problemi di ordine medico, l'ottocento sia il secolo che ha comportato l'esplosione discorsiva della psichiatrizzazione del sesso che ha causato la creazione e l'instaurazione del concetto di sessualità, il novecento ha radicalizzato tale forma di sapere legandolo sempre di più all'interrogazione medica per mezzo del connubio psicoanalisi-psichiatria e, infine, gli anni duemila rappresentano gli anni che hanno riportato la sessualità all'interno dell'ambito psichiatrico propriamente detto, che ne cerca nuovamente i fondamenti biochimici e genetici che possano mettere in luce le forme patologiche. L'esempio della ricerca di Hamer sui geni che porterebbero i soggetti all'omosessualità, di cui abbiamo parlato nel terzo capitolo di questa tesi, spiega in quale ambito di ricerche sia oggi inserita la sessualità in campo psichiatrico.

8) Sociobiologia, neuroscienze e sessualità: la psichiatria odierna

La psichiatria attuale è caratterizzata dalla volontà di ricercare delle cause organiche che sottendono ad ogni processo psichico patologico, per fare ciò si avvale della sociobiologia e delle neuroscienze. Nei paragrafi precedenti abbiamo notato come tale situazione abbia costituito il cuore della psichiatria ottocentesca, facendo sì che la stessa disciplina si potesse creare e issare quale forma medica. L'inizio del novecento ha visto, invece, grazie a Freud un'apertura al lato psicologico, portando all'interno delle discipline dedite alla cura della psiche anche una serie di situazioni che sconfinano nell'analisi dei vissuti sociali. Tale affermazione non risulta, però, del tutto veritiera se non si ricorda che anche Freud ha più volte sostenuto che le indagini scientifiche, prima o poi, avrebbero individuato le sostanze biochimiche che si trovano alla base dei meccanismi dell'eccitazione, dell'orgasmo e di tutte le pulsioni sessuali⁴⁸¹. Si può così affermare che nemmeno Freud si sia mai totalmente allontanato dalla volontà di ricercare le cause organiche che sottendono ad alcuni avvenimenti psichici. In particolare, l'attenzione venne messa, anche dallo psicoanalista austriaco, su quei fenomeni che erano legati alla sfera sessuale, per tal motivo si può concludere che l'odierna manifestazione delle ricerche biologiche nel campo della salute mentale non rappresenta un puro ritorno ad epoche precedenti, come quella segnata dal degenerazionismo, ma si configura come la necessità di assegnare maggiore importanza e peso ad un elemento che

⁴⁸¹ Cfr. F. De Masi, *La perversione Sadosochista*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 89

dall'ottocento in poi è sempre stato presente nel campo della salute mentale, anche se esso era unito ad altri fattori come le relazioni sociali ecc. Questi ultimi fattori vengono del tutto scissi dalla ricerca psichiatrica quando verso la fine del novecento Edward O. Wilson pubblica *Sociobiology: The New Synthesis* (1975), in cui afferma che il comportamento sociale proprio degli uomini è strettamente controllato dal patrimonio genetico. In particolare lo stesso Wilson, per chiarire la sua tesi, scrive: *“il rapporto fra geni, cervello e mente è solo una difficoltà pratica e non teorica. La neurobiologia e la psicologia cognitiva hanno già prodotto modelli che lasciano intravedere quanto meno la possibilità che la mente sia un epifenomeno di circuiti neurali, complessi ma essenzialmente convenzionali [...] non vi è alcun motivo a priori per il quale una qualunque parte dei fondamenti del comportamento sociale umano debba venire esclusa dal campo dell'analisi sociobiologica*⁴⁸²”. Le tesi di Wilson daranno il via a quella pratica che prende il nome di sociobiologia e che studia le modalità genetiche che sottendono ad un ben localizzato comportamento dell'uomo nel mondo. In particolare è possibile definire la sociobiologia come una disciplina che accoglie le ipotesi neodarwiniane secondo cui l'evoluzione procede per selezione naturale delle specie che manifestano la maggior idoneità complessiva a riprodursi. Dunque, i sociobiologi ritengono che il comportamento sociale degli animali e, in particolare, dell'uomo, troverebbe nel patrimonio genetico individuale i supporti alle scelte che favoriscono la realizzazione di tale idoneità⁴⁸³. Detto in altro modo la socialità diviene un fatto genetico e lo sviluppo e l'implementazione della stessa viene studiato alla luce della trasmissione dei geni favorevoli al suo sviluppo. Dunque, i sociobiologi si occupano di studiare la connessione tra genotipo (il carattere genetico di un individuo) e comportamento, sostenendo così che il comportamento umano sia strettamente associato all'ereditarietà dei geni più che all'ambiente in cui essi si formano e operano. A questo proposito, è di estrema importanza ricordare il libro scritto nel 1976 da Richard Dawkins dal titolo *The Selfish Gene*, nel quale si afferma che l'organismo umano può essere considerato come un programma orchestrato da una struttura creata da geni e, di conseguenza, ogni tipo di relazione di cura o di trasformazione dell'umana esistenza deve passare attraverso un rimodellamento e una ridisegnazione dei geni. Per cogliere ancora meglio cosa s'intenda con il termine sociobiologia, si può far riferimento alle parole di Richard C. Lewontin, biologo e genetista dell'università di Harvard, il quale sostiene: *“dopo aver descritto una serie universale d'istituzioni sociali umane presentate come la*

⁴⁸² E. O. Wilson, *Che cos'è la sociobiologia*, in *Sociobiologia e natura umana*, Einaudi, Torino 1980, p. 12

⁴⁸³ Il testo principale che segnala l'evoluzione dello sguardo psichiatrico e l'adozione delle teorie proprie della sociobiologia è quello firmato da M. T. McGuire e A. Troisi dal titolo *Darwinian Psychiatry*, Oxford University Press, 1998

conseguenza di nature individuali, la teoria sociobiologica passa poi ad affermare che tali proprietà individuali sono codificate nei nostri geni e che ci sono geni per l'imprenditorialità, per il dominio maschile, per l'aggressività, cosicché si sostiene che il conflitto tra i sessi e tra genitori e figli è geneticamente programmato. Quali sono le prove di questi pretesi universali umani siano di fatto nei geni? Spesso ci si limita ad asserire che, dal momento che sono universali, devono essere genetici^{484,485}. La psichiatria volge anch'essa lo sguardo alla sociobiologia sostenendo che le malattie mentali siano ascrivibili al corredo genetico, e dunque sia necessario ricercare i geni che sottendono ad una determinata forma patologica⁴⁸⁶. In particolare un testo che è precedente a quello di Wilson, ma che già tratteggia la strada che la psichiatria imbroccherà è stato scritto nel 1971 da David Rosenthal, *Genetics of Psychopathology*, nel quale si afferma che possano esistere delle componenti genetiche rilevabili almeno per i quattro disturbi psichici principali di quel tempo: schizofrenia, psicosi maniaco-depressiva, psicopatia e omosessualità. All'interno di questo libro Rosenthal si limita a suggerire la possibilità di rinvenire dei collegamenti genetici, invitando la psichiatria a guardarare con estremo rigore a queste nuove forme di ricerca e, di pari passo, asserisce che la sessualità debba divenire l'oggetto di studio prediletto per la psichiatria, poiché grazie ad essa, intesa quale forma riproduttiva, sarà possibile eliminare i geni produttori di anomalie comportamentali. In questo modo egli prospetta la possibilità che, in futuro, la psichiatria si possa votare ad una ricerca genetica, situazione che trova dopo solo quattro anni dalla pubblicazione del suo libro la propria fondazione mediante gli studi che seguono la pubblicazione dell'opera di Wilson. La sociobiologia applicata alla psichiatria trova il proprio manifesto programmatico nel testo scritto da Nancy Coover Andreasen *Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illnesses: A Project for a Scientific Psychopathology*⁴⁸⁷, dove si sostiene che è finalmente giunto il momento in cui la psichiatria si voti alla creazione di una reale psicopatologia scientifica, la quale non può fare a meno di guardare a due situazioni: 1) la ricerca dei geni che creano la patologia mentale e 2) la ricerca dei meccanismi neuronali che a causa dei geni si alterano provocando una destabilizzazione del soggetto. Si può così cogliere come la psichiatria attuale si voti alla ricerca dei geni che determinano l'insorgere

⁴⁸⁴ R. C. Lewontin, *Biologia come ideologia*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, p. 65

⁴⁸⁵ Di particolare importanza è anche la definizione che Jeremy Rifkin riporta della sociobiologia: "i sociobiologi e altri con le loro convinzioni sostengono che l'accurata revisione del sistema economico e sociale è, nella migliore delle ipotesi, solo un palliativo e, nella peggiore, un inutile esercizio. Essi affermano che la chiave della maggior parte dei comportamenti sociali ed economici deve essere trovata a livello genetico. Affermano inoltre che per cambiare la società dobbiamo prima di tutto essere propensi a cambiare i geni e che, mentre l'ambiente è un fattore, i geni sono in definitiva gli agenti maggiormente responsabili nel dare forma al comportamento individuale e sociale". J. Rifkin, *Il secolo biotech*, Baldini & Castoldi, Milano 1998, p. 250

⁴⁸⁶ E. O. Wilson, *Che cos'è la sociobiologia*, in *Sociobiologia e natura umana*, Einaudi, Torino 1980, p. 13

⁴⁸⁷ Articolo contenuto in *Science*, vol. 275, 4 Marzo 1997

della malattia mentale e questo pone la sessualità nuovamente sotto una dimensione privilegiata all'interno dell'ambito psichiatrico. Infatti, essa sarà studiata sia sul versante di instaurazione di una normale attività, ovvero si ricercheranno i geni che portano ad una particolare forma di perversione⁴⁸⁸, sia sul versante economico-politico, ovvero sulla possibilità che sia essa a tramandare i geni "sbagliati" nella popolazione. Proprio come ha messo in luce Foucault, la sessualità è ciò che permette più di ogni altra cosa d'istaurarsi sulla singolarità e, così, facendo, di porre al sicuro la popolazione. Non è dunque un caso che oggi si parli in psichiatria di *predisposizione genetica* e che si senta sempre più spesso parlare della correlazione tra tecniche d'ingegneria genetica e psichiatria, poiché se le perversioni dell'istinto sessuale, le quali sono delle vere e proprie malattie, nascono da una predisposizione di geni custoditi dal soggetto, allora tale situazione può essere prevenuta solo manipolando le generazioni future, e dunque, eliminando quei geni. Sotto questo punto di vista risulta maggiormente comprensibile il discorso trattato nel quarto capitolo di questa tesi, in cui si è posto un confronto tra la teoria di Foucault e la tesi della biomedicalizzazione coniata da Adele Clarke. Infatti, la tesi proposta da Clarke, che si basa sul fatto che l'ingegneria genetica possa rivoluzionare la componente biopolitica che sottende alla medicalizzazione, viene a cadere, quando si coglie come la stessa tecnica venga teorizzata in relazione alla funzione terapeutica da utilizzarsi in psichiatria, ovvero nella pratica stessa che sancisce la normalità del vivere sociale ponendosi così come disciplina che garantisce la difesa della popolazione.

Bisogna rilevare che la psichiatria attuale non volge lo sguardo solo alla sociobiologia, ma utilizza ampiamente anche le ricerche neuroscientifiche. Queste ricerche devono essere intese alla luce di quella proposizione generale che uno dei massimi esponenti della correlazione neuroscienza-psichiatria Dick Swaab ha così descritto, ovvero: "*tutto quello che pensiamo, facciamo e tralasciamo di fare avviene grazie al nostro cervello. La struttura di questa macchina fantastica determina le nostre possibilità, i nostri limiti e il nostro carattere; noi siamo il nostro cervello [...] I disturbi di questa efficiente macchina per l'elaborazione delle informazioni provocano malattie psichiatriche*⁴⁸⁹". Le neuroscienze s'inseriscono dunque in un processo iniziato dalla sociobiologia che mira alla ricerca delle alterazioni organiche, ovvero delle alterazioni neuronali, che sottendono ad una determinata malattia mentale. La correlazione tra sociobiologia e neuroscienza è molto stretta e viene bene spiegata da

⁴⁸⁸ A questo proposito De Masi invoca la possibilità che le ricerche biochimiche ci dicano qualcosa in più sulla perversione sadomasochista, infatti scrive: "*la ricerca bionica futura sul piacere sensuale ci avvicinerà certamente alla comprensione del misterioso legame tra piacere e dolore*". F. De Masi, *La perversione Sadomasochista*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 92

⁴⁸⁹ D. Swaab, *Noi siamo il nostro cervello*, Elliot, Roma 2001, pp. 17-18

Carnes⁴⁹⁰, il quale parlando della patologia da *dipendenza sessuale* sostiene che essa si manifesti a causa della predisposizione genetica, la quale provoca la creazione di deficit neurochimici che conducono alla manifestazione, nella vita quotidiana, della patologia da parte del soggetto⁴⁹¹. La sequenza, che dalla presenza dei geni porta all'instaurazione delle forme patologiche, viene evidenziata anche dalla ricerche di Harvey Milkman e Stanley Sunderwirth che, nel loro libro *Craving for Ecstasy : How Our Passions Become Addictions and What We Can Do About Them* (1987), sostengono che la sessualità non sia una funzione genitale, ma essa risieda prevalentemente nel cervello, dunque le perversioni sessuali sono da intendersi quali forme di pervertimento delle connessioni neuronali presenti in esso. A questo proposito risulta di assoluta importanza ricordare le ricerche del premio nobel Eric Richard Kandel, il quale in un articolo famosissimo pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry* nel 1998 sostiene che il trattamento psicoterapeutico non è altro che un atto biologico in grado di apportare cambiamenti anatomici a livello micro-cellulare⁴⁹². Kandel è sempre stato impegnato nel sostenere tali tesi, ovvero nell'evidenziare come le nostre azioni sociali dipendano totalmente dall'insieme delle connessioni neuronali presenti nel nostro cervello, tanto che ha asserito: *“tutti i processi mentali, perfino i processi psichici più complessi, derivano da operazioni del cervello. L'assunto cardine, al riguardo, è che ciò che comunemente chiamiamo mente rappresenta un insieme di funzioni svolte dal cervello. L'azione del cervello non si limita a comportamenti motori relativamente semplici, come camminare e mangiare, ma si estende a tutti gli atti cognitivi complessi, consci e inconsci, che associamo al comportamento proprio dell'uomo, come il pensiero, il linguaggio e la creazione di opere letterarie, musicali e artistiche”*⁴⁹³. Le neuroscienze applicate alla psichiatria sostengono, così, che lo psichico e il neuronale divengono due aspetti di uno stesso stato di cose, ovvero lo psichico diviene una funzione completamente spiegabile indagando la dimensione del cervello e, in particolare, studiando il ruolo svolto dai neurotrasmettitori. Da ciò si può cogliere come l'assunto fondamentale della ricerca psichiatrica sulle malattie mentali si possa così riassumere: la predisposizione genetica porta a specifiche lesioni del cervello (disfunzioni neuronali) che, a loro volta, producono specifiche alterazioni del comportamento. Per tal ragione la nostra storia del rapporto tra psichiatria e sessualità deve

⁴⁹⁰ P. Carnes, *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*, Bantam, New York, 1991

⁴⁹¹ Su questo tema vedi anche D. Weiss, *The final freedom. Pioneering sexual addiction recovery*, Discovery Press 1998,

⁴⁹² E. R. Kandel, *A new intellectual framework for psychiatry*, in *American Journal of Psychiatry*, 155, 1998, pp. 457-469

⁴⁹³ E. R. Kandel, *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina editore, Milano 2007, p. 47

sottolineare come oggi le perversioni sessuali e tutti i disturbi di ordine psichiatrico legati ad essa vengono intesi primariamente sotto quest'ordine di realtà.

9) Sessualità e soggettività

Dalla ricostruzione storica del rapporto tra psichiatria e sessualità abbiamo potuto cogliere due cose: la prima è che il discorso attorno alla sessualità, che noi riteniamo come vero, non è altro che la costituzione di una modalità di guardare all'argomento sesso, una tra le tante possibili, che si basa sull'appropriazione dei comportamenti perversi da parte di una particolare forma di sapere, la psichiatria, la quale ergendosi all'interno di una cornice di senso totalmente medicalizzata che le dona senso e legittimità riesce a fornire in modo permanente al potere politico e sociale una regolazione delle condotte; la seconda è che, grazie alle ricerche che si sono condotte nell'ottocento sul degenerazionismo che poi non sono altro che gli antenati dei discorsi sociobiologici e neuroscientifici di cui la psichiatria si occupa oggi, si è perso la possibilità d'interpretare l'argomento sessualità quale forma sociale e normativa di vivere la naturalità biologica del sesso, in favore di un'interpretazione che vede nell'esplicazione della sessualità la naturalità dell'essere umani e che ricollega tale naturalità al concetto di salute. La psichiatria diventa, perciò, non la scienza che organizza una sfera di senso sulla sessualità, ma la pratica scientifica che ne garantisce la salute in relazione alla normalità dell'essere umano. Non è dunque un caso che Lawrence Stone, che è stato professore a Princeton ed esperto di storia e filosofia della sessualità, scriva: *“la sessualità è un prodotto culturale che ha subito nel tempo mutamenti continui e talvolta drammatici, e tutto lascia pensare che si preparino per un futuro non troppo lontano delle trasformazioni ancora più sorprendenti”*⁴⁹⁴. Questa proposizione di Stone invita a riflettere sul fatto che l'indagine attorno ai discorsi sulla medicalizzazione della sessualità da *Onania* in poi non sono funzionali solo ad una memoria storica, ma divengono l'elemento fondamentale per cogliere il valore che il soggetto moderno ripone nel campo della sessuologia e dell'intervento medico-psichiatrico sulle pratiche sessuali. Per tal ragione è necessario cogliere che indagare il rapporto psichiatria-sessualità vuol dire ricostruire le dinamiche che hanno fatto sì che il soggetto concepisse le idee di istinto, di perversione, di naturalità della salute sessuale, quali forme a lui proprie e per le quali è necessario attivare delle grosse campagne sanitarie al fine di tutelarle e di accrescerle. In altri termini, proprio come asserisce Foucault, studiare la medicalizzazione della sessualità vuol dire, allo stesso tempo, condurre

⁴⁹⁴ L. Stone, *La sessualità nella storia*, Laterza, Bari 1995, p. 106

una storia della verità, ovvero indagare l'ordine del discorso volto a costruire strutture che donano senso ad una particolare forma d'intendere e ordinare l'esistenza, sia condurre un'analisi sulle modalità attraverso le quali il soggetto concepisce se stesso raffigurandosi quale parte della situazione che legittima la verità stessa nel suo sussistere. Ne segue che studiare i giochi di verità che hanno fatto sì che la masturbazione diventasse la piaga che condurrà Krafft-Ebing nel 1886 a scrivere il primo trattato di sessuologia, aprendo la strada alle ricerche che si svolgono oggi nel campo della sessualità odierna, serve ad indagare le forme di soggettività, tematizzando il legame tra produzione della verità e costruzione dei meccanismi di soggettivazione. Dunque, cerchiamo di ripercorrere le tappe e i meccanismi che ci hanno reso ciò che siamo, tentando di risalire all'evento che ha fatto sì che gli atti di annessione del dominio veritativo della medicina sulla sfera dell'umana sessualità abbiano avuto inizio. Per questo Tissot non è solo il padre della medicalizzazione della sessualità, ma è altresì il padre del soggetto medicalizzato-psichiatrizzato, ovvero del soggetto che non può fare a meno di pensarsi in rapporto e in funzione della medicina sexualis. La seconda metà del XVIII secolo diviene così il momento storico che ha sancito la nascita di un nuovo modo di darsi della soggettività, la quale riveste un'importanza che non accenna a decrescere all'interno della società attuale, poiché la varie forme patologiche sancite dal DSM-5 non sono altro che gli effetti odierni di quel meccanismo che il testo di Tissot ha innescato nel 1760 e che non ha condotto solo alla possibilità d'intendere il sesso sotto la lente veritativa della medicina, ma ha portato il soggetto a riconoscersi e a donare valore a questa forma d'interpretazione del mondo⁴⁹⁵. In conclusione si può affermare che la considerazione della masturbazione quale patologia avvenuta nella seconda metà del settecento ha posto le basi per l'avvio di quel fenomeno di psichiatizzazione della sfera sessuale che, a sua volta, altro non è che una nuova forma di soggettivazione, ovvero una nuova modalità di pensarsi e di darsi del soggetto nel suo rapporto con il mondo. La cornice medicalizzata della vita pone la possibilità per l'avvio della psichiatria, la quale riesce tramite l'annessione della sessualità a far mutare l'individuo in un soggetto medicalizzato, il quale si comprende e, di pari passo, riconosce valore al mondo mediante la dicotomia sano-malato. Dunque, la psichiatizzazione della

⁴⁹⁵ Foucault molto saggiamente ha fatto notare come una cosa è esercitare un potere medico che riposa su un consenso politico, questo vorrebbe dire reprimere la sessualità, ad esempio proibendo l'incesto, oppure proibendo l'omosessualità, situazione che non garantisce minimamente la presa sui soggetti. Un'altra è sostenere che i soggetti non si possono masturbare pena la lesione di qualche organo o la possibilità di diventare pazzi, così facendo si istituisce un meccanismo politico che riposa sulla medicina. Questa seconda modalità di governare s'introduce nel senso profondo della singolarità e ne crea le possibilità stesse per mezzo delle quali si apre un varco veritativo che permette d'instaurare delle idee di salvaguardia della salute che allo stesso tempo sono idee che permettono la gestione della popolazione e della vita in comunità. Per approfondire questa differenza rimando a M. Foucault, *Asiles, Sexualité. Prison*, in *Dits et Écrits, V. I*, Gallimard, Parigi 2001, pp. 1639-1650

sessualità è ciò che ha permesso tutto questo, riuscendo ad issare il concetto di naturale in ciò che di più biologico e fondamentale esiste per l'uomo: la riproduzione. Instaurando tale forma di riconoscimento si sono poste le basi per la psichiatrizzazione di tutte le altre sfere della vita, che hanno permesso la diffusione e l'attuazione di un potere biopolitico.

IL DISEASE MONGERING

La salute, divenuta un oggetto di consumo, che può essere prodotto da laboratori farmaceutici, da medici, ecc. [...] Quelle che traggono i più grandi profitti dalla salute sono le industrie farmaceutiche.

M. Foucault, Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?, in Archivio Foucault 2, Feltrinelli, Milano 1997, p. 215 e p. 217

1) Le malattie da mercato

Il potere della psichiatria nella vita di tutti i giorni è dunque molto elevato, ma esso sarebbe nullo se non avesse alle spalle una cornice medicalizzata della vita che ne decreta i criteri di senso per poter esercitare la sua influenza. La tesi, mutuata dal pensiero di Michel Foucault, che sto sostenendo è che la psichiatria come del resto il potere capitalista non siano gli agenti che permettono alla medicina di diffondersi con così grande importanza nell'arco della nostra vita, ma al contrario sia la medicina che, dal XVIII secolo diventando sociale, organizza il reale, decretando le condizioni per la comparsa e la stabilità del regime capitalista e per la legittimazione dell'ambito psichiatrico. Oggetto di questo capitolo è la parte economica della nostra salute, ovvero l'idea che sorregge la gran parte d'intendere la medicalizzazione ai nostri giorni: la volontà di vendere più medicinali.

La società odierna si costituisce attorno alla volontà del profitto, tanto che tale finalità è oggi applicata anche nell'ambito della malattia, infatti le analisi bioetiche si stanno sempre più concentrando sullo studio delle “disease mongering”, ovvero delle malattie da mercato⁴⁹⁶. La definizione che due noti studiosi Monynihan e Health danno di disease mongering è: “malattie di mercato, ossia tentativi più o meno intenzionali dell'industria farmaceutica di

⁴⁹⁶ Durante le ricerche che mi hanno portato a scrivere questa tesi, mi sono a lungo soffermato nello studiare il fenomeno del disease mongering, poiché esso si trova al centro della discussione bioetica internazionale. In particolare le stesse ricerche mi hanno condotto alla redazione di un'intero capitolo che ho pubblicato nel libro da me scritto nel 2015 dal titolo *Che cos'è la malattia mentale*, Edizioni Psiconline, Franca villa al mare. Inoltre ho affrontato il problema alla luce del dilagare della patologia depressiva, situazione che è stata pubblicata nell'opera *Il diritto di essere tristi. Per una filosofia della depressione*, Alboversorio, Milano 2015. Mi permetto dunque di rimandare a queste due opere per avere una panoramica strutturata sullo stato del dibattito attorno a tale tematica in ambito bioetico, in quanto in questa tesi mi concentrerò unicamente nel mostrare come la tesi sulla medicalizzazione che emerge dall'analisi delle malattie di mercato sia in contraddizione rispetto alla tesi della medicalizzazione proposta da Michel Foucault.

*dilatare malattie esistenti o di creare nuove malattie per instaurare un processo sociale in cui sempre più aspetti della vita quotidiana rientrano nella sfera medica, per vendere più prodotti*⁴⁹⁷”. Il termine è stato utilizzato per la prima volta nel 1992 da Lynn Payer come titolo del proprio libro⁴⁹⁸, nel quale egli descriveva il fenomeno di collusione, a fine di profitto, tra medici, industria farmaceutica, agenzie pubblicitarie e media. In particolare l'intero capitolo sedici del libro è dedicato alla pratica che, secondo Payer, era la più incline a far dilatare le patologie per vendere farmaci: la psichiatria⁴⁹⁹. Nonostante ciò l'autore che più di ogni altro è conosciuto per i suoi studi sulle malattie da mercato è Ray Moynihan, il quale sostiene che le industrie del farmaco procedono esattamente come ogni altro tipo d'industria, riuscendo a vendere i propri prodotti solo grazie alla pubblicità e alle campagne marketing. Ciò che è importante cogliere della tesi di Moynihan è la volontà da parte delle case farmaceutiche di medicalizzare la vita al fine di lucro. In altri termini, la medicalizzazione procede per fini economici e diviene un fenomeno manipolabile dalle ditte del farmaco. Per cogliere la tesi espressa da Moynihan, possiamo far riferimento ai dati che Pignarre, uno degli studiosi più attenti agli sviluppi e alla storia della salute pubblica, riporta: *“per i paesi occidentali e soprattutto per gli Stati Uniti l'industria farmaceutica è la punta di diamante del capitalismo. Infatti, questo è il settore più redditizio di tutti: i suoi margini di guadagno lordi si aggirano attorno al 70% sino al 90%, e secondo gli esperti il suo tasso medio di profitto è il più elevato di tutti: raggiunge il 18,6% contro il 15,8% delle banche commerciali che sono classificate al secondo posto. In tutto il mondo occidentale, il costo totale della spesa in medicine e delle prescrizioni aumenta ogni anno tra il 6% e il 20% secondo il paese*⁵⁰⁰”. Da queste parole di Pignarre si può cogliere come l'industria farmaceutica non possa essere considerata un'impresa come un'altra, ma debba essere considerata come l'impresa commerciale per eccellenza, la quale riesce ad ottenere dei margini di profitto superiori ad ogni altra attività comprese le banche⁵⁰¹. Jörg Blech, condividendo le tesi espresse da Moynihan e confermate dai dati che sono sotto gli occhi di tutti, mostra tramite le sue ricerche come continuamente emergano nuovi tipi di malattie, le quali radicalizzano il

⁴⁹⁷ R. Moynihan, I. Health, *Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*, in *British Medical Journal*, n. 324, 2002, p. 886-891

⁴⁹⁸ L. Payer, *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies and Inurers are Making You Feel Sick*, John Wiley and Sons, 1992

⁴⁹⁹ In particolare Payer si concentra su tre patologie: Iperattività, angoscia e insonnia.(p. 233-243)

⁵⁰⁰ P. Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, la Découverte, Paris 2003, p. 13

⁵⁰¹ Sauveur Boukris aggiunge che: *“dopo la seconda guerra mondiale, l'industria farmaceutica ha conosciuto una crescita ininterrotta. Nel 2009 le cifre d'affari totali si situano attorno agli 808 miliardi di dollari, con una crescita di circa il 93% per anno da più di dieci anni. Secondo l'Im Health, una delle principali imprese specializzate negli studi e nei consigli per le industrie farmaceutiche, su questi 808 miliardi, 376 sono stati realizzati dai 15 più grandi marchi, che guadagnano un margine netto del 22,9% e in media hanno una redditività finanziaria del 29.9%”*. *La fabrique de malades*, Le cherche midi, Paris 2013, p. 15

fenomeno della medicalizzazione, convincendo i soggetti a consumare farmaci per situazioni che sino ad allora non erano considerate patologie. A tal proposito scrive: “*attualmente le ditte Jenapharm e Kade/Besins di Berlino cercano di far conoscere all’opinione pubblica una malattia che si dice affligga milioni di uomini nel fiore degli anni: la Aging Male Sindrome, la menopausa maschile. Queste imprese hanno stretto rapporti con istituti di indagini demoscopiche, uffici di pubbliche relazioni, agenzie pubblicitarie e docenti di medicina affinché facciano conoscere al grande pubblico l’esistenza dell’età critica nell’uomo. Occasione per la campagna pubblicitaria è stato il lancio di due preparati a base di ormoni che sono stati immessi nel mercato tedesco ad aprile 2003*⁵⁰²”. Blech mette, anche, in evidenza come l’obiettivo delle case farmaceutiche non sia quello di far pubblicità al farmaco, ma quello di propagandare e diffondere le patologie, poiché solo in questo modo possono trovare le modalità per vendere il farmaco stesso. In altri termini anche Blech ritiene che la medicalizzazione della vita proceda primariamente a causa della volontà di vendere farmaci. A questo proposito si rilevano di capitale interesse le ricerche condotte da Ethan Watters nel libro *Crazy like us*, dove vengono descritte con dovizia d’informazioni le tecniche utilizzate per far propagandare le malattie. In particolare egli descrive le modalità attuate per vendere un farmaco antidepressivo in Giappone, il quale richiese grandissime campagne pubblicitarie finalizzate a cambiare la concezione del pubblico giapponese riguardo l’ambito depressivo, in altri termini fu necessario pubblicizzare prima di tutto la malattia, solo così fu possibile vendere il farmaco per la stessa. La teoria della medicalizzazione che lo stesso Watters propone mira a mettere in luce come essa sia il prodotto della volontà delle case farmaceutiche di vendere più farmaci e ricavare più utili. Di pari passo lo studioso Paul Rabinow sostiene che la ricerca della verità diagnostica non sia più sufficiente a mobilitare la produzione di conoscenza medica, poiché la salute – o piuttosto il profitto ottenuto promettendo la salute – è ormai la principale forza motrice nello stabilire ciò che è importante per la salute del malato mentale⁵⁰³. In altre parole Rabinow afferma che il concetto di salute, interpretato quale concetto naturale e non normativo, costituisce la volontà che spinge la medicina ad attivare ricerca e studi, pertanto se qualcosa non è funzionale all’implementazione della ricchezza o richiede troppi fondi rispetto ai guadagni non viene perseguito dall’industria del farmaco. A questo proposito Gammage e Stark, in un articolo pubblicato sul *Philadelphia Inquirer*⁵⁰⁴, ci informano che solo nel 1999 sono stati spesi 1,8

⁵⁰² J. Blech, *Gli inventori della malattia*, Lindau, Torino 2006, p. 15

⁵⁰³ P. Rabinow, *Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality*, in *Essay on the Anthropology of Reason*, Princeton University Press, 1996

⁵⁰⁴ J. Gammage, K. Stark, *Under the Influence*, in *Philadelphia Inquirer*, 9 marzo 2002

miliardi di dollari per pubblicità da parte dell'industria farmaceutica e sostengono che negli anni successivi le cifre sono destinate a salire, tanto che si potrebbe addirittura prospettare il possibile sorpasso dei soldi spesi per la pubblicità rispetto a quelli spesi per la ricerca. Non a caso lo studioso inglese di problemi legati alla sanità, David Gilbert, asserisce: “*non appena un farmaco è disponibile, le campagne pubblicitarie promosse dall'industria si affannano a spiegare ai medici e ai potenziali pazienti a quale nuovo tipo di malattia questo farmaco può servire*⁵⁰⁵”. Per cogliere quanto la pratica di pubblicizzazione della malattia siano importanti al fine di vendere farmaci, si può, ad esempio, far riferimento ad una delle tante condanne giudiziarie inflitte alle case farmaceutiche⁵⁰⁶, in particolare Bert, Gardini e Quadrino all'interno del libro *Slow Medicine* riportano il caso della ditta farmaceutica Janssen e della sua associata Johnson&Johnson che il 29 agosto 2012 sono state condannate a pagare 144 milioni di euro per aver commercializzato in modo ingannevole, in particolare tramite pubblicità e campagne che promettevano risultati non veritieri, il farmaco *Risperidone*⁵⁰⁷. Il punto in comune che caratterizza tutti questi autori e gli altri che si occupano del fenomeno del disease mongering è la volontà di descrivere la medicalizzazione quale processo secondario all'impegno profuso per vendere un farmaco, ovvero prima nasce la determinazione a vendere il farmaco e, solo secondariamente, s'innestano le modalità che conducono un aspetto della vita a rientrare all'interno del dominio veritativo della medicina. Gli studi sulle malattie da mercato sono bene avviati soprattutto per quanto riguarda la pratica psichiatrica, tanto che le note ricerche di Harris hanno messo in luce che “parlare” in psichiatria non serve a fare soldi, infatti gli psichiatri che offrono una psicoterapia in accompagnamento ai farmaci, durante una visita di 45 minuti, guadagnano il 41% in meno rispetto agli psichiatri che offrono sessioni di guida all'uso dei farmaci della durata di 15 minuti⁵⁰⁸. Tale situazione conduce alla volontà sia di utilizzare i farmaci, che di dilatare il loro campo d'azione. A questa evidenza, come mostra Lisa Cosgrove, bisogna aggiungere che il 56% degli psichiatri che hanno composto il gruppo dei redattori del DSM-IV avevano e hanno

⁵⁰⁵ D. Gilbert, *Lifestyle Medicines*, in *British Medical Journal*, n. 321, 2000, p. 1342

⁵⁰⁶ Per approfondire questo tema si può far riferimento a: M. Angell, *Farma&Co*, il Saggiatore, Milano 2006; M. Angell, *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, in *Psicoterapia e scienze umane*, N. 2, 2012; L. Cosgrove, S. Krinsky, M. Vijayaraghaven, L. Scheider, *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, in *Psychotherapy and Psychosomatics*, N. 75, 2006; A. Frances, *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Bollati Boringhieri, Torino 2013

⁵⁰⁷ I tre autori riportano: “è stato dimostrato che dal 1998 al 2004 la Janssen aveva promosso l'uso del farmaco per disturbi mentali per i quali la sua utilità non era ancora stata verificata [...] a tal fine la Janssen aveva sponsorizzato specifici corsi di informazione rivolti ai medici, i quali venivano pagati per partecipare e imparare a prescrivere il farmaco [...] come ricompensa i dottori compiacenti ricevevano denaro e migliaia di campioni gratuiti”. G. Bert, A. Gardini, S. Quadrino, *Slow Medicine*, Sperling&Kupfer, Milano 2013, p. 45

⁵⁰⁸ G. Harris, *Talk doesn't Pay, So psychiatry Turns Instead to Drug Therapy*, in *The New York Times*, 5 marzo 2011

rapporti economici con case farmaceutiche⁵⁰⁹, inoltre conflitti di interesse sono stati registrati, in maniera maggiore, anche nella stesura del DSM-5⁵¹⁰. In particolare lo stretto rapporto tra psichiatria e industria farmaceutica è stato indagato da Marcia Angell, ex direttore di uno dei giornali medici più conosciuti il *New England Journal of Medicine*, che pubblicò un editoriale sul suo giornale per mostrare come la scienza medica fosse molto incline ad avere rapporti stretti con le case farmaceutiche e per spiegare come ciò avvenisse scelse proprio di trattare l'ambito psichiatrico. In particolare, Angell spiegò che quando la rivista aveva cercato uno psichiatra dotato di esperienza e indipendente, era stato quasi impossibile trovarne uno, poiché pochissimi negli Stati Uniti erano liberi da legami finanziari con i produttori di farmaci⁵¹¹. La stessa Angell pubblicò nel 2011 un altro articolo nel celebre *New York Review of Books*, in cui ricostruì la storia recente della psichiatria e sottolineò il quadro allarmante in termini di crescita inarrestabile delle prescrizioni di psicofarmaci, mettendolo in relazione con i fondi elargiti dalla case farmaceutiche agli psichiatri⁵¹². Anche Èlisabeth Roudinesco, psicoanalista e storica tra le più conosciute nel panorama internazionale, ha asserito che: “*i redattori del manuale DSM hanno trasformato in malattie mentali le nostre emozioni, anche le più banali, per la più grande felicità di un industria farmaceutica estremamente interessata a guadagnare con delle molecole inutili [...] grazie al DSM noi siamo invitati a considerarci come dei malati*”⁵¹³.

Le ricerche, che correlano profitti della case farmaceutiche e malattie mentali, si concentrano nell'osservare come le campagne pubblicitarie agiscano tramite l'utilizzo di dati ultraspecialistici che risultano veritieri, ma non interpretabili dai soggetti. A questo proposito il libro di Legrenzi e Umiltà dal titolo *Neuro-Mania* mette in luce come le “nuove patologie” psichiatriche siano presentate in giornali divulgativi, quotidiani e settimanali non d'interesse

⁵⁰⁹ L. Cosgrove et Al., *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, in *Psychother Psychosom*, 2006;75:154–160

⁵¹⁰ Cfr. Cosgrove L, Krinsky S (2012) *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*, *PLoS Med* 9(3), 2012; L. Cosgrove, H. J. Bursztajn, S. Krinsky, M. Anaya, J. Walker, *Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines*, in *Psychotherapy and psychosomatics*, Vol. 78, No. 4, 2009; R. Moynihan, G. P. E. Cooke, J. A. Doust, L. Bero, S. Hill, P.P. G. Lasziou, *Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States*, *Plos medicine*, August 13, 2013; L. Cosgrove, *Diagnosing Conflict-of-Interest Disorder*, *Academe*, Volume 96, Number 6, November-December 2010; B.C. Pileckiemail, J.W. Clegg, D. McKay, *The influence of corporate and political interests on models of illness in the evolution of the DSM*, *European Psychiatry* Volume 26, April 2011; L. Batstra, Laura, A. Frances, *Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure*, *Journal of Nervous & Mental Disease*, Volume 200, Issue 6, June 2012; L. Cosgrove, *Psychiatric Taxonomy, Psychopharmacology and Big Pharma*, Counseling and School Psychology Faculty Publication Series, Paper 7, 2010

⁵¹¹ M. Angell, *Is academic medicine for sale?*, in *New England Journal of Medicine*, v. 342, 2000

⁵¹² Cfr. M. Angell, *The epidemic of mental illness: why. The illusion of psychiatry*, in *The New York Review of Books*, giugno 2011; M. Angell, *The Truth About The Drug Companies: How They Deceive Us And What To Do About It*, Random House Trade, 2005

⁵¹³ È. Roudinesco, articolo apparso in *Le Monde*, 6 marzo 2009

medico, corredate da informazioni neuroscientifiche che ne accentuano i risultati. Mostrano però come tali dati siano parziali e mal scritti, ma come gli stessi non possono essere compresi che da uno strettissimo numero di addetti ai lavori. Per confermare la loro tesi riportano alcuni studi che hanno messo in mostra la qualità delle credenze che le persone pongono nelle neuroscienze⁵¹⁴. In particolare essi riportano uno studio eseguito dall'università di Yale⁵¹⁵ tendente ad accertare se un'eventuale predilezione per le spiegazioni neuro affondi o meno le proprie radici nei modi di rappresentazione del mondo da parte del grande pubblico. Lo studio ha rivelato che una spiegazione, se corredata da indicazioni neuro, anche se generiche, aveva più appeal nei lettori rispetto ad una tesi non supportata da tali dati. Inoltre, ha messo in luce come nessuno, tranne gli esperti del settore, riuscisse a cogliere la differenza tra dati corretti e sbagliati, poiché il solo presupposto che la tesi fosse giustificata e supportata da dati neuro è sufficiente per riporre fiducia in tale tesi. Ciò comporta che la propaganda sui risultati ottenuti della prospettiva neuro è riuscita a persuadere gli animi del grande pubblico sulla validità oggettiva delle tesi espresse. A questo proposito Legrenzi e Umiltà asseriscono: *“bisogna essere davvero esperti per non farsi ingannare. Per tutti gli altri, e cioè la grande maggioranza delle persone, l'aggiunta dell'informazione neuro, di per sé corretta, fa la differenza. La differenza che corre tra una spiegazione credibile e una ritenuta sbagliata. In altre parole, la spiegazione sbagliata diventa credibile grazie all'arricchimento neuro che ha, per così dire, un potere salvifico. Le persone tendono a fraintendere il senso di tale arricchimento, che trasforma in spiegazione soddisfacente quella che, in sua, non lo è. In altre parole l'informazione neuro è un valore aggiunto che rende credibile qualcosa di fasullo⁵¹⁶”*. Tale situazione viene chiarita ancora una volta dagli studi di Jörg Blech, il quale sostiene che gli articoli che si trovano in molte riviste non specializzate spesso vengono scritti da giornalisti che non se ne intendono di medicina. A questo proposito scrive: *“molte delle notizie diramate della stampa sono riprese dai giornalisti in maniera assolutamente acritica. Possibili terapie vengono di colpo strombazzate come se fossero rimedi sensazionali, ma nella maggior parte dei casi dopo un po' di tempo non si ha più notizia di esse. La tendenza all'esagerazione è una malattia professionale di molti giornalisti che si occupano di medicina: spesso, per far sembrare importanti e significativi i loro servizi, essi gonfiano i dati sulla diffusione di certe malattie e il pericolo che queste possono*

⁵¹⁴ Cfr D. Skolnick Weisberg, F. Keil, J. Goodstein, E. Rawson, J. R. Gray, *The seductive allure of neuroscience explanation*, in *Journal of Cognitive Neuroscience*, n. 20, 2008

⁵¹⁵ Cfr S. Birch, P. Bloom, *The curse of knowledge in reasoning about false beliefs*, in *Psychological Science*, n. 5, 2007

⁵¹⁶ P. Legrenzi, C. Umiltà, *Neuro-mania*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 71

*constituire*⁵¹⁷”. Su questo tema sono stati scritti innumerevoli articoli⁵¹⁸ e Blech sceglie di giustificare la sua affermazione facendo riferimento allo studio condotto dall’Harvard Medical School pubblicato nel giugno del 2000⁵¹⁹, nel quale venivano esaminati 207 articoli riguardanti tre farmaci, pubblicati nel *Wall Street Journal*, nel *New York Times*, nel *Washington Post*, in altri 33 giornali e apparsi sulle principali televisioni nazionali. I risultati furono molto chiari: nel 40% degli articoli mancavano dati e cifre sulla asserita efficacia dei farmaci, inoltre nei rari articoli che riportavano qualche cifra si parlava solo dei dati sull’utilità relativa dei farmaci. Nella quasi totalità degli articoli non si parlava né degli effetti collaterali né si riportavano gli esiti di altri studi, in più, quando l’articolo era scritto da un esperto della materia non si riportava mai se esso avesse qualche rapporto o legame finanziario con i produttori di farmaci. Al di là delle modalità di vendita delle malattie, situazione che richiederebbe una tesi a se stante, il punto fondamentale da cogliere è che all’interno dello studio della medicalizzazione della vita, oggi sta prendendo sempre più piede la volontà di subordinare lo stesso alla volontà di guadagno delle case farmaceutiche. In altre parole, la medicalizzazione viene creata e si erge sulla volontà di dilatare il pubblico di riferimento che acquista i farmaci e raggiungere tale scopo si escogitano dei metodi di marketing che donano vita alla medicalizzazione-psichiatrizzazione della vita.

2) Foucault e le malattie da mercato

La tesi relativa al disease mongering, che considera la medicalizzazione come un fenomeno che si erge e s’instaura sulla volontà di guadagnare profitto da parte delle case farmaceutiche, sembra essere la trasposizione contemporanea delle tesi espresse da Ivan Illich. Infatti, proprio come l’intellettuale austriaco sosteneva che la medicalizzazione fosse l’effetto del potere capitalista, così oggi si afferma che la volontà di ricchezza (forse la potremo ancora chiamare capitalista) regge e crea la medicalizzazione. Anche in questo caso si può far valere la critica di Foucault a Illich, di cui abbiamo parlato nel terzo capitolo di questa tesi, che

⁵¹⁷ J. Blech, *Gli inventori delle malattie*, Lindau, Torino 2006, p. 59

⁵¹⁸ S. Krinsky, L. S. Rothenberg, *Financial interest and its disclosure in scientific publications*, in *JAMA*, n. 280, 1998; G. H. Guyatt, J. Ray, et al., *A journalist's guide to writing health stories*, in *Am. Med. Writers Assoc.*, N. 14, 1999; M. Cho, L. Bero, *The quality of drug studies published in symposium proceedings*, In *Ann. Intern. Med.*, N.124, 1996; M. Shuchman, M. Wilkes, *Medical scientists and health news reporting: a case of miscommunication*, In *Ann. Intern. Med.* N. 126, 1997; A. Van Trigt, L. M. Voogt, et al., *Setting the agenda: does the medical literature set the agenda for articles about medicines in the newspapers?*, in *Soc Sci Med*, N. 41, 1995; M. Lebow, *The pill and the press: reporting risk*, In *Obstet Gynecol*, N. 93, 1999; R. Moynihan, L. Bero, D. R. Degnan, et al., *Coverage by the News Media of the Benefits and Risks of Medications*, in *The New England Journal of Medicine*, N. 342, 2000

⁵¹⁹ J. Blech, *Gli inventori delle malattie*, Lindau, Torino 2006, pp. 59-60

afferma come si scambiano gli effetti per le cause. La tesi di Foucault è che la medicalizzazione fornisce le possibilità per la creazione e l'instaurazione del capitalismo, costituendo la cornice entro cui i fatti dell'uomo avvengono e assumono senso e, solo per tal ragione, il soggetto si pensa quale soggetto medico che deve ricorrere alla medicina per tutte le proprie sciagure vitali che intaccano la naturale espressione della salute. Senza una modalità di comprensione medica da parte del soggetto, oppure detto in modo più preciso, senza le possibilità legate al meccanismo di medicalizzazione che offre le modalità di soggettivazione, non potrebbe sussistere la possibilità di rendere malattia qualunque situazione di vita. In altri termini il fenomeno del *disease mongering*, seppur di fondamentale importanza, non rappresenta nessuna spinta alla medicalizzazione, ma esso stesso deriva dalla cornice medicalizzata della vita, la quale si legittima sempre più grazie a tale fenomeno. Foucault, come abbiamo avuto modo di accennare nel paragrafo sette del secondo capitolo, ha avuto modo nelle sue ricerche filosofiche di trattare le nuove modalità attraverso le quali il concetto di salute s'insinua nel mercato. A questo proposito egli sostiene che il corpo umano si trova oggi all'interno del mercato secondo due forme: la prima è quella della forza lavoro, la seconda è quella di tutelare ed implementare la propria salute. A questo proposito egli sottolinea che se il concetto di salute non fosse posto quale forma normale, invece che normativa e non venisse issato a cuore della nostra società, sarebbe impossibile sfruttare lo stesso per trarne degli utili. Si coglie così come, per Foucault, i risultati del tutto inesatto parlare del *disease mongering* quale forma prima che genera la medicalizzazione della vita, poiché è la medicalizzazione che permette l'instaurarsi delle malattie da mercato, rafforzando il proprio dominio grazie ad esse.

Nonostante ciò, Foucault già nel 1976 aveva mosso le prime critiche all'inserimento delle malattie all'interno del mercato, poiché l'introduzione della salute in un sistema economico basato sul consumo non ha aumentato in maniera significativa il livello di salute⁵²⁰. A sostegno della sua tesi Foucault riporta, citando uno studio di Charles Levinson del 1964, che un aumento del 1% dei consumi di servizi medici produce un calo dello 0,1% della mortalità⁵²¹. Dunque, il consumo medico può ridurre il tasso di mortalità, ma esso da solo non è sufficiente a modificare sensibilmente il tenore di vita dei soggetti, poiché l'educazione e soprattutto il reddito familiare sono fattori che incidono in maniera maggiore sui tassi di mortalità. Queste evidenze più volte riportate da Foucault lo conducono ad affermare che: “*se*

⁵²⁰A questo proposito scrive: “*contrariamente a quel che si sarebbe potuto sperare, l'introduzione del corpo umano e della salute nel sistema di consumo e nel mercato non ha elevato in maniera correlativa e proporzionale il livello di salute*⁵²⁰”. *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, in Archivio Foucault 2, Feltrinelli, Milano 1997, p. 216

⁵²¹ Ibidem

il consumo medico è collocato nell'insieme delle variabili che possono agire sul tasso di mortalità, si osserverà che rappresenta il fattore più debole [...] ne consegue che il livello di consumo medico e il livello di salute non sono in relazione diretta, il che rivela il paradosso di una crescita dei consumi che non è seguita da nessun fenomeno positivo sul versante della salute, della morbosità o della mortalità⁵²²". Tale situazione conduce il filosofo francese a sostenere che le case farmaceutiche ottengono i più grossi profitti dalla medicalizzazione, ma esse non sono coloro che possono creare tale fenomeno, ma si possono servire dello stesso per i propri interessi. Ciò si verifica per il fatto che il regime politico, votandosi ad una biopolitica della vita la quale s'instaura attorno alla volontà di protezione della popolazione tramite la presa in carico dei soggetti singoli, paga delle grosse commissioni all'industria del farmaco per garantire il proprio funzionamento. In altri termini, Foucault sostiene che il regime politico attuale che trova fondamento nella medicalizzazione della vita deve pagare una grande quantità di capitali all'industria del farmaco per rafforzare il suo stesso procedere che si basa sul garantire la sicurezza della popolazione, la quale si realizza nella lotta al deviante biologico e alle deformazioni che generano una tale devianza. Per tal ragione le malattie da mercato non sono, secondo Foucault, degli espedienti generati dalla case farmaceutiche per vendere dei farmaci, ma sono delle modalità insite all'interno della cornice della medicalizzazione della vita. Si può così affermare, seguendo l'analisi foucaultiana, che senza una cornice di senso che accentua il valore naturale della salute, medicalizzazione della vita, non si potrebbe creare il fenomeno del disease mongering, ma di pari passo senza una continua creazione di nuove patologie e la relativa vendita di medicinali non si potrebbe giustificare un sistema politico che si basa sulla volontà di assolutizzare la salute quale dato naturale atto a garantire una modalità esplicativa del potere stesso, che si basa sul proteggere lo slancio vitale annesso al progetto sociale e razionale. Le case farmaceutiche sono, quindi, un'istanza di potere fondamentale all'interno della medicalizzazione della vita, ma non rappresentano ciò che crea il fenomeno di medicalizzazione, bensì esse sono l'elemento che sfrutta la medicalizzazione per ottenere dei grossi utili, pur essendo anch'esse un tassello all'interno della cornice morale che muove il nostro progettarci nel mondo. Per cogliere tale situazione è possibile fare un esempio attuale che riguarda i farmaci che al momento sono tra i più diffusi al mondo: gli antidepressivi. La depressione si trova al centro di numerosi dibattiti, infatti, come sostiene Hugnet: *"diversamente dal diabete o dalle malattie cardiovascolari, non esiste alcun esame biologico che permette di affermare oggettivamente che qualcuno è*

⁵²² Ibidem

*affetto da depressione*⁵²³”. Tale situazione, come abbiamo visto, s’inserisce nella peculiarità della pratica psichiatrica, la quale può decretare cosa è normale rispetto a cosa non lo è grazie a degli accordi presi tra gli studiosi che redigono il DSM. Proprio questo manuale è oggetto di numerose critiche volte a denunciare i molti investimenti che le case farmaceutiche attuano per condizionarne la scrittura. Una delle malattie più diffuse ad oggi, grazie all’evoluzione che è avvenuta all’interno del DSM stesso, è la patologia depressiva, che è stata dichiarata dall’OMS seconda malattia più diffusa al mondo dietro alle sole malattie cardiovascolari. Essa rappresenta l’emblema delle patologie studiate quali forme di disease mongering, infatti sino alla pubblicazione del DSM-III essa era diagnosticata in una percentuale bassissima nella popolazione, oggi invece è diagnosticata ad un numero talmente alto di persone, che la si potrebbe definire una malattia epocale. La depressione si trova al centro degli studi sulle malattie da mercato poiché rende possibile una situazione paradossale che vede i farmaci antidepressivi non essere il risultato dell’evidenza di una lesione da riparare, ma ergersi, tramite il loro agire, a garanti dell’esistenza della depressione. In altri termini come scrive Irving Kirsch, biologo che più di ogni altro ha studiato gli effetti e i risultati dei farmaci antidepressivi, nel suo famosissimo libro *The Emperor’s New Drugs*⁵²⁴,: “*il punto di vista convenzionale sulla depressione è che essa sia causata da uno squilibrio chimico nel cervello. Questa idea si basava sulla convinzione che gli antidepressivi fossero trattamenti efficaci*⁵²⁵”. In altre parole, Kirsch mette in luce che alla domanda: come la depressione può essere considerata una malattia? La risposta che la psichiatria fornisce è che gli antidepressivi funzionano⁵²⁶. Dunque, l’edificio scientifico della depressione si basa sul presupposto che gli

⁵²³ G. Hugnet, *Antidépresseurs: mensonges sur ordonnance*, Thierry Souccar Editions, 2010, p. 19

⁵²⁴ Tradotto in italiano con il titolo: *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*, Tecniche nuove, Milano 2012

⁵²⁵ I. Kirsch, *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*, Tecniche nuove, Milano 2012, p. XXI

⁵²⁶ La tesi centrale esposta da Kirsch nella propria opera per mettere in rilievo il capovolgimento di senso che gli antidepressivi (situazione adattabile alla gran parte dei medicinali psichiatrici) pongono in essere è la rilevazione delle statistiche di successo degli stessi. Infatti, in ambito psichiatrico si pensa che diversi antidepressivi funzionino in modi diversi, ad esempio gli SSRI (inibitori della ricaptazione della serotonina) aumentano la serotonina, invece gli NDRI (inibitori della ricaptazione di noradrenalina e dopamina) aumentano la noradrenalina e la dopamina. Tali antidepressivi sono selettivi, cioè hanno come bersaglio i neurotrasmettitori designati senza toccarne altri, risulta quindi curioso secondo Kirsch che i due antidepressivi abbiano i medesimi risultati per curare la depressione. A tal proposito, nella propria opera egli ha riportato che il 60% dei pazienti risponde agli SSRI e il 59% risponde agli NDRI, evidenziano così che non solo i tassi di influenza sono i medesimi, ma che essi se messi assieme raggiungono il 119% delle persone, dunque un 19% in più di persone. Tale situazione sembra paradossale, poiché se la depressione è provocata da uno scompenso chimico risulta davvero strano che una grande percentuale di persone reagisca in ugual misura a due farmaci che agiscono su neurotrasmettitori differenti. Per tal ragione Kirsch scrive: “*ci sono semplicemente troppi farmaci che producono tassi di risposta del 50% o più nel trattamento della depressione, e questi non si limitano agli antidepressivi. Altri farmaci che agiscono meglio dei placebo nel trattare la depressione includono sedativi, stimolanti, oppiacei, farmaci antipsicotici e l’iperico, un rimedio erboristico. Penso che nessuno avrebbe l’ardire di concludere che esiste un meccanismo chimico comune a tutti questi farmaci diversi. Ci possono essere in effetti diversi sottotipi di depressione ed è ragionevole supporre che diversi trattamenti potrebbero essere efficaci per questi diversi sottotipi di disturbo. La proporzione di persone sofferenti di ogni sottotipo di depressione non può però superare la somma del 100%. E tuttavia è proprio ciò che i dati sembrano dirci, se*

antidepressivi sono efficaci, rovesciando così il metodo medico-scientifico per il quale non dovrebbe essere un farmaco che legittima la malattia, ma dovrebbe essere la malattia che legittima il farmaco. A sostegno di ciò Alec Coppen, famoso psichiatra inglese, pioniere della biologia psichiatrica, nel 1967 ha scritto: “*una delle ragioni più convincenti per credere che ci sia una base biochimica per la depressione o mania è lo straordinario successo delle terapie mediche nel trattamento di tali condizioni*⁵²⁷”. Risulta chiaro, da questo piccolo esempio⁵²⁸, come la vendita degli antidepressivi sempre a più persone non sia funzionale unicamente all’aumento degli introiti propri delle case farmaceutiche, ma sia anche funzionale a sorreggere la stessa patologia, la quale a propria volta sostiene la visione della psichiatria e della salute da parte della popolazione, creando un’immagine sociale importante e diffusa della stessa pratica. Così facendo, determina anche la possibilità da parte del potere politico di agire sul singolo proteggendo la popolazione, ma tutto ciò non potrebbe avvenire se i soggetti tutti non accordassero primariamente credito veritativo al concetto di salute e alla medicina quale fonte e garanzia della stessa. In altri termini, proprio come sostiene Foucault, il disease mongering pur essendo importante per la proliferazione della medicalizzazione e del potere biopolitico che si regge su di essa, non sarebbe minimamente praticabile se non si fondasse su una cornice di senso medicalizzata che determina le modalità di soggettivazione proprie dei soggetti che si riconoscono quali individui bisognosi di sempre nuove cure e che danno valore alla loro naturale funzione di salute.

3) Disease mongering e soggettivazione sessuale: un modo per concepire la mascolinità e la femminilità

Il fenomeno del disease mongering non potrebbe avverarsi se esso non poggiasse su una cornice di senso che ne permette e legittima la modalità di operare. Infatti, tale fenomeno da solo non avrebbe la forza per creare la medicalizzazione della vita, poiché la stessa insiste sul fatto che il soggetto-consumatore di farmaci richieda e voglia con gran forza acquistare ad assumere sempre nuove pillole, dunque tale situazione è frutto di quell’ordine del discorso

assumiamo che l’ipotesi del farmaco su misura sia giusta”. I. Kirsch, *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*, Tecniche nuove, Milano 2012, p. 80. In questo modo Kirsh mette in luce come gli antidepressivi agiscano anche grazie al consenso che i soggetti moderni sono disposti ad accordare ai rimedi medici atti a combattere i propri problemi vitali. In altre parole egli afferma che la gran parte del successo degli stessi, rispetto all’utilizzo di rimedi differenti, dipenda dal fatto che l’ordine di verità proprio della nostra società si fondi sul linguaggio medico-scientifico.

⁵²⁷ A. Coppen, *The Biochemistry of Affective Disorders*, in *British Journal of Psychiatry*, n. 113, 1967, p. 1240

⁵²⁸ Per un approfondimento di tale tematica invito alla lettura dell’intero libro di Kirsch, *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*, Tecniche nuove, o alla lettura del capitolo quinto del libro che ho scritto sulla depressione dal titolo: *Il diritto di essere tristi. Per una filosofia della depressione*, Alboversorio, Milano 2015

che determina il regime veritativo oggi in uso all'interno della nostra società. In altre parole, come sostiene Foucault, è solo perché, alle fine del XVIII, la medicina diventa sociale, interessandosi degli ambienti in cui vive l'uomo, della dieta, delle usanze, dei tempi di riposo ecc., ovvero iniziando un processo di appropriazione sempre più massiccio della sfera vitale, che oggi le industrie del farmaco possono guadagnare così tanti utili dall'espansione costante delle patologie. Le industrie farmaceutiche possono vendere sempre nuovi medicinali, operando una trascrizione dei fatti quotidiani all'interno della medicina (pensiamo negli ultimi anni alla cellulite, all'ansia, all'eiaculazione precoce), solo perché esiste già una cornice di senso e proprio questa determina i soggetti a pensarsi come frutto ed espressione della medicina. Creare dal nulla la medicalizzazione senza avere alla spalle questo processo di soggettivazione-medicalizzata è del tutto impossibile e certamente non riuscirebbe ad avere un impatto così importante e redditizio come quello che attualmente sorreggono l'industria del farmaco. Chiarito questo punto, bisogna però notare come il disease mongering non trae solo benefici dalla medicalizzazione, ma esso risulta funzionale a perpetuare la stessa medicalizzazione e, in particolare, diviene di capitale importanza per la propagazione dei fenomeni di soggettivazione medicalizzata. Per cogliere tale situazione si può, ad esempio, far riferimento a come il DSM e la psichiatria influiscano totalmente sulla nostra modalità di concepirci quali soggetti sessuali⁵²⁹. In particolare il DSM-5 sancisce quali disturbi sessuali le seguenti forme: eiaculazione ritardata, disturbo erettile, disturbo dell'orgasmo femminile, disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitamento sessuale femminile, disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione, disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile, eiaculazione precoce, disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci, disfunzione sessuale con altra specificazione e disfunzione sessuale senza specificazione⁵³⁰. Come si può facilmente notare dal nome di queste patologie, la gran parte di esse sono associabili alla sfera relazionale, in quanto non si fondano su un'idea naturale di salute, ma riposano sull'idea strutturata di salute, la quale costituendosi quale forma normativa sostiene che sia naturale per l'uomo e per la donna provare piacere e riuscire a fare ciò per un determinato lasso di tempo. Inoltre, si può cogliere anche come al centro della psichiatria risieda ancora quella nozione

⁵²⁹ Sono stato invitato a presentare lo studio, condotto per la redazione della tesi di dottorato attorno all'influenza della DSM nel determinare i meccanismi di soggettivazione propri dell'area sessuale, al convegno nazionale degli studi di genere dal titolo *Districare il nodo genere-potere: sguardi interdisciplinari su politica, lavoro, sessualità e cultura*, che si è tenuto presso l'Università di Trento il 21-22 febbraio 2014. Il mio studio è stato selezionato per la pubblicazione che ha trovato forma con il titolo: *La medicalizzazione della sessualità: un nuovo modo di concepire la femminilità e la maschilità*, all'interno dell'opera *DISTRICARE IL NODO GENERE-POTERE: sguardi interdisciplinari su politica, lavoro, sessualità e cultura Atti del III convegno nazionale del Centro di Studi Interdisciplinari di Genere Trento 21 e 22 Febbraio 2014, Trento, Università degli studi di Trento Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale CSG - Centro di Studi Interdisciplinari di Genere*, pp. 488-511

⁵³⁰ APA, *DSM-5*, Raffaello Cortina editore, Milano 2014, pp. 493-525

d'istinto, che Foucault ha sottolineato essere l'elemento essenziale attorno al quale la stessa pratica prende forma, che accomuna l'uomo nell'esercitare la propria dimensione biologico-riproduttiva. In altri termini la psichiatria costruisce ed elabora il concetto di sessualità e, di pari passo, il concetto di salute all'interno della sfera sessuale, giustificando tali asserzioni grazie al ricorso odierno alle terapie sociobiologiche e alle neuroscienze che portano l'APA a scrivere nel DSM: *“la risposta sessuale è fondamentalmente biologica, ma è generalmente vissuta in un contesto intrapersonale, interpersonale e culturale”*⁵³¹. Questa frase, che sembra non avere molto valore, assume invece un'importanza capillare, poiché mostra come la psichiatria prenda delle dimensioni sociali e sostenga che le stesse entrino sotto la sua giurisdizione a causa di una dimensione biologica che le sottende. Tale situazione costituisce la sfera della medicalizzazione che conduce al disease mongering, ma se un soggetto non si formasse quale individuo medicalizzato di certo lo stesso non riuscirebbe a riconoscere valore medico-biologico alle prescrizioni atte a stabilire quanto deve durare un rapporto, come bisogna provare piacere ecc. Dunque, si può cogliere come prima di tutto sia necessario che il soggetto doni valore alla propria biologicità e al criterio veritativo per il quale salute e malattia siano sempre naturali e legate a tale sfera biologica, secondariamente si possono medicalizzare le diverse situazioni vitali e dunque creare il fenomeno del disease mongering. Fenomeno che, però, porta con sé dei valori che rendono lo stesso soggetto capace di continuare a produrre i meccanismi di soggettivazione che lo conducono sia alla perpetuazione dell'interiorizzazione del valore della salute quale situazione naturale, sia alla possibilità di crearsi e pensarsi quale soggetto sessuale.

Per cogliere tale passaggio logico possiamo, oltre all'analisi condotta da Foucault, mirante a mettere in luce come la sessualità non sia una sfera naturale dell'uomo sempre esistita, lecitamente aggiungere gli studi condotti da Giorgio Rifelli, il quale ha evidenziato che il vocabolo “sesso” appare per la prima volta alla fine del XII secolo in Francia, *ses*⁵³², e deriva dal latino *sexus, us* (maschile) e *secus* (neutro) tradizionalmente legati al verbo *secare* (tagliare). Secondo tale ricostruzione, sin dalla sua nascita il termine sesso indica una separazione collegabile alla naturale e biologica differenza tra uomo e donna. A tale analisi Rifelli aggiunge che tale vocabolo, inteso nel suo senso di differenziazione, non entra nel linguaggio medico comune prima della fine del 1700⁵³³. Questa constatazione deriva dal fatto che prima della fine del settecento la disciplina che si occupa della sessualità, la psichiatria, non esisteva ancora e, come afferma ancora Rifelli, fu proprio la psichiatria verso la metà

⁵³¹ Ivi., p. 494

⁵³² In Italia appare per la prima volta nel 1320

⁵³³ G. Rifelli, *Psicologia e psicopatologia della sessualità*, Il Mulino, Bologna 1998, p. 103

dell'ottocento a investire tale vocabolo del significato che attualmente riveste, mirante a denunciare e legittimare la differenza non solo anatomica tra essere uomo e l'essere donna⁵³⁴. Dunque, possiamo asserire che, mentre Foucault mette in luce come la cornice medicalizzata della vita dona la possibilità esplicativa di concepire il reale sotto l'aspetto della naturalità della salute alla luce della dicotomia biologica sano-malato, le analisi storiche di Rifelli portano a cogliere come proprio tale sistema di senso permetta di identificare il concetto di sessualità con la demarcatura precisa della specificità degli attori sessuali. In altri termini, il dispositivo di sessualità che si erge sulla medicalizzazione della vita fa sì che l'uomo che, già ha elaborato un meccanismo di soggettivazione-medicalizzata, aumenti tale processo concependosi quale attore sessuale che porta delle specificità naturali insite al suo sesso di appartenenza. Non è dunque un caso che la psichiatria si voti, dalla metà dell'ottocento quando appare con forza il concetto di degenerazionismo, alla ricerca delle differenze biologico-cerebrali che motivano la diversità sessuale propria dell'ambito della sessualità. A questo proposito uno degli studi fondamentali per cogliere tale differenziazione viene condotto nel 1850 da Walker, il quale nel suo libro: *Le donne dal punto di vista fisiologico*, asserisce che le differenze sessuali dovessero corrispondere a differenze anatomiche del cervello. La tesi di Walker si basa sul presupposto che le donne fossero meno intelligenti e che, appurato dalle ricerche allora in voga come quella di Morel che la sede delle abilità intellettive fosse il cervello, la ragione dello svantaggio femminile doveva trovarsi in una diversa anatomia cerebrale. Le teorie di Walker diedero avvio ad una vastissima ricerca sulle differenze cerebrali tra uomo e donna e portarono Gustave Le Bon nel 1879 a scrivere che i cervelli delle donne erano per dimensione più simili a quelli dei gorilla che ai più sviluppati cervelli maschili, sostenendo così che le donne erano da considerarsi come l'espressione più bassa dell'evoluzione umana⁵³⁵. Altri ricercatori ipotizzarono che la quantità d'intelligenza fosse direttamente proporzionale al peso del cervello, per tal ragione essi ritennero che il fatto che la massa cerebrale delle donne fosse inferiore di circa il 10% rispetto a quella dell'uomo giustificasse la convinzione che l'uomo fosse più intelligente della donna. Nel novecento tali ricerche proseguirono tramite le analisi relative al test del (QI), dove si tentò di dimostrare che i dati provenienti dalle analisi condotte su soggetti femminili confermavano una scarsa variabilità, rispetto a quelli provenienti dall'analisi dei soggetti maschili, il che confermava una diversità profonda delle attività cerebrali e dunque delle connessioni neuronali che le

⁵³⁴ Ivi., p. 105

⁵³⁵ Z. Cattaneo, T. Vacchi, *Psicologia delle differenze sessuali*, Carocci, Roma 2006, p. 16

componevano⁵³⁶. Tutti questi studi giustificarono le differenti diagnosi che vennero elaborate all'interno del mondo psichiatrico e che ponevano l'accento sulla caratterizzazione della donna quale emotiva, fragile e vulnerabile. Infatti la malattia più diagnosticata era l'isteria (essa venne chiamata furore uterino, vagina dentata, clitoride ribelle ecc.), ovvero una forma di malattia causata da una serie di sintomi poliedrici e polimorfi che si potevano diagnosticare ad ogni donna che non obbediva al ruolo sociale che le era imposto⁵³⁷. La stessa sorte toccò anche all'uomo il quale divenne soggetto di diagnosi volte a confermare la sua virilità e la sua forza naturale, tanto che la principale patologia diagnosticata dalla metà dell'ottocento sino quasi alla fine del novecento fu l'omosessualità. In altri termini è possibile sostenere come la psichiatria creò, anzi radicalizzò, un modo di vedere che era già presente all'interno della società relativo ai ruoli sociali, ma per la prima volta nella storia umana ne diede uno sviluppo interno alla medicina facendole assumere valore scientifico-naturale.

Tale situazione non è mutata nel campo odierno, poiché se guardiamo alle differenti forme patologiche diagnosticate in base al DSM-5 cogliamo come l'accento venga sempre posto sull'aspetto di fragilità della donna (disturbo del desiderio sessuale o dell'eccitamento, ecc.) e sull'aspetto di virilità dell'uomo (disturbo erettile, disturbo del desiderio sessuale ipoattivo ecc.). Inoltre se si amplia lo sguardo alla totalità delle patologie che vengono diagnosticate, le quali pur non trovandosi completamente iscritte nella parte del DSM riguardo la sessualità intaccano la stessa, possiamo notare come le patologie che affliggono maggiormente le donne siano: la depressione, il disturbo disforico premestruale (DDMP), la depressione post-natale e la disfunzione sessuale femminile. Viceversa nell'uomo: l'impotenza sessuale psichica, la menopausa maschile e il desiderio sessuale ipoattivo. Oggi la patologia, di cui più di ogni altra si discute la legittimità, è il disturbo da desiderio sessuale e dell'eccitamento femminile, in quanto il suo criterio diagnostico è talmente vasto che alcuni studiosi sostengono che esso affligga il 43% delle donne⁵³⁸. Tale malattia è considerata come una delle fonti principali dello studio sulle *disease mongering*, tanto che Ray Moynihan⁵³⁹ pone in rilievo come tale criterio diagnostico sia nato all'interno di un convegno finanziato dalla stessa casa farmaceutica che poi ha creato il farmaco. In particolare, egli scrive che il primo convegno internazionale sulla disfunzione sessuale si tenne a Boston nel 1998, il compito di tale convegno fu quello di redigere una definizione univoca, da inserire nel DSM, del concetto di disfunzione sessuale femminile. In realtà non si trattò di un vero e proprio convegno poiché i

⁵³⁶ Su queste tematiche vedi: M. Hines, *Brain Gender*, Oxford University Press, New York 2004; Z. Cattaneo, T. Vacchi, *Psicologia delle differenze sessuali*, Carocci, Roma 2006

⁵³⁷ E. Costa, *La follie è donna?*, Franco Angeli, Milano 2011

⁵³⁸ R. Moynihan, B. Mintzes, *Sex Lies*, Greystone books, Vancouver 2010

⁵³⁹ R. Moynihan, *Farmaci che ammaliano*, Nuovi mondi editore, Modena 2010, p. 227

dibattiti avvennero a porte chiuse e i partecipanti furono selezionati da una commissione dell'*American Foundation for Urologic Disease* in base alla loro competenza. I diciannove partecipanti selezionati per il congresso di Boston riuscirono nell'impresa e sentenziarono che tale malattia doveva essere riconosciuta in ambito medico e psichiatrico. Moynihan continua la sua esposizione dimostrando come tale convegno fu finanziato da otto case farmaceutiche e diciotto dei diciannove redattori della nuova definizione avevano legami finanziari o rapporti di altri tipo con un totale di ventidue società farmaceutiche. Inoltre, egli mise in luce come, in seguito, si tenne un convegno annuale dedicato a tale forma patologica e ognuno di questi convegni ebbe come sponsor diverse società farmaceutiche. A sostegno della tesi di Moynihan intervenne la relazione del *Reuters Business Insight*⁵⁴⁰ che asserì che il mercato dei farmaci per curare tale patologia sarebbe potuto arrivare, nell'arco di qualche anno, a sfiorare il miliardo di dollari di utili per le case farmaceutiche. Quello che è importante osservare è che questa nuova forma patologica non è comparsa dal nulla, ma ha potuto agire su un substrato che le ha assicurato la possibilità d'instaurarsi. Difficilmente, senza un ordine del discorso che legittima come unica verità quella medico-biologica, tale patologia avrebbe potuto diffondersi e, allo stesso tempo, senza che il soggetto si concepisca come un soggetto medicalizzato, non si sarebbe potuto pensare di sostenere che non provare piacere all'interno del rapporto sessuale potesse in qualche modo essere collegabile al concetto di salute. In altri termini si può cogliere come l'introduzione di nuove malattie non rappresenta la totalità della medicalizzazione, che si esplica come una cornice di senso medicalizzata, la sola che può donare la forza di creare dei fenomeni come quelli del disease mongering. Tali fenomeni sono, però, fondamentali per rinsaldare i meccanismi di soggettivazione medicalizzata e sono funzionali anche per instaurare e perpetuare nuove forme di espressione della soggettività all'interno della sfera della medicalizzazione, per esempio mantenendo le differenze di genere, le quali permettono di essere sfruttate dall'industria del farmaco. Perciò si può asserire che la differenza sessuale tra uomo e donna, così come noi la concepiamo ovvero legittimata a livello biologico-naturale, s'instaura nei soggetti stessi solo a partire dalla metà dell'ottocento, quando la psichiatria s'interessa del dispositivo di sessualità, il quale non è una sua invenzione, ma diviene territorio fecondo per poter esercitare la propria influenza e i propri interessi che ne determinano sia la legittimità del suo procedere quale disciplina, che il progressivo strutturarsi delle dinamiche interne alla sessualità che comportano, di pari passo, l'edificazione di sempre nuove modalità, in ogni caso interne alla medicalizzazione, di

⁵⁴⁰ Vedi J. Coe, *The lifestyle drugs outlook to 2008, unlocking new value in well-being*, in *Datamonitor, Reuters Business Insight, Healthcare, PLC*, 2003, pp. 42-43.

soggettivazione. In conclusione si può cogliere come il disease mongering sia un fenomeno di estrema importanza, ma che si esplica solo a partire dalla medicalizzazione della vita, e non può in nessun caso essere considerato come ciò che crea, in solitaria, la medicalizzazione.

4) L'importanza del soggetto per la medicalizzazione

Sino ad ora abbiamo colto come il processo di medicalizzazione non avvenga per volontà dei medici, né per volontà del solo potere Statale, né per quella delle sole case farmaceutiche, ma, come avevamo già affermato nel primo capitolo di questa tesi, dobbiamo rilevare come questi soggetti si leghino tra loro in maniera inscindibile e orientino il loro agire per mezzo di una cornice di senso morale-terapeutico, che porta alla possibilità di vedere il reale quale contrapposizione di normalità e anormalità. Per tal ragione i soggetti si formano all'interno di tale orizzonte, sottoponendosi essi stessi all'azione medica atta a ristabilire la naturalità del concetto di salute e, così facendo, diventano i primi fautori e legittimatori della medicalizzazione della vita. Non è un caso che, nel primo capitolo di questa tesi, abbiamo parlato di cittadinanza biologica, rilevando come gli studiosi a noi contemporanei sostengano che i soggetti radunati in popolazione non possano oggi fare a meno di concepire tutta la loro realtà e il loro futuro in relazione all'espressione biologica della normalità dello stato di salute. Infatti, filosofi come Novas e Rose hanno evidenziato come i singoli soggetti oggi non chiedano una minore forma di ausilio medico, ma anzi richiedono sempre nuove forme di medicalizzazione al fine di migliorare il loro futuro. Risulta, dunque, chiaro come il centro della medicalizzazione è rappresentato dal soggetto che la vive, il quale formandosi all'interno della stessa e colui che la legittima tramite la continua richiesta dei suoi servizi. Sempre nel primo capitolo di questa tesi abbiamo chiarito come la medicina nasca sin da Ippocrate quale forma tecnica che ha per oggetto l'uomo, la medicalizzazione, che rappresenta l'estensione della medicina come forma morale di comprensione e di autocomprensione, non può perciò che trovare nell'uomo il proprio criterio d'azione. Colui che ha teorizzato e messo in maggior rilievo il meccanismo di medicalizzazione, Michel Foucault, assume come proprio centro di riflessione il soggetto e, in particolare, i meccanismi di soggettivazione con i quali l'individuo si forma quale soggetto. Abbiamo visto come lo stesso Foucault sostenga che al centro della sua ricerca filosofica ci sia il soggetto, il quale in un primo momento viene indagato alla luce della relazione che intrattiene con il sapere e, in un secondo momento, viene indagato secondo il rapporto sapere-potere. In altri termini anche lo studio della sessualità, ovvero dei giochi di verità e dell'ordine del discorso che ha portato

all'instaurazione di una possibilità dell'esperienza sessuale, viene subordinata alla volontà di ricercare e di analizzare gli effetti che tale pratica ha sulla costituzione della soggettività. Ciò che a Foucault interessa è indagare come si è evoluta la possibilità di identificare il soggetto di desiderio, dunque l'uomo che si riconosce e pratica la dimensione propria del meccanismo di sessualità. Infatti, come lo stesso Foucault asserisce sin dal primo volume della storia della sessualità, *La volontà di Sapere*, il suo intento non è quello relativo alla stesura di una storia ed evoluzione dei comportamenti e delle pratiche sessuali, bensì di analizzare il concetto stesso di sessualità, il quale, come abbiamo visto in precedenza, compare solo nella metà dell'ottocento ed è subordinato ad una serie di situazioni - medicina sociale, irruzione della psichiatria, emergere della considerazione biologica del comportamento umano - che lo portano a strutturare un campo normativo. A questo, però, bisogna aggiungere che il campo normativo poteva trovare la propria verità solo tramite l'assiduo esercizio nella vita quotidiana, per tal ragione diventa fondamentale indagare come lo stesso sia riuscito a strutturare un campo d'azione che ha condotto il soggetto a riconoscersi quale soggetto sessuale. A questo proposito Foucault scrive: *“si tratta, insomma, di vedere come si fosse costituita, nelle società occidentali moderne, un'esperienza per cui gli individui hanno dovuto riconoscersi come soggetti di una sessualità, un'esperienza che tocca campi di conoscenza molto diversi e che si articola in base a un sistema di regole⁵⁴¹”*. Il punto fondamentale nella ricostruzione del dispositivo sessuale diventa, dunque, la ricerca genealogica della strutturazione del soggetto, ovvero la ricerca delle modalità attraverso le quali un individuo fa esperienza di se stesso e si riconosce quale soggetto-sessuale, il che vuol dire riconoscersi anche come soggetto interno alla naturalità della salute e dunque del regime di medicalizzazione. Infatti, scrive: *“l'idea, in questa genealogia, era quella di vedere come gli individui siano stati portati a esercitare su se stessi, e sugli altri, un'ermeneutica del desiderio sessuale di cui il loro comportamento sessuale è indubbiamente stato l'occasione [...] insomma per comprendere come l'individuo moderno potesse fare l'esperienza di se stesso come soggetto di una sessualità⁵⁴²”*. Ciò che propone Foucault non è una storia che miri a mettere in luce ciò che esiste di vero nella conoscenza, ma che tratti dei giochi di verità, ovvero dei giochi instaurati dall'ordine veritativo specifico di una particolare epoca, attraverso i quali l'uomo si applica per pensare se stesso quando si percepisce come pazzo, come malato, o come essere sessuale. La sessualità diventa quindi il settore determinante, secondo Foucault, per poter analizzare i meccanismi di soggettivazione, poiché rappresenta il luogo attraverso il quale lo Stato, servendosi della medicalizzazione della società, è riuscito a

⁵⁴¹ M. Foucault, *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 10

⁵⁴² Ivi, p. 11

naturalizzare l'individuo facendo breccia su di lui per servirsene e garantire la sicurezza stessa di tutta la popolazione. La sessualità rappresenta, dunque, secondo Foucault l'elemento chiave che permette la definitiva presa biopolitica della vita, che passa attraverso la normalizzazione del soggetto quale organismo biologico maschio o femmina soggetto a malattie psichiche che investono la sfera della sessualità. Ne segue che la produzione di soggettività venga governata e incanalata dal potere, ovvero la funzione biopolitica differisce dalla forma del potere sovrano, poiché riesce ad oggettivizzare la soggettività, costituendo gli uomini quali soggetti-oggetto che appaiano e si rappresentano sotto la doppia forma dell'individuo-cittadino e della popolazione⁵⁴³. Il centro del lavoro foucaultiano si individua proprio nel voler fotografare il ruolo fondamentale dell'instaurazione dei meccanismi che portano all'edificazione della soggettività, la quale, venendo naturalizzata e governata dalla disciplina medica, riesce a concepirsi come bisognosa di costante aiuto terapeutico e attribuisce verità alle riformulazioni che le fanno interiorizzare nuove modalità di essere all'interno della stessa cornice che la rende una soggettività biologico-naturale. Anche i fenomeni di disease mongering sono secondari a queste modalità di oggettivazione della soggettività, infatti possono agire e instaurarsi solo a partire da tale modalità morale di orientamento della soggettività stessa. Le case farmaceutiche possono quindi ricavare numerosi utili tramite la vendita dei propri farmaci, possono far sussistere, come analizzato nel paragrafo precedente, degli stereotipi di genere, ma realizzano tutto ciò solo sulla base di un meccanismo in cui anch'esse s'instaurano che è quello della medicalizzazione della vita, la quale agisce in forma fondamentale sulla creazione della soggettività individuale all'interno del meccanismo generale della popolazione. In questo senso si deve intendere il detto foucaultiano mirante a mostrare come le società biopolitiche si basino sulla presa in cura del singolo per garantire la sicurezza della popolazione, situazione che si verifica tramite una cornice morale medicalizzata che consente di introdurre dei meccanismi che assorbono entro di essa la sessualità e, così facendo, pongono le basi per la costruzione medicalizzata della soggettività singolare. Dunque, la sessualità, come asserisce Foucault, non è una realtà aurorale, ma è una forma dell'esperienza, dove con tale termine si deve intendere la correlazione tra una specifica cultura e i campi del sapere e potere, i quali producono una particolare forma normativa che dona vita a delle peculiari forme di soggettività. Il campo di studio fondamentale all'interno della medicalizzazione diventa, perciò, la soggettività intesa quale istanza determinata dalle forme di potere-sapere ad essa esterne che l'oggettivano ad essere e, così facendo, sorreggono l'esistenza della cornice medicalizzata e della società stessa. Per tal ragione la terza parte di

⁵⁴³ J. Revel, *Michel Foucault, un'ontologia dell'attualità*, Rubettino, Cattanzaro 2003, p. 141. Revel mette anche in luce come in francese soggetto e suddito, non a caso, si dicano allo stesso modo: *sujet*

questa tesi si occuperà proprio di tale argomento e mostrerà, in linea con le tesi foucaultiane, come la riflessione sulle forme di soggettivazione possa fornire le modalità per costruire una libertà e possa rispondere alla seconda funzione che in bioetica ci si deve prospettare quando si parla di medicalizzazione, ovvero ricercare le possibilità esistenti per edificare delle alternative ad essa, capaci di aiutare l'individuo a non identificarsi inesorabilmente quale soggetto-oggetto medicalizzato.

Terza Parte

La cura di sé: la bioetica quale strumento critico

Non bisogna considerare l'ontologia critica di noi stessi come una teoria o una dottrina, e nemmeno come un corpo permanente di sapere che si accumula; bisogna concepirla come un atteggiamento, un ethos una vita filosofica in cui la critica di quello che siamo è, al tempo stesso, analisi storica dei limiti che ci vengono posti e prova del loro superamento possibile.

M. Foucault, *Che cos'è l'Illuminismo?*, in *Antologia*, Feltrinelli, Milano 2008, p. 233

LA CURA DI SÉ E IL COMPITO DELLA FILOSOFIA

Io credo, che per i Greci e per i Romani, soprattutto per i Greci, per comportarsi bene, per praticare come si deve la libertà, era necessario che ci si occupasse di sé, che ci si prendesse cura di sé, sia per conoscersi [...] sia per formarsi, per superare se stessi.
M. Foucault, L'éthique de souci de soi comme pratique de la liberté, in Dits et Écrits, V. II, Gallimard, Parigi 2001, p. 1531

1) Sessualità, confessione e soggetto

La seconda parte di questa tesi ha mirato a mettere in luce come la scienza sessuale, secondo Foucault, sia una sorta di finzione storica che si pone quale istanza che permette di unire le discipline biologiche e le pratiche normative proprie della biopolitica. La forza dell'instaurazione della sessualità si trova nella possibilità che essa sia stata costruita quale funzione naturale che poteva subire delle anomalie patologiche. Per tal ragione si edifica una scienza *sexualis* legata alla psichiatria che deve provvedere a controllare e salvaguardare l'umano impulso alla sessualità. A questo proposito, il volume *La volontà di sapere* mostra come il sesso diventa un dispositivo, attorno al quale poter organizzare la presa sui corpi individuali, sulle loro energie e sulle loro sensazioni. In altri termini, la sessualità diventa la ricerca delle vere pulsioni che ci muovono, dunque le stesse si ergeranno anche a garanti della comunicazione della verità su noi stessi. Si coglie come, per Foucault, la società Occidentale trovi nella sessualità i meccanismi che fondano la verità dell'individuo, ovvero l'Occidente ha edificato attorno alla sessualità degli strumenti in grado di mettere la soggettività in contatto con se stessa. Tale possibilità, come abbiamo già notato in precedenza, viene dalla trascrizione in forma laica del potere pastorale proprio della cristianità e, in particolare, della trasposizione in ambito scientifico dei meccanismi di confessione. Il meccanismo di confessione diventa importante poiché, dal XIX secolo, viene completamente adottato dalla cultura medico-psichiatrica, la quale richiedeva al soggetto di confessare tutto sulla propria sessualità, i propri impulsi, le proprie voglie e, così facendo, la medicina convinceva il soggetto che, mediante la sua confessione, egli potesse giungere ad una completa conoscenza di se stesso. Tale discorso è l'oggetto del corso che il filosofo francese tiene al Collège de France nell'anno 1979-1980, intitolato *Le Gouvernement des vivants*, nel quale egli risale al

cristianesimo dei primi secoli mettendo in luce come esso abbia dato il via ad una serie di pratiche che mettevano in relazione il soggetto e la verità. In particolare, Foucault si concentra sulla confessione e il relativo esame di coscienza, il quale viene descritto come uno strumento di distruzione della singolarità, poiché fissa dell'esterno delle verità che il soggetto deve trovare dentro di sé. A questo proposito Foucault scrive: *“l'esame ininterrotto e la confessione esaustiva formano un insieme in cui ogni elemento implica gli altri due; la manifestazione verbale della verità che si nasconde nel fondo di se stessi è indispensabile al governo [...] così come si è esercitato nelle istituzioni monastiche [...] tuttavia occorre sottolineare che questa manifestazione non ha lo scopo di stabilire una sovranità su se stessi; ciò che si vuole ottenere è, al contrario, l'umiltà e la mortificazione, il distacco da sé e la costituzione di un rapporto con sé stessi che tende alla distruzione della forma del sé⁵⁴⁴”*. Dunque, si può cogliere come Foucault concepisca la confessione come la componente principale che ha prodotto lo sviluppo dei dispositivi che hanno condotto verso il controllo e la disciplina del singolo, ovvero della popolazione. Questo avviene perché secondo lui all'interno della nostra società qualunque tipo di esame di coscienza deriva dalla secolarizzazione del meccanismo della confessione cristiana e, per tal ragione, si lega a sistemi di controllo esterno che impongono al soggetto di trovare una ben specifica verità su se stesso. In altri termini la nostra società e cultura fanno sorgere in noi la volontà di dire la verità, per farlo noi ci affidiamo ad un meccanismo di confessione medico-scientifica che viene guidato da un esperto che detiene la capacità d'interpretare le nostre parole. Per tal ragione, si può sostenere che l'Occidente ha elaborato una tecnologia di sé nella quale si crede che la stessa verità su di sé possa essere raggiunta solo mediante l'aiuto di esperti che possono aiutarci a dare significato al discorso su noi stessi. Non è un caso, per esempio, che la psichiatria sin dal 1980, anno di pubblicazione del DSM-III, abbia posto l'accento sull'esame diagnostico, redigendo un libro, che accompagna ogni DSM, mirante a spiegare come “interrogare” e come interpretare gli esiti di una determinata esposizione da parte del paziente⁵⁴⁵. Ad esempio si può far riferimento alla patologia depressiva che viene misurata in base alla scala Hamilton (HRSD), che è uno strumento costituito da un questionario compilato dal medico attraverso l'analisi del discorso del paziente a cui viene assegnato una serie di

⁵⁴⁴ M. Foucault, *Sul governo dei viventi. Riassunto del corso, in I corsi al Collège de France. I Résumés*, Feltrinelli, Milano 1999, p. 96

⁵⁴⁵ La versione attuale derivante dal DSM-5 è il testo che in italiano ha il seguente titolo: *L'esame diagnostico con il DSM-5*, Raffaello Cortina editore, Milano 2014

punti utili a valutare lo stato d'animo del soggetto, a scoprire la verità della patologia che lo ha afflitto e, conseguentemente, la verità del soggetto stesso⁵⁴⁶.

Foucault, quindi, mette chiaramente in luce come l'individuo odierno sia diventato, a seguito dell'espansione della medicalizzazione e del conseguente metodo scientifico-medico, un oggetto di sapere, che tramite la volontà di rivelare la propria verità apprende a svolgere delle trasformazioni su di sé. Tale situazione lo rende un soggetto-oggetto, poiché egli non sperimenta e crea liberamente la propria libertà, ma viene indotto a pensare che la verità, imposta dall'esame medico-scientifico sull'analisi di sé, sia la garanzia del suo agire libero. In altri termini, Foucault sottolinea come la cornice medicalizzata della vita renda possibile supportare, quale forma naturale, i meccanismi secondo i quali la verità può essere scoperta mediante l'esame individuale della coscienza e dalla confessione dei propri pensieri e atti. Tale situazione si presta ad essere, però, una strategia di potere eccezionale poiché non solo si decreta dall'esterno una possibilità veritativa che viene introiettata dal soggetto quale forma della propria verità, ma lo stesso viene anche persuaso che essa si trovi per sua essenza in netta opposizione al potere stesso. Per tal ragione l'esame continuo di sé e la confessione che porta alla verità su se stessi rendono il soggetto libero, in altre parole il soggetto non solo viene prodotto con un meccanismo di assoggettamento, ma viene creato anche come libero di poter sostenere che la confessione delle proprie azioni rappresenti la maniera per giungere alla verità di se stesso. La libertà diventa, perciò, non ciò che crea le possibilità di decidere

⁵⁴⁶ Bisogna far notare come la più grande critica che viene oggi posta in ambito etico alla cultura dell'interpretazione rigorosa della parola in psichiatria sia da rintracciare proprio nell'ordine di abolire una soggettività individuale al fine di far interiorizzare una determinata e specifica modalità di vivere da parte dell'esperto psichiatra. Tale tendenza viene nominata *ridurre il senso a sintomo*, poiché tutto ciò che viene comunicato dal soggetto deve essere ridotto e incanalato dallo psichiatra, seguendo il DSM, in un sintomo, svuotando, così, ogni possibilità di dare un senso alle espressioni vitali, di guardare alla progettualità e riducendo la vita ad un insieme di sintomi da rintracciare. A questo proposito sono di assoluta importanza le parole di Eugenio Borgna: *“la conoscenza che il manuale delinea (DSM) è una conoscenza descrittiva [...] dei fenomeni psichici; ignorando ed escludendo la connotazione soggettiva, interiore, degli stessi fenomeni. I sintomi in una psichiatria alternativa, o almeno integrativa a quella proposta dal manuale, sono considerati come sintomi che cambiano anche in relazione ai modi in cui pazienti sono ascoltati”*. Citazione di un articolo scritto da E. Borgna per il Sole24 ore, riportata in A. Bonomi, E. Borgna, *Elogio della depressione*, Einaudi, Torino 2011, p. 15. Dunque, come sottolinea Borgna è indispensabile cogliere che il lavoro dello psichiatra non è un lavoro effettuato da un osservatore neutrale, ma, alla luce di quanto prevede il DSM, egli assume una grandissima rilevanza nello diagnosticare, poiché deve interpretare le parole espresse dal paziente al fine che lo stesso si convinca che quella è la verità del suo essere. A tutto ciò una delle voci più importanti della psichiatria italiana, Peppe dell'Acqua, aggiunge: *“tutto congiura a rimontare la malattia, a sottrarre significato, ad appiattare, a negare. La diagnosi che ritorna baldanzosa con le sue riconquistate certezze intesse da protagonista l'ordito: struttura e indirizza la domanda, condiziona la risposta, pretende distanze. Col filtro della diagnosi la domanda fa fatica a essere ascoltata per quello che è, per il dolore che porta con sé. Restano invisibili impedimenti e frustrazioni, tristezza ed eccesso, vuoto e passione, gioia e fallimento”*⁵⁴⁶. P. Dell'Acqua, *Se la diagnosi non è una profezia*, in *Aut Aut*, n. 357, 2013, pp. 75-76. Si può così sostenere che il soggetto moderno si affidi totalmente alla volontà di conoscere la verità su se stesso tramite la mediazione dell'interpretazione della sua confessione da parte dello psichiatra, il quale attribuisce verità categoriali alle sue forme d'intendere e recepire i propri “istinti” corporei e psichici.

autonomamente, ma il meccanismo che crea le possibilità di assoggettamento. Foucault mette così in luce come la medicina, intesa quale meccanismo disciplinare, si regga, proprio come il potere pastorale, sul meccanismo della confessione, il quale è una forma di comunicare la verità che costituisce una specifica pratica di soggettivazione. Questa è la tecnologia del sé adottata sin dal XIX secolo che porta l'individuo a fare esperienza su se stesso, ad operare delle trasformazioni che lo rendono un soggetto medicalizzato. Tale meccanismo che sancisce la confessione quale fonte rivelatrice della verità trova la sua espressione principale nella sessualità, infatti già il potere pastorale cristiano rivolgeva le sue preoccupazioni al sesso, sostenendo che tutte le azioni sessuali dovessero essere confessate al fine sia di conoscere se stessi che di poter regolare la propria condotta. Proprio come il potere pastorale, la biopolitica riesce, tramite l'instaurazione del dispositivo di sessualità e la relativa *scientia sexualis*, a rendersi l'interprete rigoroso di ogni pensiero e azione che prendono forma all'interno della sessualità umana. Detto con altre parole, proprio come la cristianità sosteneva la necessità di confessare ogni situazione riguardo al sesso per capire e modificare se stessi⁵⁴⁷, così la *scientia sexualis* sostiene che sia indispensabile valutare i discorsi individuali prodotti sulla sessualità al fine di cogliere la realtà singolare per aiutarla a trovare il proprio benessere e, conseguentemente, accrescere quello della popolazione tutta. In conclusione ciò che è importante cogliere è che Foucault pone al centro del suo lavoro la ricostruzione genealogica delle modalità attraverso le quali il soggetto si concepisce tale, proprio per tal ragione egli evidenzia come la cultura moderna abbia ereditato e secolarizzato il modello di soggettività prodotto dalla cultura cristiana, il quale prevede uno stretto legame tra confessione della verità e formazione dell'identità, ovvero l'individuo dal XIX secolo diviene soggetto a causa di un discorso di verità che egli è obbligato a fare su stesso.

2) Scientia sexualis e ars erotica

Foucault ha sempre posto al centro del suo interesse filosofico il soggetto, tanto che possiamo asserire che egli ha evidenziato tre modalità di produzione oggettivante dell'individuo. La prima è quella che ha individuato negli anni '60 e che deriva dalla forma di oggettivazione prodotta dai discorsi, ovvero l'essere umano diviene un oggetto di investigazione scientifica. Il secondo modo di produzione oggettivante è dato dal sapere-potere che produce delle pratiche che prendono al proprio interno l'individuo e, infine, quel meccanismo di

⁵⁴⁷ Nell'ottica foucaultiana le tecniche cristiane miravano alla confessione delle situazioni più intime di ogni soggetto, ovvero miravano a far confessare la verità più intima dello stesso al fine di produrre un nuovo sé redento dal desiderio della carne

oggettivazione che è, allo stesso tempo, assoggettamento che si produce mediante un discorso di verità con il quale lo stesso soggetto si impegna a parlare di sé. Quest'ultima considerazione relativa al fatto che la modernità ha fatto proprio il meccanismo di assoggettamento prodotto in ambito cristiano, ha condotto Foucault ad interessarsi dei meccanismi di soggettivazione che venivano prodotti prima di tale periodo storico. In particolare, Foucault coglie, studiando l'antichità, che sono esistiti dei diversi rapporti tra soggettività e verità, i quali non si basavano sulla pura istituzione del meccanismo di oggettivazione e assoggettamento, ma attivavano delle pratiche di liberazione attraverso la soggettivazione. Tale situazione viene indagata in relazione alla storia e all'evoluzione della sessualità, infatti se il primo volume della storia della sessualità e nel corso del 1979-1980 metteva in luce la centralità del desiderio sessuale, mostrando come il soggetto venga indotto mediante le tecniche medico-psichiatriche a costituirsi un sé profondo e soggetto di sessualità, nei corsi successivi e negli altri due testi sulla storia della sessualità si mette in luce come, presso gli antichi, è esistita una riflessione relativa ai soggetti di desiderio che ha dato vita a una costruzione autonoma dei processi di soggettivazione. Lo studio dell'antichità antecedente alla cultura cristiana fa affermare a Foucault che siano esistiti due metodi fondamentali di trattare il sesso: l'ars erotica e la scientia sexualis. Nell'antichità, dunque, il sesso viene considerato non alla luce di una produzione scientifica, ma vissuto quale forma esperienziale che vede il piacere quale fine in sé. Per tal ragione in questa ars erotica la sessualità non viene vissuta, a differenza del nostro presente, come la possibilità di comprendere il sé individuale, ma come un insieme di pratiche da imparare a dominare per raggiungere la costruzione autonoma della soggettività. A questo proposito scrive: *“vorrei indicare come nell'Antichità l'attività e i piaceri sessuali siano stati problematizzati attraverso delle pratiche di sé che mettono in gioco i criteri di una estetica dell'esistenza⁵⁴⁸”*. Si può cogliere come Foucault asserisca che per fare una storia della sessualità sarà indispensabile non solo riferirsi all'esperienza cristiana della carne, ma sarà necessario fare una genealogia delle pratiche attraverso le quali gli individui sono stati spinti a fermare l'attenzione su se stessi: diviene, pertanto, fondamentale indagare la lenta formazione, durante l'antichità, dell'ermeneutica del sé⁵⁴⁹. Il primo corso dedicato a tale tematica è quello del 1980-1981 intitolato *Soggettività e Verità*, nel quale Foucault specifica la sua volontà di guardare al mondo antico, asserendo nella prima lezione: *“sotto il titolo generale di soggettività e verità, voglio iniziare un'inchiesta su i modi che si sono istituiti per la conoscenza di sé e sulla loro storia: come il soggetto si sia stabilito, in differenti momenti e in*

⁵⁴⁸ M. Foucault, *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 17

⁵⁴⁹ Ivi., p. 12

differenti contesti istituzionali, come un oggetto di conoscenza possibile, desiderabile o indispensabile? Come l'esperienza che poteva fare di se stesso e il sapere che lo forma si sono organizzati secondo alcuni schemi? Come questi schemi sono stati definiti, valorizzati, raccomandati, imposti? Risulta chiaro che ne il ricorso ad un'esperienza originaria, ne lo studio delle teorie filosofiche dell'anima, delle passioni o dei corpi non possono servirci da asse principale per una ricerca di questo genere. Il filo diretto che ci sembra più utile per questa inchiesta è costituito da ciò che possiamo definire le tecniche di sé, ovvero le procedure, che sono esistite senza ombra di dubbio in tutte le civiltà, che sono proposte o prescritte agli individui, per fissare la loro identità, mantenerla o trasformarla in funzione di un certo numero di fini, e ciò grazie a dei rapporti di controllo di del sé sul sé o di auto-conoscenza⁵⁵⁰”.

Risulta chiaro il motivo per il quale Foucault decide di volgere lo sguardo allo studio dell'antichità, infatti egli, come abbiamo già avuto modo di precisare nelle pagine precedenti, non considera il “fare storia” una modalità per affermare l'esistenza di una maniera migliore di vivere la sessualità o di tematizzare la soggettività, in quanto il filosofo francese non vuole contrapporre l'età d'oro della sessualità greca all'epoca attuale, ma vuole mostrare come nella cultura antica è possibile rintracciare una tecnica di produzione del soggetto del tutto altro rispetto alle istanze di normalizzazione proprie della cornice di senso medicalizzata odierna⁵⁵¹. Per tal ragione l'oggetto delle ultime pubblicazioni di Foucault può essere definito come la possibilità di rinvenire nella cultura antica altre forme di veridizione da parte del soggetto, ovvero altri modi di dire la verità su di sé, i quali sono perpetuati in virtù di una differente modalità individuale di entrare in rapporto con la verità⁵⁵². L'oggetto del corso del 1981-1982, intitolato *L'ermeneutica del soggetto*, è rappresentato dall'analisi dei cambiamenti intercorsi attorno al principio di cura di sé (*l'epimeleia heauton*) suddivisa in tre momenti storici, quello greco-classico corrispondente al IV secolo avanti Cristo (che sarà poi ripreso divenendo l'oggetto del libro *L'uso dei piaceri*), quello ellenistico-romano

⁵⁵⁰ M. Foucault, *Subjectivité et vérité*, in *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001, p. 1032

⁵⁵¹ Foucault scrive: “non ritengo sia possibile scorgere alcun segno di ciò che è possibile chiamare normalizzazione per esempio nella morale degli antichi. La ragione risiede nel fatto che l'obbiettivo principale di questa morale era estetico”. *À propos de la généalogie de l'éthique: un aperçu du travail en cours*, in *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001, p. 1429

⁵⁵² Sull'importanza di tale rapporto scrive: “il rapporto con la verità è una condizione strutturale, strumentale e ontologica dell'instaurazione dell'individuo come soggetto temperante e dedito ad una vita di temperanza; non è una condizione epistemologica perché l'individuo si riconosca nella sua singolarità di soggetto desiderante e perché possa purificarsi dal desiderio così portato alla luce. Ora, se questo rapporto con la verità, costitutivo del soggetto temperante, non porta a una ermeneutica del desiderio, come sarà il caso nella spiritualità cristiana, esso sfocia in compenso su una estetica dell'esistenza. E, con questo, bisogna intendere un modo di vivere il cui valore morale non sta né nella sua conformità ad un codice di comportamento, né in un lavoro di purificazione, ma in determinate forme o piuttosto in determinati principi formali generali nell'uso dei piaceri”. *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 94-95

corrispondete ai primi due secoli della storia umana (che diverrà l'oggetto del libro *La cura di sé*) e quello cristiano in cui si mette a fuoco la formulazione della pastorale della carne (che avrebbe dovuto essere l'oggetto del testo *Aveux de la chair*)⁵⁵³. Il primo periodo preso in esame porta Foucault a mettere in luce come, nell'antichità, non esisteva alcuna possibilità di rinvenire un concetto che potesse assimilarsi al nostro concetto di sessualità, ciò che contava per gli antichi era l'*aphrodisia*, in quanto nell'antichità non si poneva l'accento sulle specifiche forme di compiere l'atto, quanto sulle dinamiche che legano atto sessuale-piacere e desiderio. In altre parole per gli antichi diventa di fondamentale importanza riuscire a trovare una misura agli eccessi legati all'uso dei piaceri, con l'obiettivo non di reprimere il desiderio o annullare i piaceri, ma di fissare delle modalità per governare i propri atti. Foucault scrive: *“la riflessione morale sugli aphrodisia non tende tanto a stabilire una legge che fissi la forma canonica degli stessi atti sessuali, che determini la soglia del lecito e dell'illecito o distribuisca le varie pratiche al di qua e al di là di una determinata linea discriminatoria, quanto ad elaborare le modalità di un uso: lo stile di quello che i Greci chiamano chresis aphrodision, l'uso dei piaceri*⁵⁵⁴”. Foucault mette così in luce il passaggio fondamentale che segna la differenza tra mondo antico e mondo contemporaneo, passaggio che Maurice

⁵⁵³ Numerose sono le critiche piovute sulle ricostruzioni e le interpretazioni fornite da Foucault sul mondo antico. In particolare gli fu rimproverato sia le omissioni storiche che la stessa forma con cui ha ordinato le sue ricostruzioni. D'altro canto non mancano nemmeno le critiche che mirano a metter in luce la non correttezza delle sue analisi filosofiche riservate alla ricostruzione del platonismo, dell'epicureismo, dello stoicismo. A questo proposito è possibile riportare le parole che Pierre Hadot ha speso su queste tematiche: *“Foucault era forse, oltre che filosofo, uno storico dei fatti sociali e delle idee, ma non aveva pratica con la filologia, cioè di tutti i problemi legati alla tradizione dei testi antichi, alla decifrazione dei manoscritti, il problema delle edizioni critiche, della scelta delle varianti testuali. [...] non attribuiva molta importanza all'esattezza delle traduzioni e usava spesso vecchie traduzioni poco affidabili. La mia prima divergenza riguarda la nozione di piacere. Per Foucault l'etica del mondo greco-romano è un'etica del piacere che si prova in se stessi. Ciò potrebbe essere vero per gli epicurei, di cui Foucault parla in definitiva abbastanza poco. Gli stoici avrebbero respinto questa idea di un'etica del piacere. Essi distinguevano accuratamente il piacere e la gioia, e la gioia per loro, - la gioia non il piacere - si trovava non nell'io semplicemente, ma nella parte migliore dell'io. [...] Inoltre, nelle sue descrizioni di quelle che chiama le pratiche di sé, Foucault non valorizza abbastanza la presa di coscienza dell'appartenenza al Tutto cosmico né la presa di coscienza dell'appartenenza alla comunità umana”*. *La filosofia come modo di vivere*, Einaudi, Torino 2008, p. 183. Esiste una grossa biografia che mette in luce tali incongruenze della ricostruzione di Foucault, cito alcuni dei testi più famosi: P. Hadot, *Réflexion sur la notion de culture de soi*, in *Michel Foucault*, Seuil, Paris 1989; M. Vegetti, *L'ermeneutica del soggetto. Foucault, gli antichi e noi*, in *Scritti con la mano sinistra*, Pistoia, Petite plaisance, 2007; M. Vegetti, *L'etica e gli antichi*, Laterza, Bari 1989; M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Il saggiaiore, Milano 1979; P. Veyne, *Foucault révolution l'histoire*, in *Comment on écrit l'histoire*, Seuil, Paris 1979; G. Cambiano, *L'antichità senza soggetti di Michel Foucault*, in *Il ritorno degli antichi*, Laterza, Bari 1988. Per un quadro riassuntivo rinvio a F. Gros, C. Lévy, *Foucault et la philosophie antique*, Kimé, Paris 2003. Seppur queste critiche possano essere accettate, ritengo che il messaggio di Foucault sia altro rispetto a quello di mostrare una correttezza delle teorie antiche, ovvero sia consistito unicamente nel voler ricercare delle forme differenti rispetto ai meccanismi di soggettivazione medicalizzata propri della nostra epoca. Ovvero il punto centrale espresso da Foucault non consiste nell'asserire gli stoici dicono questo, gli epicurei dicono altro, ma semplicemente nel mettere in luce che esiste un altro modo di tematizzare la relazione tra verità e soggettività, rispetto a quella che noi oggi utilizziamo.

⁵⁵⁴ M. Foucault, *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 58

Blanchot definisce il passaggio dai tormenti del sesso alla semplicità dei piaceri⁵⁵⁵, dove l'uso dei piaceri diviene una forma d'arte che consiste nel riuscire ad instaurare un preciso rapporto con se stessi finalizzato ad un'autolimitazione nell'uso degli stessi. Tale arte implicava una cura di sé che sapesse orientare e organizzare i propri desideri e i propri piaceri, situazione che si poteva avverare solo tramite la padronanza di un sapere che allo stesso tempo era teorico e pratico. Ciò che però risulta fondamentale da cogliere è che tale sapere che il soggetto esercitava su di sé non imponeva alcuna norma prestabilita da seguire. Dunque, le tecniche del sé utilizzate nell'antichità non imponevano modalità di comportamento, ma anzi il soggetto autonomamente doveva darsi una propria forma, ovvero esse erano un esercizio a cui il soggetto si sottoponeva liberamente nel quadro di un processo in cui il soggetto si formava liberamente quale soggetto morale delle proprie azioni. In altri termini, Foucault evidenzia come gli antichi si rifacciano ad un discorso relativo alla sessualità che non proviene dal riconoscimento, come avviene nella modernità, di una verità da scoprire mediante la verbalizzazione incessante e che si edifica attorno a dei saperi normativi prestabiliti, ma prendersi cura di se stessi vuol dire produrre autonomamente l'esame non della propria interiorità, ma degli atti sessuali compiuti al fine di cogliere gli errori commessi ed imparare così a diventare padroni di se stessi, compiendo azioni etiche. Si registra quindi una modalità totalmente differente di lavorare su di sé nell'ambito antico rispetto a quello cristiano, ovvero il modo di rapportarsi a sé non è di tipo conoscitivo e trova la propria veridizione nell'altro tramite la sua ricostruzione di senso (sacerdote prima, medico dopo), ma deve svincolarsi da ogni tipo di situazione imposta dall'esterno e dagli altri, riuscendo a darsi in maniera autonoma le proprie regole, edificando la propria vita come un'opera d'arte. La cura di sé non è dunque intesa quale forma scientifica, ma quale forma estetica, la quale coincide con un ritorno a sé, ovvero diviene necessario edificare una critica di se stessi capace di prendere le distanze da tutto ciò che viene determinato dall'esterno. Non a caso Foucault scrive: *“la pratica di sé deve permettere di disfarsi di tutte le cattive abitudini, di tutte le false opinioni che si possono ricevere dalla folla e dai cattivi maestri, ma anche dai genitori e dall'ambiente”*⁵⁵⁶. Risulta quindi comprensibile come la sessualità per gli antichi non rientrasse in alcun modo in un terreno in cui si distingueva tra normalità e patologia, ma essa era intesa alla luce del corretto uso dei piaceri concepiti sotto l'ottica della cura di sé. Come sostiene Foucault la preoccupazione attorno ai piaceri era “dietetica”, poiché come lui stesso scrive: *“bisogna osservare subito che la riflessione dei Greci non verteva essenzialmente*

⁵⁵⁵ M. Blanchot, *Foucault come io l'immagino*, Genova, Costa & Nolan 1988, p. 54

⁵⁵⁶ M. Foucault, *L'ermeneutica del soggetto. Riassunto del corso, in I corsi al Collège de France. I Résumés*, Feltrinelli, Milano 1999, p. 110

sull'analisi dei diversi effetti patologici delle attività sessuale, e non cercava neppure di organizzare questo comportamento come un campo in cui poter distinguere pratiche normali e pratiche anormali e patologiche. Certo, questi temi non erano del tutto assenti. Ma non era questo ciò che costituiva il motivo di fondo generale dell'interrogazione sui rapporti fra gli aphrodisia, la salute, la vita e la morte. [...] La preoccupazione era molto più dietetica che non terapeutica: questione di regime volta a regolare un'attività riconosciuta importante per la salute⁵⁵⁷”. Ne segue che Foucault metta in luce come la sessualità non veniva intesa alla luce di una possibilità di normalizzazione sancita da regole mediche, ma essa diveniva un terreno su cui lavorare su di sé, sottoponendosi ad una serie di regole che dovevano essere prodotte e vivificate dal singolo soggetto. Si può così affermare che il soggetto doveva svincolarsi da ogni comportamento eterodiretto per giungere alla libertà, la quale non coincide con uno status che può essere conquistato una volta per tutte, ma viene concepita come forma costante di lavoro e costruzione di sé. Nell'analisi della greca classica Foucault non tralascia di esporre come il lavoro su di sé era da intendersi finalizzato sia alla libertà dell'individuo, sia al suo poter ergersi in società per governare gli altri⁵⁵⁸. In altri termini in questo primo periodo le tecniche di governo del sé si riferiscono ad una piccola fetta della popolazione, che comporrà la classe dirigente. L'assunto fondamentale è che il cittadino che vuole esprimersi attivamente deve essere dotato di un grado di libertà che consiste nel saper attivare una forma di governo verso se stesso. Il governo di sé diventa la prima fonte per il governo degli altri, dunque per l'esercizio politico, tanto che Foucault scrive: *“l'arte di sé assume la sua connotazione peculiare nei confronti della paideia che costituisce il suo contesto e nei confronti della condotta morale che le serve da obiettivo. Ma, per il pensiero greco dell'epoca classica, l'ascetica che permette di costituirsi come soggetto morale fa integralmente parte, fin nella sua stessa forma, dell'esercizio di una vita virtuosa che è anche la vita dell'uomo libero nel senso, positivo e pieno del termine⁵⁵⁹”*.

L'analisi del secondo periodo ellenistico-romano pone in luce alcune differenze rispetto all'età classica, infatti in tale periodo compaiono alcune indicazioni mediche e filosofiche che mirano a mettere in luce la pericolosità di alcune pratiche sessuali, che raccomandano il matrimonio o l'astinenza e squalificano ogni tipo di amore verso i ragazzi. Dunque, si assiste

⁵⁵⁷ M. Foucault, *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 101-102

⁵⁵⁸ Mi soffermo nella riportare tale aspetto sottolineato da Foucault, poiché tale situazione ha rappresentato un'altra fonte di aspre polemiche rispetto al lavoro dell'ultimo Foucault. Infatti, come già attraverso l'ultima parte delle parole espresse da Hadot riportate nella nota 553 presente in questo paragrafo, abbiamo capito come molti studiosi abbiano rimproverato al filosofo francese di aver dato troppo peso alla visione estetica presente nella greca classica, trascurando che le forme da dare alla propria esistenza tramite le tecnologie del sé in quel periodo erano fondamentali per intervenire attivamente nella vita politica. Su questo punto vedi: M. Nussbaum, *Affections of the Greeks*, in *New York Times Book Review*, 10 novembre 1985

⁵⁵⁹ Ivi., p. 82

ad un mutamento morale del modo d'intendere le relazioni intrattenute con il proprio corpo, con le donne e con i ragazzi. Tali situazioni sembrano, ad alcuni, poter essere interpretate come schemi di una morale, quella cristiana, che sta per comparire e che considera l'atto sessuale quale forma di male⁵⁶⁰. Foucault, invece, ritiene che tali situazioni non debbano essere lette secondo quest'ottica, ma pur evidenziando un notevole mutamento nell'ambito della dietetica e della problematizzazione della salute, che porta all'evidenziare i problemi che l'atto sessuale può far nascere nel corpo e di conseguenza conduce all'instaurazione di nuove forme di considerare lo stesso atto sessuale, si deve comunque ravvisare in essa lo sviluppo di un'arte dell'esistenza dominata dalla cura di sé che pone però l'accento sulla fragilità dell'individuo. Infatti scrive: *“attraverso queste modificazioni di tematiche preesistenti, si può ravvisare lo sviluppo di un'arte dell'esistenza dominata dalla cura di sé. E quest'arte di sé non insiste più tanto sugli eccessi cui ci si può abbandonare e che sarebbe opportuno tenere sotto controllo per esercitare il proprio dominio sugli altri; essa mette sempre più in risalto, invece, la fragilità dell'individuo nei confronti dei diversi mali che l'attività sessuale può ingenerare, e sottolinea inoltre la necessità di far sottostare quest'ultima a una forma universale di legame che, per gli umani, ha il suo fondamento nella natura e nella ragione al tempo stesso. Quest'arte mette ugualmente in risalto l'importanza che vie è nello sviluppare tutte le pratiche e tutti gli esercizi attraverso i quali si può mantenere il controllo su di sé e giungere alla fine a un assoluto godimento di sé⁵⁶¹”*. Si può cogliere come Foucault evidenzi che lo stile di condotta sessuale sia diverso rispetto a quello della greca classica, ma allo stesso tempo sia totalmente differente anche da quello che caratterizzerà la cristianità. Infatti, nel periodo greco-romano non si tratta di porre l'accento sulle interdizioni, o sulla possibilità di farsi condizionare dall'esterno per l'interpretazione dell'atto sessuale, ma il focus è ancora quello di sviluppare un'arte dell'esistenza che gravita attorno al sé, ovvero alla possibilità di stabilire una piena sovranità di sé. Dunque, seppur sia innegabile anche per Foucault che l'accento posto sulla pericolosità dell'atto sessuale verrà ripreso dalla morale cristiana, ciò che differisce completamente sono le modalità del rapporto con se stessi, infatti nel periodo greco-romano si rimane confinati nella volontà di lavorare su di sé al fine di conseguire la libertà che proviene dalla piena padronanza su se stessi, invece nel successivo ambito

⁵⁶⁰ A questo proposito Foucault scrive: *“si deve forse riconoscere, nello schema che così si prefigura, l'abbozzo di una morale a venire, quella che si troverà nel cristianesimo quando l'atto sessuale stesso sarà condannato come contro natura? E si deve supporre che nel mondo greco-romano alcuni avessero già presagito quel modello di austerità sessuale cui si darà poi, nelle società cristiane, struttura legale e supporto istituzionale? Si troverebbe così, formulato da alcuni filosofi austeri – voci isolate in un mondo che austero non sembrava -, l'abbozzo di una morale diversa, destinata, nel corso dei secoli seguenti, ad assumere delle forme più rigide e una validità più generale”*. *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 233

⁵⁶¹ M. Foucault, *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 236

cristiano si attiverà una tecnica di sé che muove verso la rinuncia di se stessi a favore dell'adozione di un "ermeneutica purificatrice" che faccia introiettare la legge universale prescritta da Dio. In altri termini, come sostiene Foucault, i codici che compongono l'economia dei piaceri, la fedeltà coniugale e i rapporti tra uomini saranno gli stessi, ma ciò che cambia è l'etica da cui essi dipendono, la quale si fonda su una modalità diversa di costituirsi come soggetto morale delle proprie condotte sessuali⁵⁶².

Il punto fondamentale che si deve cogliere riguardo a questa ricostruzione storica sulla sessualità sta proprio nella volontà di leggere le differenti pratiche di soggettivazione a cui esse hanno dato sviluppo, mettendo in luce come sono esistite delle pratiche di soggettivazione diverse da quelle prescritte dal regime medicalizzato odierno. In altri termini, nella lettura del mondo classico Foucault ha trovato delle pratiche di soggettivazione, attraverso le quali il soggetto lavorando su di sé si produce come libero, ovvero non si produce quale oggetto assoggettato dal regime di normalizzazione prodotto dal continuo esame della verità del proprio discorso prodotto dalle medicina-psichiatria.

3) La parresia e il ruolo della filosofia

Abbiamo potuto cogliere come Foucault non voglia indagare l'ambito classico per trovare delle soluzioni, affermando che le modalità di soggettivazione poste in essere nel mondo greco fossero migliori di quelle che oggi attuiamo e che derivano dal modello proposto dal cristianesimo, al contrario, egli sceglie d'indagare l'antichità per mettere in rilievo le difformità, ovvero per evidenziare come le pratiche di soggettivazione, le quali sono centrate sull'esperienza della sessualità, hanno avuto un'altra modalità di attuarsi nel passato che si basava sull'autogoverno dei piaceri. L'accento viene, quindi, posto sulla cura di sé, ovvero su quelle tecniche e modalità che portavano il soggetto alla continua interrogazione su se stesso, non al fine di giungere ad una verità normativa, ma al fine di produrre un governo di se stesso finalizzato alla creazione di una propria forma (estetica dell'esistenza). Tale situazione metteva in luce, secondo Foucault, una forma di libertà che non coincideva con un diritto ad essere, ma era intesa come una capacità di fare. In altri termini, la libertà secondo Foucault non si formalizza in una stabilità, ma si perpetua solo nel continuo lavoro su di sé. In particolare, nel corso del 1981-1982 *L'ermeneutica del soggetto*, Foucault tenta di descrivere le tecniche attraverso le quali un soggetto riesce a costruire un rapporto con se stesso, in questo quadro trova fondamento l'asserzione che puntava sulla necessità di essere chiamati a

⁵⁶² Vedi, Ivi., p. 237

questa cura corretta di sé attraverso un altro. A questo proposito scrive: “*come abbiamo visto, è necessaria la presenza e l’intervento di qualcun altro [...] è comunque evidente che non si tratta di un educatore nel senso tradizionale del termine, ovvero di qualcuno la cui funzione è quella di insegnare delle verità o di trasmettere delle informazioni e dei principi*”⁵⁶³. In altri termini Foucault si chiede chi può svolgere tale ruolo e lo identifica nel maestro antico, cioè il filosofo⁵⁶⁴, contrapponendolo al direttore di coscienza cristiano. Egli sottolinea come la filosofia si ponga in contrasto con la retorica, poiché quest’ultima è ciò che permette di agire sugli altri grazie agli strumenti messi a disposizione dal discorso, mentre la filosofia è l’insieme dei principi e delle pratiche che è possibile avere a propria disposizione, per potersi prendere cura di se stessi o degli altri⁵⁶⁵. Attraverso questa analisi sulle modalità attraverso le quali un soggetto fa esperienza di sé mediante l’ausilio di qualcuno, Foucault si concentra sul concetto di *parresia*, che potremmo tradurre con libertà di dire il vero, o meglio con franchezza nel dire la verità. Il maestro filosofo greco-romano utilizzava la verità come forza mediatrice, dunque non come ciò che si presentava quale contenuto dogmatico e che comportava una sorta di obbedienza da parte del soggetto al maestro e costringendolo ad assumere una certa identità. Il filosofo diventava una sorta di forza mediatrice all’interno di un processo di soggettivazione, poiché attraverso la volontà di dire la verità poneva il soggetto all’interno di una relazione che avrebbe portato ad ergersi quale soggettività autonoma e padrone di se stessa. La *parresia* consiste, secondo Foucault, nella totale adesione di chi parla e di chi agisce, nella volontà di affermare con forza la verità, che non si riduce al puro contenuto dell’enunciazione, ma che si manifesta attraverso le azioni e la coerenza del soggetto che le pronuncia. In altri termini la *parresia* consiste nell’esercitare una critica dell’interlocutore, ad esempio dicendogli che sta agendo in modo sbagliato, o di se stessi, ad esempio confessando di aver compiuto un’azione per la quale si possa essere puniti. Dunque, la *parresia* è quella particolare forma di verità che comporta un rischio, in quanto attiva il coraggio di dire la verità, anche se essa porterà ad un pericolo. Colui che pratica la *parresia* stabilisce prima di tutto una relazione con se stesso, poiché preferisce essere colui che dice la verità, anche mettendo a repentaglio la propria vita, piuttosto che essere falso con se stesso e

⁵⁶³ M. Foucault, *L’ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli, Milano 2011, p. 118

⁵⁶⁴ A questo proposito scrive: “*è insomma ai filosofi che si dovrà chiedere in che modo sarà necessario comportarsi, e saranno proprio i filosofi a dover dire non solo come ci si dovrà regolare nella scelta relativa alle proprie condotte, ma anche come dovranno essere guidati gli altri uomini, dal momento che è a essi che spetta dire quale sia la costituzione che occorre adottare nelle città, e se sia preferibile una monarchia piuttosto che una repubblica, e così via. Il filosofo si presenta risolutamente, dunque, come il solo capace di governare gli uomini, il solo in grado di governare coloro i quali governano gli uomini, il solo in condizione di costituire così una pratica generale del governo a tutti i gradi possibili: quello del governo di sé, quello del governo degli altri. Il filosofo è insomma chi governa quelli che vogliono governare se stessi, ma anche chi governa quelli che vogliono governare gli altri*”. Ivi., pp. 119-120

⁵⁶⁵ Ivi., p. 120

accontentandosi di una vita sicura in cui la verità non viene messa alla luce. Ne segue che la parresia non sia da intendersi solo come modalità di pronunciare un discorso, ma sia un modo di vivere, un'arte di comportarsi⁵⁶⁶. Infatti, Foucault scrive: *“a caratterizzare la parresia, la Libertas, assai più della necessità di adattarsi tatticamente all'altro, sia proprio l'adeguazione del soggetto che parla, ovvero del soggetto dell'enunciazione, con il soggetto del comportamento. È infatti proprio tale adeguamento a conferire il diritto e la possibilità di parlare al di fuori delle forme consuete e tradizionali, di parlare cioè indipendentemente dalle risorse della retorica [...] nel momento stesso in cui afferma io dico la verità, si impegna a fare quello che dice, e a essere il soggetto di un comportamento che sarà un comportamento che obbedisce punto per punto alla verità che egli formula⁵⁶⁷”*. Ciò implica anche la presa in carico del rischio della verità, ovvero di affermare la stessa anche quando si può andare incontro a punizioni o alla morte⁵⁶⁸. L'esempio più utilizzato per spiegare tale situazione è quello di un cittadino che dice la verità al tiranno mettendo a repentaglio la propria vita, proprio questo esempio ci fa cogliere come la parresia, il dire la verità, rappresenti una vera e propria tecnica pratica di vita che mette in moto dei meccanismi che portano il filosofo ad esercitare un'arte critica, basata sulla volontà di dire la verità, senza esitare, al prossimo. Proprio questa volontà di esporsi al pericolo per dichiarare la verità che si custodisce caratterizza la possibilità per il soggetto di riconoscere il parresiastes, poiché vede che egli possiede delle caratteristiche morali che vengono messe in rilievo dal fatto di scegliere liberamente di dire la verità anche se questo può comportare un pericolo. Ovviamente, si può cogliere che è possibile esercitare la parresia solo se è realmente possibile esporsi ad un pericolo, ne segue che un tiranno non potrà mai essere un parresiastes poiché il suo status non lo espone al pericolo di dire la verità, perciò la pronunciazione del suo discorso non incarna il suo reale comportamento. L'esercizio della parresia porta Foucault a sostenere che il soggetto che la pratica esercita la propria libertà, volendo sempre esporre la propria verità al posto di usare i toni della condiscendenza. Proprio per tal ragione egli diviene l'altro ideale all'interno di un processo di costituzione della soggettività, poiché egli non vorrà in nessun modo assecondare il soggetto con cui sta parlando, ma se esercita una critica, per esempio sostenendo che l'interlocutore sbaglia nel comportarsi in un determinato modo, egli

⁵⁶⁶ *“è necessario che la parresia, la verità di ciò che dice, sia suggellata dal comportamento da lui osservato e dal modo in cui effettivamente egli vive [...] Credo, insomma, che il fondo della parresia consista proprio in questa adaequatio tra il soggetto che parla e che dice la verità, e il soggetto che agisce, e si comporta come esige la verità”*. Ivi., p. 363

⁵⁶⁷ Ivi., p. 364

⁵⁶⁸ *“Si parla di parresia -, il momento in cui i soggetti cominciano volontariamente a dire il vero, accettando deliberatamente ed esplicitamente che questo dire-il-vero possa costare loro la vita”*. Il governo di sé e degli altri, Feltrinelli, Milano 2015, p. 63

si espone nuovamente al rischio di dire la verità. In questo modo però la relazione tra chi esercita la pareasia e l'interlocutore si basa sul rischio e non sull'obbedienza, poiché il parresiastes non punta sull'obbedienza, modello che rappresenta il concetto di verità che s'instaura con il potere pastorale, ma punta sul fatto che il soggetto rispetti liberamente il patto relazionale che intrattiene con lui. Ne segue che la trasmissione della verità non viene intesa come modalità di far introiettare una verità, ovvero di obbedire al maestro e, così facendo, di creare dei meccanismi di assoggettamento, ma deve essere intesa quale manifestazione che porta alla creazione di una soggettività autonoma e capace di esercitare anch'essa la critica su stessa al fine di divenire padrona di sé. Foucault afferma così che se è possibile chiamare pedagogia una forma che porta a dotare un soggetto di alcune capacità che egli in precedenza non aveva, e si definisce psicagogica la trasmissione di una verità che ha la funzione di modificare il modo di essere del soggetto, nell'antichità greco-romana il rapporto psicagogico, che consiste nella necessità di dire il vero, poggia dalla parte del maestro, pertanto nell'antichità il rapporto di carattere psicagogico è ancora del tutto prossimo al rapporto di carattere pedagogico. A questo proposito Foucault scrive: *“nella pedagogia, infatti, il maestro proprio perché detiene la verità, formula la verità, e la formula nel modo dovuto e sulla base di regole che sono intrinseche al discorso vero che egli, a sua volta trasmette. La verità, è gli obblighi che le sono correlati, si trovano dalla parte del maestro. E ciò è vero all'intero di qualunque pedagogia: non solo, ovviamente nella pedagogia antica, ma è vero anche all'interno di quello che potremo chiamare la psicagogia antica. Ed è in questo senso, e per questa ragione, che la psicagogia antica è così prossima alla pedagogia. È ancora percepita come una paideia⁵⁶⁹”*. Tale situazione muta completamente nel cristianesimo, poiché la verità non proviene da chi guida l'anima, ma nella psicagogia di tipo cristiano la verità graverà su colui la cui anima dovrà essere guidata. Per tal ragione è solo perché l'anima produce un discorso vero su se stessa che essa può essere guidata, proprio perciò la psicagogia di tipo cristiano si differenzia fortemente da quella filosofica di tipo greco-romano. Infatti, come lo stesso sostiene: *“nella spiritualità cristiana è il soggetto che viene guidato a dover essere presente all'interno del discorso vero come oggetto del suo proprio discorso vero. Nel discorso di chi viene guidato, il soggetto dell'enunciazione dovrà essere il riferimento dell'enunciato: questa è la definizione di confessione. Nella filosofia, greco-romana, al contrario, chi dovrà essere presente come tale all'interno del discorso vero, è chi dirige. E dovrà essere presente non tanto nella forma del riferimento dell'enunciato [...]*

⁵⁶⁹ M. Foucault, *L'ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli, Milano 2011, p. 366

*è presente grazie alla coincidenza che egli realizza tra il soggetto dell'enunciazione e il soggetto dei suoi propri atti*⁵⁷⁰”.

Il discorso sulla parresia viene ripreso anche nel successivo corso dal titolo *Il Governo di sé e degli altri* (1982-1983), dove il nocciolo della questione può essere riassunto nella volontà di ricercare e di fare chiarezza su come il discorso filosofico costituisca una parte fondamentale del discorso sul governo di sé e sulle modalità per governare gli altri; in altri termini Foucault continua la lettura degli antichi per cogliere quale rapporto con il proprio sé deve essere costruito in colui che vuole dirigere gli altri. L'accento viene, nuovamente, posto sulla differenza tra parresia antica e parresia cristiana, sottolineando il passaggio tra il diritto di parlare agli altri per guidarli verso l'obbligo di parlare di sé per salvarsi⁵⁷¹. Nel descrivere tale situazione Foucault sembra voler istituire una sorta di relazione, una sorta d'indicazione, ovvero ci suggerisce che il compito filosofico attuale può essere quello di una riattivazione della struttura parresiastica così come intesa dagli antichi. Ciò non vuol dire recuperare *tout court* il sapere dei greci o dei romani, ma vuol dire tentare di rapportare alla contemporaneità la pratica del coraggio della verità, la quale vuole smobilitare quelle forme di sapere che ci incatenano ad una determinata forma di assoggettamento. Questa forma d'intendere la parresia è alla base anche del ciclo di lezioni che, sempre nel 1983, Foucault tiene presso l'Università di Berkley dal titolo *Discorso e verità nella grecia antica*, nel quale fornisce una sorta di definizione-riassunto del significato che lui attribuisce al termine parresia: *“la parresia è una specie di attività verbale in cui il parlante ha uno specifico rapporto con la verità attraverso la franchezza, una certa relazione con la propria vita attraverso il pericolo, un certo tipo di relazione con se stesso e con gli altri attraverso la franchezza, una certa relazione con se stesso e con gli altri attraverso la critica (autocritica o critica di altre persone), e uno specifico rapporto con legge morale attraverso la libertà e il dovere. Più precisamente, la parresia è un'attività verbale in cui un parlante esprime la propria relazione personale con la verità, e rischia la propria vita perché riconosce che dire la verità è un dovere per aiutare altre persone (o se stesso) a vivere meglio*⁵⁷²”. Foucault mette in luce come la parresia diventi l'ethos filosofico da applicare costantemente, poiché il dovere della filosofia diventa l'emancipazione degli altri, in quanto lo stesso filosofo ha potuto emancipare

⁵⁷⁰ Ivi., pp. 366-367

⁵⁷¹ “uno degli aspetti che vorrei indagare nella storia della parresia è un po' la questione di questa lunga e lenta evoluzione plurisecolare, che ci porta da una concezione della parresia politica come diritto, come privilegio di parlare agli altri per guidarli all'altra parresia [...] successiva alla filosofia antica – che troveremo nel cristianesimo, dove diventerà un obbligo parlare di sé, a dire la verità su di sé: un obbligo a dire tutto di sé, e questo allo scopo di guarire se stessi”. *Il Governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 341

⁵⁷² M. Foucault, *Discorso e verità nella grecia antica*, Donzelli editore, Roma 2005, p. 9

se stesso, lavorando sul proprio sé al fine di costruire un rapporto di libertà. Questa declinazione politica della filosofia, che si esercita attraverso l'esercizio critico dedito sia alla messa in discussione del sapere, del potere e della forma etica, intesa quale costante ripresa di se stessi, viene bene tematizzata all'interno dell'ultimo corso che Foucault tiene nel 1984 dal titolo il *Coraggio della verità: il governo di sé e degli altri*. In particolare, ciò che viene delineato nelle lezioni tenute a Berkeley e poi ripreso all'interno del *Coraggio della verità* è il discorso attorno alla parresia, considerato dapprima, durante l'apogeo della democrazia ateniese, un bene perché permise a tutti gli uomini liberi di prendere la parola e pronunciare la verità⁵⁷³. Foucault prende poi ad esame il IV secolo e la "crisi delle istituzioni democratiche" che coincide con la crisi del concetto di parresia, ovvero ci si comincia ad interrogare attorno alla validità di concedere il diritto alla parresia a tutti i cittadini, dunque ai cattivi oratori che potrebbero mettere in pericolo la comunità⁵⁷⁴. Foucault sottolinea che la crisi della parresia sia un problema di verità, in quanto riguarda la possibilità di decidere e di riconoscere chi è in grado di dire la verità e dunque di esprimere la sua opinione. Foucault pone così in luce come il solo fatto di essere cittadini non bastava più per l'esercizio della parresia e, per tal ragione, essa muta venendo ad indicare una scelta esistenziale. A questo proposito Foucault scrive: *"il problema della libertà di parola diviene sempre più connesso ad una scelta esistenziale, alla scelta del proprio modo di vita. La libertà nell'uso del logos diviene sempre di più la libertà nella scelta del bios. E per conseguenza la parresia è considerata sempre più come un'attitudine individuale, una qualità personale"*⁵⁷⁵. La figura fondamentale elencata da Foucault per questo passaggio è quella di Socrate, il quale permette di connettere l'esperienza della cura di sé (epimeleia heautou) alla pratica di dire il vero (parresia). L'età ellenistica e il mondo romano riprenderanno, in maniere differenti, questo concetto di parresia, inteso quale lavoro etico, ovvero quale vita filosofica che s'incarna nel bios, che porta a concepire la propria vita come un ethos estetizzante, dunque come un'estetica dell'esistenza che si realizza nel dare una forma alla propria vita, sia come missione verso gli altri che si prendano cura di

⁵⁷³ Foucault sostiene che i tre principi su cui si basava tale società sono: Demokratia: partecipazione del demos, cioè di coloro che possono essere chiamati come cittadini, a partecipare al potere, Isegoria: struttura di uguaglianza, ovvero diritti, doveri, libertà e obblighi sono gli stessi. Parresia: libertà dei cittadini di prendere la parola, ovvero di alzarsi e dire il vero. Cfr. M. Foucault, *Il governo di se e degli altri*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 76

⁵⁷⁴ "C'è una discrepanza tra un sistema egualitario che riconosce a tutti il diritto di usare la parresia, e la necessità di scegliere tra i cittadini quelli in grado (in virtù della loro condizione sociale e delle loro qualità personali) di usare la parresia, in modo che risulti effettivamente benefico per la città. E questa discrepanza fa sì che la parresia divenga un oggetto problematico. A differenza della isonomia (l'eguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla legge) e della isegoria (il diritto riconosciuto a ciascuno per legge di esprimere la propria opinione), la parresia non era infatti definita chiaramente in termini istituzionali [...] si veniva così a creare anche un problema nel rapporto tra nomos e aletheia: come è possibile dare forma legale alla figura di uno che fa riferimento alla verità? Discorso e verità nella grecia antica, Donzelli editore, Roma 2005, p. 47

⁵⁷⁵ M. Foucault, *Discorso e verità nella grecia antica*, Donzelli editore, Roma 2005, p. 56

sé. Nell'ultima lezione del *Coraggio della verità*, egli afferma che la parresia sarà interpretata dalla cristianità come una relazione tra verità e mondo ultra-terreno, per tal ragione il cristianesimo rompe con la tradizione della paresia intesa alla luce della cura del sé in favore della rinuncia di se stessi che si deve operare per giungere alla verità. Si può così affermare che, per Foucault, sino a quando la parresia è stata interpretata quale forma di vita filosofica, ovvero è stata legata al concetto di cura e governo di sé, essa ha continuato, pur con differenti accenti messi dalle diverse interpretazioni, a fare dell'individuo un soggetto di libertà, dunque un soggetto etico che si dona autonomamente una forma di vita.

Come asserisce Arnold Davidson, Foucault studia l'antichità non per tornare indietro, ma per andare avanti⁵⁷⁶, per tal ragione lo studio della parresia deve essere inteso alla luce di una questione di fondamentale importanza nell'impianto filosofico foucaultiano, ovvero la questione relativa al compito attuale della filosofia. Quello che la filosofia antica suggerisce a Foucault è che la filosofia contemporanea deve essere intesa quale attività pratica di critica alle modalità di soggettivazione che ci vengono date, ponendo in essere un esercizio di elaborazione critica del proprio sé che consenta di raggiungere l'autonomia del darsi quale soggetto, che corrisponde all'unica opportunità per poter dirsi liberi. In altri termini, il filosofo francese riprende dal mondo antico la possibilità di prospettare nella modernità la questione attorno alla problematizzazione delle forme di soggettività che ci sono imposte quotidianamente. La filosofia moderna deve intendersi, proprio come per gli antichi, quale esercizio di trasformazione, che impone non una sola riflessione, ma una perpetuazione della vita filosofica, ovvero una modalità critica da esercitare verso se stessi (etica) e verso gli altri (politica). La filosofia deve tornare, quindi, ad essere un modo di vivere fondato sulla critica, la quale non si forma come retorica dell'enunciazione del vero e del falso, ma ciò che consente l'attivazione di un atteggiamento etico, che poggiandosi su un certo governo di sé, porta ad elaborare un proprio stile di vita. In altri termini la riflessione attorno alla filosofia antica permette a Foucault di inquadrare la sua filosofia quale *ontologia critica di noi stessi*, ovvero come una forma di lavoro che noi possiamo porre sui nostri limiti. Detto con altre parole, l'atteggiamento filosofico coincide con l'atteggiamento critico che altro non è che la forma che i soggetti possono oggi mettere in pratica in contrapposizione al governo pastorale, dunque contro il meccanismo di assoggettazione cristiana che è stato assorbito dall'odierna cornice medicalizzata. Infatti, Foucault scrive: *“se la governamentalizzazione designa il movimento attraverso il quale si trattava, nella stessa realtà di una pratica sociale, di assoggettare gli individui mediante meccanismi di potere che si appellano a una verità,*

⁵⁷⁶ A. Davidson, *Sulla fine dell'ermeneutica del sé*, in *Sull'origine dell'ermeneutica del sé*, Cronopio, Napoli 2015, p. 113

allora direi che la critica designa il movimento attraverso il quale il soggetto si riconosce il diritto di interrogare la verità nei suoi effetti di potere e il potere nei suoi discorsi di verità; la critica sarà pertanto l'arte della disobbedienza volontaria, dell'indocilità ragionata. Funzione fondamentale della critica sarebbe perciò il disassoggettamento nel gioco di quel che si potrebbe chiamare la politica della verità⁵⁷⁷”. Foucault, tramite lo studio dell'antichità, coglie la modalità che il soggetto odierno può assumere al fine di opporsi alla medicalizzazione, che si concretizzano non nella possibilità di lottare contro di essa attuando delle forme di resistenza tipiche della de-medicalizzazione (per esempio creando un'antipsichiatria), così come proposto da Illich, ma verificata l'impossibilità di creare un linguaggio che sia altro rispetto a quello proprio della medicina attraverso le resistenze collettive, egli afferma che l'unico spazio di libertà che al soggetto rimane è quello dell'esercizio di una vita filosofica critica, dove tale concetto deve essere pensato alla luce della *parresia* antica, intesa come forma etica finalizzata sia a lottare contro dei meccanismi di soggettivazione imposta, sia atta al recupero della propria autonomia e libertà di elaborazione della soggettività. Ciò che Foucault suggerisce è che solo un lavoro etico su se stessi, percepito quale forma mutuata dal governo di sé antico, può condurre all'elaborazione di forme che, basandosi sulla problematizzazione e sul lavoro continuo su di sé, possono condurre a superare i limiti di quella soggettività medicalizzata in cui il meccanismo di sapere e potere ci rinchioda. La critica per Foucault coincide, dunque, con una forma di vita che qualifica l'autonomia etica di ogni individuo, portando lo stesso ad elaborare un proprio stile di esistenza e ad esercitare la libertà del continuo lavoro su se stessi.

4) Filosofia, resistenza e libertà

Nello studio dell'opera di Foucault si potrebbe essere tentati di definire l'ultima parte di suoi lavori quale una nuova forma prospettica, che conduce verso un'apertura etica e tralascia l'analisi politica affrontata in precedenza. Ciò sarebbe un grande errore, poiché il tema dell'analisi di sé e delle modalità con le quali è possibile costruire una soggettività diviene per Foucault l'unico strumento di resistenza politica che l'uomo può opporre al meccanismo di assoggettamento dato dalla normalizzazione propria dell'era della medicalizzazione. Dunque, si può affermare che, nell'ultimo periodo della sua vita, Foucault non cambia angolo visuale, spostando lo sguardo da un terreno politico ad uno etico, ma egli riflettendo sul compito della filosofia individua in essa una missione etica, ovvero quello di lavorare sul sé al fine di

⁵⁷⁷ M. Foucault, *Illuminismo e critica*, Donzelli editore, Roma 1997, p. 40

costituersi quale soggettività autonoma, ponendo in essere un'attività che per sua essenza è sempre anche politica, poiché garantisce l'esercizio della libertà. Ne segue che il compito della filosofia è sempre politico, poiché essa non deve essere intesa quale forma normativa o fondativa, ma deve rivolgersi alle condizioni reali che determinano i modi di esistenza degli individui. Quindi la filosofia costituisce una forma critica che deve condurre all'esercizio della libertà. Il punto fondamentale da cogliere all'interno di questa nuova forma politica delineata da Foucault è la possibilità di intendere l'ambito filosofico come unica sfera di resistenza da poter adottare all'interno della realtà segnata dalla biopolitica. Infatti, egli sostiene che contro le dominazioni, sia sociali che religiose, le quali si realizzano nel potere sovrano, è possibile opporre una resistenza politica di tipo classico, come l'invocazione dei diritti ecc.. Gli stessi strumenti politici diventano, però, inefficaci all'interno della biopolitica, la quale offre come unica possibilità di resistenza il lavoro su di sé, dunque le tecnologie di soggettivazione si formano come unica fonte di libertà e resistenza politica⁵⁷⁸. Come scrive lo stesso Foucault: *“per riassumere, il principale obiettivo di queste lotte non è quello di attaccare una o l'altra istituzione di potere, o gruppo, o classe, o élite, o tecnica particolare di potere. Questa forma di potere si esercita sulla vita quotidiana immediata, che classifica gli individui in categorie, li designa attraverso le loro individualità, li fissa alla loro identità, impone loro una legge di verità, che gli altri dovranno poi riconoscere in loro. È una forma di potere che trasforma gli individui in soggetti”*⁵⁷⁹.

In altri termini, ciò che nell'ultima parte della propria vita Foucault mette in luce è la possibilità di opporre alla biopolitica, che si basa sulla medicalizzazione della vita, non le classiche forme di resistenza politica, ma una resistenza basata sul rifiuto dell'identità che ci vengono assegnate, esercitando un lavoro sul sé che conduce a scoprire il meccanismo dell'assoggettamento medicalizzato che costituisce il nostro modo di esprimerci e solo con un continuo esercizio delle stesse pratiche di sé si potrà giungere a costruire una forma di soggettività autonoma che si può contrapporre alla volontà biopolitica⁵⁸⁰. Questo vuol dire che l'uomo non deve rivendicare dei diritti universali, ma deve elaborare una libertà che si basa sul lavoro critico; Foucault sostiene che il lavoro critico-filosofico non consiste nella volontà di denunciare la falsità di un sapere, ma di porre in luce la potenza oppressiva di quel

⁵⁷⁸ M. Foucault, *Le sujet e le pouvoir*, in *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001, pp. 1041-1062

⁵⁷⁹ Ivi., p. 1046

⁵⁸⁰ Foucault scrive: *“Dobbiamo immaginare e costruire ciò che potremo essere per liberarci di questa sorta di doppia costrizione politica rappresentata dall'individualizzazione e dalla totalizzazione simultanea delle moderne strutture di potere. Si potrebbe dire, per concludere, che il problema ad un tempo politico, etico, sociale e filosofico che ci si pone oggi, non è relativo a tentare di liberare l'individuo dallo Stato, ma di liberare noi stessi dallo Stato e dai tipi di individualizzazione che gli sono propri. Dobbiamo promuovere delle nuove forme di soggettività rifiutando il tipo d'individualità che ci è stato imposto da alcuni secoli”*. Ivi., p. 1051

sapere in quanto forma di verità. Ciò si traduce nella possibilità da parte della filosofia di asserire non che la psichiatria è falsa, ma nel mostrare il potere che la psichiatria, in quanto sapere vero, ha acquisito nell'assoggettare gli individui e nel plasmare quale vero il reale. Foucault scrive: *“quando affermo che la critica dovrebbe consistere nel determinare a quali condizioni e con quali effetti si esercita una veridizione, vi rendete ben conto che il problema non consiste nel dire: guardate com'è oppressiva la psichiatria, dato che è falsa [...] in altri termini, perché l'analisi abbia una portata politica, non deve vertere sulla genesi delle verità o sulla memoria degli errori [...] ciò che ha importanza politica attuale è la capacità di determinare qual è il regime di veridizione che viene instaurato in un determinato momento⁵⁸¹”*. Ciò che Foucault ci sta dicendo è che la resistenza alla medicalizzazione non si può realizzare attraverso l'antipsichiatria o l'antimedicina, poiché queste due correnti mirano a mettere in luce i discorsi falsi e sbagliati della psichiatria e della medicina, opponendo così al biopotere che si erge sulla medicalizzazione una forma di lotta politica che si addice ad un'altra epoca, - quella del potere sovrano-, non portando alcun tipo di conseguenza sul reale contemporaneo che non sia quello di stringere sempre di più le maglie della medicalizzazione. Se davvero si vuole resistere al potere della medicalizzazione, lo si può fare solo conducendo una vita filosofica applicandosi in una critica costante di se stessi che altro non è che la critica delle forme di verità che ci governano e ci fanno essere quello che siamo tramite questo metodo non si vuol smascherare la falsità della psichiatria e della medicina, ma si vuol riconoscere il gioco di verità attraverso il quale essa instaura la norma che ci fissa quale soggetto oggetto. Lo spostamento logico operato da Foucault è davvero notevole, poiché egli afferma che la resistenza alla medicalizzazione non si afferma, come invece riteneva l'antipsichiatria, volendo riscoprire la vera natura dell'uomo, liberandola dalle catene del sapere scientifico-economico, ma rifiutando ciò che si è, ovvero le forme di soggettività che il sapere scientifico-economico instaura, al fine di affermarsi come soggetti autonomi. In questo senso la politica diviene etica, ovvero diviene una forma di esercizio che oppone la trasformazione di se stessi, alla modalità che erge gli individui ad oggetti di potere che vengono vissuti, manipolati dai giochi di verità che, di volta in volta, s'instaurano e prendono forma all'interno della cornice di senso medicalizzata. Ciò porta ad asserire che, nell'ultimo Foucault, il concetto di etica lungi dall'allontanarsi dall'analisi della dimensione politica, porta a concepire la stessa non solo in termini di assoggettamento, ma in termini di costruzione autonoma della soggettività, facendo di fatto diventare la filosofia foucaultiana una filosofia critico-pratica.

⁵⁸¹ M. Foucault, *Nascita della biopolitica*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 43

La praticità di questa forma filosofica si coglie ancora una volta dall'ambito della sessualità, poiché Foucault sostiene che il soggetto, riuscendo a concepirsi come libero cioè capace di determinarsi autonomamente, riesce a rigettare l'esperienza della sessualità normata e codificata, intendendo la stessa quale comportamento e non come forma naturale, come scelta libera e non come necessità biologico-naturale⁵⁸². Si coglie come la filosofia pratica di Foucault miri alla presa di coscienza dello statuto della libertà del soggetto, la quale si realizza solo nel pensiero critico esercitato verso di sé e non nella volontà anacronistica di una rivendicazione di diritti umani da opporre al potere, poiché gli stessi si radicano sulla costruzione di un sistema di verità che fissa una soggettività già definita e non aperta al lavoro critico. In altri termini, come afferma Deleuze, secondo Foucault: *“la vita deve essere liberata nell'uomo stesso, perché l'uomo è stato un modo d'imprigionarla”*⁵⁸³, ciò implica che Foucault non voglia in alcun modo ritornare ad una ontologia del soggetto, poiché egli non indica nessuna norma generale da seguire per lavorare e creare la propria soggettività, anzi rifiuta con forza la possibilità di scovare una natura umana universale bisognosa di essere difesa, affermando al contrario che l'unica caratteristica da preservare e coltivare è quella della normatività propria dell'essere umano. L'atteggiamento critico deve fornire la possibilità all'uomo di cogliersi quale soggetto normativo e non come soggetto naturale, decifrando così la normatività stessa del concetto di salute che sottende alla costituzione della cornice medicalizzata che normalizza la vita. Per tal ragione, mi sembra legittimo affermare che la filosofia critico-pratica foucaultiana miri a raggiungere la possibilità di comprendere il criterio normativo del nostro essere soggetti, il quale permette di non considerarsi quali soggetti universali da salvare (come invece il meccanismo di medicalizzazione, introiettando il paradigma derivante dalla pastorale cristiana, ha instaurato), e proprio questo riconoscimento di normatività permette di opporsi al meccanismo di medicalizzazione, il quale si fonda sulla costituzione del soggetto quale forma naturale-biologica bisognosa di cura medico-scientifica.

Questa modalità d'intendere la filosofia viene tematizzata da Foucault, in almeno tre occasioni, attraverso il confronto con il testo kantiano *Was ist Aufklärung?*. La prima occasione risale al 1978, quando presso l'università Sorbonne tiene davanti al pubblico della *Société Française de Philosophie* una conferenza in cui afferma che la critica designi il movimento attraverso il quale il soggetto si riconosce il diritto di interrogare la verità nei suoi effetti di potere e il potere nei suoi discorsi di verità al fine di produrre una disobbedienza volontaria corrispondente all'attuazione di un meccanismo di disassoggettamento, sostenendo

⁵⁸² Cfr. M. Foucault, *De l'amitié comme mode de vie*, in *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001, pp. 982-987

⁵⁸³ G. Deleuze, *Foucault*, Cronopio, Napoli 2002, p. 123

anche che ciò che Kant definiva *Aufklärung* corrispondeva proprio a tale forma di critica. Infatti, Foucault scrive: “*quel che Kant descriveva come Aufklärung è esattamente ciò che intendevo descrivere come critica, ossia quell’atteggiamento critico che è un tratto specifico dell’Occidente a partire, credo, da ciò che è stato storicamente il grande processo di governamentalizzazione della società [...] se in effetti Kant chiama tutto questo movimento critico Aufklärung quale sarà secondo lui il ruolo della critica? La mia risposta è semplice, molto semplice: rispetto all’Aufklärung la critica sarà, agli occhi di Kant, quella che dirà al sapere: sai bene fin dove sei in grado di sapere? Ragiona finché vuoi, ma sai bene fin dove puoi ragionare senza pericolo? La critica, dirà, in sostanza che la nostra libertà è messa meno in gioco da ciò che affrontiamo, con più o meno coraggio, che dall’idea che ci facciamo della nostra conoscenza e dei suoi limiti; e che perciò, invece di lasciar dire a un altro obbedisci, è nel momento in cui ci saremo fatti un’idea giusta della nostra conoscenza che si potrà scoprire il principio dell’autonomia e che non dovremo più ascoltare l’obbedisci; o meglio, l’obbedisci sarà fondato sull’autonomia stessa*⁵⁸⁴”. Dunque, Foucault, in questa conferenza interpreta la famosissima definizione di illuminismo coniata da Kant, ovvero l’uscita dalla minorità e l’utilizzo libero dell’intelletto⁵⁸⁵, come la possibilità di uscita dal governo biopolitico che si concretizza nella volontà di costruire la propria soggettività. Bisogna notare come il concetto di critica foucaultiano non trovi fondamento nel concetto di *Kritik* kantiano, ma nel concetto di *Aufklärung*, poiché il primo termine nella tradizione kantiana si riferiva alla possibilità di edificare una filosofia trascendentale che mirasse alla ricerca delle condizioni di possibilità e dei limiti della conoscenza umana. Proprio tale differenza viene ripresa nella lezione tenuta al Collège de France il 5 gennaio 1983, lezione nella quale Foucault definisce la propria filosofia come ontologia dell’attualità, affermando che Kant ha dato vita alle due tradizioni critiche che fondano la filosofia moderna: la prima corrispondente ad *un’analitica della verità*, ovvero alla ricerca delle conoscenze trascendentali della conoscenza vera; la seconda che parte proprio dalla domanda sull’*Aufklärung*, ovvero da una domanda posta sull’attualità, che fa configurare la stessa interrogazione come un’ontologia della modernità. La domanda posta da Kant su cos’è l’Illuminismo diventa, secondo Foucault, una domanda posta alla contemporaneità. Infatti scrive: “*mi sembra che si veda apparire, nel testo di Kant, la questione del presente come*

⁵⁸⁴ M. Foucault, *Illuminismo e critica*, Donzelli editore, Roma 1997, pp. 41-42

⁵⁸⁵ Kant scrive: “*l’illuminismo è l’uscita dell’uomo dallo stato di minorità che egli deve imputare a se stesso. Minorità è l’incapacità di valersi del proprio intelletto senza la guida di un altro. Imputabile a se stesso è questa minorità, se la causa di essa non dipende da difetto di intelligenza, ma dalla mancanza di decisione e del coraggio di fare uso del proprio intelletto senza essere guidati da un altro*”. Risposta alla domanda che cos’è l’Illuminismo? in *Scritti politici e di filosofia della storia e del diritto*, Utet, Torino 1956, p. 141

evento filosofico a cui appartiene il filosofo che ne parla. Ebbene, se si vuole proprio individuare la filosofia come una forma di pratica discorsiva che ha la propria storia, è attraverso questo gioco che vengono introdotte sia la questione: che cos'è *Aufklärung*? Sia la risposta fornita da Kant. Mi sembra [...] che si veda come la filosofia diventi la superficie d'emergenza della propria attualità discorsiva: attualità che essa interroga come un evento a cui deve attribuire senso, valore, singolarità filosofica, e in cui deve trovare, al tempo stesso, la propria ragione d'essere e il fondamento di ciò che dice⁵⁸⁶”. Tale lezione diviene anche oggetto di un articolo pubblicato in inglese nel 1984 dal titolo *What is Enlightenment?*, considerato come l'articolo di sistematizzazione della riflessione foucaultiana, quasi una sorta di testamento filosofico, nel quale egli spiega che secondo la lezione di Kant l'Illuminismo era da intendersi non come un periodo storico che succede ad un altro al fine di realizzare un *telos* proprio della storia, ma deve essere inteso come possibilità di usare liberamente il proprio intelletto. A questo proposito scrive: “*pensando al testo di Kant, mi chiedo se non si possa considerare la modernità come un atteggiamento invece che come un periodo della storia. Con atteggiamento intendo un modo di relazione con l'attualità; una scelta deliberata compiuta da alcuni; infine, un modo di pensare e di sentire, anche un modo di agire e di comportarsi che sottolinea un'appartenenza e, al tempo stesso, si presenta come un compito. Probabilmente, un po' come quello che i Greci chiamavano ethos*⁵⁸⁷”. La filosofia diventa così ricerca critica sulla contemporaneità, la quale non è impegnata nello studio delle strutture formali che assumono valore universale, ma diviene un'indagine mirante a rintracciare gli eventi che ci hanno condotto a costituirci e riconoscerci come soggetti di ciò che facciamo, pensiamo e diciamo⁵⁸⁸. Tale studio sarà ciò che caratterizzerà l'*ethos* filosofico proprio dell'ontologia critica di noi stessi quale prova storico-pratica dei limiti che, in quanto esseri liberi, possiamo superare attraverso il lavoro su noi stessi⁵⁸⁹. Si può cogliere come Foucault caratterizzi la sua filosofia pratica come forma precaria e mai fondativa, poiché essa deve di volta in volta affrontare il problema dei limiti ed il suo superamento, sottoponendosi, quindi, continuamente alla prova dell'attualità. Ciò vuol dire che l'atteggiamento filosofico

⁵⁸⁶ M. Foucault, *Il governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 22

⁵⁸⁷ M. Foucault, *Che cos'è l'Illuminismo?*, in *Antologia*, Feltrinelli, Milano 2008, pp. 224-225; contenuto anche in P. Rabinow, *The Foucault Reader*, Phantéon Books, 1984, pp. 32-50. (Si è scelto di far riferimento alla traduzione italiana)

⁵⁸⁸ “*la critica non è trascendentale e non si propone di rendere possibile una metafisica: è genealogica nella sua finalità e archeologica nel suo metodo. Archeologica – e non trascendentale – nel senso che non cercherà di cogliere le strutture universali di ogni conoscenza o di ogni azione morale possibile; ma cercherà di trattare i discorsi che articolano ciò che noi pensiamo, diciamo e facciamo come altrettanti lavori storici. E tale critica sarà genealogica nel senso che non dedurrà quello che ci è impossibile fare o conoscere dalla forma di ciò che noi siamo; ma coglierà, nella contingenza che ci ha fatto essere quello che siamo, la possibilità di non essere più, di non fare o di non pensare più quello che siamo, facciamo o pensiamo*”. Ivi., p. 230

⁵⁸⁹ Ibidem

s'instaura, proprio come l'atteggiamento della parresia, quale continuo lavoro che non può dirsi dato una volta per tutte e, per tal ragione, deve rinunciare ad ogni ambizione di universalità, dovendo di volta in volta lavorare sul locale. In conclusione, si può affermare che la filosofia per Foucault sia una pratica critica che rifiuta ogni forma di verità universale, ma volendosi interrogare sul presente dona vita a delle tecniche di sé che permettono un continuo lavoro sui limiti, che deve essere inteso come metodo per la realizzazione di una soggettività autonoma e per l'esercizio della propria libertà.

DA FOUCAULT ALLA BIOETICA: LA RESISTENZA ALLA MEDICALIZZAZIONE

Là dove c'è potere c'è resistenza e tuttavia, o piuttosto proprio per questo, essa non è mai in posizione di esteriorità rispetto al potere. Bisogna dire che si è necessariamente dentro il potere, che non gli si sfugge, che non c'è rispetto ad esso, un'esteriorità assoluta? [...] Vorrebbe dire misconoscere il carattere strettamente relazionale di rapporti di potere. Essi non possono esistere che in funzione di una molteplicità di punti di resistenza, i quali svolgono, nelle relazioni di potere, il ruolo di avversario, di bersaglio, d'appoggio, di sporgenza per una presa.
M. Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010, pp. 84-85

1) L'importanza di Foucault: le due modalità di resistenza alla biopolitica

In questa ricerca ho voluto confrontarmi con uno dei temi più attuali che nell'ambito bioetico si pongono: il concetto di medicalizzazione. Per trattare tale tematica mi è stato impossibile prescindere dall'analisi operata da Michel Foucault su codesto tema, infatti, come si è potuto vedere nel secondo capitolo di questa tesi, il filosofo francese è preso a riferimento da chiunque tenti di riflettere e fare ricerca in questo campo. L'importanza di Foucault per questo argomento risiede nell'aver tracciato la traiettoria strutturale con la quale comprendere l'edificazione stessa della medicalizzazione. In particolare abbiamo colto come egli intenda la medicalizzazione non come un fenomeno che prende vita da altre situazioni, ma quale cornice di senso entro cui poter comprendere i fenomeni umani. Come abbiamo avuto già modo di vedere, essa inizia la propria ascesa verso la fine del XVIII secolo, quando la medicina diviene sociale, ovvero s'interessa ad una serie di questioni sempre maggiore, che conduce all'assolutizzazione della dimensione di salute, la quale non è altro che una forma normativa d'intendere alcuni parametri vitali. Questa instaurazione perde ogni riferimento di natura normativa, diventando così la chiave per cogliere la naturalità dell'uomo che permette allo stesso tempo di normalizzare l'umana esistenza. Per tal ragione la medicina diviene lo strumento di una tecnica di potere (biopolitica) che, agendo sulla disciplinazione del singolo al fine di giungere ad una regolazione e messa in sicurezza della popolazione, fa presa sulla vita intera. In altri termini Foucault ci suggerisce, come abbiamo visto sempre nel secondo capitolo, che la medicalizzazione può essere spiegata seguendo questi passaggi logici: salute –

normalizzazione – biopolitica – soggettività medicalizzata. L'ultimo termine, la soggettività medicalizzata, è ciò che Foucault sostiene essere il cuore della medicalizzazione, poiché senza la possibilità che il soggetto riconosca senso veritativo e universale alla medicina e ai codici che essa instaura non ci potrebbe essere medicalizzazione. Ne segue che Foucault identifichi come il centro del proprio interesse filosofico l'analisi della soggettività, individuando come essa sia, nella contemporaneità, prodotta e assoggettata al meccanismo di medicalizzazione stesso. Per far cogliere questo passaggio il filosofo francese indaga il meccanismo di sessualità, situazione che fa sì che gli individui dal XIX secolo si concepiscano come soggetti di sessualità bisognosi di ausilio medico e terapeutico. L'importanza della sessualità e delle indagini condotte su di essa è fondamentale, poiché Foucault tratteggia tramite essa il meccanismo attraverso il quale la soggettività viene costituita come libera di pensarsi in funzione della medicina, facendo sì che il soggetto diventi un soggetto di desiderio. Questa modalità di darsi della soggettività permette anche l'instaurazione di una disciplina, la psichiatria, che si porrà come l'estrema arma che permette di scindere tra atteggiamenti normali e anormali, realizzando l'apice dell'atteggiamento biopolitico che s'instaura sulla medicalizzazione; infatti essa, agendo sul singolo grazie alla presa in carico delle umane espressioni e delle funzioni sociali, permette di garantire la sicurezza della popolazione. In estrema sintesi si può quindi asserire che Foucault mostri la complessità del fenomeno medicalizzazione il quale, nonostante possa essere descritto, - come fa Conrad -, quale situazione in base alla quale dei problemi non medici cominciano ad essere trattati come problemi medici, essa non si riduce semplicemente a questo. Come abbiamo visto nei capitoli tre e nove, molti autori sostengono che la medicalizzazione sia il risultato di una cornice di senso, poiché essa si forma a partire dal capitalismo (declinato secondo l'idea di Illich, o declinato secondo i descrittori del disease mongering) e non si può eludere da essa. Foucault tramite le sue analisi sovverte questo pensiero, mostrando come sia la medicalizzazione della società che crea le possibilità per l'instaurazione del capitalismo, pur affermando che il capitalismo sia anche ciò che rafforza la cornice di senso medicalizzata. Per tal ragione egli sostiene che per opporsi alla medicalizzazione non sia possibile praticare dei meccanismi di demedicalizzazione, ovvero non è possibile creare delle forme istituzionali altre rispetto alla medicina, poiché così facendo si legittima sempre di più la medicalizzazione. Gli esempi che egli porta a supporto della sua tesi sono la nascita della psicoanalisi che, lungi dall'aver liberato l'uomo dalla medicalizzazione prodotta dalla psichiatria lo ha stretto all'interno di una nuova forma di medicalizzazione che prevede anche l'analisi dell'inconscio e, in secondo luogo, parla dell'antipsichiatria, ovvero di quel movimento che affermava la volontà di

considerare l'universalità dei diritti umani. Queste forme di resistenza, secondo Foucault, pur formandosi all'interno di un terreno utile a combattere il vecchio modo d'intendere il potere, quale sovrano, non risultano utili per riuscire ad opporsi al meccanismo biopolitico. All'interno della stretta contemporaneità Adele Clarke e gli studiosi che seguono il paradigma della biomedicalizzazione, sono giunti a sostenere che l'apice dell'atteggiamento di medicalizzazione, ovvero la possibilità di scegliere e creare individui su misura tramite l'ingegneria genetica, possa essere lo strumento che sposta l'accento dalla protezione-normalizzazione della popolazione al perpetuare la volontà del singolo. In altri termini Clarke e gli altri affermano che l'ingegneria genetica, per mezzo dell'ottimizzazione dell'uomo, possa divenire ciò che permette di resistere alla pratica biopolitica e dunque alle forme di medicalizzazione. Abbiamo già visto, nel terzo capitolo, come questa teoria, seppur molto affascinante, non si prefiguri come appropriata per poter resistere al fenomeno delle medicalizzazione, poiché anch'essa utilizza nuovamente delle forme di resistenza che non tengono conto delle peculiarità proprie del meccanismo di potere della biopolitica. In particolare, la biopolitica agisce tramite la secolarizzazione del meccanismo della confessione cristiana che permette di creare delle forme oggettivate di soggettività, le quali invocando la possibilità di costruirsi dei figli su misura, o tentando di servirsi dell'ingegneria genetica per migliorarsi, non esprimono la propria libera volontà, ma perpetuano i condizionamenti che hanno fatto sì che il potere s'instauri e crei la stessa soggettività. Si può cogliere come il problema della resistenza alla medicalizzazione debba essere posto come questione di resistenza alla biopolitica, ovvero al meccanismo di potere che usa e razionalizza la cornice di senso medicalizzata. Per fare ciò bisogna cogliere le differenze che la biopolitica esercita sulla contemporaneità, rispetto alle precedenti pratiche di potere. Il punto della questione attorno alle possibilità di resistenza è proprio questo: secondo Foucault è essenziale prima di tutto capire in che meccanismo di potere ci troviamo, quindi è fondamentale costruire un'archeologia e una genealogia dei giochi di verità che portano ad edificare un ordine del discorso che disciplina e normalizza il nostro essere soggetti. Dunque, la critica che Foucault pone ai meccanismi di resistenza elaborati dall'antipsichiatria sino ad Adele Clarke è basata su un'analisi del potere che non rispecchia l'odierna forma di esplicazione dello stesso. Questo non vuol dire che non esiste una possibilità di resistere al meccanismo biopolitico, ma che tale resistenza deve pensarsi sotto modalità differenti rispetto a quelle che si teorizzavano contro le precedenti forme di dominio. Proprio per questo, come abbiamo visto nel capitolo precedente, ciò che nell'ultima parte della propria vita Foucault mette in luce è la possibilità di opporre alla biopolitica, che si basa sulla medicalizzazione della vita, non le classiche

forme di resistenza politica, ma di opporre una resistenza che si basa sul rifiuto dell'identità che ci vengono assegnate, dunque le forme di resistenza politiche da obbiettare alla biopolitica sono rappresentate dalla possibilità di esercitare un lavoro sul sé che conduce a scoprire il meccanismo dell'assoggettamento medicalizzato che costituisce il nostro modo di darsi e, solo con un continuo esercizio delle stesse pratiche di sé, si potrà giungere a costruire una forma di soggettività autonoma che si può contrapporre alla volontà biopolitica. Tale situazione non vuol dire che l'uomo non debba rivendicare dei diritti universali, ma deve elaborare una libertà che si basa sul lavoro critico. Non a caso egli identifica il ruolo della filosofia come la possibilità di creare un'ontologia critica della attualità, interrogandosi sulle forme attraverso le quali siamo quello che siamo con lo scopo di realizzare una istanza pratico-critica utile a perpetuare delle forme di disassoggettamento che possano costruire una soggettività autonoma e libera. La resistenza alla biopolitica deriva, quindi, da un lavoro su di sé che permette di costituirsi quali soggetti autonomi che rifiutano di essere ridotti ad oggetti assoggettati. Ciò, come visto nel precedente capitolo, è il compito della filosofia, la quale proprio come l'atteggiamento di *parresia* del mondo antico deve inventare un continuo lavoro su di sé, il quale non potrà mai dirsi né finito né universale. Non potrà essere finito, poiché il rifiuto della soggettività e l'instaurazione di una propria soggettività passa attraverso una perenne messa in discussione del proprio sé e, in secondo luogo, tale critica di sé non potrà né essere oggettivata, né standardizzata, poiché essa dovrà lavorare sulle diverse forme di realtà che si presentano di giorno in giorno davanti ai propri occhi. Si può così affermare che la resistenza alla biopolitica può avvenire grazie a due istanze: in primo luogo la descrizione archeologica e genealogica delle modalità che instaurano la verità del presente e del soggetto e, in secondo luogo, l'esercizio della forma critica verso noi stessi che permette di rifiutare ciò che siamo al fine di allontanare le istanze di medicalizzazione e normalizzazione che perpetuano lo stesso meccanismo di medicalizzazione. Queste due istanze di resistenza sono i compiti che la filosofia pratico-critica teorizzata da Foucault si deve prefissare, poiché ad essa spetta la possibilità di analisi, di critica e di coraggio indispensabili alla presa di coscienza soggettiva e mai universalizzabile delle modalità di resistenza al potere biopolitico, che passano attraverso il lavoro quotidiano sulla sfera locale.

2) La bioetica come filosofia pratico-critica

Sino ad ora abbiamo colto come la nostra vita sia inserita all'interno di una cornice medicalizzata che le dona natura e senso, l'unica possibilità che abbiamo di opporci a tale situazione è quella di porre in essere una forma di resistenza che riesca a cogliere la peculiarità del potere biopolitico che si erge sulla medicalizzazione. Foucault ha messo in luce come tale forma di resistenza si possa edificare a partire da una filosofia pratico-critica la quale si deve basare essenzialmente su due punti: 1) lavorare continuamente sui saperi locali, non ergendosi mai a sistema universale, 2) costituirsi come forma precaria che necessita continuamente un lavoro e, allo stesso tempo, spinge al lavoro incessante su di sé. Alla luce della teoria foucaultiana relativa alla medicalizzazione delle caratteristiche da lui elencate quali necessarie da possedere per edificare una filosofia che sia una forma di resistenza, la conclusione che vorrei sostenere è che tale modalità filosofica di agire pratico-critico sia oggi rappresentata dalla bioetica.

Nel primo capitolo di questa tesi, in particolare nel paragrafo tre, abbiamo visto grazie alla ripresa della riflessione condotta da Fabrizio Turoldo come la bioetica non nasca quale forma accademica, ma che essa trovi le proprie modalità di agire nella praticità dei concili bioetici chiamati ad assumere delle decisioni reali relative alla vita dei singoli soggetti. Questo vuol dire che essa nasce come esigenza dettata dalle istanze del mondo materiale che si riverberano in un bisogno incessante di essere pensate per essere edificate ed avallate. In altri termini si può sostenere che la bioetica, lungi dal rappresentarsi quale forma universale e standardizzabile, sia una forma di atteggiamento nel mondo che si basa sulla possibilità di usare il sapere critico, al fine di lavorare sui singoli casi che deve affrontare. La peculiarità del metodo bioetico è quello dell'essere un lavoro in gruppo finalizzato a prendere delle decisioni, le quali non si devono basare sulla forza persuasiva o retorica di un soggetto rispetto all'altro, ma proprio come nell'analisi riservata da Foucault alla *parresia* esercitata nella democrazia greca, i soggetti impegnati in un concilio bioetico hanno il dovere di dire la verità, ovvero hanno il dovere di dire se un soggetto è troppo debole o anziano per subire un trapianto, se una persona non è nelle condizioni di perpetuare una vita che la conduca ad un regime di sanità che non vanifichi l'operazione ecc.. Anche in questo caso la storia della *parresia*, così come evidenziata da Foucault, mette in luce come sia difficile cogliere quando una persona all'interno dei concili bioetici dica la verità oppure quando faccia solo sfoggio di retorica. La possibilità di svelare tale situazione, proprio come nella *parresia* socratica descritta da Foucault, ci viene dall'accorgimento di legare la *parresia* alla cura di sé, infatti la

verità pronunciata dovrà dimostrarsi anche nell'atteggiamento di vita. Per cogliere tale situazione possiamo far riferimento alle parole scritte da Tristram e Engelhardt nel *Manuale di bioetica*, il testo in ambito bioetico più conosciuto e diffuso,: “*al ricordo di un'unità e di una comunità costantemente cercate, ancorché mai realizzate, si contrappone tutta una varietà di visioni morali e di bioetiche sostanziali incapaci di rientrare in una prospettiva unitaria sostanziale. È il prezzo che ci tocca pagare alla postmodernità e alla visione multiprospettica e multiculturale che essa ci impone. Di bioetica non possiamo che parlare al plurale*⁵⁹⁰”. Da questa citazione è fondamentale cogliere come non sia mai possibile parlare di bioetica in senso generale, ma la stessa pratica si scinde in varie forme a seconda di chi la pratica e di chi se ne fa portavoce, ovvero è necessario parlare di bioetica sempre al plurale. Tale situazione si avvera, poiché la bioetica non prescrive dei caratteri universali, ma tenta di fornire un metodo, l'istanza critica, al fine di agire all'interno del mondo pratico-reale. Dunque, si può affermare che all'interno dell'ambito bioetico, proprio come all'interno della parresia, sia più importante l'esercizio della critica etica sul sé, la quale diviene politica, quale forma di critica esercitabile anche sugli altri, più che il contenuto delle proposizioni enunciate. Ciò risulta chiaro se si prendono a riferimento i classici argomenti di carattere bioetico quale l'eutanasia, l'aborto ecc., i quali non potranno mai essere standardizzati in un'unica forma di ragionamento universale, ma troveranno vari punti di vista che li legittimano o meno. Per tal ragione è impossibile riconoscere la verità di un singolo e proprio enunciato -pro o contro aborto, pro o contro eutanasia -, ciò che è importante è il lavoro su di sé che i soggetti impegnati nel dialogo critico bioetico hanno svolto per riuscire ad esprimere una propria verità attorno a tale questione. Il valore della loro analisi etico-critica verrà svelato, proprio come nella parresia, dalla coerenza con cui essi dicono la loro verità e conducono la propria vita. Risulta chiaro che un soggetto favorevole all'eutanasia, che improvvisamente si dichiara contrario relativamente ad un suo familiare, non è un soggetto che ha condotto realmente un lavoro su di sé che lo porta a professare una verità, ma può essere assimilato a qualcuno che conduce degli atteggiamenti e dei discorsi retorici che non mettono in gioco nessun esercizio critico.

Se risulta abbastanza comprensibile che la bioetica lavori sempre su saperi locali, non potendo mai oggettivare una visione rendendo le sue istanze universali, è più difficile cogliere come essa possa sempre costituirsi quale forma di precarietà, tanto che il Belmont Report ha sancito dei principi che costituiscono la base della riflessione bioetica: il rispetto della persona e della sua autonomia, la volontà di fare il suo bene e la giustizia. Infatti, edificare dei principi da cui

⁵⁹⁰ H. Tristram, Jr. Engelhardt, *Manuale di bioetica*, Il saggiatore, Milano 1999, p. 44

partire potrebbe sembrare in netta contraddizione rispetto alla volontà di volersi interrogare costantemente sulla realtà senza adottare delle prescrizioni universali. In realtà, se si guarda ai principi sanciti dallo stesso Belmont Report si nota come i valori da esso annunciati si richiamano solo formalmente alle libertà generali degli uomini (concetto rifiutato da Foucault), poiché pur dando dei nomi quali “il rispetto della persona e della sua autonomia, la volontà di fare il suo bene e la giustizia” non indicano nessuna modalità universale di interpretare e declinare gli stessi imperativi. In altri termini, i principi sanciti dal Belmont Report non devono essere scambiati per degli imperativi universali da perseguire, ma devono essere intesi come delle modalità per indagare l’attualità di cui l’uomo fa parte, sapendo che tali situazioni sono secondarie ad una profonda volontà di libertà che nasce solo dall’atteggiamento etico-critico. I principi sanciti dal Belmont Report rientrano in quell’interrogazione sulla contemporaneità che Foucault, seguendo l’analisi del concetto kantiano di *Aufklärung*, pone ad essenza della sua filosofia. Dunque, attraverso questi principi in bioetica, ci si pone il problema della comunità, situazione che viene analizzata da Foucault proprio a partire dal testo Kantiano relativo all’*Aufklärung*. A questo proposito bisogna notare come Habermas, partendo dallo stesso testo, interpreti la lezione kantiana come la possibilità di ritrovare le condizioni che permettono l’instaurazione di una comunità ideale, ovvero la possibilità di far valere l’unità della ragione critica e del progetto sociale. Foucault, al contrario, sostiene che il problema della comunità, secondo la sua interpretazione del testo kantiano, rientra all’interno non delle ricerche di un universalismo, ma della possibilità di analizzare il presente. A questo proposito scrive: *“la pratica filosofica, o piuttosto il filosofo, tenendo il suo discorso filosofico, non può evitare di porre la questione della sua appartenenza a questo presente. Il che significa che la questione che bisognerà porgli non sarà più semplicemente, o non sarà più affatto, quella della sua appartenenza a una dottrina o a una tradizione; e nemmeno bisognerà porgli la questione della sua appartenenza ad una comunità umana generale. Bisognerà invece porgli la questione della sua appartenenza a un presente: se preferite della sua appartenenza ad un certo noi che deve diventare per il filosofo, o che sta diventando per il filosofo, oggetto di riflessione. Si afferma, di conseguenza, l’impossibilità, per lui, di rinunciare a interrogarsi sulla sua singolare appartenenza a questo noi⁵⁹¹”*. Foucault sostiene che il filosofo agisce su una superficie d’emergenza rappresentata dalla stretta attualità, ponendo in essere un’interrogazione filosofica sul senso dell’attualità a cui egli partecipa, senza però tralasciare la sfera di riflessione attorno “al noi” nel quale egli si situa e appartiene. Ne segue che la bioetica

⁵⁹¹ M. Foucault, *Il governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 22

intenda il nostro tempo alla luce della cornice di senso della medicalizzazione, ovvero tale pratica non mette in essere degli universali, ma pone in essere degli interrogativi che si rapportano al noi del presente. In altri termini, i principi dati dal Belmont Report non devono essere intesi come degli universali sempre valevoli, ma sono delle riflessioni storicamente e culturalmente date entro le quali è necessario lavorare localmente, e che non possono in alcun modo venire standardizzate. Perciò tali principi sono ciò che fissa la nostra dimensione presente legata alla medicalizzazione, ovvero degli espedienti che si costituiscono quale base per poter instaurare nei soggetti un approccio critico, il quale quando riesce ad attecchire come modalità di vita all'interno dei soggetti stessi, li porta a vedere l'illusorietà di opporre alla medicalizzazione l'invocazione dei diritti umani, conducendoli ad elaborare una propria forma di soggettivazione che farà valere quelle determinate realtà secondo una personale modalità di darsi. Tale forma sarà per essenza precaria, poiché necessiterà di un atteggiamento critico costante che partendo dal sé permette di esprimere la propria verità all'interno del politico. Verità che costituisce la stessa forma di libertà solo se continuamente praticata.

I principi indicati dal Belmont Report sono anche ciò che permette di mettere in luce come la bioetica, intesa quale filosofia critico-pratica, agisca mettendo in luce il primo valore indicato da Foucault come fonte di resistenza, ovvero l'atteggiamento archeologico-genealogico. Che permette di disassoggettare il sapere storico, rendendolo capace di opporsi all'ordine del discorso. Infatti, la bioetica sembra aver attuato una forma di genealogia di noi stessi (come direbbe Foucault un'ontologia storica di noi stessi) nel nostro rapporto con la verità. Tale ricostruzione permette di cogliere come ci costituiamo come soggetti di conoscenza all'interno del campo del potere, situazione che viene ben identificata dalla bioetica attraverso l'esposizione di principi legati alla sfera medica che dona senso alla nostra vita e che, in quanto tali, devono "guidare" le forme differenti e precarie di riflessione. La bioetica ha, quindi, colto come la cornice medicalizzata della vita sia ciò che dona senso morale al nostro agire e che le forme attraverso le quali si può opporre resistenza sono pratiche locali capaci di portare la soggettività a concepirsi come autonoma. A questo proposito risulta di grande interesse il pensiero di Leon R. Kass, presidente del *Council of Bioethics* dal 2001 al 2005, il quale afferma che nei tempi odierni più che di etica e bioetica si potrebbe parlare di meta-etica, ovvero della tendenza a riflettere sui principi generali, senza però soffermarsi sui concetti pratici dediti ad attuare delle forme di trasformazione. A questo proposito scrive: *"buona parte della pratica etica oggi è in realtà meta-etica: cerca cioè di analizzare e chiarire le problematiche morali, di stabilire o criticare i motivi che giustificano le nostre*

*decisioni, di fissare regole e linee guida, principi e procedure*⁵⁹²”. Ciò che propone Kass è un atteggiamento etico che miri non solo al teorico, ovvero ad occuparsi dei principi generali (universali) che muovono i gesti, ma che s’interroghi criticamente anche sull’educazione, sulle istituzioni, su ciò che ci circonda quotidianamente nella nostra vita. Il passaggio che egli propone è da una meta-etica ad una bioetica che possa realmente servire alla modificazione di se stessi e del reale. Questo è il principio che secondo Kass deve sottostare alla bioetica, ovvero assumere come proprio ruolo fondamentale l’interrogarsi su qualcosa di pratico e che riguarda la nostra vita, cogliendo sia la portata della stessa che le modalità attraverso le quali possiamo trasformarla. Per tal ragione, per Kass, parlare di bioetica in senso puramente retorico non solo non ha senso, anzi risulta deleterio per la disciplina stessa, che si costituisce come una spinta pratica mirante a cambiare, l’attitudine a concepirsi come soggetti dotati di possibilità critica. Tuttavia, egli mette anche in luce come riuscire a realizzare un gesto pratico, che risponda pienamente alla concezione di bioetica, non è certo una cosa banale e scontata, ma richiede coraggio. Il coraggio si rivela essenziale per interrompere le derive di pensiero divenute automatiche, le quali uniformano il parere comune e conducono all’omologazione. Quindi, fare bioetica vuol dire assumersi il coraggio di passare da un atteggiamento meta-etico ad un atteggiamento critico sulla quotidianità, riuscendo ad andare controcorrente rispetto alle consuetudini. Andare controcorrente non significa necessariamente demolire qualsiasi situazione (*mania critica*), ma vuol dire sapere condurre delle analisi archeologiche e genealogiche che mettano in luce i giochi di verità che costituiscono quello che siamo, riuscendo così ad edificare degli spazi attraverso i quali i soggetti possano esercitare un lavoro su di sé senza eliminare il ricorso alla medicina, ma edificando una soggettività che possa interagire con la medicina. La bioetica è, dunque, una filosofia, poiché ha per oggetto l’uomo e il comportamento dell’uomo, però tale filosofia non si radica nella ricerca di criteri universali, ma trova istanza nella possibilità di cogliere il noi che s’instaura nel presente, tentando così di fornire non una risposta che possa soggiogare tale presente, ma aiutare attraverso la presa di coscienza di un metodo critico che possa far relazionare in maniera libera il soggetto al potere che istituisce il presente e il noi. In altri termini, prendendo in prestito le parole di Hans Jonas l’atteggiamento bioetico può essere definito come il *coraggio della responsabilità*⁵⁹³, ovvero come la forza di compiere un gesto etico di critica di se stessi, che rifiutando la soggettività costruita quale oggetto, voglia discostarsi dall’opinione imperante, al fine di avviare un discorso critico sulla legittimità di una pratica, la quale sarà sempre locale e storicizzata.

⁵⁹²L. R. Kass, *La sfida della bioetica*, Lindau, Torino 2002, p. 88

⁵⁹³Cfr. H. Jonas, *Il principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1990

Sotto questo punto di vista le severe parole scritte da Francesco D'Agostino mi sembrano di assoluta pertinenza: *“come disciplina filosofica (che sta avendo sempre più spicco e sempre maggior spazio accademico nelle Università), la bioetica ha da tempo assunto uno sgradevole atteggiamento arrogante [...] che non riesce però a mascherare le dimensioni di fragilità e di impurità metodologica⁵⁹⁴”*. Questa fragilità descritta da D'Agostino è la volontà praticata di arrivare a giudizi universali prestabiliti, come se la stessa pratica potesse decidere cosa è il bene o il male per l'uomo in modo definitivo. Non a caso anche Kass scrive: *“ci rivolgiamo agli esperti di bioetica nella speranza di gettare luce sul significato di tutto e di capire cosa dobbiamo fare per assicurarci che la vita umana rimanga tale. Finora il contributo della bioetica è stato deludente⁵⁹⁵”*. In altri termini, come suggeriscono Kass e D'Agostino se ci rivolgiamo alla bioetica intendendola come una forma di meta-etica capace di creare e prescrivere delle forme generali di comportamento da applicare all'interno della pratica, della ricerca e della clinica medica, non solo rimarremo completamente delusi nel constatare che ogni bioeticista darà un parere totalmente diverso, ma perpetueremo quel meccanismo di medicalizzazione e biopolitica nel quale anche la bioetica se intesa come meta-etica ne diviene un vettore fondamentale. Se la bioetica viene intesa alla luce della possibilità di disciplina che può donare delle verità generali, essa diviene una modalità di assoggettare i singoli all'interno del campo della medicalizzazione, rendendo le sue forme esistenziali quale paradigma di perpetuazione del potere biopolitico. Per tal ragione la bioetica, come del resto la filosofia secondo Foucault, può essere intesa in due modi o alla luce della possibilità di attivare un metodo che interrogandosi sul presente possa condurre all'elaborazione di una forma etico-critica, la quale si baserà sulla precarietà e sul lavoro costante, oppure può ergersi a strumento della biopolitica prescrivendo modalità universali all'interno delle quali elaborare una forma di comportamento standardizzato. Come scrive Kass: *“se il settore della bioetica vuole rispondere correttamente alle più impegnative sfide lanciate dalla scienza e dalla tecnologia biomedica, dovrà attingere a un capitale etico diverso e meno accademico. E dovrà elaborare una filosofia più rispettosa, recuperando un orientamento teoretico più naturale ed emotivo, oltre che un impegno più diretto verso il primo degli interrogativi filosofici di fondo, quello reso celebre da Socrate: l'interrogativo su come vivere. Dovrà tornare a interessarsi del significato e dello scopo originale della filosofia, la ricerca della saggezza morale⁵⁹⁶”*. Da queste parole si può cogliere come Kass affermi che la bioetica se vuole ergersi ad istanza non assoggettante, non immersa nella

⁵⁹⁴ F. D'Agostino, *Bioetica e biopolitica*, Giapichelli editore, Torino 2011, p. 42

⁵⁹⁵ L. R. Kass, *La sfida della bioetica*, Lindau, Torino 2002, p. 112

⁵⁹⁶ Ibidem

biopolitica, deve ritornare a guardare al passato a Socrate e alla filosofia intesa quale forma etica di lavoro su di sé e sulla propria vita. Ciò non vuol dire che deve utilizzare e riproporre le modalità filosofiche specifiche dell'antichità, ma deve partire dal presupposto di sancire delle differenze, ovvero individuare dei criteri diversi e fondamentali di dar senso alla propria vita che non sono gli stessi che la società medicalizzata mette oggi in pratica. Dunque, deve riuscire a cogliere l'emergenza data dal guardare in maniera differente al soggetto immerso in un mondo particolare, dal quale non può essere fatta alcun tipo di astrazione storica slegata della sua specifica e locale realtà. Sotto questo punto di vista deve essere colta la frase relativa alla volontà e al bisogno di guardare a Socrate e all'interrogativo su come vivere - situazione che non mette in azione delle forme di espressione universale, ma coniuga il lavoro continuo su di sé - quale criterio per condurre la propria vita. In questo discorso si può percepire la vicinanza tra filosofia critico-pratica foucaultiana e il metodo critico-pratico bioetico.

A tutto ciò si potrebbe, però, obiettare che la bioetica viene da tutti oggi intesa come ciò che ha a cuore il bene umano che coincide con il riconoscimento di un'identità dell'uomo, ad esempio D'Agostino scrive: *“la bioetica, abbiamo detto, può essere definita critica sotto diversi profili [...] per la sua convinzione che esista un bene umano oggettivo e che essa coincida in definitiva con la stessa identità dell'uomo, riflessa e dilatata nell'identità di ogni singolo individuo umano e sottratta ad ogni forma di indebita pressione e omologazione politica⁵⁹⁷”*. Definire la bioetica sotto questi termini non vuol dire dare un senso diverso dalla modalità di bioetica che qui si è prospettata, l'importante è definire in modo chiaro i concetti di uomo, identità umana e bene umano oggettivo. Infatti, se questi tre concetti sono interpretati alla luce di una volontà di costruire un'ontologia della verità, allora la bioetica si deve dire estranea a questa modalità di concepire l'analisi del reale, se invece s'intende l'identità umana come la possibilità di dare forma alla propria vita (estetica dell'esistenza), e che il bene dello stesso sia la possibilità sempre diversa e sempre contingente di autodeterminarsi attraverso un lavoro su di sé, che coincide con la sua identità intesa quale forma autonoma di soggettivazione, ecco che la stessa frase può giustamente descrivere l'atteggiamento bioetico. La bioetica è, dunque, ciò che permette oggi di opporsi, per quanto possibile, alla medicalizzazione della vita, poiché tale pratica rende possibile sia l'esercizio di un lavoro critico costante su di sé, che consiste nella libertà di darsi uno stile di vita, il quale passa necessariamente attraverso una comprensione archeologico genealogica dei giochi di verità che ci determinano e costituiscono il noi, sia il voler correre il rischio di dichiarare

⁵⁹⁷ F. D'Agostino, *Bioetica e biopolitica*, Giapichelli editore, Torino 2011, p. 49

quella verità attraverso discorsi pubblico-politici. La stessa verità non deve però servire da imposizione verso gli altri, ma da esempio per attuare un lavoro critico-etico su di sé.

3) Il coraggio della bioetica: fare il bene del paziente

Nel primo capitolo di questa tesi abbiamo visto come la medicina sia, da Ippocrate, una disciplina che tramite la propria azione tecnica cerca di compiere il bene del paziente, ovvero essa si costituisce come una pratica basata su scienza che opera in un mondo di valori e tenta di assecondare l'interesse dell'uomo che non può mai dirsi scevro da questi valori che lo formano. Sempre nel primo capitolo (nel paragrafo due) abbiamo anche colto come la stessa disciplina per realizzare il proprio compito, il bene del paziente, non può solo interrogarsi attorno ai mezzi tecnici da utilizzare, ma deve anche svolgere una ampia riflessione attorno al valore di questo bene che si ricerca e si vuole attuare. Sotto questo punto di vista si è asserito come la medicina non sia così distante dall'interrogazione filosofica, poiché tutt'è due le pratiche hanno a cuore il bene dell'uomo e tentano di elaborare delle teorie-pratiche per poter realizzare questo scopo. La bioetica nasce proprio come riflessione pratica che vuole aiutare i medici a riflettere e a raggiungere il fine del loro esercizio. Prendendo ad esame la gran parte dei manuali di bioetica si può leggere come, per raggiungere il bene del paziente, la medicina non deve mai tralasciare di umanizzare la stessa pratica, dunque essa deve recuperare il soggetto che è l'uomo nella sua totalità. A questo si aggiunge che non c'è umanizzazione se il medico non acquisisce una matura capacità relazionale e non è padrone di un'adeguata coscienza etica⁵⁹⁸. Proprio come abbiamo asserito nel paragrafo precedente, queste situazioni registrate dai manuali di bioetica possono essere intese secondo due modalità differenti, la prima mira a considerare come degli imperativi costanti, dove il concetto di "recuperare il soggetto" vuol dire rinvenire delle caratteristiche universali che contraddistinguono da sempre l'uomo, indipendentemente dall'epoca e dalla cultura da egli professata. L'etica da praticare diviene, per tal ragione, una forma di ricerca che si basa sulla richiesta dei diritti universali da possedere da parte di tutti gli uomini. Tale situazione, seppur a prima vista può rappresentare la volontà di fare il bene del paziente, si erge a baluardo della medicalizzazione, poiché non riesce a contrapporre alla biopolitica nessuna forma di resistenza adeguata alla sua stessa esplicazione del potere. Ne segue che le stesse frasi possono essere intese in un secondo modo, ovvero seguendo la volontà di recuperare il soggetto quale forma autonoma del darsi, il

⁵⁹⁸ Per una trattazione approfondita di questa tematica fai riferimento a C. Viafora, *Fondamenti di Bioetica*, Casa editrice Ambrosiana, Milano 1989, pp. 94-104

che non può realizzarsi se il medico non impara a professare un proprio ethos personale che consiste nell'esercizio di un atteggiamento filosofico-pratico atto alla cura di sé. La bioetica, intesa quale metodo critico-pratico, è finalizzata a far sì che il medico riesca a realizzare questo secondo modo d'intendere il bene del paziente, ovvero quello di considerare il soggetto che ha davanti, prima ancora di operare tecnicamente su di lui, come un soggetto autonomo che non deve essere rinchiuso in un'etichetta universale, ma che deve essere aiutato a professare il proprio atteggiamento vitale nel darsi quale soggetto libero e autonomo. Considerando il paziente che si ha davanti in questo modo e aiutandolo, per quanto e possibile, ad esercitare e a professare questa forma di soggettività autonoma, si realizza il bene del paziente, poiché si permette allo stesso non solo di autodeterminarsi ma, anche, di affrancarsi dalla medicalizzazione. In questo modo si può cogliere anche l'indicazione, coniugata nel tempo attuale, di quella frase, già riportata alla fine del secondo paragrafo, in cui Galeno asserisce che il miglior medico è anche un filosofo, poiché questi occupandosi dell'uomo deve riflettere prima di tutto su che cos'è l'uomo ha in cura. La bioetica, dunque, aiuta il medico nel suo essere filosofo, ovvero nel realizzare un'interrogazione etica che conduce ad un'azione, come quella medica, politica. Si coglie come il lavoro del bioeticista sia diverso dal lavoro del medico, poiché esso si deve pensare quale filosofo che aiuti il medico a lavorare sul proprio sé, a formare un proprio ethos e ad avere il coraggio di portarlo avanti anche nelle esplicazioni pratiche della vita quali l'adempimento del suo lavoro. Riflettere sul bene del paziente vuol dire effettuare due riflessioni, la prima è quella dove il bioeticista, inteso quale filosofo, deve aiutare il medico a cogliere le possibilità di porsi la domanda, esattamente come il parresiastes, sugli stili di vita, sulla contemporaneità che legittima e condiziona gli stessi e sul senso della propria soggettività. Solo dopo una riappropriazione da parte del medico della sua soggettività, è possibile porre il secondo momento nella realizzazione del bene del paziente che consiste nel dialogare con gli altri in maniera interdisciplinare al fine di cogliere le sfumature terapeutiche che possono aiutare il soggetto a guarire. Il medico, lavorando su di sé e realizzando nei propri atteggiamenti il proprio ethos saprà anche riconoscere le altre persone che realizzano tale modalità critica di vita e, per tal ragione, saprà chi mette in gioco il proprio sapere non in modo retorico, ma per esercitare il bene del paziente. Tutte le persone, impegnate all'interno del campo medico, devono dunque esercitare il coraggio della verità, che passa dall'esercizio di un atteggiamento etico costante, il quale fa passare gli stessi medici da vettori prediletti del potere biopolitico a strumenti di resistenza che non dimenticano la loro vocazione terapeutica e comprendono le esigenze della contemporaneità. La riflessione su di sé pone dunque il medico come ottimo

interlocutore all'interno di una comunità, poiché come giustamente scrive Luigina Mortari: *“per non immiserire il pensare dentro prospettive riduttive è necessario confrontarsi con più saperi, perché nessun sapere raggruma la verità dell'esserci, ma ognuno di essi è inevitabilmente parziale perché costruito da uno specifico e dunque parziale sguardo sull'esperienza. Prendere in esame più prospettive significa trovare più strade di ricerca, dilatare la mappa dei percorsi praticabili e quindi amplificare la scelta di azioni possibili. L'importante è che il confronto sia reale, cioè non gravato da pregiudizi [...] il senso dell'incontro con altri mondi di pensiero va individuato non nel voler acquisire altre idee ma nel fare esperienza di differenti vie del pensare⁵⁹⁹”*. Si può così asserire che la continua interrogazione su cosa sia il bene del paziente deve condurre il medico ad interrogarsi attorno a cosa sia l'uomo, ma così facendo egli elabora una forma di genealogia-archeologia del presente, la quale richiede di individuare i giochi di verità che determinano lui stesso e il paziente che ha di fronte. Così facendo il medico stesso può cogliere, grazie all'ausilio del bioeticista, l'ordine del discorso che segna la nostra realtà e le fonti del potere che la governano, riuscendo a capire che egli può impegnarsi per l'attivazione di una forma di resistenza a tutto ciò che non significa porre fine alla propria professione, ma eseguire la stessa in nome del bene del paziente. Questa forma d'interrogazione costante lo porterà ad una elaborazione di un ethos volto a dialogare, non tanto per assorbire e divenire assoggettato a qualche forma di pensiero, ma per cogliere le differenti modalità di lavoro su di sé che ordinano e governano la vita degli altri. La collaborazione e il dialogo fra diverse forme di verità attorno a se stessi è ciò che può permettere il passaggio da una verità della malattia, ad una verità sulla malattia, dunque un passaggio da una medicina che s'interessa di tutto e che vede la naturalità dell'essere malati e dell'essere in salute, ad una medicina che, volendo aiutare l'uomo, lo ricolloca all'interno della normatività propria dello stesso e delle edificazioni che lo segnano nel presente quale la salute.

Se la bioetica può essere di estrema importanza per guidare il medico ad un lavoro su di sé che lo porta ad aprirsi ad un dialogo tra persone che praticano differenti forme di ethos, la stessa pratica non deve tralasciare il rapporto con il secondo soggetto della relazione terapeutica ovvero il paziente. Lo scopo che deve perseguire è sempre lo stesso, ovvero aiutare i soggetti a porsi dei quesiti critici sulla contemporaneità e sul loro costituirsi quali elementi di questo presente. Non deve, quindi, aiutare il soggetto unicamente a porre fine ad una relazione di tipo paternalistico, ma deve riuscire anche a interrompere le nozioni universali, parlando di relazione terapeutica biunivoca, per far sì che lo stesso soggetto si

⁵⁹⁹ L. Mortari, *Aver cura di sé*, Bruno Mondadori, Milano 2009, p. 152

senta motivato a scaricare la propria responsabilità esistenziale sulla medicina. Ciò che la bioetica deve fare è aiutare i soggetti attraverso l'instaurazione di domande sul proprio essere a voler preservare la propria natura auto-normativa, ovvero la possibilità di non invocare una natura da preservare, ma di lavorare sul sé per autodeterminarsi. Così facendo si metterà in luce il cuore della società della medicalizzazione, ovvero che la nozione di salute è una questione normativa e non naturale, dando perciò esito pratico alle parole di Nietzsche: *“una salute in sé non esiste e tutti i tentativi per definire una cosa siffatta sono miseramente falliti. Dipende dalla tua meta, dal tuo orizzonte, dalle tue energie, dai tuoi impulsi, dai tuoi errori e in particolare, dagli ideali e dai fantasmi della tua anima, determinare che cosa debba significare la salute anche per il tuo corpo⁶⁰⁰”*. Tali parole adottate anche da Foucault, rappresentano il massimo grado di resistenza possibile alla medicalizzazione della vita, poiché permettono di cogliere come il ripensamento dell'elemento che determina le basi del nostro costituirci in quanto soggetti medicalizzati può essere messo in discussione e questa capacità critica consente di esercitare una pratica di libertà che condurrà a destabilizzare i processi di assoggettamento che limitano l'espressione autonoma della soggettività. Questo vuol dire rompere con la sicurezza che la medicalizzazione della vita assicura, poiché come scrive Roger Gentis: *“nove volte su dieci la soluzione del tuo problema ti chiederebbe di rimettere in causa parecchie cose e di guardare in faccia proprio quelle che non vuoi vedere, è molto più comodo pensare che è una malattia e che non te ne intendi, che per capire bisogna aver studiato, e che solo lo specialista può sapere che cos'è che hai. Allora quest'idea che è il medico a curare e che tu sei l'oggetto delle sue cure, che è lui ad agire e che tu hai solo da lasciar fare: quello che ci vuole subito [...] e di cominciare a chiedersi cosa vuol dire essere malato? Cosa c'è che non va nella mia vita⁶⁰¹”*. In altri termini, se il medico deve porsi la domanda su che cosa sia l'uomo, il soggetto in cura deve chiedersi cosa voglia dire essere malati e per rispondere a tale questione deve affrontare la responsabilità e il coraggio d'interrogarsi sul suo presente, situazione che metterà in crisi alcune sicurezze che il suo essere medicalizzato ha interiorizzato, ma lo porterà ad esercitare la libertà del darsi della soggettività. L'impianto principale della medicalizzazione è rappresentato dalla volontà dei singoli soggetti di progettarsi e di vedere tutto sotto le lenti della stretta biologia, quello che nel paragrafo dodici del primo capitolo abbiamo definito cittadinanza biologica, avere il coraggio di lavorare su di sé non vuol dire sostituire in toto tale situazione, ma significa poter fare dei passi che permettono di esercitare una propria autonomia nei confronti di ciò che ci disciplina ad essere soggetti biologico-medici. La bioetica deve riferirsi ai singoli soggetti,

⁶⁰⁰ F. Nietzsche, *La Gaia scienza*, Einaudi, Torino 1979, p. 120

⁶⁰¹ R. Gentis, *Guarire la vita*, Einaudi, Torino 1976, pp. 4-5

invitandoli a prendere in mano la loro vita tramite l'esercizio costante di una critica del presente, la quale pone in essere delle modalità che di certo non sovverteranno la cornice medicalizzata della vita, ma potranno ergere degli spazi di libertà all'interno della stessa cornice di senso.

Il lavoro su di sé può essere edificato secondo varie modalità, una di quelle che oggi emergono sempre di più è relativa allo scrivere un'autobiografia, situazione che premette come sostiene Duccio Demetrio di guardare alla propria vita con gli occhi di un altro, per capire ciò che siamo, ciò che vogliamo cambiare, ma soprattutto per elaborare criticamente l'esistenza. A questo proposito lo stesso Demetrio scrive: *“quando ripensiamo a ciò che abbiamo vissuto, creiamo un altro da noi. Lo vediamo agire, sbagliare, amare, soffrire, godere, mentire, ammalarsi e gioire: ci sdoppiamo, ci blocchiamo, ci moltiplichiamo. Assistiamo allo spettacolo della nostra vita come spettatori: talora indulgenti, talaltra severi e carichi di sensi di colpa⁶⁰²”*. Anche Fabrizio Turoldo, nell'opera *Le malattie del desiderio* sostiene l'importanza della cura di sé mostrando come parlare di sé metta in gioco sia la capacità di guardare la propria vita dall'esterno che di coglierne le modalità attraverso le quali la stessa si è data, ma potrà anche cambiare in futuro.

La bioetica assume come proprio compito quello di aiutare a lavorare su di sé, senza la volontà di prescrivere nessuna soggettività o verità universale, ma con l'ambizione di riuscire a rendere i soggetti protagonisti autonomi della loro vita, i quali, proprio come sostiene Foucault, sanno interagire con il loro presente e con i saperi-poteri che determinano lo stesso. Prendersi cura di sé vuol dire riuscire a concepire una diversa modalità di affrontare il presente e di opporre resistenza alle istanze di medicalizzazione che ci vogliono assoggettare ad una visione del nostro essere quale forma universale, biologicamente determinata che si basa sulla naturalità della salute. Rifiutare queste imposizioni di verità non vuol però dire rifiutare la medicina, ma significa utilizzarla con la consapevolezza del suo ruolo e del nostro nell'edificazione e nel proseguo della società contemporanea.

4) La lotta allo stigma in ambito psichiatrico

Seguendo il ragionamento condotto sino ad ora, potremo affermare che la resistenza alla medicalizzazione si attua attraverso la presa di coscienza da parte del soggetto di essere stretto all'interno di una cornice di senso medicalizzata ed il conseguente rifiuto dell'assoggettamento alla stessa medicalizzazione, in favore dell'adozione di un

⁶⁰² D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano 1996, p. 17

atteggiamento critico che miri a costruire una propria soggettività, ovvero un autonomo stile di vita. A questo proposito Foucault ci ha mostrato che anche le situazioni che sembrano più naturali e biologiche, pensiamo alla sessualità, non sono altro che delle costruzioni veritative (quindi non situazioni oggettive e aurorali) che ordinano una data forma di esistenza nel mondo. Per tal ragione la resistenza alla biopolitica, che si basa sulla medicalizzazione, si effettua mediante l'esercizio di un atteggiamento critico che consiste in una pratica di disassoggettamento verso la verità che s'instaura dall'esterno, ponendo in essere un atto di liberazione, operato dal soggetto, dalla morsa che la medicalizzazione impone sull'individuo attraverso l'adozione di alcune istanze veritative. Tale forma di resistenza, però, si deve perpetuare non con azioni contro il potere, quali forme alternative di pratica medica, o tramite tentativi di attuare una demedicalizzazione, ma tramite l'applicazione di una determinata etica personale che si opponga all'identità soggettiva che ci viene imposta, la quale farà mettere in moto delle pratiche di soggettivazione che si basano sull'autonomia e sulla libertà. Ne segue che la resistenza si attui quando nasce nel singolo individuo il rifiuto di considerarsi naturalmente quale soggetto di desiderio (sessuale), questo lo porta all'elaborazione di un'altra forma di darsi in quanto soggetto, creando le possibilità per l'attuazione di un'etica di se stesso che problematizza continuamente i limiti e le identità all'interno delle quali la medicalizzazione lo imprigiona. Questo è il compito etico-politico che la critica di noi stessi si deve prefissare per eseguire l'incarico che, nel paragrafo tredici del primo capitolo, utilizzando le parole di Rovatti avevamo identificato quale compito generale di una critica alla medicalizzazione: *“descrivere il fenomeno, cioè di identificarlo, e al tempo stesso allontanarlo da noi, cioè di non identificarci con esso”*. Possiamo così affermare che il lavoro etico su noi stessi è ciò che permette di esercitare l'unico spazio di libertà che ci è concesso all'interno della cornice medicalizzata della vita.

Un piccolo esempio pratico di tale modalità di approcciare il reale è rappresentato dalla lotta allo stigma in psichiatria. Il riferimento a tale situazione non è certo casuale, infatti come abbiamo già avuto modo di vedere tramite la lettura dell'interpretazione della medicalizzazione data da Michel Foucault, la medicalizzazione della vita instaura una forma diversa di lotta all'interno della popolazione, nella quale il nemico non è più da identificarsi con l'estraneo e il diverso proveniente da lontano, ma con il deviante, ovvero con colui che risiedendo all'interno della stessa popolazione devia dal normale stato biologico. Gli accertamenti attorno al grado normalità delle persone, che si riducono alla possibilità o meno di introiettare una forma di soggettività e di normalizzazione, vengono svolti secondo Foucault dalla psichiatria, cioè dallo strumento per eccellenza in forza alla medicalizzazione

che si costituisce quale agente di protezione sociale della popolazione che agisce tramite la presa in carico della vita individuale. Essa opera psichiatrizzando e naturalizzando i comportamenti, facendo così breccia su ogni azione umana e determinando se la stessa sia lecita o non lo sia. In alti termini, la psichiatria riesce ad etichettare tutto quello che non si sposa con la perpetuazione della società e della popolazione quale forma di devianza da allontanare e curare. Questa forma di etichetta applicata al diverso prende il nome di stigma ed è ciò che consente, all'interno della società medicalizzata, di suddividere tra accettabile e non accettabile, facendo di fatto coincidere attraverso essa una forma di discriminazione interna alla società, perpetuata dai normali verso i devianti, in favore della sussistenza della cornice medicalizzata stessa.

Che lo stigma sia una delle parti integranti all'interno della nostra esistenza medicalizzata è oggi chiaro ad ogni soggetto che si occupi di bioetica, tanto che nel 2000 il comitato Nazionale per la bioetica, in relazione alla salute mentale e all'idea di salute che l'Italia persegue, ha prodotto un documento dove si afferma che:

1. è necessario tutelare la soggettività del paziente psichico, poiché essa costituisce la base necessaria per la costruzione e lo sviluppo della libertà: ciò vuol dire che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva) bensì nell'aiutarlo a divenire libero.
2. Deve essere assicurato un riconoscimento di una piena cittadinanza: non deve esistere discriminazione a causa di una malattia mentale ed ogni persona con malattia mentale deve poter godere dell'esercizio di tutti i diritti civili, politici, economici, sociali e culturali riconosciuti dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. (tale situazione seguiva il progresso del mondo psichiatrico che avevano appena dato vita ad una delle più grandi campagne antistigma psichico, al fine di garantire i diritti di cittadinanza agli schizofrenici)⁶⁰³.

Queste due affermazioni relative ai diritti da tutelare sono, secondo il comitato Nazionale per la bioetica suffragato dall'OMS⁶⁰⁴, minacciate sia dalla gravità della malattia che da quello che la malattia comporta a livello sociale e quindi relazionale: lo stigma. L'accento su tale

⁶⁰³ Il documento è liberamente consultabile presso il Comitato nazionale per la bioetica, Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici, presente al seguente link: <https://www.portaledibioetica.it/documenti/000014/000014.htm>, oppure si può far riferimento al libro curato da L. Baccaro, R. Pegoraro, *Salute mentale e garanzia dei diritti*, Cleup editore, Padova 2009, pp. 104-116

⁶⁰⁴ L'OMS ha organizzato nel 2003 una Task Force d'intervento contro i processi di stigmatizzazione, riconoscendo così ufficialmente lo stigma e la discriminazione sociale quali forme che accompagnano i malati. Per una panoramica su tale situazione si veda C. A. Lima de Mendonca, *World Health Organization/European Regional Office, Task Force on Destigmatization*, in *International Geriatric Psychiatry*, N. 18, 2003, pp. 679-682

concetto, stigma, viene messo bene in luce dagli stessi documenti, dove si rivela la necessità di lottare contro di esso al fine di realizzare il primo compito della medicina: il bene del paziente. Se i documenti ufficiali mettono tanto in risalto il concetto di stigma, vuol dire che esso è ad oggi riconosciuto come una delle forme principali, proprio come indicato da Foucault, con cui si esprime il disagio e l'allontanamento di chi ne custodisce i segni. A questo proposito risulta necessario spendere qualche parola relativa ad inquadrare meglio e a definire maggiormente il concetto di stigma. Il significato della parola stigma, utilizzando le parole dello studioso Roberto Tartarelli, corrisponde a quello di pregiudizio, anzi concedendoci di evidenziare la composizione di questa parola, lo stigma è un pre-giudizio: un giudizio emesso prima ancora di un'osservazione attenta, prima ancora di una doverosa e più complessa riflessione⁶⁰⁵. Lo stigma, dunque, non può essere associato ad un'intenzione critica deliberatamente esercitata, esso non coincide in alcun modo con la capacità del singolo di elaborare un proprio pensiero su una persona, ma esso corrisponde ad una forma di consenso collettiva che prende forma all'interno della società. Infatti, come sostiene lo stesso Tartarelli: *“come un virus informatico che s'installa nei complicati congegni di un computer deformandone le funzioni, allo stesso modo lo stigma si diffonde nelle forme culturali di cui abbiamo bisogno per vivere, nei contesti e nei singoli atti sociali che contrassegnano la nostra stessa esistenza: nessun essere umano può darsene libero”*⁶⁰⁶. Lo stigma è dunque una forma di catalogazione delle persone che prende l'avvio sin dagli albori dell'umanità e che si pone a fondamento per decretare chi può o non può vivere all'interno di una comunità umana data. Erving Goffman è colui che più di ogni altro ha indagato la storia e le implicazioni attuali dello stigma, traendone un libro dal titolo *Stigma. L'identità negata*, dove asserisce che lo stesso concetto viene ad oggi utilizzato come un miscuglio di significato tra il suo uso letterale (marchio) e il suo uso metaforico (segni corporei di disordine fisico) e a questo proposito scrive: *“quando ci troviamo davanti un estraneo, è probabile che il suo aspetto immediato ci consenta di stabilire in anticipo a quale categoria appartiene e quali sono i suoi attributi, qual è, in altri termini la sua identità sociale [...] ci fidiamo delle supposizioni che abbiamo fatto, le trasformiamo in aspettative normative e quindi in pretese inequivocabili”*⁶⁰⁷. Goffman evidenzia così come lo stigma sia insito nella nostra soggettività, ovvero le modalità attraverso le quali interiorizziamo il nostro essere, soggettività medicalizzata, ci fanno anche cogliere quali siano le funzioni da rispettare per assicurarci un

⁶⁰⁵ R. Tartarelli, *Note per una strategia di superamento degli stigmi*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006, p. 3

⁶⁰⁶ Ibidem

⁶⁰⁷ E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre corte, Verona, p. 12

posto in società, per tal ragione quando ci avviciniamo ad una relazione guardiamo subito se è possibile cogliere un marchio, un simbolo, un comportamento che possa nella nostra mente ricollegare quella persona ad uno schema, che già possediamo, di persona non gradita, leggendola, così, attraverso i pregiudizi che socialmente si condividono su tale classe di persone ad uno stereotipo da ascoltare o da ridurre al silenzio e allontanare.

Da un punto di vista strettamente medico una definizione rigorosa di stigma, che riprende le tesi di Goffman, viene coniata dalle parole dello studioso francese Jean-Yves Giordana: *“il termine stigma è un termine complesso che si riferisce ad un concetto multidimensionale. Si tratta di un’attitudine generale, dell’ordine del pregiudizio, indotta dalla non conoscenza e dall’ignoranza di una situazione o di uno stato, e ciò va a generare o ignoranza o delle condotte e dei comportamenti di discriminazione. Si tratta di parole o azioni che mirano a trasformare la diagnosi di una malattia in un marchio negativo per la persona che soffre di questa affezione⁶⁰⁸”*. Si può così cogliere come lo stigma sia un qualcosa che si diffonde a livello sociale attraverso la possibilità pre-costituita di esercitare una forma di razzismo che distingue chi può far parte della popolazione e chi deve essere allontanato. Accettare di essere un soggetto di desiderio, o più generalmente attuare dei meccanismi di soggettivazione medicalizzata conduce ad assumere un ruolo definito in società il quale impone anche di vedere gli altri in una particolare maniera, situazione che istituisce gli stereotipi da applicare. Si può così cogliere come lo stigma sia ciò che permette alla cornice di senso medicalizzata di continuare a scindere e rafforzare il meccanismo di protezione della popolazione dalle minacce biologiche.

Da un punto di vista psichiatrico lo studio che più di ogni altro ha messo in luce lo stigma associato alla malattia mentale è quello di Corrigan del 2004, nel quale si asserisce che lo stigma agisce attraverso un processo sociale e cognitivo suddiviso in quattro fasi: segnali, stereotipi, pregiudizio e discriminazione⁶⁰⁹. Corrigan pone in rilievo come tali situazioni siano totalmente automatiche e siano praticamente ingovernabili nell’istante in cui si pongono. In altre parole, questo studio ha evidenziato, una volta in più, come lo stigma e il pregiudizio non siano una forma decretata da un singolo soggetto, ma siano dei modi di sentire che si costituiscono all’interno dello spirito del tempo proprio di ogni epoca. Goffman, a questo proposito, precisa ancora meglio la nozione di stigma e asserisce che esso si possa descrivere come *identità rovinata*, riferendosi ai danni vitali che la propensione sociale a stigmatizzare determina ad esempio nei pazienti psichiatrici. Oggi, secondo le direttive dell’OMS, è chiaro

⁶⁰⁸ J. Giordana, *Stigmatization et discrimination des personnes ayant des troubles psychiques*, Masson 2010, p. 8

⁶⁰⁹ P. Corrigan, *How stigma interferes with mental health care*, in *American Psychological Association*, Vol. 59, No. 7, 2004, pp. 614 -625

che lo stigma psichiatrico sia totalmente definibile come identità rovinata, poiché è diventato comprensibile che lo stigma non si limita a compromettere il recupero sociale dei pazienti, ma influenza l'intero decorso del disturbo mentale in ognuna delle sue fasi ed interviene attivamente nel costruire il quadro clinico. Per cogliere tale situazione basta asserire che è per il timore dello stigma che molti pazienti e le loro famiglie evitano di contattare un servizio psichiatrico nelle fasi di esordio della patologia o rifiutano il trattamento nelle fasi successive⁶¹⁰. Tale situazione evidenzia come lo stigma riguardo alla malattia mentale sia ad oggi molto diffuso a livello collettivo, determinando un'enorme aumento di potere della psichiatria, proprio come sostenuto da Foucault, la quale può determinare grazie al concetto di malattia mentale che porta con sé lo stigma, quali azioni umane siano da accettare o quali siano da rifiutare. Si può così asserire che il DSM sia lo strumento che determina la nostra modalità di concepirci e determinarci agendo tramite lo stigma collettivo, il quale conduce alla volontà di uniformarsi al sentire normativo che diviene l'istanza di normalità diffusa. Lo stigma, dunque, può essere definito come ciò che permette il passaggio e la sussistenza di un criterio normativo quale istanza veritativa e normale all'interno di una data epoca.

In sintesi si potrebbe affermare che quando parliamo di stigma in psichiatria stiamo parlando della volontà automatica di porre un'etichetta ad un insieme di sintomi indicati dal DSM che identificano a-priori un soggetto, questa modalità di concepire lo stigma prende il nome di *teoria dell'etichettamento* ed è stata coniata dal sociologo Scheff, il quale asserisce che l'etichetta di schizofrenico, di depresso ecc. attiva degli stereotipi appresi durante l'infanzia sulla malattia mentale (dagli amici, dalla famiglia, e dai mezzi di comunicazione), di fronte ai quali reagiremmo in maniera automatica, sia in qualità di pazienti o di professionisti della salute. L'etichetta funziona sia da modalità con la quale affrontiamo e trattiamo i pazienti sia da modalità con la quale i pazienti percepiscono sé stessi, con conseguenze sul piano comportamentale⁶¹¹. A questo proposito è significativo un esperimento condotto da Purvis nel 1988, ma ripetuto spesso nel corso degli anni con risultati medesimi: ad alcuni studenti venivano proposte delle vignette identiche eccetto che per l'immagine dei soggetti affetti da cancro o schizofrenia. In quelle che riguardavano la schizofrenia i soggetti erano percepiti come meno desiderabili come amici e come incapaci di un buon funzionamento sociale.

⁶¹⁰ Cfr. A. Maone, P. Bongiolami, *Il potenziale dei famigliari nel trattamento dei disturbi mentali*, in *Pratiche e politiche per la salute mentale*, Armando editore, Roma 2005, pp. 65-70; F. Borghetto, U. Albert, G. Maina, P. Saracco, *Stigma e contesto familiare*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006, pp. 54-79; J. Giordana, *Stigmatistione et discrimination des personnes ayant des troubles psychiques*, Masson 2010; P. Girardi, M. Pompilli, *Lo stigma come fattore antiterapeutico*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006, pp. 107-119

⁶¹¹ T. Scheff, *The labelling theory of mental illness*, in *Am. Sociol. Rev.*, n. 39, 1974, pp. 444-452

Cambiando l'etichetta cambiavano sia la percezione dei soggetti sia le loro aspettative⁶¹². A questo proposito la letteratura scientifica sostiene che i luoghi comuni o pregiudizi che accompagnano la malattia mentale sono almeno cinque: *pericolosità, incomprendibilità, inguaribilità, improduttività, irresponsabilità*⁶¹³. Inoltre, le discussioni bioetiche hanno messo in luce come non solo è improprio parlare di stigma in maniera generale senza valutare a quale forma patologica si faccia riferimento, quasi fosse possibile trovare una sorta di universale⁶¹⁴, ma hanno anche evidenziato come quando si parla di stigma bisogna far riferimento almeno a 4 differenti sottogruppi⁶¹⁵:

⁶¹² B. Purvis, *Students' attitudes toward hypothetical chronically and acutely mentally and physically ill individual*, in *Psychological Reports*, N. 62, 1988, pp. 627-630

⁶¹³ Su questo tema rimando all'opera del direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste e collaboratore di Franco Basaglia, Pepe Dell'Acqua, *Fuori come va?*, Feltrinelli, Milano 2013, pp. 136-142, mi limito qui a riportare alcuni dati relativi a questi cinque pregiudizi:

1. Pericolosità: Pepe Dell'Acqua mette in luce come solo lo 0,2% delle persone con disturbo mentale incorre in sanzioni per aver commesso atti penalmente rilevabili, inoltre riporta che in una città come Trieste dove risiedono 250.000 persone, si stimano 2000 persone con schizofrenia, stando alle percentuali 4 in un anno possono commettere reato. Risulta chiaro come le percentuali di reati compiuti da "matti" siano molto sotto la media rispetto ai reati compiuti da persone non malate psichiche.
2. Incomprendibilità: Si guarda alla malattia mentale come un qualcosa che viene e se ne va, in maniera totalmente distaccata da chi porta in sé quella malattia. In altre parole, come ha denunciato Giorgio Antonucci nel libro *Critica al giudizio psichiatrico*, Sensibili alle foglie 2005, tutto ciò che una persona con disturbo mentale produce in termini di linguaggio, di comportamenti, di presenza nello spazio relazionale viene letto attraverso lo specchio deformante della follia. Ma, oggi attraverso le diverse e diversificate possibilità di vicinanza, le quali si instaurano nelle storie di vita proprie dei soggetti, permettono di restituire o di provare a restituire un percorso di comprensione anche ai gesti più estremi.
3. Inguaribilità: questo è uno dei luoghi comuni più assurdi, mai nella storia della psichiatria le persone non sono guarite dalla malattia mentale. I tassi di guarigione sono ampiamente consultabili e mostrano tutto il contrario.
4. Improduttività: questo è un mito sfatato sin dalle origini, i manicomi sorti nel '800 con Pinel prevedevano come cura che il degente lavorasse, le comunità di recupero di Maxwell Jones nel '900 prevedevano come ultima prassi della terapia che le persone fossero ricollocate nell'ambito lavorativo. Ora, grazie agli sviluppi prodotti dalla ricerca psichiatrica non si parla più di terapia del lavoro, ma di diritto al lavoro. Le persone con disagi psichici possono lavorare quanto le altre, di esempi ne esistono sono moltissimi, su tutti cito: John Nash o Temple Grandin, una professoressa associata della Colorado State University che è diventata una delle più famose personalità affette da autismo.
5. Irresponsabilità: tale concetto andrebbe approfondito a seconda della tipologia di malattia, anche se le ricerche scientifiche condotte sino ad ora asseriscono che nessuna patologia psichica tolga la possibilità perenne ad un soggetto di scegliere, ciò come asserito in precedenza non vuol dire che tutti i malati mentali sino liberi, ma che possono essere aiutati a diventarlo.

⁶¹⁴ A questo proposito è estremamente importante lo studio di A.H. Crisp pubblicato nel 2000 in cui ha valutato l'impatto dei pregiudizi, differenziando le patologie, sulla malattia mentale interrogando più di 2000 persone. Le tre conclusioni a cui giunse lo studio furono: 1) Che le opinioni e i pregiudizi negativi non hanno lo stesso impatto se si varia il nome della malattia; 2) erano pochi i soggetti che conoscevano la reale diversità tra le patologie nominate; 3) il punto in comune che si riscontrava in tutti i giudizi sulle patologie psichiche era la percezione di un individuo diverso, differente rispetto all'interrogato. Cfr. A. D. Crisp, *Stigmatisation of people with mental illnesses*, in *The British Journal of Psychiatry*, N. 177 (1), 2000, pp. 4-7; A questo si posso aggiungere l'ottima riflessione attuata da Alessandro Grispi in nell'articolo *Le radici del pregiudizio*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006, pp. 26-38, nel quale afferma che sia totalmente improprio parlare di stigmatizzazione in senso universale, poiché seguendo i luoghi comuni i disturbi psicotici (schizofrenia in particolare) vengono associati a rappresentazioni sociali di distruzione di senso, invece i disturbi ansiosi (depressione in particolare) si associano ad un altro tipo di rappresentazioni, quelle legate all'etica dell'efficienza, della prestazione e della responsabilità individuale.

⁶¹⁵ Per un ricostruzione di questi quattro punti fai riferimento a: Aa. V.v., *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006; G. Digilio (a cura di), *Pratiche e Politiche per la salute mentale*, Armando editore,

1. Self-stigma: che si può definire la vergogna del paziente rispetto alla sua condizione di malato mentale
2. Il public stigma: che è il pregiudizio del mondo esterno nei confronti del malato di mente
3. Lo structural stigma: che rappresenta la conseguenza a livello di Istituzioni, e mass-media del pregiudizio e che comporta un deficit di informazioni corrette e investimenti adeguati nel campo della salute mentale
4. Stigma associato o di cortesia: pregiudizi che colpiscono i parenti più prossimi del malato mentale.

La World Psychiatric Association (WPA) nel 2000 ha avviato un immenso studio pilota dal titolo *Open the Doors*⁶¹⁶, il quale ha messo in luce, tra le molte cose, che le campagne generiche antistigma, ovvero quelle realizzate attraverso volantini, spot pubblicitari ecc., producono un effetto limitato, evidenziando come le stesse si rendano più propense a rafforzare lo stigma collettivo rispetto all'eliminazione o all'attenuazione dello stesso. In poche parole la WPA ha osservato che l'impossibilità di realizzare la demedicalizzazione, già affermata da Foucault, è corretta, poiché non è agendo con strumenti propri della medicalizzazione campagne pubblicitarie che utilizzano linguaggi medici che si può ridurre lo stigma. Ogni atto di demedicalizzazione, campagna pubblicitaria, non è altro che una nuova forma di medicalizzazione e i dati riguardanti tali campagne realizzati dalla ricerca *Open the Doors* sembrano proprio confermare questa situazione. Non è un caso che, a seguito del progetto *Open the Doors*, la WPA abbia evidenziato le tre principali aree chiave dell'intervento per combattere i processi di stigma: 1) educazione pubblica mirata al paziente con disturbo psichico ricevendo informazioni mirate, 2) aumento del contatto personale tra pazienti e popolazione generale, 3) migliore presentazione del fenomeno da parte dei media in riferimento alla malattia mentale⁶¹⁷.

Roma 2005; M. Augusta Vicoli, B. Zani, *La percezione sociale dello stigma*, Carocci, Roma 1998; N. Sartorius, *One of the last obstacle to better mental health care: the stigma of mental illness*, in *The image of madness*, Karger, Basel 1999, pp. 96-104; G. Crocetti, H. Fabrega, *The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature*, in *Comprehensive Psychiatry*, N. 32, 1991, pp. 97-119; H. Spiro H, I Siassi, *Contemporary Attitudes towards Mental Illness*, University of Pittsburgh Press, 1974; I. F. Brockington, P. Hall, J. Levings, *The community's tolerance of the mentally ill*, in *British Journal of Psychiatry*, N. 162, 1993, pp. 93-99

⁶¹⁶ Si può far riferimento al libro pubblicato dalla WPA dal titolo *Schizofrenia e cittadinanza, Manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma 2001

⁶¹⁷ Ivi. L'importanza di questi tre punti è stata riconosciuta anche dall'NIMH che ha promosso un programma di ricerca al fine di verificare e identificare i tre principali problemi all'interno dello stigma in psichiatria, arrivando alle stesse tre conclusioni. Per una panoramica su questa ricerca dai riferimento a P. W. Corrigan, *Demonstrating transnational research form mental health services: an example form stigma research*, in *Mental Health Service Res*, N. 5, 2003, pp. 79-88

Ciò che la WPA, appoggiata dall'OMS, ha messo in luce è che per combattere lo stigma insito nel concetto di malattia mentale bisogna prima di tutto diminuire l'ignoranza relativa alla stessa malattia mentale e, per farlo, risulta necessario lavorare per fornire delle informazioni corrette che non puntino all'universale, ma al locale il quale diverrà poi universale. In altri termini non si può pensare che solo lo psichiatra, o solo delle campagne statali di volantini e spot possano aiutare a combattere questo problema, ma come aveva già messo in luce Basaglia nelle sue *Conferenze Brasiliane*: “non possono essere solo i tecnici i soli protagonisti della riabilitazione e della cura del malato, ma i soggetti di questa riabilitazione devono essere il malato e il sano che, diventando i protagonisti della trasformazione della società in cui vivono, possono diventare i protagonisti di una scienza le cui tecniche siano usate a loro difesa e non a loro danno⁶¹⁸”. Proprio come la frase di Franco Basaglia ci suggerisce⁶¹⁹, ciò che gli studi recenti hanno evidenziato è che lo stigma, fonte principale della perpetuazione degli schemi mentali medicalizzati, non può essere combattuto in maniera universale, ma è essenziale che i soggetti compiano dei lavori sul proprio sé al fine di cogliere come lo stigma agisce e di dare o meno il proprio consenso critico a tale pre-giudizio, trasformandolo così in un giudizio⁶²⁰. Le forme principali che ad oggi si stanno seguendo per combattere lo stigma in psichiatria si focalizzano tutte sulla responsabilizzazione e sull'aiuto a cogliere l'importanza di prendersi cura di sé relativamente agli stessi pazienti. In altri termini, oggi si lavora non a livello universale, ma a livello locale facendo in modo che i soggetti imparino a prendersi cura di sé, il che vuol dire imparare a non assecondare un cliché e ad essere i primi che rivendicano i propri diritti, apprendendo ad essere liberi, dove il concetto di libertà non viene inteso alla luce di un criterio universale da rivendicare, ma quale fonte critica che permette di determinare, di capire e di scegliere ciò che siamo. In questo senso si deve cogliere la proposizione pronunciata dal comitato Nazionale per la Bioetica: “è necessario tutelare la soggettività [...] ciò vuol dire che la tutela della soggettività del malato

⁶¹⁸ F. Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000, p. 73

⁶¹⁹ L'operato di Franco Basaglia si colloca proprio all'interno di questo orizzonte foucaultiano, ovvero all'interno della possibilità non di abolire la medicalizzazione dettata dalla psichiatria, ma di far prendere coscienza alle singole persone di cos'è la psichiatria e di pari passo cos'è la medicalizzazione della vita. Sotto questo punto di vista è estremamente interessante guardare ai punti di convergenza tra lo psichiatra italiano e il filosofo francese. Per un'approfondimento di questa tematica rimando al preziosissimo libro scritto da P. Di Vittorio, *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base*, Ombre corte, Verona 2002

⁶²⁰ Cfr. R. Warner, *Schizophrenia and the environment: speculative interventions*, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, N. 8 (01), 1999, pp 19-34; R. Tatarelli, *Note per una strategia di superamento degli stigmi*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006, pp. 11-22; W. Gaebel, A. E. Baumann, W. Maier, *Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia - Open the Doors": Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions*, in *Schizophrenia research*, V. 98, 2008, pp. 184-193; A. H. Thompson, *Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwilde campaign against the stigma of schizophrenia*, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, V. 37, 2002, pp 475-482

non consiste nel credere che egli sia libero [...] ma nell'aiutarlo a divenire libero”, infatti lo stigma si combatte prima di tutto aiutando i soggetti che soffrono di patologie psichiche a rifiutare il loro status che comprende l'essere *pericolosi, incomprensibili, inguaribili, improduttivi, irresponsabili*, ma per rifiutare tale etichette essi devono manifestare il coraggio della verità, come nella parresia antica, ovvero devono orientare il loro comportamento in modo etico, cioè assecondando con i fatti ciò che dicono, non mettendo in atto delle azioni che siano *pericolose, incomprensibili ecc.* Questo non vuol dire che la malattia mentale non esista, ma vuol dire che le persone che vivono tale esperienza non devono interiorizzare degli schemi che fanno perpetuare a loro e agli altri la stessa patologia quale forma stereotipata di devianza dalla società. Solo riuscendo ad eliminare la possibilità del self-stigma si può puntare all'eliminazione dello stigma generale (le altre tre grandi categorie di stigma sopra elencate) riservato dalla società verso la malattia mentale. Questo piccolo esempio relativo allo stato degli studi che si stanno conducendo in ambito di lotta allo stigma psichiatrico, serve a far cogliere come il processo del lavoro su di sé quale forma critica sia ad oggi praticato e suffragato dai dati che mostrano l'inutilità di lottare contro le istanze della medicalizzazione con forme che non siano atte alla reale costruzione di una libertà individuale. Di certo, come osserva Rovatti⁶²¹, non sappiamo quanto questa forma critica possa davvero funzionare per attenuare lo stigma in ambito psichiatrico o, più in generale, per allontanare da noi singoli soggetti le istanze proprie della cornice di senso medicalizzata, ma come ha messo in luce Foucault, l'impegno e il lavoro etico è l'unico vero spazio critico che apre una sfera di libertà che può essere contrapposta alla cornice medicalizzata della vita. Da quest'ultima frase si può cogliere come il sottotitolo di questa tesi, *da Foucault all'ingegneria genetica per tornare a Foucault*, voglia significare come le istanze che da Illich sino ad oggi si sono susseguite relative alla demedicalizzazione, non ultimo la fiducia nell'ottimizzazione genetica dell'uomo, non rappresentano che delle idee atte a creare nuove forme di medicalizzazione, ovvero a produrre una nuova riproposizione di schemi di assoggettamento medicalizzato, non riuscendo a focalizzare l'unico spazio di libertà che si può davvero offrire. Dunque, in linea con la teoria foucaultiana, penso che sia necessario, affinché si possa realizzare questo spazio di libertà di cui ognuno di noi può godere all'interno della propria vita, recuperare il lavoro etico su di sé e il conseguente impegno a rispettare il coraggio della verità e della libertà. Solo essendo coerenti a noi stessi e non avendo mai paura di contrapporci alla verità data, potremmo realizzare e sviluppare quell'atteggiamento critico che diviene manifestazione della nostra condotta e che ci renderà protagonisti liberi ed autonomi

⁶²¹ Faccio riferimento alla citazione riportata nell'ultimo capitolo del primo paragrafo: P. A. Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008, p. 3

della vita. Ciò che si può davvero opporre alla medicalizzazione della vita è, dunque, un'estetica dell'esistenza, dove con tale termine bisogna intendere il lavoro etico costante sui propri limiti e sul superamento degli stessi che Foucault ha mirabilmente descritto.

INDICE DELLE OPERE CITATE

- Abbagnano, N., *Dizionario di Filosofia*, Utet, Torino 1971.
- Abraham, G., Peregrini, C., *Ammalarsi fa bene. La malattia a difesa della salute*, Feltrinelli, Milano 1989.
- Abraham, J., *The sociological concomitants of the pharmaceutical industry and medication*, in *Handbook of medical sociology*, Vanderbilt university press, 2010.
- Ackerknecht, E.H., *Breve storia della psichiatria*, Massari editore, Bolsena 1999.
- Agar, N., *Liberal Eugenics*, in *Public Affaire Quarterly*, 12, 2, 1998.
- Aïach, P., *L'ere de la medicalisation. Ecce homo sanitas*, Economica, 1999
- Amato, P., *Ontologia e storia, la filosofia di Michel Foucault*, Carocci, Roma 2011.
- Andreasen, N. C., *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*, in *Schizophr. Bull.*, Oxford University Press, N. 33., 2007.
- Angell, M., *Farma&Co*, il Saggiatore, Milano 2006.
- , *Is accademic medicine for sale?*, In *New England Journal of Medicine*, v. 342, 2000.
- , *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, in *Psicoterapia e scienze umane*, N. 2, 2012.
- , *The epidemic of mental illness: why. The illusion of Psychiatry*, in *The New York Review of Books*, 2011.
- APA, *DSM-II*, American Psychiatric Association, Washington 1968.
- , *DSM-III*, American Psychiatric Association, 1980.
- , *DSM-III-r. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1987.
- , *DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
- Appleton, L., *Rethinking medicalization: Alcoholism and anomalies*, in *Images of issues: Typifying contemporary social problems*, Gruyter, 1995.
- Ariano, R., *Morte dell'uomo e fine del soggetto, Indagine sulla filosofia di Michel Foucault*, Rubbettino, Torino 2014.
- Aristotele, *Etica Nicomachea*,
- , *Metafisica*,
- , *Retorica*,
- Augé, M., *Antropologia, cultura, medicina*, in *Il sapere della guarigione*, Laterza, Bari 1996.

- Augusta, M., Zani, B., *La percezione sociale dello stigma*, Carocci, Roma 1998.
- Baccaro, L., Pegoraro, R., *Salute mentale e garanzia dei diritti*, Cleup editore, Padova 2009.
- Basaglia, F., *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000.
- Bataille, G., *L'erotismo*, ES, Milano 2009.
- Batelaan, N.M., *Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2012.
- Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry: The politics of Diagnosis*, Basic Books, 1981.
- Bazzicalupo, L., *Biopolitica*, Carocci, Roma 2010.
- Benvenuto, S., *Perversioni, Sessualità, etica, psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- Berlinguer, G., *Storia e politica della salute*, Franco Angeli, Milano 1991.
- Bernard, C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Flammarion, Paris 2008.
- Bernini, L., *Le pecore e il pastore*, Liguori editore, Napoli 2008.
- Bert, G., Gardini, A., Quadrino, S., *Slow Medicine*, Sperling&Kupfer, Milano 2013.
- Bianchi-Demicheli, F., Ortigue, S., *Sexologie*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne 2012.
- Birch, S., Bloom, P., *The curse of knowledge in reasoning about false beliefs*, in *Psychological Science*, n. 5, 2007.
- Blanchot, M., *Foucault come io l'immagino*, Genova, Costa & Nolan 1988.
- Blech, J., *Gli inventori delle malattie*, Lindau Torino 2006.
- Bonomi, A., Borgna, E., *Elogio della depressione*, Einaudi, Torino 2011.
- Boorse, C., *Health as a theoretical concept*, in *Philosophy of science*, n. 44, 1977
- Borghetto, F., *Stigma e contesto familiare*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006.
- Boukris, S., *La fabrique de malades*, Le cherche midi, Paris 2013.
- Bracken, P., Thomas, P., *From Szasz to Foucault: on the role of critical psychiatry*, in *Philosophy, Psychiatry & Bracken Psychology*, V. 17, N. 3, Johns Hopkins University Press 2010.
- Briki, M., *Psychiatrie et homosexualité*, Presses universitaires de Franche-Comté, 2009.
- Buclin, T., Ammon, C., *L'automedicalization pratique banale, Motif Complex*, in *Cahiers Médico-Sociaux*, 2000.
- Burkert, W., *La creazione del sacro. Orme biologiche nell'esperienza religiosa*, Adelphi, Milano 2003.
- Cabanis, P. G. J., *La certezza della medicina*, Laterza, Torino 1974.
- Caietano, *Summula peccatorum*, Anversa 1575.
- Cambiano, G., *L'antichità senza soggetti di Michel Foucault*, in *Il ritorno degli antichi*, Laterza, Bari 1988.

- Campesi, G., *Soggetto, disciplina, Governo. Michel Foucault e le tecnologie politiche moderne*, Mimesis, Milano 2011.
- Canguilhem, G., *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.
- , *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna 1976.
- , *Scritti sulla medicina 1955-1989*, Einaudi Torino 2007.
- Cantucci, S., *Introduzione a Foucault*, Laterza 2008.
- Carnes, P., *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*, Bantam, New York 1991.
- Carter, R., *John Hunter*, in *World journal of surgery*, 17, 1993.
- Cattaneo, Z., Vacchi, T., *Psicologia delle differenze sessuali*, Carocci, Roma 2006.
- Cavicchi, I., *L'uomo inguaribile, il significato della medicina*, Editori Riuniti, Roma 1998.
- Chaperon, S., *Les origines de la sexologie*, Payot, Paris 2012; P. Brenot, *Qu'est-ce que la sexologie*, Payot, Paris 2012.
- Chignola, S., *L'impossibilità del sovrano*, in *Governare la vita*, Ombre Corte, Verona 2006.
- Cho, M., Bero, L., *The quality of drug studies published in symposium proceedings*, In *Ann. Intern. Med.*, N.124, 1996.
- Civita, A., *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, Guerini studio, Milano 1996.
- Clarke, A., *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Duke University Press, 2010.
- , *Medicalizzazione e biomedicalizzazione rivisitate: tecno-scienze e trasformazioni di salute, malattia e biomedicina*, in *Salute e Società*, N. 2, 2009.
- Codato, F., *Che cos'è la malattia mentale*, Psiconline, Francavilla al Mare 2015.
- , *Il diritto di essere tristi per una filosofia della depressione*, Alboversorio, Milano 2015
- , *La medicalizzazione della sessualità: un nuovo modo di concepire la femminilità e la maschilità*, *Districare il nodo genere potere sguardi interdisciplinari su politica, lavoro, sessualità e cultura Atti del III convegno nazionale del Centro di Studi Interdisciplinari di Genere Trento 21 e 22 Febbraio 2014, Trento, Università degli studi di Trento Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale CSG - Centro di Studi Interdisciplinari di Genere.*
- , *Thomas Szasz, la critica psichiatrica come forma bioetica*, Alboversorio, Milano 2013.
- Coe, J., *The lifestyle drugs outlook to 2008, unlocking new value in well-being*, in *Datamonitor, Reuters Business Insight, Healthcare, PLC*, 2003.
- Coffin, J. C., *La transmission de la folie 1850-1914*, L'Harmattan, Paris 2003.
- Colaiani, L., *Per incapacità di intendere e volere*, Aracne, Roma 2009.
- Cometto, M. T., *E se inventassimo la pillola per star bene?*, in *Corriereconomia*, 13 giugno 2011.

- Conrad, P., *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, 1992.
- , *Le mutevoli spinte della medicalizzazione*, in *Salute e Società*, N. 2, 2009.
- , *The medicalization of society*, The Johns Hopkins University Press, 2007.
- Coppen, A., *The Biochemistry of Affective Disorders*, in *British Journal of Psychiatry*, n. 113, 1967.
- Coppo, P., *Etnopsichiatria*, Il saggiatore, Milano 1996.
- Corbellini, G., *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004.
- Corrigan, W., P., *How stigma interferes with mental health care*, in *American Psychological Association*, Vol. 59, 2004.
- Corrigan, W. P., *Demonstrating transatlantic research from mental health services: an example from stigma research*, in *Mental Health Service Res*, N. 5, 2003.
- Cosgrove L., *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, in *Psychother Psychosom*, 2006.
- Cosgrove L., Krimsky S., *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*, PLoS Med 9(3), 2012.
- Cosmancini, G., *Il mestiere del medico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.
- Costa, E., *La follie è donna?*, Franco Angeli, Milano 2011.
- Coveney, C., Gabe, J., Williams, S., *Potenziamento della capacità mentale? Dalla medicalizzazione della cognizione alla farmacologizzazione delle routine*, in *Salute e società*, N.2, 2012.
- Crawford, R., *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, in *International Journal of Health Services*, 1980.
- Crisp, A.D., *Stigmatisation of people with mental illnesses*, in *The British Journal of Psychiatry*, N. 177 (1), 2000.
- Crocetti, B., Fabrega, H., *The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature*, in *Comprehensive Psychiatry*, N. 32, 1991.
- Cutro, A., *Biopolitica*, Ombre corte, Verona 2005.
- , *Michel Foucault. Tecnica e vita*, Bibliopolis, Napoli 2004.
- D'Agostino, F., *Bioetica e biopolitica*, Giapichelli editore, Torino 2011.
- Dagognet, F., *La raison et les Remèdes*, PUF, Paris 1984.
- Davidson, A. I. *L'emergenza della sessualità*, Quodlibet, Macerata 2010.
- , *Sulla fine dell'ermeneutica del sé*, in *Sull'origine dell'ermeneutica del sé*, Cronopio, Napoli 2015.
- De Masi, F., *La perversione Sodomachista*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.

- Deleuze, G., *Foucault*, Cronopio, Napoli 2002.
- , *I piegamenti o il dentro del pensiero (soggettivazione)*, in *Foucault*, Feltrinelli, Milano 1987.
- Dell'Acqua, P., *Fuori come va?*, Feltrinelli, Milano 2013.
- , *Se la diagnosi non è una profezia*, in *Aut Aut*, n. 357, 2013.
- Demaitre, L., *The Idea of childhood and child care in medical writing of the Middle Age*, in *The Journal of Psychohistory*, 4, 1977.
- Demazeux, S., *Qu'est-ce que le DSM?*, Ithaque, Paris 2013.
- Demetrio, D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano 1996.
- Demichelis, F., *Pouvoir, santé et société*, in *Journées d'histoire du droit de la santé*, 1, 2006; *Au nom de quoi...?: libres propos d'une juriste sur la médicalisation de la vie*, Les Études hospitalières 2006.
- Di Vittorio, P., *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base*, Ombre corte, Verona 2002.
- , *Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM*, in *Aut Aut* n. 357, 2013.
- Diderot, D., *Il sogno di d'Alambert*, Sellerio editore, Palermo 1994.
- Digilio, G., *Pratiche e Politiche per la salute mentale*, Armando editore, Roma 2005.
- Douglas, T., *Enhancement in Sport, and Enhancement Outside Sport*, in *Studies in Ethics, law and technology*, 2007.
- Dreyfus H. L., Rabinow P., *La ricerca di Michel Foucault*, La casa Usher, Firenze 2010.
- Dubos, R., *Man Adapting*, Yale University Press, 1965.
- Durkheim, È., *Le regole del metodo sociologico*, Edizioni Comunità, Torino 2001.
- Dworkin, *Artificial Happiness*, R., *The Dark Side of the New Happy Class*, Carrol & Graf Publisher, New York 2006.
- Ehrenberg, A., *La fatica di essere se stessi*, Einaudi, Torino 2010.
- , *La società del disagio*, Einaudi, 2010 Torino.
- Engel, G., *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, in *Science*, 196, 1977.
- Esposito, R., *Bios, biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino 2004.
- Fainzang, S., *L'automédication*, Puf, Paris 2012.
- Fornero, G., *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Bruno Mondadori, Milano 2005.
- Foucault, M., *Antologia*, Feltrinelli, Milano 2008.
- , *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano 1997.
- , *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 2009.
- , *Discorso e verità nella greca antica*, Donzelli editore, Roma 2005.

- , *Dits et Écrits, V. I*, Gallimard, Parigi 2001.
 - , *Dits et Écrits, V. II*, Gallimard, Parigi 2001.
 - , *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2009.
 - , *I corsi al Collège de France. I Résumés*, Feltrinelli, Milano 1999.
 - , *Il governo di sé e degli altri*, Feltrinelli, Milano 2015.
 - , *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 2010.
 - , *Illuminismo e critica*, Donzelli editore, Roma 1997.
 - , *L'archeologia del sapere*, Bur, Milano 2009
 - , *L'ordine del discorso*, in *Il discorso, la storia, la verità*, Einaudi, Torino 2001.
 - , *L'uso dei piaceri*, Feltrinelli, Milano 2009.
 - , *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano 2010.
 - , *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 2010.
 - , *Le parole e le cose*, Bur, Milano 2010.
 - , *Nascita della biopolitica*, Feltrinelli, Milano 2009.
 - , *Poteri e strategie*, Mimesis, Milano 2005.
 - , *Sicurezza, territorio e popolazione*, Feltrinelli, Milano 2005.
 - , *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1993.
 - , *Storia della follia nell'età classica*, Bur, Milano 2014.
- Fox, N.J., Ward, K. J., *Pharma in the Bedroom and the Kitchen. The Pharmaceuticalisation of Daily Life*, in *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 2008.
- Frances, A., First, M., *Am I Okay?: A Layman's Guide to the Psychiatrist's Bible*, Scribner, 2000.
- , *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.
- Freidson, E., *Profession of Medicine*, Harper and Row, 1970.
- Freud, S., *L'hérédité et l'étiologie des nevroses*, in *Revue neurologique*, VI, 1896.
- Furedi, F., *Il nuovo conformismo*, Feltrinelli, Milano 2004.
- , *The End of Professional Dominance*, in *Society*, V. 43, N. 6, 2006.
- Gabbare G. O., et All, *Professionalism in Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington 2012.
- Gadamer, H. G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.
- Gadner, H., Davis, K., *Generazione App*, Feltrinelli, Milano 2014.

- Gaebel, W., *Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors": Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma Gabel interventions*, in *Schizophrenia research*, 2008.
- Galeno, *Opere scelte*, UTET, Torino 1978.
- Galimberti, U., voce *Diagnosi* in *Dizionario di Psicologia*, Utet, Torino 2006.
- Galton, F., *Essay in Eugenics*, in *Eugenics Education Society*, London 1909.
- Galzigna, M., *Introduzione*, in *Foucault, oggi*, Feltrinelli, Milano 2008.
- Gammage, J., Stark, K., *Under the Influence*, in *Philadelphia Inquirer*, 9 marzo 2002.
- Gentis, R., *Guarire la vita*, Einaudi, Torino 1976.
- Gerhardt, U., *Talcott Parsons: An Intellectual Biography*, Cambridge University Press 2002.
- Gilbert, D., *Lifestyle Medicines*, in *British Medical Journal*, n. 321, 2000.
- Giordana, J., *Stigmatistione et discrimination des personnes ayant des troubles psychiques*, Masson 2010.
- Girardi, P., *Lo stigma come fattore antiterapeutico*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006.
- Godin, G., *La vita in vendita*, Lindau, Torino 2005.
- Goffman, E., *Stigma. L'identità negata*, Ombre corte, Verona 2003.
- Goleman, D., *New paths to mental health put strains on some healers*, in *The New York Times*, 17 maggio, 1990.
- Greblo, E., *Sorveglianza a bassa intensità*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008.
- , *Voce Bioetica*, in *Enciclopedia del pensiero politico*, Laterza, Bari 2000.
- Greenberg, G., *Inside the Battle to Define Mental Illness*, Wired magazine, 27 dicembre 2010.
- Griesinger, W., *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Braunschweig, Stuttgart 1876.
- Grinker, R. R., *In retrospect: the five lives of the psychiatry manual*, in *Nature*, N. 468, Novembre 2010.
- Grob, G. N., *Origin of DSM-I: A study in appearance and reality* in *American Journal of Psychiatry*, 1991.
- Gros, F., Lévy, C., *Foucault et la philosophie antique*, Kimé, Paris 2003.
- Guattari, F., *Microfisica dei poteri e micropolitica dei desideri*, in *Effetto Foucault*, Feltrinelli, Milano 1986.
- Gutting, G., *Michel Foucault's Archeology of scientific reason*, Cambridge University Press 1995.
- Hacking, I., *Historical Ontology*, Harvard University Press, 2002.
- , *Les Fous Voyageurs*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 2002.
- Hall, P., Levings, J., *The community's tolerance of the mentally ill*, in *British Journal of Psychiatry*, N. 162, 1993.
- Hadot, P., *La filosofia come modo di vivere*, Einaudi, Torino 2008.

- Hansen, B., *American Physicians' discovery a Homosexuals*, in *Framing Disease: Studies, in Cultural History*, Rutgers University Press, 1992.
- Hare, E.H., *Masturbatory insanity: the history of an idea*, in *The Journal of mental science* , 452, 1962.
- Harris, G., *Talk doesn't Pay, So psychiatry Turns Instead to Drug Therapy*, in *The New York Times*, 5 marzo 2011.
- Harris, J., *Enhancing evolution. The ethical case for making better people*, Princeton University Press, 2007
- Hegel, G. W. *Enciclopedia delle scienze filosofiche*, Rusconi, Milano 1996.
- Hillman, J., *Towards the Archetypal Model for the Masturbation Inhibition*, in *Journal of Analytical Psychology*, 11, 1966.
- Horwitz, A., *Normality*, in *Context*, n. 7, 2008.
- Hugnet, G., *Antidépresseurs: mensonges sur ordonnance*, Thierry Souccar Edittions, 2010.
- Illich, I., *La convivialità*, Red, Como 2014.
- , *Nemesi medica, L'espropriazione della salute*, Boroli editore, Milano 2005.
- Ippocrate, *Il giuramento*, Alboversorio, Milano 2013.
- Jonas, H., *Il principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1990.
- , *Tecnica, medicina ed etica, prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 2006.
- Kagan, J., *I fantasmi della psicologia*, Bollati Boringhieri, Torino 2014.
- Kendel, E. R., *Book rewiew: DSM-III*, in *American Journal of Psychiatry*, n. 145, 1988.
- , *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina editore, Milano 2007.
- Kandel, E. R., *A new intellectual framework for psychiatry*, in *American Journal of Psychiatry*, 155, 1998.
- Kant, I., *Scritti politici e di filosofia della storia e del diritto*, Utet, Torino 1956.
- Kant, I., *La pedagogia*, Anicia, Roma 2008,
- Kass, I. R., *La sfida della bioetica*, Lindau, Torino 2002.
- Kirk, S., Kutchins, H., *Aimez-Vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1998.
- Kirsch, I., *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*, Tecniche nuove, Milano 2012.
- Kraepelin, E., *Psichiatria comparativa*, in *I fogli di Oriss*, VI, dicembre 1996.
- Kraepelin, E., *Trattato di psichiatria*, Milano, Valardi 1883.
- Krafft-Ebing, R. V., *Psycopathia sexualis*, Pgreco, Milano 2011.
- Kramer, P. D., *Listening to Prozac*, Penguin Books 1997.

- Krimsky, S., Rothenberg, L. S., *Financial interest and its disclosure in scientific publications*, in JAMA, n. 280, 1998.
- Kutchins, H., Kirk, S., *Ci fanno passare per matti*, Giovanni Fioriti editore, Roma 2003.
- Lakoff, A., *Pharmaceutical reason. Knowledge and value in global psychiatry*, Cambridge University Press, 2005.
- Lantéri-Laura, G., *Lecture des perversions*, Antrhropos, 2012.
- , *Psychiatry*, in *Enciclopedia Universalis*, Paris 1968.
- Laqueur, T., *Sesso solitario*, Il saggiatore, Milano 2007.
- Legrenzi, P., Umiltà, C., *Neuro-mania*, Il Mulino, Bologna 2009.
- Lewontin, R. C., *Biologia come ideologia*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- Lima de Mendonca, C.A., *World Health Organization/European Regional Office, Task Force on Destigmatization*, in *International Geriatric Psychiatry*, N. 18, 2003.
- Lupton, D., *Foucault and the medicalisation critique*, in *Foucault Health and Medicine*, Routledge 1998.
- Macherey, P., *Da Canguilhem a Foucault, la forza delle norme*, ETS, Pisa 2011.
- Magnan, V., Charcot, J. M. *Inversion du sens génitale et autres perversion*, in *Archives de neurologie*, V. 4, n. 12, 1882
- , *Des anomalies, des aberrations et des perversione sexuelles*, Progrès médical, A D. et E. Lecrosnier, 1885.
- Mahon, P.A.O., *Medicina legale e Polizia medica*, Milano 1809.
- Manninger, K., *The Vital Balance*, Viking, New York 1963.
- Marcuse, H., *Eros e civiltà*, Einaudi, Torino 2009.
- Marin, F., *Il Bene del paziente e le sue metamorfosi nell'etica biomedica*, Bruono Mondadori, Milano 2012.
- Marrone, G., *Addio alla Natura*, Einaudi, Torino 2011.
- Marzano, M., *Etica oggi*, Erickson, Trento 2011.
- Marzano, M., *Vecchi concetti nuovi paradigmi: la biomedicalizzazione in Italia*, in *Salute e Società*, N. 2, 2009.
- Maturo, A *La società bionica*, Franco Angeli, Milano 2012.
- , *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Franco Angeli, Milano 2007.
- Maxmen, J., *The new psychiatrists*, New American Library, New York 1985.
- Mayes, R., Horwitz, A., *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, in *Journal of the behavioral Sciences*, V. 41, 2005.
- McGuire M. T. , Troisi A., *Darwinian Psychiatry*, Oxford University Press, 1998.
- McLellan, F., *Medicalisation: A Medical Nemesis*, in *The Lancet*, V. 369, 2007

- McNally, R. J., *What is mental illness*, Harvard University Press, 2011.
- Merleau-Ponty, M., *Elogio della filosofia*, Solfanelli, Chieti 2013.
- Migone, P., *La filosofia della diagnosi psichiatrica*, in *Aut Aut*, v. 357, 2013.
- Millon, T., *On the Past and the Future of the DSM-III*, in *Contemporary Directions in Psychopathology*, Guilford, 1986.
- Minard, M., *Le DSM-roi, Eres*, Toulouse, 2013.
- Monynihán, R., Health, I., *Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*, in *British Medical Journal*, n. 324, 2002.
- , *Farmaci che ammalano*, Nuovi mondi editore, Modena 2010.
- Moynihan, R., Mintzes, B., *Sex Lies*, Greystone books, Vancouver 2010.
- Mordacci, R., *The Destré for Healt and the Promises of medicine*, in *Medicine, Healt Care and Philosophy*, n. 1, 1998.
- Morel, S., *La médicalisation de l'échec scolaire*, Snedit la dispu, 2014.
- Mori, L., *Al centro della vita. La medicalizzazione della società secondo Foucault*, in *La medicalizzazione della vita*, Franco Angeli, Milano 2009.
- Mortari, L., *Aver cura di sé*, Bruno Mondadori, Milano 2009.
- Myrdal, G., *L'obbiattività nelle scienze sociali*, Einaudi, Torino 1973.
- Navas, C., *Genetic risk and the birth of the somatic individual*, in *Economy and society*, V. XXIX, N. 4, 2000.
- Nietzsche, F., *La Gaia scienza*, Einaudi, Torino 1979.
- Nolan, J., *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*, New York University Press, 1998.
- Nordenfelt, L., *On medicine and healt enhancement – Towards a conceptual framework*, in *Medicine, Healt Care and Philosophy*, n. 1, 1998.
- Nozick, R., *Anarchia, stato e utopia*, Il Saggiatore, Milano 2000.
- Nuland, S. B., *I figli di Ippocrate*, Mondadori editore, Milano 1992.
- Nussbaum, M., *Affections of the Greeks*, in *New York Times Book Review*, 10 novembre 1985.
- Nye, R. A. *The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century*. In *Journal of History of the Behavioural Science*, 39, 2, 2003.
- Ongaro, F., *Salute/Malattia*, Einaudi, Torino 1982.
- Parsons, T., *The Social System*, The Free press, 1951.
- Patton, M. S., *Masturbation from Judaism to Victorianism*, in *Journal of religion and healt*, 24, 1985.

- Payer, L., *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies and Insurers are Making You Feel Sick*, John Wiley and Sons, 1992.
- Pichot, P., *Un siècle de Psychiatrie*, Éditions Roger Dacosta, Paris 1983.
- Pignarre, P., *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, la Découverte, Paris 2003.
- Pinel, P., *Regole per il trattamento morale*, Alboversorio, Milano 2015.
- Pinel, P., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, J. A. Brosson, Paris 1809.
- Pitts, J. R., *Social control: the concept*, in *International Encyclopedia of the social Sciences*, n. 14, 1968.
- Platone, *Alcibiade Maggiore*
- , *Il Carmide*
- , *Repubblica*,
- Popper, K. R., *Scienza e filosofia*, Einaudi, Torino 2000.
- Porter, R., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Carocci, Roma 2004.
- Purvis, B., *Students' attitudes toward hypothetical chronically and acutely mentally and physically ill individual*, in *Psychological Reports*, N. 62, 1988.
- Rabinow, P., *Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality*, in *Essay on the Anthropology of Reason*, Princeton University Press, 1996.
- Reichenberg, L.W., *DSM-5, guida ai nuovi criteri diagnostici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
- Revel, J., *Foucault, une pensée du discontinu*, Mille et une nuits, 2010.
- , *Michel Foucault, un'ontologia dell'attualità*, Rubettino, Catanzaro 2003.
- Rifelli, G., *Psicologia e psicopatologia della sessualità*, Il mulino, Bologna 1998.
- Rifkin, J., *Il secolo biotech*, Baldini & Castoldi, Milano 1998.
- Romains, J., *Knock o il trionfo della medicina*, Liberilibri, Macerata 2007.
- Rose, N., *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, Routledge, London 1990.
- Rosenhan, D.L., *Essere sani in posti sani*, in *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, Feltrinelli, Milano 1988.
- , *On being sane in insane places*, in *Science*, January 1973.
- Roudinesco, E., *La parte oscura di noi stessi*, Angelo colla editore, Vicenza 2008.
- Rousseau, J. J., *L'Emilio*, Mondadori, Milano 2013.
- Rovatti, P. A., *Note sulla medicalizzazione della vita*, in *Aut Aut*, N. 340, 2008.
- Samenow, C.P., *What You Should Know about Hypersexual Disorde*, in *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, V. 18, 2011.

- Sandel, M.J., *Contro la perfezione*, Vita e Pensiero, Milano 2008.
- Sartorius, N., *One of the last obstacle to better mental health care: the stigma of mental illness*, in *The image of Sartorius madness*, Karger, Basel 1999.
- Scheff, T., *The labelling theory of mental illness*, in *Am. Sociol. Rev.*, n. 39, 1974.
- Schulberg, H.C., Manderscheid, R. W., *The changing network of mental health service delivery*, in *The future of mental health services research*, 1989.
- Seedhouse, D., *Health: The Foundations of Achievement*, Wiley, 1986
- Segre, S., *Talcott Parsons*, University Press of America 2012.
- Sgreccia, E., *Manuale di bioetica*, Vita e pensiero, Milano 1999.
- Shorter, E., *A History of psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997.
- Simonazzi, *Degenerazionismo*, Bruno Mondadori, Milano 2013
- Sini, C., *Il profondo e l'espressione*, Ipc, Milano 2014.
- , *Introduzione*, in *Elogio della filosofia*, Solfanelli Chieti 2013.
- Skolnick Weisberg, D., Goodstein, J., *The seductive allure of neuroscience explanation*, in *Journal of Cognitive Neuroscience*, n. 20, 2008.
- Spiro, H., Siassi, I., *Contemporary Attitudes towards Mental Illness*, University of Pittsburgh Press, 1974.
- Spitzer, R., Bayer, B., *Neurosis, psychodynamics, and DSM-III: a history of the controversial*, in *Archives of General Psychiatry*, n. 42, 1985.
- Spitzer, R. L., *A proposal about Homosexuality and the APA nomenclature: Homosexuality a san Irregular Form of Sexual Behavior and Sexual orientation Disturbane as a Psychiatric Disorders*, in *American Journal of psychiatry*, 130, n. 11, 1973.
- Starobinski, J., *Le mot civilisation*, in *Le remède dans le mal. Critique et légitimation de l'artifice à l'age del Lumières*, Gallimard, Paris 1989.
- Stengers, J., Van Neck, A., *Histoire d'une grande peur, la masturbation*, Les Empecheurs Penser en Rond, Parigi, 1998.
- Stone, L., *La sessualità nella storia*, Laterza, Bari 1995.
- Swaab, D., *Noi siamo il nostro cervello*, Elliot, Roma 2001.
- Swain, G., *De Kant à Hegel: deux époques de la folie*, Libre, n°1, 1977.
- Szasz, T., *Antipsychiatry, Quackery squared*, Syracuse University Press, 2009.
- , *Disumanizzazione dell'uomo*, Feltrinelli, Milano 1977.
- , *Il mito della malattia mentale*, Spirali, Milano 2003.

- , *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America*, Praeger Publishers, 2001.
- , *Sesso a tutti i costi*, Feltrinelli, Milano 1982.
- , *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*, Siracuse University press, 2007.
- Tatarelli, R., *Note per una strategia di superamento degli stigmi*, in *Il primo libro dello stigma*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2006.
- Testart, J., *La procreazione assistita*, Il Saggiatore, Milano 1996.
- Thompson, A. H., *Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwilde campaign against the stigma of schizophrenia*, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, V. 37, 2002.
- Tiefer, L., *The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues*, in *Annual Review of Sex Research*, 1996.
- Tissot, S. A. *L'Onanisme, Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*, Fran. Grasset, & Comp., Lausanne, 1975.
- Tommaso d'Aquino, *La Somma Teologica*, Quaestio CLIV. Art. 11, ESD, Bologna 2009.
- Tristram, H., Jr. Engelhardt, *Manuale di bioetica*, Il saggiatore, Milano 1999.
- Turner, B. S., *From governmentality to risk*, in *Foucault Health and Medicine*, Routledge, 1998.
- , *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Sage, London 1996.
- Turoldo, F., *Bioetica e reciprocità*, Città nuova editrice, Roma 2003.
- , *Le malattie del desiderio*, Cittadella editore, Assisi 2011.
- , *Storia della Bioetica*, Lindau, Torino 2014.
- Vagnarelli, G., *Medicalizzazione e colpevolizzazione: la biopolitica dell'incitazione del vivente*, in *Medicalizzazione, Sorveglianza e Biopolitica*, Mimesis, Milano 2012.
- Van der Geest, S., Pardon, A., *The anthropology of pharmaceuticals: a biographic approach*, in *Annual review of anthropology*, N. 23, 1998.
- Van Ussel, *Histoire de la répression sexuelle*, Robert Lafont, Parigi 1972.
- Vandewalle, B., *Kant santé et critique*, L'Hermattan, Paris 2001.
- , *Savoir et pouvoir de la médecine*, L'Hermattan, Paris 2006.
- Vegetti, M., *Il coltello e lo stilo*, Il saggiatore, Milano 1979.
- , *L'ermeneutica del soggetto. Foucault, gli antichi e noi*, in *Scritti con la mano sinistra*, Pistoia, 2007.
- Vegetti, M., *L'etica e gli antichi*, Laterza, Bari 1989.
- Veyene, P., *Foucault, il pensiero e l'uomo*, Garzanti, Milano 2010.
- , *Foucault révolutione l'histoire*, in *Comment on écrit l'histoire*, Seuil, Paris 1979.

- Viafora, C., *Fondamenti di Bioetica*, Casa editrice Ambrosiana, Milano 1989.
- Vinesi, P., Satolli, R., *I due dogmi. Oggettività della scienza e integralismo etico*, Feltrinelli, Milano 2009.
- Von Haller, A., *A dissertation on the sensible and irritable parts of animals*, J. Nourse, London 1755.
- W. Reich, W., *Voce Bioethics*, in *Encyclopedia of Bioethics*, Mcmillan-Free Press, New York 1978.
- Wakefield J. C., Horwitz A., *The Loss of Sadness*, Oxford University Press, 2007.
- Wakefield, J., *The DSM-5's Proposed New Categories of Sexual Disorder: The Problem of False Positives in Sexual Diagnosis*, in *Clinical Social Work Journal*, V. 40, Springer 2012.
- Waldby, C., *The Visible Human Project: Informatic Bodies and Posthuman Medicine*, Routledge, London 2000.
- Walters, K., *Mixed Anxiety and Depression Disorders Outcomes. Prospective Cohort Study in Primary Care*, in *The British Journal of Psychiatry*, CXCCVIII, 2011.
- Warner, R., *Schizophrenia and the environment: speculative interventions*, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 1999.
- Weiss, D., *The final freedom. Pioneering sexual addiction recovery*, Discovery Press 1998.
- Whitaker, R., *Anatomy of an Epidemic*, Crown publisher, New York, 2010.
- Wilson, E. O., *Che cos'è la sociobiologia*, in *Sociobiologia e natura umana*, Einaudi, Torino 1980.
- Wittgenstein, L., *Philosophical investigations*, Blackwell, Oxford 1953.
- WPA, *Schizofrenia e cittadinanza, Manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma 2001
- Wulff, H. R., Pedersen, S. A., Rosenberg, R., *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Zigler, E., Phillips, L.P., *Psychiatric diagnosis: A critique*, in *Journal of Abnormal and social Psychology*, 1961
- Zilboorg, G., *A History of medical Psychology*, Norton e Inc, 1941.
- Zola, I. K., *Medicine as an Institution of Social Control*, in *Sociological Review*, N. 20, 1972.
- Zonara, H., *Sexual Disorders: New and Expanded Proposals for the DSM-5. Do We Need Them?*, in *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, V. 39, 2011.

INDICE DELLE OPERE CONSULTATE

- A.a. V.v., *Sociobiologia e natura umana*, Einaudi, Torino 1980.
- A.a., V.v., *La medicalizzazione della vita*, Franco Angeli, Milano 2009.
- Aa. Vv., *La diagnosi in psichiatria*, *Aut Aut*, n. 357, 2013.
- Aa. Vv., *La medicalizzazione della vita*, *Aut Aut*, n. 340, 2008.
- Aa. Vv., *Michel Foucault e il potere psichiatrico*, *Aut Aut*, n. 323, 2004.
- Aa. Vv., *Michel Foucault e la storia della sessualità*, *Aut Aut*, n. 331, 2006.
- Acocella, J., *Creating Hysteria, Women and Multiple personality disorder*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1999.
- Alexander, F. G., Selesnick, S. T., *The history of psychiatric, Psychiatric thought and practice from prehistoric time to the present*, George Allen and Unwin Ltd, London 1966.
- Allen, D. F., *L'age de Kraepelin*, in *L'information psychiatrique*, n. 9. 1996.
- Amato, P., *Tecnica e potere. Saggi su Michel Foucault*, Mimesis, Milano 2008.
- APA, *DSM-I Original Edition*, American Psychiatric Association, 2008.
- APA, *DSM-IV*, American Psychiatric Association, 1994.
- APA, *DSM-IV-TR*, American Psychiatric Association, 2000.
- Attenasio, L., Ciani, M., *Cronaca di una liberazione. Da matti a cittadini d'Europa*, Armando editore, Roma 2012.
- Balistrieri, A., *Prendersi cura di se stessi*, Apogeo, Milano 2006.
- Balistrieri, M., *Superumani. Etica ed Enhancement*, Espress, Torino 2011.
- Ballard, K., *Medicalization: A multi-dimensional concept*, in *Social Theory and Health*, n. 3, 2005.
- Barry, A., Osborne, T., Rose N., *Foucault and political reason: liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*, University College London Press, 1996.
- Basky, A., *Somatization and medicalization in the era of managed care*, in *Journal of the American Medical Association*, n. 274, 1995.
- Basso, E., *Michel Foucault e la daseinsanalyse. Un'indagine metodologica*, Mimesis, Milano 2008.

- Baudrillard, J., *Dimenticare Foucault*, Cappelli ed., Bologna 1978.
- Bazzicalupo, L., *Dispositivi e soggettivazioni*, Mimesis, Milano 2013.
- , *Il governo delle vite*, Biopolitica ed economia, Laterza, Bari 2006.
- Becker, G., Nachtigall, R., *Eager for medicalization: the social production of infertility as a disease*, in *Sociology of health and illness*, n. 14, 1992.
- Bell, S., *Changing ideas: the medicalization of menopause*, in *Annals of New York Academy of science*, n. 593, 1987.
- Bentall, R. P., *Doctoring the mind, Why psychiatric treatment fail*, Penguin Books, London 2010.
- Berni, S., *Nietzsche e Foucault: corporeità e potere in una critica radicale della modernità*, Giuffrè, Milano 2005.
- Bernini, L., *Michel Foucault, gli antichi e i moderni*, Ets, Pisa 2011.
- Bieber, I., *Homosexuality: a Psychoanalytic Study*, Basic Book, 1963.
- Birman, J., *Foucault et la psychanalyse*, Paragon, Lyon 2007.
- Blashfield, R.K., *The classification of Psychopathology, Neo-Kraepelinian and Quantitative approaches*, Plenum press, 1984.
- Bodei, R., *Destini personali. L'età della colonizzazione delle coscienze*, Feltrinelli, Milano 2002.
- Boella, L., *Il coraggio dell'etica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
- Borgna, E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 2011.
- Borrillo, D., *L'homosexualité de Platon a Foucault: anthologie critique*, Plon, Paris 2005.
- Bortolotti, F., *Parresia, conoscenza e verità*, Tangram edizioni scientifiche, Trento 2015.
- Braun, B., *Biopolitics and the Molecularization of Life*, in *Cultural Geographies*, n. 14, 2007.
- Burns, T., *Psichiatria*, Codice edizioni, Torino 2008.
- Butler, J., *Questione di genere*, Laterza, Bari 2013.
- Callahan, D., *La medicina impossibile*, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2009.
- Cambi, F., *La cura di sé come processo formativo*, Laterza, Bari 2010.
- Castel, P. H., *L'esprit malade*, Itaque, Paris 2011.
- Castorina, R., Roccheggiani, G., *Paradossi della fragilità*, Mimesis, Milano 2013.
- Casula, A., *Legami sociali e soggettività in Michel Foucault*, Uni Service, Trento 2009.
- Cattorini, P. M., *Cura*, Edizioni, Messaggero, Padova 2014.
- Cavalletti, A., *La città biopolitica*, Bruno Mondadori, Milano 2005.

- Cerrato, M., *La filosofia pratica di Michel Foucault. Una critica ai processi di soggettivazione*, Mimesis, Milano 2015.
- Chignola, S., *La forza del vero. Un seminario sui corsi di Michel Foucault al Collège de France (1981-1984)*, Ombre Corte, Verona 2013.
- Chomsky, N., Foucault, M., *Della natura umana. Invariante biologico e potere politico*, Derive e approdi, 2005.
- Civita, A., *La cura della malattia mentale. Il trattamento*, Bruno Mondadori, Milano 2001.
- Civita, A., *La cura della malattia mentale. Storia ed epistemologia*, Bruno Mondadori, Milano 1999.
- Clarke, A. E., Shim. J. K., *Biomedicalization: technoscientific trasformation of healt, illness, and U.S. Biomedicine*, in *American sociological review*, n. 68, 2003.
- Colcos, M., *L'homme selon le DSM*, Albein Michel, 2011.
- Colucci, I., *Voce Medicalizzazione*, in *Lessico di biopolitica*, Manifesto Libri, Roma 2006.
- Conrad, P., Leiter, V., *Medicalization, Market and Consumers*, in *Journal of Health and Social Behavior*, n. 45, 2004.
- Conrad, P., Markens, S., *Constructing the Gay Gene in the news, Optimism and skepticism in the US and British Press*, in *Health*, n. 5, 2001.
- Conrad, P., *Medicalization and social control*, in *Annual review of sociology*, n. 18, 1992.
- , *Public eyes and private genes: historical frames, New constructions, and social problem*, In *Social Problem*, 1997.
- , *The shifting Engines of medicalization*, in *Journal of health and social behavior*, n. 46, 2005.
- , *Types of medical social control*, in *Sociology of health and illness*, 1979.
- Cooksey, E., Brown, P., *Spinning in Its Axes: DSM an the Social Construction pf Psychiatric Diagnosis*, in *International Journal of Healt service*, n. 28, 1998.
- Cosentino, A., *Filosofia come pratica sociale*, Apogeo, Milano 2007.
- Cosgrove L., Krimsky S., *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*, in *PLoS Med* 9(3), 2012.
- Cosgrove, L., Bursztajn, H. J., Krimsky S., *Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines*, in *Osychoterapy and psychosomatics*, Vol. 78, No. 4, 2009;
- Cosgrove, L., Walker, J., *Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines*, in *Osychoterapy and psychosomatics*, Vol. 78, No. 4, 2009.
- Cosgrove, L., *Diagnosing Conflict-of-Interest Disorder*, *Academe*, Volume 96, N. 6, 2010.

- , *Psychiatric Taxonomy, Psychopharmacology and Big Pharma*, in *Counseling and School Psychology Faculty Publication Series*, Paper 7, 2010.
- Cosmancini, G., *Il mestiere del medico*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000.
- , *La qualità del tuo medico*, Laterza Bari 1995.
- , *Prima lezione di medicina*, Laterza, Bari 2009.
- Cotesto, V., *Linguaggio potere individuo: saggio su Michel Foucault*, Dedalo, Bari 1979.
- Cutro, A., *Il valore dei concetti. Filosofia e critica*, Mimesis, Milano 2010.
- Davidson, A. I., *Foucault and his interlocutors*, University of Chicago press, 1997.
- Davis, J., *How medicalization lost its way*, in *Society*, n, 43, 2006.
- Dawkins, *Il gene egoista*, Mondadori, Milano 1995.
- De Marchi, L., *Repressione sessuale e oppressione sociale*, Sugar editore, Varese 1965.
- De Winter, G., *Aging as disease*, in *Medicine, Health Care and Philosophy a Europea Journal*, Springer, V. 18, 2015.
- Decristofaro, E., *Il senso storico della verità*, Il melangolo, Genova 2008.
- DeGrandpre, R., *Ritalin nation: rapid-fire Culture and the transformation of human consciousness*, Norton, New York 1999.
- Derrida, J., *Essere giusti con Freud*, Raffaello Cortina editore, Milano 1994.
- Di Giacomo, M., *Ivan Illich. Una voce fuori dal coro*, Ancora, Milano 2006.
- Di Marco, C., *Critica e cura di sé. L'etica di Michel Foucault*, Franco Angeli, Milano 1998.
- Dietrich, M. K., *Vita di Ivan Illich*, Edizioni dell'asino, Roma 2011.
- Donà, M., *Eroticamente. Per una filosofia della sessualità*, Il prato, Padova 2013.
- Donghi, P., *Il sapere della guarigione*, Laterza, Bari 1996.
- Dottore D., Lambiase E., *La fluidità sessuale*, Alpes, Roma 2011.
- Dovolich, C., *Singolare e Molteplice. Michel Foucault e la questione del soggetto*, Franco Angeli 1999.
- Elliot, C., *Better than well: American medicine meets the american dreams*, Norton & Company, London 2003.
- , *Prozac as a way for life*, The University of North Carolina Press, 2004.
- Enck, G. G., *Pharmaceutical enhancement and medical professionals*, in *Medicine, Health Care and Philosophy a Europea Journal*, Springer, V. 17, 2014.
- Engelhard, H., *Tristan, The disease of masturbation: Values and the concept of disease*, in *Bulletin of the history of medicine*, n. 48, 1974.
- Epstein, S., *Inclusion: the politics of difference in medical research*, Chicago university press, 2007.

- Eribon, D., *Michel Foucault*, Flammarion, Paris 2011.
- Ernst, A. B., *Utilitarian biopolitics: Bentham, Foucault and modern power*, Pickering & Chatto, 2012.
- Eysenbach, G., *Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: A Systematic Review*, in *J Med. Internet Res.*, n. 12, 2010.
- Fanelli, A., Lorenzin, R., *Clinica delle disfunzioni sessuali*, Carocci, Roma 2012.
- Ferrara, A., Petrucciani, S., *Pensare la società. L'idea di una filosofia sociale*, Carocci, Roma 2002.
- Ficorilli, A., *La relazione di fiducia, Un approccio bioetica alle questioni della cura*, Le Lettere, Firenze 2014.
- Fiedler, *La tirannia del normale, bioetica, tecnologia e mito*, Donzelli, Roma 1998.
- Fimiani, M., *Erotica e retorica. Foucault e la lotta per il riconoscimento*, Ombre Corte, Verona 2007.
- Fimiani, M., *Foucault e Kant: critica, clinica, etica*, La città del sole, Napoli 1997.
- Fink-Eitel, H., *Foucault*, Carocci, Roma 2002.
- Finkler, K., *The King of the gene: the medicalization of family and kinship in American society*, In *Current Anthropology*, n. 28, 2001.
- Fiumana, M., *Desiderio di uomo. Desiderio di donna?*, Carocci, Roma 2007.
- Fontana, A., *Polizia dell'anima : voci per una genealogia della psicanalisi*, Ponte alle grazie, Firenze 1990.
- Fraisse, G., *La differenza fra i sessi*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- Frances, A., *Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure*, in *Journal of Nervous & Mental Disease*, V. 200, 2012.
- , *La diagnosi in psichiatria*, Raffaello Cortina editore, Milano 2013.
- Freidson, E., *Professionan of medicine*, Chicago University press 1970.
- Freud, S., *Opere 1886-1921*, Newton Compton, Milano 2009.
- Friedman, D., *A mind of its own: a cultural history of the penis*, Free Press, New York 1993.
- Fukuyama, F., *Our Posthuman Future: Consequences of Biotechnology Revolution*, Picador, New York 2002.
- Gabbare, G.O., *La professione dello psichiatra*, Raffaello Cortina editore, Milano 2013.
- Gallesi, D., *La farmacologizzazione del quotidiano tra medicina scientifica e non convenzionale*, Franco Angeli, Milano 2014.
- Galzigna, M., *Conoscenza e dominio*, Novalogos, Aprilia 2013.
- , *Rivolte del pensiero. Dopo Foucault per riaprire il tempo*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.
- Garo, I., *Foucault, Deleuze, Althusser & Marx*, Demepolis, Paris 2011.
- Gatens, M., *Imaginary bodies: Ethics, Power and Corporeality*, Routledge, New York 1996.

- Giacomo, G., *The ideology of tyranny: Bataille, Foucault, and the postmodern corruption of political dissent*, Palgrave Macmillan, 2007.
- Giami, A., *La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lanteri-Laura: un débat qui n'a pas eu lieu*, in *L'Évolution Psychiatrique*, N. 70, 2013.
- , *Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être*, in *Le Journal des psychologues*, N. 7. 2007.
- Giard, L., *Michel Foucault: lire l'oeuvre*, Jerome Millon, Grenoble, 2012.
- Giddens, A., *La trasformazione dell'intimità: sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*, Il mulino, Bologna 1995.
- Giddens, A., *The consequences of Modernity*, Cambridge: Polity press, 1990.
- Giustini, D., *How Web 2.0 is changing medicine*, in *BMJ*, 2006.
- Gori, R., Del Volgo., M-J., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Flammarion, Paris, 2005.
- Greavens, D., *The creation of Partila Patients*, in *Cambridge Quarterly of Healt Care Ethics*, n. 9, 2000.
- Grillo, A., *A partire da Foucault. Studi su potere e soggettività*, La Zisa, Palermo 1994.
- Gros, F., *Foucault et la folie*, PUF, Paris 1997.
- , *Michel Foucault*, PUF, Paris 2010.
- Habermas, J., *Il futuro della natura umana*, Einaudi, Torino 2010.
- Hadot, P., *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino 2005.
- , *Qu'est-ce que la philosophie antique?*, Gallimard, Paris 1995.
- Hafferty, F. W., *Medicalization reconsidered*, in *Society*, n. 43, 2006.
- Halpern, S., *Medicalization as a professional process: Postwar trends in pediatrics*, in *Journal of healt and social behavior*, n. 31, 1990.
- Hardey, M., *E-Healt: The intenet and the trasformation of Patients to consumers and producers of healt knowledge*, in *Information, communication and society*, n. 4, 2001.
- Hartley, H., *Big Pharma in our bedrooms: An analysis of the medicalization of Women's sexual problema*, in *Advances in Gender Research*, n. 7, 2003.
- Hartley, H., Tiffer, L., *Taking a biological Turn: the push for female viagra'and the medicalization of women's sexual problema*, in *Women's Studies Quarterly*, n. 31, 2003.
- Honneth, A., *Critica del potere : la teoria della societa in Adorno, Foucault e Habermas*, Dedalo, Bari 2002.
- Houts, A. C., *Fifty years of psychiatry nomenclature: reflections on the 1943 War Department technical bulletin, Medical 2003*, In *Journal of clinical psychology*, n. 56, 2000.

- Iacob, M., *Dal buco della serratura*, Dedalo, Bari 2010.
- Ippocrate, *Male sacro*, Alboversorio, Milano 2014.
- Irvine, J., *Regulated passion: The invention of inhibited sexual desire and sexual addiction*, in *Deviant bodies*, Indiana University press, 1995.
- Jacobsen, M. B., *Big Pharma*, Les Arènes, Paris 2013.
- Jardin, A., Quenuau, P., *Medicalisation de la sexualité en question*, John Libbey Eurotest, Paris 2000.
- Jeliffé, S. E., White, W. A., *Diseases of the nervous system*, Lea & Febiger, Philadelphia 1917.
- Juengst, E., T., *What does enhancement mean? In Enhancing Human Traits: Ethical and social implications*, Georgetown University Press, 1998.
- Korn, M., *Psychiatrie: entre éthique et politique*, Cortex, 2009.
- La Cecla, *Ivan Illich e la sua eredità*, Medusa, Milano 2013.
- Lambiase, E., *La dipendenza sessuale*, Las, Roma 2008.
- Le Bitoux, J., *Sulla questione gay*, Il Saggiatore, Milano 2009.
- Le Blanc, G., Terrel, J., *Foucault au Collège de France: un itinéraire*, Presses Universitaires de Bordeaux, 2003.
- Lebow, M., *The pill and the press: reporting risk*, In *Obstet Gynecol*, N. 93, 1999.
- Legrand, S., *Les normes chez Foucault*, Puf, Paris 2007.
- Leonelli, R. M., *Foucault- Marx, paralleli e paradossi*, Bullzoni editore, Roma 2010.
- Lifton, R. J., *Home from the War, Learning from Vietnam Veteran*, Other press, New York 2005.
- Lovell, A. M., Pandolfo S., Laugier, V., *Face aux désastres*, Itaque, Paris 2013.
- Lupton, D., *Medicine as culture, Illness, disease and the body in Western society*, Sage Publication, London 2003.
- Luzzato, G., Guzzetti, L., *I rapporti fra scienza e società*, Carocci, Roma 2005.
- Maiolo F., *Foucault e la sovranità*, Aracne, Roma 2012.
- Marconi, D., *La filosofia e scienza cognitiva*, Laterza, Roma-Bari 2001.
- Mariani, A., *Attraversare Foucault. La soggettività, il potere, l'educazione*, Unicopoli, Napoli 1997.
- Martin, E., *The pharmaceutical person*, in *BioSocieties*, n. 1, 2006.
- Mattucci, N., Vagnarelli, G., *Medicalizzazione, sorveglianza e biopolitica. A partire da Michel Foucault*, Mimesis, Milano 2012.
- Maturo, A., *Sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano 2007.
- Maturo, A., Barker, K., *La medicina delle emozioni e delle cognizioni*, FrancoAngeli, Milano 2012.
- McNay, L., *Foucault: a critical introduction*, Cambridge: Polity Press, 1994.

- Missa, J-N., *Les Maladies Mentales*, Puf, Paris 2008.
- Montanari, M., *Hadot e Foucault nello specchio dei greci. La filosofia antica come esercizio di trasformazione*, Mimesis, Milano 2010.
- Moynihan, R., Bero, L., *Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States*, in *Plos medicine*, August 13, 2013.
- Moynihan, R., Degnan, D. R., *Coverage by the News Media of the Benefits and Risks of Medications*, in *The New England Journal of Medicine*, N. 342, 2000.
- Nardone, G., Slavina, A., *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Garzanti, Milano 2013.
- Natoli, S., *Ermeneutica e genealogia: filosofia e metodo in Nietzsche, Heidegger, Foucault, Feltrinelli*, Milano 1981.
- , *La verità in gioco. Saggi su Michel Foucault*, Feltrinelli, Milano 2013.
- Navarro, V., *Medicine under Capitalism*, Prodist, New York 1976.
- Oldzaga, E., *The Smartphone in Medicine: A Review of Current and Potential Use Among Physicians and Student*, in *J.Med Internet Res.*, N. 14, 2012.
- Palazzani, L., Canotti, R., *Il diritto nelle neuroscienze, Non siamo i nostri cervelli*, Giapichelli editore, Torino 2013.
- Palazzani, L., *Idenità di genere*, San Paolo, Milano 2008.
- Papa, A., *L'identità esposta. La cura come questione filosofica*, Vita e Pensiero, Milano 2014.
- Paquot, T., *Introduction à Ivan Illich*, La Découverte, Paris 2012.
- Pellegrino, V., *Follie ragionate*, Utet, Torino 2012.
- Perticari, P., *Bipolitica Minore*, Manifesto libri, Roma 2003.
- Petersen, M., *Dacci oggi le nostre medicine quotidiane*, Nuovi Mondi, Modena 2010.
- Pfohl, S. J., *Images of deviance and social control: a sociological history*, McGraw hill, 1985.
- Picq, P., Brenot, P., *Le sexe, l'Homme et l'Èvolution*, Odile Jacob, Paris 2009.
- Pilastro, A., *Sesso ed evoluzione*, Bompiani, Milano 2008.
- Pileckiemail, B.C., Clegg, J.W., McKay, D., *The influence of corporate and political interests on models of illness in the evolution of the DSM*, in *European Psychiatry*, V.26, 2011.
- Pileckiemail, B.C., Clegg, J.W., *The influence of corporate and political interests on models of illness in the evolution of the DSM*, *European Psychiatry* V. 26, 2011.
- Pirella, A., *Il problema psichiatrico*, Centro di documentazione Pistoia, Pistoia 1999.
- Poster, M., *Foucault, Marxism and history*, Blackwell's, New York 1986.

- Potte-Bonneville, M., *Michel Foucault, l'inquiétude de l'histoire*, PUF, Paris 2004.
- Procacci, S., *L'olismo nella scienza e nella filosofia*, Morlacchi editore, Perugia 2012.
- Quintin, J., *Herméneutique et psychiatrie*, Liber, Montréal 2005.
- Rajchman, J., *Michel Foucault. La libertà della filosofia*, Armando, Roma 1987.
- Rea, C., *Corpi senza frontiere*, Dedalo, Bari 2012.
- Revel, J., *Foucault le parole e i poteri*, Manifesto libri, Roma 1996.
- , *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris 2009.
- Rigetti, S., *Soggetto e identità*, Mucchi editore, Bologna 2007.
- Riska, E., *Gendering the medicalization thesis*, in *Advances in gender research*, n. 7, 2003.
- Roscioni, L., *Il governo della follia*, Bruno Mondadori, Milano 2003.
- Rovatti, P. A., *Effetto Foucault*, Feltrinelli, Milano 1986.
- , *La filosofia può curare*, Raffaello Cortina editore, Milano 2006.
- Ruffino, A., *Nascita e difesa sociale. Foucault dopo Foucault*, La città del sole, Napoli 1996.
- Russo, P., *Multinazionali farmaceutiche e diritti umani*, Le lettere, Firenze, Firenze 2012.
- Saccà, F., *La società sessuale*, Franco Angeli, Milano 2003.
- Santoro, E., *Web 2.0 e social media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*, Il pensiero scientifico editore, Napoli 2011.
- Scarafina, L., *Bioetica come storia*, Lindau, Torino 2011.
- Selgelid, M. J., *Moderate eugenics and human enhancement*, in *Medicine, Health Care and Philosophy a Europea Journal*, Springer, V. 17, 2014.
- Shuchman, M., Wilkes, M., *Medical scientists and health news reporting: a case of miscommunication*, In *Ann. Intern. Med.* N. 126, 1997.
- Simonazzi, M., *La formazione del soggetto nell'antichità. La lettura di Michel Foucault e di Pierre Hadot*, Aracne, Roma 2007.
- Sissa, G., *Eros tiranno*, Laterza, Bari 2010.
- Sorge, F., *Passioni e farmaci*, Liguori editore, Napoli 2000.
- Sorrentino, V., *Biopolitica, libertà e cura. Saggio su Foucault*, Aracne, Roma 2012.
- Spena, G., *Il lascito di Foucault*, Clibanem, Firenze 2006.
- Spitzer, R. L., *Can some gay men and lesbians change their sexual orientation?*, in *Arch. of sexual behavior*, n. 32, 2003.
- Spitzer, R. L., *Letter to the editor*, in *Schizophrenia Bulletin*, N. 8, 1982.

Stagi, L., Todella, R., *Identità senza confini*, Franco Angeli, Milano 2008.

Strong, P., *Sociological Imperialism and the Profession of medicine: A critical Examination of the thesis of medical Imperialism*, in *Social Science and Medicine*, n. 13, 1979.

Svignano, A., *Bioetica, educazione e società*, Mimesis, Milano 2014.

Trombadori, D., *Colloqui con Foucault. Pensieri, opere, omissioni dell'ultimo Maître à penser*, Castelvecchi, Roma 1994.

Van Trigt, A., Voogt, L. M., *Setting the agenda: does the medical literature set the agenda for articles about medicines in the newspapers?*, in *Social Science Med*, N. 41, 1995.

Vineis, P., *Salute senza confini*, Codice edizione, Torino 2014.

Ward, J., *Le mouvement américaine pour l'hygiène mentale (1900-1930), ou comment améliorer la race humaine?*, L'hermattan, Paris 2011.

Watters, E., *Crazy like us*, Free press, New York 2010.

Zanini, A., *L'ordine del discorso economico*, Ombre Corte, Verona 2010.

Zoungrana, J., *Michel Foucault: un parcours croisé: Lévi-Strauss, Heidegger*, l'Harmattan, Paris, 1998.

Estratto per riassunto della tesi di dottorato

Studente: Francesco Codato

matricola: 815341

Dottorato: Filosofia

Ciclo: XXVIII

Titolo della tesi : Medicalizzazione, psichiatrizzazione, sessualità e bioetica.
Da Foucault all'ingegneria genetica per tornare a Foucault

Abstract:

Il presente lavoro di ricerca si articola attorno alla tematica della medicalizzazione della vita delineandone una traiettoria filosofico-interpretativa. Per raggiungere tale scopo fa riferimento alle tesi elaborate da Michel Foucault, donando ragione del fatto che le stesse rappresentino la forma di pensiero più proficua e funzionale alla descrizione di tale fenomeno. L'obbiettivo perseguito dalla ricerca è duplice: da un lato, descrivere il fenomeno della medicalizzazione della vita e, dall'altro, cogliere se e come sia possibile eliminare o, quanto meno, ridurre il suo influsso sulle nostre vite, proponendo una chiave interpretativa centrata sulla tesi della comprensione del compito della bioetica come forma di sapere critico.

The medicalization represents the basic theme of the current work of researching, aimed to outline a philosophical-interpretive path of this phenomenon. To achieve this purpose the study refers to the thesis developed by Michel Foucault, giving reason of the fact that these represent the way of thinking more fruitful and functional in order to describe this situation. The target of the research is double: on the one hand, to describe the phenomenon of the life's medicalization and, on the other hand, to understand if and how it is possible to eliminate or, at least, to reduce its influence on our lives, offering an interpretive key based on the comprehension of the bioethics' task as a form of critical knowledge.

Firma dello studente
