

# VERSO UNA PSICHIATRIA POST-DISCIPLINARE. MICHEL FOUCAULT E IL DISPOSITIVO PSICHIATRICO CONTEMPORANEO

di Luigi Grisolia

## *Abstract*

From Michel Foucault's investigations of disciplinary psychiatry, three operations can be enucleated: the production of subjectivity by subjecting bodies to "subject-functions"; the individuation of residual subjectivities of disciplinary power through the "absolute diagnosis" that dichotomously divides the population into normal and abnormal; and the confinement of the insane in a naturalistic determinism that places them in a state of non-freedom. Through analysis of the DSM and Research Domain Criteria (RDoC) diagnostic systems and by examining the reflections of Robert Castel, Nikola Rose and Alain Ehrenberg, this paper will attempt to show that contemporary post-disciplinary psychiatry tends to exclude the three operations identified by Foucault. First, the constitution of subjugated individualities gives way to a clinic of data in which subjectivity is fragmented into behavioral traits and biological markers. Second, the new diagnostic systems aim to replace the "absolute diagnosis" with a dimensional assessment that depolarizes the normal-abnormal dichotomy, deploying a process of optimization rather than normalization. Finally, the behaviorist matrix, within which contemporary psychiatry operates, aligns the healthy and the alienated on the same plane of irresponsibility and irrationality.

*Keywords:* Foucault, post-disciplinary psychiatry, subjectivation, normalization, naturalization.

## 1. *Psichiatria disciplinare*

Le indagini di Michel Foucault sulla psichiatria hanno costituito un punto di riferimento fondamentale per le riflessioni delle correnti più radicali di quel movimento, composito e disomogeneo, chiamato “antipsichiatria”<sup>1</sup>. Uno dei principali debiti nei confronti del filosofo riguarda senza dubbio l’aver inquadrato l’oggetto della critica antipsichiatrica entro un preciso dispositivo di cui è possibile ricostruire la genealogia e individuare gli apriori storici: la psichiatria disciplinare, nata verso la fine del XVIII secolo ed entrata in crisi, come vedremo, nell’ultimo ventennio del Novecento.

Stabilire se Foucault avesse già intravisto il tramonto dei sistemi disciplinari non è semplice<sup>2</sup>. Ad ogni modo, anche se, come afferma Deleuze, Foucault ne avesse intuito la «brevità»<sup>3</sup>, difficilmente avrebbe

<sup>1</sup> Cfr. R. CASTEL, *Michel Foucault e le critiche della psichiatria: una lettura soggettiva*, in «Rivista sperimentale di freniatria», CXXIX.3, 2005, pp. 14-16. Come Foucault stesso racconta, la sua tesi di dottorato è servita da «*toolbox* a persone differenti come gli psichiatri dell’antipsichiatria britannica, come Szasz negli Stati Uniti, come i sociologi in Francia». M. FOUCAULT, *Carceri e manicomi nel congelamento del potere*, in «L’Avanti», LIII.3, 1974, p. 26.

<sup>2</sup> Sicuramente quando introdusse la nozione di biopolitica, il potere disciplinare continuava a giocare un ruolo centrale. Ne *La volontà di sapere* si afferma che disciplina e biopolitica «non sono antitetice; costituiscono piuttosto due poli di sviluppo costituito da tutto un fascio intermedio di relazioni». M. FOUCAULT, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, Milano 2013, p. 123. Inoltre, parlando del passaggio dalla società disciplinare a quella del controllo Negri e Hardt affermano che si assiste a «un’intensificazione e generalizzazione dei dispositivi normalizzatori della disciplina». A. NEGRI, M. HARDT, *Impero. Il nuovo ordine della globalizzazione*, Rizzoli, Milano 2001, p. 39. In questo caso, come suggerisce Tarizzo, la differenza «non consisterebbe tanto in una discrepanza qualitativa nei rispettivi *modi operandi*, bensì in una intensificazione quantitativa». D. TARIZZO, *Dalla biopolitica all’etopolitica: Foucault e noi*, in «Noema», IV. 1, 2013, p. 44.

<sup>3</sup> G. DELEUZE, *Poscritto sulle società di controllo*, in ID., *Pourparler*, Quodlibet, Macerata 1990, p. 234.

potuto cogliere le trasformazioni specifiche del dominio psichiatrico, in quanto le origini di una psichiatria post-disciplinare vanno individuate lungo un arco di tempo, tra la fine degli anni Settanta e oggi, e in uno spazio geografico privilegiato, gli Stati Uniti, tali per cui sarebbe stato difficile per Foucault osservarle.

Ciò che conta in questa sede è che le analisi foucaultiane sul dispositivo psichiatrico si servono principalmente della categoria di potere disciplinare<sup>4</sup>.

Foucault non fornisce una definizione univoca di potere disciplinare o di società disciplinare. Piuttosto descrive una molteplicità di operazioni diversificate che, sviluppandosi in relazione a obiettivi puntuali privi di finalità globale<sup>5</sup> e intrecciandosi fra loro, confluiscono entro la stessa morfogenesi dinamica del potere. Come spiega Vaccaro:

L'impronta disciplinare caratterizza una particolare società al di là delle istituzioni che la sostengono e la rilanciano, ciascuna delle quali ha una storia e una funzione propria non assimilabile all'altra; tuttavia, esse inverano la disciplina quale tratto costitutivo in quanto rispondente con successo ad una

<sup>4</sup>Ciò sembra vero anche quando Foucault parla della psichiatria del proprio tempo. Nel corso al Collège de France sul potere psichiatrico sostiene che il potere disciplinare sia una «modalità del tutto specifica della nostra società». M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France 1973-1974*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 48. Mentre in un'intervista del 1974 sostiene che la psichiatria del tempo era ancora incentrata sull'internamento: cfr. ID., *Follia, una questione di potere*, in *Follia e psichiatria. Detti e Scritti 1957-1984*, Cortina, Milano 2005, p. 78: «La psichiatria è, ancora oggi, la principale forma di intervento sui malati di mente. Milioni di persone sono oggi ancora soggette all'internamento». D'altro canto, in Francia la legge sull'internamento degli alienati del 1838 fu modificata solo nel 1968 e abrogata nel 1990. Durante gli anni Settanta la situazione era quindi in una fase di lento cambiamento, e l'internamento interessava ancora gran parte dei malati mentali. Cfr. R. CASTEL, *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Les éditions de minuits, Paris 1981, pp. 25-75.

<sup>5</sup> M. FOUCAULT, *Follia e psichiatria*, cit. pp. 164-165.

serie eterogenea di istanze di dominio il cui principio identitario è una sola e unica morfologia del sistema di potere<sup>6</sup>.

Partendo da questa assunzione, nel presente paragrafo ci si limiterà ad analizzare il potere disciplinare nell'ambito della psichiatria prendendo in esame tre operazioni descritte da Foucault: soggettivazione, polarizzazione normale-anormale e naturalizzazione della follia. Il paragrafo successivo sarà invece dedicato a mostrare che queste tre operazioni sono state abbandonate dalla psichiatria contemporanea.

### 1.1 *Soggettivazione*

Foucault individua simbolicamente la nascita della psichiatria disciplinare nella scena che vede Giorgio III d'Inghilterra, in preda alla mania, sottoposto a un regime di cure forzate<sup>7</sup>. In questa scena il medico destituisce l'apparato di regalità esercitando un potere che consiste «nell'assumere come bersaglio il corpo e la persona stessa del re spogliato delle sue insegne»<sup>8</sup>. Il corpo regale molteplice e imperituro<sup>9</sup> viene ridotto a una «singolarità somatica»<sup>10</sup>, punto d'appiglio del potere disciplinare, per renderlo «docile e sottomesso»<sup>11</sup> e soggettivarlo.

La soggettivazione è il processo di produzione del soggetto<sup>12</sup> attraverso delle pratiche di assoggettamento; essa «è in quanto tale assoggettamento»<sup>13</sup>. Mentre il potere di sovranità non si esercita mai su corpi

<sup>6</sup> S. VACCARO, *Introduzione*, in M. FOUCAULT, *La società disciplinare*, a cura di S. Vaccaro, Mimesis, Milano 2010, p. 8.

<sup>7</sup> M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico*, cit. pp. 29-30.

<sup>8</sup> Ivi, p. 32.

<sup>9</sup> Ivi, p. 53.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> Ivi, p. 32.

<sup>12</sup> ID., *Dits et écrits II. 1976-1988*, a cura di D. Defert e F. Ewald, Gallimard, Paris 2001, p. 1525.

<sup>13</sup> M. BRIGAGLIA, *Foucault naturalizzato. Soggetto, assoggettamento, libertà*, «Diritto & questioni pubbliche», XIX.1, 2019, p. 74.

individuali, ma solo su soggetti collettivi «che si collocano, in qualche modo, al di sopra dell'individualità corporea»<sup>14</sup>, nel potere disciplinare la «funzione-soggetto coincide esattamente con la singolarità somatica»<sup>15</sup>.

Il potere disciplinare ha la capacità di soggettivare i corpi applicandosi ad essi e producendo individui. Il corpo costituisce il supporto a cui il potere si appiglia per farvi aderire la funzione-soggetto grazie alle pratiche di assoggettamento. In questo senso «l'individuo non è altro che il corpo assoggettato»<sup>16</sup>.

La soggettivazione disciplinare riflette il duplice senso che Foucault attribuisce alla nozione di soggetto: «il y a deux sens au mot “sujet”: sujet soumis à l'autre par le contrôle et la dépendance, et sujet attaché à sa propre identité par la conscience ou la connaissance de soi. Dans les deux cas, ce mot suggère un form de pouvoir qui subjugué et assujettit»<sup>17</sup>. Il soggetto è il corpo assoggettato al potere che lo fa aderire a un'identità individuale in un rapporto di coscienza e conoscenza di sé. Perciò le tecniche di soggettivazione consistono nell'assoggettamento del corpo su cui imprimono una verità soggettiva che fa aderire il sé a sé in un'identità personale.

La soggettivazione è al centro della cura psichiatrica disciplinare:

la guarigione, ormai, coinciderà con il processo di assoggettamento fisico quotidiano, immediato, attuato dentro il manicomio, e che stabilirà come individuo guarito solo l'individuo che sarà portatore, ma anche al contempo ricettore, di una quadruplici realtà, costituita dalla legge dell'altro, dall'identità con sé, dall'inammissibilità del desiderio, dall'inserimento del bisogno in un sistema economico [...]. Il quadruplici sistema di

<sup>14</sup> M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 51.

<sup>15</sup> Ivi, p. 64.

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> ID., *Le sujet et le pouvoir*, in *Dits et écrits IV. 1980-1988*, a cura di D. Defert e F. Ewald, Gallimard, Paris 1994, p. 227.

adattamento che ha in sé, in virtù della sua sola messa in atto, il potere di guarire, ricostruisce così l'individuo<sup>18</sup>.

Guarire significa restituire al folle la propria verità di individuo disciplinare inteso come colui che accetta l'autorità dell'altro quale potere che lo precede e lo produce, che accoglie la propria identità biografica, che individua il desiderio folle come malattia e che riconosce la precarietà della realtà che lo obbliga a inserirsi nella catena produttiva.

Per ricomporre l'individualità disintegrata dalla follia la psichiatria disciplinare adotta diverse tattiche. In primo luogo, il corpo del malato viene assoggettato attraverso l'internamento in uno spazio architettonico meticolosamente congegnato. «A far guarire in manicomio è, per l'essenziale, il manicomio stesso»<sup>19</sup>. Ciò avviene «perché si tratta di una macchina panottica»<sup>20</sup> dove il malato è costantemente osservato attraverso un controllo piramidale che procede dall'inserviente al direttore ed è sottoposto a un sistema di «isolamento e individualizzazione»<sup>21</sup>, assicurato dalle celle, che garantisce «la fissazione dell'individuo a se stesso»<sup>22</sup>.

In secondo luogo, c'è «la presa di contatto fra medico e malato»<sup>23</sup> attraverso cui il corpo del folle è collocato in un punto preciso della gerarchia del manicomio. In questo faccia a faccia si instaura uno squilibrio di forze che stabilisce la posizione reciproca dello psichiatra e del malato. L'esercizio alla gerarchia passa anche per un «addestramento ai nomi»<sup>24</sup> delle figure che popolano la realtà manicomiale. L'obiettivo «è costringere il malato a restituire a ciascuno il nome grazie al quale questi trova la propria individualità all'interno della piramide disciplinare del

<sup>18</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 167.

<sup>19</sup> Ivi, p. 102.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Ivi, p. 104.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Ivi, p. 139.

<sup>24</sup> Ivi, p. 143.

manicomio»<sup>25</sup>. L'addestramento alla gerarchia e alla nominazione corrisponde a un addestramento all'individualità.

In terzo luogo, la psichiatria disciplinare deve esercitare il malato all'«enunciato di verità»<sup>26</sup> circa la propria identità: «La cosa veramente necessaria è che il malato si riconosca in una sorta di identità, costituita da un certo numero di episodi della sua esistenza [...]. L'enunciato della verità che risulterà più efficace, insomma, non sarà tanto quello che riguarda le cose, quanto quello che si riferisce al malato stesso»<sup>27</sup>. Al malato viene imposto un preciso *corpus* biografico per restituire l'individualità alla follia. Quando avrà incorporato la propria identità e sarà in grado di rispondere correttamente alla domanda «chi sei?» «potrà prodursi uno dei momenti più fecondi della terapeutica»<sup>28</sup>. Senza l'assunzione della propria soggettività non c'è possibilità di guarigione; «in primo piano è posta la realtà biografica del malato, instaurata una volta e per tutte, e con la quale deve identificarsi se vuole guarire»<sup>29</sup>. Soggettivazione e terapia coincidono.

L'ultima tecnica è quella che ha permesso al potere disciplinare di risolvere «il problema dell'individuo (e non più della specie) nel campo del sapere»<sup>30</sup>: l'esame clinico. La clinica moderna ha garantito «la possibilità per l'individuo di essere oggetto e soggetto della propria conoscenza»<sup>31</sup>, aprendo la strada a una «scienza dell'individuo»<sup>32</sup>. L'esame clinico permette di fare di ciascuno un caso ossia «l'individuo quale lo

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> *Ivi*, p. 151.

<sup>27</sup> *Ivi*, p. 153.

<sup>28</sup> *Ivi*, p. 154.

<sup>29</sup> *Ivi*, p. 156.

<sup>30</sup> *Id.*, *Sorvegliare e punire*, cit. p. 209.

<sup>31</sup> *Id.*, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998, p. 210.

<sup>32</sup> *Ibid.*

possiamo descrivere, misurare, valutare, comparare ad altri e ciò nella sua stessa individualità»<sup>33</sup>.

Nella clinica psichiatrica il medico effettua davanti agli studenti l'anamnesi del caso, facendo raccontare al malato tutta la sua storia o raccontandola al suo posto. Il paziente vede così «scorrere davanti a sé la sua stessa vita»<sup>34</sup>. In questo modo «la legge dell'identità grava sul malato il quale pertanto sarà costretto a riconoscerla in tutto ciò che si dice su di lui, così come in tutta l'anamnesi che si fa della sua vita»<sup>35</sup>.

Attraverso un minuzioso prelievo di informazioni, l'esame restituisce a ciascuna singolarità somatica la propria casistica individuale fabbricando soggetti. Ma affinché ciò sia possibile è necessario che si produca uno scarto differenziale:

L'esame come fissazione nello stesso tempo rituale e "scientifica" delle differenze individuali, come spillatura di ciascuno alla propria individualità [...] mostra bene l'apparizione di una nuova modalità del potere in cui ciascuno riceve come *status* la propria individualità ed in cui è statutariamente legato ai tratti, alle misure, agli scarti, alle "note" che lo caratterizzano e fanno di lui, in ogni modo, un "caso"<sup>36</sup>.

L'esame apre quindi «due possibilità correlative»<sup>37</sup>: da un lato individua ciascuno entro un caso, soggettivandolo; dall'altro costituisce un sistema comparativo che permette «la valutazione degli scarti degli individui gli uni in rapporto agli altri»<sup>38</sup>, determinando una polarizzazione fra normali e anormali.

<sup>33</sup> ID., *Sorvegliare e punire*, cit., p. 209.

<sup>34</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit. p. 176.

<sup>35</sup> Ivi, pp. 176-177.

<sup>36</sup> ID., *Sorvegliare e punire*, cit. p. 210.

<sup>37</sup> Ivi, p. 208.

<sup>38</sup> *Ibid.*



## 1.2 *Polarizzazione normale-anormale*

I dispositivi disciplinari sono isotopici<sup>39</sup>: ogni elemento occupa un posto ben determinato nello spazio sociale. Caserme, carceri, scuole, industrie sono tutte caratterizzate da una gerarchizzazione che distribuisce gli individui secondo classi ordinate. «Ma isotopia vuol dire soprattutto un'altra cosa, e cioè il fatto che nel sistema disciplinare, il principio di distribuzione e classificazione di tutti gli elementi implica necessariamente qualcosa come un residuo, e dunque che c'è sempre qualcosa che potremmo definire come "l'inclassificabile"»<sup>40</sup>. Classificando e gerarchizzando il potere disciplinare determina una differenziazione fra gli individui producendo degli scarti: l'incapace della classe, l'insubordinato del plotone, l'inoperoso della fabbrica costituiscono il resto dell'operazione di soggettivazione disciplinare. Le tecniche di soggettivazione stabiliscono «la norma come principio di ripartizione»<sup>41</sup> degli individui spingendo ai margini tutti coloro che vi si discostano e provocando una polarizzazione fra normali e anormali.

Questa sorta di difetto strutturale dei sistemi disciplinari rende necessaria l'apparizione di dispositivi supplementari per recuperare questi residui. Così, se da un lato il potere disciplinare ha la proprietà «di produrre anomia»<sup>42</sup>, lasciando ai margini un certo numero di individui, dall'altro lato possiede la proprietà «di essere normalizzatore, di inventare sempre nuovi sistemi di recupero, di ristabilire ogni volta, di nuovo la regola. A caratterizzare il potere disciplinare, insomma, è un perpetuo lavoro della norma all'interno dell'anomia»<sup>43</sup>.

L'esigenza di recuperare gli scarti rafforza il processo di soggettivazione verso il basso. Più la pressione del potere è intensa maggiori saranno gli effetti di individualizzazione. «In un sistema disciplinare il

<sup>39</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit. p. 61.

<sup>40</sup> Ivi, p. 62.

<sup>41</sup> Ivi, p. 64.

<sup>42</sup> Ivi, p. 63.

<sup>43</sup> *Ibid.*

bambino è più individualizzato dell'adulto, il malato più dell'uomo sano, il pazzo e il delinquente più del normale e del non-delinquente»<sup>44</sup>. Foucault parla di un «rovesciamento»<sup>45</sup> dei procedimenti di soggettivazione, per cui la sagoma dell'uomo normale viene ritagliata a partire dalla sua negazione presupponendola. Come già il suo maestro aveva osservato «l'anormale in quanto a-normale, è posteriore alla definizione del normale, ne è la negazione. Ma è l'anteriorità storica del futuro anormale che suscita un'intenzione normativa»<sup>46</sup>; per cui «l'anormale, logicamente secondo, è esistenzialmente primo»<sup>47</sup>. È a partire dall'esistenza anormale che la norma instaura «un ambito di soggettività»<sup>48</sup> entro cui si danno le condizioni di possibilità affinché possano emergere soggetti normali. In questo senso, scrive Macherey, «si può dire che la norma "produca" gli elementi su cui agisce»<sup>49</sup>.

La norma svolge quindi un doppio lavoro: da un lato costruisce soggettività normali contrapponendole a quelle anormali; dall'altro determina un'attività di recupero dell'anormalità. Come spiega Foucault «la norma porta con sé, al tempo stesso, un principio di designazione e un principio di correzione»<sup>50</sup>. La polarizzazione fra normali e anormali non serve a escludere; «al contrario, essa è sempre legata a una tecnica positiva di intervento e di trasformazione, a una sorta di progetto normativo»<sup>51</sup>. Correlativamente alla dicotomia normale-anormale emerge l'operazione di normalizzazione.

<sup>44</sup> ID., *Sorvegliare e punire*, cit. p. 211.

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1988, pp. 206-207.

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> P. MACHEREY, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, Edizioni ETS, Pisa 2011, p. 77.

<sup>49</sup> *Ivi*, p. 75.

<sup>50</sup> M. FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2000, p. 82.

<sup>51</sup> *Ibid.*

Secondo Canguilhem normalizzare significa «imporre un'esigenza a un'esistenza, a un dato la cui varietà e la cui differenza si offrono, al riguardo dell'esigenza, come un indeterminato ostile più ancora che estraneo»<sup>52</sup>. La normalizzazione risponde dunque all'esigenza di produrre soggetti normali imponendo un'esigenza di normalità agli anormali. Più semplicemente «normalizzazione significa produzione di soggettività in conformità con le esigenze di un dato sistema sociale»<sup>53</sup>. Abbiamo quindi di nuovo a che fare con un'operazione di soggettivazione, ma in questo caso con «la funzione di ridurre gli scarti»<sup>54</sup>.

Ovviamente sotto questo aspetto la psichiatria gioca un ruolo di primo piano. Il malato di mente, infatti, «rappresenta il residuo di tutti i residui»<sup>55</sup>. La funzione psichiatrica ha fornito «il discorso e ciò che ha consentito di predisporre tutti gli schemi di individualizzazione, di normalizzazione, di assoggettamento degli individui all'interno dei sistemi disciplinari»<sup>56</sup>.

Operativamente la polarizzazione normale-anormale si riflette nella pratica diagnostica. Secondo Foucault, la psichiatria disciplinare non è interessata a formulare una diagnosi precisa in relazione a segni e sintomi: la nosologia e l'anatomia patologica non svolgono alcun ruolo né dal punto di vista terapeutico né per quanto riguarda la distribuzione dei malati nel manicomio<sup>57</sup>. Lo psichiatra, insomma, non deve stabilire di quale malattia soffra il paziente; l'unica domanda a cui deve rispondere è: «questo individuo è folle oppure no?»<sup>58</sup>.

Il problema non è quindi la diagnosi differenziale, che permette di discriminare una malattia rispetto alle altre, ma quella che Foucault

<sup>52</sup> G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, cit. p. 201.

<sup>53</sup> G. CAMPESI, *Norma, normatività, normalizzazione. Un itinerario teorico tra Canguilhem e Foucault*, in «Sociologia del diritto», 2, 2008, p. 19.

<sup>54</sup> M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire*, cit. p. 196.

<sup>55</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 63.

<sup>56</sup> Ivi, p. 91.

<sup>57</sup> Ivi, p. 129.

<sup>58</sup> Ivi, p. 230.

chiama «diagnosi assoluta»<sup>59</sup>, che mira semplicemente a stabilire se l'individuo sia sano o folle. «Nell'ordine della malattia mentale il sintomo non viene verificato, esso *marchia*»<sup>60</sup>. Questa operazione veicola la polarizzazione dicotomica fra normalità e anormalità: «la diagnosi di follia viene effettuata, insomma, all'interno di tale ambito binario, entro un campo propriamente duale»<sup>61</sup>. La psichiatria disciplinare opera come una macchina bipolare<sup>62</sup> che, attraverso la diagnosi assoluta, distingue il folle dal sano per internalo e normalizzarlo.

### 1.3 Naturalizzazione della follia

La follia secondo Foucault emerge come oggetto dello sguardo medico a partire dal suo inserimento in quel campo complesso e sfaccettato, di natura essenzialmente morale, che era la sragione classica: «la nostra conoscenza scientifica e medica della follia riposa implicitamente sulla precedente formazione di un'esperienza etica della sragione»<sup>63</sup>.

L'apparente neutralità dello psichiatra rispetto al malato di mente «non è raggiunta se non nel proposito iniziale di una condanna»<sup>64</sup> che nel XVII secolo riuniva vagabondi, criminali, libertini, sifilitici, maghi, fattucchiere e omosessuali insieme ai folli in uno spazio percettivo comune. A partire da questa reclusione morale verrà elaborata una reclusione naturalistica in cui il folle sarà privato di ogni responsabilità.

Per compiere questo passaggio la psichiatria ha riunito due esperienze diverse della follia che la medicina classica manteneva distinte: un'esperienza giuridica e un'esperienza sociale.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> ID., *Come conclusione*, in M. Foucault, *Follia e psichiatria*, cit., p. 64.

<sup>61</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 230.

<sup>62</sup> ID., *Come conclusione*, in M. Foucault, *Follia e psichiatria*, cit., p. 63.

<sup>63</sup> ID., *Storia della follia nell'età classica*, Bur, Milano 2020, p. 176.

<sup>64</sup> Ivi, p. 196.

Nel primo caso essa mette in gioco le capacità del soggetto di diritto, e con ciò prepara una psicologia che coinvolgerà, in un'unità indecisa, un'analisi filosofica delle facoltà e un'analisi giuridica della capacità a contrattare e a impegnarsi. Essa si rivolge alle strutture della libertà civile. Nel secondo caso mette in gioco i comportamenti dell'uomo sociale, e prepara così una patologia dualista, in termini di normale e di anormale, di sano e di morbosio, che scinde in due domini inconciliabili la semplice formula: *da internare*<sup>65</sup>.

Riunendo queste due esperienze la psichiatria disciplinare ha assunto la facoltà di decidere dell'incapacità giuridica e dell'aberrazione morale facendo coincidere l'uomo giuridicamente incapace con l'uomo socialmente folle.

La diagnosi assoluta non si limita quindi a relegare certi individui ai margini della normalità, ma li confina anche in uno spazio di immaturità di spirito, spossessandoli della propria libertà secondo un doppio movimento: «quello naturale della sua follia, e quello, giuridico, dell'interdizione, che lo fa cadere sotto la potestà di un Altro»<sup>66</sup>.

La conciliazione di queste due esperienze è segnata dall'orrore provato da Pinel vedendo degli *innocenti* in catene. La ragione classica posizionava la sragione nel solco di una scelta fondamentale, in uno spazio di libertà radicale<sup>67</sup> che la psichiatria positivista ha obliato, sostituendolo con la contingenza fatale della malattia nella catena degli eventi naturali.

Così la scomparsa della libertà è diventata l'essenza dell'uomo folle; «lo si libera della sua parentela col delitto e col male, ma per rinchiuderlo nei meccanismi rigorosi di un determinismo: egli è completamente innocente soltanto nell'assoluto di una non-libertà»<sup>68</sup>. La follia alienata nella malattia mentale viene incatenata alla sua verità organica.

L'interrogatorio psichiatrico è il principale strumento attraverso cui si compie quest'operazione di naturalizzazione. Grazie ad esso il medico può restituire gli atti, i vissuti e i desideri del folle alla loro verità naturale,

<sup>65</sup> Ivi, pp. 226-227.

<sup>66</sup> Ivi, p. 230.

<sup>67</sup> Ivi, p. 243.

<sup>68</sup> Ivi, p. 708.

inquadrandoli come sintomi. In tal modo il folle sarà individuato come malato e potrà essere sollevato da ogni responsabilità. In sintesi, scrive Foucault, l'offerta che lo psichiatra pone al folle è: «dammi dei sintomi e ti libererò dalla colpa»<sup>69</sup>.

La naturalizzazione della responsabilità si innesta sulla polarità classica ragione-sragione che opponeva, in una dimensione etica, il buon uso della ragione guidato dal lume naturale a una volontà che concede il proprio assenso all'errore. La psichiatria disciplinare ha naturalizzato questa opposizione appiattendola su quella normale-anormale. Così «la ragione ha cessato di essere un'etica e si è trasformata in una natura»<sup>70</sup>.

Cartesio gioca qui un doppio ruolo. In primo luogo, secondo Foucault<sup>71</sup>, egli ha escluso la follia dal campo della ragione, la quale può ingannarsi sognando o illudendosi per errore dei sensi, ma non può essere folle<sup>72</sup>. In secondo luogo, Cartesio ha conferito alla ragione un valore etico essenziale: «dato che la volontà è più ampia dell'intelletto, io non la trattengo nei medesimi limiti di questo, bensì la estendo anche a quel che non intendo; e poiché rispetto a ciò essa è indifferente, facilmente deflette dal vero e dal buono, ed è così che io mi inganno e pecco»<sup>73</sup>. Inganno e peccato sono entrambi figli di una volontà che si spinge oltre i confini della ragione. Ma questi confini non diminuiscono affatto la libertà, «bensì l'aumentano e rafforzano»<sup>74</sup>. Una volontà smisurata è paradossalmente meno libera, perché più «indifferente»<sup>75</sup>; si tratta di una libertà errante, catatonica, folle.

In sintesi, nell'ottica di Foucault Cartesio oppone un uomo di ragione in grado di fare buon uso della propria volontà a un uomo folle che

<sup>69</sup> ID., *Il potere psichiatrico*, cit., p. 237.

<sup>70</sup> ID., *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano 1997, p. 100.

<sup>71</sup> ID., *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 113-116.

<sup>72</sup> Cfr. R. DESCARTES, *Meditazioni metafisiche*, Laterza, Roma - Bari 2018, p. 29.

<sup>73</sup> Ivi, p. 95.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Ibid.*

non è in grado di usarla e che restringe lo spazio della propria libertà. Questa opposizione si gioca ancora all'interno di una scelta originaria, frutto di una volontà infinita<sup>76</sup> che può, peccando ed errando, travalicare i limiti dell'intelletto, perdersi nella sragione e ridurre la propria libertà.

La naturalizzazione di questa dicotomia da parte della psichiatria disciplinare da un lato ha posto la ragione come essenza del soggetto normale e l'uso del libero arbitrio come sua prerogativa; dall'altro ha ridotto la sragione a natura morbosa del malato di mente il cui sintomo è la perdita della libertà in un determinismo organico.

## 2. *Psichiatria post-disciplinare*

Con l'espressione "psichiatria post-disciplinare" non si intende definire uno specifico modello teorico e clinico, bensì individuare *via negationis* una tendenza generale della psichiatria contemporanea a escludere le operazioni disciplinari individuate da Foucault. Ciò non significa che la psichiatria disciplinare sia oggi scomparsa: diverse pratiche disciplinari continuano a essere attive<sup>77</sup> accanto alle nuove strategie post-disciplinari.

Nel 1980, quattro anni prima della morte di Foucault, l'American Psychiatric Association (APA) pubblicò la terza edizione del DSM. Fu un punto di svolta, in quanto sancì il tramonto della psichiatria psicomica<sup>78</sup>, a cui facevano capo i primi due manuali, e l'affermazione del

<sup>76</sup> Ivi, p. 93: «solo la volontà, o libero arbitrio, constato in me così grande da non poter neppure concepire l'idea di una ancora più grande».

<sup>77</sup> Si pensi ad esempio alle nuove forme di internamento, come i centri residenziali per minori o per tossicomani. Cfr. F. CASTEL, R. CASTE, A. LOVELL, *La società psichiatrica avanzata*, in «Aut Aut», 179-180, 1980, p. 21), alla sanzione di incapacità e alla reclusione di figure pericolose come predatori sessuali e pedofili. Cfr. N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, in «Outlines. Critical Practice Studies», III.1, 2001, p. 8) oppure al T.S.O. in Italia.

<sup>78</sup> A. V. HORWITZ, *DSM. A History of Psychiatric Bible*, Johns Hopkins

modello neo-kraepeliniano, introdotto da un gruppo di ricercatori della Washington University di St. Louis<sup>79</sup>.

Spitzer, presidente della *task force* del DSM-III, si avvicinò a questi ricercatori<sup>80</sup> spinto dal desiderio di rivoluzionare la pratica e il linguaggio della psichiatria. L'idea generale dei neo-kraepeliniani<sup>81</sup> era che la psichiatria fosse una branca della medicina come tutte le altre, per cui doveva adottare metodologie scientifiche e concentrarsi sugli aspetti biologici delle malattie. Inoltre, essi consideravano i disturbi mentali come categorie discrete e ritenevano che patologia e normalità fossero nettamente divise. Perciò attribuivano un ruolo essenziale alla classificazione nosografica e alla stipulazione di criteri diagnostici standardizzati. Integrando questi assunti la pubblicazione del DSM-III innescò un cambio di paradigma promosso dall'APA per risollevare la psichiatria dalla grave crisi di legittimità che stava attraversando<sup>82</sup>.

Fu una rivoluzione. Fino a quel momento, come Foucault aveva sottolineato, le classificazioni diagnostiche non avevano giocato alcun

University Press, Baltimore 2021, p. 61.

<sup>79</sup> J. C. WAKELFIELD, *Klerman's "credo" reconsidered: neo-Kraepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past*, in «World Psychiatry», Vol. XXI.1, 2022, pp. 5-6.

<sup>80</sup> Spitzer rimase estremamente colpito dal primo tentativo dei neo-kraepeliniani di costruire un sistema nosografico attraverso l'uso di criteri operativi standardizzati, i cosiddetti "Feighner Criteria". Cfr. J. P., FEIGHNER, E. ROBINS, S. B., GUZE, E. A., WOODRUFF, G. WINOKUR, R. MUNOZ, *Diagnostic Criteria for Use in Psychiatry*, in «Archives of General Psychiatry», XXVI, 1972, pp. 57-62); successivamente Spitzer costruì insieme a Eli Robins, membro del gruppo di St. Louis, un altro modello nosografico che costituirà la base di partenza del DSM-III. Cfr. R. L., SPITZER, J. ENDICOTT, E. ROBINS, *Research Diagnostic Criteria*, «Archives of General Psychiatry», XXXV, 1978, pp. 773-782).

<sup>81</sup> J. C. WAKEFIELD, *Klerman's "credo" reconsidered*, cit., pp. 4-5.

<sup>82</sup> R. MAYES, A. V. HORWITZ, *DSM-III and the revolution in the classification of mental illness*, «Journal of the History of the Behavioral Sciences», XLI.3, 2005, p. 249-258.



ruolo concreto. Il DSM-III invece acquisì una posizione egemonica nella pratica clinica e nell'orientamento della ricerca<sup>83</sup>.

L'impianto del DSM-III è stato mantenuto nelle successive edizioni del manuale sostanzialmente senza variazioni. Solo nel 2009 il National Institute of Mental Health lanciò il progetto chiamato «Research Domain Criteria»<sup>84</sup> (RDoC), tutt'ora in fase di sviluppo, per sostituire il modello del DSM, screditato dalle recenti scoperte biologiche<sup>85</sup>. Lo scopo degli RDoC è «to develop, for research purposes, new ways of classifying mental disorders based on dimensions of observable behavior and neurobiological measures»<sup>86</sup>. La struttura degli RDoC consiste in una matrice costituita da una serie di righe e colonne<sup>87</sup>. Sulle righe sono disposti cinque domini del funzionamento del cervello<sup>88</sup>: sistemi di valenza negativa, sistemi di valenza positiva, sistemi cognitivi, sistemi dei processi sociali e sistemi di attivazione e modulazione. Ciascun dominio si interseca con sette unità di analisi disposte sulle colonne: geni, molecole, cellule, circuiti neurali, fisiologia, comportamento e *self-report*.

Nel 1981 Castel scriveva: «Nous sommes sans doutes arrivés à la fin d'un cycle. Un modèle d'intervention sur les troubles de la psychè, constitué il y a près de deux siècles [...] est en train de perdre la

<sup>83</sup> A. V. HORWITZ, DSM, cit., pp. 83-84.

<sup>84</sup> Cfr. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>, 24/04/2023, 13:20.

<sup>85</sup> A. V. HORWITZ, DSM, cit., pp. 83-84.

<sup>86</sup> B. N. CUTHBERT, T. R. INSEL, *Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC*, in «BMC medicine», Vol. CXXVI.11, p. 4. Anche se per ora il fine dichiarato è la ricerca, l'obiettivo a lungo termine è l'applicazione clinica. Come spiega Demazeux «le but ultime de ce projet financé avec prodigalité par les fonds publics américains est de révolutionner la clinique et la pratique diagnostique en psychiatrie». S. DEMAZEUX, V. PIDOUX, *Le projet RDoC. La classification psychiatrique de demain?*, in «médecine/sciences», XXXI.8-9, pp- 793-794).

<sup>87</sup> Ivi, pp. 794-795.

<sup>88</sup> Ciascun dominio è inoltre diviso in costrutti e sotto-costrutti. Ad esempio, il sistema di valenza negativa comprende paura, ansietà, minaccia prolungata, perdita e frustrazione.

prééminance»<sup>89</sup>. Nei successivi paragrafi si cercherà di esaminare alcuni aspetti del nuovo ciclo, inaugurato dal DSM-III e rilanciato dal progetto RDoC, in cui le tre operazioni disciplinari individuate da Foucault sembrano interrompersi.

## 2.1 *De-soggettivazione*

La principale novità del DSM-III è stata l'introduzione delle definizioni operative<sup>90</sup> in psichiatria. In breve, la definizione operativa di un termine scientifico consiste in una regola volta a stabilire se quel termine può essere applicato a un caso particolare in virtù dei risultati ottenuti attraverso operazioni specifiche<sup>91</sup>. In ambito psichiatrico, a partire dal DSM-III, i termini diagnostici sono definiti operativamente dai criteri che devono essere soddisfatti per effettuare una diagnosi. Ciascun disturbo è definito da un numero minimo di sintomi, da una durata minima e da una serie di altre caratteristiche che il medico deve reperire, attraverso le operazioni diagnostiche, per poter applicare il termine-disturbo al paziente.

Questo approccio innesca un processo di de-soggettivazione, dal momento che l'attenzione si sposta dal soggetto della malattia alla malattia stessa. Nel DSM-III si può leggere: «a common misconception is that a classification of mental disorders classifies individuals, when actually what are being classified are disorders that individuals have»<sup>92</sup>. La psichiatria neo-kraepeliniana non è interessata al soggetto della follia, ma solo a ciò di cui è portatore. Il soggetto rappresenta il veicolo di un'entità patologica intesa come un'esistenza separata e identificabile attraverso i

<sup>89</sup> R. CASTEL, *La gestion des risques*, cit., p. 191.

<sup>90</sup> Il concetto di "definizione operativa" è stato proposto per la prima volta in fisica da Percy William Bridgman in un saggio del 1927. Cfr. P. W. BRIDGMAN, *La logica della fisica moderna. Concetto=operazioni*, Bollati Boringhieri, Torino 1997.

<sup>91</sup> C. G. HEMPEL, *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*, The Free Press, New York 1965, p. 123.

<sup>92</sup> APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cit., p. 6.

sintomi. Le operazioni diagnostiche sottraggono il paziente per reperire i sintomi-predicati della sostanza patologica.

Le definizioni operative frammentano il soggetto in una collezione di tratti comportamentali ricondotti al valore di sintomi generali e ricomposti in un'entità patologica esterna al paziente. Non si ha più a che fare con un soggetto schizofrenico, ma con pazienti affetti da schizofrenia, i cui deliri non afferiscono alla globalità di una coscienza folle o di una figura sociale deviante, ma costituiscono il frammento di una categoria nosografica transindividuale. In questo modo si realizza una «cappillare spersonalizzazione dei comportamenti umani che sono svincolati da ogni centro soggettivo di imputabilità, che sono cioè segmentati e misurati nella loro specifica operatività»<sup>93</sup>.

Si passa così da una clinica del soggetto a una clinica dei dati. Come scrive Castel:

Il momento sintetico della diagnosi non è più la relazione concreta con la persona ammalata, ma il rapporto stabilito tra le diverse *expertises* che compongono il suo dossier. In questo, c'è già il passaggio dalla presenza a una memoria dello sguardo, dallo sguardo allo stoccaggio oggettivo dei dati. Crisi della clinica, se si vuole, intesa come crisi della relazione personalizzata tra un professionista e il suo cliente, o piuttosto passaggio da una clinica del soggetto a una clinica epidemiologica<sup>94</sup>.

L'attività dello psichiatra non consiste più nella presa in carico totale di corpi assoggettati; egli si limita a somministrare questionari, raccogliere e confrontare dati, compilare fascicoli e barrare codici diagnostici standardizzati, per prescrivere farmaci o inserire i pazienti in percorsi assistenziali.

<sup>93</sup> D. TARIZZO, *Dalla biopolitica all'etopolitica*, cit., p. 51.

<sup>94</sup> R. CASTEL, *Dalla pericolosità al rischio*, in «Aut-Aut», CCCLXX, 2016, p. 148.

Questo tipo di clinica, secondo Castel, squalifica l'affrontamento fisico fra soggettività in squilibrio di potere individuato da Foucault<sup>95</sup>. Ciò dipende anche del fenomeno della deistituzionalizzazione iniziato negli anni Settanta, cioè dalla progressiva riduzione dei ricoveri in istituti psichiatrici residenziali secondo misure coercitive di internamento<sup>96</sup>. Fuori dallo spazio manicomiale si sviluppa una clinica dei dati in cui «le vis-à-vis de l'intervention, avant d'être une personne, est un cible abstraite»<sup>97</sup>. L'approccio epidemiologico, potenziato dallo sviluppo dell'informatica, permette di costituire delle banche-dati sui pazienti a cui le strategie terapeutiche sono subordinati, marginalizzando l'intervento diretto dello psichiatra<sup>98</sup>.

Il soggetto disciplinare, oggetto di un costante controllo panottico, è sostituito da quello che Tarizzo chiama «uomo popolazione»<sup>99</sup>, vale a dire un individuo i cui comportamenti diventano visibili solo nella misura in cui vengono considerati come dati aggregati insieme ai comportamenti isolati e segmentati di altre persone e introdotti in macro-modelli interpretativi che non ne possono cogliere la singolarità o la storicità.

La de-soggettivazione è esacerbata dagli RDoC, che mirano a valutare ciascun paziente senza riferimenti a categorie nosografiche prefabbricate<sup>100</sup>. Il paziente viene segmentato lungo la matrice che lo scompone in una serie di domini di funzionamento correlati a una lista di

<sup>95</sup> ID., *La gestion des risques*, cit., p. 143.

<sup>96</sup> Il fenomeno interessa sia la Francia che gli Stati Uniti. Cfr. D. PULCINO, *Istituzioni psichiatriche e riformismo. Sull'attualità di Robert Castel*, in «le metamorfosi del paesaggio sociale», II, 3, 2017, pp. 95-96; R. MAYES, A. V. HORWITZ, *DSM-III and revolution in the classification of mental illness*, cit., pp. 254-255.

<sup>97</sup> Ivi, p. 148.

<sup>98</sup> Ivi, p. 149.

<sup>99</sup> D. TARIZZO, *Biopolitics and the Ideology of 'Mental Health'*, in «Filozofski vestnik», XXXII.2, 2011, p. 137.

<sup>100</sup> B. N. CUTHBERT, T. R. INSEL, *Toward the future of psychiatric diagnosis*, cit., p. 4.

marcatori biologici: per ciascuna dimensione funzionale, come la paura, la soddisfazione o i sistemi cognitivi, vengono analizzati gli elementi genetici, molecolari, neurali, fisiologici e comportamentali<sup>101</sup>. Il soggetto è così fatto letteralmente a brandelli. Modelli come il DSM «già operano, a modo loro, una potente de-personalizzazione degli individui con la tecnica dei questionari [...] e dell'analisi dei dati in modelli»<sup>102</sup>. Tuttavia, «una volta che l'indagine non parte più dai questionari, in cui ancora si imprime una debole presa di parola soggettiva, ma prende le mosse dall'informazione genetica, che estirpa ogni residuo di parola per rifarsi a un codice pre-soggettivo di segnali, la de-personalizzazione dell'uomo popolaionale raggiunge un'acme»<sup>103</sup>.

In conclusione, come osserva Castel, mentre «toutes les grandes technologies disciplinaires classique [...] supposaient, y compris sous leurs formes les plus collectivistes et les plus répressives, ce minimum d'individuazione qu'implique la présence physique des intéressés»<sup>104</sup>, le pratiche psichiatriche post-disciplinari hanno come effetto «*la disparition de la notion même de sujet*»<sup>105</sup>.

## 2.2 Depolarizzazione normale-anormale

Secondo l'OMS una persona su quattro soffrirà di un disturbo mentale lungo l'arco della vita<sup>106</sup>. Altre stime parlando addirittura del 50%

<sup>101</sup> Per avere un'idea più precisa del funzionamento di questo complesso sistema si può leggere uno studio in cui la matrice degli RDoC è applicata ai disturbi alimentari: cfr. J. E. WILDES, M. D. MARUCS, *Application of the Research Domain Criteria to Eating Disorders: Emerging Concepts and Research*, in «Curr Psychiatry Rep», XXX.17.

<sup>102</sup> L. BRUSA, D. TARIZZO, *Vite di qualità. Sulla razionalità biopolitica*, in «Filosofia politica», XXIII.3, 2009, p. 410.

<sup>103</sup> *Ibid.*

<sup>104</sup> R. CASTEL, *La gestion des risques*, cit., p. 150.

<sup>105</sup> *Ibid.*

<sup>106</sup> <https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2001-the-world-health->

della popolazione<sup>107</sup>. Il vertiginoso aumento delle diagnosi psichiatriche è in parte spiegabile dal fatto che i criteri diagnostici delle diverse versioni del DSM sono diventati sempre più inclusivi<sup>108</sup>. Le diagnosi di disturbi come depressione<sup>109</sup>, PTSD<sup>110</sup>, ADHD<sup>111</sup>, ansia sociale<sup>112</sup>, dipendenza<sup>113</sup> e autismo<sup>114</sup> sono incrementate a causa delle modifiche apportate ai criteri diagnostici che hanno inglobato anche condizioni difettive considerate generalmente non morbose.

Un aspetto fondamentale è che i protagonisti di questo fenomeno non sono tanto gli psichiatri, quanto gruppi organizzati di pazienti<sup>115</sup> che rivendicano le diagnosi per ottenere vantaggi assistenziali o economici oltre che un riconoscimento sociale. Si tratta di una profonda inversione di tendenza. Se attivisti come Szasz<sup>116</sup> e Basaglia<sup>117</sup> denunciavano la stigmatizzazione e la disumanizzazione delle etichette psichiatriche, dalla fine del XX secolo le diagnosi diventano qualcosa di desiderabile. De-stigmatizzazione e medicalizzazione della vita procedono di pari passo. Non a caso le critiche alla psichiatria contemporanea, come

report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people 05/05/2024, 11:20.

<sup>107</sup> N. ROSE, *Our Psychiatric Future*, Polity Press, Cambridge 2019, p. 26.

<sup>108</sup> Per un'analisi dettagliata cfr. A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.

<sup>109</sup> J. C. WAKEFIELD, A. V. HORWITZ, *Psychiatry's Continuing Expansion of Depressive Disorder*, in *Sadness or Depression? International Perspective on the Depression Epidemic and Its Meaning*, a cura di J. C. Wakefield, S. Demazeux, Springer, New York 2016, pp. 173-204.

<sup>110</sup> A. V. HORWITZ, *DSM*, cit., pp. 98-99.

<sup>111</sup> A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale*, cit., p. 163-167.

<sup>112</sup> Ivi, pp. 176-177.

<sup>113</sup> Ivi, pp. 215-219.

<sup>114</sup> A. V. HORWITZ, *DSM*, cit., p. 139.

<sup>115</sup> N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, cit., p. 22.

<sup>116</sup> T. S. SZASZ, *Disumanizzazione dell'uomo*. Ideologia e psichiatria, Feltrinelli, Milano 1974, pp. 197-219.

<sup>117</sup> F. BASAGLIA, F. O. BASAGLIA, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, B.C. Dalait editore, Torino 1971, pp. 15-33.

quelle di Frances<sup>118</sup>, autore del DSM-IV, non sono rivolte alla normalizzazione della follia ma, al contrario, alla patologizzazione della normalità.

La possibilità di allargare e restringere più o meno a piacimento le diagnosi dipende dall'impossibilità di definire oggettivamente la malattia mentale. Dal momento che il concetto di disfunzione conduce a una spiegazione circolare<sup>119</sup>, in cui disfunzione e malattia rimandano l'una all'altra, il DSM si aggrappa al «criterio del danno»<sup>120</sup>, cioè del disagio e della compromissione in ambito lavorativo e sociale. Ciò comporta la riduzione di tutti i disturbi a disforie. Come osserva Benvenuto, per il DSM «non esiste il patologico in sé, esiste solo una sofferenza mentale che marca come patologico un comportamento o modo di essere e di pensare»<sup>121</sup>. In questo modo, qualunque caratteristica negativa potrà potenzialmente costituire un disturbo psichiatrico: ogni tratto caratteriale o comportamentale che arrechi danno agli individui può essere integrato in una categoria diagnostica<sup>122</sup>. Ciò provoca l'aggregazione di normalità e patologia e la depolarizzazione della dicotomia disciplinare.

<sup>118</sup> A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale*, cit.

<sup>119</sup> W. KINGHORN, *The Biopolitics of Defining 'Mental Disorder'*, in *Making the DSM-5. Concepts and Controversies*, a cura di J. Paris, J. Philips, Springer, New York 2013, p. 57.

<sup>120</sup> M. C. AMORETTI, E. LALUMERA, *Il criterio del "danno" nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche*, in «Rivista internazionale di filosofia e psicologia», IX.2, 2018, p. 140.

<sup>121</sup> S. BENVENUTO, *Lo psichiatra e il sesso. Una critica radicale della psichiatria del DSM-5*, Mimesis, Milano 2021, p. 98.

<sup>122</sup> L'esempio più paradigmatico è senza dubbio quello della depressione, i cui criteri si sono allargati al punto da includere, secondo alcune stime, circa un quarto della popolazione. Il DSM-5 ha incluso nella diagnosi anche i casi di depressione successivi alla perdita di una persona cara. Cfr. A. V. HORWITZ, J. C. WAKEFIELD, *La perdita della tristezza. Come la psichiatria ha trasformato la tristezza in depressione*, L'asino d'oro, Roma 2015. La patologizzazione del lutto mostra in modo palese la tendenza della psichiatria a considerare qualunque forma di disagio, anche quelli più comprensibili, come un disturbo. Altri casi esemplari sono l'assimilazione

Correlativamente scompare anche l'operazione di normalizzazione. A partire dall'introduzione di quelle che Castel chiama «*therapie pour les normaux*»<sup>123</sup> si sviluppa l'idea che «*c'est la normalité qui fonctionne désormais comme symptôme*»<sup>124</sup>. La normalizzazione disciplinare sottoponeva i corpi a vincoli normativi imponendo loro dei margini e producendo soggettività limitate, quindi virtualmente difettive. La psichiatria post-disciplinare opera in maniera opposta. Segmentando il soggetto in una serie di tratti comportamentali, potrà individuare quelli deficitari per bersagliarli con farmaci o psicoterapie. I limiti normativi sono abbattuti per consentire lo sviluppo delle prestazioni individuali ed elicitare la spontaneità dei pazienti. Dalla normalizzazione si passa all'«ottimizzazione»<sup>125</sup> che mira a espandere illimitatamente le capacità operative dei comportamenti umani disponendoli non secondo la norma, ma secondo un principio ottimale di efficienza<sup>126</sup>.

Alla patologizzazione dei comportamenti ordinari fa da contraltare la riqualificazione del patologico. Come spiega Ehernberg, emerge un orientamento che mira a trasformare i deficit in risorse per estrarre il «potenziale nascosto»<sup>127</sup> dei malati. Questo nuovo binomio deficit-risorsa inaugura «la possibilità di superare la polarità normale/patologico»<sup>128</sup>; «l'individuo era un malato da guarire, ora è un individuo di cui si deve sviluppare il potenziale»<sup>129</sup>.

Il valore «che l'obbedienza meccanica rappresentava per la disciplina»<sup>130</sup> per la psichiatria post-disciplinare è costituito dall'«essere

della timidezza all'ansia sociale, della golosità all'abboffata compulsiva, della disattenzione all'ADHD, ma gli esempi si potrebbero moltiplicare.

<sup>123</sup> R. CASTEL, *La gestion des risques*, cit., p. 165.

<sup>124</sup> *Ibid.*

<sup>125</sup> D. TARIZZO, *Dalla biopolitica all'etopolitica*, cit., p. 51.

<sup>126</sup> *Ivi*, è. 47.

<sup>127</sup> A. EHRENBURG, *La meccanica delle passioni. Cervello, comportamento, società*, Einaudi, Torino 2019, p. 49.

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> *Ibid.*

<sup>130</sup> *Ivi*, p. 179.



proattivo»<sup>131</sup>: il malato deve trovare grazie alla propria condizione la capacità di costruire una forma di vita ottimale. La figura del folle è così sostituita da quella dell'«handicapace»<sup>132</sup>, che, invece di essere escluso e normalizzato, è invitato allo sviluppo delle proprie capacità. Lo schizofrenico, archetipo del malato di mente, è riposizionato sull'asse del funzionamento «tipico/atipico»<sup>133</sup>, dove la patologia è considerata una «una neurodivergenza»<sup>134</sup>. L'idea è che «udire voci non sia necessariamente un sintomo di psicosi, ma possa essere una capacità diversa»<sup>135</sup>. Non si tratta quindi di soggettivare il folle sottoponendolo a un'ortopedia normalizzante, ma di scomporlo in una serie di tratti valutati in base alle «conseguenze positive o negative sulla persona»<sup>136</sup>, per ottimizzare le prime e minimizzare le seconde.

La nozione di neurodivergenza mette in luce una delle principali trasformazioni della psichiatria post-disciplinare: l'adozione di una concezione dimensionale e gradualista del patologico, che impone di «ridefinire i concetti stessi di "salute" e "malattia" per considerarli non più nei termini di una "norma" rigidamente definita»<sup>137</sup>. La definizione di salute mentale dell'OMS è paradigmatica: «Mental health is more than the absence of mental disorders. It exists on a complex continuum, which is experienced differently from one person to another with varying degrees of difficulty»<sup>138</sup>.

Il DSM non riesce però a integrare questo approccio dal momento che i pazienti rientrano o meno nei criteri diagnostici. L'impianto neo-kraepeliniano mantiene sullo sfondo la diagnosi assoluta che polarizza il normale e il patologico. È questo difetto strutturale che spinge l'APA a

<sup>131</sup> *Ibid.*

<sup>132</sup> *Ivi*, p. 215.

<sup>133</sup> *Ivi*, p. 217.

<sup>134</sup> *Ibid.*

<sup>135</sup> *Ivi*, p. 224.

<sup>136</sup> *Ibid.*

<sup>137</sup> *Ivi*, p. 171.

<sup>138</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, 08/05, 12:26.

modificare continuamente i criteri diagnostici cercando di renderli sempre più inclusivi.

Gli RDoC, invece, riescono a liberarsi della diagnosi assoluta. Dato che non prendono le mosse da sindromi prestabilite ma configurano una valutazione dimensionale per ciascuna unità di analisi bio-comportamentale, non stabiliscono apriori chi è normale e chi non lo è. Ciascun paziente corrisponde a una specifica configurazione di parametri biologici che si colloca lungo uno spettro dimensionale di variabilità.

Come scrive Rose, nel genoma «the normal is rare»<sup>139</sup>, mentre «variation is the norm»<sup>140</sup>. Questa visione molecolare degli individui «does not seem to operate in terms of the binary of normal and pathological or the mapping of a social judgement of worth onto a medical judgement of morbidity»<sup>141</sup>. Al posto della polarità normale-patologico emerge un continuum di variabilità senza norma<sup>142</sup>, in cui a ciascun individuo è attribuita una misura calibrata della propria sensibilità<sup>143</sup> a particolari condizioni. Di conseguenza, lo sguardo medico si estende «to engage those who are neither phenomenologically nor experientially ill»<sup>144</sup>, per cui tutti sono potenziali malati. A livello dei segmenti biologici non si viola una norma; «what we seem to have here is an error, simply a mistake in a bit of the machinery of the brain and its neurochemistry»<sup>145</sup>. Alla normalizzazione dei soggetti subentra la correzione di errori de-soggettivati<sup>146</sup> e la dicotomia normalità-patologia si depolarizza facendo sfumare l'una nell'altra:

<sup>139</sup> N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, cit., p. 23.

<sup>140</sup> *Ibid.*

<sup>141</sup> *Ibid.*

<sup>142</sup> *Ibid.*

<sup>143</sup> *Ivi*, p. 24.

<sup>144</sup> *Ivi*, p. 25.

<sup>145</sup> *Ivi*, p. 29.

<sup>146</sup> *Ibid.*

Madness, we were once told by sociologists, was a residual category, to be deployed when all other accounts of deviant conduct failed. But no longer; it appears that a lifetime without mental disorder, at least in this expanded definition, and now mapped onto the brain, would be somewhat abnormal or, to put it another way, mental abnormality has practically become normalized, simultaneously a condition to be treated and a mode of existence to be expected<sup>147</sup>.

### 2.3 *Naturalizzazione della libertà*

De-soggettivazione, de-polarizzazione e ottimizzazione implicano la scomparsa del soggetto razionale in grado di fare buon uso della libertà. Se il soggetto è frammentato in una serie di comportamenti slegati da ogni nucleo di responsabilità personale e se ogni comportamento è potenzialmente migliorabile, la distinzione fra una ragione in grado scegliere liberamente e una follia incatenata al proprio determinismo si svuota di senso: dal momento che ogni scelta è correggibile sarà di principio difettiva. Per comprendere a pieno questo slittamento antropologico bisogna spostare l'attenzione dalla psichiatria post-disciplinare alla matrice economicistica<sup>148</sup> entro cui opera.

Secondo la Rational Choice Theory, il soggetto è giudice esclusivo dei propri interessi, mira a massimizzarne la realizzazione ed è orientato dalla propria capacità di calcolo<sup>149</sup>. La teoria enfatizza la facoltà di libera scelta «come se la *perfetta razionalità* fosse quanto meno la norma»<sup>150</sup>. L'uomo normale corrisponde all'*homo oeconomicus* che «non soltanto sa quel che vuole, ma sa anche come ottenerlo»<sup>151</sup>.

<sup>147</sup> ID., *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, «The sociological Review», LVII.2, 2010, p. 79.

<sup>148</sup> D. TARIZZO, *Biopolitics and the ideology of 'mental health'*, cit. p. 136.

<sup>149</sup> S. CARUSO, *Homo oeconomicus. Paradigma, critiche, revisioni*, Firenze University Press, Firenze 2012, p. 11.

<sup>150</sup> Ivi, p. 12.

<sup>151</sup> Ivi, p. 13.

Questo modello finora dominante è stato messo in discussione dal paradigma dell'economia comportamentale. Nel 2001 e nel 2002, il Nobel per l'economia è stato assegnato rispettivamente a George Akerlof e Daniel Kahneman, entrambi intenti a mostrare i limiti della ragione e della volontà degli attori economici<sup>152</sup>. Kahneman in particolare ha introdotto la nozione di *cognitive biases*<sup>153</sup>, un insieme di distorsioni strutturali del ragionamento che impediscono di scegliere in modo ottimale. L'*homo oeconomicus* è soppiantato da un individuo incerto, «segnato dalla confusione tra le sue preferenze e i suoi interessi reali, e i cui sintomi sono gli errori sistematici di giudizio e di scelta»<sup>154</sup>.

La soluzione ai *cognitive biases* è stata fornita dall'idea del *Nudge* di Thaler e Sunstein, secondo cui bisogna suggerire agli individui, attraverso una “spinta gentile”, le scelte ottimali<sup>155</sup>. Il *Nudge* consiste nella programmazione delle situazioni ambientali entro cui si compiono le scelte inserendovi «un *surplus* di motivazione positiva o negativa»<sup>156</sup>.

Questa strategia ha dato vita a un orientamento politico che prende il nome ossimorico di «*libertarian paternalism*»<sup>157</sup>. L'idea è quella di mettere gli individui nella condizione di fare la scelta che essi stessi

<sup>152</sup> Ivi, p. 145.

<sup>153</sup> Cfr. A. TVERSKY, D. KAHNEMAN, *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*, in «Science», Vol. CLXXXV. 4157, 1974, pp. 1124-1131.

<sup>154</sup> A. EHRENBURG, *La meccanica delle passioni*, cit., p. 210.

<sup>155</sup> S. CARUSO, *Homo Oeconomicus*, cit., p. 157.

<sup>156</sup> Ivi, p. 160. Un esempio semplice ma efficace citato da Thaler e Sunstein è quello dell'orinatoio dell'aeroporto di Amsterdam: «Quando all'interno di ogni orinatoio [...] è stato messo un adesivo con l'immagine di una mosca, la quantità di pipì finita sul pavimento, sotto le latrine, è diminuita dell'80%» (ivi, p. 159). Va sottolineato che le strategie di *nudging* sono già ampiamente applicate da governi e imprese. Durante la presidenza di Obama lo stesso Sunstein è stato attivo come consulente dell'Office of Management and Budget; mentre il governo Cameron nel Regno Unito ha costituito un Cabinet Office's of Behavioral Insight Team, rifacendosi esplicitamente alle idee di Thaler (ivi, p. 162).

<sup>157</sup> R. H. THALER, C. R. SUNSTEIN, *Libertarian Paternalism*, in «American economic review», XCIII.2, pp. 175-179.

farebbero se avessero una razionalità perfetta; il *Nudge* «evita di conseguenza il processo decisionale o, perlomeno, lo semplifica più che può, economizzando in tal modo l'appello alla volontà»<sup>158</sup>.

Non si tratta quindi di negare la libertà, né sul piano metafisico né su quello operativo. Gli individui sono considerati liberi di scegliere, anche quando vengono sottoposti alle strategie di *nudging*. Il problema è che, sebbene *possano* scegliere, essi non *sanno* scegliere perché prendono decisioni subottimali che non prenderebbero se «they had complete information, unlimited cognitive abilities, and no lack of willpower»<sup>159</sup>. Il paternalismo libertario presuppone quindi per ciascuna situazione una scelta ottimale che ogni soggetto compierebbe automaticamente se fosse perfettamente razionale, ma che, a causa dei deficit cognitivi e volitivi, non può compiere; «in a fully rational world such design choices would have little effects (at least in high-stakes situations) because agents would simply choose the best of option for them regardless of the default»<sup>160</sup>. In sostanza l'*homo oeconomicus* si sposta dal piano normale al piano normativo<sup>161</sup> secondo la logica dell'ottimizzazione: nessuno è dotato di una piena razionalità ma tutti devono essere sospinti verso una razionalità ottimale.

Il paternalismo libertario mette in pratica, in una versione moderata, l'ideale skinneriano della «tecnologia del comportamento»<sup>162</sup> che «trasferisce sull'ambiente che esercita il controllo ogni funzione che tradizionalmente si attribuiva all'uomo autonomo»<sup>163</sup>. Secondo Skinner l'individuo si comporta in un certo modo per l'effetto dei rinforzi positivi o negativi innescati dalle contingenze ambientali. In questo senso una cultura non differisce dal laboratorio del behaviorista: «entrambe

<sup>158</sup> A. EHRENBERG, *La meccanica delle passioni*, cit., p. 214.

<sup>159</sup> R. H. THALER, C. R. SUNSTEIN, *Libertarian Paternalism*, cit., p. 175.

<sup>160</sup> Ivi, p. 176.

<sup>161</sup> S. CARUSO, *Homo Oeconomicus*, cit., p. 157.

<sup>162</sup> B. F. SKINNER, *Oltre la libertà e la dignità*, Armando Editore, Roma 2023, p.

51.

<sup>163</sup> Ivi, p. 271.

sono insieme di contingenze di rinforzo. Un bambino nasce in una cultura così come un organismo viene collocato nello spazio sperimentale. Progettare una cultura è come progettare un esperimento; si creano le contingenze e si annotano i loro effetti»<sup>164</sup>.

L'impianto comportamentista dell'economia contemporanea naturalizza così l'intero spazio della libertà umana. Non implica un determinismo secco, ma la strutturale incapacità di fare un buono uso della ragione estesa dalla coscienza folle alla totalità degli individui. Se per Cartesio la misura della libertà era data dalla facoltà di sottoporre la volontà al vaglio della ragione, il comportamentismo, escludendo la capacità di scegliere razionalmente, ne restringe considerevolmente l'estensione.

La psichiatria post-disciplinare dispone quindi uno spazio antropologico in cui al soggetto disciplinare – vale a dire normale, razionale, libero e contrapposto dicotomicamente a un soggetto folle da normalizzare – subentra una frammentarietà indivisa di tratti comportamentali, variabilmente difettivi e strutturalmente irrazionali, da sottoporre a un continuo processo di ottimizzazione.

<sup>164</sup> Ivi, p. 220.