

APhEx 17, 2018 (ed. Vera Tripodi)  
Ricevuto il: 14/09/2017  
Accettato il: 06/11/2017  
Redattore: Vera Tripodi

**APhEx**  
PORTALE ITALIANO DI FILOSOFIA ANALITICA  
GIORNALE DI **FILOSOFIA**  
NETWORK  
N° 17, 2018

T E M I

## **Filosofia della psichiatria**

*Elisabetta Lalumera*

*La filosofia della psichiatria contemporanea di tradizione analitica si occupa di questioni concettuali e metodologiche: che cos'è la malattia mentale, l'adeguatezza delle nosologie in uso, la natura storico-culturale oppure naturale dei disturbi mentali, le forme di spiegazione più appropriate nella ricerca psichiatrica e nella pratica clinica. Dopo avere distinto questa accezione di filosofia della psichiatria da altre in uso, questo contributo illustra a grandi linee la discussione cultura versus natura e le principali posizioni in gioco: i disturbi mentali come generi naturali, l'essenzialismo, il costruttivismo sociale.*

## INDICE

1. INTRODUZIONE
2. FILOSOFIE DELLA PSICHIATRIA
3. LA MALATTIA MENTALE TRA NATURA E VALORI
  - 3.1 ELIMINATIVISMO E COSTRUTTIVISMO SOCIALE FORTE
  - 3.2 GENERI NATURALI ED ESSENZIALISMO
  - 3.3 GENERI NATURALI SENZA ESSENZE
  - 3.4 “*HUMAN KINDS*” E ANTIREALISMO MODERATO
4. BIBLIOGRAFIA

### 1. Introduzione

La psichiatria<sup>1</sup> rappresenta una scienza unica nell’occuparsi del mondo interiore dell’individuo, dei suoi significati ed esperienze, e insieme della sua vita relazionale e sociale, e delle condizioni biochimiche e funzionali del suo cervello. Da un lato i disturbi mentali sono malattie, per cui esiste un’assistenza sanitaria che prevede il ricorso a specialisti, esami diagnostici, ricoveri, e somministrazione di farmaci. Dall’altro sono modi di elaborare l’esperienza che danno forma alla vita delle persone e alle loro relazioni, e quindi in prospettiva alla società nel suo complesso (si pensi ad alcuni disturbi della personalità come il narcisismo o a certe forme di depressione).

La psichiatria si occupa della ricerca e terapia delle malattie della mente, ma questo concetto centrale, la malattia o disturbo mentale, e i suoi concetti subordinati, i vari tipi di malattie mentali, sono ancora controversi. La pubblicazione negli Stati Uniti, e la recente traduzione in Italia, del Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali o DSM-5 (APA 2013) ha sollevato molte discussioni teoriche che coinvolgono psichiatri, psicologi, neuroscienziati e filosofi. La compresenza di un modello che diremmo qui per semplicità medico<sup>2</sup> del disturbo mentale, e quindi della diagnosi e terapia, e di orientamenti di tipo “psicodinamico, cognitivo, comportamentale, interpersonale, familiare/sistemico” (come si legge nella

---

<sup>1</sup> Benché la differenza fra le due discipline sia importante sia scientificamente che sociologicamente, per molta parte del mio discorso impiego il termine “psichiatria” per indicare psichiatria e psicologia clinica (in generale le discipline che studiano e curano i disturbi mentali). In questo segue l’uso nel dibattito contemporaneo di “filosofia della psichiatria”.

<sup>2</sup> Dominic Murphy è il filosofo che più ha contribuito alla chiarificazione e difesa di questo modello. Si vedano Murphy (2006) (2009) e Lalumera e Amoretti (in stampa) per un’esposizione in italiano.

Prefazione al DSM), oltre a quello fenomenologico, è in equilibrio instabile, e crea tensioni concettuali. Nell'introduzione alla Research Agenda, documento preparatorio per il DSM-5 (Kupfer et al. 2008), gli psichiatri David Kupfer, Michael First e Daryl Regier scrivevano esplicitamente che la psichiatria è in attesa di un cambio di paradigma – ma quale? All'interno dello stesso “modello medico” del disturbo mentale c'è infatti più di una contrapposizione (Murphy 2009): limitandoci alla questione della nosologia, c'è chi accetta l'approccio dichiaratamente ateorico delle classificazioni correnti – che sono largamente basate su sintomi e prognosi – pur auspicando di poterle rivedere e arricchire progressivamente alla luce del contributo delle neuroscienze, della genetica e della biologia<sup>3</sup> – e chi invece propone di sostituire completamente la classificazione del nuovo DSM con un sistema alternativo, eziologico e fortemente esplicativo anziché descrittivo, basato su fattori di rischio genetici e fisiologici, e su dati provenienti da neuropsichiatria e studi di brain-imaging: il progetto RdoC (Kupfer and Regier 2011, Insel 2014).

Proprio la compresenza di paradigmi nel senso di Thomas Kuhn (1970) – un paradigma contiene le assunzioni di metodo, i principi di classificazione, i concetti condivisi di un certo gruppo di scienziati in un'epoca – fa della psichiatria oggi un terreno adatto allo studio filosofico, cioè a uno sguardo esterno rispetto a ciascun paradigma e alle relazioni che può intrattenere con gli altri. Questo contributo si focalizza sul dibattito contemporaneo in filosofia della psichiatria di tradizione analitica. La filosofia analitica, in tempi relativamente recenti (dal 1990 circa, cioè dal “decennio del cervello”), si è rivolta con crescente interesse dalla filosofia della mente astratta verso una filosofia della mente applicata ai problemi del disturbo mentale, in parte spinta dal lavoro teorico di diversi psichiatri impegnati già dagli anni Settanta e Ottanta, negli Stati Uniti e nelle organizzazioni internazionali, nel dibattito sulla classificazione dei disturbi mentali (Kendell 1975, Compton e Guze 1995, Sartorius 1988). La ricerca sugli aspetti filosofici della malattia mentale è in crescita e con essa la varietà di sotto-dibattiti che interessano la comunità filosofica e in parte psichiatrica e psicologica. In quanto segue (Capitolo 3) mi limito a presentarne uno, scelto per le sue possibili connessioni con altri dibattiti: si tratta della questione se un disturbo mentale sia un genere naturale – e quindi qualcosa da scoprire e spiegare, almeno parzialmente, con il metodo della scienza – oppure principalmente una costruzione storico-sociale. Per iniziare tuttavia è necessario distinguere i vari approcci alla filosofia della

---

<sup>3</sup> Per una difesa dell'approccio descrittivo del DSM rimando a Lalumera (2016).

psichiatria che sottendono la ricerca in corso, e sceglierne uno con cui procedere (Capitolo 2).

## 2. Filosofie della psichiatria

Che cos'è la filosofia della psichiatria all'interno del circoscritto ma denso dibattito analitico, e quale contributo specifico intende dare? Uno sguardo alle auto-caratterizzazioni esplicite o implicite che si trovano in letteratura permette di identificare almeno quattro funzioni possibili, che illustro qui brevemente.

*Filosofia come scetticismo metodologico.* La prima funzione, classica, della filosofia rispetto alla psichiatria è quella di alimentare il dubbio, la crescita di domande e lo scetticismo verso modelli unificanti o presunti fondativi. In particolare, secondo Bill Fulford, la psichiatria sarebbe incline storicamente a “mitologie unificanti” - ad esempio, il fisicalismo riduzionista del primo Novecento, oppure la psicoanalisi freudiana negli Stati Uniti negli anni Sessanta - ed è opportuno un lavoro critico per “impedire la chiusura prematura dei problemi filosofici che è caratteristica della teoria come dalla pratica psichiatrica”. Ponendo domande di natura fondazionale e di metodo, la filosofia può avere questo ruolo. Questa era già l'opinione di Karl Jaspers, il padre della psicopatologia fenomenologica (Fulford et al. 2013, 3; Jaspers 1913).

*Filosofia come psichiatria.* Un secondo ruolo possibile della filosofia rispetto alla psichiatria consiste nella condivisione di un'agenda di problemi comuni. Si può assumere innanzitutto che alcuni concetti filosofici siano pertinenti allo studio del disturbo mentale, ad esempio la natura del libero arbitrio (per comprendere i disturbi da dipendenza), dell'azione libera (nei disturbi ossessivo-compulsivi), della conoscenza delle altre menti (in certi disturbi infantili appartenenti allo spettro autistico), del sé e dell'identità personale (schizofrenia), della razionalità (delirio, psicosi) (Fulford et al. 2006, xxxv). Oppure si può ritenere che alcuni costrutti della psicologia clinica e psichiatria – tipicamente il delirio (*delusion*) – siano anche di pertinenza di teorie filosofiche o filosofico-cognitive, cioè di teorie elaborate come riflessione a partire dai risultati empirici di psicologia o neuroscienze. In questo senso il filosofo e lo psicologo o psichiatra sarebbero impegnati in una ricerca che ha gli stessi oggetti, ma diversi metodi. Ad esempio una teoria filosofica della credenza (*belief*) potrebbe essere utilizzata per la sua compatibilità con una spiegazione dei deliri

(delusions), che almeno in alcuni casi sono credenze svincolate da ragioni e conseguenze appropriate; oppure una certa tesi sull'autorità epistemica della prima persona sul contenuto dei pensieri o dell'immunità dall'errore di auto-ascrizione (*immunity from error through misidentification*) potrebbe misurarsi con i fenomeni di "inserzione di pensiero" (*thought insertion*) tipici di alcune schizofrenie (Aimola Davies e Davies 2009, Bortolotti 2009, 2015). Questa concezione della filosofia come disciplina che costruisce teorie sulla realtà a fianco di una scienza empirica è tradizionale (è la stessa idea di Isaac Newton o di John Locke) e ambiziosa, e per non correre il rischio di diventare marginale nella cultura contemporanea – in cui la scienza empirica ha decisamente stabilizzato la sua autorità epistemica nello scoprire nuove verità informative, mentre restano vacanti i ruoli di riflessione e critica – deve svolgersi in stretta collaborazione con scienziati del settore.

*Filosofia come indagine sui valori.* Una terza possibile funzione della filosofia rispetto alla psichiatria che viene considerata nel dibattito contemporaneo è quella di occuparsi della componente valutativa, cioè riguardante i valori e le norme del soggetto e della società, che sono pertinenti alla classificazione, ma anche alla diagnosi e alla terapia del disturbo mentale. Nella sua accezione più forte, l'idea che la malattia mentale abbia natura completamente valutativa – come la bellezza o l'arte in alcune teorie estetiche o la colpevolezza morale – e che quindi non sia trattabile dalla scienza medica, era centrale per il movimento antipsichiatrico degli anni Sessanta e Settanta, e ne parleremo nel prossimo capitolo. In questo senso lo psichiatra e filosofo Thomas Szasz argomentava che la malattia mentale è un "mito" in quanto malattia: non esiste, è un *tertium non datur* tra problemi della vita, che hanno a che fare con il disallineamento o conflitto dei valori di un individuo con quelli della società in cui vive, e le patologie del corpo (Szasz 1960, Amoretti 2014, cap. 5).

Oggi si può dire che la traccia della cultura antipsichiatrica sia più presente nell'opinione comune che nella ricerca scientifica e nel dibattito teorico, mentre in Italia resta parzialmente nell'organizzazione dell'assistenza ai malati mentali (Corbellini e Jervis 2008; Whitler 2012). In forme più moderate e non riduzioniste, invece, l'idea di una connessione tra malattia mentale e valori è ancora centrale: molti autori oggi sostengono che c'è una componente valutativa che si aggiunge alla definizione oggettiva di malattia (di ogni tipo di malattia): secondo questo punto di vista, malattia è

una condizione che reca danno, male o svantaggio<sup>4</sup>. A fortiori questo vale per il disturbo mentale in generale e ancora più plausibilmente per diversi disturbi specifici le cui soglie, i confini oppure le manifestazioni sono in qualche modo dipendenti da fattori culturali, dalle norme, dai valori condivisi (Wakefield 2007, Thornton 2007, 2011). Seguendo questa linea, e compiendo un passo ulteriore verso l'applicazione, una possibile funzione del filosofo, come consulente etico ed esperto di argomentazione, nella pratica clinica oltre che nella ricerca sul disturbo mentale, sarebbe quella di lavorare a fianco dello psichiatra o psicologo, in un lavoro di squadra mirato alla comprensione specifica dei valori del paziente, della sua capacità morale (Charland 2006, Malatesti e McMillan 2014), e se occorre all'intermediazione culturale (Fulford, Stanghellini e Broome 2004).

*Filosofia della scienza applicata alla psichiatria.* Infine, diversi autori intendono la filosofia della psichiatria come filosofia di una scienza speciale, nello stesso senso in cui esistono una filosofia della fisica, della biologia, della matematica e soprattutto una filosofia della medicina (Gifford 2011, Lemoine et al. 2014). Il ruolo qui è quello di contribuire, con le risorse dell'analisi concettuale e in generale con gli strumenti teorici in uso in filosofia, alla chiarificazione e risoluzione di questioni fondazionali dei paradigmi in discussione in psichiatria, e delle loro relazioni. Tali questioni riguardano in parte aspetti generali, come i seguenti:

- la caratterizzazione del concetto di malattia mentale, che per alcuni, ma non per tutti, dovrebbe essere una definizione a criteri necessari e sufficienti, e che si gioca sull'antinomia tra componenti oggettivo-descrittive e componenti valutative e normative (Bolton 2000, Wakefield 1992, Amoretti 2015, cap. 5);
- la questione del realismo versus antirealismo in psichiatria, cioè statuto metafisico delle entità a cui ci riferiamo con etichette come "depressione maggiore" o "schizofrenia": uniformità naturali o strumenti per classificare? (si veda il capitolo 3 di questo contributo);
- l'adeguatezza della classificazione dei disturbi mentali proposta nel DSM, nelle sue dimensioni di completezza, affidabilità (reliability) e validità, nonché relativamente alle questioni di genere e di differenza culturale (Cooper 2014; Demazeux e Singy 2015; Lalumera 2016);

---

<sup>4</sup> Per le concezioni di malattia normativiste versus naturaliste in filosofia della medicina rimando a Gifford (2011) e Amoretti (2015).

- la possibilità di ridurre un livello di spiegazione del disturbo mentale ad altri più fondamentali, e in particolare, l'adeguatezza del modello medico nelle sue versioni riduzionista e non riduzionista (Kendler 2005; Murphy 2006; Castiglioni e Laudisa 2015, Lalumera e Amoretti in stampa)
- la natura stessa della spiegazione più adeguata in psichiatria (causale, legiforme, meccanicista, pluralista o sui generis) (Campaner 2016; Campbell 2008; Kendler 2012; Murphy 2011; Woodward 2008)

Come ho anticipato, l'accezione di filosofia della psichiatria di cui si parlerà in questo contributo si colloca in questa accezione di filosofia di una scienza particolare.

Va ricordato tuttavia, come nota Thornton (2007, 1), che al di là di una certa convergenza di obiettivi la filosofia della psichiatria non è un "genere naturale": qualcosa che presenta caratteristiche uniformi e costanti e di cui possiamo prevedere lo sviluppo. Di fatto è formata da concetti e domande che vengono da medicina, etica, filosofia della mente, filosofia della scienza, neuroscienze e psicologia, e all'interno della stessa filosofia, da diversi orientamenti. È opportuno aggiungere a questo proposito che nel dibattito recente e prevalentemente angloamericano sulla nuova filosofia della psichiatria è presente in modo rilevante la fenomenologia, che ha le sue radici nella nostra tradizione europea, e specificamente nella "psicopatologia descrittiva" di Karl Jaspers (1913), e ha alla base, in varie declinazioni, l'idea di una ricerca e pratica orientate tanto verso i fatti oggettivi, quanto verso le forme e i significati dell'esperienza soggettiva che sottostanno ai disturbi mentali, quindi sia verso la spiegazione che verso la comprensione, o interpretazione.

Di orientamento fenomenologico ricordiamo qui sul versante teorico-clinico il lavoro di Giovanni Stanghellini (Stanghellini 2004, Stanghellini e Lyseker 2007) e il filosofo Matthew Ratcliffe (Ratcliffe 2008), e per la ricerca associata alla scienza cognitiva incorporata, i filosofi Shaun Gallagher (Gallagher 2004) e Daniel Hutto (Hutto 2012), e lo psichiatra Thomas Fuchs (Fuchs 2005). La maggioranza di questi autori intende la filosofia come psichiatria, cioè impegnata, con metodi diversi rispetto alla psichiatria, a risolvere il problema della caratterizzazione, ma anche diagnosi e terapia, degli specifici disturbi mentali. Ad esempio Stanghellini ha fornito un modello filosofico della schizofrenia basato sul concetto di senso comune (Stanghellini 2004), mentre Gallagher ha caratterizzato il concetto di sé minimale (minimal self) per spiegare i disturbi psicotici e

(Gallagher 2004), e Ratcliffe ha proposto uno studio fenomenologico sull'esperienza della depressione (Ratcliffe 2014).

### **3. La malattia mentale tra natura e valori**

#### **3.1 Eliminativismo e costruttivismo sociale forte**

Il movimento antipsichiatrico negli anni Settanta del secolo scorso ha avuto il merito di mettere in luce almeno due fatti: che nella storia e in politica spesso si è usata l'etichetta di "folle" per escludere, confinare o dominare certi individui o gruppi (Foucault 1961), e che la conoscenza scientifica della malattia mentale e soprattutto della terapia per i disagi era, e in parte è, molto limitata. Come ho anticipato sopra, dalle premesse si concludeva, polemicamente, che la malattia mentale è un'etichetta priva di referente e mero strumento di controllo sociale, esercitato soprattutto nei manicomi e ospedali psichiatrici – questione affrontata con particolare rilevanza politica in Italia.

Dall'altra parte, sul versante anglosassone, in particolare Thomas Szasz argomentava (come si è detto) che la malattia mentale è un "mito": da un lato ci sono le patologie neurologiche e in generale del corpo, che sono propriamente malattie intese come disfunzioni chimiche o lesioni di apparati e organi, e dall'altro lato condizioni come depressione o schizofrenia o disturbo borderline, che non sono altro che comportamenti individuati da violazioni o disallineamenti rispetto a norme morali e sociali oppure valori storicamente definiti, e la norma sociale e la normalità del corpo non vanno confusi (Szasz 1961). La conclusione di Szasz era che di fronte a questi "problemi della vita" allo psichiatra o clinico non spettasse un'autorità scientifico-medica sul paziente, ma solo la possibilità di un aiuto umano, a livello personale<sup>5</sup>. Si tratta di una forma di eliminativismo rispetto al concetto di malattia mentale, che si riduce o a condizione di vita indesiderabile, oppure a malattia neurologica. Come nota lo psichiatra Peter Zachar, l'eliminativismo di Szasz va a coincidere in questo secondo corno del dilemma con quello di chi ritiene che la mente e i suoi concetti vadano ridotti metafisicamente ed epistemologicamente al cervello e ai suoi concetti (Zachar 2000).

---

<sup>5</sup> Si veda anche Laing (1961) sulla schizofrenia.

Il dibattito contemporaneo in filosofia della psichiatria analitica nasce in parte da una reazione a queste idee (il disturbo mentale è solo politica o chimica, quindi, come tale, non esiste), e come necessità di legittimare e auto-legittimare la psichiatria come scienza. La strada più diretta per opporsi all'eliminativismo di Szasz (la malattia mentale non esiste) e all'estremo costruttivismo sociale di pensatori come Foucault o Laing (la malattia mentale è uno strumento di controllo sociale) è quella di mostrare che i termini teorici della psichiatria – i disturbi mentali specifici, come “depressione maggiore” e “schizofrenia”, sono analoghi a quelli delle altre scienze in una concezione realista: denotano generi naturali.

### 3.2 Generi naturali ed essenzialismo

Una caratterizzazione minimale della nozione di genere naturale (*natural kind*) è la seguente: un'uniformità esistente in natura, almeno in parte indipendente dalla nostra classificazione, e che permette l'induzione e la proiezione di conoscenza, sia dal particolare al generale, che dal generale al particolare (Bird and Tobin 2017). La domanda sui generi naturali in psichiatria è da porre in questa forma: i disturbi mentali specifici sono generi naturali in linea di principio? E se sì, di che tipo? Aggiungo “in linea di principio” per distinguere la questione, che qui illustro, da quella più specifica, ovvero se DSM-5, che permette circa 172 diverse diagnosi di disturbo mentale tramite criteri diagnostici<sup>6</sup>, sia o meno una classificazione adeguata. È necessario tenere le due domande distinte, perché si può sostenere – e diversi filosofi lo fanno – che i disturbi mentali siano generi naturali in linea di principio, ma che l'impostazione del DSM vada modificata (Cooper 2014, Murphy 2006).

L'idea che i disturbi mentali specifici siano generi naturali corrisponde a una posizione realista: i termini teorici della psichiatria si riferiscono a qualcosa “là fuori” che cerchiamo di scoprire e spiegare. Nella visione realista del senso comune, i generi naturali sono ciò che viene classificato dalle scienze naturali e che permette a queste di essere esplicative e predittive: se so dalla chimica<sup>7</sup> che una certa porzione di materia è piombo,

<sup>6</sup> McCarron (2013). La precisazione “circa” indica la possibilità di ottenere più diagnosi utilizzando la dicitura “Disturbo non altrimenti specificato”, e le varietà di uno stesso disturbo. Il numero aumenta se consideriamo le categorie generiche come “Disturbo di personalità”.

<sup>7</sup> Sui generi naturali in chimica al di là della visione del senso comune si veda Spezia (2017).

posso prevedere come reagirà con altri elementi e in varie circostanze. Se i disturbi mentali, almeno in linea di principio, sono generi naturali, allora non sono etichette storico-politiche per dominare gli indesiderati, e la psichiatria può essere esplicativa e predittiva, e a pieno diritto scientifica: questa è l'intuizione che rende importante la domanda relativa ai natural kinds. Più specificamente – introducendo la nozione di causalità –: se la schizofrenia o il disturbo di personalità borderline sono generi naturali, possiamo pensare di cercare e trovare meccanismi che danno conto della loro eziologia e interventi farmacologici che ne cambiano il decorso, che si possono plausibilmente applicare a tutti o alla maggioranza dei casi diagnosticati (Craver 2009; Woodward 2008; Kincaid e Sullivan 2014). Inoltre, usando il vocabolario della psicologia scientifica, dire che un certo termine teorico, ad esempio “disturbo di personalità borderline”, corrisponde a un genere naturale è uno dei due modi di operazionalizzare la nozione di costrutto valido (un buon concetto, diremmo intuitivamente). L'altro approccio alla validità (meno esplicitamente realista) è quello psicometrico, in cui la validità del costrutto dipende dalla consistenza interna, alla predittività e alla validità fattoriale (Zachar 2014, 75).

Una delle varianti della nozione di genere naturale è quella essenzialista, secondo la quale i membri di un kind hanno un'essenza o insieme di proprietà comuni necessarie e sufficienti per l'appartenenza al genere, che ne spiegano le altre proprietà, e la categorizzazione (in questo caso, la diagnosi) è di tipo sì/no, e non ammette gradazioni. La principale posizione essenzialista sui disturbi mentali è sostenuta da uno dei protagonisti più attivi del dibattito contemporaneo, lo psicologo e assistente sociale Jerome Wakefield. A Wakefield si deve l'ispirazione per la definizione di disturbo mentale che figura nelle prime pagine del DSM-5: un disturbo mentale è una condizione interna dell'individuo che riflette una disfunzione del comportamento della sfera cognitiva, affettiva o relazionale, e che generalmente provoca danno alla persona. “Danno” è un termine valutativo, non puramente descrittivo, e in letteratura sui disturbi mentali viene di solito operazionalizzato come dolore e disagio (distress) (ad esempio il dolore di un depresso) e disabilità (ad esempio, l'incapacità di uno schizofrenico di mantenere un posto di lavoro). La componente essenzialista di questa definizione è nella disfunzione: per ogni disturbo mentale, argomenta Wakefield, ci deve essere un meccanismo preposto ad assolvere una certa funzione (ad esempio, la regolazione dell'umore o del ritmo sonno-veglia), e che non lo fa sistematicamente. Per Wakefield è l'evoluzione o la storia di un meccanismo che determina la sua funzione fissando lo standard di normalità, ma ci sono molte discussioni sulla

possibilità di caratterizzare tramite l'evoluzione della specie le nostre funzioni mentali e la loro stabilizzazione – ad esempio, evolutivamente, per la specie, l'aggressività sessuale e la mancanza di empatia potrebbero essere decisamente vantaggiose. Ma tralascio la questione della caratterizzazione delle funzioni mentali (rimandando ad Amoretti 2015), per tornare al motivo per cui Wakefield sostiene che un disturbo mentale deve in linea di principio avere un'essenza, identificata con il meccanismo disfunzionale. La ragione è nella necessità di distinguere i disturbi o malattie vere e proprie dalle condizioni che derivano da situazioni socio-economiche o personali svantaggiose. Uno degli esempi classici di Wakefield è l'anorgasmia femminile: non è un disturbo se la donna ha una relazione psicologicamente insoddisfacente, o umiliante, o si deve prostituire, oppure non ha avuto la possibilità di conoscere il proprio corpo per tabù religiosi o altro; è invece un disturbo se esiste un meccanismo psicologico o percettivo-emotivo interno che non funziona adeguatamente, nonostante vi siano accettabili condizioni relazionali di contorno (Wakefield 1987). Analogamente, il disturbo depressivo in quanto disfunzione di qualche meccanismo psicologico o psicobiologico andrà distinto dalla tristezza per una condizione di vita difficile – povertà, solitudine, disoccupazione – che è una reazione normale e anzi adattiva della quale non la medicina, ma la società dovrebbe occuparsi rimuovendone le cause. Questo tipo di ragionamento rende interessante la posizione di Wakefield, ma non la ripara dalle obiezioni di sostanza che diversi filosofi e psichiatri continuano a sollevare: che senso ha fare della disfunzione una condizione definitoria del disturbo mentale, se conosciamo pochissimi meccanismi disfunzionali per le singole patologie? L'evoluzione è davvero la migliore guida alla comprensione dei meccanismi mentali?

### 3.3 Generi naturali senza essenze

Molti ritengono che il concetto di genere naturale non si applichi ai disturbi mentali se adottiamo una caratterizzazione essenzialista, (Zachar 2014, Kendler, Zachar, Craver 2011, Haslam 2014, Cooper 2005, Kincaid e Sullivan 2014). Consideriamo il modello medico forte della psichiatria, in cui l'obiettivo è spiegare la natura di una certa condizione passando dalla sua manifestazione clinica al meccanismo che la produce e al biomarker<sup>8</sup>. L'esempio più semplice da emulare, tratto dalla medicina non psichiatrica, sono le malattie infettive, con il passaggio dal piano dei sintomi e prognosi

---

<sup>8</sup> Vedi sopra, nota 2.

all'identificazione dell'agente patogeno, ad esempio un virus o batterio. Oggi sappiamo che il morbo di Parkinson risulta da una degenerazione della trasmissione della dopamina nei gangli basali; spiegazioni analoghe dovrebbero essere trovate, secondo questo modello, anche per depressione, schizofrenia, disturbi di personalità, eccetera. L'intuizione anti-essenzialista è che nemmeno nel pieno successo del modello medico forte si arriverà alla scoperta di essenze per le malattie psichiatriche. Anche per le condizioni per cui è possibile individuare un agente o quantomeno un meccanismo patogeno, come l'Alzheimer, il morbo di Parkinson o la sifilide, la correlazione del meccanismo con l'insorgenza del disturbo sarà comunque altamente mediata da altri fattori (altri meccanismi genetici, biochimici, psicologici, condizioni socioeconomiche ed esperienziali) che lo renderanno lontano dall'essere condizione necessaria e sufficiente per la malattia. In questo stesso senso la componente genetica o epigenetica di tanti disturbi mentali (schizofrenia, disturbi dello spettro autistico) e di tratti psicologici precursori di condizioni cliniche (ad esempio la mancanza di empatia), su cui vertono molte ricerche in corso, sarebbe non un'essenza, ma un fattore tra tanti che possono caratterizzare un disturbo: ogni singolo gene o tratto psicologico aumenta solo di poco la possibilità che un certo disturbo si sviluppi (Kendler 2005). Per analoghe ragioni si può sostenere che anche la TBC non abbia un'essenza, pur avendo un agente patogeno scatenante, e che quindi in generale tutte le malattie non siano generi essenzialisti (Zachar 2000).

Ma non è necessario essere essenzialisti per sostenere che i disturbi mentali sono *natural kinds*. La filosofia della scienza ci mostra che i generi naturali in biologia, zoologia, medicina non si possono definire tramite un'essenza comune. Ad esempio, in biologia ci può essere differenza genetica e fenotipica all'interno della stessa specie (Hull 1965). Tra le caratterizzazioni che si possono usare in questi casi c'è quella che viene dalla cluster analysis in statistica: un insieme di tecniche che permettono di raggruppare le unità di una stessa popolazione sulla base della loro similarità in termini di valori assunti da certe variabili, in questo caso tratti di personalità o sintomi. Idealmente, questo permette di suddividere la popolazione in modo che unità facenti parte dello stesso gruppo siano fra loro molto simili, mentre unità facenti parte di gruppi diversi siano fra loro molto dissimili. Anche senza condivisione di tratti necessari e sufficienti, questa somiglianza risulta essere una base induttiva adeguata per la proiezione di conoscenza che vogliamo dal genere naturale (Boyd 1999). Secondo la filosofa della scienza Rachel Cooper (2005) un disturbo mentale può essere considerato un genere naturale in questo senso

di cluster di proprietà – ad esempio, ci sono diversi tratti e sintomi che la popolazione clinica dei depressi tende ad avere, benché non ci sia un sintomo o tratto presente in tutti.

Cooper si pone anche un altro problema rilevante per la tesi che i disturbi mentali siano generi naturali. Come si accennava nel primo paragrafo, anche senza accettare gli argomenti del movimento antipsichiatrico, diversi psichiatri e filosofi sostengono che per caratterizzare un disturbo mentale come tale sia necessario uscire dal piano puramente descrittivo e fare riferimento a un sistema di valori. Il DSM-5 definisce il disturbo mentale come una condizione dell'individuo che riflette una disfunzione del comportamento della sfera cognitiva, affettiva o relazionale e che generalmente provoca danno alla persona (APA 2013, 20). Qui "danno" è un termine non puramente descrittivo, ma che fa riferimento a standard valoriali (la depressione rende peggiore l'esperienza individuale, il disturbo borderline rende difficile la vita di relazione, e così via). Indipendentemente dal fatto che questa sia o meno una definizione adeguata e utile, essa riflette l'intuizione secondo cui caratterizzare qualcosa come malattia implica almeno implicitamente giudicarlo come male, in base a standard di norme e valori. Possiamo parlare ancora di genere naturale per i disturbi mentali anche in presenza di norme e valori? Diversamente, si potrebbe dire, le specie biologiche, per quanto entità complesse e non essenzialistiche, sono caratterizzabili in termini puramente descrittivi. Per risolvere la tensione Cooper (2005) propone questa analogia. Le piante che chiamiamo "erbacce" appartengono a varie specie (gramigna, cardo, papavero, eccetera), ciascuna delle quali ha un posto nella classificazione dei vegetali in base alle sue proprietà di aspetto, diffusione, riproduzione eccetera. Nondimeno, rispetto al nostro scopo di coltivare grano o altro, sono piante indesiderabili e le categorizziamo come erbacce (malerbe). In questo caso una proprietà valutativa (essere un'erbaccia) viene attribuita a partire da proprietà oggettive, ma anche a partire dai valori del coltivatore. Il papavero resta comunque un genere naturale, pur appartenendo anche a una classificazione valutativa (quella delle erbacce). Anche il genere che chiamiamo "erbaccia" è un genere naturale, nella misura in cui ha proprietà proiettabili (resistenza delle sementi, ampia diffusione, possibilità di danneggiare le colture, eccetera), quindi funziona come base per l'induzione, e permette generalizzazioni legiformi. Come "erbaccia", così "disturbo mentale" non è il nome di un genere naturale, perché è definito in termini di valori, ma le singole condizioni che appartengono alla categoria dei disturbi mentali possono essere generi naturali, così come lo sono le piante che appartengono alla categoria valutativa delle erbacce. Se il

ragionamento per analogia di Cooper regge, in questo senso non essenzialistico si può sostenere che i disturbi mentali siano generi naturali le cui caratteristiche possono essere scoperte dalla ricerca psichiatrica, e al contempo ammettere che il fatto di considerarli come malattie dipenda in qualche misura da considerazioni di valore.

Non tutti i filosofi e psichiatri sono d'accordo con la soluzione di Cooper al problema di spiegare come i disturbi mentali possano essere generi naturali, pur non avendo essenze. Lo psicologo Nick Haslam sottolinea la differenza tra le condizioni che chiamiamo "disturbo mentale" e sostiene un'idea pluralista: ci sono (almeno) cinque diversi tipi di condizioni da considerare. In ordine dalla meno alla più simile all'idea classica di genere naturale, troviamo innanzitutto la macro categoria delle condizioni dimensionali, caratterizzate da un certo tratto o insieme di tratti – ad esempio la mancanza di empatia e l'aggressività – che può assumere valori incrementali lungo una scala sulla quale il clinico deve porre una soglia sostanzialmente convenzionale per discriminare il patologico dal non patologico. Questa categoria sembra appropriata per i disturbi di personalità, che intuitivamente si trovano su un continuum rispetto alle condizioni subcliniche. Troviamo poi i generi pragmatici, in cui la soglia è in qualche modo validata da un test esterno, come il rischio di mortalità, oppure un test di capacità (si pensi ai disturbi da dipendenza da alcool o droghe, che dopo una certa soglia, appunto, entrano nel novero delle malattie). Successivamente troviamo i generi fuzzy, cioè i generi naturali come cluster di cui parla Cooper – sono fuzzy perché non avendo proprietà definitorie, ammettono un'appartenenza per gradi. Haslam poi considera che alcuni disturbi mentali possano essere generi discreti, cioè categorie con confini netti dati da proprietà necessarie e sufficienti, e addirittura generi naturali con essenze, nel caso si scoprisse un'etiopatogenesi abbastanza robusta (Haslam 2014, 17-20). Il punto di Haslam è che se siamo di fronte a una certa condizione patologica, non possiamo dire a priori (da filosofi "in poltrona") se si tratta di un genere naturale, di una condizione dimensionale o altro: è una questione empirica, che le ricerche sperimentali devono affrontare, cercando le cause (indagine meccanicista) e valutando la somiglianza tra chi ne soffre (epidemiologia, studi tassonomici e clinici).

Un'ulteriore questione relativa ai generi naturali in psichiatria, sollevata da Haslam, riguarda i nostri concetti di disturbo mentale – i concetti sono le nostre rappresentazioni mentali delle cose, quindi in questo caso si tratta non di cosa siano le psicopatologie, ma di come tendiamo a pensare ad esse. La psicologia mostra che tendiamo ad essere essenzialisti in molti domini (quando pensiamo all'acqua, ai cavalli e alle zebre, ad esempio) e così

anche in psicopatologia (Medin e Atran 1999, Flanagan e Blashfield 2007). Diversi studi mostrano che concepire un disturbo mentale come una categoria con essenza – una proprietà che tutti i membri hanno – aumenta la stigmatizzazione e l'autostigmatizzazione di chi ne soffre, ovvero i comportamenti di esclusione, pregiudizio, paura, che portano poi emarginazione sociale e anche abbandono delle terapie e del rapporto di cura da parte dei pazienti. Questo perché l'idea che una persona depressa o bulimica abbia un'essenza – tipicamente, l'idea mitica di “un gene” – in quanto depressa o bulimica, ne sottolinea la differenza con chi è “sano”, e soprattutto l'impossibilità di cambiare (Haslam 2011, Kvaale et al. 2013). Naturalmente le valutazioni su ciò che sia meglio socialmente o moralmente non possono guidare la nostra metafisica, cioè non possono cambiare il fatto che i disturbi mentali siano o meno generi naturali essenzialisti (che, come si è detto, è plausibilmente falso ed è comunque una questione empiricamente aperta); tuttavia possono farci riflettere sulla comunicazione e sulla descrizione più appropriata di queste condizioni al pubblico dei non esperti.

### **3.4 “*Human kinds*” e antirealismo moderato**

Come si è detto brevemente, c'è una corrente di pensiero antipsichiatrica che vede, e soprattutto ha visto in passato, la malattia mentale come un mito che nasconde categorizzazioni politiche motivate da ragioni di potere ed esclusione sociale. Le posizioni eliminativiste (nel caso di Szasz discusso sopra) e socio-costruttiviste (nel caso di Foucault, ad esempio) sono forme di antirealismo riguardo ai termini teorici della psichiatria, e come altre forme di antirealismo trovano una difesa nell'argomento chiamato “induzione pessimista” in filosofia della scienza: dato che molti concetti teorici impiegati in passato si sono rivelati non validi, non possiamo essere certi che quelli che usiamo oggi siano adeguati. In particolare, ci sono molti esempi di concetti teorici in psichiatria che sono stati abbandonati – molte categorie diagnostiche sono risultate obsolete - perché scientificamente inadeguati o palesemente legati a questioni di controllo sociale. Esempi eclatanti sono la drapetomania, malattia dei neri schiavi che li portava a tentare la fuga (Cartwright 1851), e l'omosessualità, che era classificata tra i disturbi nel DSM fino al 1973 (Bayer 1981, Spitzer 1981). Ci sono anche casi più sfumati e ancora discussi, come il disturbo da personalità multipla, di cui si scatenò un'epidemia negli Stati Uniti attorno al 1950, con pazienti che sembravano compiacere il terapeuta ostentando un cambiamento di

nome e identità durante il dialogo, e successivamente producendo ricordi di abusi subiti nell'infanzia (Paris 2012). In generale condizioni come il disturbo premestruale (Figert 2017) e il disturbo da desiderio femminile ipoattivo, ma anche gran parte dei disturbi sessuali (Singy 2010), risentono del clima sociale, culturale e politico in cui la comunità scientifica si trova. Questo, per un antirealista, è una base induttiva sufficiente per affermare che tutte le categorie diagnostiche sono alla fin fine costruzioni culturali.

Una posizione di antirealismo moderato è quella del filosofo della scienza canadese Ian Hacking, che ha introdotto la nozione di human kind o genere umanistico per designare le categorie studiate dalle scienze umane: ad esempio i disoccupati, il ceto medio, i millennials o, come spiega Hacking, i bambini abusati e in generale tutte le categorie che vengono dalla diagnosi di disturbo mentale. Come i generi naturali gli human kind forniscono una base induttiva e possono quindi essere oggetto di ricerca e previsione, ma diversamente dalle specie animali o vegetali o dagli elementi chimici dipendono intrinsecamente da una nicchia storico-sociale. Nel caso specifico dei disturbi mentali, Hacking sostiene che il disagio prende le forme che la società e la cultura incoraggia, e quindi ha natura contestuale e transitoria (transient). L'esempio che porta ne *I viaggiatori folli* (Hacking 1998) è la fuga dissociativa, illustrata dal caso di Albert Dadas nella Francia di fine Ottocento. Impiegato occasionale in un'azienda del gas, Dadas sviluppa una sindrome che ha i seguenti sintomi: inizialmente avverte un'aura poi viene spinto a camminare o viaggiare compulsivamente. Durante il viaggio ha amnesie selettive, soprattutto riguardo alla propria identità e destinazione, al ritorno sente sofferenza per la propria condizione. Riceve una diagnosi di fuga dissociativa, e in seguito diversi casi analoghi vengono riscontrati in Francia e in Europa. Secondo Hacking l'esempio è generalizzabile: un disturbo mentale ha bisogno dell'equivalente di una nicchia ecologica perchè si sviluppi, di una comunità medica che lo riconosca e di una società che identifichi certi comportamenti come salutari e funzionali e certi altri no. La Francia del 1890, con la polizia che pattugliava le strade e una certa rigidità sociale, era l'ambiente perfetto in cui situare un disturbo a metà tra l'epilessia e l'isteria. Ai giorni nostri anoressia nervosa e disturbi d'ansia sembrerebbero favoriti. C'è da notare, come critica all'idea di Hacking, che non è vero che la fuga dissociativa è scomparsa dalla nostra società al mutare delle condizioni, anzi, la prevalenza (diffusione) è sempre la stessa, circa dello 0,2% della popolazione (la schizofrenia è tra lo 0,2% e il 2%), e inclusa nel DSM dal 1980, è tuttora studiata (Raval et al. 2015).

Una seconda caratteristica degli *human kind*, e quindi dei disturbi mentali, che secondo Hacking li differenzia dai generi naturali comunque intesi, è la produzione di un effetto *loop* o automodifica (Hacking 1995). L'idea è che gli esseri umani rispondono alla classificazione modificando il loro comportamento. Classificare qualcuno come "affetto da dipendenza da alcol" può indurlo a prendere provvedimenti; classificare un bambino come affetto da disturbo autistico può modificare considerevolmente il suo impegno negli studi, eccetera. Non così per la classificazione degli oggetti, ovvero non c'è modificazione nelle rocce ignee o nei *boletus edulis* per effetto dell'essere categorizzati come tali. La nozione di effetto *loop* è cruciale per comprendere la stigmatizzazione e l'autostigmatizzazione associata alla diagnosi psichiatrica, di cui si è parlato nel paragrafo precedente. Tuttavia, un conto è l'effetto di una categorizzazione, un conto è la metafisica della categoria: come ha notato Cooper, anche "diabetico" e "sieropositivo" sono etichette che producono cambiamenti in chi le riceve, e nondimeno il diabete e l'AIDS sono generi naturali nel senso non essenzialista illustrato nel Capitolo 2; dunque l'argomentazione di Hacking non è conclusiva per mostrare che gli *human kind* siano metafisicamente differenti (Cooper 2004).

#### 4. Bibliografia

- Aimola Davies A. M., Davies M., 2009, «Explaining pathologies of belief», in Broome M.R., Bortolotti L. (eds.), *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*, Oxford, Oxford University Press, pp. 285-326.
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publications (DSM-5: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, trad. it. di M. Biondi, a cura di M. Maj, Milano, Raffaello Cortina, 2014).
- Amoretti M. C., 2015, *Filosofia e medicina*, Roma, Carocci.
- Amoretti M.C., Lalumera E., (forthcoming), «A Potential Tension in DMS-5: The General Definition of Mental Disorder vs. Some Specific Diagnostic Criteria», *Journal of Medicine and Philosophy*.
- Bayer R., 1981, *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*, Princeton, Princeton University Press.
- Bird A., Tobin E., 2017, «Natural Kinds», in Edward N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2017 Edition), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/natural-kinds/>>.

- Bolton D., 2000, «Alternatives to disorder», *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7, 2, pp. 141-153.
- Bortolotti L., 2010, *Delusions and other irrational beliefs*, Oxford, Oxford University Press.
- Bortolotti L., 2015, «The epistemic innocence of motivated delusions», *Consciousness and cognition*, 33, pp. 490-499.
- Boyd R., 1999, «Homeostasis, species, and higher taxa», in Wilson R. (ed.), *Species: New Interdisciplinary Essays*, Cambridge, The MIT Press, pp. 141-185.
- Campaner R., 2016, «Mechanistic Models and Modeling Disorders», in Ippoliti E., Sterpetti F., Nickles T. (eds.), *Models and Inferences in Science*, Springer International Publishing, pp. 113-132.
- Campbell J., 2008, «Causation in psychiatry», in Kendler K., Parnas J. (eds), *Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology, and nosology*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, pp. 196-216.
- Cartwright S., 1851, «Report on the diseases and physical peculiarities of the Negro race», *The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, 7, pp. 691-715.
- Castiglioni M., Laudisa F., 2015, «Toward psychiatry as a ‘human’ science of mind. The case of depressive disorders in DSM-5», *Frontiers in Psychology*, 5, 1517, pp. 1-12.
- Charland L. C., 2006, «Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders», *Journal of personality disorders*, 20, 2, pp. 116-125.
- Compton W. M., Guze S. B., 1995, «The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis», *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 245, 4, pp. 196-201.
- Cooper R., 2004, «Why Hacking is wrong about human kinds», *The British journal for the philosophy of science*, 55, 1, pp. 73-85.
- Cooper R., 2005, *Classifying madness* (Vol. 86), Dordrecht, The Netherlands, Springer.
- Cooper R., 2009, «Is Psychiatric Research Scientific?», in Broome M., Bortolotti L. (eds.), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*, Oxford, OUP, pp.13-28.
- Cooper R., 2014, *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*, London, Karnac Books.
- Craver C. F., 2009, «Mechanisms and natural kinds», *Philosophical Psychology*, 22, 5, pp. 575-594.
- Figert A., 2017, *Women and the ownership of PMS: The structuring of a psychiatric disorder*, New York, Routledge.

- Foucault M., 1961, *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique* (Vol. 169), Paris, Plon (trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1963).
- Fulford K. W., Davies M., Gipps R., Graham G., Sadler J., Stanghellini G., Thornton T. (eds.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*, Oxford, OUP, 2013.
- Fulford K. W., Stanghellini G., Broome M., 2004, «What can philosophy do for psychiatry?», *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3, 3, pp.130-135.
- Gifford F., 2011, *Philosophy of Medicine*, Oxford, Elsevier.
- Hacking I., 1995, «The looping effects of human kinds», *Causal cognition: A multidisciplinary debate*, 12, pp. 351-394.
- Hacking I., 1998, *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illness*, University Press of Virginia (trad. it. *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, Roma, Carocci 2004)
- Hacking I., 1999, *The social construction of what?*, Harvard, Harvard University press.
- Haslam N., 2011, «Genetic essentialism, neuroessentialism, and stigma: commentary on Dar-Nimrod and Heine», *Psychological bulletin*, 137, 5, pp. 819-824.
- Haslam N., 2014, «Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing», in Kincaid H., Sullivan J. (eds.), *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, Cambridge (MA), The MIT Press, pp. 11-28.
- Hull D., 1965, «The Effect of Essentialism on Taxonomy: Two Thousand Years of Stasis», *British Journal for the Philosophy of Science*, 15, pp. 314-326.
- Insel T. R., 2014, «The NIMH research domain criteria (RDoC) project: precision medicine for psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, 171, 4, pp. 395-397.
- Jaspers K., 1913, *Allgemeine psychopathologie: ein leitfaden für studierende, ärzte und psychologen*, Dordrecht, Springer (trad. it. *Psicopatologia generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1965).
- Kendell R. E., 1975, «The concept of disease and its implications for psychiatry», *The British Journal of Psychiatry*, 127, 4, pp. 305-315.
- Kendler K. S., 2005, «Toward a philosophical structure for psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, 162, 3, pp. 433-440.

- Kendler K. S., 2012, «Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology», *Molecular psychiatry*, 17, 1, pp. 11-21.
- Kendler K. S., 2016, «The nature of psychiatric disorders», *World Psychiatry*, 15, 1, pp. 5-12.
- Kendler K. S., Zachar P., Craver C., 2011, «What kinds of things are psychiatric disorders? », *Psychological medicine*, 41, 6, pp. 1143-1150.
- Kincaid H., Sullivan J. A., 2014, *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, Cambridge, MA, The MIT Press.
- Kincaid H., Sullivan J. A., 2014, *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, Cambridge, MA, The MIT Press.
- Kuhn T. S., 1970, *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd ed. Chicago, University of Chicago Press (trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 1972).
- Kupfer D. J., Regier D.A., 2011, «Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5», *American Journal of Psychiatry*, 168, 7, pp. 672-674.
- Kvaale E. P., Haslam N., Gottdiener W. H., 2013, «The ‘side effects’ of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma», *Clinical psychology review*, 33, 6, pp. 782-794.
- Laing R. D., 1960, *The divided self*, London, Tavistock (trad. it. *L’Io diviso*, Torino, Einaudi, 1969).
- Lalumera E., 2016, «Saving the DSM-5? Descriptive conceptions and theoretical concepts of mental disorders», *Medicina & Storia*, 9, pp. 109-128.
- Lalumera E., Amoretti M.C., (in stampa), «Psichiatria e neuroscienze cognitive: la proposta di Dominic Murphy», *Sistemi Intelligenti*.
- Lemoine M., Darrason M., Richard H., 2014, «Where is philosophy of medicine headed? A report of the International Advanced Seminar in the Philosophy of Medicine (IASPM)», *Journal of evaluation in clinical practice*, 20, 6, pp. 991-993.
- Malatesti L., McMillan J., 2014, «Defending psychopathy: an argument from values and moral responsibility», *Theoretical medicine and bioethics*, 35, 1, pp. 7-16.
- McCarron R. M., 2013, «The DSM-5 and the art of medicine: Certainly uncertain», *Annals of internal medicine*, 159, 5, pp. 360-361.
- Medin D. L., Atran S., 1999, «Introduction», in Medin D. L., Atran S. (eds), *Folkbiology*, Cambridge, The MIT Press, pp. 1-16.

- Murphy D., 2005, «The Concept of Mental Illness – where the Debate Has Reached and Where It Needs to Go», *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 25, 1, pp. 116-132.
- Murphy D., 2006, *Psychiatry in the scientific image*, Cambridge, MA, The MIT Press.
- Murphy D., 2009, «Psychiatry and the concept of disease as pathology», in Broome M., Bortolotti L. (eds.), *Psychiatry as cognitive neuroscience*, Oxford, Oxford University Press, pp. 103-117.
- Paris J., 2012, «The rise and fall of dissociative identity disorder», *The Journal of nervous and mental disease*, 200, 12, pp. 1076-1079.
- Ratcliffe M., 2008, *Feelings of being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford, Oxford University Press.
- Ratcliffe M., 2014, *Experiences of depression: A study in phenomenology*, Oxford, Oxford University Press.
- Raval C. M., Upadhyaya S., Panchal B. N., 2015, «Dissociative fugue: Recurrent episodes in a young adult», *Industrial Psychiatry Journal*, 24, 1, pp. 88-90.
- Sartorius N., 1988, «International perspectives of psychiatric classification», *The British Journal of Psychiatry*, Supplement, 1, pp. 9-14.
- Singy P., 2010, «What's wrong with sex?», *Archives of Sexual Behavior*, 39, 6, pp. 1231-1233.
- Spezia R., 2017, «Filosofia della chimica», *APhEx. Portale italiano di filosofia analitica* 15. On-line: <http://www.aphex.it/index.php?Temi=557D03012202740321040205777327>.
- Spitzer R. L., 1981, «The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues», *American Journal of Psychiatry*, 138, 2, pp. 210-215.
- Szasz T., 1961, *The myth of mental illness*, New York, Harper & Row.
- Wakefield J., 1999, «Mental disorder as a black box essentialist concept: The concept of disorder: Evolutionary analysis and critique», *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, pp. 465-472.
- Whitley R., 2012, «The antipsychiatry movement: dead, diminishing, or developing?», *Psychiatric Services*, 63, 10, pp. 1039-1041.
- Woodward J. F., 2008, «Cause and Explanation in Psychiatry: An Interventionist Perspective», in Kendler K. S., Parnas J. (eds.), *Philosophical issues in psychiatry: Explanation, phenomenology, and nosology*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, pp. 132-195.

- Zachar P., 2000, «Psychiatric disorders are not natural kinds», *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7, 3, pp. 167-182.
- Zachar P., 2014, «Beyond Natural Kinds: Toward a Relevant Scientific Taxonomy in Psychiatry», in Kincaid H., Sullivan J. (eds.), *Classifying Psychopathology: Mental kinds and natural kinds*, pp. 75-104.

---

**APhEx.it è un periodico elettronico, registrazione n° ISSN 2036-9972. Il copyright degli articoli è libero. Chiunque può riprodurli. Unica condizione: mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da [www.aphex.it](http://www.aphex.it)**

Condizioni per riprodurre i materiali --> Tutti i materiali, i dati e le informazioni pubblicati all'interno di questo sito web sono "no copyright", nel senso che possono essere riprodotti, modificati, distribuiti, trasmessi, ripubblicati o in altro modo utilizzati, in tutto o in parte, senza il preventivo consenso di APhEx.it, a condizione che tali utilizzazioni avvengano per finalità di uso personale, studio, ricerca o comunque non commerciali e che sia citata la fonte attraverso la seguente dicitura, impressa in caratteri ben visibili: "www.aphex.it". Ove i materiali, dati o informazioni siano utilizzati in forma digitale, la citazione della fonte dovrà essere effettuata in modo da consentire un collegamento ipertestuale (link) alla home page [www.aphex.it](http://www.aphex.it) o alla pagina dalla quale i materiali, dati o informazioni sono tratti. In ogni caso, dell'avvenuta riproduzione, in forma analogica o digitale, dei materiali tratti da [www.aphex.it](http://www.aphex.it) dovrà essere data tempestiva comunicazione al seguente indirizzo ([redazione@aphex.it](mailto:redazione@aphex.it)), allegando, laddove possibile, copia elettronica dell'articolo in cui i materiali sono stati riprodotti.

In caso di citazione su materiale cartaceo è possibile citare il materiale pubblicato su APhEx.it come una rivista cartacea, indicando il numero in cui è stato pubblicato l'articolo e l'anno di pubblicazione riportato anche nell'intestazione del pdf. Esempio: Autore, *Titolo*, <<[www.aphex.it](http://www.aphex.it)>>, 1 (2010).

---