

Perché non dovremmo cercare una definizione di “disturbo mentale”

Elisabetta Lalumera

Università di Milano-Bicocca

elisabetta.lalumera@unimib.it

Abstract Do we need a definition of the concept of mental disorder in terms of necessary and sufficient conditions? In this paper I agree for a negative answer, after providing a brief account of the debate in the philosophy of medicine and psychiatry, and examining the practical and conceptual reasons that have brought philosophers and psychiatrists for having one in the DSM-5.

Keywords: Definition, Mental Disorder, Disease, DSM-5, Concepts

Received 1 September 2017; accepted 24 November 2017.

0. Introduzione

I disturbi mentali sono malattie del corpo, della mente, della persona, o della società? Su cosa o su chi si deve di conseguenza intervenire per fare stare meglio chi soffre di depressione, schizofrenia, o bulimia? Questo è il problema centrale della filosofia della psichiatria. Ma il problema così posto è intrattabile, finché non abbiamo reso chiari tutti i termini; e non è ovvio che, alla fine della chiarificazione, il problema avrà ancora la stessa forma: l'idea guida della filosofia della psichiatria di tradizione analitica si può riassumere così. In questo articolo intendo fornire una panoramica su una delle questioni più dibattute, ovvero la definizione o caratterizzazione di disturbo mentale. Il punto che vorrei mettere in luce è che, sebbene una chiarificazione e una validazione empirica dei concetti di disturbo mentale sia essenziale – sia per la filosofia della psichiatria, ma anche e soprattutto per la psichiatria – non lo è una *definizione* del concetto sovraordinato di disturbo mentale in termini di condizioni necessari e sufficienti.

Nella prossima sezione riassumo le linee principali del dibattito sul concetto di malattia in filosofia della medicina, mostrando prima la rilevanza teorica del dibattito, e successivamente le posizioni naturalista e normativista (Cf. §1.1), e la proposta “ibrida” di Jerome Wakefield (Cf. §1.2), che è stata adottata nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA 2013). Nella terza sezione considero criticamente le ragioni per avere una definizione di disturbo mentale, e sostengo che non sono conclusive.

1. Il concetto di malattia in filosofia della medicina

Prima di affrontare la questione di cosa sia un disturbo mentale, e se vada o meno definito, questo paragrafo introduce il dibattito sul concetto di malattia in filosofia della medicina, che come disciplina autonoma nella sua forma recente nasce proprio come ricerca di una definizione del concetto sovraordinato di malattia (e di salute). Il dibattito si è sviluppato a partire dal 1960 circa in Europa e Stati Uniti, da un lato in concomitanza con il nascere della *Evidence Based Medicine* (SACKETT *et al.* 1996), che ha portato la medicina a ripensare la propria metodologia come scienza sperimentale, dall'altro in parte in risposta alle filosofie critiche della società e delle istituzioni, e alla sociologia della scienza, che miravano a mostrare le influenze dell'economia, della politica e quindi del potere sulla medicina come scienza, ma soprattutto come istituzione di cura.

Si può dire che da un lato il senso dell'indagine sui concetti di malattia e salute in filosofia è puramente teorico: si tratta di chiarire i fondamenti concettuali della scienza medica, che in medicina vengono presupposti nella ricerca e nella pratica, ma non discussi all'interno del paradigma – analogamente la filosofia della matematica si occupa del concetto di numero, mentre i matematici *usano* i numeri. Ma per alcuni filosofi c'è anche una motivazione che ha a che fare con gli aspetti sociali e pratici della medicina, cioè la cura e la sanità nel suo complesso: l'idea è che senza una visione del concetto generale o sovraordinato di malattia – oltre ai concetti specifici delle varie patologie – non si possano prendere responsabilmente certe decisioni in ambito sanitario. Se l'obiettivo primario della medicina è la salute dell'individuo umano – ricorda ad esempio il filosofo Lennard Nordenfelt – occorre chiedersi che cosa si intenda esattamente per salute e quindi a quale obiettivo specifico dovrebbe tendere l'attività clinica e sanitaria:

[q]ueste non sono solo questioni accademiche, ma anche pratiche e di rilevanza etica. Le conseguenze sul piano sanitario divergono considerevolmente, non solo in termini economici ma anche di formazione, a seconda che la salute venga intesa come felicità, idoneità al lavoro, oppure unicamente come assenza di patologie rilevanti nel corpo e nella mente (NORDENFELT 2007: 5; trad. nostra).

Un'ulteriore motivazione pratica e non solo teorica che sostiene l'opportunità di un'indagine sul concetto sovraordinato di malattia è la necessità di discriminare in casi controversi ciò che è malattia da ciò che non lo è:

classificare una certa condizione come una malattia è qualcosa che porta con sé importanti conseguenze, specialmente per l'individuo in tale condizione. Dal momento che la classificazione di una condizione come una malattia non è una questione frivola, nemmeno il chiarimento filosofico di quali siano i confini esatti del concetto di malattia sarà una questione frivola. La filosofia non può curare le malattie, ma può certamente *curare l'attribuzione inappropriata di malattia* (REZNEK 1987: 11; corsivo nostro).

Mentre certe patologie da infezione batterica o virale sono casi poco controversi, ci può essere discussione quando la condizione in sé non dà problemi immediati, ma sappiamo che può portarne alla luce delle ricerche correnti. Si pensi ad esempio all'ipercolesterolemia, l'ipertensione e l'osteoporosi, oppure, in ambito oncologico, al carcinoma duttale in situ: sono malattie da trattare, o condizioni che mettono l'individuo in una certa classe di rischio rispetto a un evento negativo

(rispettivamente patologie cardiovascolari, fratture, e il cancro al seno)? (GIFFORD 2011: 14, SCHWARTZ 2014). Se la nozione di rischio entra nel concetto di malattia, dovremmo rispondere affermativamente.

D'altra parte ci sono condizioni il cui rischio in questo senso è inesistente – le disfunzioni erettili, l'infertilità femminile in età avanzata di per sé non pongono l'individuo in una classe di rischio più sfavorevole rispetto alla sopravvivenza – e per le quali però c'è richiesta di trattamento, e ricerca farmacologica. Quale idea di salute viene qui presupposta, se le consideriamo malattie? In questi casi sarà un'idea molto ampia di salute, come quella ormai storica adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità a partire dal 1948: la salute è uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità (WHO 1946). Certamente si tratta di un ideale da tenere come meta, ma presa letteralmente, questa definizione mostra che raramente ciascuno di noi può dirsi in salute (LUCAS & LLOYD 2005).

Una concezione diversa, necessariamente più restrittiva e meno centrata sulla percezione del benessere è invece implicita nei regolamenti legislativi degli enti che si fanno carico delle prestazioni sanitarie, come il Sistema Sanitario Nazionale in Italia e, in paesi come Stati Uniti o Svizzera, le assicurazioni che rimborsano i trattamenti: per questi enti il discrimine tra malattia e salute coincide con quello tra obbligo e non obbligo di presa in carico economica, e generalmente coincide con quella implicita nell'uso della clinica medica (BOORSE 2011, DANIELS 2007). Di conseguenza un sistema sanitario nazionale come quello italiano non si fa carico dei trattamenti di chirurgia estetica, anche se aumentano il benessere della persona, e l'interruzione volontaria di gravidanza non è rimborsata da alcune assicurazioni; oggi, però, si discute in Italia dell'inclusione della fecondazione assistita tra le prestazioni gratuite per il cittadino. In tutti questi ambiti, si può sostenere, l'analisi dei concetti di salute e malattia realizzata *prima* dell'insorgere dei casi controversi può avere una funzione etica e pratica, oltre che teorica.

1.1 Naturalismo e normativismo

Veniamo all'illustrazione riassuntiva del dibattito su salute e malattia. Dal punto di vista concettuale, in filosofia della medicina oggi c'è sufficiente consenso nell'accettare la distinzione, tratta dalla sociologia, tra *disease* (malfunzionamento fisiologico o lesione diagnosticati dall'esperto), *illness* (stato di malessere percepito come indesiderabile dall'individuo) e *sickness* (stato di inabilità riconosciuto dalla società nel suo complesso) (TWADDLE 1994). Una condizione come il morbillo è tipicamente riconosciuta sia dal medico come *disease*, sia dal soggetto come stato debilitante o di sofferenza, sia dalla società, che riconosce a chi vi è soggetto certi diritti (di cura, o di astensione dal lavoro) nonché certe limitazioni all'azione (se è un bambino, non potrà andare a scuola). Ma le tre dimensioni del concetto di malattia ci permettono di descrivere casi più complessi: ad esempio una gravidanza (non a rischio) può essere vissuta come *illness* da una donna, e come *sickness* dalla società che le riconosce di conseguenza alcuni diritti, senza però essere uno stato patologico (*disease*); un'allergia al polline è una condizione patologica, è soggettivamente indesiderabile, ma di solito non ha il valore sociale di malattia, perché non consente l'astensione dal lavoro (quindi *disease* e *illness*, ma non *sickness*); ci sono infine stati la cui categorizzazione come *disease* dipende dall'attribuzione di una soglia o parametro da parte della comunità scientifica, come l'obesità, l'ipercolesterolemia, la sordità, i tumori, ma la cui dimensione di *illness* e *sickness* è invece spesso indipendente da questa attribuzione – un obeso o un sordo si può trovare

perfettamente bene nella propria condizione, nonostante la diagnosi di un problema fisico e, in qualche caso, nonostante la stigmatizzazione sociale; viceversa chi ha alterazioni patologiche asintomatiche deve curarsi e può astenersi dal lavoro anche se non ha ancora nessun malessere fisico.

A parte questa convergenza sulla distinzione tra *disease*, *illness* e *sickness*, il dibattito sulla malattia in filosofia della medicina è diviso tra posizioni naturaliste (BOORSE 1975; SCHRAMME 2007), e normativiste (o costruttiviste) (NORDENFELT 2001, 2007, FULFORD 1989, 2001; REZNECK 1991). In sintesi, per un naturalista la malattia indica una classe di fatti oggettivi a proposito del corpo umano, e quindi il concetto ha una definizione in termini scientifici e descrittivi. Per un normativista, invece, classificare una condizione come malattia consiste essenzialmente nell'attribuire ad essa indesiderabilità, danno o disagio; queste nozioni non sono descrittive e oggettive, ma dipendenti dal giudizio di una comunità umana in una certa epoca storica, e ne riflettono i valori. Per chiarire: anche il naturalista ammette che la malattia così come è descritta dalla scienza medica venga poi anche valutata negativamente, e abbia quindi a che fare con le norme, le preferenze e i valori, ma ritiene che descrizione e valutazione siano indipendenti, e soprattutto che una definizione puramente oggettiva e descrittiva sia possibile e fondamentale.

In generale, la distinzione tra fatti e valori, o tra normativismo e naturalismo attraversa un po' tutte le discipline filosofiche, dall'etica alla semantica alla filosofia morale e legale; se di un concetto si fornisce un'analisi puramente fattuale si sarà anche disposti a dire che applicarlo porta a giudizi veri o falsi, e anche epistemicamente giustificati oppure non giustificati dall'evidenza; mentre per i concetti normativi ("è bello", "è desiderabile", "è doveroso") non si parla di solito di verità e falsità né di evidenza, e l'accordo o il disaccordo sull'applicazione non ha a che fare solo con i dati di cui si dispone. Inoltre, anche se non necessariamente, i concetti normativi proprio per la loro dipendenza da standard contestuali, sociali o temporali non hanno condizioni di applicazione universali, bensì relative (il bello per l'arte greca non è il bello per l'arte egizia, e così via). Queste considerazioni sulla natura del disaccordo e sul relativismo possono dare l'idea della rilevanza della discussione.

Vediamo ora le due posizioni principali nel dibattito su salute e malattia. Il naturalismo considera primario l'aspetto fisiologico della malattia rispetto a quello personale e sociale, e quindi il concetto di *disease* rispetto a *illness* e *sickness*. La malattia è prevalentemente caratterizzata come *disfunzione* rispetto alla normalità delle varie parti dell'organismo. La definizione più nota e discussa in ambito analitico è quella del filosofo Christopher Boorse, che la presenta come tratta dall'uso linguistico in patologia medica (ma anche come criterio per decidere i casi incerti, quindi con una posizione ambigua tra descrizione e prescrizione). Boorse presenta una "teoria biostatistica della salute": data una classe di riferimento (tipicamente, sesso-età) un individuo è in completa salute quando tutti i suoi organi funzionano normalmente, cioè dato un ambiente statisticamente normale, forniscono come minimo il loro contributo statisticamente normale alla sopravvivenza dell'individuo o della sua specie. Viceversa, la malattia è il non funzionamento, o funzionamento sotto soglia, di uno o più parti dell'organismo (BOORSE 1977). L'organismo umano si può considerare come un sistema complesso con una gerarchia di scopi, in cui al livello più alto ci sono la riproduzione e la sopravvivenza; la funzione di una parte del sistema (apparato, organo, cellula, gene, eccetera) è il contributo causale tipico che tale parte fornisce rispetto allo scopo del

sottosistema rispetto a cui è considerata. La fisiologia medica e la biologia spiegano e descrivono i sottosistemi dell'organismo umano e le loro funzioni normali in senso empirico-statistico, così come, ad esempio, si può descrivere il motore di un'automobile nelle sue parti e sottoparti dal punto di vista funzionale.

Per la teoria biostatistica la nozione di scopo dell'organismo e dei suoi sottosistemi è puramente oggettivo-descrittiva e quindi non ha a che fare con giudizi di valore: che la malattia sia anche una condizione negativa non rientra nella definizione del concetto, ovvero, la malattia sarebbe tale anche se nessuno la considerasse indesiderabile, o possibile oggetto di cura. In effetti seguendo alla lettera la definizione di Boorse è già così, senza cercare scenari controfattuali: secondo la concezione biostatistica siamo tutti portatori di malattia perché chiunque di noi, sottoponendosi ad esami di laboratorio continuativi e approfonditi, troverà praticamente sempre qualche disfunzione in atto, anche solo "la morte di una cellula" (NORDENFELT 1987: 28). Certamente con questo la concezione biostatistica "iperpatologizza" la vita umana, ma non esclude che ci siano stati patologici (malattie) clinicamente ed essenzialmente irrilevanti per l'individuo, cioè *diseases* senza *illness* – patologizzare infatti non è ancora "medicalizzare", nel senso deterioro del termine (SCHRAMME 2007). Secondo Boorse l'uso del concetto di malattia da parte del patologo (e non del clinico, o dell'amministratore sanitario) resta quello fondante ed esplicativo rispetto agli altri impieghi, ma poi saranno necessari altri parametri per discriminare le patologie clinicamente e socialmente rilevanti.

La definizione di Boorse ha almeno due vantaggi esplicativi. Primo, è generalizzabile a tutti gli organismi (di tutte le specie, compresi animali e piante) e a tutti i tipi di malattia: quello che si richiede è che l'organismo e i suoi sottosistemi siano passibili di una descrizione in termini di parti e di obiettivi gerarchizzati, in cui sopravvivenza e riproduzione sono al vertice. Secondo, permette di inserire il concetto fondamentale della teoria e pratica medica alla pari dei concetti della fisica, chimica, biologia, eccetera (la salute e la malattia, in questa prospettiva, sono aspetti oggettivi del mondo come il numero atomico e la valenza delle molecole), in vista di un ideale di scienza unificata.

Altri filosofi invece ritengono che *nessuna* caratterizzazione oggettiva del concetto di malattia possa essere mai sufficiente. L'idea è espressa chiaramente in questo passo di Peter Sedgwick:

[a]l di fuori dei significati che l'uomo volontariamente attribuisce a certe condizioni, non esistono malattie o condizioni patologiche in natura [...]. La frattura del femore di un settantenne non ha, nel regno naturale, più significato dello staccarsi di una foglia dal suo ramo in autunno...Nel suo interesse autocentrato e antropocentrico, l'uomo ha scelto di considerare malesseri e malattie quelle circostanze naturali che rendono più veloce la morte (o il mancato funzionamento secondo certi standard) di un numero limitato di specie biologiche: l'uomo stesso, i suoi animali da compagnia e da allevamento, e le piante che coltiva per utilità o piacere (SEDGWICK 1973: 30-31, trad. nostra).

Da questo tipo di critica si sviluppano le concezioni normativiste, secondo le quali non esiste malattia se non rispetto a una società con i suoi interessi e valori; in generale, solo rispetto a una situazione ideale della persona umana nel suo complesso, così come è valutata in un certo periodo storico, possiamo capire perché l'osteoporosi, il diabete o l'infezione da candida, tra tutte le possibili condizioni del corpo, sono malattie.

Una proposta normativista è quella di Bill Fulford, psichiatra e filosofo inglese (FULFORD 2001; FULFORD 1989): la salute è in ultima analisi la piena possibilità di *azione intenzionale* – un concetto tratto dalla filosofia dell’azione, che comprende una gamma che va dal più semplice atto, come alzare una gamba o mangiare un frutto, fino al più complicato, come svolgere un lavoro. La *illness* o malattia soggettiva è quindi definita come uno stato di impedimento all’azione o alla sensazione, in cui la persona umana nel suo complesso è limitata nella realizzazione del proprio volere. Solo in questa prospettiva, e rispetto al valore della libertà d’azione, si possono poi individuare le malattie come *disease*, cioè le condizioni del corpo che sono a monte dell’impedimento all’azione in quanto cause, e che interessano la patologia medica e la clinica. Qui il concetto di *illness*, che è valutativo e fa riferimento al senso di malessere della persona, è primario rispetto a *disease*; in questa prospettiva dire di qualcuno che è, ad esempio, cardiopatico significa attribuirgli una valutazione anziché descriverlo oggettivamente: ci sono azioni che per questo non può compiere.

Un’altra analisi normativista è quella di Lennar Nordenfelt (NORDENFELT 2006, 2001), che ha definito la salute come capacità di un individuo di raggiungere i propri obiettivi vitali, che riguardano non solo la sopravvivenza e la riproduzione, ma anche il benessere relazionale e sociale, e la possibilità di svolgere un lavoro corrispondente alle proprie abilità. Qui nuovamente la malattia come *disease* è lo stato o processo organico che il medico deve trovare e curare per rimuovere la causa della *illness* del paziente, che è concettualmente primaria. Una nota dello stesso Nordenfelt coglie la differenza tra la sua definizione e quella di naturalista di Boorse: per Boorse un cancro è una malattia perché compromette il funzionamento di un organo, per Nordenfelt (come per Fulford) perché compromette il benessere complessivo di un individuo. Il punto di vista primario qui non è quello del patologo, bensì quello del medico del lavoro, ad esempio, o dell’assistente sociale.

Quali sono gli altri i vantaggi esplicativi di una teoria normativista della salute e della malattia, secondo chi la sostiene? Si potrebbe dire innanzitutto che essa ricalca più da vicino l’*epistemologia* della malattia, cioè, nell’applicazione, l’incontro medico-paziente: si parte di solito dall’anamnesi, che si basa sul racconto dello stato di malessere del paziente (*illness*), si procede con una diagnosi che individua la *disease*, e si conclude idealmente quando il paziente attraverso la terapia prescritta ha ritrovato lo stato di benessere. Tuttavia, una priorità epistemica del concetto di *illness* rispetto a *disease* non va confusa con una priorità metafisica: quello che ci capita di conoscere prima per esperienza non è sempre fondante o costitutivo rispetto a ciò che conosciamo dopo (non spieghiamo il fuoco partendo dal fumo, ma con una teoria della combustione). Inoltre, la priorità della malattia percepita in prima persona non può essere assunta senza qualificazioni neanche dal punto di vista epistemico, perché altrimenti dovremmo escludere le patologie asintomatiche, in cui è il medico, non il paziente, a riscontrare per primo che qualcosa non va. Le teorie normativiste sovrappongono esplicitamente il piano epistemico a quello metafisico, e questa mossa argomentativa non è sufficientemente sostenuta.

Piuttosto, una definizione normativista di salute potrebbe essere preferita perché presuppone un’idea di persona umana la cui realizzazione va oltre la sopravvivenza e la riproduzione – scopi che condividiamo di fatto con molte altre forme di vita terrestre – e dà quindi conto di un’intuizione di statuto speciale dell’essere umano. Non a caso le proposte di Fulford e Nordenfelt sono molto simili alla definizione fornita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità a cui abbiamo accennato sopra: adottano un punto di vista olistico, cioè rivolto al complesso della persona e delle sue

azioni piuttosto che alle sole sue parti interne (fisiologiche). In generale – con il gergo filosofico – se si ritiene che la malattia non sia una *proprietà individuale*, bensì una *proprietà relazionale* dell'individuo inserito in un contesto sociale, politico e ambientale, è più facile argomentare che la società, i soggetti istituzionali e l'ambiente siano *responsabili* della salute o malattia dell'individuo, con ovvie conseguenze sociali e politiche.

Tuttavia, proprio l'andare oltre le caratteristiche naturali condivise da tutti gli individui umani porta le definizioni normativiste a perdere di generalità. Le nozioni in base a cui sono definite malattia e salute in questo quadro, come scopo vitale e libertà d'azione, sono infatti nella lettura standard intrinsecamente relative a circostanze geografiche, storiche e culturali. Gli scopi vitali di un individuo che nasce in una società in cui l'aspettativa di vita media è di 80 anni – una donna italiana, ad esempio, che può decidere di voler ritardare la gravidanza fino ai 45 anni – sono diversi da quelli di chi nasce dove il valore è attorno ai 50; analogamente la libertà d'azione ha spesso a che fare con la religione e la cultura, e può variare drammaticamente se si è parte di un gruppo svantaggiato. Se le teorie normativiste mettono in luce la differenza e la relatività della nozione di salute, esse non sono in grado di fissare uno standard unico che trascenda le variazioni. Avere denti privi di carie è un valore nella nostra società, mentre potrebbe non esserlo presso una tribù Amazzonica preletterata, dove gli scopi vitali sono differenti; nondimeno, la carie dentale provoca dolore e rende la masticazione meno efficiente, e per questo conta come malattia sia in Italia che nel villaggio di capanne amazzonico, e vale oggi così come nell'antico Egitto. Per dare conto dell'aspetto universale e transculturale della malattia e della salute, le teorie normativiste dovrebbero cercare di sostenere che esistono valori condivisi – i diritti umani fondamentali, ad esempio, o l'indesiderabilità del dolore. Ma al di là di questa minima convergenza tra le culture, ciò che gli esseri umani hanno in comune nelle varie epoche e società è un certo tipo di corpo con le sue funzioni fondamentali; così si ritorna però almeno in parte a una concezione naturalista, in cui per definire la malattia si parte da una descrizione della funzionalità organica.

Oltre al problema del relativismo, le definizioni normativiste sono soggette a controesempi. Ci sono condizioni umane come la paura, la tristezza, la povertà o, in alcuni casi, l'etnia o il genere che in certi contesti limitano la persona nel raggiungimento dei suoi scopi e nella sua libertà, e che per questo sono socialmente considerate sfavorevoli. Queste condizioni, in base alla definizione normativista conterebbero come *illness*, ma intuitivamente sono “falsi positivi”: non sono malattie, sebbene ne abbiano i requisiti. Se è così, le definizioni normativiste rischiano di “medicalizzare” o patologizzare una gamma troppo ampia della vita. Simmetricamente e per assurdo, il vantaggio o il plauso sociale di alcune condizioni in certi contesti, come le mutilazioni genetiche per le bambine in alcune culture, o l'obesità come segno di ricchezza nei secoli passati potrebbero risultare, dal punto di vista delle definizioni normative, condizioni di salute in quanto contribuiscono all'integrazione sociale dell'individuo in quel contesto (SCHRAMME 2007).

Concludendo, se da un lato il naturalismo della teoria biostatistica di Boorse ha il “problema della soglia” – decidere quali disfunzioni sono rilevanti come malattie, tra tutte le disfunzioni esistenti, e che cosa conti come disfunzione – il normativismo perde l'universalità, e corre il rischio di relativizzare eccessivamente l'estensione della categoria dei malati a particolari assunzioni di valore. Date queste considerazioni, una versione ibrida di naturalismo, un “naturalismo normativista”, può apparire una soluzione possibile.

1.2. La malattia mentale come disfunzione dannosa

La definizione naturalista ibrida è la proposta di Jerome Wakefield, filosofo e psicologo americano: una malattia o, più genericamente, un disturbo (*disorder*) è una *disfunzione dannosa* (WAKEFIELD 1992, 1999, 2007). Questa posizione intermedia proposta da Wakefield è stata ritenuta dalla comunità scientifica (prevalentemente statunitense) come particolarmente adatta al caso della malattia o “disturbo” mentale, e sviluppata da Wakefield proprio a questo scopo, applicandola a vari casi di disturbi mentali.

Il concetto sovraordinato di disturbo mentale (*mental disorder*) – più generale rispetto ai concetti dei singoli disturbi mentali, come narcolessia, depressione maggiore o disturbo di dimorfismo corporeo – è caratterizzato così nel DSM-5, in un paragrafo apposito dal titolo *Definizione di disturbo mentale*:

[u]n disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comune, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (es. politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l’individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell’individuo, come descritto precedentemente (APA 2013, trad. it.: 22).

Si tratta di una caratterizzazione basata su due componenti, la *disfunzione* e il *danno* (qui espresso dal termine “disagio”); nella versione di Wakefield:

[...] un disturbo [mentale] è una disfunzione dannosa, dove “dannosa” è un termine valutativo, che si riferisce a condizioni giudicate negativamente secondo standard socioculturali, e “disfunzione” è un termine scientifico fattuale, che si riferisce a un difetto [*failure*] del funzionamento biologico. Nella scienza moderna la nozione di “disfunzione” si basa in ultima analisi sulla biologia evoluzionistica e indica in un meccanismo il mancato compimento di una delle sue funzioni naturali selezionate (WAKEFIELD 2007: 149; traduzione nostra).

La proposta di Wakefield, come si nota dal passaggio appena riportato, differisce dalla caratterizzazione adottata nel DSM-5 per l’esplicita assunzione di una concezione evoluzionistica delle funzioni – e quindi ovviamente delle disfunzioni – mentre il manuale non ne fa menzione. Inoltre, la versione del DSM-5 adotta espressioni di cautela: un disturbo mentale “riflette” una disfunzione ed è “solitamente associato” a un danno, mentre per Wakefield “è” una disfunzione ed “è” dannoso. Mettendo queste precisazioni tra parentesi, sia nel caso di Wakefield che del manuale diagnostico e statistico abbiamo a che fare con una concezione del disturbo mentale come “disfunzione dannosa” (*harmful dysfunction view*). Consideriamone gli aspetti generali.

Innanzitutto, come si accennava sopra, si tratta di una definizione naturalista con una componente normativa, o “posizione ibrida” come la descrive lo stesso Wakefield. Uno dei tratti del concetto è oggettivo, descrittivo e non valutativo. Si assume cioè

che la categoria delle disfunzioni dei processi mentali sia indipendente dal nostro giudizio di valore – che esista indipendentemente da noi – come, ad esempio, la categoria dei metalli alcalini o, in botanica, delle Papaveracee: è la natura che determina che cosa è o non è una disfunzione, non noi (anche se noi attribuiamo ad alcune disfunzioni e non ad altre un certo valore negativo – ma questo è il ruolo della seconda componente del concetto). Quindi è in buona parte la natura che determina cosa è o non è un disturbo mentale in quanto disfunzione: noi (la società) giudichiamo quali tra le disfunzioni siano dannose, quindi rilevanti per la ricerca, la clinica e gli aspetti sanitari. Caratterizzare il disturbo mentale con (almeno) una componente oggettiva, secondo Wakefield, allinea la psichiatria e la psicopatologia alle altre specialità mediche:

un'analisi di “disturbo mentale” ha tra i suoi obiettivi principali quello di chiarire e mostrare in che misura sia legittima la posizione della psichiatria che si presenta come una disciplina genuinamente medica e non, come si sosteneva all'interno del movimento antipsichiatrico e altrove, un'istituzione di controllo sociale mascherata da scienza medica. L'approccio alla definizione di “disordine mentale” che appare più rilevante per questo obiettivo è un'analisi concettuale del significato corrente di “disturbo” com'è generalmente inteso in medicina e dalla società nel suo complesso, chiedendosi al contempo se e come questo concetto si applichi all'ambito del mentale. La posizione della psichiatria come disciplina medica dipenda dal fatto che ci siano veri e propri disturbi mentali, nello stesso senso di “disturbo” che si usa in medicina. Qualsiasi proposta di definire “disturbo mentale” in un modo peculiare alla sola psichiatria, che non ricadesse cioè sotto il concetto medico generale, mancherebbe il bersaglio (WAKEFIELD 2007: 150; trad. nostra).

Oltre ad allineare la psichiatria con il resto della medicina, il criterio oggettivo della disfunzione, secondo Wakefield, permetterebbe di discriminare le condizioni mentali patologiche da quelle che esprimono “problemi del vivere”, per usare l'espressione di Thomas Szasz (SZASZ 1960); si pensi ad esempio alla timidezza come tratto del carattere, o al comportamento antagonista di un adolescente verso i genitori. Classificare qualcosa come malattia senza adeguate basi (un “falso positivo”) produrrebbe stigmatizzazione e interferirebbe sulla risoluzione stessa del problema. Nel volume *The Loss of Sadness*, scritto con lo psichiatra Allen Horwitz (HORWITZ, WAKEFIELD 2007), Wakefield riporta i dati (aggiornati al 2007) dell'enorme diffusione di diagnosi di disturbi depressivi nei Paesi Occidentali, stimati dalle proiezioni OMS come la principale causa di invalidità per gli adulti non anziani nel 2020. Gli autori sostengono che molti casi di depressione diagnosticati e curati come tali – con la prescrizione di antidepressivi – sarebbero in realtà comportamenti normali di reazione a eventi avversi (la fine di una relazione sentimentale, il tradimento del partner, una promozione lungamente attesa che non viene ottenuta, il licenziamento, una condanna penale o civile e la conseguente umiliazione). In questi casi la tristezza, l'insonnia o ipersonnia, il disinteresse verso le attività quotidiane e gli altri sintomi che caratterizzano i disturbi depressivi (APA 2013)¹ non sarebbero disfunzionali, se non superano un ragionevole limite di durata:

¹ Nella caratterizzazione del Disturbo Depressivo maggiore del DSM-5 c'è la clausola della “perdita significativa”: se la persona ha di recente subito il lutto di un familiare o intimo amico, ma anche un

è così che i sistemi di regolazione emotiva e cognitiva funzionano. Senza l'idea della disfunzione come discriminazione, conclude Wakefield, ogni tristezza diventa subito malattia, e questo è socialmente e scientificamente indesiderabile.

Inoltre, la clausola oggettiva della *harmful dysfunction view* servirebbe a garantire che la diagnosi di disturbo mentale non sia usata come strumento per discriminare chi ha comportamenti diversi dalla maggioranza o apertamente dissidenti: come si legge nel passo dell'Introduzione del DSM-5 riportata sopra, senza una disfunzione i conflitti sociali non vanno trattati come disturbi. Le discussioni sullo statuto dell'omosessualità che hanno preceduto la pubblicazione del DSM-III (APA 1980), come anche le critiche del movimento antipsichiatrico, che mostravano il legame possibile e spesso reale tra psichiatria e potere di repressione, hanno in parte motivato l'introduzione esplicita di un criterio oggettivo di disfunzione (LAING 1960; SZASZ 1960).

2. C'è davvero bisogno di caratterizzare il concetto sovraordinato di malattia mentale?

La definizione di Wakefield accolta con leggere modifiche nel DSM-5 è bersaglio di numerose critiche, e la letteratura sull'argomento sta diventando molto vasta (AMORETTI & LALUMERA in stampa). Qui vorrei prendere una strada argomentativa diversa dalle obiezioni dirette: credo infatti che sia opportuno chiedersi perché sia necessario avere una definizione, anziché nessuna, e non occuparsi piuttosto di caratterizzare e validare con quanta più precisione possibile i singoli disturbi. In questo paragrafo discuto le ragioni della necessità di una definizione del concetto sovraordinato e del suo impiego come standard per l'identificazione e la classificazione dei disturbi, che sono in parte teoriche e in parte storico-politiche; la mia posizione è che queste ragioni, benché parzialmente convincenti, non sono conclusive: per discriminare il normale dal patologico non è necessario disporre di una definizione a criteri necessari e sufficienti del concetto sovraordinato di malattia mentale, e allo stato attuale delle conoscenze è più adeguata una caratterizzazione aperta; inoltre, il concetto generale di disturbo mentale potrebbe essere astratto dalle caratterizzazioni dei vari disturbi, anziché (in senso inverso) usato come norma, con un uso regolativo, anziché costitutivo, dell'analisi concettuale nei confronti della pratica scientifica.

La mia linea di ragionamento parte da questa considerazione. La *harmful dysfunction view* è una *definizione classica* del concetto sovraordinato di disturbo mentale, cioè una caratterizzazione che indica le proprietà individualmente necessarie e congiuntamente sufficienti per fare parte della categoria in questione. Non esistono disturbi mentali che non abbiano tali proprietà – che non siano disfunzioni dei processi mentali, e non siano valutate come dannose – e non esistono condizioni che pur avendo tali proprietà non siano disturbi mentali. La ricerca di controesempi nell'una o nell'altra direzione è il metodo tipico per criticare una definizione, nella tradizione dell'analisi concettuale.

Come è noto in filosofia e in psicologia dei concetti, specificare un concetto tramite una definizione – l'idea di Platone nei dialoghi socratici – comporta adottare una procedura di categorizzazione che non ammette casi intermedi, eccezioni, né

tracollo finanziario o professionale, i sintomi vanno valutati per la loro appropriatezza, secondo il giudizio del clinico.

revisione dei tratti alla luce dell'incontro con nuovi esemplari. Se da secoli l'analisi concettuale si sforza di trovare definizioni dei concetti chiave delle nostre forme di razionalità, come conoscenza, verità e giustizia, di fatto i casi non banali e immuni da controesempi sono molto controversi, e diversi autori hanno sostenuto che l'assunzione che tutti i concetti siano scomponibili in tratti necessari e sufficienti sia da abbandonare (LALUMERA 2009). Ludwig Wittgenstein (1953) ha sostenuto ad esempio che spesso tra gli elementi di una certa categoria, ad esempio la categoria dei giochi, ci sono "somialtanze di famiglia": non esiste una singola proprietà comune a tutti, ma ciascun membro ha almeno alcune proprietà condivise dagli altri (e in generale più proprietà condivise con i membri della propria categoria che con i membri di altre). L'idea è stata ripresa in psicologia da Eleanor Rosch, che ha proposto su base empirica il modello dei concetti come prototipi, in cui il prototipo o caso "migliore" ha le caratteristiche tipiche che devono essere condivise almeno entro una certa soglia dai membri della categoria (ROSCH *et al.* 1976). Il modello è stato poi affiancato nei decenni successivi dalla teoria degli esemplari, che sostiene che la categorizzazione avviene confrontando un nuovo caso con le caratteristiche dei casi già presenti in memoria, non tipiche ma individuali; le ricerche in corso si allontanano sempre di più dall'idea platonica del concetto come definizione (MCCAFFREY, MACHERY 2012). Perché quindi ritenere che proprio il concetto di disturbo mentale abbia una definizione per tratti necessari e sufficienti, come il concetto di quadrato o di cognato?

Vediamo una prima ragione che potremmo definire socio-teorica. C'è da dire che la filosofia della medicina come disciplina nasce proprio come riflessione sul concetto generale e sovraordinato di malattia, come si è visto nella prima parte di questo articolo. Si potrebbe sostenere, quindi, che come la filosofia della medicina tratta del concetto di malattia, e ne cerca una definizione, così la filosofia della psichiatria si occupa prima di tutto di definire la malattia mentale in termini di tratti necessari e sufficienti, con il procedimento classico dell'analisi concettuale.

Credo che questa osservazione sociologica sulla natura delle due specializzazioni filosofiche sia al momento poco controverso e quasi ovvio; ma c'è un altro punto rilevante. Benché sia chiaro che la filosofia della medicina abbia come centro di interesse la questione della definizione, è altrettanto notevole che di fatto i manuali di medicina di norma non riportino una discussione del concetto di malattia: si tratta di un problema che, nei termini di Thomas Kuhn (1962), resta fuori dalla "scienza normale" per il medico. La stessa osservazione si trova in Karl Jaspers, che osserva che il clinico è del tutto disinteressato a porsi la questione a livello generale di che cosa siano salute e malattia (JASPERS 1913). Invece il DSM-5, che è appunto un manuale diagnostico per gli psichiatri (e non per i filosofi), dedica al concetto sovraordinato di disturbo mentale due pagine intere. La nostra domanda iniziale si può quindi riformulare così: perché la riflessione teorica sul concetto sovraordinato di malattia mentale sembra essere più importante in psichiatria che in altri campi della medicina, e perché non è limitato alla discussione filosofica, ma entra nel paradigma, fino a alla necessità di produrre una definizione all'interno del DSM?

Una risposta possibile è questa: quando parliamo qui di concetto di disturbo mentale, nel contesto della scienza psichiatrica (e non nel parlare comune, o nel metadiscorso della filosofia della psichiatria) ci riferiamo a un concetto teorico, o costruito, che secondo la metodologia sperimentale di derivazione neopositivista deve essere definito o operazionalizzato, cioè ridotto a componenti che fanno riferimento a oggetti e processi misurabili (BRIDGMAN 1927). Un concetto teorico operazionalizzato è diverso dalla rappresentazione psicologica del concetto, a cui ho

accennato prima, ed è plausibilmente diverso anche da ciò che i filosofi chiamano “concetto”: in questo senso è quindi immune dall’obiezione secondo cui la rappresentazione dei concetti non è definizionale. Ad esempio, in un esperimento di psicologia sociale il ricercatore può operazionalizzare tramite una definizione comportamentale il concetto di felicità o di paura per verificare una certa correlazione, ma senza l’ambizione che quel comportamento misurabile sia – intuitivamente – tutto ciò che distingue la felicità da altri stati mentali.

Riguardo a questa possibile risposta rimangono due perplessità. Primo, la definizione proposta nel DSM-5 e da Wakefield propone componenti che non sono completamente misurabili e oggettive – come si è detto, c’è una componente valutativa, quella del danno, di cui parlerò più avanti; quindi non è propriamente una operazionalizzazione nel senso neopositivista e della pratica sperimentale. La seconda perplessità è più importante: perché è importante definire operazionalmente il concetto sovraordinato di disturbo mentale, anziché solo i vari disturbi? È necessario partire dall’ipotesi che ci sia qualcosa che, ad esempio, la dipendenza da tabacco e il narcisismo hanno in comune per trattarli nella ricerca e nella terapia? Non è affatto ovvio che un concetto così astratto, in una teoria finalizzata alla spiegazione e cura di alcuni aspetti patologici del comportamento umano come la psichiatria, debba ricevere un’attenzione speciale, a meno che non sia genuinamente esplicativo.

Una ragione potrebbe essere questa: attraverso tale concetto è la psichiatria stessa che si definisce – appunto, come ricerca e terapia del disturbo mentale – dato che, diversamente da altre branche della medicina, come la pediatria o la geriatria, non è identificata dall’occuparsi di una specifica popolazione demografica, ma non è nemmeno simile a chirurgia generale, radiologia, medicina nucleare o anestesiologia, che si caratterizzano per l’uso di una particolare tecnica o tipo di intervento. In effetti si potrebbe dire che la psichiatria si occupa “un po’ di tutti” e “in vari modi”; se si obiettasse che di fatto si tratta di medicina del cervello, sarebbe a rischio la differenza con la neurologia, mentre il più preciso “neuroscienza clinica” escluderebbe troppa parte della pratica attuale (KINGHORN 2013). Tuttavia, a ben vedere questa si rivela una ragione apparente, perché anche ammettendo quanto sopra, la psichiatria potrebbe definirsi tramite l’elenco dei disturbi mentali specifici (tratto dal DSM, o dall’ICD, o da qualsiasi nosologia accettata), anziché attraverso la difficile ricerca di ciò che hanno in comune: come la scienza che si occupa dal punto di vista della prevenzione, ricerca, diagnosi e terapia dei disturbi elencati in una certa nosologia.

In effetti, proprio l’elenco dei disturbi mentali suggerisce la ragione più interessante a sostegno della necessità di specificare il concetto sovraordinato. I disturbi mentali mostrano tra loro una grande varietà. C’è innanzitutto varietà nel tipo di sintomi, che possono comprendere disturbi della sfera emotiva (depressione, ansia), della volontà (disturbi ossessivo-compulsivi, schizofrenia), della cognizione e percezione (deliri e allucinazioni), dell’empatia (autismo), dell’appetito (anoressia, bulimia), del desiderio (dipendenze, disordini sessuali). Secondo Fulford, Graham e Thornton (FULFORD *et al.* 2006: 10) i sintomi delle malattie non mentali, quando presenti, non sono così variabili, almeno quanto a tipo: si tratta di sensazioni (nausea, dolore, prurito, sonnolenza, eccetera) oppure di problemi di movimento (paralisi, tremori) o di percezione (cecità, sordità, perdita del tatto eccetera).

Oltre alla varietà di sintomi, c’è la varietà di cause degli specifici disturbi mentali. Come vedremo nel capitolo 2 di questo libro, a partire dagli anni Ottanta, cioè dalla pubblicazione del DSM-III, proprio la mancanza di una teoria esplicativa condivisa

tra i vari orientamenti in psichiatria (modello medico, psicoanalisi, eccetera) ha portato a realizzare e ad adottare a livello internazionale classificazioni dichiaratamente ateoriche, basate sulla descrizione, con particolare attenzione a sintomi e prognosi (FIRST, PINCUS 2000; LALUMERA 2016). È in questa prospettiva che viene difesa l'importanza del concetto sovraordinato di disturbo mentale, con una sorta di "argomento del candidato migliore" per risolvere il *problema della demarcazione*, cioè per discriminare le sindromi patologiche dai comportamenti normali, in mancanza d'altro: data una certa caratterizzazione coerente e descrittivamente adeguata di un comportamento o condizione mentale, ovvero, dato un certo costrutto, *che cos'altro* può permetterci di decidere che è, oppure non è, qualcosa di cui la psichiatria deve occuparsi in termini di terapia, ricerca e assistenza sanitaria? Si pensi, seguendo Wakefield, a tipi di comportamento ben descrivibile come l'infedeltà di coppia, che non è mai stata caratterizzata come un disturbo mentale, pur essendo socialmente disapprovata in alcuni ambiti, e all'omosessualità, che lo è stata per lungo tempo, nonché a forme di comportamento aggressivo e non collaborativo negli adolescenti, che sono tuttora in discussione per l'inclusione o esclusione nella nosologia del DSM. Non basta ovviamente la coerenza interna della descrizione di una sindrome; se non si dispone della spiegazione causale o del modello del meccanismo sottostante, che unifichino le varie descrizioni come effetti dello stesso tipo di causa, o di esemplificazioni dello stesso meccanismo, il concetto di disturbo mentale – secondo Wakefield – diventa essenziale per la demarcazione delle condizioni normali da quelle patologiche. Nel caso della caratterizzazione oggi assunta dal DSM-5, e riportata sopra, le condizioni patologiche sarebbero quindi quelle che riflettono una "disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi" mentali, e inoltre provocano "disabilità o danno" all'individuo. In altri termini,

I criteri ateorici servono nella misura in cui aderiscono a una comprensione implicita del disturbo versus non disturbo, che è condivisa dalla maggioranza delle prospettive teoriche e costituisce una base provvisoria per l'identificazione comune dei disturbi per gli scopi della ricerca (Wakefield 2007: 150; trad. nostra).

Si può obiettare che la procedura scientifica standard per eliminare o includere un concetto nella teoria è quello di validarlo con procedure standard, anziché ricondurlo tramite analisi filosofica a caso particolare di un concetto generale. Più precisamente, una diagnosi (o un costrutto teorico) sono *validi* se possono essere confermati da un test indipendente dal criterio diagnostico utilizzato (o dalla descrizione del costrutto) (ROBIN, GUZE 1970). La discussione sulla validità dei concetti dei disturbi specifici elencati nel DSM-5 è molto accesa; il punto che occorre mettere in luce qui è che, secondo Wakefield, proprio i vari test di validità realizzati negli ultimi decenni per migliorare la scientificità delle nosografie in realtà assumerebbero una comprensione implicita del concetto di disturbo mentale. La tesi è quindi che l'analisi concettuale di che cosa sia o non sia un disturbo a livello generale vada presa prima di qualsiasi test empirico sulla validità dei singoli costrutti, come disturbo di personalità narcisistico oppure disturbo reattivo dell'attaccamento:

I test in uso come la devianza statistica, il profilo storico-genetico, la validità predittiva, la discontinuità di distribuzione di Kendell, la validità fattoriale, la validità del costrutto, la co-occorrenza dei sintomi, la risposta ai farmaci, i

criteri di Robins e Guze, l'analisi tassometrica di Meehl, e altri strumenti di questo genere possono identificare un costrutto valido e separarlo da un altro. Ma se un certo costrutto teorico è un disturbo mentale o meno va oltre le capacità del test. Ciascuno dei test in uso viene superato da innumerevoli condizioni, sia normali che non normali [...] sembra che questi criteri empirici forniscano uno standard a sé stante per il disturbo mentale, perché vengono usati in un contesto in cui si assume implicitamente a livello concettuale che i disturbi esistano, e si tratti solo di distinguerli dalla normalità. Questa essenziale assunzione di sfondo a sua volta dipende dall'impiego del concetto di disturbo mentale in modo indipendente da qualsiasi test empirico. Dunque, non c'è possibilità di sostituire il concetto di disturbo mentale come standard ultimo. Nessuno dei nostri approcci empirici funziona senza la garanzia di un'analisi concettuale del concetto (WAKEFIELD 2007: 150; trad. nostra).

In sintesi, l'idea è questa: come la affidabilità di un costrutto usato in una classificazione (*reliability*, o interpersonalità del significato e dell'impiego) non è ovviamente sufficiente per assicurare che il costrutto indichi qualcosa di esplicitamente rilevante, così, quando abbiamo la garanzia che un certo costrutto sia esplicitamente rilevante e "indichi davvero qualcosa" (un *cluster* di comportamenti, con una certa diffusione, con connessioni causali eccetera), non sappiamo *ancora, da questo*, se sia un disturbo mentale o meno: dobbiamo far riferimento allo standard concettuale assunto prima del test di validità. La conclusione di questa argomentazione è che il *golden standard* per i test di validità dei costrutti diagnostici sia, alla fine, il concetto sovraordinato di disturbo mentale, che può quindi avere la funzione di valutare se le classificazioni del DSM e dell'ICD siano adeguate (WAKEFIELD 2007).

È opportuno qui notare che si tratta di un ruolo molto importante riservato alla filosofia della psichiatria, e in particolare all'analisi concettuale: quello di fornire una norma, ancorché implicita, alla ricerca sperimentale, con una direzione *top-down*, dal concetto generale alla specificazione delle sindromi. Se portiamo alla coerenza questa posizione, dobbiamo dire che se una sindrome specifica non rientra nei criteri necessari e sufficienti per cadere sotto il concetto generale di disturbo mentale, nelle sue due componenti fattuale e valutativa, allora non è un disturbo mentale. In effetti, Wakefield (2007, 150-1) cita vari esempi in cui, a suo parere, questa conseguenza dà risultati ragionevoli: è possibile eliminare certi comportamenti criminali dal novero dei disturbi mentali laddove non si trovi una corrispondente disfunzione nei processi mentali del soggetto, la dislessia non è da considerare un disturbo in società preletterate in cui le difficoltà di lettura non siano svantaggiose, e il dolore (per un lutto, ad esempio) è da escludere perché dannoso, ma non disfunzionale.

Storicamente, la ricerca di una definizione del concetto sovraordinato di disturbo mentale ha proprio un collegamento con il problema della demarcazione: la necessità di una giustificazione per includere, ma soprattutto escludere, certi comportamenti dal DSM – in altre parole, per distinguere tra normalità e patologia. Qui è opportuno ricordare il processo che ha portato all'esclusione dell'omosessualità dalla nosologia del DSM (BAYER 1981). Nel 1973 l'American Psychological Association votò a favore dell'esclusione, secondo alcuni anche per effetto del lavoro di esplicitazione del concetto di malattia mentale ad opera del gruppo di lavoro sulla nomenclatura del DSM che aveva a capo lo psichiatra Robert Spitzer, e la definizione di Spitzer era molto simile a quella di Wakefield che oggi è citata nel DSM-5. Non essendo una disfunzione fisica né un danno per l'individuo, l'omosessualità veniva così cancellata dal DSM, con effetti macroscopici sulla pratica clinica; fino all'aperta condanna

della psicoterapia somministrata agli omosessuali che volessero cambiare inclinazione (COOPER 2005: 34).

Il problema dell'inclusione o esclusione di certi tratti del comportamento nel novero del patologico è di primaria importanza sia dal punto di vista politico e sociale, sia da quello della ricerca e terapia. Riconoscere questa importanza significa prendere due impegni teorici: primo, è necessario esplicitare la concezione di disturbo mentale implicita nell'inclusione di un certo *cluster* di comportamenti nella categoria del patologico, secondo, tale concezione deve tenere conto sia della componente fattuale, cioè relativa al funzionamento della mente e dei suoi processi, sia della componente valutativa, riferita alle norme e ai valori di una certa società e tempo storico. Tuttavia – ed è questo il passaggio finale del mio ragionamento – sottoscrivere questi due impegni comporta molto meno che assumere la necessità di una *definizione* del concetto di disturbo mentale. In altri termini, un conto è accettare vincoli sulla categorizzazione (in questo caso, sulla demarcazione del normale dal patologico), un conto è assumere che questi vincoli ammontino ad una vera e propria definizione esplicita del concetto. Si consideri per analogia un esempio volutamente semplice: il guidatore di un'auto in Italia deve avere almeno 18 anni ed essere dotato di patente o documento equivalente; questo pone vincoli all'ammissione nella categoria dei guidatori, e permette di escludere alcuni soggetti e di includerne altri, ma non consiste in una definizione del concetto di guidatore: intuitivamente, non potremmo spiegare a qualcuno che cos'è un guidatore parlando solo di età e patente. Analogamente – concludendo – nel caso dei disturbi mentali, i vincoli avrebbero il ruolo di condizioni necessarie, ma non sufficienti, per caratterizzare la categoria dei disturbi mentali.

Bibliografia

AMORETTI, Maria Cristina (2015), *Filosofia e medicina*, Carocci, Roma.

AMORETTI, Maria Cristina, LALUMERA, Elisabetta (in stampa), «A Potential Tension in DMS-5: The General Definition of Mental Disorder vs. Some Specific Diagnostic Criteria», in *Journal of Medicine and Philosophy*.

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

APA (1987), *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Washington DC.

APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, Washington, DC, American Psychiatric Publications (*DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano 2014).

BAYER, Ronald (1981), *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*, Princeton University Press, Princeton.

BOORSE, Christopher (1975), «On the Distinction Between Disease and Illness», in *Philosophy & Public Affairs*, n. 5 (Autumn 1975), pp. 49-68.

BOORSE, Christopher (1977), «Health as a Theoretical Concept», in *Philosophy of Science*, 44, pp. 542-573

BOORSE, Christopher (2011), *Concepts of health and disease*, in GIFFORD, Fred, *Philosophy of medicine*, Amsterdam, Elsevier, pp. 13-64.

BRIDGMAN, Percy (1927), *The logic of modern physics*, Macmillan, New York.

COOPER, Rachel (2005), *Classifying madness*, Springer, Dordrecht.

DANIELS, Norman (2007), *Just health: meeting health needs fairly*, Cambridge University Press, Cambridge.

FIRST, Michael, PINCUS, Harold (2000), *DSM: Fourth Edition, Text revision*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.

FULFORD, Bill (1989), *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge University Press, Cambridge.

FULFORD, Bill (2001), «What is (mental) disease?: an open letter to Christopher Boorse», in *Journal of Medical Ethics*, n. 27 (April 2001), pp. 80-85.

FULFORD, Bill, *et al.* (2006), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*, Oxford University Press, Oxford.

HORWITZ, Allan, WAKEFIELD, Jerome (2007), *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, Oxford University Press, Oxford.

JASPERS, KARL (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg (*Psicopatologia generale*, trad. di Priori Romolo, Il pensiero scientifico, Roma 1964).

KINGHORN, Warren (2013), *The biopolitics of defining "mental disorder"*, in PARIS Joel, PHILIPS James, a cura di, *Making the DSM-5*, Springer, New York, pp. 47-61.

KUHN, Thomas (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago Press, Chicago (*La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad. di Carugo Adriano, Einaudi, Torino 1970).

LALUMERA, Elisabetta (2009) *Cosa sono i concetti*, Laterza, Roma-Bari.

LALUMERA, Elisabetta (2016) «Saving the DSM-5? Descriptive conceptions and theoretical concepts of mental disorders», in *MEDICINA & STORIA*, n. 8 (2016), pp. 109-128.

LAING, Ronald (1960), *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Penguin, Harmondsworth (*L'io diviso*, trad. di Mezzacapa Davide, Il Saggiatore, Milano 1969).

LUCAS, Kevin & LLOYD, Barbara (2005) *Health promotion: evidence and experience*, Sage, London.

MaCCAFFREY, Joseph, MACHERY, Edouard (2012), «Philosophical issues about concepts», in *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, n. 3 (February 2012), pp. 265-279.

NORDENFELT, Lennart (2001), *Health, science, and ordinary language*, Rodopi, Amsterdam.

NORDENFELT, Lennart (2007), «The concepts of health and illness revisited», in *Medicine, Health Care, and Philosophy*, n. 10 (March 2007), pp. 1-5.

REZNEK, Lawrie (1987), *The Nature of Disease*, Routledge, New York.

ROBINS, Eli, GUZE, Samuel (1970), «Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia», in *American Journal of Psychiatry*, n. 126 (7) (January 1970), pp. 983-987.

ROSCH, Eleanor, MERVIS, Carolyn (1975), «Family resemblances: Studies in the internal structure of categories», in *Cognitive psychology*, n. 7(4) (October 1975), pp. 573-605.

SACKETT, David, *et al.* (2007), «Evidence based medicine: what it is and what it isn't», in *Clinical Orthopaedics and Related Research*, n. 455 (January), pp. 3-5.

SCHRAMME, Thomas (2007), «The significance of the concept of disease for justice in health care», in *Theoretical Medicine and Bioethics*, n. 28 (2), pp. 121-135.

SCHWARTZ, Peter (2014), «Small tumors as risk factors not disease», in *Philosophy of Science*, n. 81 (5), pp. 986-998.

SEDGWICK, Peter (1973), «Illness-mental and otherwise», in *Studies-Hastings Center*, n. 1 (3), 19-40.

SZASZ, Thomas (1960), «The myth of mental illness», in *American Psychologist*, n. 15(2), pp.113-118.

TWADDLE, Andrew (1994), «Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health», in *Linköping: Studies on Health and Society*, n. 18, pp.1-18.

WAKEFIELD, Jerome C. (1992) «The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values», in *American Psychologist*, n. 47 (3), p. 373.

WAKEFIELD, Jerome C. (1999) Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of abnormal psychology*, n. 108, 3, pp. 374-385.

WAKEFIELD, Jerome C. (2007), «The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis», in *World Psychiatry*, n. 6(3), pp. 149-154.

WITTGENSTEIN, Ludwig (1953). *Philosophische Untersuchungen*, (*Ricerche filosofiche*, trad. di Piovesan Renzo, Trincherio Mario, Einaudi, Torino 2006).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1946), «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June», <http://www.who.int/about/mission/en/>