

On the normative possibilities in psychology and psychiatry

Gian Piero Turchi, Filippo Maria sposini

Abstract

Considering an historical link it is possible to show how both the medical and the psychological eyes are direct to a clinical distinction between normality and pathology. By the medical side normality is conceived exclusively from an organic standpoint. By the psychiatric and psychological side instead, the issue becomes extremely more complex. Throughout history several theoretical options have been offered to face the problem. However, from the DSM-III onward, psychiatric nosology has abandoned all theoretical references and by doing so, it loses any theoretical support assuming an ambiguous common sense prospect. All the psychological and psychiatric difficulties in defining a condition of normality can be traced back to an epistemological obstacle that constrains any theoretical attempt to a cultural relativity.

Key words: norm; normality; pathology; mental disorder; epistemology; critics.

· Professor of Clinical psychology and Psychology of cultural differences at the Department of Philosophy, Sociology, Pedagogy and Applied Psychology (FISPPA). Università degli Studi di Padova. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it

· Department of Philosophy, Sociology, Pedagogy and Applied Psychology (FISPPA). Università degli Studi di Padova. E-mail: fsposin@gmail.com

Turchi, G.P., & Sposini, F.M. (2016). Sulle possibilità normative in psicologia e psichiatria [On the normative possibilities in psychology and psychiatry]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 24-40 doi: 10.14645/RPC.2016.2.640

Sulle possibilità normative in psicologia e psichiatria

Gian Piero Turchi, Filippo Maria Sposini

Abstract

In virtù di un legame storico è possibile mostrare come lo sguardo medico e psicologico sia accomunato da un interesse clinico volto alla distinzione tra norma e patologia. Se in ambito sanitario la questione della norma viene ingaggiata entro un versante squisitamente organico, dal lato psicologico-psichiatrico il problema diventa estremamente complesso. Nel corso della storia sono state presentate molteplici opzioni normative racchiuse in tre impostazioni principali ma a partire dal DSM-III, la nosografia psichiatrica abbandona i riferimenti teorici e così la norma si attesta nel senso comune. Le difficoltà conoscitive psicologico-psichiatriche in merito possono essere ricondotte ad un intrinseco impedimento fondativo che costringe qualsiasi tentativo teorico ad una relatività storico-culturale.

Parole chiave: norma; normalità; patologia; disturbo mentale; epistemologia; critica.

· Professore di Psicologia clinica e Psicologia delle differenze culturali presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), Università degli Studi di Padova. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it
· Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), Università degli Studi di Padova. E-mail: fsposin@gmail.com

Turchi, G.P., & Sposini, F.M. (2016). Sulle possibilità normative in psicologia e psichiatria [On the normative possibilities in psychology and psychiatry]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 24-40 doi: 10.14645/RPC.2016.2.640

Introduzione

Potremmo sostenere una banalità: la psicologia non è medicina così come la psichiatria non è né medicina né psicologia. È noto a chiunque come questi differenti domini del sapere cerchino di sostanziare e di sorreggere il proprio operato; un gruppo di professionisti scelti viene preparato, addestrato e considerato valido al fine di spendere il proprio patrimonio nei confronti di un'utenza che in un modo o nell'altro, si presenta all'uscio del servizio auspicando un sostegno. La residenza di questi saperi è sicuramente differente, le aspettative, anch'esse divergono; le strategie e le modalità di aiuto, anche loro non risultano comparabili. Eppure, nei fondali del discorso medico, psicologico e psichiatrico, giace silenziosamente un'opzione di conoscenza, uno stile di osservazione che accomuna nel profondo queste diramazioni disciplinari. Di fronte a tali professioni le indefinite possibilità biografiche si restringono costantemente arrivando ad una condizione limite. L'individualità muta agli occhi dell'operatore divenendo spazio conoscitivo: una superficie di elementi da raccogliere e incasellare minuziosamente. Il discorso dell'utente non cade nel vuoto. Esso viene accolto all'interno di una rete predisposta a catturare con quanta più precisione possibile gli elementi dell'aberrazione, disgiungendoli dalle quieti nozioni del comun vivere. L'armamentario impiegato dai tre ambiti operativi è certamente diverso ma la direzione che guida il conoscere e il praticare può essere ricondotta ad una stessa modalità. La vicinanza tra medico, psichiatra e psicologo non è dunque una prossimità fisica o materiale. L'incontro è da ricercarsi in una modalità d'osservazione, in uno sguardo storicamente costituito, che per il suo mandato e le sue necessità non può dirsi neutrale. Lo sguardo del medico, proprio come quello dell'operatore psicologico e psichiatrico, si offre come uno "sguardo normativo" orientato alla configurazione dell'oggetto di indagine secondo il binomio della norma e della patologia. Esso stabilisce una direzione da percorrere e accetta la distribuzione degli eventi secondo un solo ed unico ordine. Lo spaccato offerto dalla demarcazione tra norma e patologia si offre come vero e proprio "indicatore epistemologico", come impalcatura fondativa che rende possibile l'edificazione dell'intero discorso medico, psichiatrico e clinico (Chomsky & Foucault, 2006/2013). I problemi da porre, i quesiti cui rispondere, si accalcano con foga nell'affrontare una questione finale: il caso che si pone di fronte è nella norma o nella patologia? La risposta a questa domanda avrà una portata immensa. Il "discorso di verità" pronunciato da una parte potrà sovrascrivere con la forza del ruolo quanto offerto dall'altra, andando così a certificare la condizione attuale rendendola in un certo senso, "più reale", di quanto si potesse ritenere. Ed è qui che dobbiamo agganciarci. È proprio in questo spazio di valutazione che dobbiamo soffermarci il tempo necessario per portare avanti un'analisi dettagliata della conoscenza e degli strumenti. Per il credito riconosciuto a questa attribuzione di norma o di patologia – una possibilità che si può cogliere nelle parole del medico, dell'operatore psicologico, e di pochi altri – ci sentiamo obbligati ad un raffronto. Il problema che vogliamo porre non è tanto relativo al "cosa" risponde l'operatore; non ci interessiamo alle particolarità diagnostiche o alle differenziazioni sindromiche. Ciò che preme considerare riguarda il "come" e il "dove" l'operatore può fondare la sua valutazione. L'indagine che si vuole percorrere mira alle "possibilità normative": all'analisi dei fondamenti, della teoria e del metodo a disposizione. Solo in questo modo potremmo render conto delle circostanze che consentono la costruzione di una valutazione normativa che la comunità esige e richiede fondata.

In ambito sanitario, primigenio campo di normatività, l'impostazione odierna che guida la concezione della norma biologica si può facilmente rintracciare nei lavori del medico francese François Broussais. Nella prima metà dell'Ottocento, quando la medicina stava iniziando ad assaporare l'afflato della civiltà come sapere necessario e imprescindibile, il clinico positivista propose di intendere il controverso rapporto tra *physis* e *pathos* come un continuum lineare di singoli segmenti organici alle cui estremità si opponevano una condizione sana e una condizione patologica. In questo modo, si prospettava la possibilità di poter intendere la differenza in modo esclusivamente numerico, facendo riferimento all'emergente disciplina statistica che con i suoi calcoli avrebbe consentito di ottenere dei precisi intervalli numerici rispetto a singole sezioni metaboliche (Canguilhem, 1966/1998). Tali parametri, con le possibilità operative che mettevano a disposizione, sarebbero diventati indispensabili per qualsiasi intento diagnostico. In linea con il dettato di Broussais, la clinica contemporanea dispone di raffinate possibilità normative offerte dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla genetica e così, la questione della norma viene prontamente ingaggiata entro un versante squisitamente organico e statistico (Dianzani, 1991). In medicina è chiaro a cosa ci si riferisce quando si parla di patologia e di norma, quando si usano le locuzioni "ipo" e "iper" per indicare le variazioni di un ente o di un flusso, quando, dove, ed entro che limiti è possibile stabilire questa non facile differenziazione (Larizza & Furbetta, 1987).

Volendo indagare il rapporto tra normalità e patologia volgendoci in ambito psicologico riscontreremmo delle criticità immediate. Psichiatria e psicologia clinica, che per ragioni di fondazione storica si assestano

immediatamente entro una concezione medico-normativa (Foucault, 1961/1963; Zilboorg & Henry, 1941/1963), sembrano concedere al problema della norma e del normale una trattazione da sempre ambigua e secondaria. Ad esempio, nel 1980 in Italia si tenne un simposio specifico sul tema della normalità e della devianza in psicopatologia e la relazione di apertura poneva una questione piuttosto preoccupante:

L'opportunità di approfondire, in senso epistemologico, le nozioni di normalità e devianza è stata dettata da una constatazione che è parsa allarmante: persiste tuttora, non analizzata, una vasta serie di operazioni concettuali e pragmatiche che si collocano e operano 'a valle' di una distinzione fra il normale e l'anormale data come ovvia, come già fatta (da chi? come? perché?); l'esserci stesso di una tale distinzione è già dato per scontato. Una simile presupposizione risulta implicita non solo nelle operazioni della psichiatria e del 'fare' psichiatrico, ma anche nelle operazioni di ricerca e riflessione della psicopatologia, della psicologia e persino dell'epistemologia della psicologia (AA.VV., 1981, pp. 11-12).

Si poteva supporre che l'intero mondo psicologico andasse sostenendo una retorica fondata sulla dualità norma/patologia senza che vi fosse alcuna chiarezza in merito alla distinzione. E ancora più rilevante, c'era ragione di sospettare che gli stessi esperti non sapessero dar ragione delle proprie categorie conoscitive. Infatti, se da una parte abbondavano le affermazioni e i postulati sull'esserci di tale distinzione, dall'altra era assai raro trovare analisi dettagliate che argomentassero come si era arrivati alla demarcazione. La maggior parte delle teorie che comparivano e compaiono nell'universo psicologico portano come riferimento esplicito o implicito, una demarcazione tra normalità e patologia. Costrutti come quelli di "intelligenza", "personalità", "sviluppo", "comportamento" ecc., si adagiano apparentemente senza problemi entro lo sfondo del normale e del patologico. Ma come si è arrivati ad una tale distinzione? Con quale rigore si è giunti a distinguere le forme del "normale" rispetto alle movenze del "morboso"? Sono passati ormai più di trent'anni da quel periodo in cui la psicologia sembrava concedersi alla riflessione epistemologica senza paure e ad oggi, la situazione non sembra affatto cambiata nel suo esito. Infatti la questione fondativa e fondamentale, su come poter concepire la demarcazione tra norma e patologia sembra passare in secondo piano; o meglio, una blanda trattazione in materia sembra giustificarsi considerando il problema come "da sempre irrisolto e irrisolvibile". Da più parti si concorda sul fatto che sarebbe necessario stabilire dei criteri che consentano di smarcare il "normale" dal "patologico", ma allo stesso tempo, si ammette l'insostenibilità dell'impresa senza troppo preoccuparsi delle conseguenze. Una testimonianza di questa situazione critica la cogliamo nelle parole di Mario Maj, già presidente della World Psychiatric Association (WPA) che in un articolo apparso su un'importante rivista di psicologia clinica, mette in risalto le difficoltà cui versa la psichiatria nell'affrontare la distinzione tra casi normali e casi di disturbo mentale. Dopo aver raccolto alcune opinioni critiche sul problema, l'autore commenta:

Il problema è serio: al momento non abbiamo una chiara idea su come fissare la soglia per la diagnosi di alcuni disturbi mentali (in particolare quelli più diffusi nella comunità), e come differenziare tra disturbi e reazioni omeostatiche alle avversità della vita. Dobbiamo affrontare questa situazione con urgenza poiché potrebbe danneggiare la credibilità della nostra disciplina e della nostra professione (Maj, 2007, p. 257, traduzione propria).

Una dichiarazione di intenti che ha trovato ben poco ascolto nei meandri della ricerca psichiatrica e psicologica. Un altro esempio di quanto la questione sembri impenetrabile la troviamo in un recente manuale di psicopatologia clinica dove si riporta quanto la sfocatezza teorica che accompagna qualsiasi criterio di normalità o salute mentale: "Ripropono il mai risolto dilemma di cosa sia normale e cosa sia patologico, essendo ormai chiaro che la sola presenza di sintomi non individua necessariamente uno stato di malattia, né che questo corrisponde strettamente ad un determinato quadro sintomatologico" (Colombo, 2013, p. 13). Un'altra dichiarazione di dubbio rispetto al tema, questa volta dal *Trattato Italiano di Psichiatria*:

Sebbene ognuno abbia un'idea di dove situare un ipotetico confine tra normalità e anormalità di un comportamento, restano in realtà molti dubbi e interrogativi. Tale confine non è delimitabile in modo netto. [...] È molto difficile, se non impossibile, stendere una nomenclatura precisa e ben separata dei pensieri e degli affetti che dovrebbe avere (o non avere) una persona normale in confronto ad una malata (Cassano & Pancheri, 1999, p. 105).

Il normale inquieta psichiatria e psicologia clinica; così capaci e spigliate nella stesura di sempre nuovi disturbi, così caute di fronte alle richieste di un'esplicitazione normativa. Nell'affermare l'alterità e nel vestirla di un gergo sempre nuovo, tali discipline sembrano farsi carico di un'onerosa demarcazione tra norma e patologia; ma

se dal lato del *pathos* la trattazione muove copiosa e incessante, passando al lato della norma, non si osserva la stessa costanza. Ecco dunque comparire una situazione disomogenea ben segnalata da Marianna Bolko (2012) quando afferma che in quanto psicologi e psichiatri: “Siamo esperti lavoratori su ogni singola devianza, sintomo, disturbo, e completamente sprovveduti quando compare, dopo disagi e turbolenze, la pace della ‘normalità’” (p. 46). All’universo dei costrutti psicologici si concede con estrema facilità l’aggettivo di “anormale”, “patologico”, pur senza far riferimento ad una coerente situazione normale. Come possiamo intendere questa situazione? Vediamo di interrogarci in prima battuta sul rapporto tra psicologia e psicopatologia per poi andare ad illustrare le possibilità normative che tanto in psicologia quanto in psichiatria si allacciano a delle proposte teoriche. Da qui osserveremo anche le pretese della recente nosografia interrogandoci sulle profonde lacune normative che sembrano cadere nel dimenticatoio. Concluderemo con delle considerazioni di carattere fondativo sui limiti intrinseci che spettano a qualsiasi tentativo di normatività proposto dalle teorie psicologiche.

Rapporto tra Psicologia e Psicopatologia

In ambito medico la divaricazione tra casi normali e casi patologici va a carico delle discipline fondanti l’impalcatura sanitaria. Nell’anatomia è possibile rilevare le condizioni di forma dell’unità anatomo-funzionale dette normali (AA.VV., 2006); nella fisiologia si colgono le funzioni organiche indicabili come normali (Klinke, Pape, Kurtz, & Silbernagl, 2012); nella genetica si osservano le condizioni di genesi assumibili come normali attraverso consulenza genetica o esame del cariotipo (Campbell & Reece, 2009). Da questi domini di normalità biologica si osserva un rapporto di opposizione lineare con dei rispettivi campi di patologia. Lo sguardo del medico rimbalza costantemente dalla conoscenza della norma alla patologia e dalla patologia alla norma. V’è un’estrema vicinanza tra le due porzioni le quali si situano in un rapporto di continuità teorica, l’una all’opposto necessario dell’altra. La medesima impostazione e piattaforma conoscitiva si può osservare nell’anatomia e nell’anatomia-patologica, nella fisiologia e nella fisiopatologia, nella genetica e nelle patologie ereditarie. Lo sguardo normativo medico osserva e si muove come gli occhi di un arbitro di tennis, da un lato del campo all’altro, confrontando meticolosamente gli aspetti del *physis* per riconoscere ed affrontare le forme del *pathos* (Canguilhem, 1966/1998, p. 171).

Ora, entrando nel campo psicologico-psichiatrico si può cogliere una situazione del tutto differente rispetto a quella medica. La questione che dobbiamo affrontare riguarda il rapporto tra *psicologia* e *psicopatologia*. Un legame disconnesso, contorto e spesso addirittura assente. Lo sguardo normativo dello psicologo o dello psichiatra, al contrario di quello medico, non sembra farsi carico di una tale linearità conoscitiva. Quando si analizzano i rapporti fra psicologia e psicopatologia, l’aspettativa sarebbe quella di osservare nella seconda una sorta di duplicato in chiave negativa della prima, richiamandosi ad un’analogia con le modalità mediche. Tuttavia, si assiste ad una condizione peculiare dove le varie impostazioni teoriche non forniscono una nosografia propria elaborata sulla base della conoscenza di un “quadro psichico normale”. Come veniva riportato già trent’anni or sono dagli psichiatri Turci e Roveroni (1987):

La psicopatologia dimostra una tale diversità nei paradigmi di approccio da rendere estremamente problematico, per non dire impossibile, ravvisare una qualsiasi linea di continuità evolutiva [...]. Le tre direttrici fondamentali della psicopatologia, quella biologica, psicologica e sociale hanno ognuna un proprio linguaggio autonomo e relativamente separato da quello delle altre per cui chiaramente si deve constatare che non esiste una linea che le unisca e le correli (p. 107).

Per poter emulare in modo rigoroso il rapporto lineare che troviamo in medicina, per ogni teoria della psiche, dunque per ogni psicologia, occorrerebbe una psicopatologia dedicata, accostandosi in un rapporto prettamente simmetrico (Turchi & Perno, 2002). Si dovrebbero riconoscere strutture e funzioni identificabili e circoscrivibili che si presentino in un certo modo definibile come “normale”, e sempre queste, sarebbero oggetto di “patologia” qualora venissero rispettati certi criteri di demarcazione di riferimento esposti nella teoria. Una condizione di questo tipo è stata rispettata negli anni di egemonia della psicanalisi, la quale, a partire da una descrizione teorica della psicopatologia (isteria e nevrosi), si è proiettata nella trattazione delle dinamiche e delle istanze psichiche non-patologiche (Freud, 1938/1979). La disgregazione teorica immediatamente successiva ha impedito qualsiasi tentativo di riprendere la comunanza teorica tra norma e patologia (Civita, 1999). Si è progressivamente arrivati ad una cesura conoscitiva che mantiene le argomentazioni della psicologia sensibilmente separate da quelle della

psicopatologia ed è proprio di fronte a questa disgregazione che si sono spalancate le porte dell'ateoreticismo incarnato dal DSM-III in poi (Migone, 1983).

A fronte di tutto ciò, come possiamo intendere dunque, l'utilizzo della norma in psicologia e psichiatria? Da una parte, la questione viene affrontata attraverso le varie impostazioni teoriche che si sono succedute nella storia della psicologia e della psicopatologia (Siciliani, 1979); dall'altra, più recentemente, ci si è mossi sulla scia dello spirito descrittivista facendo riferimento esclusivamente alla nosografia e lasciando a questa l'onere di poter costituire il quadro della "normalità mentale" ad un dato momento (Frances, 2014). Allo stato attuale è possibile tratteggiare tre piste normative principali: una impostazione biologistica, una impostazione psicologista e una impostazione cognitivo-comportamentale. Presenteremo questi riferimenti seguendo un ordine storico-cronologico, iniziando con le prime indagini neurologiche della psichiatria positivista per giungere alle teorizzazioni del comportamentismo riviste in ottica cognitivista. Una volta delineati i confini e le caratteristiche principali di queste, passeremo al vaglio le indicazioni normative rintracciabili nell'ultima edizione del DSM-5 interrogandoci sulle gravi carenze conoscitive.

Impostazione Biologistica

A partire dalla seconda metà del XIX secolo si prospettò una rivoluzione epistemologica per la conoscenza di ciò che già Esquirol chiamava "maladie mentale" (Esquirol, 1838). La nascente psichiatria si accomoda entro lo spirito positivista e si volge verso un tentativo di costringere il nuovo settore del mentale all'interno della neurologia, che al tempo si dimostrava in pieno sviluppo concettuale (Civita, 1996). Per l'impostazione epistemologica adottata, si assegnava centralità alle indagini anatomo e fisio-patologiche per l'identificazione di alterazioni cerebrali correlabili in via definitiva ai quadri sindromici descritti al tempo. La strada da percorrere era segnata dalla possibilità di sostanziare la mente e le sue aberrazioni attraverso le ricche e fruttuose conoscenze dell'anatomia e della fisiologia. L'intento era chiaro: assimilare la psichiatria alla neurologia così da poter esautorare il nuovo continente morboso. In questo modo, la psichiatria sarebbe andata a collocarsi nel pieno delle possibilità sanitarie permettendo alla pratica clinica di fondarsi sulle conoscenze tipiche della medicina.

Questa spinta conoscitiva che mira a tracciare un quadro di norme organiche per poter fondare qualsiasi patologia psichica è tutt'altro che sorpassata. Essa non solo si presenta come la traiettoria normativa più longeva, ma allo stesso tempo, rappresenta oggi il terreno verso cui ci si volge con maggiori speranze.¹ Va sottolineato come tale impostazione, fu la prima vera mossa conoscitiva per la trattazione scientifica delle malattie mentali. Sin dagli albori alienisti, la psichiatria, proprietaria originale della gestione degli alienati, nel richiedere una conoscenza utile che potesse fondare la pratica, si volse immediatamente e spontaneamente verso i solidi domini anatomo-fisiologici (ad esempio con Griesinger, 1867). In principio si è cercato di fondare la malattia mentale sull'impostazione sanitaria rispetto alla norma, cercando di cancellare definitivamente l'aggettivazione "mentale": la psicopatologia nacque solo successivamente, nel "fallimento" del programma organicista nello spendere i domini della norma biologica. Ciò dev'essere continuamente sottolineato: la psicologia esiste in uno spazio d'impossibilità, nei limiti della neurologia, negli ostacoli posti alla spinta organicista. E se un tempo v'era grande attesa per lo sviluppo concettuale della psicologia, oggi sembra che la rotta sia profondamente cambiata per dirigersi ancora una volta verso l'estensione della neurologia (Insel & Cuthbert, 2015). Un'estensione che beninteso, avrebbe come possibile conseguenza l'elisione di qualsiasi *logos* o *iatros* su un'ipotetica psiche (Arango & Fraguas, 2016). Non che questo costituisca un problema di per sé, siamo tutti debitori dell'impostazione medica, ma dobbiamo forse interrogarci sull'adeguatezza e sui limiti della sua estensione (Emiliani & Mazzara, 2015; Malla, Joobar & Garcia, 2015).

L'impostazione biologistica si lega fortemente alla tradizione del secondo Ottocento e costituisce ancora oggi una sostanziale porzione di studio per la ricerca dei riferimenti normativi anatomici, fisiologici e genetici. Il postulato fondamentale è quello di Griesinger, più volte rivisto al ribasso, per cui le malattie mentali sarebbero, in fin dei conti malattie del cervello. Nelle sue estremizzazioni, di fronte ad un supposto quadro morboso viene

¹ A verifica di questo nuovo "ciclo organicista" basta effettuare una ricerca sulle riviste di psicologia clinica, psichiatria e psicoterapia con più alto *impact factor*. La gran parte delle riviste tra le prime venti posizioni si attesta marcatamente su un versante biologistico. Per curiosità, la rivista con più alto IF della categoria prende il nome di *Molecular Psychiatry*: un nome, un programma.

richiesto che si riesca a dimostrare la consistenza organica e fattuale di specifiche lesioni o disfunzioni biologiche generalmente circoscritte nel sistema nervoso centrale e periferico (Giacomini, 2012). L'impostazione biologistica di matrice medica si presenta a tutt'oggi come una cospicua parte nella trattazione dei disturbi mentali: non v'è manuale di psicologia clinica o psichiatria che non riporti delle componenti biologiche di interesse per qualsivoglia disturbo in esame. Tuttavia, a seguito di una inconsistenza di risultati che si rimanda sempre e comunque ad una soluzione prossima, tale impostazione non sembra rivelarsi né necessaria né sufficiente per l'indicazione morbosa; un'impossibilità riconosciuta da tempo anche in psichiatria:

Il criterio della normalità biologica presuppone che a una funzione normale (i processi psichici normali) corrisponda il normale funzionamento biologico dell'organo corrispondente (il cervello e altri parametri di funzionamento dell'organismo). L'applicabilità della norma biologica in psichiatria è limitata per problemi di conoscenza e tecnici (Cassano & Pancheri, 1999, p. 114).

Se nell'anatomia e nella fisiologia avessimo riscontrato dei criteri organici necessari e sufficienti per la spiegazione della patologia psichica, oggi probabilmente non studieremmo né psichiatria né psicologia; ci limiteremmo all'indagine neurologica e saremmo in grado di appellarci al nostro oggetto di indagine con la dizione medica di "patologia", non "psicopatologia", non "disturbo".

I riferimenti normativi offerti da tale impostazione cadono in un "luogo di osservazione" per l'indagine della norma. Questo luogo è in fin dei conti, quello tipicamente medico, ossia "l'unità anatomo-funzionale" già descritta e osservata nelle opzioni morfologiche, funzionali e genetiche. L'operatore psicologico che dovesse farsi carico di una tale impostazione, una volta osservato un gesto degno di sospetto, o nel momento in cui assiste ad un movimento che desta scalpore, volgerebbe lo sguardo verso il corporeo. Lo sguardo normativo poggia sull'ipotesi che le norme anatomiche, funzionali e genetiche siano perfettamente in grado di descrivere e differenziare la norma dalla patologia. Tuttavia, se queste si fossero dimostrate come condizioni necessarie e sufficienti per la trattazione della psiche, con ogni probabilità le impostazioni normative che ci accingiamo a descrivere non avrebbero avuto ragione di esistere.

Impostazione Psicologistica

L'impostazione psicologistica per la trattazione della norma psichica si prospetta con chiarezza a partire dalle teorizzazioni freudiane. Il nuovo nucleo normativo è imperniato sull'ipotesi teorica che il patologico sia l'effetto complesso di una devianza riferita alle norme del mondo psichico interiore. Verso la fine del XIX secolo, inizio XX, si assiste alla vigorosa e clamorosa stesura degli scritti di Freud i quali costituiranno una vera e propria rivoluzione culturale del panorama prima europeo, poi anche nordamericano e mondiale. Ciò che occorre puntualizzare riguarda le possibilità aperte dal medico viennese. Il movimento psicoanalitico porrà le basi per un vero e proprio sfondamento epistemologico consentendo di trasportare definitivamente e senza remore il binomio norma/patologia dall'originaria radicazione organica ad un'ipotetica strutturazione della psiche. Freud, che iniziò ad occuparsi nello studio della psicopatologia con particolare riferimento all'isteria e alla nevrosi formulò un impianto teorico che permettesse la descrizione del mondo psichico, delle sue caratteristiche e delle sue alterazioni (Lis, Mazzeschi & Zennaro, 2007). Al tempo infatti, era già chiaro come l'impostazione biologistica non poteva offrire un contributo sostanziale nell'indagine della patologia psichica e perciò fu tentata la via della speculazione. Non più una spiegazione di tipo organico, bensì un riferimento ad una dinamica e ai significati dello psichico (Federspil, Giaretta, Rugarli, Scandellari, & Serra, 2008). Si prospettava una nuova soluzione conoscitiva che andava ipotizzando una realtà interiore sconosciuta alla dimensione cosciente che non solo si manifestava nei sintomi della nevrosi, ma che era individuabile nella condotta "normale" attraverso l'analisi dei lapsus, dei sogni e dell'umorismo (Freud, 1901/1970). Nella topografia, nella dinamica, nell'economia e nella genetica freudiana, si possono rintracciare le particolarità della patologia, la quale si trova completamente eradicata dal terreno concettuale originario approdando entro una piattaforma squisitamente inorganica.

Agli inizi del Novecento, si aveva a disposizione una teoria affascinante e dettagliata per l'interpretazione della psicopatologia, e poco importava se le cause organiche non potevano essere identificate; si disponeva di un impianto teorico piuttosto coerente, che permetteva il confronto con i quadri sindromici descritti e offriva un'ipotetica eziologia psicologica. Tuttavia Freud, non negò mai la possibilità di una trattazione neurologica

della psicopatologia, anzi, cercò un'integrazione tra neurologia e psicoanalisi (Freud, 1895/1968). Sotto questo aspetto, si possono riconoscere degli elementi in comune con l'impostazione biologistica. La concezione della psiche è pur sempre quella dell'*homo natura*, la norma e la patologia devono esser comunque riferiti ad una dimensione individuale e singolare. L'individuo patologico deve fare i conti con sé stesso, ma questa volta, non occorre immergersi negli interstizi muscolari o nelle masse liquide, ciò che bisogna apprendere sono le pulsioni, le fissazioni, le regressioni (Siciliani, 1979, p. 235).

L'impostazione psicologista annovera un numero incredibilmente alto di teorie: psicoanalisi freudiana (declinata nelle due topiche), adleriana, junghiana, kleiniana, teorie degli psicoanalisti culturali, teorie della psicoanalisi dell'Io, teorie psicologiche non psicoanalitiche, ecc. Partendo da scelte fondazionali differenti i diversi programmi di ricerca si sono radicalmente separati, divenendo a volte inconfrontabili e, in taluni casi, contrapposti se non mutualmente escludentesi (Sanavio, 2011). Ad ogni modo, ciò che si può riconoscere in tutte queste correnti teoriche riguarda l'impostazione squisitamente ipotetica nel definire e stabilire la norma. A partire da Freud si prospettano delle indicazioni normative pronunciabili nella teoria, e in quanto teoriche senza alcun riferimento empirico/percettivo, si aprono le porte per una scissione indeterminata del campo normativo. Anche lo stesso Freud, che fu importante non solo per ciò che disse ma soprattutto per come lo espose, si fece abbastanza blando e vago nel parlare di norma e di normalità. In uno dei suoi ultimi capolavori, *Analisi terminabile e interminabile* del 1937, due anni prima di morire, discutendo lo scopo del trattamento psicoanalitico, svolse le seguenti considerazioni: "L'Io normale è, come la normalità in genere, una finzione ideale [...]. Ogni persona normale è appunto solo mediamente normale" (Freud, 1937/1979, p. 517). Ciò che Freud porta, assume i contorni di un nichilismo dove non v'è mai una condizione di normalità pura e incorrotta; anche le persone che si giudicano o sono valutate normali portano necessariamente la possibilità nevrotica. Affermazione senz'altro ragionevole ma che non ci aiuta ad affrontare il problema (Civita, 2010).

I riferimenti normativi dell'impostazione psicologista offrono un ulteriore luogo di osservazione per l'indagine della norma. Questo luogo cade nell'interiorità del vissuto, nelle strutture, nelle dinamiche, nell'economia e nello sviluppo della psiche. Nella configurazione teorica si offre "un'interiorità individuale". L'operatore psicologista che dovesse farsi carico di una tale impostazione sposterebbe lo sguardo verso le parole, quando queste riflettono una complessa quanto unica dinamica e strutturazione interiore.

Impostazione Cognitivo-Comportamentale

Nei primi anni del XX secolo nel panorama nordamericano viene presentata una nuova e radicale impostazione teorica per la psicologia. L'avvento del *behaviourism* si può concepire solo come una forte controproposta alle speculazioni della psicoanalisi e delle varie declinazioni successive (Marhaba, 2008). Le fondamenta della psicologia non potevano distaccarsi così profondamente dall'empirico come aveva mostrato la psicoanalisi, si sentiva la necessità di uno studio ancorato alle possibilità offerte dalla metodologia di laboratorio e dai procedimenti della statistica. Per far ritorno ai "fatti empirici", ultimo appiglio utile per la psicologia fu quello del "comportamento" inteso come un intreccio determinato di stimoli-risposta (Roncato, 2002). L'oggetto primario della ricerca psicologica non dovevano essere le spinte pulsionali o le istanze psichiche sempre sfuggenti ad un'analisi di laboratorio. Occorreva concentrarsi sui gesti, sui movimenti e sulle attività osservabili e calcolabili. Entro questa impostazione il comportamento (eccolo il percepito!), viene spezzettato in un gran numero di segmenti da spiegare secondo il causalistico imperativo dello stimolo-risposta. Data una risposta Y, assunta come variabile dipendente e un insieme di eventi X, assunti come cause o variabili indipendenti, la ricerca deve mirare a porre in luce eventuali relazioni costanti tra X e Y prescindendo da motivazioni, stati di coscienza, percezioni, emozioni e altri costrutti tradizionalmente psicologici. Assistiamo dunque ad una forte cesura conoscitiva con la precedente impostazione psicologista. Se con Freud la psicologia si volgeva ad una descrizione puramente teorica dell'interiorità psichica, con Watson, Skinner e altri, tutto ciò che poteva essere concepito come interno e nascosto all'osservazione doveva esser bandito dall'indagine. Il focus conoscitivo si sposta, muovendo dall'individuo nella sua complessa realtà interiore, verso l'esterno, verso l'ambiente circostante, inteso come una galassia di incentivi che inducono ad un movimento percepibile. L'osservazione mira alla connessione tra stimoli ambientali e risposte comportamentali, dove i primi si rendono responsabili delle seconde, in un vortice meccanicistico che dà spazio ad un apprendimento. L'ambiente, contrapposto alla figura del singolo, rappresenterà una nuova sorgente conoscitiva per la psicologia, d'ora in poi intenzionata ad elencare le minuzie dei luoghi di vita.

L'incipit comportamentista, sin dagli albori, ha destato l'interesse di molti psicologi clinici orientati soprattutto alla declinazione di Skinner (Hall & Lindzey, 1986). Viene postulato come una tale visione possa descrivere la condizione e lo sviluppo normale, e alla stessa maniera possa essere applicata allo studio e al "controllo" del patologico. In effetti secondo i precetti del comportamentismo, a risultare patologico sarebbe proprio il comportamento, non una qualche psiche. Il morboso si riconosce in un'anomalia nell'apprendimento stimolo-risposta oppure nella messa in atto di condotte "inadeguate" apprese nel corso degli anni; la psiche rimaneva e doveva rimanere una *black box* non conosciuta e non conoscibile quindi non trattabile secondo alcuna norma. Seguendo le argomentazioni di Skinner il comportamento patologico segue gli stessi principi di sviluppo di quello "normale". L'obiettivo del trattamento consisterebbe semplicemente nel sostituire la condotta patologica con una condotta normale, e nel far ciò occorre manipolare direttamente il comportamento.

Skinner non si richiama, a proposito del comportamento anormale, all'azione di desideri rimossi, a crisi di identità, conflitti tra Io e Super-Io o altri costrutti teorici che egli bollerebbe tutti come spiegazioni fittizie. Il suo tentativo consiste invece nel modificare il comportamento indesiderato manipolando l'ambiente circostante, secondo le tecniche del condizionamento operante e rispondente (p. 635).

Col passare degli anni, una visione così radicale del comportamentismo è apparsa come non più sostenibile da teorici ed operatori per cui si è passati ad un'integrazione con il successivo cognitivismo (Gabbard, 2010; Mecacci, 1999). Si arrivò così a considerare gli stimoli ambientali non come delle cause prime per la risposta comportamentale quanto delle informazioni in entrata che contribuiscono ad una strutturazione cognitiva responsabile dell'esito e della qualità dell'output. Questa visione integrata del comportamentismo con il cognitivismo costituisce il centro della terapia cognitivo-comportamentale inizialmente impiegata nel trattamento delle sindromi depressive e dei disturbi d'ansia, estesa poi in vari altri ambiti costituendo ad oggi uno degli orientamenti più scelti dai nuovi operatori. Questa proposta terapeutica si basa su un assunto preciso:

Gli esseri umani elaborano continuamente flussi di informazioni provenienti dall'ambiente sia interno sia esterno. Essi ricevono, decodificano, interpretano, immagazzinano e recuperano informazioni; questa elaborazione dell'informazione gioca un ruolo centrale nell'adattamento e nella sopravvivenza dell'essere umano (Mecacci, 1999, p. 184).

Cosa ci dice l'impostazione cognitivo-comportamentale rispetto alla norma? Che tipo di riferimenti normativi offre? Innanzitutto, nella sua originaria versione, viene affermato come la norma e la patologia non possano riferirsi a conflitti inconsapevoli o a delle ipotetiche istanze interiori. L'unico ambito trattabile è quello del movimento inadeguato, dello spostamento lento o repentino, dello scatto eccessivo. È nelle caratteristiche degli stimoli ambientali o nelle risposte comportamentali che occorre rintracciare l'indicazione per il patologico, non negli stati interni o nelle dinamiche pulsionali. Più che nelle parole, il patologico risiede nei gesti osservabili ad occhio nudo, apparentemente trasparenti allo sguardo dei più. Norma e patologia possono situarsi nell'ambiente, inteso come una costellazione di cause distinte dall'individuo e dalle sue risposte. La norma sta nello stimolo non aversivo, nella giusta dose di sollecitazione, nella calibrazione dei rinforzi negativi; e allo stesso tempo, essa si situa nell'apprendimento di risposte adeguate, di reazioni conformi, di contropartite accettabili. Si gettano le fondamenta per poter intendere il normale e il patologico sullo sfondo di un "adattamento" e di un "disadattamento" alle richieste dell'ambiente circostante: e questa è forse una delle più grandi eredità dell'impostazione cognitivo-comportamentale nei confronti del rapporto tra norma e patologia. In essa infatti, più volte si fa riferimento "all'organizzazione disadattiva" degli schemi cognitivi che nell'attivazione porterebbero ad "un'elaborazione distorta delle informazioni in entrata" (Mecacci, 1999, p. 189). Si possono collocare nella categoria degli "adattati", nuova specie della normalità, coloro che si sono mostrati in grado di rispondere in maniera adeguata agli stimoli dell'ambiente. Al contrario, giungendo nel campo dei "disadattati" ci si avvicina pericolosamente al cospetto del patologico, ove costoro, per quanto si è potuto osservare, non si sono dimostrati capaci di far fronte alle richieste esterne. Al centro del giudizio risiede costantemente l'ambiente: una dimensione tanto diafana quanto cospicua che rappresenta il principio di valutazione, il necessario parametro per l'attribuzione. Si postula una sfocata costante di riferimento per la norma, un contorno che avvolge in modo diverso a seconda dei luoghi di vita, ma che ovunque si presenta come esigente e normativo.

Nell'impostazione cognitivo-comportamentale, frutto della sintesi più o meno coerente tra comportamentismo e cognitivismo, si trova un ulteriore luogo di osservazione per l'indagine della norma. Questo luogo si prospetta, nell'incontro tra richieste dell'ambiente e risposte dell'individuo, in una partita senza interruzioni che vede

l'affronto tra le due parti concepite come irrimediabilmente separate. Nel *confronto con l'ambiente* si apre un nuovo spazio per la trattazione e captazione della norma e della patologia. L'operatore psicologico che dovesse farsi carico di una tale impostazione sarebbe propenso nel volgere lo sguardo verso i gesti, i movimenti, le azioni da intendere come risposte specifiche e qualificate rispetto a degli stimoli esterni.

Norma e Nosografia

Le varie impostazioni normative rispondono di una precisa esigenza. Occorre fornire dei contorni conoscitivi che potessero giustificare una volta per tutte la presa conoscitivo-normativa su quel campo di esperienza che una volta fu follia, poi fu alienazione e in ultimo malattia (Foucault, 1954/1962; 1961/1963; 1999/2000; 2003/2004). A partire da quel momento "zero" che si può rintracciare nella nomina di Pinel come direttore di Bicêtre, ha avvio la ricerca epistemologica che accumuna psichiatria prima e psicologia poi. La domanda cui bisognava rispondere era una, e una soltanto: come si doveva intendere l'alienazione, nuovo spazio di operatività? Inizialmente, si optò per la strada più ovvia e più vicina alle disponibilità sanitarie. Lo studio dell'alienazione passò sotto un'attenta indagine anatomo-fisiologica, così da poter utilizzare i domini della norma biologica per la fondazione della manifesta alterità (Griesinger, 1867; Kraepelin, 1907/1919). Dalla riconosciuta insufficienza dell'impostazione biologistica si aprirono definitivamente le porte per una conoscenza teorica di un continente svincolato dall'organico. La psiche potrà essere intesa come uno dei punti essenziali nella ricerca epistemologica che accomuna psichiatria e psicologia, le quali, dopo aver richiesto i contributi dell'anatomia e della fisiologia per accedere ad un fondamento medico-sanitario si volsero altrove, sollecitando la nascita di un originale quanto ipotetico continente teorico. Così la psiche si offrì come nuovo e possibile spazio di conoscenza auspicando che da questo si potesse assumere qualche indizio sulla riconosciuta morbosità di un caso. Occorre sottolineare un punto delicato e pruriginoso. La psiche, in quanto postulato teorico, si presentò come invenzione retorica non certo come scoperta o come ritrovamento empirico-percettivo. Il nuovo ambito si poneva come un singolare spazio conoscitivo che potesse giustificare l'interesse normativo di derivazione sanitaria quando la rilevazione anatomo-funzionale della differenza non andava a segno (Turchi & Perno, 2002). Presa come oggetto di studio e di indagine si rivela storicamente come un valido "espediente epistemologico": uno spazio congetturale ove poter speculare per la circoscrizione del patologico a fronte di una norma inizialmente fondata sul riconoscimento sociale della devianza. In questo modo, nell'attesa di una definitiva base biologica tutt'oggi auspicata, si poteva disporre di una teoria che potesse rintracciare il normale e distinguere il morboso. Il progetto di ricerca epistemologica intrapreso passa nel giro di pochi decenni dal solido campo dell'organico al diafano spazio teorico. E in quest'ultimo si dispiegano apertamente e senza limiti le possibilità teorico-argomentative offrendo continuamente nuove teorie, nuove metodologie, e nuove porzioni di interesse. In effetti, con il postulato sull'esistenza della psiche si accompagna la scissione conoscitiva della psicologia (Marhaba, 2001; Mecacci, 1999).

Le impostazioni descritte occupano la posizione terminale di questi avvenimenti storico-concettuali, ognuna delle quali offre le proprie coordinate teoriche sul dove orientare lo sguardo per giungere ad una località normativa. La psichiatria, se in principio sembrò apprezzare l'espediente proposto dalla psicanalisi, nel riconoscere la disgregazione del campo teorico optò per una sostanziale inversione di rotta. Essa infatti, mossa squisitamente da un mandato clinico-operativo, di fronte alla scissione scelse la strada dell'abbandono. Con l'avvento del DSM-III vengono accantonati tutti i riferimenti teorico-normativi e in questo modo, viene messa definitivamente per iscritto un'insoddisfazione conoscitiva per cui tutte le opzioni psicologiche, per quanto eleganti e profonde, non erano state in grado di fornire un quadro univoco e definitivo per la trattazione della patologia psichica (McHugh & Slavney, 2012). A partire dal DSM-III si inaugura una nuova fase della psichiatria e della psicologia clinica dove i decenni di indagini, di studio e di conoscenza teorica vengono improvvisamente messi da parte (Rugi, 1989; 1990). Viene riconosciuta e attestata un'inconsistenza e in virtù di ciò, si abbandona qualsiasi impostazione normativa che possa offrire dei contorni e dei limiti per la trattazione. In questo modo si torna all'adozione di una norma non più teorica, ma squisitamente basata sul senso comune. Il fondamento che offre l'indicazione dei quadri sindromici inclusi nel DSM non è così diverso da quello che consente la pronta aggettivazione dei pazzi, degli sciocchi, degli stolti: il disturbo si attesta al solo vedere, attenendosi alla norma del comun sentire. Il patologico non si situa né nell'organico, né in una realtà interiore, né in un complesso rapporto con l'ambiente; esso è designato dal consenso di fronte a una costellazione di sintomi (Burton, 2009).

Analizziamo dunque il recente DSM-5 e chiediamoci se questo, a seguito delle centinaia di etichette diagnostiche, si preoccupa di fornire una qualche conoscenza normativa di riferimento. Com'è noto, nell'ambigua definizione riportata il disturbo mentale viene indicato come una sindrome scatenata da "disfunzioni nei processi psicologici, biologici o di sviluppo" sottostanti ad funzionamento mentale (APA, 2013/2014, p. 20). Incredibilmente, al contrario di quanto avviene in tutti i manuali di anatomia-patologica, fisiopatologia e patologia generale, il manuale non si preoccupa di fornire alcuna indicazione o alcun riferimento statistico per valori psicologici, biologici o di sviluppo da considerarsi normali. Non troviamo nelle ultime pagine del DSM un elenco di intervalli statistici assimilabili a quelli riportati nei manuali di fisiologia medica (Klinke et al., 2012). Non troviamo all'inizio di ogni disturbo un rimando ad una qualche condizione morfologica normale come avviene nei manuali di anatomia-patologica (Robbins & Cotran, 2006). A questo punto potrebbe sorgere il dubbio che l'intera clinica psichiatrica stia impiegando una nosografia in assenza di un qualsiasi riferimento conoscitivo oltre che normativo (Angell, 2011a; Angell, 2011b; Bracken et al., 2012; De Girolamo & Migone, 1995; Galli & Migone, 2013; Ghaemi, 2014; Ghaemi, 2016; Gornall, 2013; Iudici & De Aloe, 2007; Sachdev, 2013; Turchi & Perno, 2002). Tale sospetto troverebbe puntuale conferma nelle prime pagine del DSM-5 dove si riporta con sorprendente facilità quanto: "In assenza di chiari marcatori biologici o di utili misurazioni cliniche per la gravità di molti disturbi mentali, non è stato possibile separare completamente l'espressione di sintomi normali o patologici contenuti nei criteri diagnostici" (APA, 2013/2014, p. 21).

In queste righe così poco note del manuale si sta affermando che in mancanza di qualsiasi conoscenza normativa di riferimento (biologica, per l'indicazione di marcatori biologici; psicologica, per la proposta di misurazioni cliniche), non si sa con precisione in che termini possa darsi un'espressione patologica e in che termini invece si possa ritagliare un'espressione normale. In altre parole, per incongruenze conoscitive non si dispone di alcuna modalità capace di indicare un caso patologico così da distinguerlo rispetto ad un quadro normale. Assistiamo dunque alla completa mancanza di qualsiasi riferimento normativo (Batstra & Frances, 2012). In seguito alle ambizioni ateoriche (che potremmo definire, anche, ateoretiche), la norma viene totalmente estromessa e bandita dalla nosografia statunitense tanto da non risultare né richiesta, né necessaria per la trattazione dei quadri sindromici. Non v'è alcun dominio, alcuna impostazione, alcuna conoscenza che offra supporto nell'elencazione dei disturbi mentali. La norma viene data per implicita e scontata, così che si arriva a parlare liberamente di "deficit di attenzione" e di "iperattività" senza che vi sia alcun confronto preliminare con una "teoria dell'attenzione normale" o con un qualche "modello dell'attività normale". Nel vocabolario di una siffatta impostazione nosografica ogni singola parola può essere spesa per l'indicazione di un disturbo senza preoccuparsi minimamente di dover rendere conto di una qualche norma. In questo modo il *pathos* si presta ad un'estensione virtualmente illimitata, legata all'impiego delle sole parole, e allo stesso tempo, a fronte di una carenza conoscitiva nei confronti della norma, si riduce al minimo la precisione diagnostica e terapeutica nel riportare la psiche ad un ipotetico stato "ante-morbo" (Frances, 2013; Kleinman, 2012). E come ci ricorda puntualmente Roland Gori (2008): "Più la patologia si concede frontiere liquide e flessibili, più la linea di demarcazione tra il normale e il patologico appare ingarbugliata, più ancora è difficile stabilire la differenza tra prescrizione 'terapeutica' e prescrizione 'cosmetica'" (p. 45).

Per come viene intesa dalla nosografia descrittivista la norma finisce per perdere il suo mandato originario di bussola concettuale, cessa di offrire un qualsiasi contributo operativo, viene esclusa dalla clinica, non si rivela a fronte del patologico e non permette alcuna indicazione terapeutica. Essa scompare nella furia descrittiva e non sembra intravedersi all'ombra delle sempre nuove sindromi. Ma occorre richiamare con urgenza quanto tutta l'impalcatura si regga su una carenza conoscitiva per cui il patologico è designato a partire da una norma arbitraria sancita dal buon senso del clinico. Non v'è alcun confronto sistematico tra la descrizione di un disturbo e la restituzione di una norma: la trattazione del patologico sovrasta qualsiasi impostazione teorica rispetto alla norma, e in questo modo, finisce per considerare le proprie affermazioni come dotate di un'autonomia e di una validità inderogabili.

Per concludere

Abbiamo cercato di illustrare quanto la questione della norma in psicologia e psichiatria rappresenti un bastione di difficilissimo affronto. Seguendo la storia delle teorizzazioni psicologiche si incontra un numero elevatissimo di impostazioni che in certi casi assumono vicendevolmente una forma antinomica (Marhaba, 1976). In questa sede si è offerto un quadro tripartito tenendo conto della rilevanza attuale. La prima opzione normativa, si

prospetta entro la tradizione biologistica che ha costituito il primo tentativo di descrizione della malattia mentale ottocentesca. Nel seguire questa via, il luogo di osservazione della norma e della patologia cade nel corporeo, nell'unità anatomo-funzionale descritta e trattata secondo le modalità mediche. Nella seconda opzione, a seguito delle difficoltà che avversavano il tentativo di riduzione della psichiatria alla neurologia, si aprirono le porte della teorizzazione offrendo un'impostazione psicologista. Qui l'analisi si distacca dall'empirico per approdare ad un'indagine esclusivamente psichica della supposta patologia. Le norme in questo caso sono da considerarsi come esclusivamente speculative, slegate da una cornice di laboratorio. Il luogo ove osservare il normale e il patologico si prospetta nella superficie dell'interiorità individuale: un ulteriore spazio per la fondazione della patologia psichica. Nella terza opzione considerata, che è anche la più recente, l'impostazione normativa si offre come una controproposta alle opzioni precedenti. Si assiste ad una rivalsea dell'empirico, ad una nostalgia dei numeri, del laboratorio, dell'asciutto linguaggio tecnico. A risultare patologico questa volta non è né il corpo né la psiche bensì il comportamento, inteso in una fitta trama di stimoli, risposte ed elaborazioni. La nuova località dello sguardo normativo risiede in un rapporto adattativo o disadattivo tra individuo e ambiente.

Dunque, se in psicologia o in psichiatria occorre parlare di norma in termini conoscitivi, occorre necessariamente far riferimento alle possibilità della teoria tradotte nelle varie impostazioni normative. L'approccio intrapreso a partire dal 1980 con l'edizione del terzo DSM ha sostanzialmente tagliato le possibilità della psicologia clinica e così facendo, la norma si affida esclusivamente al senso comune nella speranza di un accorpamento neurologico (Ghaemi, 2013). A seguito di tali vicissitudini storiche, psichiatria e psicologia si trovano ingabbiate in una scomodissima posizione conoscitiva; uno scacco che non sembra lasciar spazio ad una facile soluzione. Da un lato, si potrebbe procedere secondo la strada proposta dall'American Psychiatric Association (APA, 2013/2014), abbandonando qualsiasi nozione normativa, lasciando la distinzione tra norma e patologia al buon senso e ai soli occhi dei clinici, continuando nella pubblicazione di sempre nuovi ed ampliati DSM, auspicando nella definitiva riduzione della psichiatria alla neurologia (Akil et al., 2010). Dall'altro lato, si potrebbe lasciar cadere il progetto di una nosografia comune per tutti gli operatori psicologici, offrendo la possibilità ai vari orientamenti psicologici di costruire la propria nosografia sulla base dell'impostazione normativa adottata. Su questa scia si colloca il recente tentativo dello *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) pubblicato nel 2006 che propone una tassonomia adattabile ad un'interpretazione filo-freudiana (PDM Task Force, 2006). Oppure si potrebbe continuare seguendo l'ambiguità contemporanea per cui si mette a disposizione una nosografia di senso comune, a partire dalla quale le varie impostazioni teoriche devono impegnarsi nella spiegazione e nel trattamento dei vari quadri sindromici acclarati da un gruppo prescelto di psichiatri.

Nessuna delle opzioni risulta priva di complicazioni e forti perplessità. Nel primo caso, occorre accettare l'idea di una clinica basata sul senso comune senza alcun riferimento conoscitivo, costantemente soggetto a variazioni ed ampliamenti. Nel secondo caso, si aprirebbero le frontiere per una proliferazione teorica potenzialmente sterminata dove le diverse impostazioni normative produrrebbero le proprie nosografie sulla base della teoria adottata, e così facendo, si assisterebbe ad un accalcamento di proposte nosografiche parallele e potenzialmente indipendenti le une dalle altre. Nel terzo caso, ci troveremmo in una situazione di stallo come quella odierna. Una situazione che oggi sembra divenuta assolutamente inaccettabile tanto che il National Institute of Health (NIH) americano ha dichiarato apertamente di voler abbandonare come riferimento per la ricerca il DSM-5 e ha proposto un quadro di ricerca con nuovi criteri diagnostici – i cosiddetti *Research Domain Criteria* (RDoC) – che questa volta però, devono necessariamente fondarsi sul dettato neurologico e genetico (Ledford, 2013; Reardon, 2014). Un programma questo che ci riporta direttamente ai tempi di Griesinger e che non ha tardato a suscitare un ampio dibattito che pone al centro non solo il futuro della psichiatria ma di tutta la psicologia clinica (Bracken et al., 2012; Katsching, 2010; Salvatore, 2012).

A fronte di tale *impasse* conoscitivo e operativo, dovremmo forse interrogarci sull'adeguatezza delle categorie conoscitive ad oggi adottate. Per questioni di genesi che vedono psichiatria e psicologia nascere all'estremità dell'operato medico (Turchi & Romanelli, 2012), la strada conoscitiva di queste discipline è stata ingaggiata entro le modalità tipicamente sanitarie. Lo psichiatra prima e lo psicologo poi andranno ad osservare entro un implicito per cui gli oggetti di indagine possano adagiarsi comodamente nella demarcazione medica della norma e della patologia. Dobbiamo però domandarci se lo statuto epistemologico dei nostri oggetti d'indagine consenta una così pesante opzione osservativa (Canguilhem, 1966/1998; Kendler, 2016; Turchi, Romanelli & Ferri, 2013). Occorre forse riconoscere che qualsiasi punto di partenza normativo per lo psichiatra e lo psicologo è in fin dei conti, un "soggetto etico", istituito da un circondario interessato che nelle possibilità culturali di un periodo, propone come accettabile. Il conoscere e il fare psicologico-psichiatrico non possono che poggiare su questo

gradino antropologico: un terreno terremotato e terremotabile dove le “giuste” forme del passato si modificano, scompaiono e ricompaiono senza alcuna possibilità fotografica. Come sostiene Gori (2008):

Dal momento che ogni cultura traccia un profilo della malattia mentale, questo si rivela come il riflesso capovolto non soltanto dell’idea di salute, ma anche dell’idea di condizione umana che una società assume in un determinato momento. In tal senso, i profili di salute e di malattia mentali sono disegnati attraverso l’insieme delle virtualità antropologiche che una determinata cultura trascura o rimuove (p. 47).

Psicologia e psichiatria, nel momento in cui si pongono l’obiettivo di normare la psiche, la mente, il comportamento assumono uno scopo che forse, va ben oltre le proprie condizioni fondative, poiché qualsiasi trattazione di norma o patologia venga fornita essa resterà sempre “seconda” alle espressioni di un senso comune che discorsivamente istituisce tutte le possibilità della norma e della devianza (Turchi & Orrù, 2014; Turchi, Romanelli, Vendramini, & Copiello, 2013). In passato non avevamo preoccupazioni nell’indicare l’omosessualità come elemento dell’aberrazione; oggi abbiamo le nuove forme di dipendenza: cosa renderemo patologico in futuro? E che ne sarà delle forme di esperienza un tempo prontamente considerate morbose? Ci aiuta a concludere ancora una volta Gori (2008) che ci sospinge verso una domanda di abissale rilevanza: “Il nostro stupore di fronte all’emergere di queste ‘malattie’ nosograficamente transitorie, non è forse il sintomo di un’illusione continuamente rinnovata dalle credenze nel carattere ‘naturale’ della norma? Forse le nostre diagnosi psicopatologiche descrivono la sostanza etica della cultura dalla quale emergono, e più ancora i criteri di formazione dei clinici che le prendono in carico” (p. 47).

Bibliografia

- AA.VV. (1981). *Atti del Simposio su: Normalità e Devianza: Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia* [Acts of the symposium on: Normality and Deviance. Epistemological and foundational analysis in psychopathology]. Milano: Franco Angeli.
- AA.VV. (2006). *Trattato di anatomia umana* [Treatise on human anatomy]. Milano: Edizioni Ermes.
- Akil, H., Brenner, S., Kandel, E., Kendler, K.S., King, M.C., Scolnick, E., ... Zoghbi, H.Y. (2010). The Future of Psychiatric Research: Genomes and Neural Circuits. *Science*, 327(5973), 1580-1581. doi:10.1126/science.1188654
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5]. Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2013).
- Angell, M. (2011a, June 23). The Epidemic of Mental Illness: Why? *The New York Review of Books*. Retrieved from www.nybooks.com/articles/2011/06/23/epidemic-mental-illness-why/
- Angell, M. (2011b, July 14). The Illusions of Psychiatry. *The New York Review of Books*. Retrieved from www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/
- Arango, C., & Fraguas, D. (2016). Should psychiatry deal only with mental disorders without an identified medical aetiology? *World Psychiatry*, 15(1), 22-23. doi:10.1002/wps.20283
- Batstra, L., & Frances, A. (2012). Holding the Line against Diagnostic Inflation in Psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 5-10. doi:10.1159/000331565
- Bolko, M. (2002). La diagnosi di normalità [The diagnosis of normality]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 32(1), 45-54.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434.
- Burton, N.L. (2009). *Introduzione alla psichiatria* [Introduction to psychiatry]. Bologna: Il Mulino.

- Campbell, N.A., & Reece, J.B. (2009). *Biologia - La genetica* [Biology - Genetics]. Milano: Pearson Paravia.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological]. Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Cassano, G.B., & Pancheri, P. (1999). *Trattato italiano di psichiatria* [Italian treatise of psychiatry]. Milano: Masson.
- Chomsky, N., & Foucault, M. (2013). *La natura umana: Giustizia contro potere* [On human nature: Justice against power]. Roma: Calstelvecchi (Original work published 2006).
- Civita, A. (1996). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria* [Introduction to history and epistemology of psychiatry]. Milano: Guerini e Associati.
- Civita, A. (1999). *Psicopatologia: Un'introduzione storica* [Psychopathology: An historical introduction]. Roma: Carocci.
- Civita, A. (2010). Il concetto di malattia mentale [The concept of mental illness]. In A. Pagnini (Ed), (2010). *Filosofia della medicina: Epistemologia, ontologia, etica, diritto* [Philosophy of medicine: Epistemology, ontology, ethics, law] (pp. 81-118) Roma: Carocci.
- Colombo, G. (2013). *Psicopatologia clinica* [Clinical psychopathology]. Padova: CLEUP.
- De Girolamo, G., & Migone, P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria [The DSM-IV and the diagnostic problems in psychiatry]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 29(1), 41-80.
- Dianzani, M.U. (1991). *Trattato di patologia generale* [Treatise on general pathology]. Torino: UTET.
- Emiliani, F., & Mazzara, B.M. (2015). Dalla naturalizzazione delle scienze umane alla naturalità dell'ovvio. Le ragioni sociali per le quali la mente non è il cervello [From the naturalization of the human sciences to the obvious of naturalness. The social reasons for which the mind is not the brain]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 42(1-2), 31-56.
- Esquirol, D. (1838). *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et médico-légal. 2 Vol* [On mental illnesses, considered in relation to medical, hygienic and legal aspects]. Paris: J.B. Bailliére.
- Federspil, G., Giaretta, P., Rugarli, C., Scandellari, C., & Serra, P. (2008). *Filosofia della medicina* [Philosophy of medicine]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Foucault, M. (1962). *Malattia mentale e psicologia* [Mental illness and psychology]. Milano: Raffaello Cortina (Original work published 1954).
- Foucault, M. (1963). *Storia della follia nell'età classica* [History of madness in the age of reason] Milano: Rizzoli (Original work published 1961).
- Foucault, M. (2000). *Gli anormali: Corso al collège de France (1974-1975)* [Abnormal: Lectures at the collège de France (1974-1975)]. Milano: Feltrinelli (Original work published 1999).
- Foucault, M. (2004). *Il potere psichiatrico: Corso al Collège de France (1973-1974)* [The psychiatric power: Lectures at the collège de France (1973-1974)]. Milano: Feltrinelli (Original work published in 2003).
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie* [Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life]. Torino: Boringhieri (Original work published 2013).
- Frances, A. (2014). ICD, DSM and The Tower of Babel. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 371-373. doi:10.1177/0004867414526792
- Freud, S. (1968). Progetto di una psicologia [Project for a psychology]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 2). Torino: Boringhieri (Original work published 1895).

- Freud, S. (1970). Psicopatologia della vita quotidiana [Psychopathology of ordinary life]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 4). Torino: Boringhieri (Original work published 1901).
- Freud, S. (1979). Analisi terminabile e interminabile [Terminable and interminable analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 9). Torino: Boringhieri (Original work published 1937).
- Freud, S. (1979). Compendio di psicoanalisi [Compendium of psychoanalysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 11). Torino: Boringhieri (Original work published 1938).
- Gabbard, G.O. (Ed.). (2010). *Le psicoterapie: Teorie e modelli d'intervento* [Psychotherapies: Theories and models of intervention]. Milano: Raffaello Cortina.
- Galli, P.F., & Migone, P. (2013). Psichiatria: Il tramonto delle certezze [Psychiatry: The sunset of certainties]. *Psicoterapia e Scienze Umane* 47(1), 7-8.
- Ghaemi, S.N. (2013). Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry*, 12(3), 210-212. doi:10.1002/wps.20082
- Ghaemi, S.N. (2014). DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 410-412. doi:10.1111/acps.12263
- Ghaemi, S.N. (2016). Utility without validity is useless. *World Psychiatry*, 15(1), 35-37. doi:10.1002/wps.20287
- Giacomini, G.G. (2012, October 26). Psicopatologia classica e DSM: Un dilemma epistemologico, clinico e didattico per la psichiatria contemporanea [Classical psychopathology and DSM: An epistemological, clinical and didactic dilemma for contemporary psychiatry]. Retrieved from www.psychiatryonline.it/node/2096
- Gori, R. (2008). Terapie molli cercano disperatamente patologie flessibili [Soft therapies desperately looking for flexible diseases]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 42(1), 41-60.
- Gornall, J. (2013). DSM-5: A fatal diagnosis? *BMJ*, 346(may22-21), f3256-f3256. doi:10.1136/bmj.f3256
- Griesinger, W. (1867). *Mental pathology and therapeutics*. London: New Sydenham Society.
- Hall, C.S., & Lindzey, G. (1986). *Teorie della personalità* (2nd ed.) [Theories of personality]. Torino: Boringhieri.
- Insel, T.R., & Cuthbert, B.N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499-500. doi:10.1126/science.aab2358
- Iudici, A., & De Aloe, S. (2007). DSM: Manuale dei disturbi mentali o riedizione della malattia mentale [DSM: Manual of Mental Disorders or reissue of mental illness]. In G. Pagliaro, & A. Salvini (Eds.), *Mente e Psicoterapia* (p. 117-149). Torino: Edizioni UTET.
- Katsching, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 9(1), 21-28. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x
- Kendler, K.S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15(1), 5-12. doi:10.1002/wps.20292
- Kleinman, A. (2012). Culture, bereavement, and psychiatry. *The Lancet*, 379(9816), 608-609. doi:10.1016/s0140-6736(12)60258-x
- Klinke, R., Pape, H.C., Kurtz, A., & Silbernagl, S. (2012). *Fisiologia* [Physiology]. Napoli: Edises.
- Kraepelin, E. (1919). *Trattato di psichiatria* [Treatise of psychiatry]. Milano: F. Vallardi (Original work published 1907).
- Larizza, P., & Furbetta, D. (1987). *Compendio di patologia medica* [Compendium of medical pathology]. Padova: Piccin.

- Ledford, H. (2013). Psychiatry framework seeks to reform diagnostic doctrine. *Nature*. doi:10.1038/nature.2013.12972
- Lis, A., Mazzeschi, C., & Zennaro, A. (2007). *La psicoanalisi: Un percorso concettuale fra tradizione e attualità* [Psychoanalysis: A conceptual path between tradition and actuality]. Roma: Carocci.
- Maj, M. (2007). Are We Able to Differentiate between True Mental Disorders and Homeostatic Reactions to Adverse Life Events? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 257-259.
- Malla, A., Joobar, R., & Garcia, A. (2015). Mental illness is like any other medical illness: A critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(3), 147-150. doi:10.1503/jpn.150099
- Marhaba, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea* [Epistemological antinomies in contemporary psychology]. Firenze: Giunti Barbera.
- Marhaba, S. (2001). Frammentazione, non propedeuticità e sotto-culture di appartenenza nella formazione universitaria in psicologia [Fragmentation, not propaedeutics and sub-cultures of belonging in university education in psychology]. *Giornale italiano di psicologia*, 28(2), 425-446.
- Marhaba, S. (2008). *Elementi di base per la storia e l'epistemologia della psicologia* [Basic elements for the history and epistemology of psychology]. Padova: Logos edizioni.
- McHugh, P.R., & Slavney, P.R. (2012). Mental Illness - Comprehensive Evaluation or Checklist? *New England Journal of Medicine*, 366(20), 1853-1855. doi:10.1056/nejmp1202555
- Mecacci, L. (1999). *Psicologia moderna e postmoderna* [Modern and postmodern psychology]. Bari: Laterza.
- Migone, P. (1983). La diagnosi in psichiatria descrittiva: Presentazione del DSM-III [The diagnosis in descriptive psychiatry: Presentation of the DSM-III]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 17(4), 56-90.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations (trad. it: *Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- Reardon, S. (2014). NIH rethinks psychiatry trials. *Nature*, 507(7492), 288-288. doi:10.1038/507288a
- Robbins, S.L., & Cotran, R.S. (2006). *Le basi patologiche delle malattie* (7th ed.) [Pathological basis of illnesses]. Milano: Elsevier Italia.
- Roncato, S. (2002). *Psicologia generale* [General psychology]. Padova: Domenghini.
- Rugi, G. (1989). DSM-III e diagnosi: Riflessioni su un paradigma nascosto [DSM-III and diagnosis: Reflections on a hidden paradigm]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 23(3), 61-74.
- Rugi, G. (1990). Diagnosi e teoria: Il paradigma medico e il mentale nei Dsm-III [Diagnosis and theory: The medical paradigm and mental in DSM-III]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 24(4), 79-89.
- Sachdev, P.S. (2013). Is DSM-5 defensible? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 10-11. doi:10.1177/0004867412468164
- Salvatore, S. (2012). Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica. Una base di discussione per (ri)pensare lo sviluppo della professione psicologica [Issues around the development of the psychological profession. A basis for discussion and (re) thinking the development of the psychological profession]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2012), 3-8.
- Sanavio, E. (2011). *Le psicoterapie* [Psychotherapies]. Bologna: Il Mulino.
- Siciliani, O. (1979). *Fondamenti critici di psicopatologia generale* [Critical foundations of general psychopathology]. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Turchi, G.P., & Perno, A. (2002). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo* [Medical model and psychopathology as a question]. Padova: UPSEL.

- Turchi, G.P., & Orrù, L. (2014). *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali: Fondamenti di teoria della misura per la scienza dialogica* [Methodology for the analysis of textual computerized data: Fundamentals of measure for the dialogic science]. Napoli: Edises.
- Turchi, G.P., & Romanelli, M. (2012). Per una psicologia clinica emanazione del senso scientifico: Dall'ibridazione conoscitiva con il modello medico alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo [For a clinical psychology of scientific sense: From the hybridisation with the medical model to a collocation within a precise and strict definition of an operative model]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2012), 27-43.
- Turchi, G.P., Romanelli, M., & Ferri, C. (2013). Per una ri-definizione del ruolo dello psicologo (clinico): Dall'approfondimento epistemologico di (alcuni) spunti di analisi alla rappresentazione di (nuovi) elementi di proposta [For a redefinition of the role of the psychologist (clinical): Deepening of epistemological (some) issues for analysis to the representation of (new) elements of the proposal]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1(2013), 5-18.
- Turchi, G.P., Romanelli, M., Vendramini, A., & Copiello, M. (2013). L'incisività attuale e (potenziale) della psicologia rispetto alla comunità umana: L'esigenza di uno scarto paradigmatico [The current incisiveness and (potential) of psychology in the human community: The need for a paradigm shift]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2013), 39-47.
- Turci, P., & Roveroni, P. (1987). *Psicopatologia e livelli di realtà: In tema di rapporti fra epistemologia e psichiatria* [Psychopathology and levels of reality: On the relations between epistemology and psychiatry]. Milano: Raffaello Cortina Editori.
- Zilboorg, G., & Henry, G.W. (1963). *Storia della psichiatria* [History of medical psychology]. Milano: Feltrinelli (Original work published 1941).