

SPAZIOFILOSOFICO

1/2019

Numero 23
Patologia



Fondatori

Enrico Guglielminetti
Luciana Regina

Editorial Board

Enrico Guglielminetti (Direttore)
Erica Benner
Silvia Benso
Edward S. Casey
Alessandra Cislighi
Gianfranco Dalmaso
Susan Haack
Ágnes Heller
Simo Knuuttila
Thomas Macho
Ugo Perone
Luciana Regina
John Sallis
Brian Schroeder
Bernhard Waldenfels
Jason M. Wirth
Palle Yourgrau

Editorial Advisory Board

Teodolinda Barolini
Peter Dahler-Larsen
Mario Dogliani
Jennifer Greene
Hans Joas
John D. Lyons
Angelo Miglietta
Angelo Pichierri
Notger Slenczka
Francesco Tuccari

Redazione

Ezio Gamba

Comunicazione e Stampa

Alessandra Mazzotta

Progetto Grafico

Filippo Camedda

© 2019 SpazioFilosofico
Tutti i diritti riservati

ISSN: 2038-6788

Gli articoli della rivista sono sottoposti a blind review. La pubblicazione è subordinata per ogni articolo all'approvazione dei valutatori anonimi esterni alla direzione e all'accoglimento di eventuali richieste di revisione.

SPAZIOFILOSOFICO

1/2019

PATOLOGIA

a cura di Ezio Gamba ed Enrico Guglielminetti

INDICE

E. GAMBA-E. GUGLIELMINETTI, <i>Far finta di essere sani? Editoriale</i>	11
E. GAMBA-E. GUGLIELMINETTI, <i>Pretending to Be Healthy? Editorial</i>	13

TEORIA

G. PARETI, <i>Patologia tra storia, genomica e scienza della riabilitazione</i>	17
F.M. PETRUCCI, <i>L'anima e lo spettro: fisio-patologia complessa dell'anima in Platone</i>	27
E. GUGLIELMINETTI, <i>La patologia universale, o dei capricci teologici della salute</i>	41
F. PELLET, <i>Nature, Natural vs. Artefactual Kinds, Normality vs. Abnormality, Functions vs. Dys/Malfunctions, and Values vs. Disvalues: Some General Clarifications Related to Health and Disease</i>	49
P. GIARETTA, <i>Le ricostruzioni di processi patologici</i>	61

PRATICHE

C.A. GALLIZIA, <i>Patologia e psicologia, evoluzione di un rapporto</i>	81
---	----

STUDI

G. VISSIO, <i>La precedenza del patologico. Elementi di una filosofia dei valori negativi in Georges Canguilhem</i>	93
L. ALLODI-G. MIRANDA, <i>Robert Spaemann e la normatività del reale</i>	105
G. ISETTA, <i>Alzheimer e plasticità. Ripensare la natura delle neurodegenerazioni</i>	121
V. MAGGIORE, <i>Quando la malattia "rimette in forma": la plasticità distruttrice e le figure del trauma</i>	131

Sugli Autori/ <i>About the Authors</i>	141
--	-----

PATOLOGIA

FAR FINTA DI ESSERE SANI?

EDITORIALE

Tra i concetti che fortemente necessitano di un ripensamento, oggi, ci sono certamente quelli (che potrebbero essere in gran parte – ma non perfettamente – sovrapponibili) di natura e di normalità, e forse anche quello di salute. Certamente potrebbe sembrare che una costruzione di questi concetti sia un'impresa titanica; si intende dunque qui proporre di fornire un contributo a questa revisione attraverso la presa in esame di uno specifico concetto che appare come opposto ad essi, quello di *patologia*.

Si tratta certamente di affrontare un concetto specifico che possa illuminare, per opposizione, almeno un aspetto di quelli più generali e fondamentali ora menzionati; tuttavia non si tratta solo di questo: la possibilità di pensare la patologia è davvero la prova del possesso di un concetto di natura o di normalità che sia all'altezza di ciò che si pretende da esso. Per quanto riguarda il concetto di natura, infatti, possiamo pensare che natura sia tutto ciò che esiste, o quantomeno tutto ciò che non è costruito dall'uomo; da questo punto di vista, allora, il raffreddore o il cancro sono naturali come tutti i processi dell'organismo; nel caso della patologia abbiamo però un che di naturale che va contro la natura, contro i processi fisiologici, e li ostacola, li interrompe, li svia, portando l'organismo alla distruzione. Solo se il nostro concetto di natura ci permette di pensare questa natura che va contro la natura, questa opposizione della natura in se stessa, il concetto di natura non si appiattisce nella semplice congerie di tutto ciò che c'è.

Similmente vale per il concetto di normalità: la possibilità di pensare la patologia è ciò che evita che il concetto di normalità si riduca a un semplice concetto statistico, proprio per il fatto che una condizione patologica non può essere considerata normale solo per il fatto di essere largamente diffusa.

Infine una seria riflessione sulla patologia permette di evitare che la salute venga ridotta alla soddisfatta percezione di una conformità dello stato dell'organismo ai desideri del soggetto, in quanto proprio la considerazione del concetto di patologia permette di riconoscere che ci sono desideri per l'appunto patologici (quelli dell'anoressico, dell'alcolista, del tossicodipendente...).

Il concetto di patologia sembra dunque spingere a considerare che quando parliamo di natura, di normalità o di salute non facciamo riferimento a qualcosa che è o c'è, ma anche e soprattutto a una dimensione ideale o di dover essere; questo ovviamente implica il rischio che a stabilire questo ideale sia un potere che se ne serve per consolidarsi.

Tutti questi sono temi che ruotano intorno al concetto di patologia, ma permettono, attraverso un esame di questo concetto, di portare un contributo importante alla ridefinizione dei concetti di natura, di normalità e di salute.

Come – per noi – è decisivo essere malati o essere sani, così tematizzare la questione della patologia induce a porre questioni decisive, sospese tra ultimo e penultimo.

La questione della patologia sembra intrecciarsi strettamente con quella della normalità. Che cos'è davvero normale? È normale essere sani, e dunque è anormale essere malati, oppure salute e malattia sono i due poli – quasi mai attingibili nella loro purezza – di un *continuum*, che solo costituisce la vera normalità (quale indissolubile intreccio di fisiologico e patologico)?

Da Platone in poi, la filosofia si è posta il problema di una perfetta salute, diversa dalla salute “ordinaria”, e che però comporta il pericolo niente meno che dell'estinzione dell'essere umano. Qual è il *telos* dell'anima? Stare all'interno dello “spettro fisio-patologico” (Petrucci), dominando ma non annullando la parte peggiore di sé, oppure forzare la soglia che dalla finitezza – sempre un po' sana e un po' sofferente – condurrebbe alla pura luce di una salute senz'onta di malattia? E come potrebbe l'essere umano sopravvivere a questa altezza? L'essere umano *assolutamente* sano, senza nemmeno più la possibilità di ammalarsi e morire, sarebbe ancora davvero *un essere umano*? O non sarebbe piuttosto un “sano morto”? O, viceversa, la stessa inevitabilità della malattia – come penserebbe Agostino – è da mettere sul conto di una sorta di patologia universale (Guglielminetti)?

In Spaemann, la considerazione dell'innaturalità della malattia e della morte è basata sul riconoscimento di un istinto naturale a vivere: in tutti i fatti biologici, non solo in quelli relativi all'uomo, c'è una direzionalità, e non si comprende il vivente se non la si riconosce (Allodi-Miranda).

Una riflessione su diversi modi di concepire la malattia può mostrare come sia particolarmente promettente la prospettiva che la considera come il malfunzionamento di qualcosa di buono (Pellet). Come ha mostrato Canguilhem, il patologico si differenzia del resto dalla semplice anomalia appunto per la sua capacità di costituire un impedimento, un inciampo, per il vivente (Vissio). La malattia può quindi apparire, come afferma Malabou, come un “solco profondo” aperto nella biografia di una persona, una ferita che obbliga a rivedere la grammatica ontologica tradizionale nella direzione di un'ontologia dell'accidente (Isetta, Maggiore).

Al tempo stesso, le nuove scoperte scientifiche rendono sempre più difficile parlare di un genoma “normale”: a esser normale è la variazione (Pareti). Se è così, congetturalità e incertezza diventano inevitabili in medicina (Giaretta). Anche per questo, oltre che per l'enormità della posta in gioco, le scienze della salute non possono fare a meno del confronto con la filosofia (Gallizia).

Ezio Gamba
Enrico Guglielminetti

PRETENDING TO BE HEALTHY?

EDITORIAL

Several concepts today strongly need rethinking. Among them are certainly the (largely but not entirely overlapping) concepts of nature, normality, and, perhaps, even health. Reconstructing these concepts is undoubtedly a gigantic undertaking. The proposal we put forth here is an invitation to contribute to their revision by examining a specific concept that appears to be their opposite, namely, *pathology*.

The task is to tackle a particular concept that, by contrast, is capable of enlightening at least one aspect of the more general and fundamental concepts we have just mentioned. This is not all, though. Being able to think of pathology is a test to ensure the availability of concepts of nature, normality, and health that live up to the demands that are placed on them by the current times.

As far as the concept of nature is concerned, we might in fact think of nature in terms of everything that exists or, at least, is not constructed by humans; from this point of view, something like a cold or cancer are as natural as any other organic process. In the specific case of pathology though, we encounter something natural that goes against nature, against physiological processes and hinders, interrupts, and diverts them leading the organism to destruction. Only if the concept of nature we employ allows us to think of nature's going against nature, that is, of an opposition of nature to itself, is the concept of nature not flattened out onto the mere hodge-podge of everything that exists.

The same applies to the concept of normality: the possibility of thinking of pathology is what prevents reducing the concept of normality to a merely statistic concept; a pathological condition cannot in fact be considered normal simply because of its widespread diffusion.

Finally, a serious reflection on pathology allows us to avoid reducing health to being the gratified perception of the conformity between state of the organism and subject's desires. Considering the concept of pathology in fact allows us to recognize the existence of desires that are, indeed, pathological (for example, the desires of those who are anorexic, alcoholic, drug addicts, etc.).

The concept of pathology forces us to consider that when speaking of nature, normality, or health we are referring not to something that is or exists out there but, rather and above all, to an ideal dimension or to an ought-to-be. This of course entails the risk that the institution of such an ideal may serve a power that uses it for its own self-consolidation while banishing to the realm of the pathological everything that escapes its control.

The abovementioned themes gravitate around the concept of pathology; yet, through a thorough examination of such a concept, they enable a redefinition of the notions of nature, normality, and health.

For all of us, being sick or healthy is essential; likewise, the question of pathology brings us to ask decisive questions that are suspended between ultimate and penultimate.

The question of pathology seems to be tightly intertwined with the issue of normality. What is truly normal? Is it normal to be healthy and thus being unhealthy is abnormal? Or are health and sickness two poles – never truly attainable in their purity – on a *continuum* that alone constitutes true normality (as the indissoluble meshing of physiological and pathological)?

Ever since Plato, philosophy has wondered about perfect health as distinct from “ordinary” health and nevertheless as entailing nothing less than the risk of the disappearance of the human being. What is the *telos* of the soul? Is it to remain within the “physio-pathological” spectrum (Petrucci) by controlling yet not suppressing one’s own worst part? Or is it to push the threshold that leads from finitude (which is always partly healthy, partly suffering) to the pure light of a form of health void of all sickness? How could individual human beings survive such height? Would *wholly* healthy human beings, alien to even the possibility of getting sick and dying, still be *human beings*? Or would they instead be “healthy dead”? Or, on the contrary, is the very unavailability of sickness part of some kind of universal pathology, as Augustine seems to think (Guglielminetti)?

Spaemann’s consideration of the unnaturalness of sickness and death is based on the recognition of a natural instinct to life; in all biological facts, and not simply in the facts that pertain to human beings, there is directionality. If we do not recognize this element, we do not understand living beings (Allodi-Miranda).

A reflection on the various ways of understanding sickness shows the promising contributions of a perspective that looks at it as at the malfunctioning of something good (Pellet). As shown by Canguilhem, the pathological differs from simple anomaly because of its capacity to be an impediment, a stumbling block for the living beings (Vissio). As Malabou claims, sickness may then appear as a “deep furrow” that opens up in one’s personal biography, a wound that forces us to revisit traditional ontological grammar in the direction of an ontology of the accident (Isetta, Maggiore).

New scientific discoveries make it increasingly difficult to speak of a “normal” genome; what is normal is variation (Pareti). If this is the case, conjectures and uncertainty become unavoidable within the medical sciences (Giarretta). Because of this as well as due to the enormity of what is at stake, health sciences cannot avoid the confrontation with philosophy (Gallizia).

Ezio Gamba
Enrico Guglielminetti

(translated from Italian by Silvia Benso)

TEORIA

Germana Pareti

PATOLOGIA TRA STORIA, GENOMICA E SCIENZA DELLA RIABILITAZIONE

Abstract

The great season of pathology started in the nineteenth century with the Viennese school of Rokitansky and Virchow's cellular pathology. Nevertheless, autopsies were performed even earlier and diseases were investigated especially as consequences of phlogistic phenomena or alterations of the tissues. If compared with the past, things have changed a great deal in the second half of the twentieth century. The change of perspective has occurred (also) due to the provocation of the moral philosopher R.M. Hare regarding the question of the descriptive or normative nature of the concept of health, which has had considerable effects on the relation between moral philosophy and pathology. Further shifts in perspective have also occurred as a result of recent advances in medicine, especially in genomics and regenerative rehabilitation. The boundaries between health and sickness become thus increasingly elusive.

1. Storia

Sebbene l'origine del concetto "patologia" sia molto antica (il termine deriva dal greco *pathos* e con esso Galeno, nel II secolo d.C., indicava lo stato di sofferenza) e la parola sia attestata nel vocabolario inglese già alla fine del Cinquecento, fu soltanto nel secolo seguente che la disciplina cominciò a caratterizzarsi in maniera autonoma, da un lato definita come dottrina delle passioni, dall'altro come quella branca della medicina che riguardava le autopsie, effettuate specialmente in ambito forense¹. Gli storici della medicina sono concordi nel far coincidere la nascita di questa disciplina nella seconda metà del Settecento a partire dall'opera di Giovanni Battista Morgagni sulle sedi e le cause delle malattie (1761), e fu in questo periodo che, soprattutto in Inghilterra con il contributo di John Hunter, la patologia divenne una scienza sperimentale che si esercitava sugli animali. In effetti il *De sedibus* di Morgagni costituisce una fonte ricchissima di descrizioni (anche originali) di morbi e di osservazioni cliniche e di anatomo-patologia.

Al di là di queste tracce che portano lontano nel tempo, va però riconosciuto che la stagione della patologia intesa come ambito professionale è quella ottocentesca, che si configura nell'impostazione di anatomia patologica di Karl Rokitansky e della sua scuola viennese (denominata "Seconda scuola viennese") cui fece da contraltare la concezione della patologia cellulare introdotta da Rudolf Virchow. Il contributo di Rokitansky è

¹ Cfr. A. MC NAB, *Pathology*, in "The Lancet", 365 (2005), p. 1381.

stato recentemente riportato in auge da Eric Kandel, il quale lo ha ricordato nel suo suggestivo *L'età dell'inconscio* (2012). Rokitansky introdusse la pratica (a quel tempo seguita soprattutto a Parigi) di sottoporre a esame *post-mortem* tutti i pazienti che spiravano nell'ospedale da lui diretto, al fine di correlare i sintomi con le lesioni interne che colpivano i vari organi. All'epoca furono eseguite all'incirca 60mila autopsie, e a un allievo di Rokitansky, Josef Skoda, spettò il merito dei numerosissimi riscontri tra le diagnosi da lui formulate con l'esame clinico e ciò che si scopriva “sotto la superficie delle cose”, come esortava a fare Rokitansky per arrivare alla verità. Il primo volume del suo *Manuale di anatomia patologica generale* (che uscì in tre volumi, per i tipi di Braumüller, a Vienna a partire dal 1847) ricevette una recensione molto critica dall'allora giovane ma emergente Rudolf Virchow, il quale all'epoca aveva cominciato a stabilire i fondamenti della nascente patologia cellulare e non condivideva la dottrina di un blastema indifferenziato come origine della formazione degli elementi cellulari. Di conseguenza, Virchow non poteva accettare neppure la concezione della malattia nei termini di una *discrasia* cellulare di derivazione umoralistica, secondo la quale le infiammazioni e le alterazioni (specialmente a carico dei vasi sanguigni) erano conseguenza di una cattiva distribuzione dei succhi nutritivi. Alla Vienna di Rokitansky si andava così contrapponendo, per l'importanza delle ricerche in patologia, la Berlino dell'ospedale della Charité di Virchow, il quale riconduceva l'origine e lo sviluppo della malattia non già agli organi, bensì alle unità cellulari di cui i tessuti sono formati². La teoria cellulare applicata alla patologia lo condusse a proiettare il cellularismo anche sulla formazione dei tumori, che non andavano più considerati alla stregua di prodotti discrasici, bensì come alterazioni che, a causa di un'irritazione, avevano origine a partire da elementi embrionali connettivali, e si propagavano per via sanguigna o linfatica³.

All'Ottocento risale pure il dibattito sull'*essenza* delle malattie, se gli stati di malattia costituissero semplici variazioni o differenze *quantitative* rispetto agli stati normali, di salute, o se si potessero identificare in entità *specifiche*. Erano qualcosa di esistente in sé e per sé come si domandava Virchow, organismi autonomi o entità che si introducevano nei corpi? Erano parassiti? O piuttosto si trattava soltanto di stati che rappresentavano il decorso dei processi vitali “in circostanze mutate”? Erano questioni che si era già posto negli anni Venti dell'Ottocento François Broussais, e ancora nella seconda metà del secolo era viva la medicina essenzialistica che era stata introdotta da Johan Lucas Schönlein nelle università tedesche⁴. Il progetto di questo anatomo-patologo, che fu il medico di Federico Guglielmo IV, mirava addirittura a una classificazione delle malattie secondo il sistema naturale di Linneo e, con un metodo affine a quello a suo tempo introdotto in botanica e zoologia, Schönlein aveva dato inizio a un indirizzo “storico-naturalistico”, che avrebbe contato molti seguaci tra i medici tedeschi. Tuttavia, oltre a essere patologo e naturalista, Schönlein era anche un abile micologo, che studiava l'azione dei funghi, e si rivelava un attento osservatore al letto del paziente, pronto a cogliere le alterazioni patologiche negli organi, il ruolo delle febbri e l'azione di funghi e

² Cfr. R. VIRCHOW, *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*, Hirschwald, Berlin 1859.

³ Cfr. ID., *Die Krankhaften Geschwülste*, 3 voll., Hirschwald, Berlin 1863-67.

⁴ Cfr. J. BLEKER, *Die naturhistorische Schule, 1825-45. Ein Beitrag zur Geschichte der klinischen Medizin in Deutschland*, Fisher, Stuttgart 1981.

parassiti. Pur apprezzandone l'insegnamento (disse di lui: «Poco sistema, molti fatti!)), Virchow invece era convinto che non esistessero entità di malattia, e quasi fino alla fine della sua carriera non ammise neppure che i batteri fossero causa di malattie. Si trattava piuttosto di fenomeni che si esplicavano in condizioni alterate, e che costituivano “deviazioni quantitative” dai processi fisiologici. Altri problemi che si ponevano sul tappeto a contorno del dibattito ontologico dell'epoca riguardavano le sedi delle malattie (erano nei fluidi o nelle parti solide dei corpi?), il ruolo dei fluidi, *in primis* del sangue, e dei centri nervosi.

Sul piano della storiografia le tendenze antiontologizzanti che si andavano affermando nella seconda metà del secolo sono state interpretate come un segnale della reazione tipica della medicina positivista al vitalismo della *Naturphilosophie*. Faceva però eccezione Virchow, il quale, nonostante un atteggiamento fortemente antiessenzialistico, avrebbe dato origine a una rinnovata versione del vitalismo. Ma il suo era un neovitalismo peculiare, che si mascherava almeno in parte con i principi delle scienze fisico-chimiche, e la sua idea di forza vitale era quella di una forza meccanica, sia pure “derivata”. Ciò non gli impediva di vedere nella cellula malata l'entità patologica: «la malattia non possiede alcuna altra unità se non quella della vita, di cui rappresenta una particolare specie, cioè la cellula vivente unitaria»⁵. Le differenze che riscontrava tra le cellule sane e malate erano visibili non soltanto nelle condizioni esterne o nelle alterazioni (che nelle cellule si possono verificare di continuo), ma nella “caratteristica del pericolo” che la cellula malata reca in sé. Le alterazioni diventano morbose, quando vi è la probabilità che possano condurre alla distruzione della vita. Se invece la morte viene allontanata, lo si deve grazie ai dispositivi moderatori e regolativi per mezzo dei quali, con una sorta di *bilanciamento*, il corpo vivente riesce a fronteggiare le alterazioni che comportano un pericolo.

Chi, sfruttando l'idea non dissimile di un *equilibrio* nello stato interno, vedeva nello stato morbos non un fatto nuovo, qualitativamente differente dallo stato normale, bensì una continuità con la condizione normale, un semplice scarto rispetto alla norma, era stato Claude Bernard. Nel Novecento, le idee di Comte e di Bernard in tema di malattia hanno goduto di un rinnovato interesse a seguito della posizione fortemente critica che aveva assunto, a partire dalla sua tesi del 1943, un filosofo-medico della facoltà di Lettere e Scienze umane della Sorbonne. Georges Canguilhem faceva risalire la concezione positivista della malattia al principio di Broussais, secondo il quale la malattia è un eccesso o un difetto di eccitazione, che colpisce i tessuti al di sopra o al di sotto della norma. Da allora si è avviato un indirizzo di ricerca che ha giocato sulla contrapposizione tra i due sensi, descrittivo e normativo, del concetto di “normale”, ai quali Canguilhem aggiungeva l'ulteriore distinzione tra “anomalo” e “anormale”⁶. Ma Canguilhem avvertiva che l'irregolarità e l'anomalia non erano meri accidenti che potevano capitare all'individuo, bensì caratteri della sua stessa esistenza. Pertanto il medico “sempre all'individuo” avrebbe dovuto riferirsi, mentre sullo stato di salute la

⁵ R. VIRCHOW, *Alter und neuer Vitalismus*, in “Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin”, IX (1856), pp. 3-55, qui p. 54.

⁶ Cfr. G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris 1966; trad.it. D. Buzzolan, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.

parola definitiva spettava pur sempre al paziente, l'unico che poteva giudicare in materia di norme e di malattia, e per il quale la malattia restava comunque *une autre allure de la vie*, e non una semplice variazione quantitativa. Solo partendo dal vivente si può comprendere la vita, mentre la salute consiste nel "silenzio degli organi".

Chi invece, sempre nell'ambito della storiografia francese degli anni '60, aveva intrecciato il campo della patologia con quello della *clinica* era stato Michel Foucault, sostenitore di una cesura nel trattamento della malattia tra i medici del Sei-Settecento e quelli ottocenteschi, i quali avevano assunto uno sguardo che non si focalizzava più sul paziente, bensì soltanto sulla malattia⁷. Il malato era diventato un corpo che, oggetto di percezione medica e, come tale, sottratto all'ambiente familiare, veniva consegnato al luogo di cura. Qui, nell'ospedale, in realtà si esercitava una *episteme*, una teoria e soprattutto un'organizzazione della conoscenza, che variava secondo il mutamento dei tempi. Quindi, nell'arco dei secoli, si era passati da una medicina che classificava le malattie come *specie* alla medicina dei *sintomi* e, infine, a quella dei *tessuti*, con lo sguardo incentrato sul corpo del paziente alla ricerca delle cause nascoste. Secondo Foucault, tuttavia, sarebbe stato illusorio credere che lo sguardo del medico, sia pure per mezzo di un'accurata osservazione del corpo e degli organi malati, riuscisse a far emergere la "verità nascosta", portando alla comprensione "oggettiva" della malattia sotto la superficie.

A ogni modo, non solo nella tradizione francese, e sia pure in autori tutto sommato "distanti" – quali Canguilhem e Foucault, e al di là delle loro pubblicazioni pressoché coeve –, emergeva il proposito di servirsi delle strutture del linguaggio per capire come aveva potuto imporsi un nuovo tipo di *discorso* sulla malattia, che ne modificava completamente la rappresentazione. Non a caso, il sottotitolo de *La nascita della clinica* è: *Una archeologia dello sguardo medico*. Lungo un filone parallelo, che non voleva essere né storia della medicina né storia delle patologie, si sono messi a confronto i concetti di salute e malattia, di normale, anormale e anomalo, servendosi non soltanto della filosofia o della sociologia come aveva fatto Foucault, ma sfruttando l'aiuto che poteva provenire dal vocabolario. A questo scopo, oltre a quelli di medicina, si è guardato ai dizionari filosofici, ma anche ai vocabolari specialmente della lingua inglese, perché proprio lì, nell'origine e nel significato delle parole, si poteva trovare la chiave di interpretazione di molti fra i concetti che i medici avevano preso a prestito dal sapere antico.

2. Filosofia

Quantunque nei suoi confronti si sia rilevata una indubbia minore teorizzazione rispetto a quello "negativo" di malattia, a far capo dalla seconda metà del Novecento anche il concetto di "salute" è sembrato un termine di paragone importante, ché la salute rappresenterebbe la *norma*, da tenere ben presente nello studio dei fenomeni morbosi. Inoltre, in filosofia della medicina si è commentato che l'idea della salute pone ancora più interrogativi di quanti non ne suscitino le nozioni che hanno che fare con la sua

⁷ Cfr. M. FOUCAULT, *La naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, Paris 1963; trad.it. di A. Fontana, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1996.

assenza. Mentre nel passato la discussione sulla salute si incrociava con il dibattito sulla vita, e sia i vitalisti della scuola di Montpellier sia i neovitalisti tra Otto e Novecento avevano fatto ricorso al concetto di *forza vitale* per spiegare i fenomeni dell'origine, dello sviluppo, delle trasformazioni e degli stati di equilibrio e di alterazione che avvengono nei corpi viventi, nel Novecento per la definizione di "salute" un contributo significativo è arrivato soprattutto dai filosofi morali per il carattere non solo descrittivo, bensì normativo e valutativo insito negli aggettivi correlati a questa nozione ("sano", "malato", di "buona" o "cattiva" salute ecc.). Ma la disamina di questo carattere normativo raramente si è svolta seguendo le tracce della presa di posizione di Canguilhem, e in area filosofica anglosassone ha avuto origine un filone parallelo che solo marginalmente ha toccato la concezione critica dello studioso francese. Il filosofo morale di formazione analitica Richard M. Hare era convinto che, facendo chiarezza sulla nozione di salute, si sarebbero potuti aiutare sia i filosofi sia i medici a risolvere i loro problemi, teorici e pratici⁸. In questo quadro, la lingua inglese si rivelava una fonte preziosa per alimentare la discussione e per far emergere sempre nuovi problemi. Infatti l'inglese si serve della distinzione tra i termini *illness*, *disease* e *sickness*. Per esempio, si osserva che un paziente può essere in condizione di *disease* avendo il diabete, ma se si sottopone a costanti controlli medici, si regola nella dieta, fa attività fisica, assume farmaci ipoglicemizzanti ecc., egli potrà non essere *ill*⁹. Hare osservava che, di fronte a definizioni di natura difficoltosa, i medici cercano di trarsi d'impaccio servendosi del concetto di "condizione". Ma anche questo *escamotage* non porta da nessuna parte, tanto più se si osserva che esistono condizioni che possono anche non essere patologiche come, per esempio, la condizione di stato interessante. Hare si serviva dei ferri del mestiere ricavati dall'analisi del linguaggio per altre suggestive riflessioni. Si può essere morsi da un cane, ma non trovarsi in una condizione patologica, a meno che il cane non abbia la rabbia. Così come comunemente si dice che si è attaccati da una malattia, ma in genere l'ente che provoca l'attacco è di dimensioni microscopiche e si annida nel corpo del paziente. Che la natura delle entità morbose si riduca soltanto a una questione di dimensioni? Ma si capiva che tutte queste erano soltanto caratteristiche "al contorno", che non bastavano a chiarire che cosa sia la "malattia".

Si potrebbe osservare che le malattie (intese come *disease*) sono un genere di stato interno dell'organismo che non pertiene alla natura della sua specie e può avere cause esterne, ambientali, con conseguenze che interferiscono con le funzioni normali, mentre *illness* è un concetto valutativo, poiché consiste in uno stato non desiderabile dal paziente e che in qualche caso, per esempio la *mental illness*, potrebbe essere invocato a giustificazione del suo comportamento. A parte il fatto che trovare le cause interne o esterne di una malattia come per esempio la sindrome di Münchausen potrebbe essere per il momento problematico, per di più Hare faceva osservare che una malattia della pelle non può certamente essere definita "stato interno" e che inoltre è sempre rischioso tirare in ballo concetti come quello di specie o "tipico di una specie", perché le specie sono soggette a mutazioni. Sulla scorta di queste e moltissime altre osservazioni, Hare

⁸ Cfr. R.M. HARE, *Health*, in "Journal of Medical Ethics", 12 (1986), pp. 172-181.

⁹ Cfr. K.M. BOYD, *Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts*, in "Journal of Medical Ethics: Medical Humanities", 26 (2000), pp. 9-17.

era indotto a ritenere che anche il concetto di *disease* dovesse avere una natura valutativa, trattandosi di condizione che è percepita come “non buona” da parte del soggetto-portatore.

A partire da questa proposta è scaturito un numero infinito di ulteriori riflessioni e obiezioni, che hanno fatto leva su una premessa giudicata indiscutibile, e cioè che il carattere valutativo del concetto di sano o di malato non dà problemi rivelandosi proficuo, soltanto se sussiste l'accordo tra il paziente e il medico su che cosa debba intendersi per stare e sentirsi bene. E qui si torna alla considerazione che uno può essere malato senza sentirsi affatto male oppure che si possono avere sintomi come nausea e mal di testa (per non parlare, oggi, del dolore neuropatico!) senza con ciò avere nessuna conclamata malattia. Che il linguaggio relativo alla salute sia fatto soprattutto di metafore? Questa non sarebbe una novità, poiché il ricorso alle metafore è una prassi che avviene di frequente nella scienza e, nella fattispecie, in medicina (basti pensare alla “lotta” del corpo inteso come organizzazione statale contro le malattie concepite come nemici da abbattere, un *topos* che si ritrova in Virchow e negli scritti di molti altri medici ottocenteschi). Si ricorre, in genere, alla metafora, quando di un fenomeno non si ha ancora a disposizione una spiegazione scientifica o se ne deve parlare a scopi meramente divulgativi, e questa pratica si giustifica anche per ragioni di brevità. In filosofia della scienza si osserva infatti che, una volta resasi disponibile la spiegazione scientifica, l'uso della metafora viene meno, e se si continua a servirsene, lo si fa principalmente per comodità o per fini divulgativi. È allora possibile che anche il concetto di salute sia metaforico? Sorge questo sospetto non solo perché la salute rinvia sul piano etimologico alle idee di completezza e di integrità, ma anche perché nel tempo questo concetto si è rivestito di significati che alludono al vigore sessuale, al benessere non solo del corpo, ma anche dello spirito, alla salute mentale ecc.

Frattanto anche chi come Canguilhem aveva provveduto a legare l'idea di “norma” alla condizione del corpo, cioè ai valori di temperatura, pressione, battito cardiaco ecc., aveva fatto in modo di distinguere i valori e le norme biologiche da quelle sociali. Mentre le prime sarebbero espressione della dinamica della vita e dell'organismo, alle seconde è preclusa questa normatività vitale, derivando le norme artificiali della società dall'autorità politica che mira al controllo sociale.

3. *Innovazione*

Da qualunque parte si giri la questione, non solo l'idea di salute si rivela impegnativa sotto il punto di vista della definizione, ma addirittura la salute intesa come “stato” sembrerebbe non esistere, rinviando a una condizione ottimale che nella realtà difficilmente si consegue. Il che non ha impedito alla medicina di continuare a fare progressi e alla stessa patologia di diversificarsi rispetto alla connotazione di anatomia patologica che l'aveva caratterizzata e emancipata nell'Ottocento. Oggi il quadro si è fatto ancora più complesso e, quando si parla di “normale”, non è possibile non tener conto della lezione che proviene dalla genomica, e specialmente da quella altamente individualizzata e personalizzata.

Il quesito su che cosa sia la normalità a livello genetico si profila però come una domanda assurda, ché si è osservato che i tre bilioni di coppie di basi che formano i 23 cromosomi possono essere soggetti a un'infinità di variazioni che ci rendono passibili di un numero di rischi altrettanto grande, dalla malattia di Alzheimer all'obesità. Con l'avvento della genomica, ma soprattutto dell'epigenetica, i confini che delimitano ciò che si intende per malattia sono diventati ancora più sfumati. In particolare, il quadro si fa complicato, se si pensa che nel corso della vita intervengono modificazioni che, pur senza alterare la struttura del DNA, variano l'espressione genica e, benché questi cambiamenti possano essere tramandati alle generazioni cellulari, non sono permanenti, ma possono a loro volta essere modificati dalle influenze ambientali e dallo stile di vita. Lo studio del cosiddetto SNP, cioè del *polimorfismo a singolo nucleotide*, che è la variazione che può avvenire a carico anche solo di un singolo nucleotide, ha una grande rilevanza per gettar luce sui meccanismi che influiscono sulla suscettibilità nei confronti di certe malattie, sulla reazione agli agenti patogeni, le risposte ai farmaci ecc. A seguito di queste scoperte, se si applica il concetto di "norma" al genoma umano, si capisce che non esiste un genoma "normale" e che, in luogo del binomio "normale/anormale", sarebbe preferibile parlare di "variazioni molecolari", che in determinate circostanze possono dar luogo a malattie¹⁰. Il normale è un ideale, che si realizza raramente, e da questo assunto parte la ricerca della farmacogenomica per la quale "a esser normale è la variazione". In questo ambito, si sono sviluppati strumenti diagnostici che consentono di evidenziare patologie che sarebbero altrimenti invisibili, o malattie rare e pressoché sconosciute. Parallelamente, si è andata affermando una branca della medicina che si occupa di quelle che possono essere considerate *protomalattie*, molte delle quali vanno ricondotte all'ereditarietà e alla storia familiare, come nel caso dei tumori BRCA1 e BRCA2.

Negli ultimi decenni, un capitolo speciale nell'ambito della patologia ha riguardato il rapporto con la disabilità e le limitazioni funzionali, che minano la capacità di svolgere i compiti e il ruolo che competono all'interno dell'ambiente fisico e sociale. In questo quadro ha assunto particolare rilevanza l'ingegneria biomedica finalizzata alla riabilitazione¹¹. L'applicazione delle tecnologie di medicina rigenerativa ha consentito di limitare e, in certi casi, addirittura di "annullare" le manifestazioni funzionali di molte malattie e danni agli organi, compensando o sostituendo le strutture alterate con dispositivi e impianti medicali composti di materiali naturali e artificiali, che sono il prodotto della più recente ricerca a scopo riabilitativo. In questo settore, si deve inoltre sottolineare che medicina e neuroscienze hanno messo capo una fattiva collaborazione al fine di limitare i danni delle malattie neurologiche e neurodegenerative o delle lesioni al cervello e al midollo spinale. Si tratta di progressi non solo in diagnostica o nelle terapie farmacologiche, ma in ingegneria genetica, *neural engineering*, *imaging*, bionica, protesica, medicina rigenerativa con la creazione di tessuti artificiali, organi artificiali, lenti dell'occhio, coclea artificiale, cellule staminali ecc. È un dato di fatto che nel Novecento il genere umano abbia guadagnato in termini di "maggiori aspettative di vita" ben più

¹⁰ Cfr. N. ROSE, *Normality and Pathology in a Biomedical Age*, in "Sociological Review", 57 suppl. (2009), pp. 66-83.

¹¹ E.N. BRANDT-A.M. POPE (a cura di), *Enabling America. Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*, National Academy Press, Washington DC 1997.

che nei diecimila anni passati. La conseguenza di questo miglioramento è che viviamo in un mondo che, al di là degli aspetti positivi, sta invecchiando rapidamente. Le statistiche infatti recitano che, al presente, gli ultrasessantenni avrebbero un'aspettativa di vita di oltre 24 anni, che si protrarrebbe addirittura di altri 6 per gli ultraottantacinquenni.

La storia della medicina (o meglio: la storia del malato) ci insegna che, fino alla metà del Novecento, le principali cause di morbilità e mortalità per le popolazioni del mondo occidentale sono state – guerre a parte – le malattie infettive, contagiose, sostenute da agenti microbici, oppure quelle provocate dall'indigenza e da condizioni ambientali sfavorevoli. Ma negli ultimi trent'anni si è imposta la cronicità, una condizione completamente nuova e sconosciuta nella storia del malato. La cronicità delle malattie e il processo di invecchiamento della popolazione sono fenomeni dolorosamente intrecciati, e i medici che si occupano delle patologie croniche osservano con una buona dose di ironia che una malattia cronica è come “una vecchia signora”, bisognosa di attenzioni, la quale necessita di essere accudita e coccolata. A fronte della consapevolezza che di certe malattie non è possibile guarire, la medicina contemporanea si è prefissata l'obiettivo di cronicizzarle. Ma non si tratta soltanto del diabete, di gran parte delle malattie cardiovascolari, dell'insufficienza renale, delle malattie respiratorie croniche, dell'artrite e, da ultimo, dell'AIDS, patologie che, per quanto incurabili, sono comunque passibili di controllo. Si tratta addirittura del cancro. Un discorso a sé spetta infatti a questa malattia che – da letale – si è trasformata in cronica, da tenere sotto controllo, e con la quale specialmente gli anziani possono convivere. Il fenomeno della manifestazione del cancro in età avanzata, che era già stato descritto in un articolo seminale apparso su “Nature” nel 2007 dove si parlava della “comune biologia” tra tumori e invecchiamento, implica una serie complessa di problemi, generati dal fatto che non è mai prevista una completa *restitutio ad integrum*; il profilo cronico-degenerativo prefigura un peggioramento che, prima di metter capo all'*exitus* finale, reca con sé un insieme di ripercussioni sul piano psicologico-emozionale, economico-sociale, sanitario, ma soprattutto fisico. Negli anziani, inoltre, non vanno escluse le più che probabili co-morbosità, rappresentate dai malanni che in genere, con o senza cancro, li affliggono, e cioè: ipertensione, diabete, problemi cardiaci. Di per sé il processo di senescenza presenta anche altri gravi problemi, non ultimo quello dell'immunosenescenza, che comprende i radicali mutamenti ai quali va incontro il sistema immunitario nell'anziano, che comportano un maggior rischio di malattie infettive e autoimmuni, una minore risposta ai vaccini e ai farmaci, e un più lento processo di guarigione. Infine, un ambito in cui gli anziani manifestano danni e limitazioni, con una ricaduta sulla loro vita domestica e sociale, è costituito dalle patologie muscolo-scheletriche e ortopediche, con particolare riguardo alle articolazioni, alle giunture sinoviali, a cartilagini e legamenti. Si tratta di un insieme di patologie che hanno effetti profondi e limitanti sulle attività quotidiane. Di non minore rilievo sono le patologie che colpiscono cervello e sistema nervoso. Questo capitolo è particolarmente doloroso e delicato, in quanto i tessuti nervosi non sono in grado di rigenerarsi e ripararsi. Per far fronte alle conseguenze che sulla società potrebbe avere il sempre crescente numero di anziani affetti da patologie neurodegenerative, a partire dai paesi di area culturale anglo-americana, si sono andate sviluppando la medicina neuropreventiva e neuroprotettiva, e la medicina cosiddetta *anti-aging*, e si prevede che anche il nostro paese nel prossimo futuro possa allinearsi con

le politiche sanitarie dei paesi europei che si sono già avviati lungo questo percorso, consapevoli di quanto importante sia il fattore tempo, vale a dire una diagnosi precoce e il tempestivo intervento di una terapia mirata.

4. Conclusione

L'insieme di iniziative qui delineato si propone di fronteggiare gli effetti indesiderati sul piano socio-economico delle patologie che colpiscono i pazienti dei paesi occidentali, dove l'innalzamento dell'età media delle popolazioni e il progressivo miglioramento delle condizioni di benessere sociale hanno portato a un considerevole aumento del numero di soggetti anziani colpiti da tumori, demenza e da altre non meno severe patologie legate all'invecchiamento. È risaputo che, a fronte di una popolazione sempre più anziana e sempre più cronica, le risorse economiche diminuiscono e possono scarseggiare. I costi dei farmaci antitumorali di ultima generazione, in particolare di quelli biologici, anticorpi monoclonali che colpiscono *target* mirati, sono elevati e talvolta improponibili per le limitate risorse dei sistemi sanitari nazionali¹². Una delle questioni fondamentali a cui sono tenuti a rispondere i sistemi sanitari nazionali riguarda chi sosterrà le spese di cura per un paziente che si è ammalato intorno ai 65 anni, ma che grazie alle terapie potrebbe arrivare fino ai 90, e per di più senza lavorare. Inoltre, ha senso applicare terapie tanto costose a malati anziani, che potranno ricavarne scarsi benefici e un allungamento di vita alquanto ridotto, in qualche caso solo di pochi mesi? È etico somministrare cure costose, pagate dalla comunità, a malati anziani che ne potranno trarre fuggevole beneficio ed effimero miglioramento, talvolta di poche settimane? Il rapporto amore/odio che sovente si manifesta nei confronti di terapie che creano alterazioni nel fisico e sul piano psichico, con squilibri mentali e relazionali, ha come risvolto anche gli interrogativi che si pongono gli oncologi nelle situazioni che implicano scelte, decisioni e responsabilità importanti: a chi praticare le terapie, se si vogliono ridurre gli sprechi? È razionale un programma sanitario che impone certe scelte?

Si capisce che l'impatto della malattia sulla società ha costi considerevoli, e che per limitarli la medicina oggi deve prendere in considerazione un insieme di variabili, tra le quali l'età, lo stile e le abitudini di vita, l'ambiente naturale, artificiale e finanche religioso in cui è inserito il paziente, la sua condizione sociale e finanziaria. Questi aspetti potranno in futuro essere meglio affrontati grazie a una ricerca multidisciplinare, dove primaria importanza hanno anche le scienze umane, comportamentali e sociali per ridefinire la patologia nell'interesse del paziente. Per "interesse del malato" la lezione che proviene dalle *medical humanities* intende che egli possa continuare a far parte in maniera armoniosa della società, non solo dal punto di vista del lavoro, ma anche per quanto riguarda il tempo libero, con una buona funzionalità locomotoria nel corso dell'attività quotidiana, che non si limita a quella domestica, ma che comprende per esempio andare a fare la spesa senza assistenza, essere in grado di cucinare e consumare un pasto senza

¹² Cfr. AA. VV., *I numeri del cancro in Italia 2018*, https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2018/10/2018_NumeriCancro-operatori.pdf (ultimo accesso 13/05/2019).

aiuto, lavarsi, farsi un bagno o una doccia, salire le scale, passeggiare, guidare, servirsi dei trasporti pubblici (anche) per raggiungere l'ospedale o lo studio medico per i controlli e la terapia. Ai medici in generale, e agli oncologi in particolare, si richiedono terapie che siano sempre più rispettose dell'integrità del paziente, che gli consentano di condurre una vita il più normale possibile, tenendo presente che gli inconvenienti derivanti dalla malattia o dalla disabilità sono tanto più gravi e invalidanti qualora non siano disponibili membri della famiglia, amici o personale infermieristico. Nelle realtà nelle quali l'accudimento familiare viene a mancare, il senso di solitudine e isolamento del malato è ancora più grave, accompagnato da sentimenti di ansia e depressione, che finiscono per interferire anche con la cura. La realtà dell'aumento dei pazienti anziani e dei sopravvissuti al cancro si lega a riflessioni profonde sulla qualità della vita, un tema che è al centro del dibattito contemporaneo in bioetica, e che ci dimostra come negli ultimi decenni la stessa patologia abbia assunto un carattere più umano. A questo punto, forse, non vale nemmeno più la differenziazione che, fino a qualche tempo fa, aveva separato nel novero degli studenti iscritti a Medicina e Chirurgia coloro che intendevano dedicarsi a specialità come la pediatria o la ginecologia, giudicate "umane", da quelli che optavano invece per la patologia, disciplina un tempo reputata fredda e scarsamente "empatica".

Federico M. Petrucci

L'ANIMA E LO SPETTRO:
FISIO-PATOLOGIA COMPLESSA DELL'ANIMA IN PLATONE

Abstract

*Assuming that, according to Plato, the true self consists in the soul and that the rational part of the soul has the leading role as far as human affairs are concerned, it seems easy to conclude that the perfect condition of the human soul must coincide with the annihilation of irrational psychic components. The present essay intends to show that such an interpretation is reductive and philosophically ineffective. Mainly (but not only) on the ground of a consideration of the *Timaeus*, the essay argues that for Plato, the physiological condition of the soul consists in its multi-dimensional balance, that is, in the correct development – and not annihilation – of both the rational and irrational components, not simply the rational one. This has important repercussions from the standpoint of the philosophical economy of Plato's psychology: pathology and physiology of the soul are on a line of continuity within a spectrum that is regulated by the plasticity and interaction of the specific conditions of the individual parts.*

0. Premessa

Pensare la nozione di “patologia” conduce, in modo più o meno immediato, alla contrapposizione con quella di fisiologia. Entrambi i termini hanno etimologie piuttosto chiare: il secondo, che non corrisponde semanticamente al suo corrispettivo greco¹, sembrerebbe designare un “ragionamento (λόγος, λογίζεσθαι) sul funzionamento naturale di qualcosa (φύσις)”, mentre il primo un “ragionamento sulle affezioni (πάθη)”². In questi termini, se la fisiologia riguarda ciò che c'è di naturale e in qualche modo appropriato per un individuo, la patologia sembra essere legata a condizioni avventizie, e da qui è facile considerare un passaggio all'idea per cui una condizione patologica dipende da offese

¹ Il termine φυσιολογία indica in generale lo studio dei fenomeni naturali e poi della natura delle cose, e in questo senso acquisisce un significato tecnico in Epicuro (e.g. *Epistola a Erodoto*, 37) e nelle filosofie ellenistiche e post-ellenistiche; sembra specializzarsi in senso “medico” in Galeno, pur non svincolandosi mai dal suo significato originario. Sull'uso del termine in Galeno e la sua eredità cfr. Debru 2008 e Nutton 2012.

² Il termine παθολογία non è attestato nel *corpus* dei testi greci, mentre si hanno alcune attestazioni dell'aggettivo παθολογικόν, volte però a designare la riflessione sulle affezioni (πάθη, contrapposti alla natura di qualcosa) o sulle emozioni (πάθη in senso etico). Una specializzazione medica è rintracciabile nel *corpus* galenico, in cui indica una parte della medicina che si concentra sulle malattie intese, appunto, come πάθη (*Introductio seu medicus*, XIV, 689 Kühn: Μέρη ιατρικῆς τὰ μὲν πρῶτά ἐστι, τό τε φυσιολογικὸν καὶ τὸ αἰτιολογικὸν, ἢ παθολογικὸν καὶ τὸ ὑγιεινὸν καὶ τὸ σημειωτικὸν καὶ τὸ θεραπευτικὸν).

estrinseche e in qualche modo “innaturali”. In effetti, in termini generali per una patologia medica, anche di natura psichica, è possibile rintracciare o ipotizzare una diatesi predisponente propria di un soggetto la cui espressione, a seguito di *trigger* eterogenei, va a determinare un fenotipo non funzionale. Una simile prospettiva, se retroproiettata sulle etiche antiche, sembrerebbe finanche radicalizzata nel caso di concezioni strettamente intellettualistiche dell’essere umano: se l’essere umano è intrinsecamente la propria razionalità, la sua condizione fisiologica consisterà nell’esercizio di questa e nell’assenza di affezioni irrazionali, mentre qualsiasi deviazione rispetto a tale condizione si presenterà, appunto, come una patologia “psichica”.

Un simile quadro, in effetti, è ben rispecchiato dalla triste vicenda dello stoico Dionisio di Eraclea, passato alla storia come Dionisio il rinnegato. Secondo il racconto di Cicerone, Dionisio, allievo di Zenone di Cizio (fondatore della Stoa), colpito da una malattia dolorosa ai reni avrebbe riconosciuto la violenza del dolore, lasciando così che la sua ragione cedesse ad esso:

«Uomo da poco, Dionisio di Eraclea, pur avendo imparato da Zenone che si deve essere forti, fu piegato dal dolore. Soffrendo di reni, fra grida lamentevoli andava urlando che quelle tesi che lui stesso poco prima aveva proclamato sul dolore non erano vere. E poiché il suo compagno Cleante gli chiedeva ragione del suo cambiamento di opinione, rispose: “Se io avessi profuso un grande impegno nella filosofia, e pure non riuscissi a sopportare il dolore, allora questo basterebbe a provare che il dolore è un male. Ma io ho effettivamente consumato parecchi anni nella filosofia, eppure non riesco a sopportare il dolore; dunque, il dolore è un male”»³.

L’etica stoica è notoriamente intellettualistica e le passioni non derivano da componenti irrazionali dell’anima, bensì da un “cedimento” del tono dell’anima razionale⁴. Lo stato fisiologicamente perfetto dell’essere umano, dunque, consiste nel liberarsi completamente dall’irrazionalità, mentre ogni cedimento verso l’irrazionalità si concretizza nel distacco dell’uomo dalla propria natura⁵. Ciò sembra suggerire una sorta di correlazione stretta tra intellettualismo e nozione monodimensionale di fisiologia (che potrebbe paragonarsi, in ambito medico, a un approccio diagnostico di tipo categoriale)⁶, ovvero una nozione che appiattisce la fisiologia sulla razionalità. Ma quanto è stringente questa correlazione? Quanto si è davvero costretti, se si vuole mantenere il primato della ragione, a privare l’uomo della sua componente irrazionale per garantirgli una condizione fisiologica? Generalmente a questa domanda si risponderebbe invocando l’*Etica Nicomachea* e la sua dottrina della *μετριοπάθεια*, ma in questo modo si finirebbe

³ CICERONE, *Tusculanae disputationes*, II, 60 = *Stoicorum veterum fragmenta*, I, 432.

⁴ Si veda l’ancora valida rassegna in Long-Sedley 1987, pp. 410-423.

⁵ È noto che, secondo una dottrina stoica “ortodossa”, chiunque non possieda una razionalità perfetta – ovvero, il saggio – è già in ogni caso nel vizio (non a caso, questo sarà uno dei principali bersagli polemici dei platonici di età post-ellenistica contro la Stoa: cfr. ad es. PLUTARCO, *Quomodo quis suos in virtute sentiat profectus*, 75C = *Stoicorum veterum fragmenta*, III, 539), e il vizio stesso è concepito dagli stoici come una sorta di malattia mentale. Al contempo, probabilmente Crisippo tentò di elaborare una strategia dialettica che consentisse di considerare, dal punto di vista provvidenziale, l’esistenza stessa del vizio come parte di un disegno naturale. Su tutto questo cfr. anche Long-Sedley 1987, pp. 383-386.

⁶ Per una ricognizione sulle nozioni di diagnosi categoriale e dimensionale in ambito psichiatrico cfr. Levin 2008.

necessariamente per ammettere che il coinvolgimento delle passioni nella fisiologia dell'individuo implica un ripensamento deciso – se non radicale – di ogni forma di intellettualismo.

In questo breve contributo vorrei suggerire che un modello alternativo e più complesso può invece essere rintracciato all'interno dell'etica di Platone. In particolare, Platone sembra proporre un modello psicologico ed etico che da un lato conferisce una netta priorità “naturale” alla componente razionale dell'anima umana, ma dall'altro identifica la fisiologia in un'appropriata condizione delle componenti irrazionali dell'anima. Ciò conduce, paradossalmente, a considerare il perfezionamento della nostra componente psichica primaria, quella razionale, come condizione necessaria ma non sufficiente per uno stato fisiologico, stato che si dà solo come equilibrio multidimensionale tra le parti irrazionali e quella razionale dell'anima. Ciò ha una ripercussione importante dal punto di vista dell'economia filosofica della psicologia platonica: patologia e fisiologia dell'anima si pongono in continuità lungo uno spettro regolato dalla plasticità delle condizioni specifiche delle singole parti e dalla loro interazione⁷, il che a qualche titolo sembra fare di Platone il precursore – involontario – di una concezione della fisio-patologia psichica centrale nel dibattito scientifico contemporaneo⁸.

1. *La priorità dell'anima razionale e il modello unidimensionale*

Come noto, Platone è il primo pensatore della tradizione filosofica occidentale a considerare l'anima come un complesso di funzioni, espresse in parti differenti⁹. Non voglio qui insistere sul noto problema storiografico legato all'apparente presenza di una psicologia “semplice”, non composta, in un dialogo fondamentale per la psicologia platonica, il *Fedone*¹⁰, né sarà necessario insistere in modo particolare sulla priorità che Platone attribuisce alla parte razionale dell'anima rispetto a quelle irrazionali. Per svolgere la dimostrazione che ho in mente sarà invece sufficiente ricordare l'argomento “principe” di Platone a favore della necessità di pensare l'anima in termini complessi, quello che Socrate propone nel IV libro della *Repubblica* (439a-440a)¹¹:

«Dunque la sete di un oggetto qualificato è anch'essa qualcosa di qualificato; ma la sete di per sé non è né di molta né di poca bevanda, né di bevanda buona né di cattiva, né, in poche parole, di una bevanda qualificata, ma per sua natura è, di per sé, solo sete di una bevanda di per sé”.

“Assolutamente”.

“Allora l'anima di chi ha sete, in quanto ha sete, non vuole nient'altro se non bere, a questo aspira e

⁷ La bibliografia sull'etica e la psicologia platoniche è sconfinata. Rimane fondamentale Irwin 1995, ma si veda anche il recentissimo studio di Kamtekar 2018. Da un lato questo studio va a bilanciare (senza alcuna pretesa di completezza) la prospettiva proposta nel fondamentale studio di Sedley 1999; si vedano anche Brisson 2011 e i saggi raccolti in Barney 2012.

⁸ Cfr. in particolare Shear 2002.

⁹ Per il passaggio progressivo da una concezione arcaica (in generale omerica) dell'anima a quella platonica e il ruolo in essa di Eraclito cfr. Centrone 2015, pp. 151-169.

¹⁰ Per una recente ottima discussione del problema cfr. Brisson 2011.

¹¹ Trad. it. B. Centrone, in Centrone 2012.

a questo rivolge il suo impulso”.

“È chiaro”.

“Dunque, se mai qualcosa, quando essa ha sete, la tira in senso contrario, non ci sarà qualcosa al suo interno che è diverso da ciò che ha sete e la porta, come un animale, a bere? Perché noi affermiamo con certezza che la stessa cosa non potrebbe fare contemporaneamente cose contrarie riguardo allo stesso oggetto con una stessa sua parte”.

“No, infatti”.

“Così come credo che non sia bene dire all’arciere che le sue mani contemporaneamente spingono via e tirano verso di sé l’arco; piuttosto, una mano lo spinge via, l’altra lo tira verso di sé.”

“Senza alcun dubbio”.

“Ma non diciamo che ci sono alcuni i quali, pur avendo sete, non vogliono bere?”

“Ma certo” disse “molti e spesso”.

“Che si potrebbe dire, allora” dissi io “di queste persone? Non c’è nella loro anima qualcosa che ordina di bere, ma anche qualcosa che proibisce di farlo, che è diverso dal primo e lo domina?”

“A me sembra di sì”.

“E ciò che proibisce tali azioni, quando questo avviene, non nasce forse dal ragionamento, mentre ciò che tira e trascina sopravviene a causa di passioni e condizioni insane?”

“Sembra”.

“Non senza ragione, dunque” dissi io “sosterremo che sono due cose diverse l’una dall’altra; e chiameremo l’una, quella con cui ragiona, parte razionale dell’anima (λογιστικόν), l’altra, quella con cui ama, ha fame e sete, ed è turbata per gli altri desideri, irrazionale e desiderativa (ἀλόγιστόν τε καὶ ἐπιθυμητικόν), compagna di certi riempimenti e piaceri”.

“Non senza ragione” disse “anzi, con ogni verosimiglianza, la penseremo così”.

“Siano dunque così definite” dissi io “queste due forme che si trovano nell’anima; quella dell’animo (θυμός), poi, in forza della quale siamo animosi, e una terza, o a quale di queste due potrebbe essere affine per natura?”

“Forse” rispose “all’altra, quella desiderativa”.

“Eppure” dissi io “una volta ho udito una storia a cui credo; Leonzio, dunque, figlio di Aglaione, salendo dal Pireo lungo le mura a nord dal lato esterno, si accorse della presenza di cadaveri che giacevano vicino al luogo delle esecuzioni; desiderava vederli, ma la tempo stesso provava disgusto e si ritraeva; per un po’ lottò coprendosi gli occhi, ma poi, dominato dal desiderio, li aprì e corse verso i cadaveri gridando: ‘Ecco a voi, disgraziati, riempitevi di questa bella visione’”.

“L’ho sentita anche io”, disse.

“Questa storia, allora” dissi “indica che l’ira e i desideri sono talvolta in guerra tra loro, come due cose diverse”.

Il principio che Socrate fa valere può essere riassunto come segue: se ci sono disposizioni psichiche differenti rispetto allo stesso oggetto nello stesso momento e sotto lo stesso rispetto, evidentemente sarà necessario che la nostra anima sia composita, perché è impossibile che un’entità assolutamente unitaria possa essere responsabile di disposizioni contraddittorie. Tale principio, in effetti, non consente solo di distinguere un atteggiamento “razionale” da uno “irrazionale” verso qualcosa, ma anche diversi atteggiamenti irrazionali, in particolare quello dettato dall’ardimento e dall’amore per l’onore (che è proprio della componente θυμοειδής e, nel passo citato, frena Leonzio dal guardare i cadaveri) da quello mosso dai desideri, dai piaceri e dalle paure. Questo passo non dichiara in modo esplicito il primato della componente razionale, che però emerge in modo forte in altre sezioni platoniche. Nel prosiegua di questo paragrafo mi limiterò a menzionarne due, per far emergere in primo luogo, da un passo del *Fedro*, come alcune raffigurazioni della tripartizione dell’anima di Platone sembrano condurre a identificare la fisiologia con l’annullamento delle parti irrazionali dell’anima, e in secondo luogo, da un

passo del *Teeteto*, come tale annullamento coincida apparentemente con il raggiungimento della perfezione etica e, con essa, della felicità.

Il primo passo che voglio richiamare è notissimo. Nel *Fedro*, all'interno del mito centrale della sua palinodia, Socrate descrive la vita delle anime divine, che possono attingere pienamente alla contemplazione delle idee (246a-248e). Diverso è ciò che accade alle anime umane, la cui parte razionale, nel ruolo dell'auriga di una pariglia alata, tenta di dirigere il cavalli verso l'alto, ma la natura irrazionale dei cavalli, se non adeguatamente gestita dall'auriga, conduce alla caduta dell'anima e rende impossibile un'appropriata contemplazione. In effetti, nella loro contemplazione molte anime "sono comunque intralciate dai cavalli", che le "strattonano"; le anime umane (248a-b)¹²:

«aspirando tutte a ciò che sta in alto, seguono, ma non ne hanno la forza e vengono trascinate verso il basso, calpestandosi, scontrandosi, ognuna cercando di sopraffare le altre. Ed ecco tumulto, lotta, uno sforzo estremo; molte si azzoppiano per imperizia degli aurighi, molte si spezzano le ali, e tutte se ne vanno senza una piena iniziazione alla visione dell'essere, stremate dalla fatica; e allontanatesi si nutrono dell'opinione. La ragione di tanta pena per vedere dove si trova la pianura della verità è che lì, in quel prato, si trova il pascolo che si addice *alla parte migliore dell'anima* (ψυχῆς τῷ ἀρίστῳ), e di questo cibo, grazie a cui l'anima può volare, si nutre la natura dell'ala».

Il mito sembra stabilire almeno due elementi teorici chiari: in primo luogo, se un'anima cade e non raggiunge la contemplazione è per colpa delle sue parti irrazionali; in secondo luogo – e in modo del tutto coerente – quella razionale è la parte "migliore" dell'anima (ψυχῆς τῷ ἀρίστῳ). Ciò sembra confermato da una notissima sezione del *Teeteto*, che descrive il fine che l'uomo deve perseguire, ovvero l'assimilazione al dio nella misura del possibile (175a6-d1)¹³:

«Ma non è possibile, Teodoro, che i mali scompaiano – perché è necessario che ci sia sempre qualcosa di opposto al bene – e non è possibile che essi risiedano presso gli dèi; si aggirano invece necessariamente intorno alla natura mortale e a questo luogo (τὴν δὲ θνητὴν φύσιν καὶ τόνδε τὸν τόπον περιπολεῖ ἐξ ἀνάγκης). Anche per questa ragione bisogna sforzarsi di fuggire il più rapidamente possibile da qua: la fuga equivale all'assimilazione a dio per quanto possibile. E l'assimilazione consiste nel diventare giusto e pio con l'intelligenza (διὸ καὶ πειρᾶσθαι χρὴ ἐνθένδε ἐκεῖσε φεύγειν ὅτι τάχιστα. φυγὴ δὲ ὁμοίωσις θεῷ κατὰ τὸ δυνατόν· ὁμοίωσις δὲ δίκαιον καὶ ὄσιον μετὰ φρονήσεως γενέσθαι). Ma, eccellente amico, non è per niente facile convincere che non per i motivi in base ai quali i molti sostengono che si deve evitare il vizio e perseguire la virtù, l'una va alimentata, l'altro no, ossia allo scopo di non sembrare malvagio ma buono. Queste sono in realtà ciò che si suole definire, mi pare, frottole di vecchia. Cerchiamo invece di dire il vero in questo modo: il dio non è mai in nessun modo ingiusto; egli è piuttosto massimamente giusto, e non vi è nulla di più somigliante a lui di chi tra noi sia diventato a sua volta il più giusto possibile. Su questo terreno si misura l'effettiva abilità di un uomo, o la sua mediocrità e codardia. Conoscere ciò comporta sapienza e autentica virtù, mentre non saperlo ignoranza e manifesta malvagità. E le altre abilità, che sembrano addirittura sapienze, si rivelano, nell'ambito del potere politico (ἐν μὲν πολιτικαῖς δυναστείαις), grossolane, in quello delle tecniche, meramente manuali».

¹² Trad. it. M. Bonazzi, in Bonazzi 2011.

¹³ Trad. it. F. Ferrari, in Ferrari 2011; per questo passo cfr. Sedley 1999 e le note *ad loc.* in Ferrari 2011.

La fuga verso il divino consiste, dunque, nella pratica della virtù, che si realizza solo e soltanto grazie all'esercizio della saggezza (ὁμοίωσις δὲ δίκαιον καὶ ὄσιον μετὰ φρονήσεως γενέσθαι). Questo passo, come del resto il precedente, sembra dunque prefigurare come fine per l'uomo una condizione di annullamento di ogni componente irrazionale e di pieno dominio della razionalità: nulla nel *Teeteto* pare implicare che la fuga possa ammettere la persistenza di un qualsiasi elemento irrazionale, e similmente nel *Fedro* la causa della caduta delle anime è identificata nelle loro parti irrazionali. Una simile lettura condurrebbe ad attribuire a Platone un approccio unidimensionale – per certi versi molto economico – al problema delle nozioni di fisiologia e patologia: se la parte razionale è la migliore e più appropriata per l'essere umano, allora una sua condotta “fisiologica” non può che basarsi sull'annientamento delle parti irrazionali, la cui azione sembrerebbe rappresentare a qualche titolo una “patologia” dell'anima. In questo modo si ottiene un modello radicalmente intellettualistico, e in questo senso unidimensionale: ogni condotta corretta è appiattita sulla – e completamente assorbita dalla – razionalità e dalla conoscenza, e l'unico spazio per le passioni è quello che si crea se la natura stessa è a qualche titolo distorta e contaminata. Una simile lettura ha, come evidente, una serie di conseguenze che non possono essere sottovalutate: cosa ne è della natura politica dell'uomo? Che rilievo può avere qualsiasi azione compiuta nel mondo, se in realtà tutto ciò che un uomo deve compiere coincide con l'esercizio della razionalità pura, al di là di qualsiasi commistione con la sua componente irrazionale?

2. *Quale natura? La natura mortale e biologica dell'essere umano*

Già uno dei passi-chiave per questa lettura, quello tratto dal *Teeteto*, può però essere letto in un modo diverso. In effetti, il passo si apre con un'indicazione finanche paradossale sulla dimensione a cui conduce la fuga verso il divino, una dimensione che implica l'abbandono netto della *natura* mortale, presso la quale albergano i mali (τὴν δὲ θνητὴν φύσιν καὶ τόνδε τὸν τόπον περιπολεῖ ἐξ ἀνάγκης): senza questo abbandono è impossibile per l'uomo assimilarsi a dio, ovvero raggiungere in modo perfetto l'esercizio puro della razionalità. Se questo è vero, c'è un senso in cui, all'opposto di quanto sembrava emergere in precedenza, per un essere umano assimilarsi a dio e far sì che la parte migliore dell'uomo si realizzi implicano tradire la sua stessa natura: assimilarsi a dio, essere pura ragione, non è *fisiologico* per l'uomo, tanto quanto abbandonarsi alle passioni (anche se non necessariamente nello stesso senso). Non a caso, alla fine del passo Platone sembra recuperare quel bagaglio di azioni, prospettive e virtù che il modello unidimensionale pareva condannare: benché in termini negativi *rispetto all'assimilazione al dio*, Platone ammette che vi è un vissuto corretto, tipico dell'azione politica e sociale dell'uomo, che, benché volgare e demotico rispetto alla purezza della razionalità, può essere considerato come virtuoso¹⁴. Ma *se* una simile virtù demotica è quella dimensione dell'agire che si dà in assenza della fuga e dell'assimilazione, e *se* l'assimilazione è il trascendere la natura mortale, allora la virtù demotica, qui screditata e finanche disprezzata, finisce necessariamente per configurarsi come il risultato di un

¹⁴ Sullo statuto della virtù demotica in Platone cfr. Petrucci 2017 e 2018.

funzionamento fisiologico della natura mortale in quanto tale. In altri termini, il paradosso già emerso trova qui una definizione ancora più specifica: l'essere umano, come essere a cui appartiene una *natura mortale*, può attingere fisiologicamente a una virtù demotica, che ha una componente razionale ma, per implicazione del passo, è immersa nell'irrazionalità e non consiste di pura saggezza, mentre il trascendere se stesso finisce per essere un salto a qualche titolo innaturale e non fisiologico. In breve, il paradosso a cui si giunge è che per l'essere umano la gestione delle proprie componenti irrazionali non implica necessariamente alcuna patologia, mentre, all'opposto, la loro esclusione si prefigura come una condizione non fisiologica.

Per quanto apparentemente aspro, non credo sia possibile eliminare il paradosso, che in realtà rivela soprattutto una tensione irriducibile all'interno della filosofia platonica. Ciò che invece voglio fare nel prosieguo di questo contributo è spiegare quale sia l'economia filosofica all'interno della quale il paradosso si inserisce, un'economia che finisce, in fondo, per metabolizzare efficacemente il paradosso stesso. Il testo chiave per progredire in questa narrativa è a questo punto il *Timeo*. La seconda parte del *Timeo* è fin dall'antichità¹⁵ ben meno celebre della prima, dedicata, come noto, alla generazione del cosmo; lo stesso Platone presenta la seconda parte, "antropologica" e dedicata alla descrizione della generazione dell'essere umano come ente biologico, come necessaria per il completamento della cosmogenesi (si veda l'*incipit* della citazione subito sotto), ma in questo senso secondaria rispetto alla precedente. Ciò è esplicitamente annunciato nella prosopopea del Demiurgo, che segue la generazione dell'universo e del tempo, ma anticipa la sezione che ci interessa, prima della quale Platone proporrà un'ampia discussione sulla *χώρα*. Il Demiurgo, rivolgendosi agli dei secondari e dettando i compiti che essi dovranno portare a termine perché il cosmo venga compiutamente realizzato, afferma (41b-c)¹⁶:

«Rimangono ancora tre specie mortali che non sono state generate [uccelli, animali acquatici, animali terrestri]; e, se non nasceranno, il cielo resterà incompiuto, perché non avrà in sé tutte le specie dei viventi; ma bisogna invece che le abbia, se deve essere compiuto come si conviene. Però, se fossero generate e portate in vita da me, sarebbero uguali agli dei; perché dunque siano mortali, in modo che questo universo sia davvero una totalità completa, dedicatevi voi, secondo la vostra natura, alla fabbricazione di questi esseri viventi, imitando la potenza che ho messo in atto nella vostra generazione. E quella parte di loro che è opportuno abbia lo stesso nome degli immortali, quella parte che è detta divina e che comanda (ἡγεμονοῦν) in coloro i quali vogliono seguire sempre la giustizia e voi, quella parte che ho già seminato e a cui ho già dato principio, io stesso ve la darò; per il resto, intrecciando il mortale con l'immortale, producetevi voi i viventi, fateli nascere e, nutrendoli, fateli crescere e accoglieteli di nuovo alla loro morte».

Timeo riprende a questo punto la narrazione, descrivendo l'operazione del Demiurgo

¹⁵ Galeno (*De placitis Hippocratis et Platonis*, 508, 4 e 522, 34) lamentava esplicitamente la scarsità (e la bassa qualità) di commenti su questa sezione "antropologica. D'altro canto, anche la critica contemporanea si è recentemente concentrata in modo massiccio sulla cosmogenesi platonica (cfr. partic. Brodie 2012), ma l'unico commento sistematico e approfondito all'ultima parte del dialogo rimane quello di Taylor 1928. I testi che discuterò si prestano naturalmente a discussioni ben più approfondite e sfaccettate, in particolare al problema del rapporto mente-corpo, per il quale mi limito a segnalare il brillante recente saggio di Fronterotta 2015.

¹⁶ Le traduzioni del *Timeo* sono di F. Fronterotta, in Fronterotta 2003.

(41d-42b):

«Questo disse; e nuovamente in quel cratere di prima, nel quale aveva mescolato, temperandola, l'anima del mondo, versò i resti degli elementi utilizzati in precedenza, mescolandoli più o meno allo stesso modo, anche se non erano più puri come prima, ma solo secondi e terzi in purezza. Una volta composto il tutto, lo divise in tante anime quante sono gli astri e attribuì ogni anima a ogni astro; e, postele come su un carro, mostrò loro la natura dell'universo e rivelò loro le leggi del fato: che la prima generazione sarebbe stata stabilita come unica per tutte, in modo che nessun'anima fosse da lui resa inferiore, e che occorreva che esse, disseminate negli strumenti del tempo, ciascuna in quello che le fosse conveniente, si costituissero come il più pio tra i viventi. [...]

Ora, quando le anime fossero state innestate nei corpi, e qualcosa fosse stato aggiunto oppure tolto al loro corpo, innanzitutto si sarebbe generata necessariamente da violente affezioni (ἐκ βιαιῶν παθημάτων) in tutte le anime un'unica sensazione; poi, il desiderio misto di piacere e dolore; in seguito, il timore, l'ira e tutte le passioni che si succedono a queste e tutte quelle che sono invece di natura contraria, dominando le quali, le anime avrebbero vissuto nella giustizia, mentre nell'ingiustizia essendone dominate».

Il passo contiene una serie di indicazioni cruciali, che complessivamente forniscono una descrizione completa della natura dell'anima umana. In primo luogo, il Demiurgo non può produrre direttamente l'anima umana nella sua interezza perché in questo caso essa sarebbe immortale. Ciò non dipende solo dalla potenza generatrice del Demiurgo, ma anche dal materiale psichico che egli impiegherebbe, ovvero i resti di quanto prodotto per plasmare l'anima cosmica¹⁷. Ma d'altro canto il Demiurgo non priva l'anima umana di tale componente, pur non rendendola riducibile ad essa: infatti egli fornisce, a partire dal materiale psichico cosmico, una sola parte dell'anima umana, quella direttiva, razionale e immortale. È quindi evidente come la presenza dell'anima razionale sia una condizione necessaria per la generazione di un'anima umana, ma è la presenza delle componenti irrazionali a completare il processo e, soprattutto, a renderlo specifico: senza componenti irrazionali le anime umane non sarebbero altro che frammenti residuali di anima cosmica. Ancora, se da un lato la presenza dell'anima razionale garantisce un contatto con l'immortale e, secondo quanto dichiarato dallo stesso Demiurgo, è essa stessa immortale, solo il sopraggiungere delle componenti irrazionali garantisce la generazione di una *natura* mortale. Platone non descrive in modo chiaro tale processo, ma almeno un dato è evidente: le componenti irrazionali sono il diretto effetto della mistione tra anima razionale e corporeità, il che implica la sostanziale estraneità "naturale" tra anima razionale e corpo: le parti irrazionali sembrano nascere dopo "violente affezioni" (ἐκ βιαιῶν παθημάτων) come qualcosa di estraneo e avventizio rispetto all'anima razionale, ma anche necessariamente legato alla corporeità.

L'aspetto più interessante di tale narrazione, però, consiste nel fatto che il frutto di queste "violente affezioni", di un simile stravolgimento della natura immortale e razionale dell'anima divina, non è altro che la generazione di un organismo biologico perfettamente funzionante, ovvero di una perfetta *natura* mortale. Proprio questa è la prospettiva in cui si muove Platone quando, nel pieno della sezione antropologica del racconto di Timeo, riprende il piano generativo proposto dal Demiurgo e chiarisce in

¹⁷ Cfr. PLATONE, *Timeo*, 34c-35b: il Demiurgo produce l'essenza dell'anima cosmica a partire da un "impasto" di diverse essenze, che le garantiscono una natura intermedia tra l'intelligibile e il sensibile.

che modo le “violente affezioni” portino alla generazione dell’anima umana come ente unitario (69c-70e):

«Ed essi [gli dei], imitandolo [il Demiurgo], ricevuto il principio immortale dell’anima, vi formarono poi intorno un corpo mortale e a esso affidarono, come un carro, tutto il resto del corpo, e in esso costituirono un’altra specie di anima, quella mortale, che subisce in sé passioni spaventose e irresistibili, in primo luogo il piacere, grande esca del male, quindi i dolori, che mettono in fuga i beni, e ancora la temerarietà e il timore, consiglieri irragionevoli, poi l’ira [...]; e, mescolando queste cose con la sensazione, di cui non si può rendere conto razionalmente, e con il desiderio, che non arretra di fronte a nulla, composero, seguendo la necessità, il genere mortale.

E, temendo per questo di contaminare la parte divina dell’anima, poiché la costrizione della necessità non era totale, collocarono la parte mortale, separatamente da quella divina, in un’altra zona del corpo, costituendo un istmo e una frontiera tra la testa e il petto, ponendo fra essi, come separazione, il collo. Appunto nel petto e in ciò che chiamiamo torace posero la parte mortale dell’anima. E poiché vi era una parte di essa per natura migliore e un’altra peggiore, posero nella cavità del torace un’ulteriore separazione, come si fa quando si separano le stanze delle donne da quelle degli uomini, collocandovi nel mezzo il diaframma a mo’ di chiusura. La parte dell’anima che partecipa dunque del coraggio e dell’ira, bramosa di vittoria (φιλόνικον), la stabilirono più vicina alla testa, fra il diaframma e il collo, perché, prestando ascolto alla ragione, potesse collaborare con essa nel reprimere con forza la fonte degli appetiti, quando quest’ultima non accettasse spontaneamente di ubbidire in nessun modo alla ragione e all’ordine dell’acropoli [...]. La parte desiderativa (ἐπιθυμητικόν) dell’anima, che brama cibi e bevande e tutto ciò di cui il corpo sente per natura il bisogno, la stabilirono a metà strada fra il diaframma e il confine dell’ombelico, dopo aver costruito in tutta questa parte una sorta di mangiatoia per il nutrimento del corpo; e, come una bestia selvaggia, la incatenarono qui, benché, trovandosi congiunta a noi, fosse necessario nutrirla, se davvero doveva venire all’esistenza un genere mortale».

In piena coerenza con quanto enunciato dal Demiurgo, la parte razionale è esplicitamente caratterizzata come “immortale” e viene congiunta al corpo; la conseguenza della congiunzione è la generazione delle due parti mortali e irrazionali. Un primo aspetto fondamentale di questa descrizione è la piena compenetrazione tra il piano psicologico e quello biologico: escludendo che Platone supponga realmente che il diaframma o il collo possano impedire una commistione tra le anime, ciò che una simile immagine vuole significare è che il corpo si conforma in funzione delle diverse parti dell’anima, e che a loro volta le diverse parti dell’anima determinano la struttura e i meccanismi biologici del corpo vivente a cui danno vita. Si spiega dunque in modo efficace perché Platone, pur evidenziando la natura potenzialmente distruttiva delle componenti irrazionali – e in particolare di quella desiderativa –, non accenni in nessun modo alla possibilità di un suo annullamento. Al contrario, la componente desiderativa è sì controllata e “incatenata” nel ventre, ma rappresenta anche una “mangiatoia” necessaria per l’essere umano in quanto mortale.

Se tutto questo è vero, ci inoltriamo sempre di più nel paradosso. Da un lato è evidente che l’anima razionale, immortale e pura, viva la congiunzione con il corpo e l’interazione con le componenti irrazionali come un attacco violento e potenzialmente distruttivo. In effetti, il sorgere di queste componenti è caratterizzato da violenza e necessità, e gli dei si preoccupano di isolare il più possibile anima razionale e parti irrazionali «temendo di contaminare la parte divina dell’anima»: le parti irrazionali sono alla radice di un attacco patologico alla parte razionale. Dall’altro lato, però, la presenza delle stesse componenti irrazionali è in primo luogo ed eminentemente la condizione

necessaria perché una *natura* mortale si dia e possa avere un funzionamento corretto: il loro annullamento comporterebbe d'un colpo anche l'eliminazione delle condizioni di possibilità di un'esistenza fisiologica della natura mortale. Il punto è ancora che le nozioni stesse di anima e natura in Platone vivono di una tensione radicale: l'intelligibile e il sensibile, il razionale e l'irrazionale, sono forzati all'interazione reciproca, ma rimangono in se stessi nature opposte, e come tali hanno fisiologie e patologie opposte. Questa tensione, che già trova una cruciale istanziazione nella cosmogenesi, si realizza in modo compiuto proprio nella costituzione della natura umana¹⁸.

3. *L'anima e lo spettro*

Se quanto indicato nei precedenti paragrafi è corretto, in cosa consistono realmente fisiologia e patologia dell'anima umana? Evidentemente un *account* unidimensionale finisce per essere insufficiente, e un modello diverso deve essere preso in considerazione, un modello più complesso basato sulla nozione di spettro fisiopatologico: l'anima di ogni ente biologico si colloca, sulla base del suo equilibrio interno, lungo uno spettro fisio-patologico che prevede ai suoi estremi da un lato il dominio da parte dei desideri e una cattiva condizione della parte razionale, dall'altro il governo della parte razionale e l'eccellente condizione delle componenti irrazionali. Una simile rappresentazione è del resto ben verificata da uno dei passi finali del *Timeo* (89d-90d), che traccia la via per l'ultima parte dell'argomento:

«Sia dunque questo il nostro discorso sul vivente nel suo insieme, sulla sua parte corporea e il modo in cui, governandosi e lasciandosi governare da se stessi, si possa condurre una vita davvero razionale; ma la parte che deve governare è certo quella che bisogna preparare in qualche modo di più e in primo luogo, perché sia quanto più bella e quanto migliore possibile in tale attività di governo. [...]

Come si è ripetuto più volte che tre specie di anima sono state stabilite in noi, in tre luoghi diversi, ciascuna delle quali dotata di movimenti, così, allo stesso modo, anche adesso bisogna dire sinteticamente che la specie di anima che rimane inattiva e non esercita i propri movimenti diviene necessariamente la più debole di tutte [...] per cui si deve far sì che i loro movimenti siano, gli uni rispetto agli altri, ben proporzionati (*συμμέτρους*). Riguardo a quella specie di anima che è in noi dominante, bisogna considerare che la divinità l'ha attribuita a ciascuno come un demone (*ὡς ἄρα αὐτὸ δαίμονα θεὸς ἐκάστῳ δέδωκεν*) e si tratta precisamente, diciamo noi in modo del tutto esatto, di ciò che risiede nella parte superiore del nostro corpo e che ci solleva da terra verso ciò che gli è affine nel cielo, giacché noi siamo piante celesti e non terrestri; affondando infatti le radici della nostra testa proprio lassù, da dove l'anima ha tratto la sua prima generazione, la parte divina tiene eretto tutto il nostro corpo. [...]

In effetti, la cura di ogni cosa è per ciascuno una sola: attribuire a ogni parte i nutrimenti e i movimenti appropriati. E i movimenti affini a ciò che vi è in noi di divino sono i pensieri e i movimenti circolari dell'universo: e ciascuno, assecondandoli e correggendo quelle rotazioni che alla nascita hanno subito una deviazione nella nostra testa, con l'apprendimento delle armonie e dei movimenti circolari dell'universo, deve rendere simile il soggetto di tale contemplazione all'oggetto contemplato in accordo

¹⁸ In effetti, proprio l'osservazione della costituzione dell'uomo dà a Platone l'occasione di far emergere tale tensione, che in precedenza rimaneva in parte celata. Ad esempio, benché l'anima cosmica abbia come componente anche un'essenza divisibile e, nella sua struttura finale, contempli componenti caratterizzate da diversi gradi di perfezione, essa non comprende alcun tipo di irrazionalità.

con l'antica natura, e, resili simili, giungere al compimento della vita migliore che gli dei abbiano predisposto per gli uomini per il presente e per il tempo futuro».

L'uomo è dunque un ente anfibio, che partecipa del divino grazie al demone immortale e razionale che il dio gli ha donato, ma è anche fermamente radicato nel mondo materiale non tanto a causa del corpo che possiede, bensì per il fatto di avere delle componenti dell'anima – quelle irrazionali – che gli rendono possibile la realizzazione di funzioni biologiche. Queste componenti non sono riducibili l'una all'altra, né è pensabile che l'essere umano come tale possa sussistere in assenza di una di esse, o nel caso dell'annullamento di una di esse: al contrario, la condizione fisiologica dell'uomo consiste nello sviluppo simmetrico di tali componenti. Dunque, la patologia dell'essere umano consiste nell'alterazione della simmetria tra componenti – razionali e irrazionali – che sono naturalmente presenti in lui: l'essere umano, in quanto ente biologico, è sempre all'interno dello spettro che conduce alla patologia, ma mantiene sotto-soglia questa condizione potenzialmente patologica nella misura in cui la simmetria tra le componenti è rispettata.

Tutto ciò, a dire il vero, copre solo una parte della storia e apre a una prospettiva che, da punto di vista di un platonico (se non di Platone), è più promettente in termini escatologici, epistemologici e cosmologici. In effetti, l'equilibrio tra le componenti può essere il fine dell'essere umano, ma non quello della sua parte pura e divina, l'anima razionale: *in quanto demone* e residuo dell'anima immortale del cosmo, l'anima razionale, liberata dalla sua dimensione incarnata, potrà raggiungere il proprio stato di perfezione. In questo senso, la condizione fisiologica dell'anima razionale in quanto tale non può coincidere con quella che essa si trova ad affrontare all'interno di un corpo, e in questo senso si spiegano i passi platonici che descrivono l'incarnazione di per sé come una malattia¹⁹. Non vi è però contrasto tra questo aspetto e quanto argomentato finora: mentre l'essere umano come ente biologico è composito e partecipa sia del divino sia del corporeo, l'anima razionale di per sé è nel mondo corporeo al di fuori della sua condizione naturale, che è quella di un ente intelligibile²⁰.

Eccoci dunque al nucleo coerente del paradosso: l'uomo mantiene la sua condizione fisiologica fino a quando la sua anima razionale se ne priva, e il raggiungimento della perfezione fisiologica da parte dell'anima razionale in quanto tale può dipendere solo dal distacco dal corpo, dunque dalla distruzione dell'uomo come ente biologico. In questo caso – come nel suo opposto, quello del completo abbandono della razionalità ai desideri – si riscontrano casi-limite: nel caso dello spettro platonico l'estremo assoluto dello spettro è un limite il cui raggiungimento implica un superamento dello spettro stesso, un doversi confrontare con uno statuto fisiologico completamente diverso²¹.

¹⁹ Cfr. ad es. PLATONE, *Fedone*, 67c-d.

²⁰ Cfr. ancora *ibidem*, 79a-80a.

²¹ Con questo non voglio schierarmi nel dibattito sul problema, se la contemplazione delle idee e la loro conoscenza sia possibile durante l'esistenza incarnata o meno. La mia lettura non esclude in effetti nessuna delle due possibilità, perché una contemplazione diretta non implica in nessun caso l'abolizione delle funzioni biologiche dell'essere umano, proprio perché in ogni caso rimane una differenza evidente tra un'eventuale contemplazione da parte dell'essere umano e quella che è accessibile a un'anima disincarnata.

Se questo è vero, tuttavia, ciò che si perde non è solo e semplicemente una disposizione strutturale, ovvero il fatto di essere un ente biologico, ma anche tutto ciò che è connesso a questa condizione, in primo luogo l'esistenza personale dell'individuo²². Se in effetti l'anima come demone può essere considerata un'individualità dotata di immortalità e capace di attingere a oggetti eterni di conoscenza, le idee, dall'altro l'esistenza personale di un essere umano non può essere riducibile alle sue conoscenze né dal punto di vista funzionale – perché, come emerso, l'uomo è intrinsecamente un ente biologico, dunque legato anche alle sue componenti irrazionali – né da un punto di vista "esistenziale", perché l'esperienza che ogni essere umano fa del mondo e che lo caratterizza come individuo passa per la sua corporeità, la sua mutevolezza e la sua esposizione a eventi contingenti. In altri termini, l'essere umano si dà, dal punto di vista di Platone, solo nella misura in cui esso è collocato lungo lo spettro fisio-patologico della sua condizione biologica; oltre c'è sì la perfezione, ma una perfezione del tutto impersonale.

4. *Qualche conclusione*

Il quadro finora delineato potrebbe essere rafforzato attraverso il richiamo a una serie di passi dei dialoghi che illuminano la stessa prospettiva da altri punti di vista. Nel *Gorgia* (503d-505c), ad esempio, la τάξις dell'anima consiste nell'eliminare l'ἀκολασία dall'anima, il che implica non l'eliminazione della componente desiderativa, ma proprio lo stabilire l'equilibrio corretto all'interno tra le diverse parti dell'anima. Nel *Sofista* (227e-229d), ancora, Platone distingue due forme di κακία relative all'anima, una identificabile come conflitto interno (228d 8-9: Στάσιν ἄρα καὶ νόσον τῆς ψυχῆς πονηρίαν λέγοντες ὀρθῶς ἐροῦμεν) che produce ἀμετρία nell'intera anima, l'altra come ignoranza (228d 10-11: Τὸ δὲ γε ἄγνοιαν μὲν καλοῦσι, κακίαν δὲ αὐτὸ ἐν ψυχῇ μόνον γινόμενον οὐκ ἐθέλουσιν ὁμολογεῖν) che affligge la razionalità dell'anima e, attraverso questa, l'anima intera. Ciò da un lato lascia intuire come, nella condizione incarnata dell'anima, le condizioni specifiche delle diverse parti abbiano automaticamente ripercussioni sull'equilibrio complessivo, ma dall'altro indica che l'equilibrio di un'anima coincide con quello dell'ente biologico a cui dà vita: l'interazione tra questi due aspetti detta le coordinate per la collocazione di ciascun essere umano lungo lo spettro fisio-patologico.

Tutto questo può essere analizzato e riconsiderato da una serie di punti di vista. Si potrebbe ad esempio osservare, da un punto di vista storico-filosofico, che la fisio-patologia dell'uomo come ente biologico tracciata da Platone è ben più vicina a quella aristotelica di quanto si sia indotti a pensare di primo acchito, e non è un caso che, con poche eccezioni, l'intera tradizione platonica abbia tentato un'appropriazione sistematica dell'etica aristotelica contro quella stoica, pur rivendicando un'impostazione intellettualistica²³. Ancora, si potrebbe sottolineare come l'etica e la psicologia di Platone, pur apparendo poco economiche per la quantità di assunzioni da cui derivano (prima tra tutte, quelle ontologiche), potevano contare su un'articolazione complessa che era in

²² Sul problema dell'immortalità personale o individuale in Platone cfr. Centrone 2011.

²³ Cfr. in particolare Boys-Stones 2018, pp. 457-507.

grado di dare conto tanto della possibilità di aver accesso a conoscenze stabili quanto della condizione dell'uomo come ente biologicamente determinato – ovvero, difficilmente un platonico si sarebbe trovato nella strettoia in cui lo sventurato Dionisio di Eraclea, con la cui storia questa narrazione si è aperta, si sentì costretto. Ma l'acquisizione più interessante in questa sede riguarda forse la possibilità di rintracciare in Platone non tanto una risposta alla domanda sulla fisio-patologia dell'anima umana, ma un modo complesso di porre la domanda su questo problema: fino a che punto si può tenere fermo l'impegno sull'intellettualismo senza perdere di vista l'identità biologica e personale dell'uomo? E – paradossalmente – come si può essere certi che, per salvare la nozione di essere umano come ente biologico razionale, non si finisca per dover considerare la condizione fisiologica dell'uomo come qualcosa di assimilabile a una patologia sotto-soglia?

Bibliografia

- R. BARNEY *et al.* (a cura di; 2012), *Plato and the Divided Self*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 2012.
- M. BONAZZI (2011), *Platone. Fedro*, Einaudi, Torino 2011.
- G. BOYS-STONES (2018), *Platonist Philosophy 80 BC to AD 250*, Cambridge University Press, Cambridge 2018.
- L. BRISSON (2011), *The Mortal Parts of the Soul, or Death as Forgetting the Body*, in M. MIGLIORI *ET AL.* (a cura di), *Inner Life and Soul*, Academia Verlag, Sankt Augustin 2011, pp. 63-70.
- S. BROADIE (2012), *Nature and Divinity in Plato's Timaeus*, Cambridge University Press, Cambridge 2012.
- B. CENTRONE (2011), *Personal Immortality in Plato: Another Noble Lie?*, in M. MIGLIORI *ET AL.* (a cura di), *Inner Life and Soul*, Academia Verlag, Sankt Augustin 2011, pp. 71-84.
- ID. (2012), *Platone. La Repubblica*, Mondadori, Milano 2012.
- ID. (2015), *Prima lezione di filosofia antica*, Laterza, Roma-Bari 2015.
- A. DEBRU (2008), *Physiology*, in R.J. HANKINSON (a cura di), *The Cambridge Companion to Galen*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, pp. 263-282.
- F. FERRARI (2011), *Platone. Teeteto*, Rizzoli, Milano 2011.
- F. FRONTEROTTA (2003), *Platone. Timeo*, Rizzoli, Milano 2003.
- ID. (2015), *Plato's Conception of the Self. The Mind-Body Problem and its Ancient Origin in Plato's Timaeus*, in S. FÖLLINGER-D. DE BRASI (a cura di), *Anthropologie in Antike und Gegenwart*, Alber, Freiburg-München 2015, pp. 35-57.
- T.H. IRWIN (1995), *Plato's Ethics*, Oxford University Press, New York 1995.
- R. KAMTEKAR (2018), *Plato's Moral Psychology*, Oxford University Press, Oxford 2018.
- S. LEVIN *ET AL.* (2008), *Category and Dimension in Psychiatry*, in "Vertex", 19 (80/2008), pp. 189-195.
- A. LONG-D. SEDLEY (1987), *The Hellenistic Philosophers*, Cambridge University Press, Cambridge 1987.

- V. NUTTON (2012), «*Physiologia*» from Galen to Jacob Bording, in M. HORSTMANSHOFF-H. KING-C. ZITTEL (a cura di), *Blood, Sweat, and Tears: The Changing Concepts of Physiology from Antiquity into Early Modern Europe*, Brill, Leiden-Boston, pp. 27-40.
- F.M. PETRUCCI (2017), *Plato on Virtue in the Menexenus*, in “The Classical Quarterly”, 67 (1/2017), pp. 49-70.
- ID. (2018), *There Should Be a Virtue for Everyone. Non-Philosophical Virtue in the Phaedo*, in G. CORNELLI ET AL. (a cura di), *Phaedo: Selected Papers from the XI Symposium Platonicum*, Academia Verlag, Sankt Augustin 2018, pp. 166-171.
- D. SEDLEY (1999), *The Ideal of Godlikeness*, in G. FINE (a cura di), *Plato. 2: Ethics, Politics, Religion, and the Soul*, Oxford University Press, Oxford 1999, pp. 309-328.
- M.K. SHEAR ET AL. (2002), *The Panic-Agoraphobic Spectrum: Development, Description, and Clinical Significance*, in “Psychiatric Clinics of North America”, 25 (4/2002), pp. 739-756.
- A.E. TAYLOR (1928), *A commentary on Plato's Timaeus*, Oxford University Press, New York 1928.

Enrico Guglielminetti

LA PATOLOGIA UNIVERSALE,
O DEI CAPRICCI TEOLOGICI DELLA SALUTE

Abstract

Augustine is at the beginning of a twofold development of ideas which may appear contradictory in its outcome but is perfectly coherent if one considers the initial approach. On the one hand, health has nothing to do with sickness (from a structural standpoint, the good is not at all implied with evil): pure health and the impossibility of getting sick and die do exist. On the other hand, and precisely for this reason, health (understood as the actual health of the human being, the real health with which we are concerned here and now) is so close to sickness that it itself counts as a form of pathology.

Uno degli effetti della dottrina del peccato originale, com'è stata sviluppata dalla tradizione cristiana, è quello di introdurre l'idea di patologia universale. In questa valle di lacrime, siamo tutti infermi, anche quando ci sentiamo benissimo. La cosa più naturale del mondo per un essere vivente – ammalarsi e morire – diviene, per Agostino, innaturale. Nell'Eden l'uomo *può non morire*. Non c'è nulla nella sua costituzione fisica che renda inevitabile la malattia, l'invecchiamento, il deperimento e la morte, che vengono infatti introdotti solo per un atto di libertà. Il “mondo” nasce con il peccato e dal peccato, l'Eden è dunque un pre-mondo, in cui la natura non conosce violenza, morte e malattia. Il creatore del mondo qual è (quello in cui ci ammaliamo e moriamo o in cui il lupo divora l'agnello) non è Dio da solo, ma – per una parte decisiva – l'uomo (e, insieme a lui e prima di lui, un anti-dio).

È probabile che Agostino, e con lui gran parte della tradizione cristiana, sbagli nell'interpretare il racconto del peccato originale. Agostino interpreta alla lettera quella che è un'espressione metaforica per la possibilità che – oggi come ieri come domani – l'essere umano ha di vivere in pace con la natura e con gli altri, possibilità da cui è tragicamente distolto da un istinto di male così gratuito e così radicale, da apparire quasi connaturato. Nella dogmatica cristiana, l'Eden diventa invece un luogo e un tempo preciso e la condizione edenica una condizione di immortalità possibile, che va subito perduta e che andrà recuperata ad opera del Salvatore.

Inutile dire che la versione biblica è molto più digeribile per l'uomo contemporaneo, mentre quella agostiniana è impraticabile. Noi oggi *sappiamo* che non ci fu alcun paradiso terrestre all'inizio della storia dell'uomo. Sebbene il mito, nell'interpretazione letteralistica cristiana, sia divenuto inservibile, proprio quell'errore ermeneutico, che è in solido un

errore ricostruttivo circa la storia del genere umano, è tuttavia stranamente ancora in grado di dar da pensare¹.

In questa sede, e ai fini di un discorso sulla patologia, vorrei soffermarmi appunto sulla nozione di una patologia *universale*. Allo scopo di pensare il bene *puro* (una vita e una salute che non siano già da sempre e necessariamente implicate nella dialettica dei contrari: vita-morte, salute-malattia), la tradizione religiosa legge appunto come incidente drammatico di percorso (come atto di libertà sgradito e in larga parte imprevedibile, che avrebbe dovuto e potuto non essere) quello che la scienza dimostra come necessità. La morte, per la tradizione religiosa, non è una conseguenza (naturale) della vita, ma la sua interruzione – appunto – *innaturale* (cosa che si comprende bene, se si assume il punto di vista del singolo, per il quale la morte e la malattia arrivano sempre di sorpresa e a tradimento). Non può essere Dio il responsabile di questo evento contro-natura, che in quanto tale dipende invece da forze ribelli e antagoniste (sia pur subordinate).

Abbiamo già accennato come da questa visione della storia derivi una tendenza sadica alla negazione del mondo. Forse la dottrina del peccato originale è essa stessa una forma di peccato (di erramento e sviamento), e tra le più pervasive, per giunta. Non s'innesta qui la perversione? Che cos'è la perversione, se non considerare la vita com'è (l'unica vita che c'è, quella che abbiamo sott'occhio) come opera del diavolo o della donna? Tutto è perverso per chi è perverso, e la religione vede appunto come abominio quello che invece è natura². Come interpretare la nozione di “patologia universale”? forse che il cristianesimo è una forma di complotto metafisico *ante-litteram*, che vede inganno e tradimento là dove invece il sano buon senso sa che non c'è nulla da sospettare? Le critiche alla religione sono tutte giustificate, in particolare giusta il ruolo oppressivo e regressivo che dottrine di tal fatta hanno spesso giocato nella storia e si provano a giocare ancor oggi. Ciò non toglie che è difficile non avvertire la fascinazione teorica di un dispositivo concettuale così originale come quello della “caduta”, e dunque – come qui si sostiene – dell'idea di patologia *universale*.

Per questa tradizione, il normale (vivere, di una vita che prevede necessariamente anche la malattia e la morte) è il patologico. La natura, nella sua supposta “normalità”, in realtà è perduta, e si riassume nel bisogno della salvezza (senza la quale non vale nulla). Vedere anormalità dappertutto, è a sua volta un segno di anormalità. In questo senso la religione è, nel suo complesso, un'esperienza piuttosto di anormalità che di normalità³.

La posta in gioco del mito del peccato originale sembra dunque essere qualcosa come un lavoro (anche teorico) sulla “stortura”. Il mito dice che c'è qualcosa di “storto” nel modo in cui viviamo, e fin qui è difficile contestarlo (basta aprire i giornali al mattino per capire che, ieri come oggi, qualcosa non va). Ma da dove proviene questo appello

¹ Per un verso, non è sbagliato affermare che la rappresentazione (delirante?) di una patologia universale è alla radice di una negazione del mondo, che è a sua volta il peccato originale di gran parte della tradizione religiosa. Per altro verso, c'è però del senno in quella follia.

² Non troppo dissimile, in questo, da tutte quelle forme di spirito, o di cultura, per le quali il nudo dato naturale esiste solo per essere negato e superato: *aufgehoben*.

³ Se dunque è vero che la dottrina cattolica delle leggi di natura è spesso usata come una clava per colpire la differenza supposta anormale (si pensi alla questione LGBT), va però rilevato come il cristianesimo veda nella cosiddetta “normalità” non il *telos*, ma – viceversa – un unico stato di eccezione.

(inascoltato, e forse inascoltabile) alla non-stortura? È qui che l'interpretazione del mito si polarizza. Da un lato il ragionevole appello a forme di convivenza senza prepotenza e violenza, dall'altro qualcosa di diverso – l'idea cioè che l'intero schema di “questo mondo” vada corretto e superato.

Nella prima versione del mito, quella più sicura e più digeribile, in qualche modo sempre attuale, il mito è una fondazione (narrativa) dell'etica: un appello a non uccidere, a non rapinare, a non violentare né distruggere il mondo che ci è dato in eredità. È forse questo il senso della versione ebraica originale.

Nella seconda versione, più pretenziosa e indigeribile, specificamente cristiana, l'idea di “stortura” viene ripassata a tratti così scuri, così marcati, che ne vien fuori un quadro del tutto diverso. Non più l'appello a non inquinare la Terra e a non mandare in malora i rapporti sociali (appello ancor oggi condivisibilissimo, e infatti largamente condiviso), ma il sospetto verso questa Terra *telle quelle*, unito a qualcosa come un delirio ricreazionistico (i nuovi cieli e la nuova terra non sarebbero questo stesso cielo e questa stessa terra, però senza violenza e ingiustizia, ma – appunto – un *altro* cielo, un'*altra* terra).

Un lavoro sulla “stortura”, dunque. Che cos'è “storto”, che cosa è “diritto”? La religione, nella sua versione cupa, ha tanto rimarcato il tratto della stortura, da meritarsi il sospetto di costituire essa stessa la vera stortura. C'è una religione che è amore della pace, e una religione che è attrazione per la stortura. È difficile non ripudiare la seconda, ed è difficile non onorare la prima, come diuturno richiamo a un modo di vita più giusto e più umano.

Sebbene la versione (che qui abbiamo definito) “ebraica” sia più attuale e più attraente, dunque senz'altro preferibile per molti scopi, l'altra versione, “agostiniana”, giustamente caduta in discredito, non va però archiviata troppo velocemente. Consideriamola – com'è giusto in filosofia – non come *vera narratio*, ma come un *device*, un dispositivo teorico, e proviamo a riscriverla nella sua falsariga concettuale (senza pretese di esattezza filologica).

- i) C'è stortura.
- ii) La natura com'è (= la natura) è affetta da questa stortura.
- iii) Alla natura occorre dunque contrapporre qualcosa di diverso, la grazia.
- iv) Ciò che sarebbe (è) *davvero* naturale, è la grazia.
- v) È naturale non morire, non ammalarsi; è innaturale morire, ammalarsi. È naturale la pace, sono innaturali la guerra, la sopraffazione e la violenza.
- vi) La vera natura non è la natura, la natura (com'è) è una falsa natura.
- vii) La grazia – cioè il naturale – è (per larga parte) l'opposto della natura.
- viii) Il naturale si ottiene dalla natura per selezione della parte migliore: è naturale un fiore che nasce, è innaturale un fiore che appassisce; è naturale la freschezza, è innaturale la putrefazione: la natura, in quanto è l'implicazione dei contrari (freschezza/putrefazione), è l'innaturale – anzi: il sommamente innaturale (il più innaturale, il nostro nemico, è la morte, la cosa meno naturale di tutte).
- ix) Ciò che *per noi* è (ricavato come) la selezione della parte migliore, *in sé* è l'originario: la vita senza la morte. Non è l'originario a doversi concepire, in sé,

come sottrazione di una parte (la parte – di solito abusivamente ritenuta necessaria – della malattia e della morte), ma è la vita inautentica ad aggiungere questa parte, che prima non c'era e che avrebbe potuto non esserci. Il male è questa aggiunta (introdurre surrettiziamente la morte, la malattia, la decadenza).

- x) L'originario privo di aggiunta è la vita senza la morte, la freschezza della nascita⁴, senz'onta di vecchiaia. E tuttavia, l'autentico, che non ha ricevuto l'aggiunta del peccato, non è per ciò privo di aggiunta, ma è anzi vita addizionata di grazia. Da questo punto di vista, l'aggiunta del peccato appare come sottrazione esplicita, “positiva” (come denudamento). L'uomo fuori dall'Eden è nudo, nell'Eden la nudità (la pelle) è invece veste a se stessa, è vestita di grazia⁵. Contro l'aggiunta del peccato, l'agostinismo rivendica l'originarietà dell'aggiunta di grazia (dove – *pro statu isto* – l'indispensabilità dei sacramenti, aggiunte liturgiche che suppliscono efficacemente a tal privazione di aggiunta). Si confrontano dunque due specie di aggiunta: quella originaria, che avrebbe potuto farci vivere sani e felici per sempre, e quella che ci ha fatto cadere e ci condanna a morire⁶.
- xi) C'è, tuttavia, qualcosa che non torna in questa dottrina della patologia universale. Se, in generale, la natura (com'è) è ammalata, come spiegare il fenomeno della salute, che si contrappone con ogni evidenza – qui e ora – alla malattia? Sarebbe dunque la salute come la conosciamo una sorta di residuo della condizione edenica? Solo in un certo senso.
- xii) Più vicino alla mentalità di tipo agostiniano, che andiamo riassumendo, è considerare la salute come un corrispettivo dell'essere, che però – nella sua univocità – non esiste effettivamente da nessuna parte. Per un verso la salute (come l'essere, di cui è l'analogo medico) è univoca. Non c'è nessuna differenza tra essere in perfetta salute nell'Eden, in questa valle di lacrime, o in paradiso. Per l'altro verso però, questo stato di univocità è ingannevole, perché ciò che esiste davvero non è mai l'essere puro, il nudo essere, ma sempre l'essere addizionato positivamente (grazia) o negativamente (peccato). Chi scoppia di salute sulla terra, ha già incominciato a morire, il che non toglie che – per quella univocità (tanto apparente quanto influente) – faccia effettivamente un'esperienza di soglia: la persona sana sta sulla soglia tra questo eone, il precedente e il successivo, e in quanto tale vive uno stato di perfetta ambiguità.

⁴ Certo, per Agostino i bambini sono gli esseri più vicini al peccato originale. Sono pura natura, innaturale e peccaminosa, finché non interviene l'aggiunta sacramentale del battesimo a rimettere a posto le cose. Ma ciò significa solo che la vera freschezza è quella “naturale”, non quella della natura. Si conferma però che il naturale (l'opposto della natura) è freschezza senza appassimento.

⁵ Anche in senso estetico. Su questo cfr. A. CISLAGHI, *L'invenzione della grazia*, Mimesis, Milano-Udine 2018.

⁶ La tecnica umana è una terza aggiunta, un rimedio alla seconda aggiunta, che tenta di ricostituire lo stato aggiuntistico originario. In quanto tale, può essere vista come la suprema tentazione (la tecnica rende inutile la grazia), oppure – viceversa – come messa in opera laica della grazia.

- xiii) “Scoppiare di salute” è l’equivalente fisiologico (medico) dell’essere, che in quanto tale è univoco. Ma l’essere-sano – nella sua univocità – non esiste davvero da nessuna parte. La salute, nella mentalità agostiniana, conosce infatti sempre un’aggiunta: o è *dynamis* di putrefazione, o è *dynamis* di vita eterna.
- xiv) Se la salute è qualcosa come la cifra medica dell’essere⁷, si dovrà dire che l’essere – in questa prospettiva – è sempre più o meno di sé, non è mai solo se stesso. C’è un essere che è bene, e un essere che è male. Esistono – in senso stretto – solo il bene o il male. La salute *sans phrase*, senza più e senza meno, dunque quel bene finito che però non è il bene della finitezza *à part entière*, è già intaccata dal male: sta sulla soglia di mondi diversi, ma è già irrimediabilmente sbilanciata dalla parte sbagliata della soglia.
- xv) La salute piena di un giovane, o di un’atleta, è uno stato di indecisione tra la malattia e l’immortalità. L’essere è questa indecisione, che non può mai però restare davvero indecisa: nulla di ciò che esiste, può essere davvero indeciso.
- xvi) L’essere – come del resto la salute – conta soprattutto per le sue estensioni e deviazioni, che però non sarebbero apprezzabili se non vi fosse una base comune su cui valutarle⁸. La deviazione (o estensione trascendentale) cui la salute va incontro nella “natura” è l’implicazione dei contrari (la salute, *non può* essere per sempre), la deviazione (o estensione trascendentale) cui la salute va incontro nello stato di origine è la possibilità di non avere contrari (stato di natura, salute rettilinea uniforme) o – addirittura – l’impossibilità di avere contrari (*status gloriae*, che implica certo anche qualcosa come una modificazione biologica: un corpo *davvero* sano, difficilmente potrebbe avere la nostra stessa anatomia e fisiologia).
- xvii) La salute, l’essere, la natura sono modi per dire quell’istante privilegiato (non sarebbe corretto dire: “di grazia”), in cui i due piatti della bilancia stanno in perfetto equilibrio (equilibrio = univocità). Presto, la bilancia penderà da una parte o dall’altra. La natura non sa vivere senza aggiunte. O prende la strada del natura.le (–), dunque dell’implicazione dei contrari, oppure prende la strada del natura.le (+), dunque dell’impossibilità del contrario (della malattia), con le trasformazioni – anche biologiche – che una tale “scelta” (per Agostino, si tratta proprio di una libera scelta, e in questo senso di un’ontologia della libertà) comporta.
- xviii) La (piena) salute è quel momento felice di equilibrio, in cui *sembra* che nessuna decisione (per la vita o per la morte) sia da prendere, e tanto meno che sia già

⁷ Non è un caso se Aristotele ricorre sovente all’analogia con la salute per spiegare l’analogia dell’essere.

⁸ Come più tardi per Duns Scoto, l’univocità è dunque solo virtuale, quello che davvero è reale è l’equivocità dell’essere (e dell’essere-sano). O si è sani per ammalarsi, o si è sani per vivere sempre: *tertium non datur*. Ciò non toglie che l’univocità, che tuttavia non esiste, sia apprezzabile in modo concreto e realissimo nel fenomeno della *salute* e dello star bene (la medicina è schietta ontologia, l’ontologia medicina). Se, del resto, poniamo salute = normalità (è normale stare bene, anormale stare male), ne consegue che la stessa normalità è solo virtuale (sebbene si tratti di un fenomeno realissimo), è solo la base per valutare la deviazione-estensione, assunta come la decisione, che sola esiste veramente. Ciò che rende la salute così preziosa, è proprio il suo essere uno stato di equilibrio tra eoni (o epoche dell’essere) differenti.

stata presa. La saggezza suggerisce di godersi questo equilibrio, una forma di follia sollecita invece a uscire dall'indeterminazione (ma si tratta davvero di indeterminatezza?), facendo deragliare la salute verso ciò che la supera, o verso ciò che invece la tira a fondo. La felicità – come l'essere – *deve* disambiguarsi: è uno stato di equilibrio precario, che in quanto tale non è mai esistito.

- xix) Sebbene, entro certi limiti, da questo dispositivo teorico possa dunque anche conseguire un apprezzamento dell'equilibrio (dunque della salute “univoca”, privata – almeno temporaneamente – delle aggiunte negative, e pronta – almeno virtualmente – a ricevere quelle positive), lo specifico di questa posizione non è l'equilibrio (in quanto tale un neutro), ma l'impazienza: del bene da un lato, del male dall'altro. L'essere, la salute, la felicità, non hanno consistenza, non esistono veramente: occorre pertanto affrettarsi verso la loro chiarificazione. Essi non sono in sé nulla di chiaro. Come ideali, sono anzi del tutto banali.
- xx) Se non si vuole dire che l'essere è solo virtuale, che non ha consistenza (e come potrebbe l'essere, il più consistente, essere inconsistente?), bisognerà allora dire che – giusta l'ipotesi – l'essere è come una soglia, che ha una sua consistenza specifica (la salute, è ben qualcosa), che andrà rispettata e tutelata, ma che nondimeno è strutturalmente esposta o protesa verso un dentro o un fuori, verso la salvezza biologica (imputrescibilità) o la morte biologica (putrefazione).

Non si tratta certo qui di iscriversi o meno al partito degli agostiniani (una specie di – insalubre? – riserva indiana), ma se mai di comprendere che cosa questo dispositivo (desueto e sospetto) permetta o vieti di pensare. Riassuntivamente: permette di pensare la grande salute come costitutivamente non implicata con la morte e la malattia; vieta di pensare l'essere (e la salute come suo pendant fisiologico) come autoconsistente (l'essere – lo abbiamo detto – è sempre abbassato o elevato, mai davvero in piano)⁹; vieta infine di pensare la *nostra* “salute” (la piena, e tuttavia piccola salute, come la sperimentiamo) come dissociabile/dissociata dalla patologia. Dove c'è salute (nel senso normale del termine), c'è *già* malattia.

Filosofi e teologi appaiono spesso impegnati nel tentativo – talora futile, talora dannoso – di “cercare mezzodì alle quattordici”¹⁰. Sembra ingeneroso trascurare l'unica

⁹ Salute e malattia non sono nulla di statico, ma rappresentano invece gli estremi di un movimento drammatico, quello che dalla grande salute conduce alla piccola salute e infine alla morte, e quello che da questa conduce a ritroso – per grazia – alla risurrezione del corpo.

¹⁰ Il modello agostiniano è anzi irritante proprio per questo, perché sembra preferire ciò che è storto a ciò che è diritto. La stortura cerca la stortura. La stortura del peccato cerca la stortura della grazia, non la normalità dell'essere o della natura. La religione è forse un'ostinazione della stortura, come se l'essere nascesse zoppo, e potesse/dovesse trovare il proprio riscatto non già nella semplice guarigione, ma in qualcosa di più e di diverso (immensa pretesa!), che sta alla salute come un *bias* cognitivo a un corretto ragionamento. Non è la corretta andatura che la religione contrappone al claudicare di cui neppure più

salute che abbiamo, tacciandola di patologia, per andare alla ricerca di una salute che non abbiamo mai avuto, e che probabilmente non avremo mai.

Non è sbagliato insistere sugli effetti oppressivi di una simile concezione, che sembra avere bisogno di “sporcare” – con l’idea di una tara originaria – tutto ciò che è sano, diritto e pulito. Se ne possono tuttavia enucleare anche gli aspetti emancipativi. Se la patologia è universale, non c’è nulla nella natura che sia davvero naturale¹¹. Il naturale è altrove e, proprio per questo, si lascia più facilmente sorprendere nella malattia, non perché la malattia sia più naturale della piccola salute, ma perché ne svela la piccolezza¹². D’altro canto – e paradossalmente – la grande salute si rivela però nella piccola salute: non c’è differenza tra avere un colorito sano in cielo o sulla terra.

Agostino è dunque all’inizio di un duplice sviluppo di idee, che appare contraddittorio negli esiti ma che è perfettamente coerente nell’impostazione iniziale. Da un lato la salute non ha nulla che fare con la malattia (il bene non è affatto strutturalmente implicato col male): c’è salute pura, impossibilità di ammalarsi e morire; dall’altro – e proprio per questo – la salute (intesa come la salute effettiva dell’essere umano, quella di cui ci diamo pena qui e ora) è così prossima al male, da valere essa stessa come una forma di patologia¹³.

ci accorgiamo, ma un contro-inespicare (Giacobbe zoppica *dopo* essere stato benedetto dall’Angelo, prima camminava benissimo).

¹¹ Il naturale è qualcosa di molto diverso dal normale. Laddove quest’ultimo può funzionare come un modello opprimente, il naturale – nella concezione che abbiamo definito agostiniana – serve innanzitutto a smentire ogni pretesa di normalità. Non c’è nulla di veramente normale in natura, o – ch’è lo stesso – la normalità non è garanzia di naturalità. Il naturale resta così in un certo senso imprevedibile, e anzi talora viene sorpreso in comportamenti che non sembrano avere molto di naturale (nel senso di conforme alla natura com’è), e hanno comunque pochissimo di normale. In ogni caso, se la patologia è *universale*, essa investe di diritto anche le sfere di realtà e di comportamento supposte “normali”.

¹² Non è poco, perché questa consapevolezza è l’inizio della salvezza, cioè della salute. La predilezione per i malati (piuttosto che per la malattia) nasce dal convincimento che – *pro statu isto* – la condizione della malattia (come quella della diversabilità), a misura che ci allontana dalla sponda della salute, gettandoci in mezzo al guado della sofferenza, ci avvicini (o possa avvicinarci) alla sponda della grande salute. Tra tutti i capricci teologici della salute, questo è forse il più paradossale.

¹³ Si tratta – per usare la felice espressione di Petrucci – dell’idea di una “patologia sotto-soglia”, che implica a sua volta il concetto di un possibile “superamento” dello “spettro fisio-patologico” (cfr., in questo numero, F.M. PETRUCCI, *L’anima e lo spettro: fisio-patologia complessa dell’anima in Platone*). Giustamente Petrucci insiste sulla complessità. Anche nel caso del modello agostiniano, non è facile trarre una morale univoca: dobbiamo godere della salute, perché la salute è una chiave positiva per capire come staremo o come ci sentiremo “in patria”; ma dobbiamo anche dubitare e financo disprezzare la salute, prediligendo anzi la malattia, perché solo attraverso quest’ultima la salute rivela il suo inganno. Se anche dunque una bionica ci garantisse la perfetta salute perpetua, non avremmo raggiunto lo scopo autentico della vita. Semplicemente staremmo eternamente sulla soglia, in un perenne, gradevolissimo stato di sospensione – come puro essere che non è, perennemente indecisi, senza nessuna coscienza dell’indecisione. Vivremmo, staremmo bene, senza chiedere altro (quell’altro, che – *ex hypothesi* – solo è veramente salute).

François Pellet

NATURE, NATURAL VS. ARTEFACTUAL KINDS,
NORMALITY VS. ABNORMALITY, FUNCTIONS VS. DYS/MALFUNCTIONS,
AND VALUES VS. DISVALUES:
SOME GENERAL CLARIFICATIONS RELATED TO HEALTH AND DISEASE

Abstract

What is health? What is disease? In the contemporary literature on health and disease, the notions of health and disease are indirectly if not directly related to other more general cognates like “(un/counter)nature”, “natural vs. artefactual kind”, “(ab)normality”, “(dys/mal)function” or “(dis)value”, without that the relationship between health, disease and these very general notions is clearly further analyzed.

My aim, in this paper, is precisely to explore the general relationship between health, disease and the different terms, which any analysis of the terms “health” and “disease” (in)directly refer to. On the basis of the two (main) intuitions that we have about what health and disease are, I proceed through a conceptual clarification of pairs of opposites i.e., from the most general to the most specific ones, the concept of nature vs. what is un/counternatural, of a natural vs. artefactual kind, of normality vs. abnormality, of functions vs. dys/malfunctions, and of values vs. disvalues. We hope to show, in this paper, that an analysis of (the concept of) health and disease shall benefit from being clear, first of all, about the different general concepts, which it is (in)directly related to. If our analysis of those concepts is correct, then health and disease are both two specific natural kinds, and their opposition can be best captured through the dichotomy (biological) functions of something good vs. (biological) malfunctions, or a certain value vs. a certain disvalue.

1. Introduction

In the contemporary literature about the nature of health and disease, we distinguish between three groups of theories of health and disease, which may be labeled “axiologism about health/disease”, “(mal)functionalism about health/disease” and “hybridism about health/disease” (cf. Ereshefsky 2009; Pellet 2018). These three groups of theories of health and disease are distinguished with respect to the emphasis put on one or both of the two (main) intuitions that we have about what health and disease are: (1) saying that e.g. cell growth is healthy or diseased is making a specific positive or negative *value judgement* toward cell growth, where the value at issue is intuitively a certain *vital* (like life) or *lethal* one (like death); (2) saying that cell growth is healthy or diseased is

saying that cell growth is *functioning* biologically *normally* or *correctly*, or is biologically *malfunctioning*.

While axiologism about health/disease seriously accounts for intuition (1) and explains away intuition (2) (cf. Cooper 2002; Nordenfelt 1995; 2000), and (mal)functionalism about health/disease does the opposite (Boorse 1977; Chin-Yee & Upshur 2017; Griffiths & Matthewson 2016), hybridism about health/disease comes with the *prima facie* advantage of seriously taking into consideration both intuitions (1) and (2) (cf. Matthewson & Griffiths 2017; Megone 2007; Wakefield 1992).

Beyond the different theories of health and disease trying to further analyze intuition (1) and/or intuition (2), this quick overview of the debate about health and disease already involves a lot of very different – controversial –, and more general concepts: e.g. one might wonder, first, which *mode of being* health and disease have; intuition (2) seems to point toward health and disease as being *natural* phenomena, while this *prima facie* seems rather not the case for intuition (1) (but, cf. Section 3). However, the question remains: “In what sense(s) exactly health and disease can be considered natural phenomena (or not)?”.

Second, one might wonder how we are to understand the idea – underlying somehow intuition (2) – that health is related to normality and disease to *abnormality*.

Finally, on basis of intuitions (1) and (2), we may ask in which sense(s) health and disease are related, more generally, to functions, malfunctions (dysfunctions too), and (dis)values.

We expect that a more thorough investigation into the different pairs of opposites (indirectly) related to health and disease sheds new light on the nature of, or shall make avoid many pitfalls in future more precise analyzes of, health and disease.

Our conclusion is that the concepts of health and disease are both two natural kinds, if we assume a certain theory of natural (vs. artefactual) kinds; but the opposition between health and disease can be best captured through the distinction between (biological) functions of something good and (biological) malfunctions, or between a certain value and a certain disvalue.

This paper is organized as follows: in Section 2, I investigate the different possible senses of nature and what is un/counternatural, and tell under which sense(s) health and disease are the most intuitively related to, while, in Section 3 to 6, I do the same for other more specific cognates like, respectively, “natural vs. artefactual kind”, “(ab)normality”, “(dys/mal)function” and “(dis)value”.

2. Health, Disease, and (Un/Counter)Nature

The notion of nature is highly ambiguous; indeed, “nature” (or “naturalness”) seems to refer to (at least) six different entities: to, when used *widely*, (i) mere reality like in the context of artefactual kinds/entities as being still in the natural world; to, when used *narrowly*, a certain portion of reality viz. (ii) a natural entity by contradistinction with an *artefactual* one (for more on this, cf. Section 3); or (iii) a good entity vs. a *bad* one like in the context where a certain disease like lung cancer is said counter-natural or unnatural

(Boorse 1977; King 1945); or (iv) a natural entity vs. a *normative* entity; or (v) a natural entity vs. a higher-level entity studied by the *Geisteswissenschaften* (e.g. in discussions, in moral and political philosophy, around the human state of nature, or even perhaps in the debate around nature vs. nurture); or (vi) the intension/essence/nature of x vs. the denaturation of x ¹.

In this landscape, where to intuitively situate health and disease? If we decide to, first, couple – rather than, here, oppose – health and disease, then health and disease seem to be both *natural* phenomena in the widest sense possible (cf. sense (i)), but we can also consider them as being *unnatural* in the sense of being both normative with respect to sense (iv) (cf. intuition (1) above about health and disease) and in the sense of being entities studied by the *Geisteswissenschaften* (cf. sense (v)), for, albeit *specific* healthy and diseased processes are studied by the *Naturwissenschaften*, this seems not the case for the *general* notions of health and disease.

Are “health” and “disease” both natural phenomena in the sense (ii) above viz. vs. artefactual phenomena? We leave this question here pending (but, cf. Section 3 for a positive answer).

Second, if we decide now to oppose health and disease, then health seems to be natural in the sense (iii) above, while disease seems un/counatural.

What about sense (vi)? This dichotomy could roughly correspond to a certain theory of disease (Pellet 2018), according to which for some *positive* x to be diseased is for x to lose its essence. If true, then, indeed, health may count as natural with respect to sense (vi), while disease would be unnatural here – but, that much goes with interpreting x as *positive* only here.

3. Health, Disease, and Natural vs. Artefactual Kinds

What is a natural kind? What is an artefactual kind? Are health and disease natural or artefactual kinds? I can only provide here the beginning of an answer about what a natural vs. artefactual kind (or even an entity, more generally) is (Bird & Tobin 2017; Krohs & Kroes 2009).

How to account for the distinction between a natural kind (or entity) comprising both specific uncontroversial cases (e.g. water, tiger, etc.) and (more) controversial ones (e.g. beauty, truth, pain, gender, etc.) and an artefactual one (or a *creature*, narrowly taken) comprising both specific uncontroversial cases (e.g. a Turing machine, a car, any *engineered* object (in (post-)AI), etc.) and (more) controversial ones (e.g. University, money, Newton’s cradle, a perpetual motion machine (at least, in a *metaphysically* possible world, if not in a *physically* possible world, because of, as widely acknowledged, the violation of the first and second laws of thermodynamics)?

¹ We may fear that senses (iv) and (v) collapse, actually, into one and the same sense. However, it is not excluded that the *Naturwissenschaften* study also *normative* entities: e.g. lung cancer is studied by the *Naturwissenschaften*, but, as being a certain disease (which is a value) (cf. intuition (1) above), it still contains a normative element.

The distinction between a natural and an artefactual kind/entity is usually, basically, drawn through the venerable distinction (at a more general level) between, respectively, a *mind-independent* (or *objective*) and a *mind-dependent* (or *subjective*) kind/entity (against natural kinds as mind-independent, Ereshefsky 2018).

How are we to understand mind-(in)dependence? It is common to hold that a mind-dependent kind/entity is a product of an intentional (e.g. human) action (i.e. an invention, creation, device, fabrication, construction, or even coinage (here for artefactual kind/entity *terms*)), while it is not the case for a mind-independent kind/entity (cf. e.g. Burge 2010; Hansson Wahlberg 2014; Searle 1995; von Wright 1963; on other plausible understandings of objectivity, Jukola 2017).

More specifically in the context of kinds (and types), we can argue that an artefactual *type* is a type whose *any* token is *necessarily* brought into existence *only* by a specific (e.g. human) subject through e.g. its perception, desires, preferences, intentions, etc.: e.g. a token disease (re)created in a lab, or a token living being created (as a whole) as a (token) *clone* (vs. e.g. the creation of a token *robot*) is as much natural as a token disease or living being not created by a certain intentional action.

Indeed, had a subject not created the token in question, the type would still, nevertheless, (go on to) exist – to the contrary of an *artefactual* type.

If we agree that natural and artefactual kinds are both, or *exist* both as, *specific* (real) kinds, or are out there in the world, the reality or the *nature* (widely taken), then a *natural* kind may be more strictly *defined* as a mind-independent genus (i.e. a genus not produced by a subject's (e.g. human) action) plus a mind-independent differentia, by opposition with an artefactual kind, albeit definitions of natural and artefactual kinds may be said both two different specific definitions viz., respectively, one given (or found) independently from humans (or other (biological) species), the other given/found dependently from humans (or other (biological) species).

There is, of course, more to say about the difference between natural entities and artifacts than merely differentiating them thanks to the distinction between, respectively, mind-independence and mind-dependence (cf. Preston 2018); however, for the present purpose, we can stay content with the above minimal account.

This way of analyzing mind-dependence or, more specifically here, a mind-dependent *kind* does not impinge on the fact that a mind-dependent (or subjective) kind is no less *genuine* (or *irreducible*) than a mind-independent kind; a mind-dependent kind is still arguably a (*real*) kind; it truly exists *as* a (specific) kind viz. a mind-dependent one (Ingthorsson 2013; Khalidi 2016; *pace* Kendig 2016)².

By following roughly the same line (though not along token reductionism), the acknowledgment of artefactual kinds as *sui generis* kinds to be strictly distinguished from brute ones does not imply that artefactual kinds cannot be said (*indirectly*) constituted by brute kinds – or vice versa.

It is paramount not to equate, as it is unfortunately ubiquitously done (cf. Vinuesa 2002), *subjectivity* (or mind-dependence) with *anti-realism*, for one may want to defend the plausible view that artefactual kinds like paintings or even fictional kinds are *real*

² Nevertheless, it is to be noted that Searle is well-known for defending a *reductive* account of artefactual *tokens* to so-called *brute* (or mind-independent) tokens (cf. Searle 1995).

(or existent), although *mind-dependent*, i.e. that their existence (or, more precisely, essence) depends on (human) attitudes, or artefactual kinds have no independent existence from humans or other (biological) species (by contradistinction with natural kinds).

While the dichotomy *objectivity* vs. *subjectivity* has arguably to do with the dichotomy *mind-independence* vs. *-dependence*, the dichotomy *realism* vs. *anti-realism* has arguably to do, by contrast, with the dichotomy (mind-(in)dependent) *existence* (*reality* – which maximally contains both the *actual* world/universe and *possible* ones –, or the presence of an essence) vs. *non-existence* or *unreality*.

Thus, the general debate around scientific *realism* vs. *antirealism* is to be perhaps better put along the line of, more properly speaking, scientific *objectivism* vs. *subjectivism* (or anti-objectivism) – albeit, to situate oneself within a certain well-established historical debate, talk about scientific realism can be still plausibly maintained, of course, and a certain scientific antirealist may very well want to be truly antirealist *in lieu of* antiobjectivist (on the vagueness behind the label “scientific (anti)realism”, cf. Chakravartty 2017).

However, three general objections can be raised against the above account of a natural and artefactual kind: (i) several philosophers (Hansson Wahlberg 2014; Hilpinen 2011; Smith, 2003 Thomasson 2007) hold that some *artefactual* kinds/types (e.g. a cup, a sheet of A4 paper, a perpetual motion machine, Newton’s cradle, etc.) are such that they would still exist, if human beings (or other species) were all to disappear.

Nevertheless, to directly address objection (i), we can maintain (here with Searle 1995) that, had we (or other (biological) species) not created such kinds/types, then, anyway, they would not (have) exist(ed).

Moreover, we can argue, against orthodoxy (cf. Marcus 2009), that a *state* is an *enduring* thing in the *minimal* sense that it exists *at time t*, for *instantaneous* states (or *instants*) are still arguably states themselves (for the same point, cf. Fine 2006; Stout 2016; on the problem of so-called *instantaneous velocity*, cf. Harrington mss.): e.g. a cup (as a specific artefactual *state*) can, minimally, *instantaneously* exist at time *t*, when we (or other (biological) species) create it; it does not have to *continuously* or even *pro tem* (temporarily, momentarily or provisionally) *persist* (across time or over a stretch of time) by *enduring* (or, to be *long-lasting* by enduring) (even when human beings (or other (biological) species) do not exist anymore) (on the puzzles of identity over time or persistence, cf. Gallois 2016 as an entry).

As a second objection, we could argue that (ii) an artefactual kind/type just is a kind/type whose *origin* is to be found *only* in (human) attitudes, etc., so as to exclude the case where e.g. a token tree which was grown in one’s garden (i.e. whose seed has been planted in one’s garden) would *not* be as much natural as a token tree which grew up in a forest, or an IVF-procreated baby with respect to a non-IVF-procreated baby.

However, against objection (ii), it is completely irrelevant that e.g. a human being be at the origin of an entity for this entity to be called “artefactual”.

Indeed, even if a human being is at the origin of a token, whose type would not exist without this human hand, the type in question is still intuitively natural, and not

artefactual; it is counter-intuitive that such types can be claimed mind-dependent: e.g. a token disease not found anywhere else except in a lab, which is at the origin of its existence, is perfectly natural (in the specific narrow sense we are interested here, of course); a gene-edited baby, whose genome was edited by a human hand is as much natural as a non-gene-edited baby; GMOs are also non-artefactual; or a bionic human being (e.g. with a dental prosthesis made of synthetic ceramics), however not completely healthy he can be, is as much natural (vs. artefactual here) as a non-bionic human being.

Note that our reply to objection (ii) is in line with an *anti-reductionism*, where, for x to be artefactual, x 's (direct) constituents must depend on e.g. human attitudes/actions – and not *indirect* ones.

As a last objection, we can argue that (iii) modifying a natural kind such that the kind would not be found in nature without this modification just is what makes a kind artefactual: e.g. Pegasus as a *winged* white horse.

However, relatedly to our reply to objection (ii), if Pegasus is an artefactual kind, that is because, as a *whole*, it is a mind-dependent entity. On pain of a category mistake, the essence (strictly speaking) of a natural/artefactual kind must be entirely natural/artefactual.

Are healthy and diseased processes natural or artefactual kinds, thus? Along our theory of natural or, more specifically artefactual, kinds, it seems obvious that health and disease are both natural kinds: e.g. were all human beings (or some other (biological) species) to disappear (or, could we or other species not (re-)create tokens of the type in question any longer), sunsets would still *be* (intuitively) *beautiful*, a wood thrush's song would still *be melodious*, bees (or ants) would still *be eusocial* (Clavien & Chapuisat 2012; Wilson 1975), or dogs could still *be healthy* and/or *diseased*, or there were also healthy and diseased processes before the advent of any intentional agent. In that sense, a certain healthy or diseased process is *mutatis mutandis* perfectly *natural* (against normal functions as natural or objective, cf. Amundson 2000).

Does this mean that e.g. artworks or monuments (as specific *artefactual* entities) cannot *be* e.g. beautiful, or a robot cannot be healthy/diseased (on pain of a category mistake)? A way out here (though not a panacea) is to argue that they, rather, somehow (indirectly) *represent* (imitate, or are inspired by) something naturally beautiful or healthy/diseased. This point should be obviously taken into account in a more complete theory of artifacts (on that, cf. Petroski 1992).

4. Health, Disease, and (Ab)Normality

If we are now clear in what sense(s) we can talk about health and disease in terms of their being natural or not (cf. Sections 2-3), following our two (main) intuitions about health and disease (cf. Section 1), we may wonder how health and disease are related to (ab)normality (or (un)ordinariness).

To do so, we have to ask ourselves: what is (ab)normality? At a very general level, “*normality*” is related to other cognates like “correctness” (or “ideality” or

“ordinariness”): e.g. the sentence “it is *normal* for a human being to be a rational animal” is equivalent to the sentence “it is *correct* for a human being to be a rational animal”.

To the contrary, “abnormality” would be related, thus, to other notions like “incorrectness”: e.g. “it is *abnormal* for a human being to be irrational” is equivalent, along this line, to “it is *incorrect* for a human being to be irrational”.

Following this very general characterization of (ab)normality, how are health and disease related to normality and abnormality? If a healthy human being is obviously a normal one, then we would like to argue that a diseased human being is precisely an abnormal one.

However, if normality (or correctness) is strictly distinguished from values (cf. Section 6), it seems also true that a *diseased* human being – as a *negative entity* – still has correctness conditions (like for positive entities): e.g. it is normal *for* a psychopath to lack empathy; it is normal *for* cancer that it leads to an uncontrolled cell proliferation; etc. In that sense, a psychopath who does not lack empathy is an *abnormal* one (i.e. that he is a *normal* human being), or cancer which does not lead to an uncontrolled cellular proliferation is also abnormal (i.e. that it is a *normal* cell cycle). It is to be noted, nevertheless, that the law of double negation (used in those circumstances) is *not* an identity relationship between $\neg\neg p$ and p , but an equivalency one.

Thus, the dichotomy normality vs. abnormality does not correspond to the dichotomy health vs. disease.

5. Health, Disease, and (Dys/Mal)Functions

The opposition normality vs. abnormality is directly linked to another famous opposition – which health and disease are also the most often related to – viz. the opposition between functions and dys/malfunctions.

Indeed, following more strictly intuition (2) about health and disease, if health and disease cannot be couched in terms of normality vs. abnormality, because it is not a sufficiently fine-grained opposition (cf. Section 4), the prospects for relating in a more precise way the dichotomy health vs. disease to the opposition between functions and dys/malfunctions are *prima facie* more promising.

First of all, the dichotomy functions vs. *dys*functions can be phrased in terms of *normal* functioning vs. *abnormal* functioning: e.g. cell cycle is healthy, when it functions correctly or normally i.e. when cells correctly divide (or reproduce) and are grouped together, but cell cycle is diseased, when it functions incorrectly or is *dys*functional i.e. when cells do not correctly divide (or reproduce) and are grouped together (e.g. when cell cycle *hyper*-functions by having an uncontrolled cellular proliferation).

However, as for the dichotomy normality vs. abnormality, it is intuitive that (whatever theory of (biological) (dys/mal)functions one has in mind here) e.g. cancer also has (or bears) a function (*pace* Neander 1991), and exerts it when it leads to an uncontrolled cell proliferation.

Thus, if the dichotomy functions vs. dysfunctions follows more precisely intuition (2) about health and disease, by relying, nevertheless, on the dichotomy normality vs. abnormality, it also inherits the same problem as the one of the dichotomy normality vs. abnormality viz. that a disease can still be deemed normal (to its bearer) (cf. Section 4).

But, what about the opposition between functions and *mal*functions? We can expect that the word “malfunction” – by contradistinction with “dysfunction” – truly captures, indeed, the notion of a (biological) function related to disease taken as something *bad*, while health would be associated not to (biological) functions *simpliciter*, but only the ones whose bearer is *good*: e.g. a psychopath can be said to *function correctly* (i.e. by having a lack of empathy) as a psychopath; or, it can be said to be *dysfunctional* with respect to its correct functioning (i.e. a lack of empathy); or, it is said to be *malfunctioning* with respect to (human) empathy – which is judged to be something (biologically) good.

Thus, the opposition health vs. disease does not just correspond to the dichotomy functions vs. dys/malfunctions. Health seems a *specific* biological function viz. the correct functioning of something (biologically) *good*, while disease seems also a *specific* biological function viz. a *specific* biological *dys*function or the incorrect functioning of something (biologically) *good* i.e. a biological *mal*function.

In other words, a (biological) malfunction is still a specific (biological) function – though the bearer is negative. In that sense, we do not associate so tightly, unlike Aristotle’s famous function argument, talk about functions (*simpliciter*) with *goodness* – but with *correctness* only (cf. Section 4).

Giving a full-fledged analysis of (biological) (dys/mal)functions is, of course, far beyond the scope of the present paper. However, we can offer the following guidelines: if we are right in associating the notion of (dys)function with the one of (ab)normality, and if (ab)normality is truly related to (in)*correctness* conditions (cf. Section 4), then (dys)functions just are those conditions specifying what it is for something to be (in)correct or (ab)normal: e.g. a *normal* heart would be a heart which, amidst others, pumps blood, and pumping blood is a function of the heart; a normal psychopath would be a psychopath who (amongst others) lacks empathy, and lacking empathy is a(/the) function of a psychopath; or, to the contrary, an *abnormal* heart would be a heart which, among others, does not pump blood, and not pumping blood is a *dys*function of the heart; an abnormal psychopath would be a psychopath who (amidst others) does not lack empathy, and not lacking empathy is a(/the) *dys*function of a psychopath.

Furthermore, if we are right that health and disease are related, respectively, to *good* and *bad* biological functions (cf. Section 6), then e.g. a heart (assumed to be something good) may be said healthy, but not a psychopath.

Fig. 1 summarizes all this as follows:

“nature”). However, we still fail to see in what sense cells in the lung’s tissue - rather than e.g. lung cancer itself – are *good*, and not bad. Following our claim that the value of health is grounded in what the value bearer *is*, we can argue that the value bearer in question (e.g. cells in the lung’s tissue) is a *part* of an organism.

In that sense, the value of health (and of disease) can be grounded in different *non-deflationary* theories of organisms (and their parts) (e.g. on organicist theories, cf. Nicholson 2018) – i.e. those following the idea that life or health is somehow prior to death or disease, as suggested above by the idea that disease is *counter-natural* (taken in a certain narrow sense, of course) (cf. Section 2 on the different senses of “nature”).

7. Conclusion

Any serious philosophical investigation into the concept of health and disease shall necessarily rely on more general concepts – which can be intuitively expressed along pairs of opposites – like the ones of nature vs. what is un/counternatural, of a natural vs. artefactual kind, of normality vs. abnormality, of functions vs. dys/malfunctions, and of values vs. disvalues. We have seen that the opposition between health and disease does not necessarily correspond to these dichotomies, albeit health and disease are still (indirectly) related to them, of course.

If we are right with our analysis of those concepts, then health and disease are both two specific natural kinds (understood in a certain way) (cf. Section 3), and their opposition can be best captured through the distinction between, respectively, a (biological) function of something good and a (biological) malfunction (cf. Section 5), or between a certain value and a certain disvalue (cf. Section 6).

The implications of all this for future more precise and complete analyzes of the concepts of health and disease are multiple: e.g.,

- first, in light of our own distinction between natural and artefactual kinds (cf. Section 3), a *subjectivist* theory of health and disease seems hard to defend (cf. Nordenfelt 1995; 2000);
- second, the diverse theories of (biological) (dys/mal)functions should take into account our sophisticated distinctions as drawn in Fig. 1, even if those theories do not accept our own sketch of a theory of (biological) (dys/mal)functions in Section 5;
- finally, the different senses of “nature” reviewed in Section 2 as well as the dichotomy normality vs. abnormality (cf. Section 4) point toward a *non-deflationary* theory of health, where health would not be the absence of disease (*pace* Boorse 1977) – which is a theory of health still *partly* followed by the WHO (1946), according to which health is a “[...] state of complete physical, mental and social well-being, and *not merely* the absence of disease or infirmity”(my emphasis).

Albeit a lot of conceptual analysis remains to be done in thoroughly clarifying the concepts of health and disease – which is an urgent and important task, but which is far beyond the reach of a single paper –, our more modest aim in the present paper was only to lay, through an analysis of different general concepts, which health and disease

are (indirectly) related to, the foundations for future (more complete) theories of health and disease.

References

- Amundson, R. (2000), "Against normal function," *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31 (1): 33-53 (doi: [10.1016/S1369-8486\(99\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S1369-8486(99)00033-3)).
- Bird, A.-Tobin, E. (2017), "Natural Kinds," in E.N. Zalta (ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/entries/natural-kinds/>).
- Boorse, C. (1977), "Health as a Theoretical Concept," *Philosophy of Science*, 44 (4): 542-573 (doi: [10.1086/288768](https://doi.org/10.1086/288768)).
- Burge, T. (2010), *Origins of Objectivity*, New York NY: Oxford University Press.
- Chakravartty, A. (2017), "Scientific Realism," in E.N. Zalta (ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/entries/scientific-realism/>).
- Chin-Yee, B.-Upshur, R.E.G. (2017), "Re-evaluating Concepts of Biological Function in Clinical Medicine: Towards a New Naturalistic Theory of Disease," *Theoretical Medicine and Bioethics*, 38 (4): 245-264 (doi: [10.1007/s11017-017-9410-3](https://doi.org/10.1007/s11017-017-9410-3)).
- Clavien, C.-Chapuisat, M. (2012), "Altruism: A Philosophical Analysis," in *Encyclopedia of Life Sciences* (doi: [10.1002/9780470015902.a0003442.pub2](https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0003442.pub2)).
- Cooper, R. (2002), "Disease," *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33 (2): 263-282 (doi: [10.1016/S0039-3681\(02\)00018-3](https://doi.org/10.1016/S0039-3681(02)00018-3)).
- Ereshefsky, M. (2009), "Defining 'Health' and 'Disease,'" *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40 (3): 221-227 (doi: [10.1016/j.shpsc.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005)).
- Ereshefsky, M. (2018), "Natural Kinds, Mind Independence, and Defeasibility," *Philosophy of Science*, 85 (5): 845-856. (doi: [10.1086/699676](https://doi.org/10.1086/699676)).
- Fine, K. (2006), "In Defense of Three-Dimensionalism," *Journal of Philosophy*, 103 (12): 699-714 (doi: [10.1017/S1358246108000544](https://doi.org/10.1017/S1358246108000544)).
- Gallois, A. (2016), "Identity over Time," in E.N. Zalta (ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/entries/identity-time/>).
- Griffiths, P.E.-Matthewson, J. (2016), "Evolution, Dysfunction, and Disease: A reappraisal," *British Journal for the Philosophy of Science*, 69 (2): 301-327 (doi: [10.1093/bjps/axw021](https://doi.org/10.1093/bjps/axw021)).
- Hansson Wahlberg, T. (2014), "Institutional Objects, Reductionism and Theories of Persistence," *Dialectica*, 68 (4): 525-562 (doi: [10.1111/1746-8361.12083](https://doi.org/10.1111/1746-8361.12083)).
- Harrington, J. (mss.), "Instants and Instantaneous Velocity."
- Hilpinen, R. (2011), "Artifact," in E.N. Zalta (ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/artifact/>).
- Ingthorsson, R.D. (2013), "The Natural vs. the Human Sciences: Myth, Methodology and Ontology," *Discusiones Filosóficas*, 14 (22): 25-41.
- Jukola, S. (2017), "On ideals of Objectivity, Judgments, and Bias in Medical Research: A Comment on Stegenga," *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 62: 35-41 (doi: [10.1016/j.shpsc.2017.02.001](https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2017.02.001)).
- Kendig, C. (ed.) (2016), *Natural Kinds and Classification in Scientific Practice*, New York NY: Routledge.

- Khalidi, M.A. (2016), “Mind-dependent Kinds,” *Journal of Social Ontology*, 2 (2): 223-246 (doi: [10.1515/jso-2015-0045](https://doi.org/10.1515/jso-2015-0045)).
- King, C.D. (1945), “The Meaning of Normal,” *Yale Journal of Biology and Medicine*, 17 (3): 493-501.
- Krohs, U.-Kroes, P. (eds.) (2009), *Functions in biological and artificial worlds: Comparative philosophical perspectives*, Cambridge MA: MIT Press.
- Marcus, E. (2009), “Why There Are No Token States,” *Journal of Philosophical Research*, 34: 215-241.
- Matthewson, J.-Griffiths, P.E. (2017), “Biological Criteria of Disease: Four Ways of Going Wrong,” *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 42 (4): 447-466 (doi: [10.1093/jmp/jhx004](https://doi.org/10.1093/jmp/jhx004)).
- Megone, C. (2007), “Mental Illness, Metaphysics, Facts and Values,” *Philosophical Papers*, 36 (3): 399-426 (doi: [10.1080/05568640709485207](https://doi.org/10.1080/05568640709485207)).
- Neander, K. (1991), “Functions as Selected Effects: The Conceptual Analyst’s Defense,” *Philosophy of Science*, 58 (2): 168-184.
- Nicholson, D.J. (2018), “Reconceptualizing the Organism: From Complex Machine to Flowing Stream” in D.J. Nicholson-J. Dupré (eds.), *Everything Flows: Towards a Processual Philosophy of Biology*, New York NY: Oxford University Press: 139-166.
- Nordenfelt, L.Y. (1995), *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach* (2nd ed.), Dordrecht: Springer.
- Nordenfelt, L.Y. (2000), *Action, Ability and Health: Essays in the Philosophy of Action and Welfare*, Dordrecht: Springer.
- Pellet, F. (2018), “La maladie (Entrée grand public),” in M. Kristanek (ed.), *L’encyclopédie philosophique* (<http://encyclo-philo.fr/maladie-gp/>).
- Petroski, H. (1992), *The Evolution of Useful Things: How Everyday Artifacts – from Forks and Pins to Paper Clips and Zippers – Came to Be as They Are*, New York NY: Vintage Books.
- Preston, B. (2018), “Artifact,” in E.N. Zalta (ed.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/entries/artifact/>).
- Searle, J.R. (1995), *The Construction of Social Reality*, New York NY: Free Press.
- Smith, B. (2003), “The Ontology of Social Reality,” *American Journal of Economics and Sociology*, 62 (2): 285-299.
- Stout, R. (2016), “The Category of Occurrent Continuants,” *Mind*, 125 (497): 41-62 (doi: [10.1093/mind/fzv138](https://doi.org/10.1093/mind/fzv138)).
- Thomasson, A. (2007), “Artifacts and Human Concepts,” in E. Margolis-S. Laurence (eds.), *Creations of the Mind: Theories of Artifacts and Their Representation*, New York NY: Oxford University Press: 52-73.
- Vinuesa, A. (2002), “Realism and Mind-Independence,” *Pacific Philosophical Quarterly*, 82 (1): 51-70. (doi: [10.1111/1468-0114.00118](https://doi.org/10.1111/1468-0114.00118)).
- Wakefield, J.C. (1992), “The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values,” *American Psychologist*, 47 (3): 373-388 (doi: [10.1037/0003-066X.47.3.373](https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.3.373)).
- WHO (ed.) (1946), *Constitution of the World Health Organization*, New York NY (https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- Wilson, E.O. (1975), *Sociobiology: The New Synthesis*, Oxford UK: Belknap Press.
- von Wright, G.H. (1963), *The Varieties of Goodness*, London: Routledge & Kegan Paul.

LE RICOSTRUZIONI DI PROCESSI PATOLOGICI

Abstract

In clinical medicine as well as in the sciences, data may be insufficient to reconstruct a process that is occurring or has already happened. In clinical medicine in particular, data insufficiency may give rise to a great variety of conjectures. The specificity and particular role of conjectures in the reconstruction of individual pathological processes contributes to clarify the distinction between clinical medicine, which would be idiographic, and pathological medicine, which would be nomothetic. In general, the unavoidability of making conjectures ultimately depends on the difficulty of connecting what can be observed from the outside and what happens inside the human body. The difficulty is even greater when the data that are accessible at a given time are not collected and recorded and thus are not available at a later time. In these cases, not only do conjectural reconstructions end up being very different but also the possibility to decide among them seems to disappear.

Nella scienza non si può fare a meno di congetturare. Prima di avere acquisito lo statuto di leggi generalmente accettate, le leggi sono state congetture e, secondo alcune concezioni epistemologiche, non cessano mai di esserlo. Tuttavia sembra che riguardo alle condizioni morbose di singoli individui le congetture non siano solo inevitabili, ma possano anche essere molto diverse quando la successione degli eventi patologicamente rilevanti che ha portato ad uno stato morbooso è fortemente sottodeterminata dai dati a disposizione¹. In alcuni di questi casi, le ipotesi di sequenze di eventi che si possono formulare come ricostruzioni di quanto in corso o già avvenuto appaiono difficilmente sottoponibili a controlli che permettano di decidere quale sia quella da considerarsi vera o più vicina al vero.

¹ Si può contestare che sia compito del medico accertare la successione degli eventi che ha condotto ad uno stato morbooso. Certamente il suo accertamento fa parte della spiegazione dello stato morbooso, ma non sempre la spiegazione è richiesta per la diagnosi e la cura. Trascurando distinzioni più sottili, si può dire che oltre alla diagnosi esplicativa, detta fisiopatologica, c'è, e spesso è sufficiente per decidere la terapia, la diagnosi nosografica, che consiste nella semplice identificazione di una malattia in un malato. Per una più ampia caratterizzazione di queste due vaste categorie di diagnosi e delle loro articolazioni si veda Federspil 2004. Alcune ulteriori distinzioni e caratteristiche delle diagnosi sono discusse da Daniele Chiffi e Renzo Zanotti (Chiffi-Zanotti 2015). Quando nei passi citati nella prima sezione si parla di spiegare e ricostruire un processo morbooso, si fa implicito riferimento alla diagnosi fisiopatologica presentandola come un obiettivo che si dovrebbe perseguire, anche se di fatto non sempre è perseguito e, talora, nemmeno perseguibile.

Queste caratteristiche dell'attività epistemica del medico possono essere messe in evidenza partendo dalla distinzione tra medicina nomotetica e medicina idiografica e passando attraverso quella complessa connessione tra dati raccolti dall'esterno del corpo umano e processi interni ad esso, che può essere considerata uno degli scopi, peraltro non sempre di fatto perseguiti, dell'indagine medica.

1. *Nomotetico e idiografico*

Riguardo alla medicina è stata fatta una distinzione tra medicina patologica e medicina clinica che si può far risalire ad Augusto Murri (1841-1932) ed è stata ripresa con particolare enfasi da Giovanni Federspil (1938-2010) e Cesare Scandellari (n. 1933). Murri suggerisce esplicitamente la distinzione in passi come i seguenti:

«Claude Bernard diceva che, uscendo dallo spedale, il medico dovrebbe entrare nel laboratorio per sperimentare sugli animali. Ciò corre, se s'intende per medico un Patologo, il quale voglia investigare con indagini originali qualche processo morboso. Ma non corre più, se si allude al medico, il quale vuole fare solo giuste diagnosi, prognosi e cure» (Murri 1972, p. 42).

«Essi [i Patologi] colgono un fenomeno saliente e intorno a quello raggruppano mille altri fatti, che con esso s'associano. Ma in natura non ci sono che concatenazioni causali le più diverse e il medico si deve sforzare di distinguere queste diverse concatenazioni, non designare solo il fenomeno saliente, che non è se non uno degli anelli della lunga catena» (*ibidem*, p. 95).

Si deve a Federspil una più recente ed efficace presentazione della clinica come disciplina idiografica, «una disciplina cioè, che mira a spiegare come si verificano certi eventi singolari, irripetibili, quali sono i fenomeni morbosi che si realizzano in un certo momento in un determinato individuo» (Federspil 1988, p. 26), a differenza della patologia generale, che studia i processi patologici fondamentali, e della patologia speciale che analizza processi morbosi più specifici, ma sempre in modo generale, e che per questa ragione è considerata nomotetica come la patologia generale. Più ampiamente Federspil così caratterizza la peculiarità della clinica:

«[...] in clinica si ha a che fare con *una* storia clinica, con *certi* fatti obiettivi, con *un* decorso, allo scopo di raggiungere *una* diagnosi e di effettuare *una* terapia ed *una* prognosi. E il clinico, quando opera come tale non si pone fini di ricerca – perché altrimenti si trasformerebbe in fisiologo o in fisiopatologo o in patologo speciale – ma [guarda] all'individualità del proprio paziente e ragiona sempre soltanto allo scopo di spiegarne tutta la fenomenologia per poter effettuare una terapia adeguata a *quella* situazione specifica» (*ibidem*, p. 27).

È opportuno ricordare che la distinzione tra scienze nomotetiche e scienze idiografiche si deve a Wilhelm Windelband (1848-1915) che la presenta come una rielaborazione della distinzione di Wilhelm Dilthey (1833-1911) tra *Naturwissenschaften*, scienze della natura volte a fornire spiegazioni causali basate su leggi, e *Geisteswissenschaften*, scienze che cercano di comprendere il mondo e la vita dell'uomo nel suo specifico divenire storico. Secondo Windelband la distinzione non riguarda l'oggetto, ma il metodo: le scienze nomotetiche hanno lo scopo di stabilire leggi generali e considerano i fenomeni

particolari solo come esemplificazioni di leggi generali, mentre le seconde cercano di comprendere e descrivere i fenomeni nella loro individualità e irripetibilità.

Se intesa in senso metodologico, la distinzione tra scienze nomotetiche e scienze idiografiche permette di considerare idiografica anche una scienza che non è una *Geisteswissenschaft*, in particolare la medicina clinica, ma è dubbio che ad essa possa essere attribuito un obiettivo esclusivamente descrittivo e, in quanto tale, non esplicativo. A questo proposito è significativo che Federspil e Scandellari criticano l'«abito mentale “nomotetico”, secondo il quale il singolo paziente non è nient'altro che l'esemplificazione concreta di una legge o di una condizione generale» e dichiarino che «il compito fondamentale del clinico [...] non è quello di comprendere quale sia la genesi in generale di una malattia, e neppure quello di stabilire quale ne sia il quadro sintomatologico; questi sono compiti dei vari tipi di patologi», ma aggiungano anche che «il suo compito è quello di *spiegare* perché certi fenomeni morbosi si sono verificati in questo malato, oggi, in questo Paese» (Federspil-Scandellari 1999, p. 34, corsivo mio). Nella loro concezione della medicina clinica non c'è dunque alcuna rinuncia alla spiegazione, anche se la distinzione tra nomotetico e idiografico è stata spesso usata per contrapporre il comprendere che sarebbe idiografico allo spiegare che sarebbe nomotetico². Inoltre, non c'è da parte di Federspil e Scandellari alcuna intenzione di negare al sapere nomotetico della medicina un ruolo nella clinica, e non potrebbe essere diversamente. È quindi opportuno cercare di precisare in quale senso la contrapposizione tra nomotetico e idiografico si applichi alla medicina e in particolare in quale senso la medicina clinica costituisca una attività conoscitiva idiografica³.

È bene premettere che la componente nomotetica del sapere medico è costituita da leggi di vario genere. Alcune sono leggi universali in senso stretto come, ad esempio, quelle della genetica, altre sono leggi di media portata⁴ – talora indirettamente presentate come modelli astratti, quali sono, ad esempio, i modelli di meccanismi immunitari – e infine vi sono regolarità statistiche poco o per nulla supportate da modelli biomedici. Le possibili varianti dei modelli, come anche i dati rappresentati nelle code di una distribuzione gaussiana, possono a loro volta diventare oggetto di studio e dare luogo a leggi, modelli e regolarità più specifiche.

Il controllo delle leggi ipotizzate è un tipico obiettivo della ricerca scientifica, un obiettivo inderogabile dal punto di vista popperiano. È però opportuno ricordare che leggi strettamente universali, leggi di media portata e regolarità statistiche presentano problemi diversi dal punto del loro controllo. È, ad esempio, difficile precisare cosa voglia dire falsificare una regolarità statistica. A questo proposito Popper stesso non ha dato indicazioni chiare e soddisfacenti. Inoltre, il controllo di una legge di media portata nel senso di Shaffner può mettere capo alla scoperta di una variante non considerata che

² Non sempre spiegazione e comprensione vengono contrapposte, come mostra il fatto che alcune concezioni della spiegazione scientifica sono state criticate per il fatto di non fornire, nello stesso tempo, una idea adeguata di ciò in cui consiste la comprensione scientifica. Si veda, ad esempio, Halonen-Hintikka 1999 e Schurz 1999.

³ Il tema è già stato affrontato da chi scrive in Giaretta 2004, 2005, 2007. In questo contributo si propone un approfondimento, insieme ad alcune precisazioni.

⁴ Il concetto di legge di media portata è stato introdotto per la medicina da Schaffner 1993.

ragionevolmente può suggerire un raffinamento del modello sottostante piuttosto che un suo abbandono.

Il ricercatore medico interessato al sapere nomotetico della medicina può certamente avere l'obiettivo di scoprire nuove leggi e regolarità, facendo riferimento a un quadro teorico più o meno organizzato, o forse, più modestamente, proporsi di stabilire con maggiore precisione l'ambito di validità di leggi di media portata e di regolarità statistiche già introdotte. L'obiettivo più modesto del raffinamento o dell'aggiustamento può essere sensatamente perseguito anche rispetto alle leggi strettamente universali. Una legge o, più in generale, una teoria valgono esattamente solo rispetto a situazioni idealizzate astratte, cioè a modelli le cui caratteristiche sono almeno in parte fissate per stipulazione. Non sempre nei casi sottoposti all'osservazione o alla sperimentazione si conoscono i fattori che ne possono condizionare la validità. Se, come appare evidente ed è generalmente riconosciuto, al sapere nomotetico si deve riconoscere un ruolo nella diagnosi e nella terapia, la formulazione di restrizioni che definiscano meglio il campo di validità di una legge è un naturale obiettivo epistemico che può essere rilevante anche dal punto di vista della diagnosi e della soluzione dei problemi che affliggono un particolare paziente.

Ma se nella medicina clinica non può essere escluso l'uso del sapere nomotetico, in che cosa consiste il suo aspetto idiografico? Il medico clinico si trova di fronte a un problema che si presenta in uno specifico caso e deve cercare di diagnosticare e possibilmente risolvere proprio quel caso particolare e non la maggior parte dei casi particolari dello stesso tipo o di tipo simile. Il problema del caso in esame può essere simile a molti altri, ma al clinico interessa la diagnosi e la possibile soluzione di *quel* problema. Certamente può succedere, e normalmente succede, che diagnosi e soluzione valgano per più casi simili, ma non è di questo aspetto, per quanto verosimile, che il clinico si dovrebbe preoccupare. Può succedere anche che nell'affrontare il problema di un particolare paziente si raccolgano informazioni che possono suggerire di rivedere l'ambito di validità di leggi note, e tuttavia questa revisione non è obiettivo primario del clinico, anche se può essere considerato un suo dovere registrare e comunicare le informazioni raccolte per la loro possibile utilità nella diagnosi e nella cura di altri casi.

Murri, poi ripreso da Dario Antiseri⁵ e dai già menzionati Federspil e Scandellari, diceva che il clinico deve riconoscere il problema del malato, con ciò suggerendo che egli deve cercare di identificare nel malato un problema di un tipo già noto. Ciò potrebbe implicare che il compito del clinico è puramente applicativo. In effetti Murri dice:

«Ma il segreto per riuscire nell'esercizio della Medicina non sta tutto né nell'acquisto di un gran sapere, né nell'aver veduto un gran numero di malati. Queste sono due condizioni certamente utilissime, ma il più essenziale sta nel loro intermedio, ossia nella *facoltà d'applicare le nozioni acquisite ad ogni caso singolo*. Come l'organismo umano è formato, come gli organi agiscono, come la struttura e la funzione di essi si alterano nelle malattie, quali sono le occasioni, che determinano tali alterazioni, quali quelle, che servono a toglierle e a ricondurre la norma, voi, almeno in parte, già sapete. Eppure, messi davanti a un malato, è certo che spesso vi troverete smarriti. *Conoscere è ben diverso dal riconoscere*; e qui si deve sopr'a tutto riconoscere» (Murri 1972, pp. 10-11, primo corsivo mio).

⁵ Cfr. Antiseri 1981, dove è presentato un approccio popperiano alla medicina clinica. Per un tale approccio si veda anche Baldini 1975.

Murri, tuttavia, precisa che si tratta di ricostruire il processo che ha generato il problema del paziente:

«Capire significa immaginare e provare la vera successione dei fatti, ricostruire il processo che in parte già s'è svolto. Allora da questa parte ricostruita si può anche antivedere quella parte, che resta ancora da svolgersi» (*ibidem*, pp. 14-15).

Si tratta dunque di ricostruire il corso degli eventi e la ricostruzione dovrebbe portare a formulare una predizione riguardo il futuro del processo in corso, in modo da permettere il controllo della ricostruzione fatta. La predizione che si controlla può riguardare il modo in cui ci si aspetta che il corso degli eventi sia modificato mediante un intervento intenzionale. Questo sembra essere il senso più accettabile del seguente passo “sintatticamente difficile”:

«Se dal concetto di concatenazione dei fatti morbosi avete potuto inferire, che un agente da voi intramezzato artificialmente fra quei diversi elementi concatenati, i quali costituiscono il processo naturale della malattia, ha virtù o d'elidere o di modificare o di accrescere l'azione di qualcuno di essi, e con questo può imprimere a tutto il processo un'altra direzione o un altro esito, il corso ulteriore dei fatti risponderà alle previsioni e al desiderio, ma allora soltanto, che la interpretazione dei sintomi era stata giusta, allora soltanto che l'assegnazione di valore a ciascuno dei singoli fenomeni nella ricostruzione del fenomeno totale era corrispondente alle vere connessioni della natura» (*ibidem*, p. 15).

Murri sostiene che la scienza non consiste nel registrare fatti isolati ma nello scoprire la loro organizzazione:

«Fatti isolati (sieno osservati, sieno sperimentali) costituiscono solo un sapere rudimentale, anche se numerosissimi, finché non sieno elevati da un altro atto di più alta osservazione a vera scienza. Quest'atto consiste nella verifica delle loro coincidenze o successioni, delle loro combinazioni o connessioni» (*ibidem*, p. 40)⁶.

Dunque, secondo Murri, il primo fondamentale obiettivo del clinico è stabilire da quale sequenza di eventi è costituito il processo che ha luogo in un singolo individuo. Questo è l'obiettivo epistemico, non sempre raggiungibile, che è proprio della medicina clinica.

Si deve a Wladyslaw Bieganski (1857-1917), medico internista polacco, una concezione articolata ed “equilibrata” della medicina clinica che mostra una certa convergenza con quella di Murri⁷. Dopo aver riconosciuto nella medicina clinica una componente puramente applicativa e una componente tecnica, anch'egli identifica in essa una componente teorica facendola sostanzialmente consistere nella spiegazione dei sintomi e dei segni manifestati dal paziente:

⁶ In questo passo e in quello precedente emerge una fiducia positivista nella possibilità di accertare come stanno veramente le cose.

⁷ L'equilibrio di Bieganski consiste nel non sostenere l'indipendenza della medicina clinica da quella scientifica, a differenza di Edmund Biernacki (1866-1911), altro esponente della scuola polacca di filosofia della medicina riguardo alla quale si veda Federspil-Giaretta-Rugarli-Scandellari-Serra 2008, pp. 199-234.

«Un dettagliato esame delle principali scienze mediche applicate – come la diagnostica medica, la chirurgia e la terapia clinica – può mostrarci che esse sono basate su tre principi completamente diversi: 1) l'applicazione, mediante la deduzione, dei risultati delle scienze teoretiche alla pratica; 2) la descrizione dettagliata degli atti medici – cioè le varie terapie chirurgiche, i metodi di auscultazione e percussione, l'esame dei secreti, ecc.; 3) la spiegazione teorica dei risultati – le condizioni particolari che portano alla risonanza, o ai rumori cardiaci udibili, la giustificazione della terapia antisettica per le ferite, ecc.

I campi medici pratici citati sono scienze applicate in virtù del primo principio; sono “arti” in virtù del secondo principio; e, infine, sono scienze teoretiche in virtù del terzo principio» (Bieganski 1908, pp. 116-117).

Bieganski esprime con chiarezza la tesi che l'attività clinica non può essere considerata puramente applicativa:

«Vi è oggi in medicina una tendenza a tentare di basare l'intera pratica medica sulle scienze teoriche e, pertanto, a trasformarla in una scienza applicata. Tuttavia, questo obiettivo non può venire raggiunto completamente. Primo, perché l'intero contenuto di queste scienze e ogni loro applicazione pratica non possono essere spiegati dai fatti e dalle generalizzazioni derivati dalla scienze teoretiche; non ogni cosa nella pratica deriva dall'applicazione delle scienze teoretiche. Come conseguenza, nella pratica medica vi sono verità empiriche che non possono essere subordinate alle verità teoriche generali» (*ibidem*, p. 117).

Non si tratta dunque di connettere fatti specifici individuali limitandosi esclusivamente all'applicazione di leggi generali. La connessione può basarsi su assunzioni ulteriori, e quindi permettere di raggiungere conclusioni che non seguirebbero soltanto dai fatti accertati che sono stati presi in considerazione e dalle conoscenze mediche generali che sono condivise nella comunità medica. Bieganski suggerisce che alla fine si deve arrivare a una giustificazione di ciò che, con o senza intervento strumentale, si è osservato nel caso singolo e la giustificazione non può che essere fornita mediante una spiegazione appropriata. Questa non è un fine che può essere sempre raggiunto, ma certamente è un obiettivo da perseguire quando le informazioni a disposizione e le circostanze lo permettano.

Riassumendo, possiamo dire che l'aspetto idiografico della clinica non implica l'esclusione del sapere nomotetico, ma piuttosto il suo adattamento al caso particolare, che non dipende solo dai fatti accertati e da leggi più o meno generali.

La concezione che della medicina clinica emerge sulla base delle indicazioni di Murri e di Bieganski può essere riassunta e, insieme, un po' più esplicitamente specificata mediante i seguenti punti, ciascuno dei quali può essere ulteriormente sviluppato e, almeno in parte, lo è già stato in letteratura.

1. La medicina mira alla diagnosi e, se c'è, alla soluzione migliore possibile del problema specifico che riguarda uno specifico individuo. In ciò consiste essenzialmente il suo aspetto idiografico.

2. L'individuo specifico viene conosciuto sotto alcuni aspetti selezionati dal clinico. La loro conoscenza viene acquisita, mediante osservazione diretta o strumentale, in modi anch'essi decisi dal clinico. Le informazioni sono ottenute in momenti diversi. In ciascun momento (1) le informazioni già acquisite sono valutate in accordo con le conoscenze

mediche, (2) fatti specifici possono essere ipotizzati e (3) può essere decisa l'acquisizione di nuove informazioni⁸. I risultati di riusciti esperimenti, più precisamente quelli che Claude Bernard presenta come fatti, rientrano nelle conoscenze generali e hanno un ruolo fondamentale, ma non esclusivo, nel processo di elaborazione delle informazioni, che può avvenire anche ipotizzando condizioni particolari al fine di ottenere un quadro coerente e il più possibile coeso dei dati disponibili. Bernard pensava che le conoscenze generali fossero date dalle leggi biomediche e che, nel loro ambito, queste potessero essere universali e necessarie. Se così fosse, al medico resterebbe solo il compito di ipotizzare e controllare che si diano le condizioni di applicazione delle leggi. Ma se, come è stato messo in evidenza dalla riflessione epistemologica, non si possono evitare regolarità statistiche e modelli che ammettono varianti, lo spazio delle congetture possibili riguardo a un caso individuale si allarga e la scelta di una ipotesi più plausibile delle altre può diventare un compito molto difficile.

3. Dello specifico individuo ha rilievo primario, dal punto di vista biomedico, lo specifico aspetto problematico che viene rilevato dal clinico. Tuttavia si è ormai giustamente consolidata l'opinione che si deve tenere conto dell'individuo nella sua totalità, o almeno di altri suoi aspetti. In particolare Karl Jaspers (1883-1969) ha sostenuto che il medico deve *anche* considerare il singolo individuo e aggiunge: «se ho in vista il singolo individuo, cerco di rappresentare la totalità di questo Bios; il generale mi serve come mezzo di apprensione e di descrizione e non come scopo»⁹. Simile è il punto di vista di Edmund Pellegrino. Distinguendo nel bene del paziente quattro diverse componenti – il bene biomedico, il bene percepito dal paziente, il bene del paziente in quanto persona, il bene supremo secondo cui il paziente regola le sue scelte – Pellegrino attribuisce al medico il compito di perseguire il bene biomedico del paziente in modo che questo risulti in accordo con gli altri tipi di bene, ovvero ricercando un non sempre facile equilibrio tra il bene biomedico e gli altri tipi di bene.

Concludiamo osservando che nella prospettiva epistemologica delineata può trovare soluzione una apparente contraddizione nella quale sembra incorrere Aristotele quando parla della medicina. Da una parte egli dice che per curare il singolo individuo è necessario conoscerlo.

«Il medico non guarisce l'uomo se non per accidente, ma guarisce Callia o Socrate o qualche altro individuo che porta un nome come questi, al quale, appunto, accade di essere uomo. Dunque, se uno possiede la teoria senza l'esperienza e conosce l'universale ma non conosce il particolare che vi è contenuto, più volte sbaglierà la cura, perché ciò cui è diretta la cura è, appunto, l'individuo particolare» (ARISTOTELE, *Metafisica*, A, 1, 981 a 18-24)¹⁰.

⁸ Già Johann Georg Zimmermann (1728-1795) aveva concepito il processo diagnostico come un'attività complessa di acquisizione ed elaborazione di informazioni. Si veda Zimmermann 1764.

⁹ Jaspers 1964, p. 723. Jaspers si riferiva allo psichiatra, presumibilmente perché nel caso dei problemi psichiatrici è maggiormente evidente che la considerazione della totalità dell'individuo è ineludibile.

¹⁰ Similmente ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, 1, 1097 a 11-13 e ID., *Grande Etica*, II, 3, 1199 a 29-1199 b 1.

D'altra parte Aristotele esclude esplicitamente, anche con riferimento alla medicina, che l'individuo particolare sia oggetto di conoscenza tecnica o scientifica:

«[...] nessuna tecnica considera il particolare – la medicina, ad esempio, considera cosa sia salutare non per Socrate o per Callia, ma per un uomo o per uomini di questo o di quel genere (ciò infatti rientra in una tecnica, mentre il particolare è indeterminato e non costituisce oggetto di scienza) [...]» (ARISTOTELE, *Retorica*, I, 1356 b 29-32) .

«Inoltre, ogni definizione sarà sempre universale: il medico, infatti, non dice ciò che è salutare per qualche occhio, ma determina ciò che è salutare per ogni occhio, o almeno per una specie di occhi» (ARISTOTELE, *Analitici Secondi*, I (A), 97 b 26-27).

Andando oltre quanto Aristotele dice, e forse anche oltre quanto egli possa aver avuto in mente, è ragionevole sostenere che quanto sfugge alla conoscenza scientifica o tecnica sia la *totalità* dell'oggetto particolare che viene preso in esame¹¹.

2. Esterno ed interno

La contrapposizione e la compresenza di nomotetico e idiografico caratterizza specificamente la medicina clinica. Invece la contrapposizione, forse più nota, tra esterno ed interno riguarda la medicina in generale, sia quella patologica che clinica. La sua presentazione finirà per mettere in evidenza un aspetto che nell'analisi della contrapposizione tra nomotetico e idiografico rischia di passare in secondo piano. Si tratta del procedere per congetture, che anche nelle applicazioni della medicina patologica, e non solo in medicina clinica, possono riguardare un singolo individuo.

Approssimativamente, in medicina esterno è ciò che si può rilevare sulla superficie del corpo e per manifestazione, verbale e non verbale, dello stesso paziente, mentre interno è ciò che è collocato o si svolge dentro il corpo. L'informazione esterna dipende da processi interni. In particolare, con i sintomi che manifesta e le sue dichiarazioni il malato può suggerire qualcosa che ha luogo all'interno del suo corpo, ma quasi mai è evidente di cosa quello che egli mostra e dice è manifestazione.

¹¹ È tuttavia inevitabile che in medicina clinica si debba prendere in considerazione l'individuo nella sua interezza. In particolare, l'individuo intero è direttamente coinvolto quando di lui si considerano e si valutano proprietà quali, ad esempio, l'autosufficienza, la resistenza alla fatica, l'equilibrio. Luigi Tesio le chiama "variabili della persona" (cfr. Tesio 2015), mette in evidenza le varie difficoltà del loro studio sperimentale e dà delle indicazioni per cercare di superarle. È certamente condivisibile la sua idea che di tali variabili sia possibile uno studio scientifico che utilizzi in modo avveduto gli strumenti della statistica. Ciò non è in contraddizione con la tesi che la conoscenza dell'individuo nella sua interezza sia destinata a rimanere incompleta, poiché è plausibile che solo alcune delle proprietà globali possano essere conosciute, e ciascuna solo parzialmente. Si deve anche aggiungere che l'incompletezza di una totale conoscenza dell'individuo dipende anche dalla complessità della realtà naturale e sociale nella quale l'individuo è inserito. Le sue interazioni con l'ambiente e la società sono difficili da determinare e da predire. In De Toni-Giacomelli-Ivis 2010 si mette in evidenza come, soprattutto ai fini della prevenzione e dell'assistenza, bisogna imparare a muoversi in un mondo complesso solo parzialmente controllabile.

Il collegamento tra ciò che all'esterno si può osservare o rilevare riguardo al corpo e quello che ha luogo al suo interno presuppone la conoscenza di come il corpo è internamente fatto. Per l'umanità non fu facile – e richiese molto tempo – acquisire tale conoscenza. Quanto si poteva osservare sulle parti di animali che si mangiavano o si offrivano a scopo sacrificale, nonché gli interventi che si facevano sui cadaveri per consentire la loro conservazione attraverso la mummificazione, davano certamente delle indicazioni, ma queste, per il modo e il contesto in cui erano ottenute, non potevano fornire una conoscenza adeguata dell'anatomia animale e umana. Né uno stimolo allo sviluppo di tale conoscenza poteva provenire dalla considerazione delle malattie finché queste furono concepite come dovute ad interventi soprannaturali. È noto che con Ippocrate, ma già prima con Alcmeone di Crotone, si cominciò a concepire la malattia come un processo naturale che si svolge all'interno del corpo e in parte ne altera il funzionamento, spesso con sofferenza da parte del malato. Fu presto chiaro che se il processo ha un'origine naturale, esso poteva essere modificato per via naturale e a questo scopo l'informazione anatomica era certamente rilevante, ma in quale misura e in quale modo lo fosse era molto meno chiaro. L'esigenza di una maggiore conoscenza del corpo umano poteva essere almeno parzialmente soddisfatta mediante una sistematica dissezione e osservazione dei cadaveri, che fu effettivamente intrapresa in epoca ellenistica, ma poi non fu portata avanti, forse perché bloccata – allora e anche dopo – dall'idea della sacralità del corpo umano. Così avvenne che anche l'indagine anatomica di Galeno, che pure divenne fondamentale punto di riferimento per la medicina fino all'inizio dell'età moderna, si basò soprattutto sull'osservazione di animali e solo occasionalmente di corpi umani, e quindi non poté che risultare parziale e inadeguata. In Galeno sono presenti osservazioni anatomiche corrette e alcune importanti idee che poi sono state riprese, quale quella che si può esaminare parte della superficie corporea allo scopo di comprendere la condizione di un corrispondente organo interno.

Fino al secolo XIV la dissezione anatomica non fu più praticata a scopo scientifico e anche dopo la sua ripresa, salvo poche eccezioni, le osservazioni raccolte nella pratica clinica non sono state collegate con i rilevati autoptici. È solo con Giovanni Battista Morgagni che questo collegamento viene sistematicamente cercato e stabilito in un modo che così viene descritto da Fabio Zampieri:

«Il procedimento morgagniano era solitamente questo: si partiva dai dati clinici, si passava al rilievo anatomo-patologico per poi tornare, attraverso un'interpretazione coadiuvata da un modello meccanicistico, ai dati clinici stessi, giustificandone la manifestazione» (Zampieri 2016, p. 319).

Tuttavia fino a Morgagni, e anche dopo, i dati clinici che si potevano raccogliere erano piuttosto poveri. Vito Cagli osserva che «quanto alla messa in opera di un esame fisico del paziente, siamo ancora molto lontani da qualcosa di comparabile alla precisione con cui possono essere rilevate le lesioni nel cadavere» (Cagli 2015, p. 30) e parla di «un'asimmetria tra i dati clinici e quelli autoptici a favore di questi ultimi che sono quelli più esaurienti» (*ibidem*, p. 32). Per il progresso della medicina sono stati fondamentali non solo l'ampliamento e l'approfondimento delle conoscenze anatomiche, ma anche il raffinarsi dell'osservazione clinica del paziente e la possibilità

di raccogliere nuovi dati grazie a innovazioni strumentali di vario genere. Già con l'introduzione della percussione (L. Auenbrugger) e dello stetoscopio (R.T.H. Laennec) la semeiotica medica cominciò a diventare più fine e informativa, permettendo corrispondenze più precise tra dati clinici e reperti autoptici. Ad una maggiore precisione di tali corrispondenze contribuirono anche le osservazioni anatomiche di M.F.X. Bichat e poi la maggiore conoscenza delle cellule con la nascita della cosiddetta patologia cellulare (T. Schwann, R. Virchow), resa possibile dal perfezionamento del microscopio. Il microscopio fu fondamentale anche per la clinica, perché permise l'esame di campioni di tessuto prelevati dai pazienti. All'indagine del paziente *in vivo* a scopo diagnostico contribuì anche l'ampliamento delle possibilità di intervento chirurgico in seguito alla eliminazione del dolore (anestesia) e delle infezioni (antisepsi).

Molte furono le tecniche di indagine, rese possibili dal progresso delle conoscenze fisiche e chimiche, messe a punto in funzione degli scopi diagnostici della medicina clinica. Un elenco parziale è il seguente: endoscopia, radiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, ecografia, tomografia computerizzata, risonanza magnetica nucleare. Lo sviluppo di queste tecniche ha permesso una più ampia e precisa conoscenza della struttura e del funzionamento di parti interne del corpo umano, tra le quali anche il cervello, i cui processi interni sono accessibili con particolare difficoltà.

Tuttavia, dal fatto che cambiamenti strutturali e funzionali di parti del corpo umano sono ora molto più accessibili non si può trarre la conclusione che la presenza di una malattia sia diventata direttamente accertabile. Nonostante i progressi fatti, le corrispondenze tra sintomi e dati degli esami, da una parte, e processi patologici, dall'altra, non sono sempre evidenti. Generalmente bisogna fare riferimento a un quadro teorico e sviluppare un ragionamento che porti a concludere che quanto osservato e strumentalmente accertato è attribuibile a modifiche strutturali o funzionali di una parte interna del corpo umano piuttosto che di altre. E inoltre la patologicità delle modificazioni può essere in varia misura incerta, perché, come noto, le corrispondenze tra dati e lesioni ammettono spesso la possibilità di falsi positivi e falsi negativi.

Nel seguito vengono considerati due aspetti problematici del procedimento che porta alla diagnosi. Uno riguarda la formazione delle ipotesi nella fase iniziale, quando le informazioni disponibili possono essere varie e ambigue. L'altro riguarda la possibilità di ricostruire processi patologici diversi in relazione a informazioni diverse accessibili in momenti diversi¹².

La formazione delle ipotesi

Nella prima fase del procedimento diagnostico il clinico isola una parte di ciò che osserva e congetture di quale processo interno ciò sia manifestazione. Il clinico può selezionare osservazioni diverse e, in relazione alle selezioni fatte, fare ipotesi diverse,

¹² Entrambi i casi considerati sono dovuti a Giovanni Federspil e sono stati già presentati e discussi, rispettivamente, in Giaretta (2008) e in Federspil, Vettor (1998) e Giaretta, Federspil (2008). La trattazione che qui ne viene fatta è ampiamente riveduta rispetto a quelle precedenti.

che può ritenere più o meno plausibili. In altre parole, la formazione di un'ipotesi può dipendere da come vengono raggruppati i sintomi rilevati. La figura 1 mostra un caso in cui abbiamo a sinistra i segni rilevati e a destra le ipotesi che si possono fare a seconda di come i segni vengano raggruppati. Si vede chiaramente che a raggruppamenti diversi corrispondono ipotesi diagnostiche diverse.

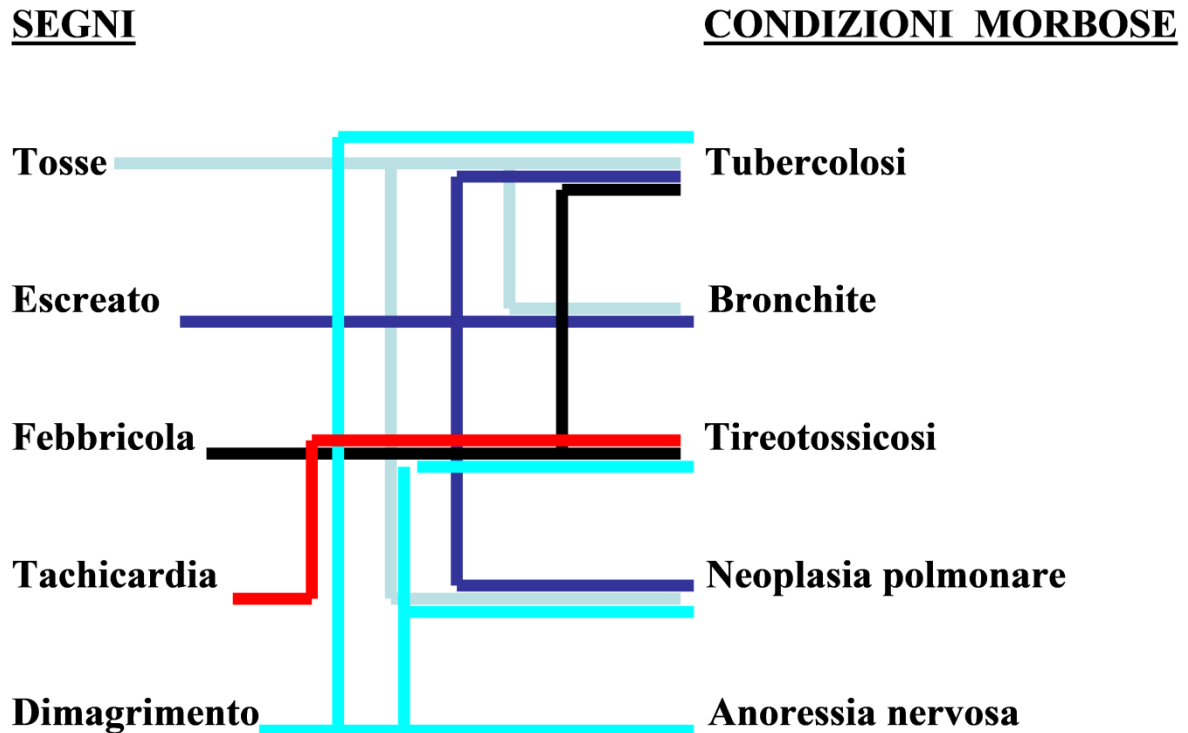


Figura 1

Il clinico potrebbe ritenere che a priori non ci siano ragioni, o non ci siano ragioni importanti, per scegliere un raggruppamento e quindi un'ipotesi, piuttosto che un altro raggruppamento e un'altra ipotesi. In tal caso le ipotesi sarebbero per lui tutte ugualmente legittime e non differenziabili mediante l'assegnazione ad esse di probabilità iniziali diverse. La loro diversa valutazione potrebbe essere fatta solo *ex post*, sulla base della raccolta di ulteriori informazioni empiriche, e in modo piuttosto lungo. Egli dovrebbe prenderle in esame sistematicamente, secondo un ordine che non potrebbe che essere almeno parzialmente arbitrario, e poi, per ciascuna di esse, cercare informazioni rilevanti per il suo controllo. Naturalmente i controlli verrebbero fatti in modo diverso a seconda della prospettiva metodologica adottata¹³. In ogni caso, anche a prescindere dalla possibilità che alcuni controlli non siano decisivi, i tempi necessari

¹³ Forse le prospettive metodologiche più rilevanti sono quella popperiana, per la quale abbiamo fatto riferimento ad Antiseri e Baldini, e quella bayesiana, per la quale si veda Howson-Urbach 2005 e, per la sua applicazione alla medicina clinica, Scandellari 2005. È auspicabile che l'approccio bayesiano sia integrato con la valutazione della verosimiglianza, ovvero vicinanza al vero, delle ipotesi per il ruolo rilevante che essa ha nel ragionamento medico. Introduzioni della verosimiglianza in connessione al cosiddetto paradosso di Linda si trovano in Cevolani-Crupi-Festa 2010 e Cevolani-Crupi 2015.

sarebbero troppo lunghi, tenendo conto dell'esigenza di arrivare presto al giudizio diagnostico e quindi alla cura. Sembra molto opportuno che, prima di procedere al controllo delle ipotesi sulla base di ulteriori informazioni empiriche, il clinico metta a punto la formulazione e valutazione a priori delle ipotesi possibili ricercando le ragioni che rendono tali ipotesi plausibili in grado diverso. A questo scopo possono essere utili sia le informazioni epidemiologiche che la conoscenza già acquisita del paziente. Ad un attento esame, anche tenendo conto del sapere patologico corrente, alcune possibilità potrebbero risultare escluse e altre ricevere gradi di plausibilità molto diversi. Ovviamente nulla garantisce a priori che si possa evitare l'esito non auspicabile di un insieme di ipotesi iniziali ugualmente plausibili o comunque molto ampio e poco differenziato.

La ricostruzione del processo morboso

È usuale procedere all'esame autoptico per stabilire la causa o le cause del decesso. Questo obiettivo presuppone, o implicitamente suggerisce, che le informazioni che si raccolgono mediante l'esame autoptico permettano una conclusione certa, o comunque più affidabile, della diagnosi emessa quando il malato era in vita. In realtà non è sempre così.

Può accadere che, nel corso del riesame epicritico di un singolo caso, la ricostruzione globale che l'anatomo-patologo dà degli eventi morbosi che si sono succeduti in uno specifico soggetto diverga o sia addirittura opposta a quella del clinico. Per esemplificare, immaginiamo che un paziente diabetico, precedentemente infartuato, allettato per un incidente stradale subito alcuni giorni prima, sia morto nel giro di pochi minuti dopo l'improvvisa comparsa di un violento dolore precordiale. In questo caso, il clinico potrà formulare la seguente diagnosi: "Recidiva di infarto acuto del miocardio in soggetto con arteriosclerosi polidistrettuale. Trauma stradale con frattura composta della tibia dx. e ferita infetta della gamba dx. con conseguente stato settico. Diabete mellito tipo 2 in fase di scompenso metabolico secondario alla sepsi". L'anatomo-patologo, dopo il riscontro autoptico, potrà emettere quest'altra diagnosi: "Embolie polmonari recidivanti in soggetto con arteriosclerosi polidistrettuale. Trombosi venosa profonda, secondaria a frattura composta della tibia dx. con ferita infetta della gamba dx. e conseguente stato settico. Diabete mellito in fase di scompenso".

In casi come questo il conflitto di opinioni non è riconducibile ad una interpretazione *vera* che si confronta con una interpretazione *sbagliata* degli stessi dati. Per comprendere le differenti conclusioni del patologo e del clinico, è necessario analizzarne criticamente le rispettive argomentazioni.

Partiamo innanzitutto dai punti di accordo. Patologo e clinico concordano entrambi sull'esistenza di una arteriosclerosi diffusa ed è verosimile che concordino anche nell'attribuire le alterazioni arteriose al diabete mellito. Un secondo punto di accordo è dato dalla frattura della tibia dx. e dalla ferita infetta che ha provocato la sepsi. Un terzo punto di probabile accordo è dato dal ruolo che il diabete mellito ha giocato nella insorgenza della sepsi.

Il dissenso ha origine dal fatto che la presenza di una trombosi venosa profonda alla gamba dx. è stata osservata dal patologo e non è stata invece rilevata (e probabilmente non ricercata) dal clinico. Il patologo poi ha constatato la presenza di un certo numero di

microembolie polmonari ed ha concluso che una di queste è stata la causa del dolore precordiale improvviso del paziente e della sua morte. Nel suo complesso, la ricostruzione del decorso, fatta dall'anatomo-patologo, può essere rappresentata come in figura 2.

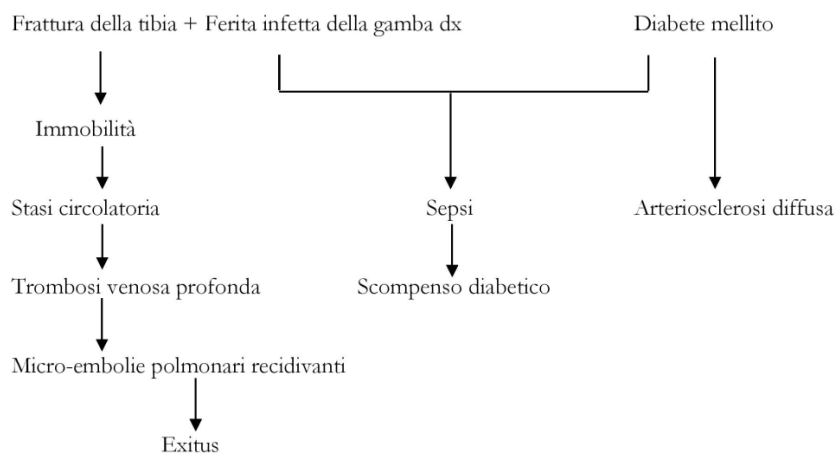


Figura 2:
ricostruzione del decorso fatta dall'anatomo-patologo

Il clinico, invece, che condivide l'esistenza del diabete, dell'arteriosclerosi diffusa, della frattura, della ferita infetta e della sepsi, non possedeva informazioni intorno all'esistenza di una trombosi venosa profonda e ha interpretato il dolore precordiale del paziente come un dolore dovuto a una ischemia cardiaca acuta. Questa ipotesi gli è apparsa del tutto ragionevole in un soggetto diabetico con un'arteriosclerosi diffusa e gli è apparsa anche rafforzata dalla presenza di uno scompenso diabetico, che rende più probabile l'insorgenza di fenomeni ischemici cardiaci. Il clinico ha eseguito un ECG e ha effettuato un dosaggio della troponina I, che hanno mostrato, rispettivamente, la presenza di una "lesione" e una lieve elevazione di questa sostanza. La ricostruzione esplicativa del clinico può quindi essere rappresentata come in figura 3.

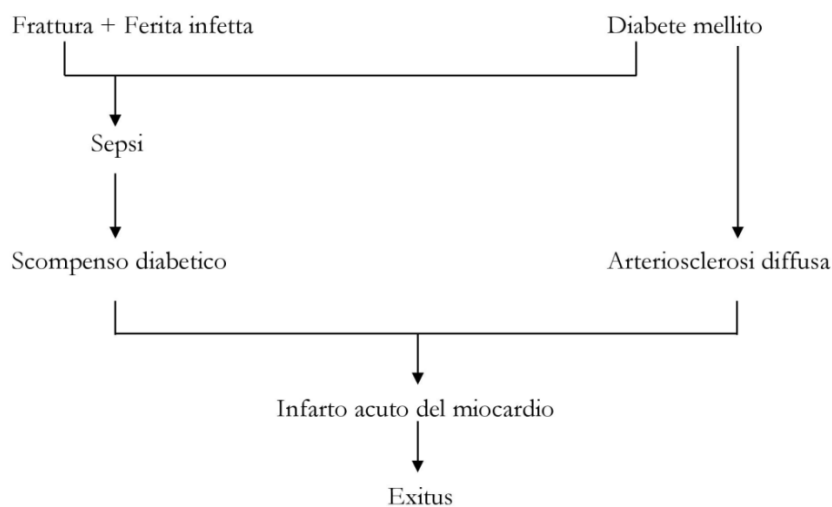


Figura 3:
ricostruzione del decorso fatta dal clinico

Queste due diverse ricostruzioni del medesimo caso clinico suggeriscono alcune considerazioni epistemologiche. La prima considerazione è che in questo caso non ci si trova dinanzi al confronto fra una constatazione fattuale e una ipotesi diagnostica; qui, in realtà, si confrontano, e si scontrano, due ricostruzioni esplicative di un evento morboso individuale complesso. Un certo numero di rilievi fattuali è comune ad ambedue le interpretazioni – la frattura, la ferita infetta, il diabete mellito, l'arteriosclerosi diffusa, il dolore precordiale – ma alcuni rilievi non sono comuni: la presenza della trombosi venosa profonda e la presenza di microembolie polmonari fanno parte del resoconto anatomico, mentre le alterazioni elettrocardiografiche fanno parte delle osservazioni effettuate dal clinico prima dell'exitus e l'aumento della troponina I è pervenuto al medico solo dopo la morte del paziente.

In casi paradigmatici dell'attività clinica e dell'applicazione del sapere patologico in sede autoptica, le spiegazioni fisiopatologiche tendono a svilupparsi nel quadro di una logica deduttiva evitando le inferenze induttive mediante assunzioni integrative¹⁴. Supponendo che questo sia stato il modo nel quale il clinico e l'anatomo-patologo hanno sviluppato le loro argomentazioni, se sia le osservazioni e i rilievi dell'uno che le osservazioni e i rilievi dell'altro sono corretti, se le diverse congetture con le quali essi integrano e collegano i dati a disposizione sono compatibili e vere, se il comune sapere patologico di riferimento è corretto e se i loro ragionamenti sono deduttivamente validi, allora necessariamente anche le conclusioni di entrambi sono vere. Una simile eventualità, che implicherebbe che il paziente fosse deceduto sia a causa dell'infarto che a causa delle microembolie polmonari verificatesi contemporaneamente, è estremamente improbabile. Forse è anche improbabile, ma non si può escluderlo, che ambedue le conclusioni siano sbagliate. In tal caso, dando per scontata la correttezza del sapere patologico, esse potrebbero esserlo solo perché per ciascuna argomentazione si dà il caso che non tutti i rilievi sui quali esse si basano sono corretti oppure non tutte le congetture integrative sono vere oppure qualche passo inferenziale non è deduttivamente valido. È ragionevole ritenere che in tal caso a venir meno sarebbe la verità di qualche congettura integrativa o la validità deduttiva.

Si può dare il caso che solo una delle due argomentazioni che sono alla base delle due diverse ricostruzioni sia deduttivamente valida e inoltre abbia premesse vere? Non si può escluderlo, ma la natura deduttiva delle due argomentazioni, che non sono formulate in dettaglio, non è evidente e, in ogni caso, dando pure per scontata la correttezza del sapere patologico, ci si può chiedere se i dati effettivamente osservati siano stati correttamente intesi e quali siano esattamente le congetture integrative che permettono di giustificare le implicazioni che sono raffigurate con delle frecce nelle figure 2 e 3.

Può allora apparire naturale valutare la probabilità delle premesse, in particolare delle congetture integrative, o, evitando assunzioni integrative, considerare le due argomentazioni dal punto di vista induttivo. Le microembolie polmonari potrebbero, infatti, essersi verificate e non aver provocato il decesso del paziente. E, parimenti, l'ischemia cardiaca e la lesione miocardica potrebbero non essere state responsabili del

¹⁴ La possibilità di trasformare inferenze induttive in inferenze deduttive mediante l'assunzione di opportune premesse è illustrata e discussa in Norton 2003.

decesso. L'esistenza delle alterazioni patologiche attestate dalle osservazioni non fornisce di per sé una prova che quelle alterazioni abbiano provocato la morte del paziente: non è giustificato passare dalla constatazione delle alterazioni alla conclusione che quelle alterazioni abbiano giocato un ruolo causale nella morte del paziente.

È difficile stabilire che alcune congetture siano più probabili di altre o che una argomentazione sia nettamente più forte dell'altra. Per quanto è noto e plausibile, non si hanno ragioni sufficienti per decidere in favore della ricostruzione dell'anatomo-patologo o di quella del clinico. Inoltre, si può mettere in evidenza la possibilità che entrambe le ricostruzioni portino a conclusioni errate osservando che il paziente potrebbe essere deceduto per una terza causa, come, ad esempio, uno squilibrio elettrolitico dovuto allo scompenso metabolico.

Questo caso mostra con chiarezza come, nelle circostanze reali, in cui vengono condotti sia gli studi clinici che gli esami autoptici, i medici non possiedono sempre tutte le informazioni che sarebbero necessarie per ricostruire con certezza l'intera sequenza patologica che dal primo evento morboso conduce all'exitus. In casi come quello descritto, il clinico e il patologo, sulla base di un certo numero di informazioni più o meno attendibili e non tutte condivise, tentano di ricostruire le sequenze causali degli eventi che si sono succeduti nell'organismo del paziente, e non sempre una sola delle loro ricostruzioni ipotetiche si impone nettamente rispetto alle altre. Congetturalità e incertezza possono risultare inevitabili.

A completamento dell'analisi fatta aggiungiamo due precisazioni finali che riguardano le ricostruzioni ipotetiche considerate in questo paragrafo. Così come sono state schematicamente presentate, esse sono più appropriatamente qualificabili come lineamenti di spiegazioni nel senso di Carl Gustav Hempel che come vere e proprie spiegazioni¹⁵. Perciò le congetture ad esse sottese possono non apparire presenti con sufficiente chiarezza e definitezza.

La seconda precisazione riguarda l'impossibilità di decidere tra le due ricostruzioni con sufficiente attendibilità. È opportuno ricordare, in quanto tema connesso, che l'impossibilità di decidere con certezza tra ipotesi alternative sulla base di un esperimento cruciale è stata magistralmente argomentata in Duhem 1906.

3. Conclusioni

Tre sono i punti che sembrano emergere sulla base delle considerazioni fatte e dei casi realistici ipotizzati:

1. È riduttivo affermare che nell'attività clinica c'è solo applicazione del sapere fisiopatologico. La ricostruzione del processo che ha luogo all'interno del corpo del

¹⁵ “*Explanation sketch*” è il termine usato da Hempel (cfr. Hempel 2002). Di uno “schizzo” di spiegazione Hempel dice che «può suggerire, forse in modo assai vivido e persuasivo, le linee generali di ciò che, si spera, possa alla fine essere integrato in modo da fornire un argomento più attentamente strutturato dal punto di vista inferenziale [*more closely reasoned*] basato su ipotesi esplicative che siano più pienamente indicate e che più facilmente permettano una valutazione critica con riferimento a prove empiriche» (Hempel 2002, p. 54).

paziente richiede la formulazione di congetture che non sempre sono pienamente giustificate dai dati a disposizione e dal sapere acquisito e condiviso.

2. Le ipotesi iniziali devono essere formulate in modo da non escludere nulla che risulti possibile sulla base delle informazioni all'inizio disponibili, ma l'esigenza di arrivare tempestivamente al giudizio diagnostico richiede anche che esse siano differenziate dal punto di vista della plausibilità. E molti fattori possono concorrere a valutare diversamente la loro plausibilità.

3. Le ricostruzioni dipendono dai dati disponibili che possono essere diversi in momenti diversi. Inoltre, dati non registrati potrebbero non essere più accessibili in alcuni momenti. Ne segue che non sempre si può decidere con sufficiente attendibilità tra ricostruzioni diverse¹⁶.

Riferimenti

- D. ANTISERI (1981), *Teoria unificata del metodo*, Liviana, Padova 1981; UTET, Torino 2001².
- ARISTOTELE, *Analitici secondi*, trad. it. M. Zanatta, in ID., *Organon*, a cura di M. Zanatta, UTET, Torino 1996.
- ID., *Etica Nicomachea*, trad. it. C. Natali, Laterza, Bari 2001.
- ID., *Grande Etica*, in ID., *Grande Etica. Etica Eudemia*, trad. it. A. Plebe, Laterza, Bari 1973.
- ID., *Metafisica*, in G. REALE, *Introduzione, traduzione e commentario della Metafisica di Aristotele*, Bompiani, Milano 2004.
- ID., *Retorica*, trad. it. M. Zanatta, in ID., *Retorica e poetica*, a cura di M. Zanatta, UTET, Torino 2006.
- M. BALDINI (1975), *Epistemologia contemporanea e clinica medica*, Città di Vita, Firenze 1975.
- C. BERNARD (1994), *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, trad. it. F. Giretti con note introduttive di M. Baldini, Piccin, Padova 1994.
- W. BIEGANSKI (1908), *The Logic of Medicine or The Critique of Medical Knowledge* (1908), in I. LÖWY (a cura di), *The Polish School of Philosophy of Medicine. From Tytus Chalubinski (1820-1889) to Ludwik Fleck (1896-1961)*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1991, pp. 112-120.
- V. CAGLI (2015), *Apriti Sesamo! Conoscere l'interno del corpo vivente*, Armando Editore, Roma, 2015.
- G. CEVOLANI-V. CRUPI-R. FESTA (2010), *The whole truth about Linda: probability, verisimilitude and a paradox of conjunction*, in M. D'AGOSTINO-G. GIORELLO-F. LAUDISA-T. PIEVANI-C. SINIGAGLIA (a cura di), *SILFS New Essays in Logic and Philosophy of Science*, College Publications, London 2010, pp. 603-615.

¹⁶ Ringrazio Daniele Chiffi per le osservazioni riguardo a una precedente versione di questo lavoro.

- G. CEVOLANI-V. CRUPI (2015), *Subtleties of naïve reasoning. Probability, confirmation, and verisimilitude in the Linda paradox*, in M. BIANCA-P. PICCARI (a cura di), *Epistemology of ordinary knowledge*, Cambridge Scholars, Newcastle upon Tyne 2015, pp. 211-230.
- D. CHIFFI-R. ZANOTTI (2015), *Medical and nursing diagnoses: a critical comparison*, in “Journal of Evaluation in Clinical Practice”, 21(2015), pp. 1-6.
- A.F. DE TONI-F. GIACOMELLI-S. IVIS (2010), *Il mondo invisibile dei pazienti fragili. La fragilità interpretata dalla medicina di famiglia mediante la teoria della complessità*, UTET, Torino 2010.
- W. DILTHEY (2007), *Introduzione alle scienze dello spirito: tentativo di fondazione per lo studio della società e della storia*, trad. it. G.A. De Toni, a cura di G.B. Demarta, Bompiani, Milano 2007.
- P. DUHEM (1906), *La Théorie physique. Son objet, sa structure*, Chevalier & Rivière, Paris 1906; trad. it. D. Ripa di Meana, a cura di S. Petruccioli, *La teoria fisica. Il suo oggetto e la sua struttura*, Bologna, il Mulino, 1978.
- G. FEDERSPIL (1988), *Epistemologia delle scienze mediche*, in C. COBELLI-M. STEFANELLI-V. TAGLIASCO (a cura di), *La strutturazione del sapere biomedico*, Patron Editore, Bologna 1988, pp. 24-32.
- ID. (2004), *Logica clinica*, McGraw-Hill, Milano 2004.
- G. FEDERSPIL-P. GIARETTA-C. RUGARLI-C. SCANDELLARI-P. SERRA (a cura di; 2008), *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- G. FEDERSPIL-C. SCANDELLARI (1999), *La medicina basata sulle evidenze. Un’analisi epistemologica*, in “MEDIC”, 7 (1999), pp. 32-36.
- G. FEDERSPIL-R. VETTOR (1998), *Modi dell’Errore Clinico e Responsabilità Medica*, in “MEDIC”, 6 (1998), pp. 219-224.
- P. GIARETTA (2004), *Aspetti idiografici e nomotetici del procedimento clinico: analisi di un caso*, in G. FEDERSPIL-P. GIARETTA (a cura di), *Forme della razionalità medica*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2004, pp. 143-162.
- ID. (2005), *Diagnosi e singolarità dei casi clinici*, in “Nuova Civiltà delle Macchine”, 24 (2005), pp. 55-68.
- ID. (2007), *Il complesso rapporto tra singolarità e generalità nella medicina clinica*, in “Dedalo”, 5 (2007), pp. 55-62.
- ID. (2008), *Variabilità: metodo e ragionamento clinico in Medicina*, in “Dedalo”, 5 (2008), pp. 9-20.
- P. GIARETTA-G. FEDERSPIL (2008), *Forme dell’errore clinico*, in “L’arco di Giano”, 55 (2008), pp. 11-30.
- S. GOROVITZ-A. MACINTYRE, *Toward a Theory of Medical Fallibility*, in “Journal of Medicine and Philosophy”, 1 (1976), pp. 187-191.
- I. HALONEN-J. HINTIKKA, *Unification – It’s Magnificent but Is It Explanation?*, in “Synthese”, 120 (1999), pp. 27-47.
- C.G. HEMPEL (2002), *Two models of scientific explanation*, in Y. BALASHOV-A. ROSENBERG (a cura di), *Philosophy of Science: Contemporary Readings*, Routledge, New York 2002, pp. 45-55.
- C. HOWSON-P. URBACH (2005), *Scientific Reasoning: the Bayesian Approach*, Open Court, Chicago 2005.

- K. JASPERS (1964), *Psicopatologia generale*, trad. it. a cura di R. Priori, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964.
- A. MURRI (1972), *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*, Zanichelli, Bologna 1972.
- J.D. NORTON, *A Material Theory of Induction*, in “Philosophy of Science”, 70 (2003), pp. 647-670.
- E.D. PELLEGRINO-D.C. THOMASMA (1992), *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell’etica medica*, trad. it. di A. Cipolla, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1992.
- C. SCANDELLARI, *La diagnosi clinica. Principi metodologici dal procedimento decisionale*, Masson, Milano 2005.
- K. SCHAFFNER (1993), *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*, University of Chicago Press, Chicago 1993.
- G. SCHURZ (1999), *Explanation as Unification*, in “Synthese”, 120 (1999), pp. 90-114.
- L. TESIO (2015), *I bravi e i buoni. Perché la medicina clinica può essere una scienza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2015.
- W. WINDELBAND (1947), *Le scienze naturali e la storia* (1894), in ID., *Preludi: saggi e discorsi d’introduzione alla filosofia*, trad. it. R. Arrighi, Bompiani, Milano 1947, pp. 156-174.
- F. ZAMPIERI (2016), *Il metodo anatomico-clinico fra meccanicismo ed empirismo. Marcello Malpighi, Antonio Maria Valsalva e Giovanni Battista Morgagni*, L’«erma» di Bretschneider, Roma 2016.
- J.G. ZIMMERMANN (1764), *Von der Erfahrung in der Arzneykunst*, 2 voll., Heidegger, Zürich 1764.

PRATICHE

PATOLOGIA E PSICOLOGIA, EVOLUZIONE DI UN RAPPORTO

Abstract

Modern psychology is born also out of the dialogue and confrontation with the notion of pathology. The relation among psychology, pathology, and their representations has evolved a lot and can be retraced through some fundamental stages. In the current period, the systematization of scientific knowledge and psychopathology has been institutionalized in various models; nevertheless, many questions remain still open with respect to the genesis and evolution of pathology. In the course of its history, psychology has been able to go through several fundamental steps, which we will partly retrace, also thanks to its dialogue with philosophy. Looking prospectively at a reality that is quickly changing, we need to resume and keep going the dialogue with philosophy.

1. La psicologia scientifica e la psicopatologia: la separazione dalle scienze tradizionali e la genesi di un modo di pensare

In questo breve articolo esaminerò alcuni passaggi del rapporto tra la psicologia e la patologia partendo dal mio ruolo di psicoterapeuta, consapevole quindi della possibile risorsa di questa posizione, ma anche e soprattutto dei limiti e delle distorsioni del ruolo di osservatore partecipante.

La psicologia si è sviluppata a fine Ottocento grazie non solo all'invenzione di tecniche che permettessero di applicare il metodo scientifico allo studio della mente, ma anche alla definizione della patologia e del suo trattamento alternativa a quella delle altre scienze.

La psicologia sperimentale infatti vede la luce ponendosi anche in rottura con la tradizione filosofica, con l'interdizione kantiana di una psicologia come scienza. Per convenzione l'apertura del laboratorio di Lipsia a opera di Wundt nel 1879, che ha come progetto la misurazione delle facoltà psichiche, è l'inizio ufficiale della psicologia moderna¹. Senza entrare nei dettagli teorici e metodologici di questa genesi, di fatto la psicologia nasce in un terreno di confine, dalla fisiologia alla medicina, dall'antropologia alla filosofia. Il terreno di azione della psicologia sperimentale si consoliderà nei decenni nelle università e nei laboratori, approfondendo lo studio del funzionamento mentale fisiologico in contesti specifici e con una metodologia rigorosa di controllo delle

¹ Una completa disamina di questo nodo teorico e storico si può trovare in G. SORO, *Il soggetto senza origini*, Raffaello Cortina, Milano 1991.

variabili, per allargarsi poi a una sperimentazione più ampia in ambito sociale e di comunità.

Ma l'altra fondazione della psicologia, meno ufficializzata e più articolata nella sua genesi, è grazie alla clinica, ossia al rapporto simbolico o pratico con le persone alla "kline", nel letto di malattia.

La psicologia e la psicopatologia si sono per così dire incontrate separandosi dalla psichiatria tradizionale e si sono sostanzialmente unite nello sviluppo della clinica alla fine dell'Ottocento. Il problema reale che in quel momento storico veniva evidenziato era la gran quantità di persone sofferenti e ammalate che, da un lato, popolavano i manicomi, strutture più di contenimento che di cura, e, dall'altra, se inserite nella vita civile, manifestavano un crescente disagio nella società, obbligando dunque la collettività a porsi delle questioni rispetto a salute e malattia e a possibili terapie.

Qui, nella terra di confine tra la psichiatria accademica, i manicomi, la nascente neurologia, si inizia a configurare una visione alternativa della patologia. È infatti nella possibilità di uscire dalla prospettiva di una connessione diretta tra lesione organica e sintomo che si apre una nuova via per la clinica.

La Francia di fine Settecento era stato il luogo in cui la pazzia si era spostata progressivamente dalla sfera dell'ordine pubblico e della devianza a quella della salute. L'episodio emblematico di questo cambio di cultura è lo scioglimento delle catene degli internati del manicomio parigino di Bicêtre a opera di Pinel nel 1793, che per alcuni rappresenta la nascita della moderna psichiatria. Ma è con il massivo studio, nella clinica della Salpêtrière, dell'isteria, patologia apparentemente endemica a metà del 1800, che Charcot consolida l'idea di una dinamica dell'accadere psichico che può determinare una sintomatologia anche fisica. Le sue metodologie, che passavano attraverso suggestione ipnotica e regressione, non erano ben viste, ma la portata dello scarto ideologico tra una semplice psichiatria che si occupa di patologie e che cerca nel sistema nervoso centrale il "pezzo rotto" e invece una teorizzazione che immagina un *deficit* di funzionamento di un organo sostanzialmente integro è stata fondamentale.

Sarà Freud, allievo anche di Charcot per un breve periodo, che pure vantava una formazione da medico e fisiologo a Vienna, che consacrerà questa prospettiva. Come scrive Ellenberger «Freud infranse pubblicamente i vincoli con la medicina ufficiale [...]». La fondazione di questo nuovo tipo di psichiatria dinamica fu collegata a una rivoluzione culturale paragonabile per ampiezza a quella scatenata da Darwin»².

Freud con la costruzione della teoria psicoanalitica inoltre non si limita a ricollocare la eziopatogenesi del problema nel conflitto tra parti della mente ma propone un metodo di soluzione della patologia basato sul colloquio clinico e sull'analisi della narrazione del paziente.

La sua pratica clinica, che si interfaccia con e costantemente rifonda la sua teoria, è in netto contrasto con la tradizione e, dal suo modo di concepire genesi e trattamento dei disturbi, deriverà anche l'idea di una continuità tra la condizione di salute e quella di malattia.

² H.F. ELLENBERGER, *La scoperta dell'inconscio* (1970), trad. it. W. Bertola, A. Cinato, F. Mazzone e R. Villa, Bollati Boringhieri, Torino 1976, p. 482.

Nevrosi e normalità sono per Freud gradi di intensità su un *continuum* comune e la possibilità di spostarsi nella direzione della salute è sempre aperta per il soggetto che grazie anche alla terapia può uscire da una condizione di patologia³.

Certo Freud non è stato come sistematizzatore della patologia una voce isolata in quel momento storico ricco e complesso. Contemporaneamente a lui troviamo le classificazioni dei disturbi schizofrenici a opera di Kraepelin e Bleuler, lo sviluppo delle teorie sul condizionamento a opera di Pavlov, lo sviluppo delle teorie di James, ma sicuramente a Freud possiamo ascrivere un vero cambio di prospettiva.

«Freud riprendeva la follia al livello del suo linguaggio, ricostituiva uno degli elementi essenziali di una esperienza ridotta al silenzio dal positivismo; egli non aggiungeva alla lista delle cure psicologiche della follia un'addizione maggiore; egli restituiva, nel pensiero medico, la possibilità di un dialogo con la sragione»⁴.

Dopo Freud la patogenesi non è più relegata al solo sistema nervoso centrale dell'uomo e l'apertura non si fermerà alle dinamiche interne ma si allargherà all'ambiente stesso. Se infatti è giusto affermare che la teoria freudiana ha una prospettiva monopersonale, di fatto, nella sua concezione, il ruolo svolto dall'ambiente è da subito implicitamente colto come rilevante per lo sviluppo della patologia. Ecco che si apre dunque un altro fronte ossia il peso più o meno rilevante da attribuire alle varianti ambientali che i suoi allievi, e soprattutto le altre scuole di pensiero, svilupperanno nel secolo successivo.

Nei decenni successivi, in questi poco più di cent'anni di psicologia, le ipotesi sulla genesi della patologia si sono così articolate in maniera assai complessa e diversa nei differenti orientamenti. Da esiti del conflitto intrapsichico della prima psicoanalisi, a esiti del condizionamento ambientale del comportamentismo, a ricombinazioni di essi con gli effetti dell'attaccamento e con le elaborazioni cognitive della realtà del cognitivismo, a effetti dell'ambiente come sistema complesso di relazioni e significati della teoria sistemico relazionale.

A diverse ipotesi corrispondono differenti metodologie di intervento e differenti teorie di fondo. L'elemento unificante nel terreno della pratica resta a tutt'oggi, tra tutte le differenti psicologie, l'uso dello stesso strumento di intervento, ossia i colloqui clinici individuali o di gruppo o familiari. Questo non solo perché allo psicologo psicoterapeuta, in quanto non medico, è interdetta la prescrizione di farmaci, ma soprattutto perché l'idea di fondo condivisa tra gli psicologi delle diverse scuole è di poter lavorare sulle risorse del soggetto per fare fronte alla sua patologia.

2. Modelli della patologia contemporanea: ricchezza e limiti della sistematizzazione

È necessario sottolineare che oggi come in passato la psicopatologia non è equiparabile alla patologia medica generale.

³ Cfr. S. FREUD, *Interpretazione dei sogni* (1899), trad. it. E. Fachinelli e H. Trettl Fachinelli, in ID., *Opere*, a cura di C. Musatti, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1966.

⁴ M. FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica* (1961), trad. it. a cura di M. Galzigna, Rizzoli, Milano 2011, p. 494.

«Forse non avevamo i mezzi, le conoscenze e le parole per diagnosticarla, ma è probabile che una polmonite di duemila anni fa e una polmonite di oggi siano molto simili. [...] Ben più sensibili ai contesti sociali e culturali, figlie dei tempi, delle credenze e dei valori, sono le diagnosi di ciò che viene chiamato “disturbo mentale”»⁵.

Fare diagnosi, ossia dare un nome alla psicopatologia, oggi non è uguale a duemila anni fa, ma neanche a vent'anni fa; gli strumenti diagnostici, siano essi dei reattivi, dei test o dei questionari, si sono un po' evoluti, ma al contempo la forma e la manifestazione dei sintomi mutano costantemente.

Nel corso dei decenni pertanto si è costantemente evoluta la visione delle patologie e, trovandosi la psicologia così come la psichiatria a dover fare i conti da un lato con il problema della diagnosi, dall'altro con le finalità della terapia, la pressione rispetto a una necessità della classificazione è divenuta nel corso degli anni sempre più pressante.

Occorre tenere a mente che l'intento classificatorio presente nella psichiatria classica e nei diversi orientamenti teorici dalla psicoanalisi in poi è stato in origine un esercizio classificatorio teorico, basato sull'esperienza clinica e osservativa, dunque una operazione puramente scientifica. Nel corso dei decenni accanto alla questione della scienza si è configurata la necessità dell'inquadramento diagnostico della patologia al fine anche dell'organizzazione sanitaria, delle esigenze delle case farmaceutiche o delle ideologie dominanti nei diversi momenti storici. Pertanto i metodi diagnostici e le categorie della patologia, in condivisione con la medicina e la psichiatria ufficiale, si sono trovati a dover creare un linguaggio comune tra i diversi orientamenti e per la integrazione tra branche sanitarie e socio assistenziali.

La costituzione di un linguaggio comune nella definizione della diagnosi ha dovuto tenere conto del fatto che l'eziologia di molte patologie è pressoché sconosciuta o vede diversi pareri discordanti da sempre, a tutt'oggi infatti «quando si tratta di fare ipotesi eziologiche, la formula bio-psico-sociale va per la maggiore: un po' di genetica, un po' di anatomia e neurochimica; un po' di relazioni familiari e di attaccamento, un po' di contesto socio economico»⁶.

Sono nati così i modelli diagnostici e statistici per fare diagnosi, come il DSM, Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali, che, pubblicato dalla American Psychiatric Association, dal 1952 a oggi è arrivato alla quinta edizione.

Il merito di questo strumento è stato quello di creare un linguaggio comune, prescindendo dai vari orientamenti teorici, ma per fare questo il meccanismo di diagnosi si basa solo sulla inclusione o esclusione di sintomi. Il metodo stesso di formulazione della diagnosi che obbliga a incasellare il soggetto in base soltanto a un elenco di sintomi conduce però al rischio di una riduzione semplicistica del problema in nome della praticità.

Accanto al DSM vi è l'ICD, giunto alla decima edizione, una classificazione della patologia stilata dall'OMS che ambisce a una catalogazione generale delle patologie, delle fasi di vita e delle situazioni esistenziali, codificate in descrizioni, elencate e numerate con dei codici, per meglio identificare e comunicare. Questa visione allargata, ma pur sempre

⁵ V. LINGIARDI, *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino 2018, p. 92.

⁶ *Ibidem*, p. 87.

statistica, della patologia è più apprezzata in Europa e dai servizi sanitari ed è diventata di fatto in molti ambiti sanitari la classificazione di riferimento per la descrizione dei sintomi e del comportamento non solo in area psicologica o psichiatrica.

Ma il limite dei sistemi statistici, al di là delle ovvie semplificazioni, è quello di non identificare in modo chiaro l'idea alla base di una diagnosi ossia di una definizione della patologia. Al di là del problema teorico metodologico di chi stila i manuali diagnostici resta il problema rispetto al paziente, alla persona che sta male, al portatore della patologia. Diagnosi e patologia che cosa sono? Che peso ha la mia definizione di patologia? Qual è la prognosi? Rispetto a questo la statistica non basta a rispondere.

Allora accanto a queste classificazioni di tipo ufficiale permane tuttavia un modo di descrivere la patologia tipico dei singoli orientamenti teorici (psicoanalitico, cognitivo comportamentale, sistemico relazionale, ecc.); pertanto i professionisti, alle diagnosi categoriali con i modelli diagnostico statistici, affiancano il loro modo specifico di descrivere e di considerare la patologia alla luce della loro appartenenza.

Ad esempio come risposta alla necessità di avere un punto di vista più coerente a un orientamento teorico e più completo sulla visione del paziente è sorto in questi anni a opera di Lingiardi e McWilliams il PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico, elaborato alla luce dei fondamenti psicoanalitici, potremmo dire in integrazione più che in contrasto con il DSM.

Così tutt'oggi la possibilità di trattare la patologia, al di là delle linee guida, potremmo dire che risente ancora molto della scuola di appartenenza dei terapeuti e in base al loro sistema teorico di riferimento si calibra anche la loro decisione di trattare il problema e si configura l'aspettativa di una soluzione dello stesso o si decreta la sua incurabilità.

Anche qua le opinioni sono molte e, se alcune prospettive organiciste della psichiatria vedono in chi è portatore della patologia un organismo guasto da riparare solo con il farmaco, arriviamo anche agli antipodi dove il senso della patologia non è quasi più colto come malattia e il ruolo del paziente è ridefinito come un cliente con esigenze specifiche, come vedremo nella parte conclusiva di questo articolo.

3. L'evoluzione della psicopatologia nel dialogo con la filosofia

Prima di procedere nell'analisi delle diatribe interne al mondo psicologico vorrei esaminare il rapporto tra filosofia e psicologia, articolato e complesso, rispetto al quale potrebbero essere presi in considerazione infiniti aspetti. Restando solo sul tema della patologia i contributi, le connessioni e le implicazioni sono vastissimi, sia nella costruzioni di teorie della eziopatogenesi, sia nella definizione più attenta di alcuni quadri patologici. Cercherò di esaminare pertanto brevemente alcuni punti salienti nel rapporto tra alcune visioni della psicopatologia e alcuni sistemi filosofici spesso un po' sottovalutati dagli psicologi stessi.

La collocazione della psicologia clinica è accanto al paziente e questa posizione non è solo una collocazione ideologica, di presa in carico della sofferenza dell'altro, ma inevitabilmente anche un vertice osservativo teorico diverso, potenzialmente ricco ma talvolta limitante. Ecco allora che il contatto e il dialogo con la filosofia è stato ed è

sempre necessario ed è riuscito nella storia a essere vitalizzante anche per la possibilità di modificare il punto di vista sull'uomo.

Ritroviamo la prospettiva suggestiva per guidare questa breve sintesi in un saggio di Kant del 1764 *Saggio sulle malattie della mente*⁷, dove al termine di una breve disamina si ribadisce l'opportunità e al contempo la necessità che il medico contribuisca alla lotta contro la malattia mentale, ma che anche il filosofo faccia la sua parte e che entrambi si aiutino a vicenda per affrontare le malattie e i malati.

Partendo ancora da Freud talvolta anche chi si identifica nella sua scuola di pensiero dimentica che la sua visione della patologia è un risultato del clima respirato nella Vienna di fine Ottocento, crocevia di grandi pensatori in tutti i campi dello scibile, fucina di nuove idee e teorizzazioni. Freud era un "frequentatore" della letteratura e del pensiero dei grandi filosofi della sua epoca e tutta la sua opera risente del dialogo con molti concetti suoi contemporanei. Egli è stato nel suo iter formativo allievo di Brentano e più volte richiama l'importanza della figura di questo maestro. Ma fra tutti i filosofi che hanno influito sulla sua opera in prima fila c'è Nietzsche e di questo non ha fatto mai un mistero Freud stesso che più volte ha ribadito come questi e Dostoevskij, l'uno nella filosofia e l'altro nella letteratura, abbiano anticipato quello che lui aveva scoperto, o se vogliamo sistematizzato, nelle sue teorie. Ellenberger ricorda che «Freud parla di Nietzsche come di un filosofo le cui intuizioni sono spesso confermate nel modo più stupefacente dalla faticosa indagine psicoanalitica»⁸. Lo stesso influsso potente si può riscontrare nelle rielaborazioni dei dissidenti che han preso le distanze da Freud. L'evoluzione del pensiero di Jung e Adler infatti sono debitrice a molti concetti di Nietzsche rielaborati e reinterpretati.

Un autore importante nella psicoanalisi italiana come Lopez ha ribadito più volte nelle sue opere che la integrazione di Nietzsche e Freud è fondamentale e deve essere costante per avere una visione dell'umano oltre che della patologia più completa. Per Lopez il rischio dell'umano patologico, del paziente che chiede di essere aiutato è che «il grande, il forte ed il sano, in una nuova versione dell'*Ecce Homo*, sacrificino se stessi con raffinata crudeltà verso i genitori che essi incarnano, a favore di quella palude che vuole sopravvivere, e non vivere, per odio e vendetta contro la vita»⁹. Pertanto per Lopez è grazie anche al recupero di Nietzsche che non solo possiamo svelare alcuni inganni dell'uomo, ma progettare ancora oggi, in terapia, l'uscita del paziente da una visione soffocante e limitativa della vita per una più piena accettazione dei limiti della esistenza per aiutarlo a diventare una persona capace di amare e vivere veramente. Certo è una idea molto diversa di patologia dalle categorizzazioni diagnostiche statistiche, ma la sofferenza dell'umano non è solo fatta di raccolte di dati bensì di vissuti personali e universali che generano sofferenza.

Una delle pagine più significative e più belle del dialogo tra filosofia e psicologia/psichiatria è stata la nascita di una psichiatria fenomenologica. Al di là di chi come terapeuta, psichiatra o psicoterapeuta, si identifica esplicitamente in un vero e

⁷ I. KANT, *Saggio sulle malattie della mente* (1764), trad. it. A. Marini, Ibis, Como 1992, pp. 259-271.

⁸ H.F. ELLENBERGER, *La scoperta dell'inconscio*, ed. cit., p. 324.

⁹ D. LOPEZ, *Al di là della saggezza al di là della follia, diario di uno psicoanalista*, Guaraldi, Rimini-Firenze 1976, p. 66.

proprio modo di pensare fenomenologico riguardo l'uomo e la patologia, bisogna ricordare la forza del contributo di tutta la fenomenologia alla psicologia.

«La fenomenologia di Husserl e la analitica esistenziale di Heidegger sono in grado di additare alla psicologia quel capovolgimento metodologico che la fa nascere come scienza umana e la riscatta da quel livello psicofisiologico in cui si s'erano trattenute sia la psichiatria classica sia la teoria psicoanalitica»¹⁰.

L'incontro e la mediazione con la filosofia è stato in questo caso non solo una occasione di confronto teorico metodologico ma una esperienza vivificante.

Anche il rapporto con i pazienti, e non solo il senso da attribuire alla patologia, specialmente laddove il paziente è affetto da patologie di area psicotica, assume una veste nuova. Certamente nel metodo, anche se non nella teoria della psicoanalisi, questa prospettiva di accoglimento del soggetto e del suo essere nel mondo era implicitamente presente, come sottolineato da molti, ma nella visione fenomenologica il contatto è reso più vero e completo e viene chiesto esplicitamente al terapeuta.

Scrivo Boss di uno di questi protagonisti della psichiatria fenomenologica, Binswanger, e del suo modo di lavorare a seguito dell'incontro con il pensiero di Heidegger:

«È soprattutto l'umanità implicita nel suo pensiero, l'umanità buona e sincera dell'essere suo, che gli dà la forza di vedere, persino nella forma "strisciante" di un caso di schizofrenia la "potenza della libertà" e di concepire anche ciò che, guardando dall'esterno, si è soliti giudicare una sorprendente e bizzarra azione di uno schizofrenico, come un tentativo, spesso estremo, dell'esserci per diventare, nonostante tutto, se stesso»¹¹.

A volte per noi psicologi l'origine di tutto questo è non del tutto nota e viene dato per scontato che la psicologia abbia maturato in solitaria e non nell'incontro anche con la filosofia un suo metodo di approccio alla patologia. Tutti i clinici in qualche modo sono debitori di questo continuo richiamo alla comprensione dell'altro, a una visione che include il soggetto nel tentativo di accoglierlo nella sua complessità.

Un cenno è necessario anche alla lettura della patologia fatta dalla scuola sistemico relazionale. Questo orientamento che trova i suoi capiscuola in autori come Bateson e Watzlawick centra da un lato il suo modello esplicativo sulla teoria della comunicazione ma al contempo propone, specie nelle sue evoluzioni contemporanee di cui due su tutte, Mara Selvini Palazzoli e Valeria Ugazio, sono state protagoniste, una lettura della realtà dei sistemi familiari patologici come fortemente marcati da polarità semantiche opposte.

Non voglio qui riassumere il modello complesso di lettura e di trattamento della patologia proposta da Ugazio rimandando a un suo interessantissimo testo¹² per il cuore della spiegazione, ma non si può non notare dallo studio di questa prospettiva il profondo legame con un retroterra filosofico di lettura dell'uomo e della cultura. Da un

¹⁰ U. GALIMBERTI, *Psichiatria e fenomenologia*, 5ª edizione ampliata, Feltrinelli, Milano 1999, p. 60.

¹¹ M. BOSS, *Psicoanalisi e analitica esistenziale* (1957), trad. it. A. Verdino, Astrolabio Ubaldini, Roma 1973, p. 68.

¹² V. UGAZIO, *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologiche*, Bollati Boringhieri, Torino 1998.

lato infatti questa autrice si ispira a una lettura costruttivista della realtà, dall'altro propone un'idea di costellazioni di significati familiari costituiti intorno ad alcune coppie di valori antinomici, quali ad esempio forza e debolezza o carnalità e astinenza, concezione che ricalca una visione del mondo costituita per antinomie, così come è stata rappresentata dai filosofi presocratici e che sistemi di pensiero in varie epoche hanno cercato di rielaborare o contrastare.

Infine un punto chiave da cui non si può prescindere è l'approccio della psicologia (come della psichiatria) alla definizione della patologia e al suo trattamento.

Parto nuovamente da Lingiardi:

«La visione clinica migliore è contemporaneamente idiografica e nomotetica. Saper tradurre leggi generali in declinazioni particolari, elaborare ipotesi generali a partire da casi particolari: ecco il sapere diagnostico. Bypassare il polo idiografico significa pensare che una persona può essere studiata come fosse un oggetto inanimato; bypassare quello nomotetico significa privare l'atto diagnostico del suo valore comunicativo e delle sue fondamenta scientifiche»¹³.

Il valore della distinzione tra scienze idiografiche e nomotetiche, eredità di Windelband, diviene nell'azione della terapia e della definizione di patologia tensione costante. A volte tutto questo resta più nell'implicito della pratica fuori dalla consapevolezza dei terapeuti. Lo stesso dicasi per concetti relativi alla patologia come spiegare e comprendere, parole distinte su cui la filosofia ha dato contributi fondamentali ma che confusivamente si ritrovano a volte quasi usate come sinonimi in descrizioni cliniche o diagnostiche. Sicuramente una conoscenza della filosofia e dei suoi autori non solo come storia e non solo come "scienza propedeutica", come dicono alcuni, sarebbe occasione per psicologi e psicoterapeuti di nuova riflessione e di consapevolizzazione di molti concetti nati nell'incontro fecondo fra discipline.

4. *Patologia e metodi di intervento contemporanei, psicoterapia come tecnica. Cosa resta del pensiero?*

La psicologia contemporanea vive una fase di ulteriore evoluzione sia nella definizione di sé, sia nel rapporto con la patologia. Oggi assistiamo, accanto ai grandi sistemi teorici che la hanno caratterizzata negli anni, a una crescita di scuole di specializzazione e gruppi di psicologi che si danno identità autonoma identificandosi in anche solo un caposcuola. Al di fuori del mondo psicologico poi c'è il contatto con le figure mediche di cura, l'impulso dato dalle ricerche e dai progressi con le neuroscienze, ma anche la nascita di figure come i *coach* o i *counselor* che dicono di occuparsi, se non della patologia, del benessere delle persone, il più delle volte in opposizione più che in integrazione con la psicologia stessa. Infine c'è la stretta delle valutazioni di efficacia della terapia, dei protocolli di ricerca, delle linee guida, degli studi randomizzati, delle ricerche statistiche, degli studi di confronto con l'efficacia dei farmaci, della ricerca di sempre nuovi metri di

¹³ V. LINGIARDI, *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino 2018, pp. 86-87.

giudizio¹⁴. La risposta di alcuni psicologi è quella allora di proporsi come specialisti di una certa patologia o interpreti di una tecnica nuova, specifica ed efficace.

Professionisti che operano non solo in ambito pubblico, nel quale il criterio di economicità stabilisce i tempi dell'intervento, ma anche nella pratica privata scelgono di offrire terapie brevi e mirate, incentrate su singoli disturbi o al contrario buone un po' per tutte le diagnosi. È vero che il "mercato" del paziente è cambiato ma tante volte in alcuni terapeuti sembra esserci il rischio di una visione della patologia solo come difetto comportamentale da rettificare o l'idea di una terapia che ha per obiettivo una migliore accettazione da parte del paziente della propria condizione (che di fondo resta immutabile). Il ruolo della terapia rischia così di essere non dissimile da quello di una tecnica da applicare a un disturbo, non a un soggetto, limitandosi a lavorare per temi o per aree: la depressione, il lutto, l'ansia, le fobie eccetera.

Credo che in questo i terapeuti che accettano in maniera acritica e incondizionata questo approccio da un lato sentano il bisogno di legittimare come appartenente a una scienza medica la psicoterapia, al pari di un farmaco che ha un effetto mirato, e dall'altra si trovino a sviluppare una prassi che pretende di essere giusta ed esaustiva, di prevedere ogni domanda e trovare le risposte giuste per il tipo di patologia specifica.

Certo tutto questo è rassicurante per il professionista che si sente detentore di un sapere completo ma alimenta inconsapevolmente in sé e nei pazienti la fantasia di dire e fare sempre la cosa giusta nel giusto momento. Il rischio è quello di sottovalutare la fantasia di patologia e di paziente che si evoca.

Il paziente, da soggetto quale è, potrebbe così diventare solo l'anoressica o il fobico o l'ossessivo per il quale serve la specifica terapia, eseguita dallo specifico terapeuta di specifico orientamento e che dovrà raggiungere degli obiettivi prestabiliti.

Così il pericolo è di avere affinato diagnosi e teoria dell'intervento senza un pensiero di fondo preciso, senza una teoria di riferimento più ampia, non solo arrendendosi talvolta a non poter spiegare, dato che ancora non sappiamo del tutto come si ammala la mente, ma rischiando anche di non comprendere cosa stia accadendo alla singola persona che si ha di fronte, troppo intenti a fare e a dire cose terapeutiche in vista degli obiettivi della terapia.

Ecco che allora continuare a pensare e a ripensare la patologia e mantenere uno sguardo attento al mondo sono essenziali per non scivolare in semplici azioni tanto tecniche quanto vuote. Immaginare che la psicologia possa continuare a occuparsi dell'uomo e a comprenderlo meglio dialogando solo con la tecnica o con la tecnologia contemporanea è una utopia che impoverisce.

Ritengo invece sia vero di tutta la psicologia quello che Kohut scrisse nel suo ultimo lavoro, pubblicato postumo, a proposito della psicoanalisi¹⁵, ossia che sopravvivrà se passerà dallo studio di Freud quello dell'uomo. Kohut lo esponeva come critica all'atteggiamento statico nel quale può ricadere il terapeuta, aggrappato al suo

¹⁴ Una interessante ricostruzione storica e una analisi critica degli studi randomizzati e delle analisi di efficacia delle terapie si può ritrovare in A. LEMMA-M. TARGET-P. FONAGY, *Terapia dinamica interpersonale breve. Una guida clinica* (2011), trad.it. A. Prunas, Raffaello Cortina, Milano 2012.

¹⁵ Cfr. H. KOHUT, *Introspezione, empatia e il semicerchio della salute mentale* (1991), trad. it. A. Carusi, in ID., *Introspezione ed empatia. Raccolta di scritti (1959-1981)*, a cura di A. Carusi, Bollati Boringhieri, Torino 2003, pp. 199-223.

background teorico tecnico al punto da non riuscire a sintonizzarsi sulle persone e sulla realtà emergente.

La visione della patologia continuerà a migliorare con l'attenzione alla evoluzione della sofferenza umana e anche a quello che la filosofia riuscirà a decodificare e interpretare della realtà umana. Lo psicologo credo sia chiamato a tenere dentro di sé la tecnica, l'esperienza, le conoscenze scientifiche e teoriche ma anche una possibilità di ascolto di ciò che accade fuori dall'ambulatorio, mantenendo viva una capacità di pensare e di cercare, che è sì caratteristica della scienza, ma che è stato e sarà l'insegnamento e il faro di ogni filosofia e di ogni scoperta umana.

STUDI

Gabriele Vissio

LA PRECEDENZA DEL PATOLOGICO.
ELEMENTI DI UNA FILOSOFIA DEI VALORI NEGATIVI
IN GEORGES CANGUILHEM

Abstract

*The present essay intends to offer an interpretation in terms of a philosophy of values of Georges Canguilhem's normative philosophy of the living as it is presented in his 1943 *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. In particular, the essay intends to show that precisely the question of the relation between the pathological and the normal enables the surfacing of a specific thesis, namely, the priority of negative values. This sits at the center of Canguilhem's philosophy of values and its consequences have a broader impact than on the reflection on medicine alone.*

«È un tempio la Natura, ove viventi pilastri
sussurrano talvolta qualche confusa parola».
(Charles Baudelaire)

1. *Introduzione*

Sino a non molti anni or sono, la figura di Georges Canguilhem (1904-1995) era nota al pubblico filosofico per gli eruditi studi nel campo della storia delle idee, in particolare quelle del pensiero medico e delle scienze del vivente, per scritti filosofici relativi alla filosofia della medicina e della biologia e, principalmente, per la penetrante analisi dei fenomeni legati alla salute e alla malattia contenuta nell'*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943). Oggi, la pubblicazione delle opere complete¹,

¹ Al momento sono stati pubblicati i tre tomi contenenti gli scritti in effetti meno accessibili di Canguilhem, per un arco di tempo che va dal 1926 al 1995. Si tratta di G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I. Écrits philosophiques et politiques 1926-1939*, a cura di J.-F. Braunstein e Y. Schwarz, testi presentati da J.-F. Braunstein, M. Cammelli e X. Roth, Vrin, Paris 2011; ID., *Œuvres Complètes. Tome IV. Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences 1940-1965*, a cura di C. Limoges, Vrin, Paris 2015; ID., *Œuvres Complètes. Tome V. Histoire des sciences, épistémologie, commémorations 1966-1995*, a cura di C. Limoges, Vrin, Paris 2018. È ancora in pubblicazione il secondo tomo, che dovrebbe contenere le tre tesi, quella in medicina, oggi disponibile anche in italiano come ID., *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris 1966; trad. it. D. Buzzolan, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998, e le due tesi per il *doctorat ès lettres*: ID., *La connaissance de la vie*, Vrin, Paris 1952¹; 1971²; trad. it. F. Bassani, *La conoscenza della vita*, il Mulino,

l'apertura del "Fonds Canguilhem" presso il Centre d'Archives en Philosophie, Histoire et Éditions des Sciences della rue d'Ulm a Parigi e i sempre più approfonditi studi che ne sono seguiti ci permettono una più completa visione del suo ampio lavoro filosofico. Così, François Dagognet (1924-2015), sin dalla nascita del progetto delle *Œuvres Complètes*, coglieva bene come la riedizione completa degli scritti dovesse confermare, una volta per tutte, l'idea che, nel suo impegno filosofico, Georges Canguilhem «non si fosse rinchiuso in un problema epistemologico se non persino in una questione della storia delle scienze»².

In effetti, pur non volendo in alcun modo minimizzare l'importanza di un'opera come *Le normal et le pathologique* (1966), né volendo negare la centralità del normale e della norma per tutta una serie di questioni che vanno al di là delle più immediate problematiche connesse al tema della salute e della malattia, appare necessario ricontestualizzarne la posizione all'interno di un panorama di problemi filosofici più ampio e complesso. In tal senso, da un lato, la problematica del normale e del patologico dev'essere inserita nel più generale interesse che Canguilhem ha mostrato, sin dagli scritti giovanili, per la teoria dei valori e, dall'altro, essa deve ritrovare una connessione con il progetto della cosiddetta *philosophie biologique*³ e di una nuova filosofia vitalista⁴.

In particolare, la questione del patologico, centrale nel lavoro di Canguilhem a partire dagli anni Quaranta, s'inserisce a pieno titolo all'interno di un più ampio interesse per una teoria dei valori, che il filosofo francese sviluppa già a partire dagli anni Venti. Scopo del presente saggio è dunque quello di offrire una rilettura della filosofia normativa

Bologna 1976 e ID., *La formation du concept de réflexe aux XVII^e et XVIII^e siècle*, Vrin, Paris 1955¹; 1977², ancora non disponibile in alcuna traduzione italiana. Inoltre devono ancora vedere la luce anche il terzo tomo, che dovrebbe contenere gli scritti riuniti da Canguilhem nelle sue principali raccolte sistematiche sull'epistemologia e la storia delle scienze, e il sesto tomo, che dovrebbe rendere finalmente disponibile una bibliografia critica completa di e su Georges Canguilhem, che vada a sostituire quella ormai classica, ma anche datata, di Camille Limoges: C. LIMOGES, *Critical Bibliography*, in F. DELAPORTE (a cura di), *A Vital Rationalist. Selected Writings from Georges Canguilhem*, Zone Books, New York 1994, pp. 385-453.

² F. DAGOGNET, *Postface aux Œuvres Complètes: un témoignage posthume de François Dagognet sur les livres de Georges Canguilhem*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome V*, ed. cit., pp. 1303-1311, qui p. 1305. Il testo, pur essendo stato pubblicato solo in occasione della pubblicazione del V tomo delle *Œuvres Complètes*, è stato redatto sin dall'inizio del progetto editoriale, nel 2009. Per ciò che riguarda la questione degli scritti giovanili di Canguilhem rimando a J.-F. BRAUNSTEIN, *À la découverte d'un «Canguilhem perdu»*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres complètes. Tome I. Écrits philosophiques et politiques (1926-1939)*, ed. cit., pp. 101-137; e a ID., *Canguilhem avant Canguilhem/Canguilhem prior to Canguilhem*, in "Revue d'histoire des sciences", 53 (1/2000), pp. 9-26.

³ La storia del progetto della "philosophie biologique" in Canguilhem è attualmente oggetto di studio e discussione. Per un'introduzione alle sue diverse fasi di elaborazione si veda C. LIMOGES, *La confirmation de l'historien des sciences et la mise à l'épreuve de sa philosophie biologique: Georges Canguilhem 1966-1995*, Introduzione a G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome V*, ed. cit., pp. 8-57.

⁴ Sul vitalismo di Canguilhem mi limito a segnalare i penetranti studi di Charles T. Wolfe, che ha proposto una precisa collocazione del vitalismo canguilhemiano rispetto alle diverse proposte vitaliste dell'età moderna e contemporanea. Cfr. CH.T. WOLFE-A. WONG, *The return of vitalism: Canguilhem, Bergson and the project of biophilosophy*, in G. BIANCO-M. BEISTEGUI-M. GRACIEUSE (a cura di), *The care of life: transdisciplinary perspectives in bioethics and biopolitics*, Rowman & Littlefield International, London 2014, pp. 63-75; CH.T. WOLFE, *Il discreto fascino del vitalismo settecentesco e le sue riproposizioni*, in P. PECERE (a cura di), *Il libro della natura*, vol. I: *Scienze e filosofia da Copernico a Darwin*, Carocci, Roma 2015, pp. 273-299.

proposta all'interno dell'*Essai* del 1943 come proposta complessiva sul piano di una filosofia dei valori, mostrando come questa venga a strutturarsi, proprio all'interno della tesi in medicina, intorno a una tesi fondamentale: quella della priorità dei valori negativi. Questa tesi, che assume nell'*Essai* il valore di un assunto generale, si rivelerà essere il cardine di quel normativismo vitale che costituisce il cuore della *philosophie biologique* canguilhemiana.

2. La precedenza del valore sul fatto

La questione del rapporto tra salute e malattia, nonché della reciproca definizione dei due termini, occupa un posto di rilievo nello sviluppo della filosofia canguilhemiana. Al momento della redazione della tesi in medicina del 1943 – quell'*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* che costituirà la prima parte del più noto *Le normal et le pathologique* pubblicato nel 1966 – Canguilhem ha alle proprie spalle una complessa produzione di scritti relativi alle questioni più disparate. Il filosofo di Castelnauudary firma, infatti, a proprio nome o sotto pseudonimo, numerosi testi che appaiono soprattutto su “*Libres propos*”, la rivista diretta dal maestro Émile-Auguste Chartier (1868-1951), più noto come Alain, e su altre riviste di rilievo nazionale, come *Europe*. Egli è inoltre autore, nel 1935, di un pamphlet anti-fascista, *Le fascisme et les paysans*⁵, e di un *Traité de logique et de morale*⁶, pubblicato nel 1939 con l'amico e collega insegnante liceale Camille Planet (1892-1963). Si tratta di testi che, come più volte ricordato, testimoniano innanzitutto i molteplici interessi di quel periodo, legati soprattutto, oltre che all'insegnamento di Alain, alle vicende politiche dell'*entre-deux-guerres* francese, alla questione del pacifismo e al dibattito sull'eredità bellica⁷. Tuttavia, è comunque possibile tracciare un *fil rouge* rispetto a questa produzione di così difficile definizione: quest'ultimo risiede, come hanno rilevato gli ormai numerosi studi in tal senso, in una filosofia dei valori, che Canguilhem avrebbe sviluppato in stretto rapporto proprio con l'impostazione kantiana ereditata da Alain⁸.

⁵ Per un'introduzione al testo rimando, in particolare, al lavoro di Michele Cammelli, che ha analizzato la genesi, la struttura e la collocazione dell'opera all'interno della produzione canguilhemiana: cfr. M. CAMMELLI, *Présentation*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 515-533. Di questo pamphlet è disponibile anche una traduzione italiana, precedente all'edizione nelle *Œuvres Complètes*, ma a questa sostanzialmente conforme: G. CANGUILHEM, *Il fascismo e i contadini*, trad. it. M. Cammelli, il Mulino, Bologna 2006.

⁶ Per un'introduzione al *Traité* si veda in particolare X. ROTH, *Présentation*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I*, pp. 597-626.

⁷ Per un'introduzione al contesto di produzione di questi scritti si vedano J. BOUVERESSE, *Préface aux Œuvres Complètes de Georges Canguilhem*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 7-66, Y. SCHWARTZ, *Jeunesse d'un philosophe*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 71-99 e i già citati studi di Braunstein, in particolare J.-F. BRAUNSTEIN, *À la découverte d'un «Canguilhem perdu»*, ed. cit. e ID., *Canguilhem avant Canguilhem / Canguilhem prior to Canguilhem*, ed. cit.

⁸ Sul rapporto tra Canguilhem e Alain, ancora non del tutto esplorato dalla critica, mi preme segnalare l'ormai classico libro di X. ROTH, *Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience. Juger-Agir (1926-1939)*, Vrin, Paris 2013 e il recente studio di F. LUPI, *Tra Canguilhem e Alain. Normatività, immaginazione e creazione tecnica*, in F. Lupi-S. Pilotto (a cura di), *Infrangere le norme. Vita, scienza e tecnica nel pensiero di Georges*

L'interesse per la medicina, concretizzatosi negli studi universitari e in un breve periodo di pratica durante gli anni della Resistenza⁹, rappresenta un vero e proprio momento di rottura che, pur mantenendo non pochi agganci nei confronti della filosofia dei valori, inaugura un momento di riflessione relativamente autonomo, quantomeno per la completa e generale rilettura che da questo emerge di concetti e ipotesi di lavoro già ampiamente esplorate dallo stesso Canguilhem¹⁰. La teoria dei valori elaborata nel corso degli anni Venti e Trenta oppone, infatti, la nozione di “fatto” a quella di “valore”, in una strategia che mira a congiungere la critica alla politica del bellicismo e del militarismo con quella all'epistemologia “del fatto compiuto”, colpevole d'aver fornito, a quella politica, una giustificazione teorica, sulla base di un'interpretazione determinista del mondo storico e sociale¹¹. Il sodalizio argomentativo tra il fatalismo del fatto in campo filosofico e il fronte militarista in campo politico alimenta, negli anni Venti, la retorica della guerra inevitabile, come dato di fatto politicamente “neutro”, dinanzi al quale l'unica posizione di valore viene determinata dal fronte stesso. In realtà, rivendicherà il giovane Canguilhem, lungi dall'essere neutra, la guerra costituisce un preciso ordine di valore, un ordine che è innanzitutto quello gerarchico del superiore e dell'inferiore¹², quello dell'interno e dell'esterno tipico dei confini e delle trincee¹³, ma anche di ciò che è libero e di ciò che è determinato¹⁴. La guerra, insomma, è questione di valore, un valore che si oppone a quello della pace¹⁵. L'adesione al cosiddetto “pacifismo radicale”¹⁶ comporta,

Canguilhem, Mimesis, Milano-Udine 2019, pp. 119-149. Per quanto riguarda la filosofia dei valori di Canguilhem e le sue fonti iniziali segnalo invece I. MOYA DIEZ, *Les commencements de la philosophie des valeurs de Georges Canguilhem*, in “Revue Approches”, 162 (2015), pp. 71-81.

⁹ Il rapporto tra la scelta per la medicina e quella per la Resistenza è oggetto, in particolare, di E. ROUDINESCO, *Georges Canguilhem, de la médecine à la Résistance: destin du concept de normalité*, in *Actualité de Georges Canguilhem. Le normal et le pathologique. Actes du X^e Colloque de la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson 1998, pp. 13-41.

¹⁰ Sulle ragioni dell'interesse di Canguilhem per la medicina, lo stesso autore ha offerto, in una rara intervista concessa l'anno della morte, qualche delucidazione: cfr. F. BING-J.-F. BRAUNSTEIN, *Entretien de Georges Canguilhem*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome V*, ed. cit., pp. 1281-1300. Sul tema si veda inoltre J.-F. BRAUNSTEIN, *Perché la medicina*, in F. LUPI-S. PILOTTO, *Infrangere le norme*, ed. cit., pp. 77-98.

¹¹ Non è infatti un caso che gli “adoratori del fatto compiuto” siano ritrovati, in particolare modo, tra le schiere degli storici, dei sociologi e degli psicologi. Cfr. J.-F. BRAUNSTEIN, *À la découverte d'un «Canguilhem perdu»*, ed. cit., pp. 119ss.

¹² Tra i diversi scritti di quegli anni che insistono sulla questione, i più significativi sono quelli che affrontano più direttamente il tentativo di militarizzazione della società, anche attraverso dispositivi quali il servizio militare obbligatorio e una serie di provvedimenti volti a organizzare la vita civile francese sul modello della vita militare: si vedano, in particolare, G. CANGUILHEM, *Famille et caserne. Notes du soldat*, in ID., *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 187-188; ID., *Du supérieur et de l'inférieur*, in ID., *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 192-193; ID., *Du temps – Notes Militaires*, in ID., *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 202-203.

¹³ Cfr. G. CANGUILHEM, *Montagnes et frontières*, in ID., *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 185-187.

¹⁴ Cfr. G. CANGUILHEM, *Engagements – Notes Militaires*, in ID., *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 205-206.

¹⁵ Sull'evoluzione della questione dei valori in Canguilhem e sui suoi legami alla problematica politica mi permetto di rimandare a G. VISSIO, *Fatti, valori e norme. La libertà dell'impersonale in Georges Canguilhem*, in “Philosophy Kitchen”, 5 (2016), pp. 115-128.

sul piano filosofico, una visione quasi manichea della teoria dei valori, in cui valori positivi (la pace, per esempio) si oppongono in maniera diretta e contraria a valori negativi (la guerra), e avvicina Canguilhem, sul piano politico, a pericolose prese di posizione a favore della “pace senza alcuna riserva”, fatte proprie da quelle figure del mondo intellettuale francese che finiranno per assumere un atteggiamento ambiguo nei confronti dei fascismi europei. Così, per esempio, Félicien Challaye (1875-1967), filosofo e professore di orientamento *dreyfusard*, autore nel 1931 di un pamphlet sulla *Paix sans aucune réserve*, alle cui idee Canguilhem si trovò all’epoca piuttosto vicino, finirà per divenire un sostenitore del regime di Vichy, durante la guerra, assumendo il ruolo d’intellettuale di punta della sinistra del regime¹⁷. Eppure, se ancora nel dibattito del 1931 tra Challaye e altri intellettuali – tra cui Raymond Aron (1905-1983) – che seguì la pubblicazione di *Paix sans aucune réserve*, Canguilhem prenderà ancora convintamente le parti del primo, è chiaro già dalle conclusioni del *Traité de logique et de morale* che questi doveva cominciare a nutrire perplessità e finanche seri dubbi nei confronti del pacifismo radicale¹⁸. Molti elementi influirono, in quel periodo, sulla sua “crisi”: da un lato l’allontanamento da una Parigi il cui *milieu* intellettuale appariva ormai sempre più irrigidito in un dibattito che non riusciva a cogliere l’orizzonte complessivo del panorama politico nazionale ed europeo, a favore di quella Toulouse dove all’insegnamento di Alain sarebbe seguita la guida politica di personaggi come Silvio Trentin (1885-1944), dall’altro il rapporto con future figure di spicco del movimento di resistenza e liberazione francese, in particolare quella di Jean Cavailès (1903-1944), che raccomandò Canguilhem come proprio successore sulla cattedra di *Logique et philosophie générale* all’Université de Strasbourg, all’epoca trasferita a Clermont-Ferrand. Inoltre, è certo che l’esperienza di una seria riflessione sul fascismo, anche corroborata da un’indagine di natura empirica come quella condotta per la stesura de *Le fascisme et les paysans*, unitamente all’influenza degli scritti sulla situazione tedesca da parte di autori come Aron, che divulgavano con sempre maggior successo un punto di vista più complesso sugli effettivi rischi dell’hitlerismo, dovettero condurre Canguilhem a una radicale revisione delle sue

¹⁶ L’espressione “pacifismo radicale» indica qui la posizione anti-bellicista per cui la pace rappresenta un valore assoluto, al di là di ogni possibile ulteriore considerazione. Alain era considerato, all’epoca, uno dei principali esponenti di tale posizione e il gruppo dei suoi allievi costituiva uno dei principali gruppi del pacifismo radicale in Francia. Oltre che negli scritti pubblicati su “Libres propos”, il pacifismo di Alain ha trovato espressione in ALAIN, *Mars ou la guerre jugée* – oggi in ID., *Les passions et la sagesse*, a cura di G. Bénézé, Gallimard, Paris 1960, pp. 547-705 – un’opera destinata ad avere un’importanza difficilmente sopravvalutabile per tutta quella generazione francese di filosofi e intellettuali che entrò nel dibattito politico nel corso degli anni Venti. Sul pacifismo radicale del gruppo di Alain cfr. J.-F. SIRINELLI, *Génération intellectuelle. Kbâgneux et normaliens dans l’entre-deux-guerres*, PUF, Paris 1995, pp. 463-484.

¹⁷ Il testo di Challaye, originariamente apparso sulla rivista “La paix par le droit”, novembre 1931, è oggi stato ripubblicato come *Annexe III* in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 979-988. I principali interventi nel dibattito sono invece raccolti nell’opuscolo *La Paix sans aucune réserve, thèse de Félicien Challaye, suivie d’une discussion entre Th. Ruysen, F. Challaye, G. Canguilhem, Jean Le Mataf, et de textes de Bertrand Russell et d’Alain sur la vraie et la folle résistance*, La Laborieuse, Nîmes 1932.

¹⁸ Cfr. G. CANGUILHEM-C. PLANET, *Traité de logique et de morale*, in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome I*, ed. cit., pp. 632-924, in particolare 916-922

posizioni in merito al pacifismo, sino al punto di intraprendere, nelle pagine conclusive del *Traité*, una convinta critica alle ingenuità del pacifismo radicale.

Come sostenuto dallo stesso Canguilhem¹⁹, la presa di coscienza politica circa i limiti del pacifismo integrale e i rischi di una tale posizione nei confronti dell'hitlerismo sono da considerarsi alla base anche di un progressivo distacco dal pensiero di Alain e dalla filosofia che, sulla base di questo, Canguilhem andava elaborando da quasi due decenni. È in tale contesto che si inserisce la medicina o, per meglio dire, la scoperta dell'immenso portato filosofico che la medicina poteva avere, come *matière étrangère*²⁰, per la riflessione del filosofo. Ovviamente, non dobbiamo cedere alla tentazione di credere che lo studio della medicina abbia comportato un completo abbandono delle tesi precedenti in tema di filosofia dei valori, né che i nuovi interessi soppiantassero del tutto quelli più antichi, quasi costituissero un nuovo cominciamento del lavoro filosofico. Alcuni elementi centrali della riflessione degli anni Venti e Trenta, come la priorità del valore sul fatto o il riconoscimento della sostanziale natura assiologica del rapporto del soggetto al mondo, erano destinati a rimanere, ma questi si trovavano ora reinterpretati e rilette alla luce di un inedito quadro concettuale, che la medicina doveva fornire non tanto come *corpus* di verità dottrinarie o scientifiche, ma piuttosto come atteggiamento filosofico dinanzi alla pervasiva azione strutturante della vita nei confronti del vivente²¹.

3. La precedenza del patologico sul fisiologico

In effetti, la questione del valore trova una riformulazione del tutto originale sulla base del tema della medicina, che viene immediatamente inquadrato da Canguilhem secondo la questione della definizione del normale e del patologico²². *L'Essai* del 1943 approfondisce, nella sua prima parte, la storia del "principio di Broussais", ossia quell'assunto che, secondo Canguilhem, costituisce l'origine dei fraintendimenti concernenti il rapporto tra il normale e il patologico. Secondo il principio, le cui giustificazioni sarebbero da ricercarsi nel lavoro del medico scozzese John Brown (1735-1788)²³, e la cui formalizzazione a principio generale della filosofia biologica e della

¹⁹ Cfr. F. BING, J.-F. BRAUNSTEIN, *Entretien de Georges Canguilhem*, ed. cit., pp. 1281-1283.

²⁰ L'espressione, com'è noto, appare in G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 7; it., p. 9, dove leggiamo che «la filosofia è una riflessione per la quale ogni materia estranea è buona, anzi potremmo dire: per la quale ogni buona materia deve essere estranea. [...] Ciò che ci attendevamo dalla medicina era un'introduzione ai problemi umani concreti».

²¹ Non è un caso che, per ragioni che saranno più chiare nel prosieguo del presente saggio, per Canguilhem la medicina non sia da considerarsi, *stricto sensu*, una scienza, bensì «un'arte situata su un crocevia tra diverse scienze» (*ibidem*, p. 8; it., p. 10).

²² *Ibidem*, p. 9; it., p. 11.

²³ Su Brown e sull'importanza del suo lavoro per la medicina francese del XIX secolo Canguilhem tornerà ancora in G. CANGUILHEM, *Une idéologie médicale exemplaire, le système de Brown*, in ID., *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Vrin, Paris 1977, pp. 48-54; trad. it. P. Jervis, *Un'ideologia medica esemplare, il sistema di Brown*, in ID., *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita*, La Nuova Italia, Scandicci 1992, pp. 39-47. L'importanza di Brown appare oggi centrale, anche alla luce di studi che hanno messo giustamente in rilievo il ruolo della teoria dell'irritazione nello sviluppo del vitalismo canguilhemiano. Cfr. per esempio G. BIANCO, *The Origins of Georges Canguilhem's "Vitalism": Against the*

fisiologia sperimentale sarebbe merito di Auguste Comte (1798-1857) e di Claude Bernard (1813-1878), lo stato patologico altro non sarebbe che “una variazione dello stato normale”. In Comte tale identità rimane «puramente concettuale, mentre Claude Bernard tenta di precisarla in un’interpretazione di impostazione quantitativa e numerica»²⁴. Tale differenza, tuttavia, non rappresenta un’interpretazione contrastante, quanto piuttosto il segno di una confusione, o quantomeno un’ambiguità, che emerge nel considerare i fenomeni patologici come qualitativamente indifferenti rispetto ai fenomeni della salute.

La sola idea di variazione quantitativa, infatti, non è sufficiente a determinare uno stato patologico. Si prenda il caso, esemplare, del *situs inversus*, dove la disposizione degli organi nel corpo appare specularmente opposta a quella considerata normale. Tale situazione congenita non implica alcuna conseguenza patologica per l’individuo che ne è affetto, al punto che questi potrebbe vivere la propria intera esistenza del tutto inconsapevole della propria condizione. E d’altro canto, ciò vale più in generale per ogni condizione fisiologica del vivente, dal momento che l’anomalia altro non è che «l’elemento di variazione individuale che impedisce a due esseri di potersi sostituire l’uno all’altro in modo completo. Essa illustra nell’ordine biologico il principio leibniziano degli indiscernibili»²⁵. Non la variazione, dunque, o la differenza quantitativamente determinata, appaiono sufficienti a significare il patologico. Quest’ultimo richiede qualcos’altro, richiede «*pathos*, sentimento diretto e concreto di sofferenza e di impotenza, sentimento di vita impedita»²⁶.

In una conferenza del 16 marzo 1966, poi ripresa, con il relativo dibattito, dalla rivista “Cahiers de philosophie” nel 1967, e intitolata *Du concept scientifique à la réflexion philosophique*²⁷, Canguilhem ritorna, quasi casualmente, su questo punto, stimolato dalle domande del pubblico. Ritornando sulla questione del mostruoso e dell’anomalia organica egli chiarisce: «se vi fossero soltanto forme perfette, non sapreste nemmeno che cos’è una perfezione»²⁸. Tanto vale per la salute: essa non è un concetto che possa essere scoperto, e tanto meno definito, se non in senso negativo, a partire dalla malattia. È lo stato patologico che denuncia come buona o positiva la condizione dell’uomo in salute; e perché ciò avvenga è necessario che la patologia sia, per l’appunto, una condizione da ritenersi negativa, indesiderabile. Il patologico si differenzia dalla semplice anomalia per la sua capacità di costituire un impedimento, un inciampo, per il vivente. Ne era già consapevole l’autore de *L’antica medicina*, quando notava che

«in origine dunque non sarebbe stata scoperta l’arte medica né si sarebbero condotte ricerche (non ve ne sarebbe stato bisogno), se per gli uomini ammalati fosse stato opportuno seguire lo stesso regime

Anthropology of Irritation, in CH.T. WOLFE (a cura di), *Vitalism and the Scientific Image in Post-Enlightenment Life Science 1800-2010*, Springer, London 2013, pp. 243-267.

²⁴ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 17; it., p. 19.

²⁵ *Ibidem*, p. 113; it., p. 106.

²⁶ *Ibidem*, *ivi*.

²⁷ Il testo è originariamente apparso come G. CANGUILHEM, *Du concept scientifique à la réflexion philosophique*, in «Cahiers de philosophie», 1 (1967), pp. 39-69. Attualmente è reperibile in G. CANGUILHEM, *Œuvres Complètes. Tome V*, ed. cit., pp. 89-134.

²⁸ *Ibidem*, p. 130.

e la stessa alimentazione, che seguono i sani nel cibo e nelle bevande e in tutto il modo di vita, e se non ve ne fossero stati altri migliori di questo»²⁹.

La malattia costituisce, per il vivente, un nuovo andamento di vita, che richiede un nuovo regime, una nuova regola di vita (δίαιτα). L'uomo sano è colui che ha maggior capacità di assumere regimi di vita diversi, che ha capacità di relazionarsi all'ambiente (*milieu*) anche dinanzi alle sue variazioni più inattese. Essere in salute significa essere normativi, nei confronti del *milieu*. Tanto più si è in grado di considerare positivo il nostro rapporto con l'ambiente, tanto più possiamo considerarci in salute. Essere in salute significa, in altre parole, essere all'altezza dei compiti che la nostra situazione di vita ci impone³⁰. In tal senso, lo stato patologico non è un mero vuoto normativo, una mancanza assoluta di norma vitale, ma una norma inferiore, «nel senso che essa non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale, incapace com'è di trasformarsi in un'altra norma»³¹. D'accordo con l'intuizione ippocratica, dunque, l'uomo malato è colui che vive di una δίαιτα ristretta, in un regime di vita limitato, che tollera meno o non tollera affatto condizioni diverse. È l'esperienza di questa restrizione, di questa normatività in tono minore – esperienza che denuncia una variazione qualitativa, prima che quantitativa – che la medicina chiama “malattia”, ed è in rapporto ad essa che l'uomo malato scopre non solo la propria malattia, ma anche la salute che ha perduto.

4. Clinica, patologia e fisiologia

Se volessimo prendere in considerazione il caso assurdo – e in ultima analisi autenticamente mostruoso – dell'uomo perennemente in salute, ci accorgeremmo che questi appare, sotto diversi aspetti, simile all'uomo mitico dell'età dell'oro. Ne *Le opere e i giorni* (Ἔργα καὶ Ἡμέραι), per esempio, Esiodo afferma, a proposito degli uomini aurei, che questi

«come gli dèi vivevano con animo privo d'angoscia,
senza fatiche e travaglio, né miserevole
vecchiaia incombeva: sempre di pari vigore i piedi e le mani,
godevano delle feste, lungi da ogni male.
Morivano come vinti dal sonno»³².

In altre parole, è assente, nell'età aurea, ogni conoscenza del male, ogni consapevole sofferenza, tratto che spesso accomuna quei racconti che cercano nell'origine il segno di una perfezione che il poeta non scorge nel proprio mondo. Ma è in Ovidio che troviamo esplicitata, nella sua forma più semplice e profonda, la conseguenza di questa ignoranza del male; nella versione del mito delle età del mondo ch'egli dà nelle *Metamorfosi*, infatti, il

²⁹ IPPOCRATE, *L'antica medicina*, 3 (trad. it. M. Vegetti, in ID., *Opere*, a cura di M. Vegetti, UTET, Torino 1965, p. 134).

³⁰ G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, ed. cit., pp. 156-157; it., p. 147.

³¹ *Ibidem*, p. 157; it., p. 148.

³² ESIODO, *Opere e giorni*, I, 112-116 (trad. it. A. Ercolani, *Opere e giorni*, Carocci, Roma 2010, p. 79)

poeta si premura di precisare che gli uomini aurei vivevano in un tal modo «spontaneamente, senza bisogno di giustizieri, senza bisogno di leggi, si onoravano la lealtà e la rettitudine»³³. Non solo non vi è male, ma pure non vi è legge nell'età dell'oro, sebbene vi sia norma in senso lato, dal momento che la rettitudine e la lealtà vengono rispettate. Semplicemente, non vi è necessità di esprimere un dovere o un obbligo, né tantomeno è necessario stabilire una pena, poiché non vi è possibile infrazione e la norma coincide con la vita. All'assenza di trasgressione corrisponde un'incoscienza della perfezione³⁴.

Qualcosa del genere è stato affermato anche in campo medico. Si tratta dell'idea in fondo popolare, ripresa dal medico e chirurgo René Leriche (1879-1955), secondo cui la salute sarebbe “la vita nel silenzio degli organi”. Il corpo dell'uomo sano è privo di messaggio, è un corpo silenzioso, allorché il corpo malato, dolorante, sembra voler comunicare. Non è un caso che, quando si è parlato di una semiotica medica³⁵, lo si sia fatto, almeno inizialmente, in relazione al sintomo e al dato clinico, intendendo la semiotica medica, in primo luogo, come uno studio della semeiotica. Certo, secondo Leriche, l'identificazione del silenzio del corpo con la salute riposa su di un fraintendimento, su di una stortura logica, poiché l'assenza del sintomo non significa l'assenza della malattia. Anzi, la malattia più pericolosa, per il clinico, è quella che occulta la propria presenza, quella che non si manifesta e non si lascia individuare: si può esser malati senza saperlo, si può perfino morire, senza saper di morire. Si cadrebbe senza dubbio in una fallacia se si dicesse, di quell'uomo morto di un male che ignorava, scoperto solo alla luce dell'esame autoptico, che egli è “morto sano”.

Secondo Leriche – che fu clinico, prima ancora che fisiologo, specialmente interessato al fenomeno del dolore – spesso il medico deve andare oltre il paziente nel proprio sforzo conoscitivo, al di là di ciò che il malato stesso sa e crede di sapere a proposito della propria condizione. Egli è tenuto, non di rado, a dubitare di ciò che il malato gli dice, sino al punto di convincersi che, nella malattia, «ciò che meno importa è l'uomo»³⁶. Il medico, in tal senso, deve farsi strada, nella comprensione del fenomeno patologico, al di là del punto di vista del paziente e, non di rado, malgrado il punto di vista del

³³ P. OVIDIO NASONE, *Metamorfosi*, I, 89-90 (trad. it. P. Bernardini Marzolla, *Le Metamorfosi*, Einaudi, Torino 1994, p. 9). Per un confronto circa le diverse tradizioni classiche del mito dell'età dell'oro rimando a H. KRAUSS, *Il paradiso*, trad. it. M. Mastroddi, Donzelli, Roma 2005, pp. 3-8.

³⁴ È interessante che il tema dell'età dell'oro appaia in uno dei documenti inediti conservati presso il Fonds Canguilhem e, precisamente, in una nota intitolata *De la priorité normale de l'infraction et de l'interdiction*, facente parte del più ampio dossier *Les normes et le normal (1942-1943)*. Cfr. Fonds Canguilhem GC 11.2.2, fogli 9-13.

³⁵ L'interesse della semiotica per il campo medico è consolidato. Umberto Eco, per esempio, tratta esplicitamente, seppur brevemente, la questione del riconoscimento dei sintomi nel suo *Trattato di semiotica generale* (cfr. U. ECO, *Trattato di semiotica generale*, Bompiani, Milano 1994, pp. 291-292), ma anche Michel Foucault, già a metà degli anni Sessanta, aveva auspicato l'emergere di una semiotica medica (cfr. M. FOUCAULT, *Messaggio o rumore?* (1966), in ID., *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 1: 1961-1970. *Follia, scrittura, discorso*, a cura di J. Revel, trad. it. G. Costa, Feltrinelli, Milano 2014, pp. 133-136). Su alcune questioni connesse al problema, mi permetto di rimandare a G. VISSIO, *Un rumore che non è un messaggio. Il medico come grammatico e traduttore*, in ID. (a cura di), *Terapie dell'umano. Filosofia, etica e cultura della cura*, ETS, Pisa 2018, pp. 101-114.

³⁶ Cfr. G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 68; it., p. 66.

paziente. Tuttavia, quella di Leriche appare una prospettiva, per certi versi, falsata da un punto di vista eccessivamente ristretto. Infatti, se è vero da un lato che nessuno è medico di se stesso³⁷, e che ci si rivolge al medico in virtù di una conoscenza che egli possiede sul corpo del malato e sulla sua malattia, «è soltanto perché sono eredi di una cultura medica trasmessa dai clinici di ieri, che i clinici di oggi possono procedere e superare in perspicacia diagnostica i loro clienti abituali o occasionali»³⁸. E i “clinici di ieri” hanno appreso solo in virtù del fatto che i loro pazienti hanno in qualche modo indirizzato il loro sguardo : «c’è sempre stato, in fin dei conti, un momento in cui l’attenzione dei clinici è stata attirata su certi sintomi, anche soltanto oggettivi, da persone che si lamentavano di non essere normali, vale a dire identiche al proprio passato, o di soffrire»³⁹.

La priorità del patologico, in tal senso, non è solo una priorità della malattia nei confronti dello stato di salute, ma anche una priorità gnoseologica ed epistemologica: prima della conoscenza clinica della malattia vi è l’esperienza di una sofferenza, segno di una variazione qualitativamente negativa per l’individuo biologico. Ma vi è anche, d’accordo con Canguilhem, una priorità della tecnica (la clinica) nei confronti della scienza in senso teoretico: infatti, è solo perché il clinico incontra, nel paziente che si trova dinanzi a lui, qualcosa che ancora ignora o non comprende, che egli si volge al laboratorio di fisiologia e si fa sperimentatore e scienziato⁴⁰. E d’altronde, la stessa «distinzione tra fisiologia e patologia non può avere se non una portata clinica»⁴¹, poiché è la pratica clinica, la medicina intesa come tecnica, a definire la soglia – sempre qualitativa – tra le scienze del patologico e del fisiologico. Dal punto di vista oggettivo, infatti, non vi è distinzione tra l’oggetto della patologia e quello della fisiologia; anzi, in linea di principio non vi è alcuna ragione per parlare di una “patologia”, poiché non vi è che una sola e unica fisiologia, intesa come l’insieme dei fenomeni fisici e chimici che si danno nel vivente⁴². Se il fisiologo s’interessa di una certa condizione come patologica, se

³⁷ Sulla questione del “medico di se stesso” Canguilhem ha assunto posizioni di condanna piuttosto esplicite, in particolare riferimento alle tendenze della cosiddetta “anti-medicina” che ebbero una certa risonanza negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso. Si veda in particolare G. CANGUILHEM, *Une pédagogie de la guérison est-elle possible?*, in ID., *Écrits sur la médecine*, Seuil, Paris 2002, pp. 69-100; trad. it. D. Tarizzo, *È possibile una pedagogia della guarigione?*, in ID., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007, pp. 35-52. Cfr. anche G. VISSIO, «La vita preferisce l’asimmetria». *Ripensare la salute tra medicina e anti-medicina*, in “Lessico di Etica pubblica”, 1 (2015), pp. 96-108.

³⁸ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 69; it., p. 67.

³⁹ *Ibidem*, ivi. Sulla questione del dolore e sulla funzione che questa ha nella filosofia del negativo di Canguilhem ha insistito, ricostruendone i presupposti e le fonti, G. BIANCO, *Life of Pain: Remarks about Negativity and Efforts in Georges Canguilhem*, in M. DE BEISTEGUI-G. BIANCO-M. GRACIEUSE (a cura di), *The Care of Life. Transdisciplinary Perspectives in Bioethics and Biopolitics*, Rowman & Littlefield International, London 2014, pp. 151-164.

⁴⁰ Sulla priorità della tecnica rispetto alla scienza rimando a D. POCCIA, *Un potere più antico di ogni sapere. Note su Georges Canguilhem e l’imprevidenza tecnica*, in S. PILOTTO-F. LUPI, *Infrangere le norme*, ed. cit., pp. 151-176.

⁴¹ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 197; it., p. 185.

⁴² È lo stesso Claude Bernard ad affermare, in fondo, che non vi è neppure ragione di distinguere, dal punto di vista fisiologico, tra individui diversi come il vegetale e l’animale: «il n’y a qu’une seule manière de vivre, qu’une seule physiologie pour tous les êtres vivants : c’est la physiologie générale qui conclut à

annovera una certa serie di fenomeni all'interno di una patologia, è solo in ragione di una distinzione operata da un clinico e, in un'ultima analisi, da un paziente.

4. Conclusioni

Il caso dei fenomeni patologici si è rivelato essere il punto di accesso privilegiato a un problema di natura generale, quello del significato del negativo per una filosofia normativa della vita. La *philosophie biologique* di Canguilhem, quella forma di vitalismo che consiste nel trovare nella normatività del vivente un termine ultimo, oltre il quale non si dà ulteriore riferimento a una dimensione assiologica trascendente, ci ha condotto a ritrovare, anche nel patologico, un valore normativo. Essere malati non significa essere privi di norma, ma significa vivere in uno stato di norma inferiore e il patologico «deve essere considerato come una specie del normale»⁴³. Il negativo si palesa, nel patologico, non come un vuoto, dunque, ma come ostacolo; ed è questa condizione di impedimento a rendere visibile la salute, a rendere possibile la conoscenza del fisiologico e a dare avvio allo sforzo terapeutico. Se vi è medicina, è solo perché vi sono stati, prima che medici, individui malati, organismi cui la propria situazione di vita ha imposto un compito che essi non hanno saputo soddisfare. Certo, notava Nietzsche che «un fisiologo che s'interessa di una malattia e un malato che voglia esserne guarito non hanno lo stesso interesse»⁴⁴, ma in qualche misura possiamo almeno dire che l'interesse del primo presuppone quello del secondo. Vi è una priorità della tecnica, in questo caso della clinica, sulla scienza, ed entrambe riposano sull'esperienza di un ostacolo, di un impedimento, che il vivente incontra nel proprio rapporto con il *milieu*.

La questione del patologico, collocandoci al centro del significato del negativo per la vita, offre su quest'ultimo un punto di vista particolare. Lungi dall'essere negazione del positivo, il negativo ci appare, al contrario, come il necessario punto di partenza, sia sul piano della conoscenza scientifica, sia dal punto di vista dell'agire tecnico. «È dunque innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina»⁴⁵, afferma la conclusione dell'*Essai*, ed «ogni concetto empirico di malattia conserva un rapporto al concetto assiologico della malattia»⁴⁶. La priorità del valore sul fatto, che caratterizzava le prime indagini filosofiche di Canguilhem, si specifica, con il problema del patologico, in un secondo assioma, quello della priorità del negativo sul positivo. Il caso del patologico non è che un caso – paradigmatico e inaggrabile, certamente – la cui soluzione prelude però a una generalizzazione. Il normativismo di Canguilhem non rappresenta una posizione limitata all'ambito clinico, o medico in generale, ma un punto di vista

l'unité des deux règnes» (C. BERNARD, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, vol. 1, Baillière, Paris 1878, p. XXXIII)

⁴³ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 177; it., p. 166.

⁴⁴ F. NIETZSCHE, *Nachgelassene Fragmente*, in ID., *Nietzsches Werke. Kritische Gesamtausgabe*, a cura di G. Colli e M. Montinari, De Gruyter, Berlin-New York 1967ss., sez. VIII, vol. 1, p. 290; trad. it. S. Giametta, *Frammenti postumi*, in ID., *Opere*, a cura di G. Colli e M. Montinari, Adelphi, Milano 1964ss., vol. VIII, tomo 1, p. 269.

⁴⁵ G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, ed. cit., p. 205; it., pp. 190-191.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 205; it., p. 191.

complessivo sul vivente: vivere significa instaurare norme, significa essere normativi. Di conseguenza, una filosofia del vivente, condotta dal punto di vista del vivente, conduce a un'assiologia fondata sulla priorità dei valori negativi. E questo assunto appare oggi come un principio irrinunciabile per qualsiasi programma filosofico che intenda fare del vivente la chiave di accesso ai “problemi umani concreti” della tecnica e della scienza.

Leonardo Allodi
Giacomo Miranda

ROBERT SPAEMANN E LA NORMATIVITÀ DEL REALE

Abstract

*The current essay aims at understanding the notions of “normal” and “pathological” on the grounds of the historical-theoretical reconstruction of the crisis and rediscovery of theological thought made by Robert Spaemann (1927-2018) in *Natürliche Ziele*. A meaningful and vital experience of the real ultimately depends on the rehabilitation of telos, which also makes possible the full intelligibility of the real in a way that escapes the dialectics between two opposed forms of reductionism, namely: naturalism and spiritualism. It is only on the background of a similar understanding of the self and the world, which are the object of both the philosophical tradition overall and the sociological reflection of Émile Durkheim, Max Weber, and Max Scheler, by whom Spaemann is inspired, that the distinction between “normality” and “pathology” avoids losing its rooting in life as such.*

«Anche l'osservazione scientifica e causale in competizione con quella di tipo teleologico corre in linea di principio più velocemente. Essa sfugge sempre alla teleologia. Tuttavia quando giunge da qualche parte e, trionfante, crede di essere alla fine, le accade come alla lepre nella corsa con il porcospino: il porcospino in realtà è già seduto sul traguardo ed esclama: “Io sono già qui!”»

(R. SPAEMANN, *Natürliche Ziele*, p. 239; it., p. 346)

1. Il “normale”, il “patologico” e la filosofia dei valori

In un importante saggio dedicato a Max Scheler, al problema centrale della sua filosofia, la “relatività esistenziale dei valori”¹ e la conciliazione tra relatività storica degli essenti e perennità dei valori metafisici, Robert Spaemann, a proposito della “filosofia dei valori”, osserva:

¹ Cfr. R. SPAEMANN, *Daseinsrelativität der Werte*, in ID., *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Klett-Cotta, Stuttgart 2001, pp. 145-160.

«Nessuno, che si consideri in qualche modo un intellettuale, parla più di bene e di male. Di valori tutti parlano. I partiti dibattono sui valori fondamentali. La nostra Costituzione viene intesa come un ordinamento di valori. E ovunque si discute se la nostra sia un'epoca di caduta o di mutamento di valori. Le Chiese rivolgono alla società meno la richiesta di rivelare la volontà di Dio e di testimoniare la Resurrezione dei morti che non la richiesta di stabilizzare la società attraverso la mediazione dei valori e di offrire ai giovani un orientamento di valore. La Nato deve servire alla difesa della comunità di valori occidentali e recentemente anche al suo allargamento offensivo. Da questo punto di vista la filosofia dei valori sembra essere divenuta la filosofia dominante del mondo occidentale. Ma suppongo che Scheler da tutto questo non avrebbe tratto alcuna legittima gioia. Viene in mente l'affermazione di Heine sulla filosofia di Hegel: si è assottigliata sempre più fino ad estendersi a tutta la Germania»².

Tanto nel contesto epistemologico del positivismo, quanto in quello dello storicismo tedesco, i concetti di “normale” e “patologico” vengono pensati nella prospettiva della filosofia dei valori. Con quali conseguenze, se pensiamo soprattutto ad autori come Émile Durkheim e Max Weber? Nel ricorso e nell'imporsi di una filosofia dei valori emerge la necessità di una neutralizzazione, che è allo stesso tempo consapevolezza di un deficit e anche una forma di rassegnazione. Ma secondo Max Scheler, come pure per Leo Strauss e Robert Spaemann, l'inevitabile conclusione a cui si avviano tanto il positivismo quanto lo storicismo (weberiano) ha un nome: nichilismo, e cioè la presa d'atto di un radicale dualismo tra fatti e valori, lo svuotamento di ogni normatività della realtà.

Ora, soprattutto con *Natürliche Ziele. Geschichte und Wiederentdeckung des teleologischen Denkens*³, Robert Spaemann, insieme al suo allievo biologo Reinhard Löw, ci ha messo a disposizione un contributo che sembra essenziale per comprendere come e perché il pensiero filosofico occidentale concluda, fra il XIX e il XX secolo, la sua provvisoria parabola in una “filosofia dei valori”, nella quale non solo i concetti di bene e di male, ma, conseguentemente, anche quelli di “normale” e “patologico” si svuotano di ogni contenuto normativo, perdono senso nella misura in cui vengono relativizzati o come prodotti della coscienza collettiva o come opzioni di una soggettivismo estremo. In entrambi i casi, ci si trova di fronte a forme di antiteleologismo, almeno nel senso in cui lo intende Robert Spaemann.

Per Spaemann, così come il XIX secolo è stato il secolo della radicalizzazione e, in pari tempo, della distruzione della teleologia della conservazione (soprattutto ad opera di quello straordinario demistificatore che fu Nietzsche), il XX è quello della piena realizzazione dell'antiteleologismo ad opera della scienza naturale ma, allo stesso tempo, anche quello degli inizi di una vera e propria riscoperta della teleologia.

Natürliche Ziele si presenta, dunque, come un affresco storico-filosofico di vastissima portata. Un disegno nel quale, muovendo dalle due essenziali forme di risposta che diamo alla domanda “perché?”, ossia quella fondata sulla necessità di ristabilire una familiarità con il mondo a partire da una struttura intenzionale, volta a “comprendere” il senso e il valore di ogni cosa, e quella, invece, che ricerca una familiarità con il mondo mediante la specificazione di una regolarità causale, mediante uno “spiegare”, l'analisi di

² *Ibidem*, p. 145.

³ Cfr. R. SPAEMANN-R. LÖW, *Natürliche Ziele. Geschichte und Wiederentdeckung des teleologischen Denkens*, Klett-Cotta, Stuttgart 2005; trad. it. a cura di L. Allodi e G. Miranda, *Fini naturali. Storia e riscoperta del pensiero teleologico*, Ares, Milano 2013.

Spaemann e Löw segue lo sviluppo del concetto di teleologia dai Greci fino ai cruciali XIX e XX secolo. Fino cioè al momento in cui, con il positivismo e il darwinismo biologico, si determina la piena realizzazione dell'antiteleologismo, ma anche quando, quasi contemporaneamente, si inizia a intravederne la crisi. Schopenhauer e Nietzsche sono per Spaemann i due pensatori di questa svolta, i filosofi che preparano il terreno della riscoperta del carattere simbolico della lingua, della crescente consapevolezza del fallimento della "de-antropomorfizzazione", come poi avverrà nella fenomenologia scheleriana.

Anche la crisi ecologica contemporanea, nei suoi aspetti filosofici, è lo specchio dello svuotamento di senso delle nozioni di "normale" e "patologico". In essa si fa evidente, dice Spaemann, quell'espansione del dominio dell'uomo sulla natura la cui espressione ideologica è il pensiero antiteleologico a partire dalla prima modernità⁴. Questa crisi ecologica ci addita l'imperativo pratico di «non rinunciare, in relazione alla vita nella natura, al modo di osservazione teleologica per noi naturale»⁵.

Secondo Scheler, tanto nel positivismo quanto nello storicismo weberiano la tensione tra fatti e valori non trova soluzione: in un caso essa viene radicalizzata in uno scientismo che ingloba e crede di poter superare il pensiero metafisico e filosofico, nell'altra essa resta sul terreno di un nominalismo che pure "esclude la filosofia", cioè il pensiero delle "essenze" del mondo⁶. In entrambi i casi, le nozioni di "normale" e "patologico" si svuotano, perdono ogni loro carattere normativo, per cui diventa impossibile pensare un adeguato rapporto fra norma e realtà. Viceversa, come ha sostenuto proprio Scheler,

«l'essenza (e l'ordinamento essenziale) del mondo delimita allo stesso tempo le due cose: la possibilità di *esistenza* delle cose e la possibilità di essere *valore* di questo esistente. Essa costituisce pertanto un necessario *ponte* fra ciò che in Max Weber si separa in maniera puramente e rigidamente dualistica: il dover-essere, da una parte, e l'effettualità avalutativa esistente, dall'altra. Nell'ordinamento essenziale lo spirito scorge un essere e un ordinamento, che ancora *prima* della distinzione giace in ciò che "è" e la contingente, casuale effettualità dell'esistenza, e in ciò che essa "deve" essere e eventualmente "deve" diventare»⁷.

Robert Spaemann, alla fine di *Natürliche Ziele*, giunge ad una conclusione analoga:

«Noi viviamo in una realtà ordinata, teleologica e strutturata, in un mondo costituito da qualità nel senso più ampio, di tonalità, di colori e di odori, di affezioni, di responsabilità, di venerazione, di famiglia, società, diritto, fede e ragione. Disfunzionalità, non-senso, illegalità, empietà e mal di denti, incidenti stradali, adulterio, diventano percepibili e definibili come tali solo sulla base di una realtà ordinata.

⁴ Cfr. R. SPAEMANN-R. LÖW, *Natürliche Ziele*, ed. cit., p. 238; it., p. 344.

⁵ *Ibidem*, p. 239; it., p. 345.

⁶ Cfr. M. SCHELER, *L'esclusione della filosofia in Max Weber. Psicologia e sociologia del modo di pensare nominalistico*, trad. it. R. Racinaro, in ID., *Lo spirito del capitalismo*, a cura di R. Racinaro, Guida, Napoli 1988, pp. 146-155.

⁷ *Ibidem*, p. 150.

La scienza appartiene ai molteplici fenomeni teleologici di tale realtà; tuttavia come uno fra tanti. Essa non può invertire l'onere della prova in modo che le normali azioni della vita debbano giustificarsi in quanto tali di fronte alla sua natura di scienza ipotetica»⁸.

Nelle battute finali del terzo capitolo dell'opera *Les règles de la méthode sociologique* di É. Durkheim, dedicato alle regole in merito alla distinzione tra “normale” e “patologico”, emerge con particolare chiarezza il dualismo positivistico tra fatti e valori :

«Dato che ogni scienza della vita, sia individuale che sociale, si propone principalmente di definire lo stato normale, di spiegarlo e di distinguerlo dal suo contrario, se la normalità non è data nelle cose stesse ed è invece un carattere che noi imprimiamo dal di fuori o che rifiutiamo loro per un motivo qualsiasi, questa salutare dipendenza non c'è più. Lo spirito si trova a suo agio di fronte al reale che non ha molto da insegnargli; e non è più frenato dalla materia a cui si applica, dal momento che proprio esso, in un certo senso, la determina. Le diverse regole che abbiamo stabilite finora sono dunque strettamente solidali. Affinché la sociologia sia veramente una scienza delle cose, occorre che la generalità dei fenomeni sia assunta come criterio della loro normalità»⁹.

Per Durkheim ciò è conseguenza della “inevitabilità” del passaggio “dall'assoluto al relativo”, di cui aveva già parlato Comte¹⁰, un passaggio che il pensiero è chiamato a compiere anche quando deve utilizzare i concetti di “normale” e di “patologico”. Soltanto l'osservazione “oggettiva e generale” è in grado, di volta di volta, di farci comprendere che cosa sia patologico. Per Durkheim sono

«normali i fatti che presentano le forme più generali, e denomineremo gli altri morbosi o patologici. Se conveniamo di chiamare tipo medio l'essere schematico che costituiremmo riunendo nel medesimo tutto – in una specie di individualità astratta – i caratteri più frequenti nella specie insieme alle loro forme più frequenti, possiamo dire che il tipo normale si confonde con il tipo medio, e che ogni divario nei confronti di questo campione della salute è un fenomeno morboso»¹¹.

Ad esempio, nel caso del rapporto fra salute e malattia non solo ogni specie vivente ha la propria salute, perché ha il proprio tipo medio, ma anche all'interno della specie umana “questo tipo medio” si modifica di epoca in epoca, di cultura in cultura. Così «bisogna rinunciare all'abitudine – ancora troppo diffusa – di giudicare un'istituzione, una pratica, una massima morale, come se fossero buone di per sé o cattive in sé e per sé, per tutti i tipi sociali indistintamente»¹².

Anche all'interno delle specie c'è mutazione dello “stato normale”: così «ciò che è normale per il selvaggio non lo è sempre per l'uomo civile, e viceversa»¹³. La “normalità” di un fatto sociale è definibile come tale solo in relazione ad una fase egualmente determinata del suo sviluppo: «Non basta osservare in quale forma si presenta nella

⁸ R. SPAEMANN-R. LÖW, *Natürliche Ziele*, ed. cit., pp. 234-235; it., p. 339.

⁹ É. DURKHEIM, *Le regole del metodo sociologico*, trad. it. F. Airoidi Namer, Edizioni di Comunità, Milano 1963, p. 79.

¹⁰ Cfr. A. COMTE, *Corso di filosofia positiva*, trad. it. a cura di F. Ferrarotti, Utet, Torino 1967, vol. 1, pp. 204-205 (*Lezione quarantottesima*).

¹¹ É. DURKHEIM, *Le regole del metodo sociologico*, ed. cit., p. 65.

¹² *Ibidem*, p. 66.

¹³ *Ibidem*, ivi.

generalità delle società che appartengono a quella specie, ma occorre considerarle nella fase corrispondente della loro evoluzione»¹⁴.

Per Durkheim dire “natura” significa riferirsi allo stato sia di salute sia di malattia: egli così critica gli antichi per i quali «la malattia non deriva dalla natura delle cose, ma è il prodotto di una specie di contingenza immanente agli organismi»¹⁵. In Durkheim il concetto di natura e di realtà hanno già perso ogni aspetto di “normatività”. I concetti di normalità e di patologia devono così fare i conti con «periodi di transizione in cui la specie sta evolvendo senza essersi ancora fissata definitivamente in una nuova forma. In questo caso il “tipo normale” già realizzato e dato nei fatti è quello del passato, e tuttavia esso non è più in rapporto con le nuove condizioni di esistenza»¹⁶. Un problema questo che si accentua ancor più per il sociologo che non per il biologo, soprattutto quando egli deve osservare le società più evolute: «Il sociologo può così trovarsi in imbarazzo quando deve decidere se un fenomeno sia normale o no, mancandogli ogni punto di riferimento»¹⁷.

“Come togliersi d’impiccio?”, egli si chiede. Il sociologo

«dopo aver stabilito mediante l’osservazione che il fatto è generale, [...] risalirà alle condizioni che hanno determinato tale generalità nel passato, e cercherà quindi se tali condizioni sono ancora date nel presente o se, al contrario, esse sono mutate. Egli avrà il diritto nel primo caso di considerare il fenomeno come normale, e nel secondo caso di rifiutargli questo carattere»¹⁸.

Secondo questa logica (evolutivo-funzionalistica) di Durkheim, anche “reato” e “criminalità” hanno una loro “normalità”. In tutte le società vi sono “reati” e il reato può essere visto come “un fattore della salute pubblica”, esso «è normale perché la società che ne fosse esente sarebbe assolutamente impossibile»¹⁹. In tal modo il criminale diventa un “agente regolatore della vita sociale”, la cui funzione sociale è quella di radicalizzare il conflitto con il sentire comune che prevale in una determinata epoca e così generare il “mutamento sociale”: «La libera filosofia ha avuto come precursori gli eretici di ogni specie, che il braccio secolare ha giustamente colpito durante tutto il corso del Medioevo e fino alla vigilia dell’epoca contemporanea»²⁰. Tanto gli eretici quanto coloro che li reprimono duramente svolgono una “funzione sociale”. Ovviamente, una funzione sociale che ci può essere chiara soltanto a posteriori: il nostro agire umano e sociale è “cieco”, muovendosi in una realtà nella quale ogni elemento normativo non è mai a priori ma solo a posteriori.

La conclusione a cui giunge il razionalismo positivista di Durkheim è dunque la seguente: la normalità è definita dalla generalità, ma poiché le società sono diverse, è impossibile conoscere la generalità in modo astratto e universale. Normale è il fenomeno che si incontra più spesso in una società di un determinato tipo, in un determinato

¹⁴ *Ibidem*, ivi.

¹⁵ *Ibidem*, p. 67.

¹⁶ *Ibidem*, p. 69.

¹⁷ *Ibidem*, ivi.

¹⁸ *Ibidem*, ivi.

¹⁹ *Ibidem*, p. 73.

²⁰ *Ibidem*, p. 77.

momento del suo divenire. Il carattere distintivo primo e decisivo della normalità di un fenomeno è semplicemente la sua frequenza.

Durkheim, in un suo famoso intervento, ha chiarito assai bene questa sua posizione:²¹

«Gli stessi valori che, sotto certi aspetti, ci fanno l'effetto di realtà che si impongono a noi, ci appaiono nel medesimo tempo come cose desiderabili che amiamo e vogliamo spontaneamente. Ma ciò dipende dal fatto che la società non è soltanto la legislatrice alla quale dobbiamo rispetto, ma è anche la creatrice e la depositaria di tutti i beni della civiltà a cui siamo legati con tutto il cuore: essa è buona e soccorrevole, e al tempo stesso imperativa. Tutto ciò che aumenta la sua vitalità ravviva la nostra; perciò non dobbiamo meravigliarci se teniamo a tutto ciò a cui essa tiene»²².

L'origine dei valori e della loro oggettività è la "collettività": «Trascinato dalla collettività, l'individuo si disinteressa di se stesso, dimentica se stesso, si dà interamente agli scopi comuni [...]. Questi ideali sono semplicemente le idee in cui viene a ritrarsi e a riassumersi la vita sociale, quale essa è nei momenti culminanti del suo sviluppo»²³.

Max Weber ha compreso l'errore di fondo del positivismo, ma, a sua volta, non comprende che anche la scienza si fonda su una metafisica, e cioè la metafisica precritica della "*Weltanschauung* naturale".

«Max Weber», si legge di nuovo in Scheler, «abbandona le questioni che esorbitano dal suo concetto di scienza di ciò che è "tecnicamente importante" a una opzione del tutto arazionale, individuale, per mezzo della volontà [...]. Il suo errore radicale è che i valori materiali hanno soltanto un significato soggettivo, e che non ci può essere una via di conoscenza vincolante di cose e valori oggettivi, di beni e di sistemi di beni, al di là della scienza positiva; inoltre, che non ci può essere un "convincere" e un arricchirsi spirituale fra i rappresentanti di diversi sistemi di valori»²⁴.

L'errore di Weber è l'esclusione del termine medio fra fede, religione e scienza positiva, che soltanto merita la definizione di "filosofia":

«Ché appunto nella saggezza – che non per niente da Socrate in poi è così strettamente legata all'essenza della filosofia in quanto arte spirituale e tecnica dell'esposizione delle idee – è unificato ciò che Max Weber distingue in maniera così forte: conoscenza dell'essente, coscienza del valore, e prontezza sistematica del *volere* ad obbedire alle istanze del dovere, che emergono innanzi tutto dalla sintesi di conoscenza dell'*essere* e di coscienza del *valore*»²⁵.

Anche in Weber si determina un'assoluta eterogeneità tra fatti e valori. La scienza per Weber, come ha osservato L. Strauss, può rispondere a problemi riguardanti i fatti e le loro cause, ma è incompetente a rispondere su problemi di valore:

«Egli negava all'uomo ogni scienza, empirica o razionale, ogni conoscenza, scientifica o filosofica, del vero sistema dei valori: questo non esiste; al suo posto vi è una varietà di valori, tutti della medesima

²¹ Cfr. É. DURKHEIM, *Giudizi di valore e giudizi di realtà*, in ID., *Le regole del metodo sociologico*, ed. cit., pp. 210-211.

²² *Ibidem*, ivi.

²³ *Ibidem*, pp. 216-217.

²⁴ M. SCHELER, *L'esclusione della filosofia in Max Weber*, ed. cit., p. 146.

²⁵ *Ibidem*, p. 147.

importanza, le cui esigenze sono in reciproco conflitto; né un tale conflitto può essere risolto dalla ragione umana»²⁶.

Ora, secondo Strauss, questa tesi di Weber conduce di necessità al nichilismo: «E cioè alla tesi che ogni preferenza, per malvagia, bassa o pazza che sia, davanti al tribunale della ragione ha i suoi titoli di legittimità al pari di ogni altra»²⁷. In realtà, nell'opera di Weber, giudizi di valore ricorrono di continuo: «Nella sua capacità di sociologo praticante egli seppe “scegliere”, utilizzò continuamente “giudizi di valore”».²⁸

La sua stessa opera scientifica è la dimostrazione dell'impossibilità di attuare fino in fondo una coerente forma di “avalutatività”. Anche se, osserva ancora Leo Strauss, la concezione della realtà da cui parte Max Weber resta all'origine del suo nichilismo: «Un divenire infinito e senza significato, o caos, di eventi unici ed infinitamente divisibili, pur essi in sé privi di significato alcuno, ché ogni senso ed ogni articolarsi del reale promana dall'attività del soggetto conoscente e giudicante»²⁹.

Secondo Strauss, questa concezione proviene dal sec. XVII, in cui il pensiero moderno nacque in virtù di una rottura con la filosofia classica. È così tempo di ritornare a Spaemann.

2. Dalla filosofia antica all'idealismo tedesco

La teleologia occupa una posizione centrale nel pensiero di Spaemann e costituisce un fondamentale punto di raccordo per la molteplicità di interessi che vi si esprimono³⁰. La riscoperta del ruolo del *telos* come chiave esplicativa dell'esperienza umana, rivendicata nel suo rapporto vitale con il reale e sottratta alla rigidità del dualismo tra soggetto e oggetto, è preparata dagli studi su Bonald e Fénelon³¹, ma giunge ad una forma compiuta in *Natürliche Ziele*.

Solo in apparenza il taglio conferito ai primi capitoli suggerisce che ci si trovi di fronte ad un'analisi storica del concetto di fine. In realtà, la rivalutazione empirica prima ancora che epistemologica del finalismo poggia su un solido impianto teoretico in cui s'intrecciano due temi: da un lato, la conservazione dei fenomeni naturali come tali e contro ogni pretesa di riduzionismo; dall'altro, il ruolo del soggetto interpretante quale vivente tra i viventi.

Secondo questa duplice chiave di lettura, il primo episodio rilevante di “perdita del fenomenico” si verificò nella riflessione scientifica dei naturalisti ionici, la cui ricerca di

²⁶ L. STRAUSS, *Diritto naturale e storia*, trad. it. N. Pierrri, Il Melangolo, Genova 1990, p. 49; cfr. l'intero cap. 2 (pp. 42-89), intitolato *Il diritto naturale e la distinzione tra “fatti” e “valori”*.

²⁷ *Ibidem*, p. 49. Strauss parla di “nichilismo nobile” di Weber (cfr. *ibidem*, p. 56).

²⁸ *Ibidem*, *ivi*.

²⁹ *Ibidem*, p. 86.

³⁰ Il ruolo del fine nella filosofia di Spaemann è oggetto dell'ampio studio di M. AMORI intitolato *L'irriducibilità del fine: modernità, antropomorfismo ed etica nel pensiero di Robert Spaemann*, Guida, Napoli 2012.

³¹ Sulla percezione di un rapporto di continuità tra questi scritti si rimanda a R. SPAEMANN, *Über Gott und die Welt. Eine Autobiographie in Gesprächen*, Klett-Cotta, Stuttgart 2012, p. 138; trad. it. a cura di L. Allodi e G. Miranda, *Dio e il mondo. Un'autobiografia in forma di dialogo*, Cantagalli, Siena 2014, p. 145.

un principio unico, sotteso alla pluralità degli enti naturali, precluse la valorizzazione del movimento in quanto dato esperienziale interpretabile, al tempo stesso, come direzione finalizzata. Per questo, se si eccettua Anassagora ma con le dovute cautele interpretative, la filosofia greca arcaica si dimostrò restia a ragionare per fini e la sua eredità, raccolta da Platone e da Aristotele, impegnò soprattutto quest'ultimo nel tentativo di restituire integrità e consistenza ontologica ai reali e alle loro proprietà esperibili.

Di Platone, Spaemann ricostruisce la teoria del movimento sullo sfondo della dottrina delle idee. Se dei corpi mossi non si può acquisire una conoscenza stabile e immutabile, non per questo si cadrà nell'insensatezza cercando di descriverne il comportamento. Platone fu un "presocratico" nella misura in cui escluse il movimento dal sapere scientifico, ma si distanziò dai suoi predecessori quando collocò la spiegazione di tale fenomeno in un ambito intermedio tra scienza e non-scienza, in quel dominio della *doxa* dove prendono forma argomenti plausibili anziché dimostrativi in senso stretto, metaforicamente indeterminati anziché determinati con rigore. È a questo punto che, nella ricostruzione spaemanniana, intervengono la teleologia e la dottrina delle idee: l'una, infatti, avvicinando Platone e Aristotele, permette di intendere la suddetta spiegazione come tentativo di «"spiegare qualcosa in funzione del meglio", ossia dimostrare che qualcosa accade perché questo è il meglio»³²; l'altra, ristabilendo le distanze tra i due filosofi, esplicita in che cosa consista tale "meglio", ovvero nella partecipazione all'Idea del Bene, «causa costitutiva per cui le Idee strutturano il concreto»³³ e «fondamento della struttura universale di ogni cosa reale, del suo essere orientata a un "per amore di..."»³⁴. Dall'Idea del Bene, dall'affinità che la lega al Bello, dalla *methexis* dei reali a tale entità iperuranica, emergono i lineamenti di una teleologia platonica che Spaemann non esita a estendere dal mondo fisico al campo morale e politico. Che si tratti di movimento naturale o azione "per amore di", sempre è implicata la partecipazione a quel fine superiore che è il Bene.

Dalle conquiste speculative, così come dalle aporie, del pensiero platonico muove la tematizzazione aristotelica della teleologia. Il principio del movimento, la cui constatazione empirica non implica più alcun rimando a modelli iperuranici, è intrinseco ai *physei onta* e permette di interpretarne l'operare alla luce dei concetti di sostanza e *dynamis*, quest'ultima intesa come potenza orientata. Non basta, infatti, osserva Spaemann, che un movimento naturale presupponga un soggetto in trasformazione, né che la realizzazione del corredo di potenzialità si attui esclusivamente all'interno di tale sostanza, occorre anche che il proseguimento del movimento stesso fino alla sua conclusione sia garantito da una causa esterna. Quest'ultima, ossia il *telos* cui naturalmente tendono i *physei onta*, assume un preciso valore esplicativo, rende cioè intelligibile la "questione-del-perché" in ordine al divenire delle cose ancorandola all'esperienza di sé da parte del soggetto conoscente. Di qui il primato della causa finale:

«Il *telos* è per Aristotele la prima di tutte le cause. Se non riusciamo a considerare qualche cosa sotto questo aspetto, riferendola cioè in qualunque modo, positivo o negativo, a un "per amore di...", perderà

³² R. SPAEMANN-R. LÖW, *Natürliche Ziele*, ed. cit., p. 21; it., p. 56.

³³ *Ibidem*, p. 30; it., p. 67.

³⁴ *Ibidem*, ivi.

di significato il nostro interrogarci sulle sue cause; sarà infatti un che di indeterminato»³⁵.

Il carattere ontologico e la valenza conoscitiva del fine costituiscono le premesse per un passaggio ulteriore: se, infatti, ogni ente in natura persegue il proprio *bonum* conservandosi nell'essere, il fondamento dell'essere medesimo è il primo motore, l'atto puro e insieme il *telos* universale, ossia Dio. La teleologia immanente, i cui fini rientrano nel perimetro delle condizioni di autoconservazione, non è contraddetta da questa idea di teleologia trascendente, anzi, la congiunzione di entrambe le prospettive avviene in forza di un concetto di derivazione platonica: si tratta della *methexis*, cui Spaemann conferisce un particolare rilievo anche nel quadro della filosofia aristotelica. Ogni ente non è un puro tendere-a rispetto a fini naturali immanenti, ma, proprio nella dinamicità orientata alla conservazione di sé in quanto bene particolare, si rivela la partecipazione a quel bene universale che corrisponde al divino. L'ente naturale, dunque, è già di per sé rappresentazione e rimando simbolico a Dio, e il suo tendere parimenti naturale lo apre *naturaliter* alla trascendenza.

Sono questi i presupposti della sintesi operata da Tommaso d'Aquino tra aristotelismo e creazionismo ebraico-cristiano, in un'epoca che aveva conosciuto l'universalizzazione della teleologia, presso gli Stoici, in quanto comune appartenenza – *oikeiosis* – di ogni ente ad un cosmo finalisticamente ordinato. Per Tommaso, che, in aggiunta, si appropria della dottrina agostiniana del peccato come *recurvatio* del cuore dell'uomo in se stesso e deviazione dal tendere alla dimensione divina della *visio beatifica*, Dio è *causa finalis* come in Aristotele, ma è anche *causa efficiens* che ha liberamente creato il mondo. Ora, il mondo è costituito da finiti che, nella specifica modalità in cui rappresentano il divino, nel rimando simbolico a Dio, sono orientati a riprodurre l'immagine essendo ciò che per natura sono. L'*assimilari Deo* non implica, pertanto, un simultaneo dissolversi della natura, anzi, l'uomo, nel cui *telos* giunge al culmine il *telos* della natura stessa, si realizza in un incessante trascendersi, nell'inesauribilità del senso del suo essere alle sole condizioni di autoconservazione. E tuttavia, con l'apogeo di una teleologia innervata da questa matrice teologica, inizia a profilarsi una fase di inarrestabile declino che trova i suoi germi proprio in Tommaso e nella accentuazione della coscienza come spazio in cui, per operare, qualunque fine deve preliminarmente darsi.

La crisi del pensiero teleologico e il conseguente, irreversibile incrinarsi del rapporto di *oikeiosis*³⁶ tra individuo e natura si producono nella tarda Scolastica, quando il nominalismo di Buridano denuncia come ingiustificabile l'estensione analogica di aspirazioni e movimenti intenzionali, sperimentati dall'uomo, agli enti naturali e a Dio. All'interno dei *physei onta*, infatti, si dovrebbe postulare una coscienza in cui l'anticipazione del fine preceda la sua realizzazione volontaria, il che implicherebbe un'indebita antropomorfizzazione del naturale. Quanto al Creatore, similmente, ammettendo che nel suo operare valga la stessa distinzione che l'uomo riscontra tra intenzione potenziale e attuazione finalizzata, l'esito ultimo risulterebbe la deformazione, sempre in termini antropomorfi, dell'essenza di Dio e della sua perfezione.

³⁵ *Ibidem*, p. 54; it., pp. 99-100.

³⁶ Cfr. l'introduzione di L. ALLODI, *Lo stoicismo cristiano di Robert Spaemann*, nella trad. it. cit. di *Natürliche Ziele*, pp. 15-19.

Per evitare questo genere di empietà, non si può concedere né l'esistenza di fini naturali *in mente Dei*, che anche qualora presenti al di là della nostra intelligibilità resterebbero comunque esterni alla natura in quanto non potremmo verificarne l'operare, né di fini trascendenti che si attuano nella natura medesima, la quale, se così fosse, verrebbe divinizzata. Con Buridano e Ockham, «l'argomentazione contro la teleologia in quanto antropomorfismo», scrive Spaemann, «finisce per risolversi in un argomento teologico (l'interpretazione di Dio rappresentato come soggetto di un agire finalizzato è inadeguata) e in un argomento nominalista (al concetto di *finis* non corrisponde nulla nella realtà per noi conoscibile)»³⁷. Articolatasi nel contesto dei dibattiti teologici, la definalizzazione della natura si sarebbe consolidata attraverso il sopravvento del modello di causalità efficiente e la funzionalizzazione dell'operare degli enti naturali in rapporto alla loro autoconservazione.

La cifra che ha contraddistinto gli albori della scienza e della filosofia moderna, secondo una diagnosi che percorre il pensiero di Spaemann a partire dal saggio su Bonald, non è stata soltanto l'oblio del *telos*, il cui costitutivo rinviare oltre il singolo si è ridotto ad un ripiegamento sulle condizioni materiali di sopravvivenza, di conservazione dell'essere. Dopo il Medioevo si è aperta, infatti, anche la questione del declino dell'*oikeiosis* con la natura, degradata a pura exteriorità rispetto al polo soggettivo della coscienza che, data la sua posizione di preminenza, ha preteso di disporre a proprio piacimento. La pura materialità del naturale, opposta alla pura spiritualità della coscienza, diviene così il regno della sperimentazione, dello sfruttamento che tradisce ogni sensibilità ecologica, dell'esercizio di un dominio incontrastato su qualcosa che non è più avvertito come umano e che, quindi, ha perso ogni familiarità con l'uomo. Se si considera l'opinione di Bacone, che scredita la fecondità della riflessione teleologica abbassandola al rango di una vergine sterile, o si prende in esame il monismo spinoziano, che esclude a priori qualunque finalità trascendente e assegna l'essenza umana all'immanenza del *conatus essendi*, si deduce quanto, rispettivamente, il pensiero scientifico e la filosofia germinata dal solco del dualismo cartesiano abbiano ritenuto superfluo e arido ogni argomento che contravvenisse ad una rappresentazione causal-meccanica del mondo.

L'inversione della teleologia è un punto nodale cui rimandano anche le direttrici della critica spaemanniana alla contemporaneità: dalla concezione politica di destra e sinistra quali ipostatizzazioni ontologiche delle *disiecta membra* del pensare per fini, al radicalizzarsi della dialettica tra spiritualismo e naturalismo³⁸. Il paradigma della certezza e il sapere di dominio, che trova emblematica espressione nella subordinazione hobbesiana della conoscenza di qualcosa alla sua utilità pratica, relegano il *telos* alla sfera degli atti volontari dell'uomo, inclinando pericolosamente verso la deduzione onnicomprensiva tanto dell'umano, e dunque dell'etica e della politica, quanto del naturale dall'unico "universale" superstite: il principio di autoconservazione. L'accentuazione dell'utilità funzionale riconfigura i rapporti con le cose nei termini di un

³⁷ R. SPAEMANN-R. LÖW, *Natürliche Ziele*, ed. cit., p. 83; it., p. 139.

³⁸ Per un inquadramento di questo aspetto cruciale del pensiero di Spaemann, arricchito dal confronto con Paul Ricoeur e Joseph de Finance, si rinvia al primo capitolo di P.S. SABANGU, *Persona, natura e ragione. Robert Spaemann e la dialettica del naturalismo e dello spiritualismo*, trad. it. E. Bianchi, Armando Editore, Roma 2005.

servire funzionalmente ad altro. In questo modo, però, mutando in senso funzional-utilitaristico la relazione con la natura, e corrispondendo a tale mutamento un modello conoscitivo incentrato sulla certezza soggettiva, si perde la fattuale originarietà della vita che precede, in Spaemann, il concetto stesso di essere. Il filosofo berlinese è esplicito in merito al reciproco postularsi tra la vita e l'immagine antropomorficamente finalizzata della stessa:

«Non si dà alcun concetto adeguato di vita senza il ricorso a determinati concetti teleologici. Vivere significa mirare a qualcosa, aspirare a qualcosa, come minimo aspirare ad essere. Comprendere un essere vivente significa comprendere ciò verso cui tende»³⁹.

Del resto, anche Leibniz, che insieme a Wolff e a Kant percorse la via di una mediazione possibile tra teleologia e meccanica universale, riconducendo la prima alla costituzione interna delle monadi e la seconda al modo in cui la natura si presenta, dall'esterno, all'osservatore, riformulò la questione del movimento in questi termini: se esso poteva essere scomposto in una serie infinita di stati, offrendosi così alla comprensione della fisica matematizzata e alle regole del calcolo infinitesimale, il tentativo di preservarne l'unità fenomenica, per come appunto è attestata dall'esperienza, avrebbe richiesto un concetto, quello di *conatus*, che risultava a tutti gli effetti un antropomorfismo esattamente come quello di fine.

In Kant il discorso teleologico, dopo un'iniziale estromissione dalle condizioni di possibilità del sapere scientifico, riaffiora e si riafferma nella dinamica del giudizio riflettente e nella morale. Anzitutto, Spaemann passa sinteticamente in rassegna le forme di finalità descritte nella *Prima introduzione alla Critica del Giudizio*, poi si sofferma sugli scritti postumi completando il quadro di un'esposizione propedeutica all'introduzione dell'idealismo. L'ultimo Kant mostra di aver abbandonato l'indagine della dimensione morale della teleologia per tornare a concentrarsi sul tema dell'unità dell'esperienza: essa non dipende più soltanto dalla strutturazione categoriale dell'intelletto, ma risiede nell'"unità psicofisica del soggetto", e in questa nuova e più ampia dimensione il concetto di fine viene provvisto di un ancoraggio a priori, secondo Spaemann, «un ancoraggio all'esperienza di sé del soggetto come di colui che esperisce se stesso finalisticamente orientato al mondo, e questo finalisticamente orientato a lui»⁴⁰.

Fichte proseguirà questo progetto, perché tale rimase al termine della speculazione kantiana, nella direzione dell'interesse pratico dell'uomo per la libertà, concependo il mondo come un universo completamente e teleologicamente organizzato in cui il singolo si scopre sia come essere naturale sia, al contempo, libero. Dal finalismo in quanto componente imprescindibile della filosofia di Schelling, che afferma l'identità tra spirito e natura, si passa al sistema hegeliano, dove il fine, prima ancora di essere declinato nei suoi significati storici e culturali, è il momento in cui si supera la distinzione tra soggetto e oggetto, è il Concetto entrato in una libera forma di esistenza.

³⁹ R. SPAEMANN, *Die zwei Interessen der Vernunft*, in ID., *Über Gott und die Welt. Eine Autobiographie in Gesprächen*, ed. cit., p. 335; trad. it. L. Allodi, *I due interessi della ragione*, in ID., *Dio e il mondo. Un'autobiografia in forma di dialogo*, ed. cit., p. 324.

⁴⁰ R. SPAEMANN-R. LÖW, *Natürliche Ziele*, ed. cit., p. 120; it., p. 187.

3. *Dall'antiteleologismo della scienza naturale alla riscoperta della teleologia*

Secondo Spaemann, nel corso del XIX secolo, il pensiero teleologico occidentale conosce in pari tempo la sua radicalizzazione e la sua distruzione almeno nei termini della “teleologia della conservazione”, che egli collega a quella “ontologia borghese” approfondita magistralmente nel volume su Fénelon. L’espansione e l’istituzionalizzazione delle scienze naturali, il loro deliberato pragmatismo e a-teleologismo in un quadro di enormi successi tecnici ed economici sono alla base di questo processo. In particolare, Nietzsche e Schopenhauer, dice Spaemann, hanno saputo svelare i limiti di questa “ontologia dell’autoconservazione”. Per Schopenhauer questa “autoconservazione”, questo *telos* «è in sé cattivo, un assurdo aspirare»⁴¹. «Per Schopenhauer [...] non vi è alcun motivo razionale per conservare un determinato essere finito»⁴², La volontà di conservazione è senza fondamento, dal momento che vivere è soffrire. La volontà, osserva Spaemann, in Schopenhauer «prende il posto di Dio, ma, come nello gnosticismo dei tempi del cristianesimo primitivo, si tratta di un dio cattivo»⁴³.

Il vero punto di svolta che determina la crisi dell’antiteleologismo corrisponde al pensiero di Nietzsche. Richiamando Heidegger, Spaemann mostra come Nietzsche conduca coerentemente alla sua fine (“alla sua brutta fine”) non solo la metafisica occidentale, ma la stessa teleologia, «dal momento che, col ritorno al pensiero presocratico, Nietzsche propone un completo svuotamento del mondo per quanto riguarda senso, scopo e fine»⁴⁴.

Ma quel che accade in Nietzsche, dice Spaemann, ha un esito paradossale:

«Nella simultanea accettazione della metafisica della volontà di Schopenhauer, questo radicale antiteleologismo diventa paradossale: la fine di ogni teleologia è l’inizio di una nuova teleologia ateleologica»⁴⁵.

Nietzsche critica la teleologia dell’auto-conservazione ma il suo “antiteleologismo” è rimasto, in verità, sul piano della teleologia. Non esiste per Nietzsche nessuno “stato di fatto”, alcun “fatto in sé”. In ogni fisica si insinua una metafisica nascosta.

Nel corso del XIX secolo, sempre più la riflessione filosofica e biologica tende a spogliare, dice Spaemann,

«gli organismi, in quanto individui e in quanto specie, del loro carattere unico e irripetibile: il fatto cioè che, in quanto unità in sé finalistiche, essi rinviassero ancora al loro Creatore [...]. Divennero effetti casuali di un casuale accadere, “regolato” soltanto dal macro-principio ateleologico della selezione»⁴⁶.

⁴¹ *Ibidem*, p. 161; it., p. 239.

⁴² *Ibidem*, *ivi*.

⁴³ *Ibidem*, p. 163; it., p. 241.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 163; it., p. 242; cfr. anche le pp. seguenti.

⁴⁵ *Ibidem*, *ivi*.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 177; it., p. 260.

In particolare Darwin ha bandito dalla biologia ogni “spiegazione” teleologica come non scientifica, anche se, in realtà, nelle spiegazioni darwiniane si parla «continuamente di utilità, di appropriatezza, di adattamento, di funzione, etc. impiegando un lessico assolutamente teleologico»⁴⁷. Siamo di fronte ad un “finalismo senza fine”, reintrodotta attraverso la nozione di “teleonomia”, e cioè, come dice Spaemann attraverso un vero e proprio gioco di prestigio intellettuale:

«Con l'introduzione della teleonomia la biologia riconquista la libertà dell'antico parlare “teleologico” godendo allo stesso tempo di tutti i vantaggi di questo modo di procedere, soprattutto i vantaggi di tipo euristico»⁴⁸.

Così Spaemann giunge a questa conclusione:

«Se quella che è stata annientata era realmente teleologia, allora con essa sono deceduti tutti gli ospiti in lutto e i suoi autonominati eredi. Ma dal momento che l'autopsia ci svela che quanto portato nella tomba non era “teleologia”, bensì una sua debole caricatura, la teleologia prenderà posto all'estremità del tavolo del suo banchetto funebre e, come è sempre stato nella sua natura, essa servirà un lauto pranzo tanto ai suoi persecutori quanto ai suoi sostenitori»⁴⁹.

La teoria dell'evoluzione afferma come definitiva l'eliminazione del pensiero teleologico, ma in realtà cade in una “circularità argomentativa”: «Il più forte sopravvive, ma il più forte per che cosa? Per sopravvivere»⁵⁰.

Sul piano morale, si tratta di un esito del tutto nichilistico: se la coscienza è ridotta a una macchina per la sopravvivenza, il mondo ridotto a pura fatticità “non conosce dovere”. Con Dawkins si dovrebbe dire: «Un bambino non dovrebbe lasciarsi sfuggire nessuna occasione per ingannare... mentire, imbrogliare, sfruttare...»⁵¹. Infatti «*dovere* significa soltanto che la selezione naturale mirerà a favorire i bambini che agiscono così»⁵².

Nella riscoperta del pensiero teleologico, Spaemann assegna un particolare ruolo alla riflessione che nel XX secolo è stata riservata al “carattere simbolico della lingua”:

«La lingua rappresenta anche la fondamentale obiezione contro la tesi della mera materialità del mondo e del programma evolucionistico. Essa è il *medium* nel quale appare primariamente il significato, e nel quale i fatti in modo irriducibile e incessante, per esempio le oscillazioni del tono, non si presentano semplicemente come tali, ma significano qualcosa, stanno come simboli per qualcosa che presuppone un destinatario, qualcuno che è in grado di comprendere»⁵³.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 181; it., pp. 264-265.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 182; it., p. 266.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 197; it., pp. 287-288.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 199; it., p. 290.

⁵¹ *Ibidem*, p. 215; it., p. 312.

⁵² *Ibidem*, *ivi*.

⁵³ *Ibidem*, pp. 222-223; it., p. 324.

4. *Conclusione: la necessità del pensiero teleologico*

Spaemann, in conclusione, si domanda: quali conseguenze hanno, per la nostra comprensione del mondo, il pensiero teleologico o quello non teleologico? In primo luogo, una risposta sensata a questa domanda è che il primo serve a comprendere. Infatti, per rendere familiare e abitabile il mondo dell'uomo, «l'interpretazione teleologica di eventi è indispensabile quando si tratta di manifestazioni o azioni di uomini, con i quali entriamo in una comunicazione linguistica»⁵⁴. In secondo luogo, lo *scire per fines* concorre alla comprensione tanto dell'agire proprio quanto di quello altrui: «La nostra primaria esperienza del mondo è innanzitutto teleologica. Noi sperimentiamo gli esseri umani come nostri pari in quanto agenti e non come esseri determinati in modo causale»⁵⁵. Poiché, dunque, ogni interpretazione intenzionalmente definalizzata manca l'obiettivo di garantire all'uomo l'accesso ad una conoscenza vitale della vita, sottoponendo surrettiziamente i fenomeni naturali – al pari dell'uomo stesso – alle più diversificate forme di riduzionismo, non resta che trarre un bilancio definitivo: qualunque programma di definalizzazione risulta costitutivamente incompleto ed è perfino già, in se stesso, uno sforzo orientato verso uno scopo, quindi si autocontraddice, secondo Spaemann, prima ancora di manifestare il suo potenziale esplicativo. Sul quale, comunque, continuerà a gravare, inesorabile, la perdita del fenomenico. «Se l'intenzionalità dell'azione umana», rafforza l'autore, «cade vittima del riduzionismo antiteleologico, allora ogni teoria cadrà vittima di esso come autofraintendimento sistematico, inclusa la teoria riduzionistica»⁵⁶. Anche la statistica, spesso impiegata per demarcare il confine tra normale e patologico, rivela il suo carattere parziale e unilaterale. Non riesce, in altri termini, a rendere ragione della vitalità di ciò che si prefigge di descrivere. Per parlare di “patologico”, infatti, argomenta Spaemann in margine alla sua presentazione di Aristotele in *Natürliche Ziele*, non basta costruire una nozione di normalità su base statistica. Perché sia chiara la deviazione, occorre presupporre una normalità teleologicamente costituita, e solo allora il semplice dato percentuale potrà essere superato in nome di una considerazione del reale veramente comprendente e non meramente dominante. Infatti, come afferma richiamando *Erkenntnis und Arbeit*⁵⁷ di Scheler, la ragione ha anche altri interessi. Il dominio della natura non è l'unico né il più alto fine dell'uomo.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 230; it., pp. 333-334.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 234; it, p. 339.

⁵⁶ Cfr. R. SPAEMANN, *Die Unvollendbarkeit der Entfinalisierung*, in J. FOLLON-J. MC EVOY (ED.), *Finalité et intentionnalité. Doctrine thomiste et perspectives modernes. Actes du Colloque de Louvain-la-Neuve et Louvain 21-23 mai 1990*, Vrin-Peeters, Paris-Louvain 1992, p. 322; trad. it. N. Scotti-Muth, *L'incompiutezza della definalizzazione. Si può fare a meno del finalismo?*, in “Rivista di Filosofia Neo-Scolastica”, 96 (4/2004), p. 755.

⁵⁷ Cfr. M. SCHELER, *Conoscenza e lavoro. Uno studio sul valore e sui limiti del motivo pragmatico nella conoscenza del mondo*, trad. it. L. Allodi, Franco Angeli, Milano 1997. Per quanto riguarda il tema affrontato in questo intervento, val la pena di richiamare T. BUCHHEIM-R. SCHÖNBERGER-W. SCHWEIDLER (a cura di), *Die Normativität des Wirklichen*, Klett-Cotta, Stuttgart 2002 (volume collettaneo pubblicato in onore di R. Spaemann per i suoi 75 anni, con rilevanti contributi, fra gli altri, di R. Brague, P. Ricoeur e J.L. Marion). Nel contesto italiano si segnala S. BELARDINELLI, *La normalità e l'eccezione: il ritorno della natura nella cultura contemporanea*, Rubbettino, Soveria Manelli 2002.

Una tale concezione, condotta alle estreme conseguenze, produrrebbe effetti fatali: ridurrebbe l'esistenza umana a mezzo il cui scopo è la conservazione, e proprio in questo risiede l'essenza del nichilismo. Altri interessi della ragione consentono, invece, di intravedere nella realtà la sua cifra normativa, e così i limiti del riduzionismo o del nominalismo con cui, da una parte Durkheim e dall'altra Weber, hanno potuto pensare le categorie di "normale" e "patologico" sganciate da quella domanda intorno all'Assoluto che determina lo status ontologico della teleologia. E che essi hanno cercato, inutilmente e invano, in due "assoluti" che assoluti non si sono rivelati, se non con effetti perversi: la società e la scienza⁵⁸.

⁵⁸ Il presente articolo è stato scritto da L. Allodi per i paragrafi 1 (pp. 105-111), 3 (pp. 116-117) e 4 (pp. 118-119), da G. Miranda per il paragrafo 2 (pp. 111-115).

Giovanni Isetta

ALZHEIMER E PLASTICITÀ.
RIPENSARE LA NATURA DELLE NEURODEGENERAZIONI

Abstract

Demographic and epidemiological statistics show that the progressive ageing of the population and the increase of the many diseases linked to it are one of the most urgent problems of the Western world. In fact, the progressive increase of expectation of the life span gives birth to new shapes, new languages and dynamics of subjectivity. These new developments are still a prerogative of medical, psychological, and neuroscientific research. Philosophy should pay more attention to this existential form, not only because of the sense of urgency that accompanies the issue but also because of the important theoretic implications that arise from it. Catherine Malabou's work on the concept of plasticity is a first step in this direction, recognizing the work of the negative and its peculiar way of formation in neurodegenerative diseases. In this essay, I show how the connection between the concept of plasticity and the Alzheimer's disease permits to rethink the concept of nature.

1. *Caratteri generali*

Ripensare i concetti di *natura*, *normalità* e *salute* attraverso quello di *patologia* sembra un lavoro impossibile da effettuare in poche pagine a causa dei molteplici significati in gioco e della lunga tradizione nella riflessione filosofica e scientifica di questi concetti. Per questo motivo prenderò in considerazione in particolare il concetto di *natura* sviluppandolo all'interno di una *patologia* specifica: la malattia di Alzheimer. Questa patologia è legata ad una delle principali sfide nella sanità pubblica e privata contemporanea: l'invecchiamento. L'importanza dell'invecchiamento della popolazione non si limita ormai solamente ai mutamenti interni all'ambito sociale, economico e sanitario. Le profonde trasformazioni del corpo, la prossimità con la morte e la fragilità di un soggetto che può perdere totalmente se stesso nella demenza, sono solo alcune delle questioni che una società sempre più longeva pone e a cui la scienza cerca di dare risposta: da un lato le riflessioni della bioetica sul fine vita, la ricerca scientifica sulle cellule staminali e su efficaci terapie per le malattie neurodegenerative, dall'altro le nuove tecnologie che ci portano ad immaginare un futuro in cui saremo tutti centenari, dotati di efficienti organi artificiali.

In questo scenario, una delle motivazioni che guidano la ricerca sull'invecchiamento è l'impulso di considerare la vecchiaia come una malattia. Un'idea chiara nell'affermazione del biogerontologo inglese Aubrey de Grey, fondatore del progetto SENS¹, per il quale

«la sconfitta dell'invecchiamento comporterà la progressiva eliminazione di questo periodo, rinviando la vecchiaia a tempo indeterminato, sperando che le persone non la raggiungano. Di conseguenza, cesserà di esistere quella porzione della popolazione che si troverà ad essere malata e debilitata a causa dell'età e quindi [...] non vi parlerò solamente dell'estensione della vita, ma anche dell'eliminazione di quella quantità incalcolabile di sofferenza e di dolore che l'invecchiamento riversa su ognuno di noi e sui nostri cari»².

Ne emerge un'immagine della vecchiaia rappresentata unicamente come declino fisico e mentale a discapito dei molteplici interrogativi e aspetti caratteristici dell'età avanzata.

L'invecchiamento non deve essere considerato soltanto come un fatto biologico ma anche culturale. Ne sono testimonianza le numerose riflessioni che, da Cicerone a Norberto Bobbio, vedono in questa tarda età una portatrice di profondi significati esistenziali. Lo dimostra inoltre l'importante produzione artistica che, fin dalle tragedie antiche, ha saputo evocare la vecchiaia come, usando le parole di James Hillman, «una necessità della condizione umana»³ e una qualità dell'essere che noi tutti siamo.

Ripensare i concetti di *natura*, *normalità* e *salute* attraverso l'Alzheimer, la *patologia* che più di ogni altra ai giorni nostri viene percepita come destino ultimo dell'invecchiamento, è una sfida a cui la filosofia ha la responsabilità di partecipare se è vero, come ci indica James Hillman, che «la patologia principale della vecchiaia è l'idea che ne abbiamo»⁴. Compito che si rileva ancora più importante se, come ci ricorda Simone de Beauvoir «nell'avvenire che ci aspetta è in gioco il senso della nostra vita; non sappiamo chi siamo, se ignoriamo chi saremo: dobbiamo riconoscerci in quel vecchio, in quella vecchia; è necessario, se vogliamo assumere nella sua totalità la nostra condizione umana»⁵.

2. Alzheimer

Auguste Deter fu internata nell'istituto psichiatrico di Francoforte sul Meno il 25 novembre 1901. Secondo il medico curante la debolezza di memoria, l'insonnia, le manie di persecuzione, l'incapacità di lavorare e di pensare che affliggevano la donna da molto tempo necessitavano di cure psichiatriche. Il direttore dell'istituto affidò la paziente alle cure del medico Alois Alzheimer che dal 1896 era capo reparto di quella clinica. L'insolito caso di Auguste, donna di cinquantun anni, incuriosì fin da subito lo sguardo del medico tedesco che seguì con particolare attenzione la paziente e diede inizio ad uno dei più importanti percorsi di studio sulle patologie del cervello.

Nonostante siano passati più di cent'anni dalle ricerche di Alzheimer

¹ Strategies for Engineered Negligible Senescence.

² A. DE GREY-M. RAE, *La fine dell'invecchiamento. Come la scienza potrà esaudire il sogno dell'eterna giovinezza*, trad. it. A. Mazzocato e Longevity Alliance Italia, D Editore, Roma 2016, p. 69.

³ J. HILLMAN, *La forza del carattere*, trad. it. A. Bottini, Adelphi, Milano 2000, p. 11.

⁴ *Ibidem*, p. 20.

⁵ S. DE BEAUVOIR, *La terza età*, trad.it. B. Fonzi, Einaudi, Torino 2002, p. 15.

«per questa forma di demenza non c'è ancora un'etiologia ben definita, né una cura efficace, anche se l'attuale impegno della ricerca internazionale è fermamente indirizzato a risolvere questi fondamentali aspetti della malattia. Ciò che di questa patologia conosciamo oggi è un "intreccio" di saperi che hanno contribuito a delineare quello che è uno dei più importanti problemi sanitari, sociali e una delle principali cause di morte nel mondo»⁶.

La malattia di Alzheimer è una patologia degenerativa del sistema nervoso i cui sintomi principali possono essere identificati dai disturbi della memoria, da deficit cognitivi delle funzioni del linguaggio, dalla perdita dell'orientamento visuo-spaziale e temporale, dalla difficoltà di riconoscimento di oggetti e persone. Da un punto di vista neuropatologico si caratterizza per un'atrofia cerebrale e per la presenza di cumuli proteici non degradabili, detti placche senili, e la costituzione di gomitoli neurofibrillari. Questi processi portano ad un deterioramento irreversibile delle funzioni mentali superiori fino alla conseguente incapacità del malato di relazionarsi con le persone e l'ambiente che lo circondano. Ne risulta un quadro patologico complesso e devastante che non si limita solamente alla condizione del malato. Le problematiche che insorgono nell'assistenza quotidiana a chi soffre di Alzheimer sono molto complesse e logoranti e ne vengono colpiti, in primo luogo, i familiari. L'attuale scenario risulta ulteriormente aggravato se consideriamo che

«in passato la famiglia e le comunità locali erano strutturate in modo tale da mitigare condizioni anche gravi di disagio e di malattia senza che al loro interno si verificassero squilibri vari. Invece, nella società contemporanea, la presenza di un malato cronico, che necessita di un'assistenza protratta nel tempo, viene a coincidere con l'attuale crisi dei nuclei familiari e sociali»⁷.

Inoltre, la carenza di servizi assistenziali istituzionalizzati, gli alti oneri economici, la necessità di una sorveglianza lungo tutto l'arco della giornata e il conseguente rischio di isolamento sociale, affaticamento e tensione emotiva possono comportare l'ammalarsi del *caregiver* familiare. La possibilità di andare incontro ad un grave impoverimento emozionale, economico e relazionale può avere effetti devastanti sul senso della vita di chi si trova impegnato in un'assistenza che, troppo spesso, fatica a comprendere. Pensiamo ad un figlio che assiste il padre o la madre che non lo riconoscono più e sono diventati come un estraneo che ha abitato e abita non solo uno spazio ma anche un tempo comune, a volte una vita intera.

Nonostante la complessità delle problematiche faccia emergere questioni filosofiche rilevanti, la produzione di conoscenza che riguarda l'Alzheimer rimane sostanzialmente prerogativa della ricerca medica, psicologica e neuroscientifica. Per questo motivo ritengo che la filosofia debba iniziare a rivolgere il proprio sguardo critico verso questa forma esistenziale, non solo per l'urgenza imposta ma anche per le importanti implicazioni teoretiche sollevate da essa. Ne dà chiara testimonianza una delle massime filosofe francesi contemporanee, Catherine Malabou, che nella sua esperienza personale

⁶ M. BORRI, *Storia della malattia di Alzheimer*, il Mulino, Bologna 2012, p. 26.

⁷ F.N. GASPA, *Il corpo, la vecchiaia, la malattia. Uno sguardo antropologico sull'Alzheimer*, Carocci, Roma 2011, p. 147.

si è scontrata duramente con l'«épreuve de dépersonnalisation de [sa] grand-mère opérée par la maladie d'Alzheimer»⁸. Malabou ci informa inoltre che

«force m'avait été de constater, à l'époque de la maladie de ma grand-mère, que l'unité hospitalière où elle se trouvait ne proposait aucune aide psychothérapeutique. Les patients de ce service de gériatrie n'étaient certes pas maltraités, mais il était clair qu'on ne les considérait justement plus comme des sujets doués de psychisme et que personne n'aurait été à même de répondre à leur désarroi autrement qu'en les assommant de médicaments. Quant à moi, à nous, les membres de ma famille, nous ne savions pas comment nous comporter. Nous nous asseyions dans la chambre, effarés, sans comprendre»⁹.

La difficoltà di comprendere questo nuovo soggetto sta anche, e Malabou lo dichiara esplicitamente, nell'incapacità degli studi affrontati da lei fino a quel momento di aiutarla: «mais je savais rien et mes livres ne m'ont été d'aucun secours. La philosophie, plus encore que la psychanalyse, était muette»¹⁰. L'impegno di Malabou nell'abbattere questo silenzio e nel porre in primo piano questa forma patologica nella ricerca filosofica trova la massima espressione nell'elaborazione del concetto di *plasticità*. Ritenendo questa ricerca un contributo fondamentale al ripensamento della *natura* dei processi organici alla base del funzionamento del cervello e delle sue degenerazioni, i prossimi paragrafi saranno dedicati ad un suo approfondimento.

3. *Plasticità*

Nel malato di Alzheimer qualcosa sembra incepparsi nel *naturale* processo di funzionamento del cervello. La sua capacità di cambiare nel tempo e riorganizzarsi condizionato dall'esperienza, dall'apprendimento, dà l'impressione di scomparire. In altre parole, il decorso della malattia sembra compromettere irrimediabilmente la *plasticità neuronale*. Raramente viene presa in considerazione la possibilità che un'altra *plasticità* prenda il posto di quella avuta fino a quel momento.

Il contributo di Catherine Malabou sul concetto di *plasticità* è di primaria importanza se consideriamo che con la scoperta, all'interno delle neuroscienze, della *plasticità neuronale* si è andati verso una ridefinizione di tutte quelle questioni che trattano dell'io, della coscienza, dell'individualità, dell'etica, dell'agire umano individuale e collettivo. Come fanno notare François Ansermet e Pierre Magistretti,

«la plasticità ci introduce a una nuova visione del cervello, che non può più essere visto come un organo cristallizzato, determinato e determinante una volta per tutte. Non può più essere considerato come un'organizzazione definita e immutabile di reti di neuroni, in cui le connessioni si stabiliscano in maniera definitiva alla fine del periodo di sviluppo precoce, determinando una sorta di rigidità nell'elaborazione delle informazioni. La plasticità dimostra che la rete neurale resta aperta al

⁸ C. MALABOU, *Le nouveaux blessés. De Freud à la neurologie: penser les traumas contemporains*, Bayard, Paris 2007, p. 10.

⁹ *Ibidem*, pp. 12-13.

¹⁰ *Ibidem*, ivi.

cambiamento, al contingente, modulabile ad opera degli eventi e delle potenzialità dell'esperienza, che possono sempre modificarne lo stato»¹¹.

La *plasticità* è un termine che nasce all'interno del dominio dell'estetica con il quale si intende la capacità di un oggetto di ricevere forma e di donare forma. A questo primo punto, che possiamo identificare con il sorgere della forma, va aggiunto il suo opposto, l'annientamento di tutte le forme, caratteristica quest'ultima dell'esplosivo denominato plastico. Dallo sviluppo concettuale di quest'ultimo deriverà quella che Catherine Malabou chiama plasticità distruttrice e che sarà alla base di quell'ontologia dell'accidente indirizzata alla comprensione delle nuove forme di traumatismo contemporaneo come la malattia di Alzheimer.

Da un punto di vista etimologico va ricordato che in greco il verbo *plassein* (πλάσσειν), da cui deriva il latino *plasmare*, significa modellare la cera o l'argilla, mentre in Platone troviamo *plassein* che si oppone a *graphein* (disegnare, dipingere). Si hanno così due prime opposizioni: modellare (argilla o cera), scolpire (materiale duro) e disegnare o dipingere (*graphein*). L'evoluzione successiva dei termini porterà *plassein* verso un senso figurato: non più solo il modellare una materia ma anche l'anima e, di conseguenza, l'intenzione che precede la realizzazione dell'opera. Questo significato si riverserà nel latino *figere*, inteso come figurare, figura, e finzione. L'iniziale senso che rimanda al modellare l'argilla si estende a un ambito psichico e morale. Tale varietà di significati può far comprendere come il termine Πλαστικός può passare dall'intendere il modellare o lo scolpire una materia al formare un'anima. Appare da questa breve panoramica la complessità che fin dagli inizi è insita in questo termine: modellare, scolpire, formare, educare, figurare, fingere, cambiare, resistere.

Ora diamo uno sguardo alla definizione italiana prendendo come riferimento l'enciclopedia Treccani. *Plasticità* deriva da plastico. Plastico deriva dal termine latino *plasticus* e dal greco Πλαστικός e significa ciò che plasma, che ha la capacità di modellare. In particolare, si riferisce:

- a) All'arte plastica: specifica la capacità di creare una forma insita nelle arti.
- b) Alla chirurgia plastica: pratica chirurgica che ha lo scopo di ricostruire tessuti a scopo funzionale o estetico.
- c) Agli alimenti plastici: in fisiologia identificano i fattori nutritivi che l'organismo può utilizzare per la formazione e ricostruzione dei propri tessuti.
- d) Agli esplosivi plastici: materiali ottenuti mescolando sostanze esplosive con cera, vaselina, oli lubrificanti ecc. così che acquistino la capacità d'essere modellati e possano essere inseriti facilmente in qualsiasi forma e superficie.
- e) All'uso nell'ambito tecnico che specifica particolari deformazioni permanenti che danno luogo a una variazione di forma del materiale che le subisce ma non comportano rotture o disgregazioni.

Da questi significati di plastico derivano cinque modi d'intendere la plasticità:

¹¹ F. ANSERMET-P. MAGISTRETTI, *A ciascuno il suo cervello: plasticità neurale e inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 2008, p. 17.

- a) Nel linguaggio tecnico indica la proprietà di un materiale solido di deformarsi plasticamente, cioè cambiare di forma in modo permanente.
- b) In embriologia sperimentale si riferisce alla capacità di una parte dell'uovo o dell'embrione di evolversi diversamente dal proprio destino quando sottoposto a nuove condizioni sperimentali (ad es. trapianti), ciò prende anche il nome di indeterminazione.
- c) In neurofisiologia, la capacità di adattamento del sistema nervoso alle mutevoli condizioni interne ed esterne, che consente il ripristino parziale di una funzione perduta.
- d) Nell'arte figurativa è il valore essenzialmente scultorio dell'opera stessa, cioè l'impressione di rilievo suggerita.
- e) In senso figurato indica l'attitudine del carattere umano d'essere plasmato dall'educazione e dagli eventi, può essere intesa anche come adattamento.

Da questo elenco si può notare immediatamente come l'arte e la tecnica (meccanica e medica) identificano l'ambito della plasticità limitandola all'aspetto del sorgere della forma (nella doppia accezione di ricevere e donare): nell'atto creativo (arti figurative), nell'atto del cambiamento permanente (nel linguaggio tecnico, in embriologia), nella possibilità di recupero (in chirurgia, fisiologia e neurofisiologia), nell'adattamento del carattere umano (in senso figurato). L'aspetto distruttivo insito in questo concetto appare quindi poco considerato. Ciò permette di iniziare a scorgere la portata innovativa dell'analisi di Catherine Malabou che costruisce il concetto di plasticità evidenziando l'importanza del potenziale distruttivo insito in esso.

4. *Distruzione*

L'emergere del potenziale negativo della *plasticità* diviene fondamentale per il riconoscimento di quelle forme che, nella concezione tradizionale, vengono identificate come deformazione, scarto, degenerazione del naturale processo di formazione plastico.

Da questo punto di vista la malattia di Alzheimer è emblematica per vari motivi: è una diretta conseguenza della *plasticità distruttrice*, il suo nome è così connesso alla degenerazione cerebrale legata all'invecchiamento da fare dell'Alzheimer una delle più importanti malattie neurodegenerative di quest'epoca (al di là dell'effettiva realtà epidemiologica), le sue implicazioni in campo economico sono enormi (si pensi, ad esempio, alla ricerca farmacologica e all'assistenza sanitaria), la vastità delle sue conseguenze va ben al di là del solo soggetto malato a causa di una trasformazione di tutti i rapporti umani, nel nuovo soggetto avviene una metamorfosi radicale della memoria, dell'identità, degli affetti, dell'emotività, dei riconoscimenti ecc. Ma non si tratta solamente di far emergere questa complessità per compiere una liberazione dall'etichetta della malattia e un riconoscimento di essere umani e non di dementi nel tentativo di formare un modello epistemologico alternativo. Come fa notare Matteo Borri,

«L'interpretazione biomedica che corrisponde alla medicalizzazione dell'Alzheimer, trascina dunque il paziente nella zona d'ombra di problemi irrisolti, ne fa un fantasma e gli toglie ogni speranza. Un modello epistemologico alternativo, come quello proposto dall'OMS, colloca invece il problema della malattia di Alzheimer in un contesto più ampio, assumendo come oggetto di studio anche gli aspetti psicologici e sociali. Un modello più complesso, dunque, che tende ad affiancare alla psichiatria neuroscientifica la psichiatria dinamica (nata nel ventesimo secolo) che fino a tempi molto recenti non ha interagito positivamente con la visione biologica. La prospettiva di studio psicodinamico e relazionale indirizza la storia della malattia di Alzheimer verso nuove strade conoscitive centrate sul tempo dell'individuo. La comprensione della storia naturale della malattia si concretizzerà nelle storie degli individui che vivranno un invecchiamento accolto come una vera realtà personale, anche se di tipo Alzheimer. Questa però è un'altra storia, ancora da costruire e documentare»¹².

Da queste considerazioni di Borri emerge da un lato la complessità della malattia che richiede oramai un rapporto interdisciplinare fra i vari campi del sapere e dall'altro la necessità di una nuova prospettiva che permetta il riconoscimento del malato di Alzheimer non come un essere umano a cui si è inceppato qualcosa nel cervello ma come una persona che vive una *natura* radicalmente nuova.

L'operazione intrapresa da Malabou si è fatta carico di questa necessità, certo, non lavorando direttamente sulla malattia e ciò che le sta intorno ma andando più in profondità, interpretando filosoficamente i concetti fondamentali (accidente, distruzione, metamorfosi) emersi da queste nuove forme di soggettività e mantenendo stretti rapporti con i saperi prodotti dalle scienze.

Ecco che far entrare con pari diritto nella concezione della *plasticità* il ricevere, il donare e la distruzione ha come conseguenza il riconoscere tutto ciò che trova nel lavoro del negativo il suo principio.

Secondo Malabou non è più possibile limitare l'idea di esistenza ad un progressivo mutamento che ha lo scopo di formare e mantenere un'identità che permetta ad ogni singolo uomo di essere se stesso, di riconoscersi e d'essere riconosciuto. Questa concezione lascia nell'ombra il potere distruttivo della *plasticità* che, come dimostrato dai traumatismi contemporanei, ci pone di fronte ad individui che non sono più ciò che erano. Come ci ricorda la filosofa francese, «un être nouveau vient au monde une seconde fois, venu d'une tranchée profonde ouverte dans la biographie»¹³. Non tenere conto di questo potenziale negativo significa dimenticare come il formare plastico avvenga necessariamente sia costruendo che distruggendo. La stessa plasticità neurale si modula su potenziamenti a lungo termine delle sinapsi e sulla loro controparte, su depotenziamenti a lungo termine: «la construction est donc contrebalancée par une forme de destruction [...] le fait que toute création ne puisse voir lieu qu'au prix d'une contrepartie destructrice est une loi fondamentale de la vie. Elle ne contredit pas la vis mais plutôt la rend possible»¹⁴.

L'aspetto più originale di questo pensiero, come è stato accennato, sta nel fatto che una tale caratterizzazione non rientra nel significato che tradizionalmente viene dato alla *plasticità*:

«En science, en médecine, en art, dans le domaine de l'éducation, l'usage que l'on fait du terme "plasticité" est toujours positive. Il désigne un équilibre entre la réception et la donation de forme. La plasticité est conçue

¹² M. BORRI, *Storia della malattia di Alzheimer*, il Mulino, Bologna 2012, pp. 172-173.

¹³ C. MALABOU, *Ontologie de l'accident. Essai sur la plasticité destructrice*, Léo Scheer, Paris 2009, p. 10.

¹⁴ *Ibidem*, p. 11.

comme une sorte de travail de sculpture naturel qui forme notre identité, laquelle se modèle avec l'expérience et fait de nous les sujets d'une histoire, d'une histoire singulière, reconnaissable, identifiable, avec ses événements, ses blancs, son futur. Il ne viendrait à l'idée de personne d'entendre sous la formule de "plasticité cérébrale" par exemple le travail négatif de la destruction (destruction qui opère après tant de lésions cérébrales et de traumatismes divers). La déformation des connexions neuronales, la rupture des liaisons cérébrales ne sont pas considérées en neurologie comme des cas de plasticité»¹⁵.

In questo senso il lavoro compiuto da Malabou permette di riconoscere ed accedere a quelle forme che tradizionalmente vengono ritenute scarti, mera degenerazione del formare plastico. Questo oblio non è una casualità ma una conseguenza della concezione del cambiamento presente in occidente:

«Dans l'imaginaire occidental, force est de le remarquer, la métamorphose est rarement présentée comme une réelle et totale déviation de l'être [...]. En effet, ce n'est que la forme extérieure de l'être qui change, jamais sa nature. L'être demeure ce qu'il est au sein du changement même. Le présumé substantialiste est le compagnon de route de la métamorphose occidentale. La forme se transforme, la substance demeure»¹⁶.

Questa concezione si posa su un'idea di metamorfosi come ciclo di forme che completato ritorna al punto di partenza e viene riscontrata da Malabou all'interno della mitologia greca, in particolare nel polimorfismo degli dei che, per quante trasformazioni del loro aspetto attuino, ripristinano ogni volta la loro forma originaria. La *plasticità* non permette una tale possibilità, in essa dimora un potenziale infinito di forme che trova completamente solo nella morte dell'individuo. Si pensi all'immagine del marmo che una volta scolpito non permette di ritornare alla forma precedente, ogni colpo dello scalpello porta con sé una forma nuova.

Una differenza ulteriore viene riscontrata nella tendenza delle metamorfosi antiche di attuarsi principalmente per permettere una fuga, «lorsque Daphné, par exemple, est poursuivie par Phoebus et ne peut courir assez vite, elle se change en arbre»¹⁷. Non è questa la motivazione che sottostà al cambiamento plastico, in esso nessuna fuga è possibile in quanto non sussiste nessun fuori, nessuna forma esterna a cui fare affidamento, ci si trova di fronte ad un vuoto in cui l'unica possibilità è quella di creare una *forma di fuga*:

«la plasticité destructrice rend possible l'apparition ou la formation de l'altérité là où l'autre manque absolument. La plasticité est la forme de l'altérité là où fait défaut toute transcendance, de fuite ou d'évasion. Le seul autre qui existe alors, c'est l'être autre à soi-même [...] l'identité de fuite forgée par la plasticité destructrice se fuit d'abord elle-même, elle ne connaît ni salut ni rédemption et n'y est pour personne, surtout plus pour elle-même. Elle n'a pas de corps d'écorce, pas d'armure, pas de branche. C'est à garder la même peau qu'elle est à jamais méconnaissable»¹⁸

Testimoni di questo tipo di forme sono gli individui cerebro-lesi, malati d'Alzheimer, traumatizzati di guerra, vittime di violenze o catastrofi naturali ecc. che dopo il trauma si sono rivelati privi dell'identità che lo precedeva, trasformati (fuggiti) in un soggetto

¹⁵ *Ibidem*, pp. 10-11.

¹⁶ *Ibidem*, p. 15.

¹⁷ *Ibidem*, p. 17.

¹⁸ *Ibidem*, pp. 18-19.

totalmente inedito (forma di fuga). La rappresentazione più riuscita di questo tipo di forme Malabou la trova ne *La metamorfosi* di Franz Kafka:

«La Métamorphose de Kafka est sans doute la tentative la plus achevée, la plus belle, la plus pertinente pour approcher cette espèce d'accident. Blanchot dit très bien: "L'état de Gregor est l'état même de l'être qui ne peut pas quitter l'existence, pour exister, c'est être condamné à retomber toujours dans l'existence [...]. Mais, que se passe-t-il? Précisément, il continue à vivre [...]". La métamorphose, c'est l'existence elle-même, qui désunit l'identité au lieu de la rassembler. Le réveil de Gregor au début de la nouvelle me paraît être l'expression parfaite de la plasticité destructrice»¹⁹.

Figure come quella di Gregor Samsa pongono di fronte a una realtà in cui non è possibile pensare il passaggio da una forma ad un'altra come fossero anelli della stessa catena: Gregor si risveglia insetto e non se ne cura, non prova dolore, angoscia per questa sua nuova forma, ne è totalmente indifferente. Questa possibilità rivela un altro modo con cui pensare il rapporto tra forma e essere:

«Toujours, dans la métaphysique, la forme peut changer, mais la nature de l'être demeure [...]. Il faut arriver à penser une mutation qui engage et la forme e l'être, une forme nouvelle qui soit littéralement forme d'être. Encore un fois, la métamorphose radicale que je tente de penser ici est bien fabrication d'une personne nouvelle, d'une forme de vie inédite, sans aucun commun avec la forme qui la précède [...]. Ce à quoi la plasticité destructrice invite à réfléchir, c'est à une souffrance faite d'une absence de souffrance, à l'émergence d'une forme d'être nouvelle, étrangère à l'ancienne»²⁰.

La questione della plasticità distruttrice ne è un esempio. Tradizionalmente i traumi subiti dal soggetto vengono considerati esterni al soggetto stesso, causati da situazioni accidentali che minano l'esistenza dell'individuo in modo totalmente imprevedibile, ma quanto emerso dalla plasticità distruttrice va in tutt'altra direzione: come già accennato, secondo Malabou, la distruzione è parte integrante del *naturale* processo di formazione cerebrale, non una contingenza.

5. Considerazioni conclusive

Catherine Malabou ha portato importanti suggestioni nell'ambito della natura dei processi plastici neuronali. Il suo lavoro sulle nuove forme di traumatismo affronta la tematica della vita patologica da una prospettiva che incrocia conoscenze neuroscientifiche, psicoanalitiche e filosofiche in modo originale. Questa complessità, tipica della filosofa, permette di gettare un nuovo sguardo nei confronti di quegli stati limitati a forme patologiche o post-traumatiche. Non si tratta solamente di definire degli stati patologici in contrapposizione a dei normali processi organici nella prospettiva di una cura o di una caratterizzazione di uno stato di malattia specifico ma di riconoscere questi stati come delle nuove forme plastiche dell'esistenza. Ciò è esplicito in *Les nouveaux blessés*. La necessità di scrivere quest'opera appare come una reazione emotiva ad una situazione di sofferenza interna alla famiglia della filosofa: «tout le monde le pensait sans oser le dire: ma grand-mère, comme tous ses compagnons d'infortune, étaient tout

¹⁹ *Ibidem*, p. 21.

²⁰ *Ibidem*, pp. 23-24.

simplement devenus des “legumes”. [...] Pendant des années, la révolte contre ce type de jugement a grondé en moi»²¹. Il contatto diretto con quell’alterità radicale è stato lo spunto per gettare le basi di una nuova concezione dei traumi contemporanei e, allo stesso tempo, ha permesso il sorgere di alcune domande che possono contribuire in modo significativo al ripensamento del concetto di natura auspicato da questo numero di “Spazio Filosofico”:

«se pouvait-il que mes recherches philosophiques sur la plasticité [...] dans leur nouvelle orientation neurobiologique, permettent précisément de reconnaître cette part de la psyché cérébrale qui réclame ses droits? D’accueillir conceptuellement les “nouveaux blessés”? De cesser de voir en eux des figures de l’impensable? L’impensable, c’est cette métamorphose qui fait surgir d’un lieu ontologiquement et existentiellement secret un sujet méconnaissable. L’impensable est cette transformation discontinue, le plus souvent soudaine, par où l’identité malade, désertant ses anciens repères, qu’elle ne reconnaît d’ailleurs plus comme siens, se fixe aux supports indéchiffrables d’un “autre monde”. Se pouvait-il qu’il existe un certain type de plasticité qui, sous l’effet de la blessure, crée une certaine forme d’être par effacement de la forme de l’identité précédente? Se pouvait-il qu’il existe dans le cerveau une plasticité destructrice, double sombre de la plasticité positive, constructrice et modulatrice des connexions neuronales? Se pouvait-il qu’une telle plasticité forme par anéantissement de la forme?»²².

²¹ C. MALABOU, *Les nouveaux blessés*, ed. cit., p. 14.

²² *Ibidem*, pp. 14-15.

Valeria Maggiore

QUANDO LA MALATTIA “RIMETTE IN FORMA”:
LA PLASTICITÀ DISTRUTTRICE E LE FIGURE DEL TRAUMA

Abstract

Nowadays, philosophy must confront the emergence of new concepts of illness and “the new wounded,” meaning with this term individuals who suffer from pathologies affecting their identity and upsetting their affective economy. In her works, Catherine Malabou, one of the most influential thinkers in the contemporary French debate, investigates the affective isolation of Alzheimer’s patients, the loneliness of those who suffer with depression, and the pain experienced by the “survivors” of identity destruction; she does so in constant dialogue with the European philosophical tradition (Spinoza in particular) and recent discoveries in neuroscience. These themes also imply the use of a new concept of pathology, capable of involving, at the same time, “both form and being” of the individual and closely linked to the delineation of a morphological theory of plasticity.

1. *Trauma e identità personale: interpretazioni filosofiche*

«La mia realtà è completamente diversa da com’era poco tempo fa. [...] Sto perdendo i miei ieri [...]. E se mi svegliassi senza riconoscere mio marito? Se non sapessi dove mi trovo o non mi riconoscessi allo specchio? Quando smetterò di essere me stessa? La parte responsabile del mio essere me stessa e nessun’altra è vulnerabile alla malattia? O la mia identità è qualcosa che trascende neuroni, proteine e difetti molecolari del DNA?»¹.

Con queste parole Alice Howland, la professoressa di linguistica affetta da una forma precoce di Alzheimer e protagonista del libro *Perdersi* – scritto da Lisa Genova, neuropsicologa e docente presso l’Università di Harvard – esprime il proprio disorientamento e i propri timori nei confronti di una malattia che “divora lentamente i suoi ieri”, i suoi ricordi. In certi momenti Alice è quella di sempre, ma in altri si trasforma in una sconosciuta per i suoi cari e per se stessa, in una donna incapace di arginare il progressivo sfaldarsi della propria identità.

«La facoltà di assistere di colpo alla nostra propria assenza»² di cui parlava Proust e che ben descrive il vissuto dei pazienti affetti da sindromi neurodegenerative o da gravi traumi non è mai stata elevata alla dignità di problema filosofico. Eppure Catherine

¹ L. GENOVA, *Perdersi* (2007), trad. it. L. Prandino, Edizioni Piemme, Milano 2010, pp. 252-253.

² M. PROUST, *Alla ricerca del tempo perduto. I Guermantes* (1920-21), trad. it. M. Eunoch, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1970, p. 143.

Malabou – una delle pensatrici più influenti del dibattito francese contemporaneo, allieva di Jacques Derrida e docente presso l'Université Paris-Ouest Nanterre e la Kingston University di Londra – ritiene che proprio alla filosofia spetti il compito d'indagare l'isolamento affettivo dei malati d'Alzheimer, la solitudine di chi soffre di depressione e il dolore provato da persone “sopravvissute” alla distruzione della loro identità, temi che implicano il ricorso a un nuovo concetto di patologia, capace di coinvolgere «tanto la forma quanto l'essere»³ dell'individuo. Nell'opera *Les nouveaux blessés*⁴ la pensatrice francese confida al lettore le motivazioni personali che l'hanno indotta a maturare tale idea: la malattia della nonna, affetta da Alzheimer. Quando andava a trovarla nella clinica in cui era ricoverata, l'autrice aveva l'impressione di conversare con un'estranea: l'anziana non riconosceva più se stessa né la nipote come se «dietro l'alone familiare dei capelli, il tono della voce, il blu degli occhi, si percepisse, fenomeno ontologico sconvolgente, la presenza assolutamente incontestabile di qualcun altro»⁵.

La teoria psicoanalitica non offre gli strumenti idonei a indagare quelle che il filosofo sloveno Žižek ha definito *forme di soggettività post-traumatica*⁶ poiché ammette che la malattia o gli eventi tragici siano in grado di distruggere o alterare la psiche di un soggetto solo se quest'ultima è afflitta da traumi psichici pregressi, assenti in queste nuove forme di soggettività. È quindi necessaria un'indagine filosofica sull'eziologia e le caratteristiche del sorgere di tali figure, accomunate da un *deficit emozionale*⁷ e da «comportamenti permanenti o puntuali d'indifferenza o di disaffezione»⁸: «la malattia di Alzheimer, come tante altre patologie, non è solamente un'affezione neurodegenerativa», scrive difatti Malabou, «ma anche un *attentato della psiche*, poiché essa colpisce l'identità del soggetto e sconvolge in particolare la sua economia affettiva. È possibile [...] che la psicopatologia si confronti con la presenza [...] di nuovi feriti (*nouveaux blessés*)?»⁹. Questi ultimi, secondo la pensatrice francese, sono tutti *tombés malades*¹⁰ perché l'evento scatenante della patologia (anche nel caso di malattie con un decorso lento e graduale come l'Alzheimer) è sopraggiunto inaspettatamente, determinato dalla casualità di un accidente neutro, distruttore e privo di ragione che sembra andare contro la nostra natura.

La vita di ognuno di noi può, infatti, essere paragonata a un fiume il cui cammino segue un percorso già stabilito¹¹: ogni configurazione corporea assunta nel corso della nostra esistenza è solo il segno di una realizzazione continua, di un susseguirsi graduale e “logico” di *stati*, punti di sosta che ci consentono di riaffermare noi stessi nel confronto con le circostanze esterne. «Col tempo si diviene finalmente ciò che si è», osserva

³ C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident. Essai sur la plasticité destructrice*, Léo Scheer, Paris 2009, p. 23.

⁴ C. MALABOU, *Les nouveaux blessés. De Freud à la neurologie: penser les traumatismes contemporains*, Éditions Bayard, Paris 2007.

⁵ *Ibidem*, p. 2.

⁶ Cfr. S. ŽIŽEK, *Descartes and the Post-Traumatic Subject: On Catherine Malabou's Les nouveaux blessés and other autistic Monsters*, in “Qui Parle”, 2 (2009), pp. 123-147.

⁷ Cfr. C. MALABOU, *Les nouveaux blessés*, ed. cit., p. 29.

⁸ *Ibidem*, *ivi*.

⁹ *Ibidem*, p. 4.

¹⁰ *Ibidem*, p. 27.

¹¹ Cfr. C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident*, ed. cit., p. 9.

Malabou, perché «le trasformazioni del corpo e dell’anima rinforzano la permanenza dell’identità, la caricaturizzano o la fissano, non la contraddicono mai. Non la sconvolgono mai»¹². In una vita che segue il proprio corso, ogni attimo rappresenta perciò l’affermazione della personalità del soggetto, quasi la *fissazione fisica e psicologica* di un’identità che non è mai alterata dai piccoli ostacoli quotidiani, ma costantemente “confermata” nel proprio essere.

Solo a pochi di noi il caso riserva ben altra sorte. Talvolta, scrive difatti l’autrice, le vite «abbandonano il proprio letto senza alcun motivo geologico, senza che alcun tracciato sotterraneo consenta di spiegare tale inondazione o straripamento»¹³; Žižek fa eco alle parole di Malabou e parla a tal proposito del sopraggiungere di *traumi*, intesi come «la violenta intrusione di qualcosa di radicalmente inaspettato, qualcosa per il quale il soggetto non era assolutamente pronto, qualcosa che il soggetto non può in alcun modo integrare»¹⁴. Al sopraggiungere di tali traumi il fiume della nostra esistenza subisce una brusca sterzata, un mutamento inevitabile e repentino che porta al sorgere di un nuovo individuo. Se ha luogo un episodio di tale portata, i tratti fisici e caratteriali che costituiscono la nostra individualità possono essere scissi, deformati e a volte del tutto riconfigurati, costringendoci a venire a patti con un’identità senza precedenti, «un’improvvisazione esistenziale assoluta»¹⁵, «una forma nata dall’accidente, nata per accidente, una specie di accidente»¹⁶.

La difficoltà maggiore in cui s’imbatte chi si propone di tracciare l’archeologia di tali catastrofi e che costituisce il punto di partenza delle riflessioni proposte da Malabou è chiarire se e come sia possibile parlare di un’“ontologia degli eventi fortuiti”, cercando di delineare il nesso fra il *fenomeno patologico* (l’evento eccezionale e accidentale) e il soggetto coinvolto in esso. In altri termini, è possibile una scienza dell’essere che superi il dualismo aristotelico fra forma e accidente, inaugurando una nuova metafisica? Un evento accidentale può modificare a tal punto il nostro Io da farsi “sostanziale”, dando origine a un’identità del tutto nuova? *Normale* e *patologico* sono due categorie distinte o diverse manifestazioni di una stessa natura?

La pensatrice francese è orientata ad ammettere la seconda alternativa e ritiene che sia possibile fornire una spiegazione unitaria del binomio normale/patologico a partire dalla delineazione del concetto di *plasticità*, perno della sua argomentazione.

2. Normale e patologico sotto il segno di un’unica plasticità

Pur derivando dall’espressione greca *πλαστική τέχνη*, il termine “plasticità” fa il suo ingresso nelle lingue europee solo nel XIX secolo (è introdotto in tedesco da Goethe e, subito dopo, comincia a essere utilizzato nella sua traduzione francese e inglese)¹⁷ in un

¹² *Ibidem*, ivi.

¹³ C. MALABOU, *L’ontologie de l’accident*, ed. cit., p. 10.

¹⁴ S. ŽIZEK, *Descartes and the Post-Traumatic Subject*, ed. cit., p. 125.

¹⁵ C. MALABOU, *L’ontologie de l’accident*, ed. cit., p. 9.

¹⁶ *Ibidem*, ivi.

¹⁷ Cfr. C. MALABOU, *Ouverture: Le Vœu de plasticité*, in EAD. (a cura di), *Plasticité*, Léo Scheer, Paris 2000, pp. 5-25.

ambito ristretto, quello dell'arte: con tale termine s'indica, infatti, tradizionalmente l'arte di *plasmare* e *manipolare* una sostanza duttile (come ad esempio l'argilla), allo scopo di realizzare un'opera d'arte o un modello preparatorio. E, in effetti, l'estetica si è interessata al concetto perlopiù in riferimento a tale definizione, fulcro di un testo cardine della riflessione settecentesca, la *Plastik* di J.G. Herder¹⁸. Il significato del termine non ha però cessato di evolversi nel tempo: con l'ampliamento delle conoscenze in ambito fisico-chimico sono stati definiti "plastici" i materiali che, pur essendo caratterizzati da una certa solidità, in determinate fasi della loro fabbricazione si rivelano abbastanza duttili da poter essere forgiati sfruttando l'effetto della temperatura o della pressione (come la gomma o il PVC); a partire dagli anni '70 del Novecento, il termine è poi passato a indicare la branca della medicina che si occupa della ricostruzione dei tessuti umani danneggiati e della correzione di inestetismi. Nell'ultimo decennio, infine, esso è divenuto un concetto chiave nel dominio delle neuroscienze, in cui il concetto di "plasticità cerebrale" indica la capacità delle sinapsi di modificare la loro efficacia per effetto dell'esperienza (grazie all'apprendimento, all'abitudine e agli influssi ambientali)¹⁹. Quali sono, però, le implicazioni filosofiche del lemma oggetto della nostra analisi?

Nell'opera intitolata *La plasticité au soir de l'écriture* Malabou afferma che la plasticità *contraddice esplicitamente la rigidità*. Infatti,

«in base alla sua etimologia – dal greco *πλάσσειν*, modellare – il termine "plasticità" ha due significati fondamentali. Esso descrive allo stesso tempo la capacità di *ricevere una forma* (l'argilla, la creta per esempio sono dette "plastiche") e la capacità di *dare una forma* (come per le arti plastiche e la chirurgia plastica)»²⁰.

Lo storico dell'arte e filosofo francese Georges Didi-Huberman suggerisce, a tal proposito, che perché si possa avere una forma, in altri termini perché «un'individuazione possa aver luogo, è necessario che una materia possa offrire tale sottile qualità di non essere né troppo secca né troppo liquida, né troppo dura né troppo molle»²¹.

In questo «paradosso della consistenza»²², è definito "plastico" anche il corpo umano, in grado di subire un'azione di modellamento da parte dell'ambiente circostante e, allo stesso tempo, di costituire il motore di tale azione, in un gioco costante fra creazione di novità formali e annientamento delle configurazioni esistenti²³. Ci confrontiamo, in questo caso, con una plasticità *positiva* che rende ragione del "normale scorrere del fiume della vita" e regola lo sviluppo dell'individuo; tale concezione della plasticità ben si armonizza con la tradizionale interpretazione metafisica del concetto di *sostanza*, intesa come il "substrato che permane inalterato" agli accidenti della vita e ci consente di spiegare perché per un essere vivente sia *ordinario* il cambiamento in termini di crescita e

¹⁸ J.G. HERDER, *Plastica*, trad. it. D. Di Maio e S. Tedesco, Aesthetica Edizioni, Palermo 2010².

¹⁹ Cfr. C. MALABOU, *Souffrance cérébrale, souffrance psychique et plasticité*, in "Études", 4 (2011), p. 489.

²⁰ C. MALABOU, *La plasticité au soir de l'écriture. Dialectique, Destruction, Déconstruction*, Léo Scheer, Paris 2005, p. 25.

²¹ G. DIDI-HUBERMAN, *La matière inquiète. (Plasticité, viscosité, étrangeté)*, in "Lignes", 1 (2000), p. 213.

²² *Ibidem*, *ivi*.

²³ Cfr. C. MALABOU, *La plasticité au soir de l'écriture*, ed. cit., p. 57.

di modificazioni corporee superficiali (abbronzarsi, aumentare o diminuire di peso, guarire dal raffreddore, ecc.). Come rileva difatti Malabou, laddove opera la *plasticità normale*²⁴ «è solo la forma esteriore dell'essere a subire un mutamento, mai la sua natura. L'essere dimora invariato in seno al cambiamento stesso. Il presupposto sostanzialista è il compagno di viaggio della metamorfosi occidentale. La forma si trasforma, la sostanza permane»²⁵.

Che cosa accade però in tutti quei casi in cui la plasticità riparatrice fallisce e un incidente/accidente arresta la storia dell'individuo per dare inizio a un nuovo corso degli eventi? È possibile limitare l'idea di esistenza al mutamento progressivo sopra descritto, che ha come unico scopo la *permanenza dell'identità*, la permanenza di ciò che ci consente di riconoscerci e di essere riconosciuti?²⁶ Possiamo ancora parlare di una forma positiva di plasticità se un evento nefasto apre uno squarcio nella nostra esistenza e dà origine a una nuova identità?

Per rispondere a tali quesiti Malabou accosta al concetto *positivo* di plasticità anche un significato *negativo*: «quest'inclinazione esistenziale e biologica progressiva, che non fa che trasformare il soggetto in se stesso», afferma la pensatrice francese, «non dovrebbe farci dimenticare il potere della deflagrazione plastica di tale identità, potere che trova rifugio sotto la sua apparente levigatezza, come una riserva di dinamite nascosta»²⁷. Occorre quindi ammettere l'esistenza di una *plasticità negativa* o *distruttiva* che annienta la forma esistente e non ha nulla a che fare con la gradualità dello sviluppo psicosomatico che contraddistingue la sua declinazione positiva; un potenziale devastante ed esplosivo, testimoniato dalla comunanza etimologica del termine *plasticité* con la dizione *plastiquage*, vocabolo francese che indica una “bomba plastica”, una sostanza a base di nitroglicerina e nitrocellulosa capace di suscitare violente detonazioni, generando la *rottura della forma* e il suo *disfacimento nell'informe*. «La forma improvvisamente deviante, deviata, di queste vite è la plasticità esplosiva»²⁸ che agisce come un “atto di terrorismo” improvviso e senza senso, sconvolgendo la nostra vita e disorganizzandola.

L'esistenza di una *plasticità patologica*²⁹, solo apparentemente alternativa a quella normale, s'inquadra in tale contesto: essa è la natura che va contro se stessa, una natura però che può agire controcorrente solo perché in essa opera pur sempre una qualche forma di plasticità, capace di *plasmare il soggetto* creano una “figura del trauma”. Un essere che «viene al mondo una seconda volta, nato da un solco profondo aperto nella sua biografia»³⁰ perché «la distruzione si avvale dei suoi scalpelli da scultore»³¹ e modella il nostro esistere tanto quanto la sua controparte positiva. Possiamo quindi parlare di «una fenomenologia della ferita (*phénoménologie de la blessure*), qualcosa che si mostra in occasione del danno e al quale la normalità, vale a dire la plasticità normale, creatrice,

²⁴ Cfr. C. MALABOU, *Souffrance cérébrale, souffrance psychique et plasticité*, ed. cit., p. 491.

²⁵ C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident*, ed. cit., p. 15.

²⁶ Cfr. G. ISETTA, *Accidente e plasticità. Pensare filosoficamente l'invecchiamento*, in “Esercizi Filosofici”, 10 (2015), p. 106.

²⁷ C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident*, ed. cit., p. 9.

²⁸ *Ibidem*, p. 10.

²⁹ Cfr. C. MALABOU, *Souffrance cérébrale, souffrance psychique et plasticité*, ed. cit., p. 490.

³⁰ C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident*, ed. cit., p. 10.

³¹ *Ibidem*, p. 11.

non dona accesso»³². La questione fondamentale nel confrontarci con i “nuovi feriti” è quindi capire come pensare in termini strettamente filosofici il rapporto fra l’operare della plasticità negativa e il costituirsi di un «vuoto della soggettività, l’allontanamento dell’individuo che diviene un apolide ontologico, un qualcosa d’intransitivo (egli non è *l’altro* di qualcun altro), senza correlato, senza genitivo, senza paese di arrivo»³³.

3. Malabou, Damasio, Spinoza e le figure del trauma

Le riflessioni fin qui condotte ci mostrano il delinarsi di un nuovo concetto d’identità, inteso non più come il punto d’equilibrio di un Io permanente, ma come un’entità mutevole e trasformabile persino in una nuova identità, totalmente altra dalla precedente e sorta come conseguenza della patologia.

Abbiamo dato finora per scontato che il termine *patologia* sia da intendere come sinonimo di *malattia*; da una breve analisi etimologica ci rendiamo conto, però, che tale lemma compendia una pluralità di significati: il termine deriva, infatti, dal greco πάθος, sostantivo che presenta la radice παθ- del verbo πάσχω (“soffrire”) e può essere ricondotto tanto alla sfera delle infermità e dei malanni quanto a quella dell’emozione e dell’affezione.

Le identità post-traumatiche dei “nuovi feriti” descritti da Malabou hanno, infatti, tutte un punto in comune: sono affette, in modi e gradi differenti, da lesioni o alterazioni dei siti induttori delle emozioni e, per tale motivo, manifestano *disaffezione*, *freddezza* e *indifferenza* alla realtà che li circonda. «È a questo», scrive la pensatrice francese, «che la plasticità distruttrice invita a riflettere, a una sofferenza fatta di un’assenza di sofferenza, all’emergenza di una nuova forma d’essere, estranea all’antica. Un dolore che si manifesta come indifferenza al dolore, impassibilità, oblio, perdita dei punti di riferimento simbolici»³⁴.

Nella letteratura neurobiologica non sono molte le opere che riconoscono l’importante ruolo giocato dalle emozioni e dagli affetti nella regolazione della plasticità cerebrale. Spicca senza dubbio il lavoro di Antonio Damasio, una delle figure più interessanti nell’attuale panorama delle neuroscienze, il quale ci aiuta a chiarire il modo in cui opera a livello cerebrale l’arte plastica della distruzione.

Prima di addentrarci ulteriormente nell’analisi delle riflessioni di Damasio, è bene però puntualizzare che la freddezza e il distacco che sembrano avvolgere i “nuovi feriti” concernono esclusivamente la sfera delle emozioni, non quella dei *sentimenti*. «Certo, è vero», afferma il neurologo, «che nel suo uso comune la parola “emozione” tende ad abbracciare anche il concetto di sentimento»³⁵, ma, in termini specifici, nel novero delle emozioni rientrano tutte le componenti “pubbliche” del sentire, caratterizzate cioè dalla “visibilità” e riconoscibili nei mutamenti del volto, nelle alterazioni della voce o in

³² C. MALABOU, *Souffrance cérébrale, souffrance psychique et plasticité*, ed. cit., p. 491.

³³ C. MALABOU, *L’ontologie de l’accident*, ed. cit., p. 29.

³⁴ *Ibidem*, p. 46.

³⁵ A. DAMASIO, *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello* (2003), trad. it. I. Blum, Adelphi, Milano 2003, pp. 39-40.

comportamenti gestuali specifici³⁶; i sentimenti «d’altro canto, sono sempre nascosti, come lo sono necessariamente tutte le immagini mentali, invisibili a chiunque salvo che al loro legittimo proprietario»³⁷: essi appartengono alla sfera privata e non possono essere percepiti da nessuno, tranne da chi li prova. Le prime sono “esterne”, si «esibiscono nel teatro del corpo»³⁸ e hanno un ruolo fondamentale nella regolazione dei processi vitali; i secondi sono “interni” e agiscono nel palcoscenico della mente: apparentemente, fra i due non ci sarebbe possibilità di confusione; nella pratica, tuttavia, essi sono temporalmente indistinguibili e «così intimamente legati, in un processo senza soluzione di continuità, che noi tendiamo, comprensibilmente, a pensarli come una cosa sola»³⁹.

I cerebrolesi, i pazienti affetti da Alzheimer o che hanno subito traumi di grave entità appaiono “privi di emozioni” ma non certamente di sentimenti. È quindi solo sull’analisi della componente emotiva e affettiva che possono vertere le nostre riflessioni. In termini strettamente neurologici, le emozioni costituiscono un repertorio di risposte chimiche predisposte dall’evoluzione per il corretto operare dei meccanismi di autoregolazione organica, dei meccanismi deputati cioè a preservare la stabilità interna del corpo al variare delle condizioni ambientali; alle emozioni spetta pertanto il compito di preservare l’equilibrio vitale dell’organismo, limitando i danni dovuti a cambiamenti ambientali sfavorevoli e mirando, qualora possibile, a favorire l’incremento del livello di benessere del soggetto.

Nel riconoscimento di tali meccanismi di autoregolazione e del ruolo giocato in essi dai processi emozionali, Damasio vede confermate alcune intuizioni già avanzate negli ultimi decenni del Seicento dal filosofo olandese Baruch Spinoza, definito per tale motivo dal neurologo un precursore della biologia, un “protobiologo”⁴⁰. A suo parere, infatti, Spinoza sarebbe stato il primo ad attribuire, nella terza parte dell’*Ethica* (intitolata *De origine et natura affectuum*), un senso nuovo al concetto di forma, intendendola come l’unità attuale e indissolubile dell’anima e del corpo o, «più profondamente ancora, come l’unità della costituzione ontologica e della struttura biologica del soggetto»⁴¹. Malabou concorda con la lettura di Damasio, ma è soprattutto l’intuizione spinoziana del *conatus* ad attrarre la sua attenzione poiché quest’ultima, ampliata e riletta alla luce delle recenti scoperte delle neuroscienze, può fornire una chiave di accesso all’operare “neurologico” della plasticità distruttrice.

Nella proposizione VII, Spinoza afferma che «lo sforzo (*conatus*), col quale ciascuna cosa si sforza (*conatur*) di perseverare nel suo essere, non è altro che l’essenza attuale (*actualem essentiam*) della cosa stessa»⁴²: il *conatus* è quindi la tendenza a preservare se stessi o, in termini neurologici contemporanei, «l’insieme dei dispositivi contenuti nei circuiti

³⁶ Cfr. *ibidem*, p. 40.

³⁷ *Ibidem*, *ivi*.

³⁸ *Ibidem*, *ivi*.

³⁹ *Ibidem*, p. 41.

⁴⁰ Cfr. *ibidem*, p. 27. Cfr. anche M. PORTERA, *Spinoza “protobiologo”. Emozioni e sentimenti secondo Antonio Damasio*, in “Aisthesis. Pratiche, linguaggi e saperi dell’estetico”, 1 (2008), pp. 49-62.

⁴¹ C. MALABOU, *L’ontologie de l’accident*, ed. cit., p. 26.

⁴² B. SPINOZA, *Etica dimostrata secondo l’ordine geometrico* (1677), trad. it. A. Sangiacomo, in ID., *Tutte le opere. Testo latino e nederlandese a fronte*, Bompiani, Milano 2010, p. 1329.

cerebrali che, una volta attivati dal verificarsi di particolari condizioni interne o esterne, puntano alla sopravvivenza e al benessere dell'organismo»⁴³. Esso, inoltre, è strettamente legato alle emozioni poiché, come mette in luce Malabou, «la fame di vivere non è mai uguale a se stessa, essa si modifica, accresce o decresce secondo gli affetti, secondo il modo in cui ci si sente»⁴⁴. Per Spinoza, infatti, gli affetti formano una gamma di cui *gioia* e *tristezza* – le due “emozioni fondamentali” – rappresentano i poli opposti: la prima – interpretata in termini neurobiologici come il repertorio di azioni e movimenti messi in atto dal cervello in risposta a un'adeguata stimolazione (aumento della pressione ematica, vasodilatazione, rilassamento muscolare, ecc.) – amplifica l'intensità del *conatus* e accresce la potenza di agire, favorendo il benessere del soggetto; la seconda, al contrario, diminuisce o addirittura spegne tale potenza. Il *conatus* è quindi “modulabile” e «si accorda come uno strumento; la gioia e la tristezza suonano quest'ultimo come uno strano pianoforte mobile, lo fanno vibrare o, al contrario, ne rendono sordo il timbro»⁴⁵.

Ricollegandosi a tali premesse e analizzando il caso di alcuni soggetti che presentano lesioni cerebrali nel lobo prefrontale⁴⁶, Damasio formula la teoria dei *segnali emozionali*: egli ritiene che le emozioni provate in un dato contesto rappresentino i «segni premonitori di ciò che potrebbe rivelarsi un bene o un male in un futuro più o meno prossimo»⁴⁷ e che quando si producono nell'area cerebrale da lui analizzata delle lesioni, le emozioni si annullano e la ragione perde il legame che la unisce alla vita, al desiderio di sopravvivere o *conatus*. «Una lesione localizzata in queste regioni, che fosse dovuta a un ictus, a un trauma o a un tumore», commenta a tal proposito Malabou, è infatti «regolarmente associata alla comparsa del quadro clinico appena descritto, vale a dire a un disturbo della capacità di prendere decisioni vantaggiose in situazioni di rischio e di conflitto e a una riduzione selettiva della capacità di entrare in risonanza emotiva in queste stesse situazioni»⁴⁸.

Nello scolio della proposizione XXXIX del libro IV dell'*Ethica* Spinoza afferma inoltre che «ciò che fa sì che si conservi il rapporto del moto e della quiete che le parti del corpo umano hanno tra di loro, è buono; ed al contrario è cattivo ciò che fa sì che le parti del corpo umano abbiano tra di loro un rapporto diverso di moto e di quiete»⁴⁹. Il filosofo olandese ritiene pertanto che la salute possa essere definita come il “concorso armonioso dei movimenti del corpo” e che, di contro, la morte sopraggiunga quando l'armonia viene meno e le singole parti cominciano ad operare autonomamente, disorganizzando la vita del tutto e sbriciolandone l'unità. Egli però va oltre tale definizione e delinea per la prima volta la fenomenologia dei “nuovi feriti” descritta secoli dopo da Malabou:

«non oso negare, infatti», scrive Spinoza, «che il corpo umano, pur conservando la circolazione del sangue ed altri caratteri per i quali è stimato vivo, possa nondimeno mutarsi in un'altra natura del tutto

⁴³ A. DAMASIO, *Alla ricerca di Spinoza*, ed. cit., pp. 51-52.

⁴⁴ C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident*, ed. cit., p. 27.

⁴⁵ *Ibidem*, *ivi*.

⁴⁶ Cfr. A. DAMASIO, *Alla ricerca di Spinoza*, ed. cit., pp. 173ss.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 179.

⁴⁸ C. MALABOU, *L'ontologie de l'accident*, ed. cit., p. 28.

⁴⁹ B. SPINOZA, *Etica dimostrata secondo l'ordine geometrico*, ed. cit., p. 1491.

diversa dalla sua. Nessuna ragione, infatti, mi costringe ad ammettere che il corpo muore solo se si muta in cadavere; ch  anzi l’esperienza stessa mi sembra raccomandi un’altra ipotesi. Talora, infatti, accade che un uomo subisca mutamenti tali che difficilmente potrei dire che egli sia il medesimo, come ho sentito narrare di un certo poeta spagnolo il quale era stato colpito da una malattia e, sebbene ne fosse guarito, rimase tuttavia talmente dimentico della sua vita passata da non credere sue le commedie e le tragedie che aveva composto»⁵⁰.

Il poeta al quale si fa riferimento   Luis de G ngora (1561-1627) che perse la memoria un anno prima della morte e che a Spinoza sembra essere un “nuovo ferito”, afflitto da un cambiamento radicale della personalit , da

«una sorta di morte che non   la morte [...] come se esistesse un tra-i-due (*entre-deux*) della vita e della morte [...] una morte parziale, risultato di una misteriosa metamorfosi del corpo e degli affetti, che non coinciderebbe con la fine del rapporto di movimento e riposo tra le parti del corpo, ma procederebbe dalla disorganizzazione di tale rapporto»⁵¹.

Quando quindi ha luogo un trauma di grande portata, tutta la potenzialit  affettiva ne risente e nessuna emozione, neppure la tristezza, pu  pi  manifestarsi: il paziente cade nello stato di *apatia* sopra descritto, d’indifferenza alla sopravvivenza propria e altrui. A differenza dei soggetti affetti da altre patologie cerebrali, i “nuovi feriti” non hanno perci  “perso la ragione” perch , nella maggior parte dei casi (come nel caso di G ngora), la loro intelligenza   intatta; «essi tuttavia l’hanno abbandonata, se ne sono distaccati per l’incapacit  di esserne affetti»⁵². L’emozione   dunque la *propulsione* per la nostra stessa esistenza poich  tutte le funzioni cognitive di alto livello (il linguaggio, la memoria, la ragione e l’attenzione) sono legate al *conatus* e nessuna capacit  cognitiva potrebbe svilupparsi o esercitare le proprie funzioni *normalmente* se non fosse sostenuta dagli affetti.

4. Conclusioni

Quella citata dal filosofo olandese   una delle poche allusioni presenti in un testo filosofico alla metamorfosi operata dalla plasticit  distruttrice dalla quale si origina un nuovo individuo: in essa ha luogo un cambiamento radicale che non consiste nella trasformazione del corpo in un cadavere, ma «nella trasformazione del corpo in un altro corpo all’interno dello stesso corpo, una trasformazione dovuta a un accidente o a una lesione, a un danno o a una catastrofe»⁵³.

Un cambiamento d’identit  che ci obbliga a ripensare il legame fra *normale* e *patologico* e che non pu  pi  essere definito solamente come la diretta conseguenza di un episodio traumatico casuale e circostanziale poich , fin dal suo sorgere, l’identit  “normale”   «un’entit  mutevole e trasformabile»⁵⁴ e la “patologia” che *forma* i “nuovi feriti” non  

⁵⁰ *Ibidem*, pp. 1491-1493.

⁵¹ C. MALABOU, *L’ontologie de l’accident*, ed. cit., pp. 35-36.

⁵² *Ibidem*, p. 26.

⁵³ *Ibidem*, p. 36.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 34.

estranea alla natura, bensì si manifesta come l'indifferenza di un ente naturale alla sua stessa natura, indifferenza che in certi casi si rivela necessaria per la sopravvivenza.

«Oggi tutti i sopravvissuti a dei traumi, siano essi biologici o politici, presentano i segni di un'indifferenza di tal tipo», conclude Malabou. «Ne consegue quindi che la presa in considerazione della plasticità cerebrale distruttrice s'impone come un'arma ermeneutica per comprendere i volti contemporanei della violenza»⁵⁵.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 39.

SUGLI AUTORI/
ABOUT THE AUTHORS

Leonardo Allodi è Professore Associato di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi all'Università di Bologna.

<https://www.unibo.it/sitoweb/leonardo.allodi>

Carlo Alberto Gallizia è psicologo psicoterapeuta a Torino.

<https://www.linkedin.com/in/carlo-alberto-gallizia-a84246117/>

Ezio Gamba è Professore Incaricato di Filosofia presso la Sezione Parallela di Torino della Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale.

<https://teologiatorino.discite.it/ppd/home.jsp?d=68>

Pierdaniele Giaretta è Professore Ordinario di Logica e Filosofia della Scienza all'Università di Padova.

<http://www.sibiom.org/pierdaniele-giaretta/>

Enrico Guglielminetti è Professore Ordinario di Filosofia Teoretica all'Università di Torino.

<https://www.unito.it/persone/eguglie>

Giovanni Isetta si è laureato in Filosofia all'Università di Trieste ed è membro giovane della Pontificia Accademia per la Vita.

<https://units.academia.edu/GiovanniIsetta>

Valeria Maggiore ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Filosofia all'Università di Messina.

<https://magaraibleo.academia.edu/ValeriaMaggiore>

Giacomo Miranda insegna Storia e Filosofia nella scuola secondaria ed è Tutor Didattico all'Università di Bologna.

<https://www.unibo.it/sitoweb/giacomo.miranda/cv>

Germana Pareti è Professore Ordinario di Storia della Filosofia all'Università di Torino.

<https://www.unito.it/persone/germana.pareti>

François Pellet è Dottorando in Filosofia all'Università di Münster.

<https://www.uni-muenster.de/Evolution/mgse/people/francoispellet.html>

Federico M. Petrucci è Professore Associato di Storia della Filosofia Antica all'Università di Torino.

https://filosofiam.campusnet.unito.it/do/docenti.pl/Show?_id=fpetrucc#profilo

Gabriele Vissio è Assegnista di Ricerca in Filosofia all'Università di Torino.

<https://www.dfe.unito.it/do/docenti.pl/Alias?gabriele.vissio#profilo>