

a cura di Pietro Barbetta

Le radici culturali della diagnosi

Copyright © 2003 Meltemi editore srl, Roma

È vietata la riproduzione, anche parziale,
con qualsiasi mezzo effettuata compresa la fotocopia,
anche a uso interno o didattico, non autorizzata.

Meltemi editore
via dell'Olmata, 30 – 00184 Roma
tel. 06 4741063 – fax 06 4741407
info@meltemieditore.it
www.meltemieditore.it



MELTEMI

Indice

p.	7	Introduzione <i>Pietro Barbetta</i>
		<i>Parte prima</i> Le forme del discorso diagnostico
	18	<i>Capitolo primo</i> Il discorso filosofico della diagnosi <i>Pietro Barbetta</i>
	50	<i>Capitolo secondo</i> Il discorso medico sulla diagnosi <i>Michele Capararo</i>
		<i>Parte seconda</i> I generi nel discorso diagnostico
	78	<i>Capitolo terzo</i> Isteria, isterodemonopatia, possessioni <i>Gabriela Gaspari Boi e Teresa Arcelloni</i>
	104	<i>Capitolo quarto</i> Anoressia e <i>lesbianism</i> <i>Elisabetta Manini</i>
	133	Bibliografia

Introduzione
Pietro Barbetta

Le radici culturali della diagnosi è il frutto di una parte delle ricerche che il *Forum sulle matrici culturali della diagnosi* sta conducendo presso l'Università di Bergamo¹.

I temi trattati in questo libro ci paiono nuovi perché stanno sul confine. In questi ultimi anni si sono rinnovati e moltiplicati gli studi disciplinari di psicologia transculturale, etnopsichiatria, etnopsicoterapia. Il loro successo ha a che fare con l'avvento in Italia del fenomeno migratorio. Decine le pubblicazioni ricche di suggestioni, ma povere di riflessione critica.

Il punto, a mio avviso, è che non si è ancora sufficientemente considerato che la *nostra* cultura è locale, e che, se si vuole condurre un'analisi efficace del mondo *altro*, è necessario, in primo luogo, condurre un'analisi della storia della *nostra* cultura. Ciò vale in misura decisiva per quanto riguarda il discorso diagnostico.

Questo libro si divide in due parti, intitolate *Le forme del discorso diagnostico* e *I generi nel discorso diagnostico*. Le forme, rispettivamente filosofica e medica, della diagnosi sono l'oggetto dei primi due capitoli, mentre il titolo della seconda parte gioca sul duplice significato – concernente la letteratura e la relazione tra i sessi – del termine *genere*. Nella prima parte vengono indagati e decostruiti i fondamenti filosofici e medici. Nella seconda viene sondata l'area semantica dell'*Isteria-Demonismo-Anoressia-Lesbianismo* dal punto di vista della relazione tra il medico (maschile) e la paziente (femminile).

Il primo capitolo, da me redatto, è relativo al discorso filosofico della diagnosi e tratta, in primo luogo, il tema dei disturbi della personalità e della loro origine.

È molto diffuso in psicologia clinica il pregiudizio che esista qualcosa come una struttura della personalità e che tale struttura si costruisca durante lo sviluppo individuale a partire dalle relazioni madre-bambino. Nel capitolo prenderò in considerazione in particolare due approcci: la teoria dello sviluppo morale di Lawrence Kohlberg e la teoria dell'attaccamento, che ha come fondatore riconosciuto John Bowlby. Entrambe hanno una fondazione filosofica – rintracciabile nel pensiero di Habermas e di Grice – e alcune conseguenze pratiche. Da queste teorie sembra emergere che le persone che non raggiungono un certo livello di sviluppo morale – definito dell'“etica post-convenzionale” – si troverebbero inevitabilmente a gestire i conflitti della vita quotidiana in modo distorto, riproducendo socialmente condizioni di oppressione e alienazione.

Ancor più significative in psicologia sono però le teorie dell'attaccamento, la cui fondazione filosofica si trova nelle massime di cooperazione conversazionale formulate da Grice. Tali massime, se rispettate, porterebbero gli individui ad agire grosso modo come degli esseri dotati di un'etica post-convenzionale. Ma chi non agisce così deve, in qualche modo, avere avuto delle relazioni distorte o disturbate durante lo sviluppo. L'ipotesi relazionale più in voga è che tali individui corrispondano alle persone che hanno una diagnosi di disturbo della personalità.

La patologia non andrebbe ricercata in prima battuta nel cattivo funzionamento dei neurotrasmettitori, bensì nel cattivo attaccamento instauratosi durante l'infanzia nella relazione con la madre o con il *caregiver*.

È mia impressione che questo tentativo di fondazione corrisponda al bisogno della psicologia di presentarsi

come scienza naturale e di mettere al sicuro le proprie dottrine, rendendo lo psicologo una sorta di tecnico delle relazioni umane. Tuttavia, questa dottrina non riesce a nascondere completamente una sorta di opzione etnocentrica, sociocentrica e sessuocentrica, sia nella versione perorata da Habermas, che nella versione fatta discendere dalle teorie di Grice.

Il secondo capitolo di Michele Capararo si muove nella direzione opposta rispetto al mio. In questo caso ciò che viene messo in questione è il discorso medico. Il cui approccio epistemologico causale e lineare è identico a quello delle teorie dell'attaccamento, sebbene opposto dal punto di vista sostantivo. Capararo svolge una disamina intorno alla diagnosi psichiatrica e alla psicofarmacologia.

Nonostante le dichiarazioni di ateoreticità dei manuali diagnostici psichiatrici, la diagnosi, secondo Capararo, è ancora in gran parte giustificata dalla prova terapeutica. S'inventa un farmaco, questo farmaco ha effetti sui comportamenti delle persone, dunque queste persone hanno una malattia mentale. Si tratta soltanto di dare un nome alla malattia.

In questo senso, secondo l'autore, le questioni psichiatriche sono, in gran parte, questioni di economia. Non solo perché sempre più consistentemente le case produttrici di farmaci impongono l'introduzione nei manuali di nuove forme diagnostiche, ma anche perché i comportamenti che vengono diagnosticati hanno una loro intrinseca antieconomicità: rendono la persona improduttiva sul piano economico.

Tuttavia le questioni economiche, sebbene decisive, non sono le uniche che vengono a modificare il discorso diagnostico. Ci sono pure questioni politiche. La scomparsa dell'omosessualità dai manuali psichiatrici ne è l'esempio più evidente, e su di esso scrivono sia Capararo sia, con un taglio più specifico, Manini.

La tesi principale del saggio di Capararo è che i fattori che modificano il discorso diagnostico hanno poco o niente a che vedere con la cosiddetta ricerca scientifica. In altri termini, non si tratterebbe della scoperta di nuove malattie o della scomparsa di vecchie, bensì della costruzione sociale di aspetti della vita delle persone come “malattia mentale” o della loro eventuale decostruzione. In questo senso la cosiddetta psichiatria molecolare non rappresenterebbe altro che il più recente dei tentativi riduzionistici, paradossalmente costretto ad ammettere – nella sua versione meno ideologica – la propria radicale messa in scacco: molecole simili hanno effetti radicalmente differenti, molecole del tutto diverse possono avere effetti praticamente uguali; i neurotrasmettitori non influenzano il comportamento sociale più di quanto il comportamento sociale non influenzi i neurotrasmettitori.

Inoltre, come accennato sopra, se una molecola influisce su una condotta umana, questo ancora non dimostra che la condotta umana su cui la molecola ha influenza sia una malattia che necessita una diagnosi. Gran parte dei ragionamenti psichiatrici rappresentano, in questo senso, altrettanti esempi di condizionali controfattuali, cioè asserzioni il cui antecedente è irrimediabilmente falso.

Se io dico che se fossi depresso un inibitore selettivo della serotonina mi farebbe bene, faccio un'affermazione certamente vera se non sono depresso. Farei però un'affermazione vera anche se dicessi che se fossi depresso un inibitore selettivo della serotonina non mi farebbe bene. Infatti, in logica se il termine antecedente di un'asserzione condizionale è falso, il conseguente può assumere qualsiasi valore di verità lasciando inalterata la verità dell'intera asserzione.

Il problema, dunque, si pone solo nel momento in cui io sono depresso. Dunque si tratta di definire in che cosa consista l'affermazione “io sono depresso”.

Come ha bene mostrato Ehremberg, da Janet alle attuali considerazioni psichiatriche la diagnosi di depressione si è profondamente trasformata. E questa trasformazione ha a che vedere con gli effetti dei farmaci sulle condotte delle persone diagnosticate come depresse. La cosiddetta “prova terapeutica” è giunta, cioè, a considerare depresse le persone che, assumendo gli inibitori selettivi della serotonina e della norepinefrina, stanno bene. Di qui l'idea che la depressione sia la malattia mentale che viene curata da questo tipo di farmaci.

Le premesse di questo ragionamento sono che la depressione sia una malattia mentale e che una malattia mentale consista in una malattia del cervello. Tuttavia, tali premesse rimangono soltanto delle inferenze ipotetiche: al discorso diagnostico conviene immaginare che ci sia un cervello che funziona male e che un tale malfunzionamento provochi in noi delle condotte anomale poiché, introducendo dei correttivi chimici, noi modifichiamo le nostre condotte.

L'adesione alla psicofarmacologia diventa una questione di fede. Bisogna credere che esistano condotte anomale, che queste condotte siano la conseguenza di un cattivo funzionamento del cervello – in particolare dei neurotrasmettitori – e che questo cattivo funzionamento coincida con alcune condotte umane descritte dal manuale diagnostico; bisogna infine credere che alcune molecole abbiano il potere di modificare le condotte anomale e di renderle normali. Il farmaco si trasforma in un sistema di significati.

Il terzo capitolo, di Gabriela Gaspari Boi e Teresa Arcelloni, si presenta come lo sviluppo di una riflessione incominciata da Gaspari Boi circa dieci anni fa, allorché scrisse il saggio *Che fine ha fatto l'isteria?*

Si tratta di un argomento di grande fascino, anche perché, come ognuno sa, dagli studi sull'isteria nasce la psicoanalisi. L'isteria rimase inoltre per anni una sorta di

spina nel fianco del discorso diagnostico. Invero, se il discorso diagnostico si fonda sull'idea della malattia mentale come malattia organica del cervello, come può tollerare al suo interno una malattia mentale che comporta dei sintomi somatici evidenti senza alcun riscontro obiettivo dal punto di vista organico?

Come noto Charcot – figura teatrale che potrebbe rappresentare, a sua volta, un caso clinico nell'ambito del disturbo istrionico di personalità – diede la “dignità” di malattia a un fenomeno che si era invece presentato, soprattutto dalla seconda metà del XIX secolo, come una vera e propria sfida femminile al sapere/potere del medico. Le “ragazze ingannatrici” si trasformano, grazie a Charcot, in “pazienti isteriche”.

L'isteria, d'altro canto, ha una tradizione antica sul piano diagnostico. Basti pensare alla *Natura della donna*, opera del *Corpus* ippocratico, che già indica, nella presenza stessa dell'utero e della sua supposta motilità, una seconda intenzionalità, autonoma e indipendente da quella della donna. Le autrici analizzano invece il mito biblico di Lilith e l'evoluzione di alcuni casi clinici classici – come quello di Anna O. – come esempi di emancipazione. In quest'ottica l'isteria sembrerebbe rappresentare una risorsa storica femminile, la custodia di alcuni saperi, come nel caso dell'epidemia di istero-demonopatia di Verzeznis.

Nel capitolo, Arcelloni e Gaspari Boi sondano la scomposizione del discorso diagnostico sull'isteria in due regioni differenti: da un lato i cosiddetti disturbi somatoformi, dall'altro la diagnosi di disturbo istrionico della personalità. L'isteria sembra una diagnosi troppo eversiva per potere ancora essere tollerata come tale nei manuali psichiatrici, troppo vicina al teatro, troppo invischiata con l'esperienza mistica e religiosa, troppo sfacciata, troppo imbarazzante. Si tratterebbe di dover ammettere una diagnosi che corrisponde a un gioco lin-

guistico troppo allusivo rispetto al desiderio e alla sessualità femminile, in un'epoca in cui la psicologia e la psichiatria pretendono uno statuto di scienza la prima a partire da una teoria etologica dell'attaccamento, la seconda a partire dalla psichiatria molecolare. La metafora del desiderio sembra insomma in via di abbandono a vantaggio della metafora dei neurotrasmettitori e di quella dell'attaccamento.

L'ultimo capitolo, scritto da Elisabetta Manini, è il risultato di un lungo percorso di ricerca storico-teoretica e letteraria sull'identità femminile nelle due figure dell'anoressica e della lesbica. Figure al contempo tipicamente femminili e di contestazione radicale della femminilità costruita dal discorso maschile.

L'idea iniziale di questo lavoro di ricerca fu di indagare se ci fossero studi che mettevano in relazione il fenomeno dell'anoressia e quello dell'omosessualità femminile. In prima battuta, la conclusione fu che tali ricerche erano pressoché inesistenti. Ci si chiese dunque il perché di questo vuoto negli studi culturali e femministi. Il lavoro fu svolto da Elisabetta Manini con il contributo mio, sul versante dei disturbi alimentari, e di Mario Corona sul versante della costruzione dell'identità sessuale e di gender.

La mia impressione di terapeuta familiare derivava dal ricordo di innumerevoli situazioni in cui la “ragazza anoressica” era scambiata, a torto o a ragione, per un ragazzo: il corpo privo di curve, l'abbigliamento trasandato, il taglio dei capelli, lo sguardo duro. Manini partì da questa suggestione e – grazie all'aiuto di uno studioso di identità del calibro di Corona – arrivò ai risultati presentati nel terzo capitolo di questo libro. Invero gran parte degli studi sul *gender* e sul *lesbianism* – in primo luogo quelli di Celia Kitzinger (1987), di Camille Paglia (1990) e di Teresa De Laurentis (1999) – e gran parte degli studi costruzionisti sui disturbi alimentari –

come i testi di Julie Hepworth (1999), Mervat Nasser (1997), Helen Malson (1998) – sono riconducibili a un unico progetto di ricerca sulla costruzione storica e clinica del corpo femminile.

Le conclusioni cui giunge Manini sono solo in parte simili a quelle di Gaspari Boi e Arcelloni. Infatti, mentre l'isteria si trova in uno stato di *scomposizione*, anoressia e *lesbianism* rappresentano i poli opposti di un discorso maschile di normalizzazione del corpo femminile: *la well adjusted lesbian* – il cui stato patologico viene reso evanescente dall'impegno politico, messo tuttavia a sua volta in scacco dall'intimizzazione del discorso omosessuale – e la “ragazza anoressica”, categoria diagnostica che toglie alle donne digiunatrici *moral agency*.

Nel complesso questo libro non è che il primo approccio italiano alla costruzione di un discorso culturale sulla diagnosi. In un certo senso riprende alcuni aspetti della ricerca di Ernesto de Martino. Allo stesso tempo si aggancia agli studi del mondo anglosassone, come la recente opera di Dwight Fee (2000), la ricerca di Arthur Kleinman (1988, 1995), gli spunti clinici di Marcelo Pakman (1997). Infine fa tesoro di esperienze di studio e cliniche che giungono dal Nord Africa, come gli studi di Mohammed Boughali (1988), quelli di Ghita El Khayat (1994) o di Néjia Zemni (1999).

Ricerche ed esperienze cui speriamo di aggiungerci.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i componenti del Forum sulle matrici culturali della diagnosi. Si ringraziano inoltre: Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Maria Jesus Arrojo Romero, Marcelo Pakman, Mary Olson, Donal Carbaugh, Judith Davis, Mauro Ceruti, Dora Schnitman, Bridget Penhale, Giuliana Chiaretti,

Michel Jeannès, Fabio Perocco, Cesare Casati, Jacqueline Pereira, Piero Sannasardo, Gerolamo Lo Verso, Marie Di Blasi, Italo Musillo, Telmo Pievani, Barnett Pearce, Gonsalo Bacigalupe, Vernon Cronen, Arno Goudsmit, Mariaelena Bartesaghi, Lia Mastropaolo, Paolo Peticari, Raffaella Boi, Angela Locatelli, Giovanni Bottiroli, Roberto Alfieri, Stefano Maggi, Natale Losi e altri studiosi con i quali, in questi anni, ci siamo confrontati in relazione a questi argomenti. Un ringraziamento speciale va a Marisa Bellini e a Stefania De Nigris che hanno avuto la pazienza di leggere e rileggere ognuno dei saggi con attenzione e competenza sia formale che sostantiva.

¹ Il manifesto programmatico del forum è stato pubblicato in una prima versione sulla rivista «Pluriverso», n. 1, 2001.

Parte prima
Le forme del discorso diagnostico

Capitolo primo
 Il discorso filosofico della diagnosi
 Pietro Barbetta

Mai la psicologia potrà dire la verità sulla follia,
 perché è la follia a detenere la verità della psicologia.

Michel Foucault

Introduzione

È mia impressione che gran parte delle teorie contemporanee relative alla genesi dei “disturbi della personalità” prenda le mosse da un’etica universalistica di tipo occidentale.

Enuncerò grosso modo le idee che mi paiono dominanti nel campo delle teorie della personalità e cercherò di derivarne alcuni dei presupposti filosofici sottostanti. La prima premessa data per scontata in psicologia è che esista una struttura della personalità. Questa struttura ha a che fare con la tendenza da parte di alcuni esseri umani a commettere determinate azioni.

Talune di queste sono azioni immorali, come l’aggressione verso gli altri, l’assassinio, la menzogna e l’imbroglio, il provocare comunque un danno al prossimo direttamente o indirettamente.

Altre sono azioni il cui giudizio morale appare controverso. Si tratta di azioni che provocano direttamente o indirettamente un danno alla stessa persona che le compie: l’autolesionismo, l’uso di sostanze alcoliche oppure di droghe, l’autoaffamamento, il suicidio.

Ci sono infine azioni che, pur non provocando un danno esplicito a se stessi oppure agli altri, vengono considerate contrarie alla pubblica morale e al comune

senso del pudore: il mostrarsi nudi pubblicamente, l’aver rapporti sessuali “strani”, l’omosessualità, il rimanere a letto per un numero di ore eccessivo, il travestimento, il fare discorsi incomprensibili.

Le persone che in modo continuo e sistematico praticano alcune di queste attività possono essere considerate poco adattive e affette da un disturbo della personalità di una certa gravità.

Distinguere tra queste azioni per lo psicologo clinico è assai arduo. Vediamo alcuni scenari controversi.

Un individuo può trascorrere un periodo più o meno lungo della sua vita a esercitare condotte di tipo aggressivo, per esempio usare un’arma da fuoco e sparare contro altre persone, commettere omicidio per un certo numero di volte. Tuttavia, se questa persona sta combattendo una guerra, queste condotte sembrano ottenere magicamente una sorta di giustificazione politica, almeno per chi ne appoggia la causa.

Oppure, una persona può rischiare di morire di fame a causa di una protesta politica, come capitò a Terence MacSwiney nel 1920 in Irlanda per protestare contro il dominio britannico: in questo caso si tratta di un comportamento moralmente giustificato, almeno agli occhi di coloro che hanno lottato per l’indipendenza dell’Irlanda e dei loro simpatizzanti.

O ancora, a un omosessuale può, in determinate circostanze, essere riconosciuto il diritto di avere rapporti affettivi e sessuali con un’altra persona che lo contraccambia, sebbene del suo stesso sesso. Ciò avviene oggi “più o meno” in numerosi paesi occidentali e l’omosessualità non è più ritenuta un *mental disorder*.

Ci sono quindi una serie di circostanze storiche, culturali e contestuali che riconoscono legittimazione morale alle persone che praticano condotte come quelle elencate sopra.

D'altro canto un pacifista, un orangista o un parlamentare di destra possono comunque ritenere immorali o folli le tre rispettive condotte degli esempi posti sopra.

Secondo Engelhardt (1986) il mondo contemporaneo è abitato da stranieri morali, persone che aderiscono a etiche sostanzialistiche differenti l'una dall'altra e tra loro incommensurabili. Engelhardt sostiene il fallimento di ogni etica sostanzialistica come etica universalmente accettabile e ritiene che gli sforzi sviluppati dalla filosofia moderna per fondare un'etica universalistica di tipo formale siano altrettanto falliti. Una tale etica mostrerebbe comunque un carattere sostanzialistico ineliminabile.

L'intervento clinico sanitario sembra conformarsi a queste indicazioni bioetiche, che prevedono un codice minimo di due principi generali: del permesso e di beneficenza.

Il principio del permesso, ritenuto fondamentale in bioetica, impone al clinico di attivare un percorso terapeutico solo dopo avere ottenuto il consenso dell'interessato, in tutti i casi in cui ciò sia possibile.

L'attività definita come psicodiagnosi, tuttavia, rende le cose maledettamente complicate. La psicodiagnosi è in effetti un campo di competenze che fornisce un giudizio sulle condotte umane in relazione a una distinzione semantica del tipo normale/patologico che si va almeno parzialmente a sovrapporre alla semantica del giudizio morale.

Se si riceve una diagnosi di "diabete mellito", ciò comporta un cambiamento della propria vita e della vita dei propri familiari, sia per quanto riguarda la questione psicologica della malattia, sia per quanto riguarda l'organizzazione della propria vita quotidiana. Tuttavia, una tale diagnosi non comporta la possibilità di praticare alcuna delle azioni che rientrano in una delle tre categorie elencate sopra. Dunque nessuna trasgressione morale e nessuna perdita di *moral agency*.

Che succede invece se la diagnosi è, per esempio, "disturbo di personalità schizoide", oppure "disturbo di personalità antisociale"?

In più di una circostanza gli studi foucaultiani (Foucault 1972, Foucault et al. 1973, Foucault 1999) hanno sottolineato il processo storico che ha visto la psichiatria sottrarre alla giurisprudenza tutta una serie di giudizi. Questa sottrazione si espanse e presentò controversie sempre più difficili da risolvere. Come nel caso di Henriette Cornier, accaduto durante gli anni Venti dell'Ottocento.

Una donna ancora giovane – che aveva avuto dei figli e li aveva abbandonati dopo essere stata lasciata dal primo marito – si colloca come domestica presso alcune famiglie di Parigi. Un giorno, dopo avere a più riprese minacciato di suicidarsi e dopo aver dato manifestazione della sua afflizione, si presenta dalla vicina e le propone di prendersi cura, per qualche istante, della sua bambina di diciannove mesi. La vicina esita, ma poi finisce per accettare. Henriette Cornier conduce la bambina nella sua camera e là, con un grande coltello che aveva preparato, le recide interamente il collo. Resta un quarto d'ora davanti al cadavere della piccola, con il tronco da un lato e la testa dall'altro; e, quando la madre viene a cercare la figlia, Henriette Cornier le dice: "La sua bambina è morta". La madre si agita, non le crede, cerca di entrare nella camera. Henriette Cornier, a questo punto, prende un grembiale, vi mette la testa della bambina e la getta dalla finestra. È immediatamente arrestata. Alla domanda "Perché?", risponde: "Un'idea". E non si è potuto cavarle altro di bocca (Foucault 1999, pp. 105-106).

Penso che non si possa negare che questa narrazione ci parli di una gravissima trasgressione morale. In questi casi, sul versante dell'accusa, si cerca di affermare lo stato di ragione del criminale. La trasformazione cioè della trasgressione morale in trasgressione giuridica. Tuttavia la difficoltà di trovare un movente, o anche solo un interesse a commettere il gesto, crea uno spazio perché la

difesa possa far riconoscere la malattia mentale. Ciò afferma il principio che un crimine possa essere punito se può essere in qualche modo reso intelligibile.

La perdita di *moral agency*, la dichiarazione di malattia mentale a posteriori, dopo che il gesto folle – e non criminale, in quanto in assenza di movente o interesse – è stato compiuto, salva persone coinvolte in situazioni come quella della Cornier dalla pena detentiva grave.

In circostanze storico-culturali diverse, lo stesso gesto avrebbe potuto comportare l'accusa di stregoneria e il rogo, dunque la presenza di *moral agency*, la presenza del male.

Perché avvenga una simile differenza di distinzione categoriale, è necessario un profondo cambiamento di mentalità, conseguente alla secolarizzazione del pensiero filosofico. Si tratta di riconoscere che le forme del pensiero intorno alle condotte morali sono molteplici, contestuali e interne a comunità etiche differenti.

Henriette Cornier, nella Parigi di inizio Ottocento, in virtù del terribile atto commesso, riceve una diagnosi di malattia mentale grave, perde capacità giuridica, non è più una persona. Come incapace può essere consegnata ai dispositivi della cura psichiatrica. La psichiatria, e poi la psicologia, si occuperanno dei casi di quelle persone che, pur commettendo azioni moralmente inaccettabili, si suppone lo facciano senza un pensiero, senza movente o interesse. Non si muovono nella logica mezzi-fini e dunque non possono essere individuate le cause che hanno prodotto gli effetti. Max Weber direbbe che non compiono azioni orientate in base al senso.

Pars destruens

Fondare la normalità

Una parte del dibattito in filosofia morale ha sottolineato come un'etica formalista e universalistica possa

essere fondata sulla base di pratiche discorsive e conversazionali (Habermas 1983, 1985; Grice 1989), aggiungendo all'elemento formale e universale l'elemento cognitivo.

Cercherò di analizzare nel dettaglio tali posizioni prendendo in considerazione quello che, a mio avviso, è il livello teoricamente più elevato di elaborazione di una tale etica.

Nel volume *Etica del discorso*, Habermas (1983, p. 128) formula il principio di universalizzazione in questo modo:

(U) Ogni norma valida deve ottemperare alla condizione che le conseguenze e gli effetti secondari prevedibilmente derivanti dalla loro *universale* osservanza per la soddisfazione degli interessi di ciascun singolo individuo, possano venir accettati senza costrizioni da *tutti* i soggetti coinvolti.

Tale formula, secondo Habermas, consente di soddisfare tre presupposti fondamentali: il presupposto cognitivista, quello universalista e quello formalista.

Con la formulazione di "U", ogni questione pratico-morale dovrebbe venire decisa in base a ragioni. I giudizi morali verrebbero espressi non in base ai sentimenti particolari di qualcuno, bensì attraverso un contenuto cognitivo. Si darebbe a ognuno la possibilità di "distinguere fra giudizi morali giusti e giudizi morali errati". Questo il presupposto cognitivista.

Inoltre, secondo Habermas, in base alla formulazione di "U", chiunque partecipi alla conversazione su questi presupposti giunge, in linea di principio, ai medesimi giudizi.

L'etica del discorso contesta l'assunto fondamentale del relativismo etico, secondo il quale la validità dei giudizi morali si commisura soltanto ai criteri di razionalità o di valore che sono propri della cultura o della forma di vita cui di volta in volta appartiene il soggetto giudicante (ib.).

Presupposto universalista.

Infine Habermas ritiene che la sua formula elimini tutti gli orientamenti concreti verso il mondo. Presupposto formalista.

In altri termini, secondo Habermas, è possibile fondare un'etica della comunicazione che permetta agli individui, liberi da presupposti di interesse particolare, di trovare, in linea di principio, un accordo attraverso l'argomentazione. Un tale accordo dovrebbe fondarsi su criteri di costruzione formale del discorso che permettano a chiunque segua il ragionamento in modo cognitivamente corretto di giungere, in linea di principio, alle medesime conclusioni formali.

La posizione di Habermas viene rappresentata come un processo di costruzione: si tratterebbe di un punto di arrivo conseguente allo sviluppo cognitivo individuale. Solo chi accede a un'etica post-convenzionale può entrare in questo tipo di orizzonte morale che quindi appartiene, per definizione, all'individuo adulto e cognitivamente sviluppato.

In questo senso Habermas fa riferimento alle teorie piagetiane sullo sviluppo morale e alla loro reinterpretazione fornita da Kohlberg (1981).

Kohlberg è noto per avere sviluppato una teoria a stadi dello sviluppo morale suddivisa in tre livelli di moralità: preconvenzionale, convenzionale e postconvenzionale. Ognuno di questi livelli è a sua volta suddiviso in due stadi di sviluppo e a ogni stadio corrisponde una particolare fase del corso della vita infantile, adolescenziale e adulta.

Il livello postconvenzionale, che a noi interessa di più in questo saggio, consiste di due stadi: lo stadio contrattualistico e quello appunto dei principi etici universali.

Kohlberg (1981) ha costruito anche uno strumento di valutazione del livello e dello stadio di sviluppo morale a cui ogni individuo è giunto.

Tale strumento consiste nella presentazione all'individuo da testare di una serie di dilemmi morali, rispetto ai quali si chiede se il protagonista del racconto abbia agito correttamente o meno e perché. La persona intervistata – a seconda delle risposte fornite – riceve un punteggio che la colloca in un determinato livello e in un determinato stadio dello sviluppo morale.

Dal punto di vista tecnico l'applicazione del test di Kohlberg funziona. I risultati però hanno lasciato alquanto sconcertato più di un osservatore (Gilligan, Murphy, Michael 1979; Gilligan 1982; Barbetta, Bertolini 1985). Infatti i test sembrano assegnare punteggi sistematicamente più elevati ai maschi, adulti, occidentali di classe media e con titoli di studio elevati.

La critica di Carol Gilligan alle teorie di Kohlberg coglie particolarmente bene il punto. Analizziamola partendo dalla disamina del più noto dei dilemmi morali presentati da Kohlberg nel suo test, il dilemma di Heinz.

La moglie di Heinz ha un male incurabile che la condurrà presto alla morte. Heinz però viene a sapere che proprio nella città dove vive esiste un farmacista che possiede una medicina che può guarire la malattia della moglie. Si reca dal farmacista per chiedergli la medicina, tuttavia il farmacista chiede una somma enorme, che Heinz non possiede, per l'acquisto del farmaco. Heinz tenta in tutti i modi di ottenere un credito dal farmacista, questi tuttavia si rifiuta di dare la medicina a Heinz se non viene pagato subito. Non ci sono possibilità di negoziazione, il farmacista sostiene che lui possiede la medicina e che ha il diritto di pretendere la cifra che richiede. Heinz se ne va, però, durante la notte, entra di nascosto nella farmacia e ruba la medicina.

La domanda che viene posta dopo il dilemma è la seguente: Heinz ha fatto bene sì o no a rubare la medicina? E perché?

Il punteggio più elevato a questo dilemma dovrebbe venire attribuito a coloro che rispondono che Heinz ha

fatto bene a rubare la medicina poiché siamo di fronte a due imperativi gerarchicamente differenziati: “non rubare” e “hai il dovere di salvare una vita umana”. Il secondo imperativo sarebbe gerarchicamente sovraordinato rispetto al primo e dunque, se c'è contraddizione tra i due, l'agire morale impone di trasgredire l'imperativo meno elevato dal punto di vista valoriale e dunque di rubare per salvare una vita. Così rispondono molti giovani studenti di College americani, per esempio.

La Gilligan aveva però osservato come numerose studentesse rispondessero diversamente. In effetti esse non rispondevano alla domanda del test, ma ne mettevano in discussione l'impianto. Si domandavano, per esempio, se avesse senso formulare una domanda del genere, dando per scontato che Heinz se la sarebbe sentita di rubare la medicina, oppure se l'avesse fatta franca, dato che non è semplice rubare in una farmacia. Oppure se, avendo rubato la medicina, questa avrebbe effettivamente ottenuto l'effetto desiderato di guarigione e così di seguito.

In effetti queste domande mettevano in questione l'impianto metodologico utilizzato da Kohlberg per la costruzione del suo test, si chiedevano che cosa intendesse misurare il test e se ciò che misurava avesse, in qualsiasi modo, a che fare con la moralità concreta, piuttosto che con un vuoto formalismo giuridico.

Il test di Kohlberg è andato lentamente scomparendo dalla scena dei test psicologici e raramente viene citato. Una delle poche occasioni in cui ho trovato una sua applicazione in campo clinico riguarda il caso di Elliot, presentato da Damasio (1994) in relazione alla possibilità di individuare un test che sia in grado di valutare i disturbi pre-frontali.

Elliot era un paziente trentenne operato con successo al cervello a causa di un meningioma. Nonostante il successo dell'operazione e l'apparente rientro di

Elliot nella normalità, la situazione del paziente rimaneva problematica dal punto di vista del suo reinserimento sociale. Non riusciva a ritrovare un lavoro stabile, nonostante prima del tumore fosse sempre stata una persona “affidabile”. Quando, dopo l'operazione, gli fu tolto il diritto di riscuotere l'assegno di invalidità, Damasio cercò di capire, attraverso una serie di test cognitivi e di personalità, quale tipo di patologia neuropsicologica impedisse a Elliot di riprendere la sua vita “normale”, quella vissuta prima del tumore e dell'operazione chirurgica. Tra gli altri test, Elliot fu sottoposto da Damasio a una versione modificata del test di Kohlberg e anche in questo, come negli altri test, ricevette un punteggio che lo poneva in una situazione di “normalità”.

In breve, Elliot aveva una capacità normale di produrre opzioni di risposta alle situazioni sociali e di considerare spontaneamente le conseguenze di alcune opzioni particolari. Era anche capace di concettualizzare i modi per conseguire obiettivi sociali, di predire il probabile esito di situazioni sociali e di compiere ragionamenti morali a un livello avanzato di sviluppo... [Tuttavia Elliot disse] “E dopo tutto questo, io ancora non saprei che cosa fare!” (pp. 89-90).

Al test di Kohlberg Elliot mostrava di essere in uno stadio tra il convenzionale e il post-convenzionale, uno stadio di moralità giudicato discretamente avanzato. Tuttavia ciò non gli era di alcuna utilità, poiché nella sua vita quotidiana non riusciva più a reinserirsi socialmente.

Questo caso clinico è ai miei occhi estremamente significativo di come il livello del giudizio astratto e quello dell'agire quotidiano e contestuale non si presentino necessariamente collegati e di come la concezione formale, cognitiva e universalistica, presentata dal test di

Kohlberg, possa non essere di alcuna utilità nel prendere decisioni e nell'orientarsi della vita quotidiana.