

Intervento

Paga, o depresso, le ricette facili!

di Eugenio Borgna

Che cosa sta accadendo in psichiatria: nell'immagine che la coscienza pubblica ha della psichiatria? Negli anni settanta, e negli anni ottanta, la psichiatria italiana si è profondamente e radicalmente trasformata nelle sue strutture e nelle sue modalità di articolazione. Come si sa, da una psichiatria immersa nel silenzio e negli orrori delle istituzioni manicomiali si è passati a una psichiatria contraddistinta da strategie terapeutiche territoriali, ambulatoriali e domiciliari, molto avanzate sia nella loro teoria sia nella loro prassi: le più avanzate d'Europa. La psichiatria si è costituita come psichiatria sociale: definitivamente.

Ma, da qualche tempo, non di questa psichiatria si parla nei grandi mezzi di comunicazione: sui giornali e alla televisione, nei dibattiti radiofonici e, anche, in alcune pubblicazioni di successo. Non di questa nuova (in alcune regioni ancora non realizzata) psichiatria si parla, dunque, ma di un'esperienza psicologica e psicopatologica, di una "malattia" (come viene definita con un'inaccettabile generalizzazione), alla quale viene assegnata la denominazione di "depressione". Fiumi di parole contrassegnano questo discorso sulla depressione: travolgendo, e cancellando, ogni distinzione e ogni differenziazione fra la depressione come stato d'animo (come esperienza di vita alla quale non si può essere estranei: almeno in alcune stagioni della vita e davanti ad alcuni eventi esistenziali), la depressione come risposta motivata a esperienze di scacco e di perdita (di una persona cara, di una speranza o di un'utopia umbratile ed effimera: ma talora si vive anche di utopie), e la depressione come evento immotivato nel quale non si rintracciano cause o ragioni psicologiche. (La psichiatria biologica uniforme e omogeneizza: non ammette distinzioni e analisi psicologiche).

Non sono in gioco, solo, questioni teoriche in questa contaminazione di realtà psicologiche diverse che vengono sospinte, e immesse (schiacciate), in un'unica designazione terminologica, vale a dire nella depressione considerata tout court come "patologica" e trattata con psicofarmaci. Sono in gioco, anche, questioni pratiche essenziali e decisive: gli stati d'animo depressivi non si curano con medicine (con farmaci) di qualsiasi natura; e le situazioni depressive che nascono come conseguenze di un'esperienza di perdita non hanno bisogno se non di ascolto e di psicoterapia. Solo nell'area delle de-

pressioni immotivate, che sono del resto infrequenti e sono estranee (almeno apparentemente) a ogni causa psicologica, si giustifica la somministrazione farmacologica (antidepressiva) rigorosa e dialettica.

Ma come è possibile immaginare che sia la "coscienza pubblica", sia la legione dei medici "di base" (dei medici di "famiglia" come si definivano un-

gli psichiatri stessi (dalla psichiatria dominante) appena adombrate o addirittura banalizzate e negate?

Come conseguenza di questa confusione metodologica, si assiste oggi, da un lato, al proliferare e al dilagare di diagnosi di "depressione" del tutto fuori luogo, da parte di psichiatri di estrazione organicistica e di medici di base da loro fatalmente suggestionati,

elenco di "sintomi" (e non come una realtà interiore che si può cogliere solo con l'intuizione e con la riflessione: rientrando agostinianamente nel proprio animo e nel proprio cuore) che ciascuno di noi sarebbe in grado di diagnosticare e di riconoscere, non posso non rivivere una radicale e desolata esperienza di mistificazione e di stupefazione.

di ogni sofferenza (umana e "normale") e al soccombere a un'agghiacciante spirale di illusioni e di delusioni.

La fede assoluta nei prodigi della farmacopsichiatria trascina con sé, infine, due altre fatali conseguenze: in primo luogo accade infatti che, laddove non si abbiano risultati terapeutici immediati, il medico venga risucchiato dalla mania di accrescere vertiginosamente le dosi farmacologiche (cose che noi, dalle frontiere aperte dei servizi territoriali di psichiatria, constatiamo poi nella loro drammatica evidenza; atterriti e angosciati) e di associarle a strumenti biologici, come l'elettroshock, che già Kurt Schneider in anni lontani (nel 1947) definiva come assolutamente (eticamente) inadatti e inadeguati a "curare" stati d'animo depressivi; e in secondo luogo si finisce per considerare come del tutto inutile, e del tutto insignificante, qualsiasi modalità di ascolto del paziente e, cioè, qualsiasi psicoterapia. (Fra l'altro, lasciate a sé, le depressioni tendono a risolversi anche spontaneamente; mal curate farmacologicamente rischiano di "cronizzarsi").

Nel determinare queste cose (nel fare diagnosi di depressione "patologica" in condizioni psicologiche che non hanno nulla a che fare con essa, e nel fare di ogni erba un fascio), ha un'importanza radicale la riduzione biologica (organicistica) della vita psichica (negata nella sua autonomia e nella sua ragione d'essere) e, insieme, la trifalizzazione della farmacoterapia.

Certo, è molto più comodo illudersi sull'esclusiva azione terapeutica dei farmaci antidepressivi (sulla loro onnipotenza) che non accettare la complessità di ogni esperienza psicologica e di ogni esperienza psicopatologica: nella quale gli elementi psicologici e quelli biologici, gli elementi interpersonali e quelli sociali, sono intrecciati gli uni con gli altri. Certo, è molto più semplice dilatare la diagnosi di depressione (senza nemmeno distinguere in essa le diverse stratificazioni e le diverse varianti: l'una radicalmente diversa dall'altra), e fare entrare in essa realtà umane e psicologiche estranee a ogni patologia, che non analizzare psicologicamente le cose e mettersi in atteggiamento radicale di ascolto.

Come ha scritto Franz Kafka in uno dei suoi racconti più sconvolgenti, è facile scrivere ricette; mentre è molto più difficile, per ogni medico, ascoltare la gente.

Santa anoressia

Ripensare l'anoressia, numero monografico dei "Quaderni di Psicoterapia Infantile", 1993, n. 27, a cura di Carlo Brutti e Rita Parlani, Borla, Roma, pp. 288, Lit 45.000.

Anoressia, parola allarmante che sconvolge tante famiglie ed esprime il disagio di giovani donne adolescenti che rifiutano il cibo, un rifiuto che costituisce il cardine narcisistico intorno al quale ruota la loro intera vita relazionale. In questo nuovo contributo a più mani, Carlo Brutti e Rita Parlani "ripensano l'anoressia" partendo dall'analisi delle sante anoressiche. Per R. Bell, le sante del passato (Chiara, Caterina, ecc.) erano tutte delle vere anoressiche che, nel rifiuto del cibo, esprimevano la protesta contro il potere maschile rappresentato dall'ordine ecclesiastico. Insomma una sublime impasse edipica. Per T. Habermas, l'altro grande studioso di digiunatrici, la secolarizzazione della cultura ha portato a svuotare il digiuno di significati trascendenti, inglobandolo nell'ordine degli avvenimenti naturali e creando quindi lo spazio per la nascita dell'anoressia come fenomeno del nostro tempo. Per capire l'anoressia è necessario inserirla nel contesto culturale dove potrà significare la mortificazione del corpo (è il masochismo morale di Freud?) o il raggiungimento di un'estasi mistica, o infine il conseguimento di un potere all'interno dell'istituzione ecclesiastica.

Ma qual è la storia dell'anoressica? È quella di un'adolescente che è in conflitto con la propria immagine e che, rifiutando il cibo, esprime un più profondo conflitto con i genitori e l'ambiente. Essa continua a preparare cibo da offrire a coloro da cui non accetta alcunché, rappresentando così la negazione del suo bisogno proiettandolo sugli al-

tri. Ne risulta un dimagrimento, ma non una perdita di energia, che anzi l'anoressica è competitiva e attiva e pratica perfino sport faticosi che suscitano la meraviglia e l'ammirazione degli altri.

Sull'anoressia aleggia un ideale estetico che l'anoressica crede megalomaniacamente di poter mantenere sotto il proprio controllo. All'inizio della sindrome, l'anoressica persegue un ideale di bellezza da cui, paradossalmente, si allontana nel corso della malattia. Ma come interpretare questo processo? La psicoanalisi propone varie ipotesi: espressione di una personalità narcisistica che tende a distruggersi; risultato di una non-risoluzione del conflitto edipico o dis-identificazione con la figura materna; rivelazione di un desiderio di fusionalità con la madre; forma di alterazione psicotica della percezione corporea o percezione di tipo tossicomane; malattia — per Luis Chiozza — decisamente psicosomatica. Comunque risultato di conflittualità intrafamiliari, dove la figura materna è dominante e la paterna è svaloriata. Quando poi il rifiuto del cibo è erotizzato, ciò rende l'anoressica, se costretta a mangiare, simile al tossicomane in crisi di astinenza.

Ma l'equivoco più grave in cui incorre l'anoressica (e il suo ambiente) è che essa crede di perseguire un ideale di bellezza mentre in realtà attacca le realizzazioni della propria forma che percepisce come repellente, in un tragico gioco bugiardo nel quale, non realizzando mai la forma ideale, può mantenere, a volte fino alla morte, l'aspettativa idealizzata e sempre procrastinata.

(m.m.)

tempo) possano capire, e cogliere nelle loro diverse esigenze terapeutiche, queste diverse modalità di apparire e di essere delle depressioni: quando queste distinzioni (essenziali) sono da-

e, dall'altro, alla corsa disperata alla prescrizione e alla somministrazione (anche all'autoprescrizione) di farmaci antidepressivi.

La pressione psicologica delle case farmaceutiche, alimentata (sorretta) da alleanze con quell'indirizzo biologico della psichiatria oggi, non solo in Italia, dominante, induce a credere che gli "ultimi" farmaci antidepressivi, i farmaci antidepressivi dell'ultima "generazione", siano più efficaci di quelli delle "generazioni" precedenti: cosa tutt'altro che vera; e sollecita, così, medici e "pazienti" a farsi risucchiare nel vortice di prescrizioni farmacologiche illusorie e inutili.

Le cose si fanno ancora più drammatiche se si pensa che vengono scambiate e diagnosticate come "depressioni" condizioni cliniche che non hanno nulla a che fare con esse: condizioni cliniche che si possono accompagnare a sintomi depressivi del tutto secondari e che si devono curare non con farmaci antidepressivi, che le fanno peggiorare, ma con farmaci ansiolitici e neurolettici.

Se penso ad alcune recenti trasmissioni televisive (a qualche trasmissione televisiva come quella dedicata alle depressioni su uno dei grandi canali nazionali), nelle quali la depressione veniva descritta, e presentata, come un

La medicalizzazione forsennata e dissennata di ogni condizione depressiva non conduce solo a rischi di (inutile) dipendenza farmacologica ma anche al dilagare di un disperato rifiuto

IL SEMINARIO DELLA FONDAZIONE MELLON
presso l'UNIVERSITÀ DI CHICAGO
BORSA DI STUDIO POST-DOTTORALE
1995-96: "Tolleranza, repressione e autorità
nell'Europa della Prima Età Moderna"

Si invitano gli interessati a presentare domanda per la Borsa di Studio Post-Dottorale 1995-96. Il seminario sarà incentrato sullo sviluppo di, e opposizione a, ideali di tolleranza nei contesti filosofico, religioso, scientifico, politico e artistico, nonché sulla pratica della tolleranza nel periodo dalla Riforma alla Rivoluzione Francese. Lo stipendio è di \$ 28.000. I candidati devono avere conseguito il titolo di dottorato di ricerca entro il 1° settembre 1995 e devono inviare un curriculum vitae, tre lettere di raccomandazione, un saggio della lunghezza di un capitolo e una dichiarazione che illustri l'attinenza della loro attività con il tema del seminario. Il termine per la presentazione delle domande è il 15 marzo 1995. Inviare la documentazione a:

Mellon Program, Chicago Humanities Institute,
University of Chicago, 1100 East 57th Street, Chicago,
IL 60637 USA

école

La scuola
non è un'azienda.
Costruire l'uguaglianza,
liberare le differenze.

MENSILE DI IDEE PER L'EDUCAZIONE ABBONAMENTO ANNUALE (9 NUMERI) L. 45.000 CCP. 26441105 INTESTATO A SCHOLÉ FUTURO VIA O. ASSAROTTI, 15 TORINO TEL. / FAX 011.545567 COPIE SAGGIO SU RICHIESTA DISTRIBUZIONE IN LIBRERIA: PDE