

Nicola Ghezzani

DISTURBI D'ANSIA E GENETICA

L'ansia, la depressione e gli attacchi di panico sono malattie genetiche?

Bruna, una mia paziente di poco più di trent'anni, emancipata e colta, ormai libera dalla depressione per la quale mi aveva interpellato, mi fece un giorno una strana e inquietante confessione: «Ormai mi sento guarita» mi disse, «e vedo con chiarezza che le mie emozioni sono libere e non seguono più schemi fissi. Eppure ti confesso che per gran parte della mia vita adulta ho creduto che la ferrea ciclicità delle mie depressioni stesse a indicare che soffrivo di una malattia organica, di origine genetica».

Avevo di fronte a me una giovane donna dedita allo studio per professione: Bruna era una giornalista *free lance* che si occupava di pubblicità ingannevole e di difesa del consumatore. Lei stessa era stupita di quanto fosse stata ingenua a dar credito a una simile «leggenda»; tutta la sua vita, la sua stessa professionalità venivano messe in crisi dall'evidenza della sua ingenuità: era sconvolta da quanto fosse stata intima e profonda la sua «fede» precedente.

Le dissi che il «pregiudizio» funziona proprio così: è un «sentimento» più che un pensiero; è una certezza consolidata sulla quale, appunto, non si è mai esercitata alcuna riflessione, alcun giudizio critico. Funziona perché condividere quel pregiudizio ci consente di sentirci parte di un certo mondo, quand'anche gli oggetti del pregiudizio siamo noi stessi.

1. Il pregiudizio

Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito alla genesi e alla diffusione su scala planetaria di un nuovo e invasivo pregiudizio: che i disturbi dell'emotività e della personalità siano il prodotto di un difetto genetico, dunque di una *dis-funzione*, ossia di una «inferiorità strutturale e funzionale» individuale radicata in quel progetto di base del nostro organismo che è il DNA. Come è nella natura del pregiudizio, questo assunto non appartiene solo all'opinione comune: esso è ormai condiviso in larga misura dalle stesse vittime, dall'intera classe di persone che si ritrova ad essere appunto l'oggetto di riferimento del pregiudizio.

Questa è una constatazione divenuta ormai ovvia, in uso tanto nelle scienze sociali quanto nell'analisi politica. Scrive Maurice Gaudelier in un testo di molti anni fa:

Ogni potere dominante si compone di due elementi indissolubilmente legati, che ne costituiscono la forza: la violenza e il consenso. Ma se si esclude il caso in cui il dominio è effetto diretto della violenza... si può dire che, di quei due fattori del potere, la maggior forza non provenga dalla violenza dei dominanti, ma dal consenso dei dominati al loro dominio. Perché individui e gruppi dominati possano consentire coscientemente e inconsciamente al loro dominio, è necessario che questo appaia loro come un servizio reso dai dominanti (Gaudelier, in Hobsbawm 1982, vol. IV, p. 351-352).

Gaudelier fa qui un'importante distinzione: il potere (ma suggerirei qualunque potere, non solo quello dominante) può avvalersi di due fattori d'influenza, diversi nella natura e nella funzione: la forza e il consenso. Su questa base, possiamo assumere l'esistenza di due diversi tipi di pregiudizio: il primo è unidirezionale e tale da suscitare l'azione violenta, e potremmo chiamarlo pregiudizio *autocratico* o semplicemente *violento*; il secondo, la cui natura è la promozione del consenso, possiamo chiamarlo *condiviso*. Ecco come lo specifica Gaudelier:

Perché individui e gruppi dominati possano consentire coscientemente e inconsciamente al loro dominio, è necessario che questo appaia loro come un servizio reso dai dominanti (ibid.).

Nelle società moderne, basate sulla persuasione di coscienza, per accettare un pregiudizio e lasciare che domini il campo della vita sociale occorre che tutti – o almeno la maggioranza della popolazione – lo condividano. Il che implica che esso deve essere condiviso, almeno in parte, dalle stesse vittime del pregiudizio, che devono arrivare a considerarlo come un giudizio vero e utile sulla realtà. Il che vuol dire che, spesso, gli stessi discriminati non riescono a percepire con chiarezza di essere oggetto di una discriminazione.

Fino a non molto tempo fa, al seguito di campagne diffamatorie organizzate nei secoli prima dalle chiese, poi dai governi nazionali, i quali assoldavano «scienziati» di morale elastica e disponibili all'uso, aveva libero corso il pregiudizio che gli ebrei fossero «viziosi» e i neri «torpidi» e «stupidi». Inizialmente si trattò di un pregiudizio autocratico – assoluto e violento –, mirato a coalizzare una parte della popolazione contro le vittime designate. Col tempo, però, con l'estensione della prassi democratica di agire solo facendosi forti della volontà della maggioranza, il pregiudizio cominciò ad essere diffuso fra intellettuali di livello medio-basso o interessati ai benefici della connivenza col potere dominante. Sicché frotte di scienziati allineati con le posizioni del regime cominciarono a ravvisare somiglianze fra la categoria umana oggetto del pregiudizio e il mondo animale. In alcuni casi si trattava di mera impostura scientifica, come nel caso di Cyril Burt, in altri di traviamiento ideologico, come per Paul Broca e Cesare Lombroso, i quali, scienziati stimati per importanti aspetti della loro opera, cedettero alla diffusa idea che l'inferiorità sociale di poveri, criminali, nonché delle minoranze etniche e dei popoli colonizzati poggiasse su solide basi di natura biologica. Tipico del pensiero razzista di quegli anni fu un certo paternalismo, per cui l'azione di potere nei confronti delle razze inferiori veniva spiegata come un favore nei loro confronti, un beneficio educativo. L'azione violenta sarebbe intervenuta solo nel caso che questi stupidi popoli non avessero apprezzato il privilegio loro offerto di essere educati da una razza superiore.

Venne così forgiato il concetto di «razza», sicché quella ebraica prima, quella nera poi furono additate come variazioni sub-umane, inferiori alla razza ariana e alla razza *WASP* (*White, Anglosaxon and Protestant*). Da una parte si distinse la razza superiore, dall'altra le razze inferiori, da porre sotto tutela e da

punire in caso di palese insubordinazione. Il paternalismo che improntò l'ideologia razzista si avvale – ritengo – del più antico e radicato paternalismo (di marca religiosa) di tipo sessista, per il quale la donna era il genere inferiore dell'umanità e come tale da mettere sotto la tutela degli uomini. Pian piano, mentre le donne, con immensi sforzi, avviavano una incerta emancipazione, le razze inferiori divennero le femmine dell'élite superiore.

Tutto ciò avveniva senza che vi fosse (né che vi potesse essere) alcuna oggettiva e convalidata dimostrazione scientifica degli assunti razzisti. Tuttavia, il campo dell'informazione massmediatica era dominato da una retorica *scientista* (che si avvaleva di un linguaggio para-scientifico) largamente diffusa, intesa a convincere, a persuadere, della giustizia della causa razzista. Non un solo genetista serio avrebbe firmato le imprudenti affermazioni del razzismo biologico; ma molti «cultori della materia» (scienziati di secondo e terz'ordine, saggisti di opere divulgative, giornalisti, politici) s'improvvisarono intenditori e specialisti per avvalorare e diffondere il pregiudizio.

Un caso paradossale nella storia dei pregiudizi biologici è quello che riguarda Cesare Lombroso (1835-1909). Insigne psichiatra italiano creatore dell'antropologia criminale, Lombroso fu affascinato dall'idea che il carattere di una persona fosse determinato dalla sua costituzione fisica. La sua affermazione più «forte» (quella per la quale l'intera sua opera è ricordata nella storia delle scienze come un clamoroso esempio di «svista» in perfetta buona fede) è che la tendenza criminale sia di origine genetica e che sia individuabile nella conformazione anatomica dei crani. Come ben sappiamo, l'ipotesi è stata scartata come del tutto infondata dall'intera comunità scientifica. Non di meno, assunta nella sua radicalità, essa servì da fondamento logico alle teorie eugenetiche che sorsero negli Stati fascisti e nazionalsocialisti europei solo pochi decenni dopo la sua pubblicazione. Il paradosso – la terribile ironia della storia – consiste nel fatto che Cesare Lombroso era di origine ebraica: la sua teoria, quindi, si ritorse drammaticamente sul destino della sua stessa gente.

Il pregiudizio assolve sempre a una precisa funzione sociale: quella di fornire una giustificazione razionale alla conquista e alla conservazione del potere da parte di una classe o di una tipologia umana a danno di altre. Pur in modo ingenuo e inconsapevole, Lombroso si prestò a fornire alle classi dominanti dell'ottocento e

dei primi del novecento una giustificazione scienziata allo sfruttamento delle classi povere e alla marginalizzazione dei delinquenti e dei sovversivi. Spazzato via dal campo delle ipotesi scientifiche, l'assunto lombrosiano divenne un mero pregiudizio, e come tale si prestò ad essere reso funzionale a scopi razzisti nella Germania nazista e nell'Italia fascista, che avevano bisogno di individuare categorie etniche su cui scaricare l'insoddisfazione e la rabbia dei tedeschi e degli italiani di quegli anni e la loro frustrata brama di potenza. In quanto pregiudizio inglobato nella pseudoscienza dell'epoca, esso servì perfettamente al suo scopo.

Il pregiudizio non ha solo scopi «positivi» (affermazioni di principio dogmatiche) ma anche «negativi» (negare le idee opposte, ossia abbattere il nemico intellettuale). Quindi, esso promuove il proprio modello di analisi allo stesso tempo squalificando alla radice le persone e i sistemi di pensiero che potrebbero opporre argomenti diversi. Spesso queste persone vengono tacciate di essere affette dalla stessa patologia psichica o morale di cui discetta il pregiudizio che esse contestano.

Questa pratica di annientamento mediante diffamazione (in cui fu particolarmente abile la chiesa cattolica nei confronti delle altre confessioni e ancor più nei confronti delle sue comunità interne tacciate di eresia, le une e le altre invariabilmente condannate come soggette al Maligno) fu la prassi usuale della psichiatria politica dei paesi comunisti e segnatamente dell'Unione Sovietica e della Cina. In questi paesi, il dissidente – soprattutto se intellettuale e di prestigio – se non era semplicemente segregato in prigione o eliminato, aveva lo stesso trattamento del malato mentale: entrambi erano sottoposti a un rigoroso regime di «rieducazione» nel quale venivano «condizionati» con tecniche «comportamentiste» radicali, perché riacquistassero la «sana» coscienza comunista da cui si erano allontanati.

L'adesione degli intellettuali al pregiudizio solo di rado dipende da sincera buona fede e da ingenuità circa le conseguenze delle proprie affermazioni. Il più delle volte, l'adesione è in malafede e dipende sia da semplice ambizione, sia da inconscia brama di identificazione e di appartenenza a un gruppo sociale forte. Essendo uno strumento per l'acquisizione e la distribuzione del potere, un pregiudizio vincente premia con gradi di carriera sociale coloro che lo sposano e lo favoriscono. In questo senso, un pregiudizio razziale vale quanto un pregiudizio

castale: se un biologo «dimostra» che le donne sono più deboli e remissive degli uomini, o i neri sono meno intelligenti dei bianchi, o ancora se uno psichiatra dimostra che i neri hanno una tendenza innata a delinquere (per via di un basso coefficiente morale), o che i depressi non stanno male per fatti inerenti la realtà del mondo, ma per un gene difettoso, che i bambini ipercinetici non sono vittime di cattive socializzazioni, ma sono anch'essi affetti da patologie genetiche, questi specialisti traggono sempre benefici diretti o indiretti dalle loro affermazioni: i loro scritti saranno pubblicati; la stampa e la televisione darà loro larga risonanza; le case farmaceutiche li inviteranno ai loro convegni; lo Stato elargirà loro fondi per ulteriori ricerche; e la gente comune (persino le stesse vittime dei loro pregiudizi) li accrediterà di ammirazione e di stima. In più, le loro tesi diverranno oggetto di un acceso dibattito politico che, favorevole o avverso, le trasformerà in un «caso culturale», quando il modo come sono sorte e hanno prosperato avrebbe dovuto rivelarle come mere posizioni ideologiche, piuttosto che come opinioni culturali in senso proprio, dignitose e accreditabili.

Ecco cosa scrive Jonathan Haidt, psicologo cognitivista americano, nel suo libro *Felicità: un'ipotesi* (2006). Dopo aver «spiegato» che i disturbi psichici sono l'effetto di apprendimenti «sbagliati» e di pensieri «irrazionali» – in sostanza dopo aver affermato che i malati sono stupidi – mostra quali sono oggi gli strumenti elettivi della terapia cognitivo-comportamentale:

La sfida ai pensieri automatici e lo svolgimento di piccoli compiti, come uscire per andare a comprare il giornale invece di starsene tutto il giorno a letto a rimuginare. Questi incarichi spesso sono assegnati come compiti a casa, da svolgere quotidianamente (quindi un incontro settimanale con un terapeuta non è sufficiente). Con ogni riquadrimento e con ogni semplice compito eseguito, l'assistito riceve una piccola ricompensa, un breve lampo di sollievo o piacere; e ogni lampo è come una nocciolina data a un elefante come rafforzamento di una nuova condotta. Con un rimodellamento graduale del genere di cui parlavano i comportamentisti si possono cambiare i propri pensieri automatici e, insieme a essi, il proprio stile affettivo. In effetti molti terapeuti combinano il metodo cognitivo con tecniche reperite direttamente nel comportamentismo per creare quella che viene definita *terapia cognitivo-comportamentale* (2006, cit. p. 47).

Professore associato alla Virginia University e premiato con il Templeton Prize, Haidt afferma l'inutilità di andare alla ricerca delle cause storiche (personali e sociali) di un malessere. Con

suprema leggerezza, mentre elogia il suo idolo Aaron Beck, sdegnando una tradizione psichiatrica e psicoterapeutica che data da più di un secolo e tutta la tradizione filosofica occidentale relativa alla formazione della soggettività e si accoda alla *nouvelle vague* che i disturbi della psiche siano genetici e che, pertanto, allo psicoterapeuta resti il compito di una rieducazione, di un adattamento dei pazienti ai loro limiti. Qualche esercizio di riaddestramento (del genere di quelli elaborati da Pavlov coi suoi cani) e il gioco è fatto. Quindi prosegue:

Quando la terapia cognitiva è ben fatta, è efficace quanto i farmaci per il trattamento della depressione come il Prozac (ibid.)

Dopo la pubblicità al farmaco (cui aggiunge quella al Paxil, allo Zoloft, al Celesta, al Lexprano, p. 49), conclude:

Se la teoria dell'ippocampo del Prozac è corretta, sono molte le persone che avrebbero bisogno di una riparazione meccanica (p. 53).

I concetti di Haidt parlano da sé. Accredito l'ipotesi genetica; quindi – come ovvia conseguenza – pubblicità esplicita a psicofarmaci (alcuni dei quali peraltro oggetto di controversie legali); diffamazione paternalistica dei pazienti; e, infine, promozione di un metodo psicoterapeutico rozzo e riduttivo, che degrada la cultura psicologica a un meccanico addestramento. Alla critica puntuale degli argomenti dello psicologo americano, aggiungerei un ulteriore commento critico di carattere sociologico: simili teorie sono giunte al successo in un paese, gli Stati Uniti d'America, che ha due grossi problemi sul banco: domare una popolazione afflitta da psicopatologia in una percentuale doppia rispetto a quella europea, e ampliare il più possibile i profitti delle multinazionali del farmaco, insidiate dalle cause legali intentate da pazienti che dalla imprudente prescrizione di farmaci hanno ricavato esiti funesti.

Le affermazioni di Haidt, all'opposto di quelle di Lombroso, sono un esempio eclatante di malafede: all'epoca in cui scrive (2006) Haidt sa perfettamente che alcuni dei farmaci cui fa pubblicità sono sotto processo e che per uno di essi la casa produttrice ha pagato una somma esorbitante. E tuttavia insiste nel ripetere il messaggio. Sa di poterlo fare perché ha dalla sua

non solo la potenza economica industriale e il suo vasto potere di corruzione e di persuasione occulta; non solo l'aggressiva corporazione degli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali (che negli Stati Uniti ha pagato la pubblicazione di un inconsistente *Libro nero della psicoanalisi*, redatto all'unico scopo di screditare con la calunnia una scuola concorrente); ma, purtroppo, sa di poter contare anche su una buona parte della stessa opinione pubblica, confusa e smarrita. E' su questa confusione e su questo smarrimento che radica la malapianta del pregiudizio: la drastica semplificazione di problemi complessi compiuta a favore di pochi.

La dinamica sociale del pregiudizio condiviso necessita di una categoria di esperti (in questo caso, psichiatri e psicologi e divulgatori scientifici) che si appellano a una disciplina *super partes*; quindi, a questa dà il mandato di dividere l'umanità fra coloro che sono ben adattati all'ordine attuale del mondo (definendoli sani, con ciò intendendo superiori) e coloro che sono disadattati (individuandoli come malati, dunque inferiori). Infine, ai discriminati dà l'illusione che ci si occupa di loro, e nel modo più serio e protettivo.

Il pregiudizio, dunque, si afferma e si consolida perché funziona sempre in un senso e nell'altro, nel senso di coloro che privilegia e nel senso delle sue vittime. Funziona nella categoria favorita, nella misura in cui i suoi appartenenti ricavano l'idea di essere superiori; e nella categoria sfavorita, nella misura in cui i suoi appartenenti arrivano a pensare di essere effettivamente inferiori, e pertanto di dover subire il prepotere o la tutela da parte dei superiori.

La storia degli ebrei in Europa e ancor più dei «neri», ossia degli afro-americani in America (con le loro insicurezze e fragilità emotive, il loro masochismo morale e gli infiniti mimetismi), conferma questa osservazione. La storia di queste minoranze etniche vale a dimostrare che gli individui appartenenti a categorie oggetto di valutazione negativa si sentono obbligati a condividere almeno in una loro parte sostanziale gli assunti dogmatici del pregiudizio. Non dividerli significa infatti

1) attirarsi l'odio e la persecuzione da parte delle categorie privilegiate;

2) sentirsi responsabili di alterare un ordine sociale consolidato, percepito come l'unico possibile.

Non appena il cittadino comune comincia a dubitare di quanto gli viene suggerito e a organizzare il suo dubbio in ipotesi, teorie, movimenti, programmi sociali, il pregiudizio comincia a vacillare; quindi – sottoposto alle scosse della storia – si avvia il processo della sua dissoluzione. Infine, non è quasi mai il pensiero scientifico a vincere la partita (sono pochi, in ogni epoca, anche nella nostra, coloro che possono accedere alla cultura «alta», compresa quella scientifica, ed esserne influenzati e corretti); è piuttosto il senso comune, che, mosso da bisogni emancipativi, vira in altre direzioni. E' la coscienza collettiva che determina il successo o la morte dei miti costitutivi della sua epoca.

2. Razzismo biologico, medicalismo e farmacocrazia

La supina accettazione delle caste che s'è verificata in India per millenni dimostra che senza il consenso dei dominati non può esservi dominazione. Per quanto la dominazione abbia dalla sua parte la violenza (militare o popolare), questa è uno strumento che interviene solo in ultima istanza, come *estrema ratio*: la prima istanza di qualunque potere è che i dominati siano d'accordo coi dominanti; la prima istanza del potere è quindi il consenso dei dominati. I dominati si dispongono ad accettare di buon grado l'idea di una loro inferiorità morale o intrinseca (metafisica o biologica), dando così l'avallo necessario all'ideologia dominante.

Alla luce di questa analisi, è lecito pensare che l'attuale umanità del mondo a economia industriale avanzata (quindi ormai anche di una parte crescente dell'oriente: Giappone, Cina, Corea, India) stia generando nuove classi il cui dominio, per essere accettato, deve essere considerato «naturale» (perché le classi sociali si trasformino in caste durevoli nel tempo). La mia ipotesi è che oggi una delle dinamiche elettive funzionali a questo fine sia la distinzione fra ammalati psichici (cui è riferita una base genetica difettosa) e individui sani, nel senso di adattati al sistema sociale vigente.

In questo senso, tutti coloro che per i più diversi motivi psicologici non riescono ad adattarsi al mondo circostante e sviluppano disagi, vengono individuati come malati di disturbi

derivanti da difetti genetici, difetti che rimandano le cause del disturbo alla storia dei loro organismi isolati dal mondo, non già alla storia di quegli organismi coinvolti *in radice*, sin dal principio, nell'interazione con una specifica società.

La strategia sociale è antica, ma oggi si ripropone con tecniche più invasive e su scala globale. La comprensione di questa dinamica in relazione al passato aiuta a capire il presente. Prendiamo, a titolo di esempio, le isteriche, la cui prima clamorosa apparizione data nell'arco di tempo a cavallo fra l'otto e il novecento. L'epoca era tale che non poche donne, prive di una sofisticata coscienza culturale ed esasperate dallo stato di schiavitù fisica e morale nel quale il loro genere era costretto a vivere, sviluppavano disagi psicosomatici più o meno gravi (spesso trasmessi per via empatica alle loro figlie). Ebbene, la scienza dell'epoca – sia la medicina generale che la psichiatria, non esistendo ancora una sociologia empirica – avrebbe potuto considerarle nel loro stato di sofferenza sociale; invece preferiva diagnosticarle come affette da malattie organiche incurabili, quindi chiuderle nei manicomi e lì trattenerle per tutta la vita. Come si sa, fu la psicoanalisi di Freud (oggi così denigrata) a liberare queste donne dalla loro penosa condizione, indicando, con scandalosa semplicità, che potevano essere ascoltate. Fino al momento del loro ascolto e della decifrazione dei loro sintomi in termini di metafore di una sofferenza storica e sociale, le isteriche furono considerate come il «mistero», la «zona in ombra» di un mondo incolpevole, perché limpido e razionale.

Come si vede, il pregiudizio ha la funzione di «normalizzare» la condizione del mondo, di far percepire il mondo esistente come un mondo naturale, e, anzi, come l'unico mondo possibile. A tal fine, in campo psicologico, esso fa sì che la sofferenza psichica individuale venga «naturalizzata», ossia concepita come un'anomalia del mondo naturale piuttosto che come una patologia, un disordine, un conflitto nell'interazione dell'individuo col mondo sociale.

Il campo della scienza psicopatologica nel corso dei suoi due secoli circa di storia si è diviso alla radice su questo tema. Sicché, mentre la psichiatria ha visto contrapporsi da una parte la corrente maggioritaria degli organicisti e, dall'altra, le correnti minoritarie d'impostazione umanistica (fenomenologico-esistenziale, culturalista, sociopsichiatrica e antipsichiatrica), la cultura psicoterapeutica aveva fino a ieri mantenuto una sua

fondamentale impostazione umanistica, approfondita, ove possibile, dal confronto col pensiero scientifico. Questo fino all'avvento del cognitivismo, che ha scompaginato il gioco delle parti anche nel campo delle psicoterapie. Con la sua teoria della rieducazione dell'errore cognitivo, la psicoterapia cognitivo-comportamentale ha consentito l'ingresso in psicologia della teoria psichiatrica della «multifattorialità», che afferma che i disturbi psichici hanno due cause: la prima delle quali, quella fondamentale, è genetica, la seconda – aleatoria – è l'interazione sociale con un mondo difficile, inadatto a coloro che, coi sintomi, mostrano di essere mentalmente inferiori. E così – dopo la strenua opposizione avviata con la nascita della psicoanalisi – il razzismo biologico è tornato a fare il suo ambiguo ingresso in psicologia.

La condizione di avvilimento culturale in cui versa l'attuale psicologia dei processi patologici è stata resa ancora più complessa dall'automatica, inconsapevole sinergia del *medicalismo*. Il medicalismo è un'ideologia che cerca di porre rimedio ai mali umani «a valle» piuttosto che «a monte». Se, per esempio, il mondo sociale propone modelli di bellezza e di prestanza fisica perfezionistici, improntati alla logica della competizione e dell'«immagine vincente», il medicalismo risponde alla domanda espandendo l'industria della chirurgia estetica. Anziché – come ancora fanno molti chirurghi coscienti – analizzare le cause psicologiche della richiesta d'intervento e dove necessario sconsigliarlo, il medico medicalista offre il servizio chirurgico a risoluzione del problema psichico, il più delle volte aggravando il male. Allo stesso modo, in campo psichiatrico, sia il medico generalista che lo specialista, posti di fronte a un qualunque malessere psicologico, tendono a evitare l'indagine psicologica relativa alle cause del disagio e a rispondere, in modo automatico, con la prescrizione di un farmaco.

In sostanza, e facendo le debite e meritorie distinzioni, negli ultimi vent'anni abbiamo assistito alla saldatura della medicina pratica (quella che si svolge tutti i giorni negli ambulatori e nei presidi medici) con l'industria farmaceutica, cosa che ha prodotto come effetto di ritorno l'aggiogamento della stessa ricerca farmacologica al potere economico dell'industria. Per sinergia automatica, all'immenso flusso di capitali ha fatto seguito una poderosa campagna promozionale attraverso tutti i mezzi

d'informazione, la quale ha prodotto a sua volta nuovi adepti e un ulteriore aumento del volume d'affari.

Possiamo definire l'ideologia della risoluzione dei mali umani a mezzo di farmaci come *farmacocrazia*: una nuova forma di potere che, saltando l'analisi delle mediazioni sociali, sopprime il male senza indagarne le cause (cfr. Szasz, 2005).

Uno degli effetti retorici di cui si vale l'opera di propaganda attuata dall'industria farmaceutica è che oggi sia in corso un conflitto fra cultura scientifica e cultura umanistica. L'argomentazione è suggestiva e capziosa, ma falsa. Di fatto, si tratta di una formulazione retorica e artificiosa, che mira a opporre il «moderno» al «vecchio», il «progresso» alle resistenze culturali della «conservazione», sottintendendo che l'industria farmaceutica e la ricerca farmacologica sono una sola cosa e che insieme concorrono a fare scienza. Si tratta di un'affermazione intesa a produrre effetti suggestivi e di marketig, ma in sostanza falsa. Il vero conflitto si gioca oggi fra procedure tecniche e cultura *tout court*. La tecnica (o meglio ancora il *tecnicismo*) è la riduzione della pratica al suo livello di più immediata efficacia (essa, in sostanza, opera «a valle»). La scienza è la ricerca fine a se stessa, orientata da pratiche di conoscenza che comportano l'allargamento progressivo del campo d'indagine (essa mira a capire come sorgono i fenomeni, dunque opera «a monte»; inoltre, non essendo l'atto pratico il suo fine precipuo, è dotata di un'efficacia complessa e ritardata). La tecnica mira al riduzionismo pragmatico (deve compiere atti e acquisire spazi di competizione rispetto ad altre tecniche); la scienza mira alla semplificazione nella complessità (mira a vedere la realtà nella sua complessità e a trovare in essa isole di razionalità discorsiva, spiegazioni teoriche che possono o no produrre effetti immediati di ricaduta pratica).

In questo senso, il sistema delle tecniche d'intervento è utile e irrinunciabile in medicina, dove lo stato alterato deve spesso essere risolto con un'urgenza che non consente né analisi profonde e meticolose circa i fattori causali, né – meno che mai – lo studio «ecologico» del processo morboso: ossia, quello studio che si pone come oggetto la ricerca delle vie per le quali un organismo interagendo con un certo ambiente produce una specifica malattia. Se per la medicina questo pragmatico *modus operandi* è giustificabile, poiché essa è chiamata, il più delle volte, a

un semplice, rapido intervento; applicato *sic et simpliciter* alla psicoterapia, esso può produrre gravi mistificazioni.

Il paradigma medico, associato all'idea di una rapida risoluzione tecnica, è un paradigma operativo da rispettare in tutte le situazioni di urgenza, ma da non avvalorare come procedimento dotato di rigore scientifico, pena il rischio di uccidere il fenomeno biologico nella sua complessità. Le malattie fisiche, come quelle mentali, prima di essere soppresse – quindi anche curate – andrebbero capite. Non sempre questo si può fare; tuttavia questo è esattamente ciò di cui si occupa la scienza.

La medicina, di fatto, presa in se stessa non è una scienza: è un corpus di discipline. Le sue scienze di riferimento sono la fisiologia, la biologia, la biochimica, la genetica, la neurobiologia, ecc. di cui la medicina cerca di avvalersi, almeno ove possibile. Ciò tuttavia non accade allorché essa diviene medicalismo, ideologia totalitaria per la quale ogni male umano è una malattia che va trattata con gli strumenti tecnici di immediata disponibilità, senza lo studio preliminare della complessità in cui il fenomeno morboso è collocato.

In senso radicale il medicalismo ha prodotto quel fenomeno che oggi chiamiamo *iatrogenesi*, l'occupazione da parte della medicina dell'intero campo esistenziale, con la creazione – per abuso di tecniche di prevenzione e di cura – di fenomeni patologici prodotti dalla stessa medicina.

In quanto fenomeno culturale totalitario e di dimensioni globali, la iatrogenesi va trasformando la medicina in una nuova religione, oggetto di culto devozionale da parte di folle sconfinite di credenti. Come un tempo gli apparati religiosi s'imponevano sulla massa dei credenti, oggi l'industria medica specula sulla passività umana, sul rifiuto ad accettare i limiti dell'esistenza e la loro risolubilità non solo tecnica, ma anche sociale ed esistenziale. Così come ho parlato di una farmacocrazia, è dunque possibile pensare anche ad una *iatrocrazia*: un sistema sociale dispotico basato sulla obbligatorietà morale di cure improduttive o addirittura *controproduttive*. Nella mia ipotesi, il sistema industriale, tecnico e ideologico della medicina va sostituendo la vecchia e obsoleta *teocrazia* a base religiosa.

In campo psicologico, una delle conseguenze della iatrogenesi è la crescita esponenziale della popolazione dei fobici da ipocondria, patofobia, ansia esistenziale e dei salutisti, i quali, asintomatici o assillati da sintomi psicosomatici dovuti a disturbo

d'ansia o stress, si rivolgono alla medicina con rivendicazioni perentorie. Questa popolazione rappresenta ormai il 50% dei pazienti che si rivolgono ai medici di base e agli specialisti. A questo proposito, tornano profetiche le intuizioni di Ivan Illich circa la *controproduttività* medica, quel fenomeno sociale per il quale l'eccesso tecnico produce più mali di quelli che cura, (cfr. soprattutto *La convivialità*, 1973, e *Nemesi medica*, 1976).

In psichiatria la iatrogenesi ha condotto alla prassi di risolvere il sintomo con rapidità ed efficacia, senza mai porsi la questione della sua causalità dialettica, individuabile nel rapporto fra un organismo individuale e il contesto storico-sociale di pertinenza. Oggigiorno, gli psichiatri adottano perlopiù un criterio valutativo fondato su un pregiudizio (malattia = deficit biologico) e procedono alla soppressione del sintomo. Ma, non essendo stata valutata la complessità che sta alla sua origine, il sintomo – nella sua forma originaria o in altra forma – torna all'infinito.

3. L'ipotesi opposta

Allo scopo di spiegare in che modo si formi una psicopatologia, senza evitare il confronto con la biologia, ho da tempo proposto un paradigma esplicativo opposto a quello medicalista del deficit genetico.

Nella mia ipotesi (tracciata nelle sue linee generali nei libri *Uscire dal panico*, 2000, *Volersi male*, 2002, e *Crescere in un mondo malato*, 2004, e in via di ulteriore sviluppo in altri lavori in corso) il disturbo psicologico è inteso non già come l'effetto di un deficit, quanto piuttosto di una *iperfunzionalità* psicobiologica che, nel corso dei processi di socializzazione, viene alterata fino a provocare una patologia. Detto in sintesi, nella mia ipotesi la «diversità» genetica di coloro che sviluppano un disagio psichico consiste in una iperdotazione nella *sensibilità* e quindi nella reattività emozionale implicata nei processi di indentificazione, empatia e giudizio morale sulle cose. In sostanza, laddove una indentificazione (e dunque il codice affettivo e di condotta interiorizzato) induce frustrazione e disagio, nasce un conflitto fra le emozioni che mediano l'indentificazione (attaccamento) e le

emozioni di carattere reattivo (rabbia, odio, protesta) intese a rifiutare quell'identificazione e a difendere la soggettività. Il grado di inconsapevolezza di tale conflitto decide della formazione dei sintomi.

Questo processo è particolarmente evidente in alcune categorie di «soggetti a rischio»: i bambini sensibili e affettivi (i «figli d'oro») che, umiliati dalla socializzazione, si ritirano in se stessi mettendo in gioco nelle interazioni sociali un falso sé; i bambini vivaci e cinetici che, umiliati, reagiscono con una collera scoperta fino a divenire bambini difficili («casi sociali»); i bambini di sensibilità introversa, più o meno fantasiosa che, messi sotto pressione, sviluppano angosce di diversità e reazioni di ritiro o aggressione; gli adolescenti, sia quelli originali e conflittuali che quelli miti e introversi, che soffocati da una socializzazione correttiva, reagiscono in modo sempre più patologico. Un esordio sintomatico può avvenire anche in età adulta, per esempio nella donna sottoposta a messaggi opposti di maternità-affettività e di emancipazione-competizione; e nell'uomo socialmente «inserito», sottoposto a criteri di prestazione, competizione e successo che lo costringono a vivere in un intollerabile regime di costante pressione prestazionale.

Alla luce dell'osservazione clinica, dunque, tutto lascia supporre che, al giorno d'oggi, le persone più sensibili su un piano empatico e morale e più intelligenti sul piano delle previsioni circa le conseguenze dei propri e degli altrui atti siano coloro che sviluppano maggiori disagi psicologici e siano pertanto i nuovi discriminati, accanto ai vecchi, cioè a coloro che sono svantaggiati da percorsi sociali poveri o marginali.

E' possibile fornire una base d'appoggio a questa ipotesi che le patologie emotive e mentali derivino da una iperfunzionalità del sistema nervoso individuale, rintracciabile a livello genetico? Io penso che sia possibile, benché i dati siano ancora incerti e scarsi, data la complessità dell'oggetto di riferimento.

Un interessante «aggancio» mi raggiunge dalle pagine di un libro di genetica. Secondo il genetista Matt Ridley (2005), il gene che produce la proteina BDNF («fattore neurotrofico di derivazione cerebrale»), localizzato sul cromosoma II, presenta in alcuni casi (meno del 5% della popolazione) una piccola variazione che determina la sintesi di una proteina leggermente differente che nella media. Se si somministra un test di personalità a un gruppo di individui campione e simultaneamente

si verifica la loro situazione genetica relativamente al BDNF, si scopre che i soggetti con la proteina variata presentano maggiori addensamenti su almeno quattro tratti relativi al cosiddetto «nevroticismo»: depressione, timidezza, ansia e vulnerabilità. Ma a questi tratti essi associano anche un tratto denominato «apertura di sentimenti» (p. 134-136). L'ovvia deduzione è che il gene che produce la proteina BDNF influenza il nevroticismo nella misura in cui codifica una maggiore apertura dei sentimenti, dunque la sensibilità, l'empatia e l'emotività reattiva. Un dato del genere sembra confermare la mia ipotesi: una iperfunzionalità affettiva e morale determina, come «effetto di ritorno», una maggiore disposizione all'ansia più o meno strutturata. Che gli esseri umani dotati di sentimenti rischiano di soffrire di più è una verità che i poeti sanno da sempre; ma è divenuto necessario dimostrarlo con argomenti scientifici, per evitare che il tecnicismo psichiatrico e l'interesse mercantile annientino la ricchezza culturale trasmessa dalla tradizione.

La controprova dell'esperimento citato (purtroppo non effettuata) consisterebbe nel valutare se gli individui con la proteina «giusta», quindi con meno «nevroticismo» e meno «apertura dei sentimenti», presentino maggiori percentuali nelle abilità tecniche, ma anche nell'egoismo, nell'insensibilità sociale e magari anche nelle perversioni morali e sessuali e nei comportamenti criminali. Io ho il sospetto che potrebbe essere così. Laddove non esiste predisposizione alla vita dei sentimenti, perché non dovrebbero impiantarsi quelle personalità anaffettive la cui «patologia» passa inosservata perché conforme alle imperanti regole di cinismo, consumo e sfrenata competizione?

4. Per concludere. Il «pensiero positivo» è positivo?

L'evoluzione ha prodotto individui sempre più cooperativi ed empatici, quindi – allo stesso tempo – sempre più ansiosi. A questo privilegio, che è anche per certi aspetti un handicap, le società umane hanno sinora ovviato con la creazione di grandi droghe collettive: innanzitutto le religioni, che fungono ovunque come immensi dispositivi di produzione, catalizzazione e soluzione di dubbi, dilemmi morali e ansie. Oggi, la grande droga

collettiva è il medicalismo, ossia il dominio tecnico, economico e ideologico della «cura», la quale è divenuta, come ben descritto da Michel Foucault, strumento di *biopolitica*; il medicalismo associato alla sua più preziosa ancella, la farmacocrazia: il dominio incontrastato dei farmaci – e degli *psicofarmaci* in particolare.

Volendo avviare la conclusione di questo articolo con un apologo semiserio, potremmo dire che l'attuale presidente degli Stati Uniti d'America George W. Bush è un perfetto esempio di umanità riformata con gli strumenti del comportamentismo psicologico e del pragmatismo morale. Narcodipendente da religione (è un Cristiano rinato), da alcol (ha ammesso di esser stato un alcolista curato coi principi comportamentisti delle comunità di recupero) e da psicofarmaci (mai pubblicamente ammessi, ma – pensiamo noi – probabili), è il tipico uomo che ha risolto i suoi problemi a valle piuttosto che a monte. Tuttavia, nonostante la sua umoralità sia stata «curata» dai mezzi della tradizione cristiana e del moderno pragmatismo medico e psicologico – o forse proprio per questo –, egli è un essere umano che processa i dati della realtà politica in modo elementare, al punto di risolvere per intero i problemi del mondo all'insegna della retorica verbale e della forza militare. Se fosse stato un ansioso orgoglioso di esserlo, se non fosse stato curato con le tecniche comportamentiste tipiche dell'America contemporanea, forse avremmo avuto un decennio un po' meno orribile.

Prendo a riprova di questa mia perentoria affermazione ancora una volta il provvidenziale psicologo cognitivista Jonathan Haidt. Nel suo libro *Felicità: un'ipotesi* (cit.) egli si lascia andare a una serie di imprudenti affermazioni. Fra queste ne estrapolo una particolarmente gustosa. A pagina 40 egli afferma che gran parte dei caratteri psicologici sono di diretta derivazione genetica, poi aggiunge che alcune coppie di gemelli (le coppie sulle quali è invalso l'uso di effettuare gli «studi» di genetica della psiche), quelle più «solari»

Hanno vinto la lotteria corticale: i loro cervelli sono stati configurati per cogliere il bello del mondo. Altre coppie di gemelli, però, sono nate per afferrarne il lato oscuro. In effetti, la felicità è uno degli aspetti più altamente ereditari della personalità. Gli studi sui gemelli dimostrano che le variazioni nella parte centrale di un ipotetico 'spettro della felicità delle persone' si possono spiegare con le differenze dei geni piuttosto che con le esperienze vissute (Haidt, cit., p. 40).

C'è stata un'epoca in cui, nella costituzione americana, il diritto alla felicità personale venne postulato come un preciso diritto giuridico, nell'ovvia considerazione che chiunque, messo nelle giuste circostanze, possa accedervi. Oggi, l'affermazione che il mondo debba esser tale da consentire a chiunque di ambire alla felicità turba le coscienze. Viceversa, dire senza pudore che la felicità è un destino scritto nei geni conquista nuovi meriti sociali e magari anche una prestigiosa cattedra universitaria.

Peccato che a pagina 10 l'autore avesse stabilito che le aree neurologiche implicate in questo «negativismo emotivo» sono le stesse coinvolte nel processo di riconoscimento del volto umano: come a dire che può sviluppare pensieri pessimisti proprio colui che molto ha a cuore il «volto» umano, ossia la qualità dei rapporti nei quali si trova coinvolto. Insomma, chi è insensibile al destino dei rapporti umani e processa i dati in modo freddo e impersonale se la passa meglio di chi s'identifica con gli altri e sospira, pensa, riflette e magari soffre. *Think positive and don't care!* Questo è il motto del moderno cognitivismo. Grazie Haidt! Avevo bisogno proprio di te per chiudere in bellezza questo mio modesto contributo. Mi mancava una così aperta dimostrazione della povertà morale cui rischia di condurci il metodo cognitivo-comportamentale di cui fai professione e il razzismo biologico, proprio della psichiatria biologica, cui il tuo cognitivismo fa da pezza d'appoggio.

La mia ipotesi riguardo ai disturbi psichici è di un genere del tutto opposto: a mio avviso, la disposizione ansiosa presuppone lo sviluppo di complesse capacità neurali di empatia, identificazione e preoccupazione morale: la nostra natura più profonda ci vincola a identificarci con gli altri, a preoccuparci per loro, a dubitare della qualità della nostra interazione con loro; e quando la fonte della preoccupazione sono nostri stessi atti o desideri inconsci ecco che siamo in ansia: perché possiamo fare del male e, facendo del male, possiamo perdere noi stessi, perdere la nostra identità morale e la nostra collocazione nel mondo.

A proposito del volto umano, tutta la psicologia contemporanea – dopo il lungo oblio cognitivista – torna a indagare l'importanza radicale dell'empatia e dei sentimenti. Dice Colwin Trevarthen:

Tutti i muscoli destinati all'espressione, soprattutto nel viso, nelle mani e nel tratto vocale, sono collegati in maniera elaborata alle strutture profonde e limbiche del cervello (1997, p. 174)

Il paleoncefalo, il quale determina e articola la mimica espressiva del volto e del corpo, sta alla base del cervello, sotto i due emisferi superiori, un po' come il cuore sta alla base della doppia circolazione sanguigna. Ciò vuol dire – e Trevarthen lo nota con precisione – che la porzione di cervello più profonda e più antica, la porzione basale, indivisa, e perciò esente dalla specializzazione che caratterizza i due emisferi, si preoccupa del volto umano e delle espressioni emotive. La base più antica del nostro cervello è dunque costruita per generare e articolare espressioni, quindi per trasmettere informazioni emotive, riceverne in ritorno e in tal modo comunicare:

In questo modo, i comportamenti espressivi collegano l' 'autoregolazione'... con la 'regolazione dell'altro' negli incontri intersoggettivi fra persone diverse (ibid.).

I volti e i corpi sentono, esprimono e comunicano. Le strutture originarie della mente umana ci impongono la relazione emotiva, affettiva, sentimentale con gli altri esseri umani. Questa è dunque la base della natura umana. Nondimeno:

In molti bambini di culture diverse, verso i venti mesi fa la sua comparsa una sorta di panico rispetto ai 'difetti' del mondo (ibid. p. 158).

Distonie profonde, contraddizioni, fra ciò che sentiamo dentro di noi e ciò che il mondo ci trasmette possono generare stati di panico precoci. Ecco che il volto, che percepisce con spavento le aberrazioni del mondo esterno, trasmette il suo sconcerto nella forma del panico. Mostra e comunica l'ansia relativa al rapporto fra l'armonia interiore e la disarmonia esterna; o anche – in futuro – della disarmonia interiore rispetto alla vera o presunta armonia del mondo. L'ansia segnala la distonia, la scissione disarmonica, la minacciosa estraniamento fra il soggetto e gli altri e – nel suo essere atto comunicativo – chiede una soluzione relazionale, sociale.

Aggiungerei pertanto: la risoluzione terapeutica dell'ansia passa per la capacità di operare una sintesi fra le identificazioni ricavate dal mondo esterno e le scelte morali soggettive, attraverso

il processo di creazione di un sè autonomo. Perché solo in questo modo siamo in grado di realizzare una prassi esistenziale *consapevole*, per la quale non provare né vergogna né senso di colpa.

4. 1. Sul principio terapeutico. Risorse umane e cura di sé

Un'ultima nota riguardo al principio terapeutico cui cerco di attenermi diventa a questo punto necessaria. E qui faccio un'altra affermazione perentoria: in prima istanza, *la cura è relazione sociale*. L'analisi del processo sociale patogenetico (il processo che trasforma la dotazione empatica individuale in una fonte di sofferenza psicologica) può essere compiuta solo da un essere umano: l'essere umano sofferente non ha miglior strumento per essere decifrato che un altro essere umano: un essere umano sensibile e intellettualmente coltivato, in grado di capire e gestire il suo problema.

Per contro, la progressiva alienazione dell'intervento di diagnosi e cura in una dimensione tecnica demanda l'analisi del problema e la sua soluzione a un oggetto di produzione industriale (per esempio un farmaco), il quale, lungi dall'essere un prodotto fine e individualizzato, contiene al suo interno informazioni generiche per un problema studiato nei laboratori al livello massimo di generalizzazione.

Quando si parla di problemi psicologici (una fobia, una depressione, un lutto) o sociologici (una crisi familiare, un comportamento trasgressivo, una depressione da crisi economica o da licenziamento) il problema va assunto innanzitutto nella sua singolarità, ossia, nella sua dimensione più particolare, locale, individuale, quindi *umana*. E a questo livello lo strumento di intervento più idoneo (per quanto nulla esclude che possa essere affiancato da un uso moderato di psicofarmaci) è un essere umano sensibile, intelligente e ben addestrato.

In sintesi, laddove l'utilizzo massiccio e generalizzato di farmaci inibisce il reperimento e l'affinamento delle risorse umane (di fatto degradando il tessuto culturale e sociale di un gruppo) è necessario invertire la tendenza e riproporre il valore di quelle professionalità che l'azione del farmaco va sempre più minorizzando. Un farmaco non analizza i fenomeni, un farmaco

non pensa. Per contro, psicoterapia, counseling, scuole di meditazione psicosomatica e filosofica, gruppi di autocoscienza e auto-mutuo aiuto, associazioni d'impegno civile e di volontariato, azione politica e sociale sono ricchezze tradizionali, conviviali, che dovrebbero essere portate al livello massimo di valorizzazione possibile.

Infine, assunto nella sua estrema sintesi, il processo di guarigione dovrebbe – dove possibile – divenire processo di *autopoiesi*. La «cura» – nel senso trasmessoci sin dal *Fedone* di Platone –, al di là di ogni intervento tecnico e sociale, è «cura di sè». Nella nostra visione, la risorsa industriale dev'essere sottomessa al processo sociale; ma, alla fine di questo percorso, anche il processo sociale (e quindi la dipendenza dal curante) deve poter essere a sua volta risolto. Il processo della cura si completa allora nell'atto in cui il soggetto si fa un carico personale delle ansie e degli squilibri che residuano all'azione clinica (cfr. Ghezzi, 2005).

L'*estrema ratio* della cura, la più antica e profonda, è infine l'assunzione *etica* del proprio essere nel mondo.

Bibliografia

- Gaudelier M., “Il marxismo e le scienze dell’uomo”, in Hobsbawm, *Storia del marxismo*, vol. IV, Einaudi, Torino 1882.
- Ghezzani N., *Uscire dal panico*, FrancoAngeli, Milano 2000.
- Ghezzani N., *Volersi male*, FrancoAngeli, Milano 2002.
- Ghezzani N., *Crescere in un mondo malato*, FrancoAngeli, 2004.
- Ghezzani N., *Autoterapia*, FrancoAngeli, 2005.
- Haidt J. (2006), *Felicità: un’ipotesi*. Codice edizioni, Torino 2007.
- Illich I. (1973), *La convivialità*, Red, Como 1993.
- Illich I. (1976), *Nemesi medica*, Red, Como 1991.
- Ridley M. (2004), *Il gene agile*, Adelphi, Milano 2005.
- Szasz T. , *Farmacrazia*, Spirali, Milano 2005.
- Trevarthen C. (1997), *Empatia e biologia*, Raffaello Cortina, Milano 1998.