

Narrazioni corporee.

Le donne, il corpo, la depressione: una ricerca in Carnia (Friuli, Italia)

Donatella Cozzi

dottore di ricerca in scienze etnoantropologiche (Università degli studi di Roma "La Sapienza") / docente di antropologia culturale presso scuole per infermieri professionali della provincia di Udine

Le riflessioni qui proposte scaturiscono da una ricerca biennale svolta presso il Centro di salute mentale di una zona montana della provincia di Udine⁽¹⁾ e propongono due diversi livelli di analisi. Il primo desidera riportare nel nostro contesto culturale alcuni fra gli stimoli provenienti dalla ormai copiosa letteratura che l'antropologia medica ha dedicato alla depressione mentale e alla disforia, esaminando la rete dei significati che questi modi di espressione del disagio vengono ad assumere e le pratiche sociali che mettono in atto in un'area alpina circoscritta. Le *illness narratives* di coloro (in maggioranza donne) che si rivolgono al Centro di salute mentale perché sono, si sentono "depressi", delineano il percorso terapeutico intrapreso, e la costruzione di una esperienza di "malattia"⁽²⁾ attraverso il tempo, e le strategie individuali e sociali. Questa esperienza, resa in forma narrativa, pare ruotare attorno ai perni di un corpo sofferente e di una identità sociale con l'ordito nella tradizione e la trama nella modernità, nel contesto di una cultura alpina coinvolta ormai da decenni da un rapido mutamento. Il primo livello di analisi, quindi, si propone di «analizzare la relazione della depressione [...] con la società /che/ consente di gettare uno sguardo sul reticolo sociosomatico (un ponte simbolico) che lega gli individui l'uno all'altro e al sistema locale all'interno del quale vivono. La depressione è allora un affetto sociale e una malattia: le origini della depressione sono significati e relazioni nel mondo sociale e questi, a loro volta, sono le sue conseguenze. Il mondo sociale è affettivo: esso è incorporato nell'individuo e nei suoi disturbi» (KLEINMAN A. 1986a: 1-2).

Il secondo livello di analisi presenta una duplice difficoltà di articolazione

ed analisi: ora come un tempo questa cultura alpina non può essere isolata da un più vasto contesto socioculturale, e la prima difficoltà risiede nell'affrontare tale complessità. Da quest'ultima deriva anche l'esigenza di considerare in generale come queste espressioni ed esperienze di disagio vengano trasformate quando incontrano il sapere e le pratiche di quella parte della psichiatria che ha più avuto modo di diffondere il proprio modello esplicativo negli ultimi anni, attraverso i mass-media e pubblicazioni di carattere divulgativo⁽³⁾. Secondo tale approccio la depressione mentale rientra pienamente nella definizione biomedica di malattia. Come *disease*, la depressione è una malattia "come le altre", dovuta ad un malfunzionamento a livello neurochimico, e come tale si cura, con gli opportuni farmaci si tiene sotto controllo, abbastanza rapidamente e con effetti garantiti. Ma che cosa comporta per le pratiche sociali e terapeutiche parlare di depressione in questi termini? Cosa significa medicalizzare l'infelicità? In che misura questo modello esplicativo biomedico si sovrappone a quello profano (e per certi aspetti popolare) nella richiesta di medicalizzare il disagio? L'analisi dei significati che la "depressione" viene ad assumere in un particolare contesto è quindi un primo passo interpretativo, che non può essere scisso né dalla costruzione culturale di quanto viene espresso come malattia o dolore, come forma strutturata di esperienza, né dall'esame più generale dell'economia politica della disabilità. I significati personali e culturali attribuibili all'evento malattia sono messi in forma e tradotti in azione attraverso quanto struttura il contesto micro-politico dei rapporti familiari, amicali, lavorativi, all'interno di una comunità, a loro volta in relazione con le condizioni macropolitiche - le forze economiche e sociali, il sistema sanitario con i suoi modelli esplicativi e le sue pratiche -. Ogni episodio di malattia ha quindi risonanze più complesse di quanto i modelli analitici che possiamo produrne spesso ci permettano di dar conto, con il rischio di creare l'illusione di un significato coerente. Quanto si è potuto osservare in Carnia non possiede la drammaticità e la sofferenza in condizioni estreme di altri studi che hanno affrontato questo particolare taglio interpretativo⁽⁴⁾. Più limitatamente, vuole indagare in un campo esperienziale sostanziato da una quotidianità sommersa e ripetitiva, intessuta per molti di forme routinizzate di sofferenza.

Strategie e percorsi terapeutici

L'arrivo al Centro di salute mentale si colloca spesso alla fine di un lungo percorso intrapreso per la risoluzione di una crisi o di un persistente malessere⁽⁵⁾. Silvia, 59 anni, contadina, racconta: «Ho girato tanti anni alla ricerca di specialisti che mi aiutino a star meglio. Ultimamente ero seguita da un

neurologo, a Udine, a pagamento: la sua terapia mi faceva star peggio». Un conoscente le consiglia di mettersi in contatto con il CSM. «Vorrei trovare un rimedio al mio malessere per continuare a lavorare come prima [...] Il medico curante non lo prende in considerazione e non mi aiuta molto. Ho avuto l'esaurimento a 20 anni e a 43», prima in seguito ad una polmonite e poi alla menopausa. Silvia ritiene che la polmonite e la "depressione" sono state causate dal troppo lavoro, nei campi e in casa. Provava ansia, le mancava il respiro, il cuore tambureggiava forte nel petto. Aveva solo voglia di piangere, "pensieri brutti", non desiderava niente. Negli ultimi tre anni questi problemi sono riapparso complicati da un senso di "confusione in testa", dolori al petto e alle gambe, emicranie. Ha effettuato numerosi accertamenti clinici presso vari specialisti, per capire che cosa non va nel suo corpo, tutti con esito negativo. Silvia ha paura di avere un tumore al fegato. Ha provato un grande dispiacere quando "ha perso la figlia" che si è sposata molto giovane, trasferendosi in un paese della pianura. Nonostante tutto ciò, Silvia appare ben diversa da come la descrivono i familiari ("Sembri uno zombie", "Ti farai investire dalle macchine", "Vuole fare la vecchia", "Si mette il fazzoletto in testa come le vecchie").

Nella quasi totalità dei casi esaminati il percorso terapeutico inizia con l'accertamento della natura organica del proprio malessere, attraverso analisi cliniche (TAC, ecodoppler, elettrocardiogrammi, encefalogrammi, radiografie, ecc.) e visite specialistiche (presso neurologi, cardiologi, ginecologi, dermatologi, medici omeopati, e infine psicologi). Ma il dolore del corpo, il suo funzionamento imperfetto, il malessere, la disabilità persistono, ora mutevoli, ora localizzati in modo preciso.

La *tristezza corporea*, quella percezione di compromissione del vissuto somatico che appare così tipica dei depressi, e che comporta un malessere fisico globale, sconfina dai territori ristretti del *sintomo* per richiamare una visione tradizionale della figura umana, non divisibile in parti, legata alle attività quotidiane, in cui il corpo non è mai a riposo, se non nel sonno o nelle malattie che costringono al letto. L'attenzione è protesa verso i segnali corporei, con il loro peso e circostanza, il loro scandire le pieghe della quotidianità più intima: il sonno e i suoi ritmi, l'abitudine al gesto delle attività abituali, "non riesco più a fare i lavori di casa", "non riesco più a uscire", "non me la sento di guidare da sola". Lamentarsi perché qualcosa non va nel corpo, inoltre, appare, nel contesto considerato, diffuso e insieme legittimo. Questo serve a condensare in termini culturalmente appropriati e accettabili una serie di sventure personali per le quali altre espressioni si presentano come meno adeguate. Le lamentele corporee propongono tutta la gamma dei sintomi soggettivi di squilibrio delle funzioni somatiche (calo del peso corporeo, alterazioni del ritmo sonno-veglia, disfunzioni all'apparato

digerente, all'apparato cardiovascolare e circolatorio, all'apparato urogenitale) accompagnati da senso di gonfiore agli arti e formicolii, "ho formicolio alla nuca, forse per il dispiacere" (Guidina, 34 anni).

Il dolore e l'organo che pare esprimerlo sono oggetto di accurata e inesaurita ricerca: si assumono farmaci, la cui efficacia è confrontata nel tempo e nei risultati. Si battono tutte le vie del sistema sanitario nazionale, con una certa predilezione per gli specialisti privati, con lunghi spostamenti fino ai centri della pianura e costose parcelle mediche, nella diffusa convinzione che questo possa garantire maggiori attenzioni ed efficacia al tempo stesso: «Uno ti dà la ginnastica isometrica, l'altro le iniezioni [...] Devi andare a pagamento se vuoi qualche risultato» (Lamberto, 36 anni). Questa strategia di ascolto del corpo, per cui la voglia di piangere, l'ansia, l'insonnia, la tristezza, il senso di perdurante stanchezza vengono riportati come sintomi non scindibili dal malessere corporeo, o anche secondari rispetto a questo, ad un certo punto si inceppa. L'inefficacia delle cure, il persistere dei disturbi, il dubbio da parte dei medici o il consiglio di un parente o conoscente che suggeriscono una consulenza da parte del Centro, comportano una ridefinizione del disturbo in termini inusitati sino a quel momento. Talvolta, invece, è la negazione della "verità" di questi disturbi e la brusca chiusura di una relazione terapeutica a far sì che le persone cerchino in un'altra direzione, come accade quando un neurologo afferma "a lei piace fare la malata" o un medico di base dice "lei ha solo bisogno di un lavoro". Per alcune queste frasi sottolineano il fallimento di non avere un lavoro, di non trovarlo, in questa zona montana economicamente marginale, di essere allora "di peso" per la famiglia e, peggio, che il "male" stia solo "nella testa". Allora, non si tratta solo di un male del corpo, di un organo, di un arto, nella rassicurante estensione e limitazione cinestesica del corpo. Innanzitutto si definisce come il dramma di una intenzionalità. Di fronte ad un ruolo di malato, nell'accezione parsonsiana del termine, che si viene creando e che comincia ad essere riconosciuto nella rete delle relazioni più prossime (ne sono tappe il "barcollare" quando si esce all'aperto, il mettersi in testa il fazzoletto "come le vecchie", non fare più i lavori di casa come prima, l'evitare i luoghi affollati, piangere ed essere tristi, consultare specialisti) si manifesta tutta la propria volontà di soluzione, per tornare come prima o solamente per trovare un punto di arresto. Poi è il dramma di una vulnerabilità, di un corpo aperto al dolore fisico, che lo rende non più utile, malleabile all'esecuzione delle attività quotidiane. Una vulnerabilità che si ripercuote nella sfera morale individuale: la perdita dell'energia volitiva, il senso di disperazione, di inadeguatezza, di incapacità fanno sentire così isolati, così diversi nel mondo morale di questa cultura alpina dove la resistenza fisica unita a quella di saper sopportare senza ostentazione ma con vigore e dignità le

avversità della vita e gli ostacoli dell'ambiente, costituiscono il modello ideale di espressione sociale del *self* e dei sentimenti. La propria identità individuale e sociale deve poter essere visibile nel "fare", nelle opere e nella continuità del porre mano ad esse. La rottura di questa continuità, il calo delle energie e delle prestazioni, quando l'abitudine all'attività, al rendersi utile si apprende sin dall'infanzia, è un segno riconoscibile di anomalia. Ma perché il ritiro dalle attività sia legittimato, deve poter essere imputato ad una malattia organica⁽⁶⁾. Quando le donne esordiscono dicendo di non riuscire più a fare i lavori di casa e sgranano il rosario dei sintomi fisici, questi segni anormali trovano eco e conferma in famiglia e nella rete di relazioni, diventano spesso valutazione morale negativa, imputazione alla volontà ("non ha più voglia di lavorare", "è cattiva", "è indolente"). Dove il percorso terapeutico, spesso lungo e deludente anche per le persone giovani, non ha portato a risultati né al riscontro di uno stato oggettivo di "malattia vera", il Centro di salute mentale diventa l'ultima possibilità di un riconoscimento sociale, simbolico e terapeutico del proprio stato di star male.

In questo quadro i farmaci diventano l'arma che consente il riscatto simbolico di una corporeità malata e di un nodo di relazioni sociali problematiche (con il coniuge, la suocera, le cognate, i vicini). Sono la stampella con la quale puntellare intime insicurezze. I loro effetti negativi o positivi vengono amplificati ("Mi facevano diventare pazza" (Alida, 35 anni); "Verso i farmaci provo affetto e conforto, ma preferirei farne a meno" (Marisa, 29 anni); "Come farei senza di loro?" (Alda, 50 anni, riferendosi ad un dosaggio insignificante di un farmaco che si è autoprescritta per dormire)). In genere, i farmaci sono ben accettati: li si considera come "mirati" e con la proprietà di "fissarsi" nell'organo. Sul corpo deve essere possibile identificare, diagnosticare, operare, somministrare farmaci. Sul "corpo" delle relazioni sociali non sono possibili incisioni, somministrazioni, auscultazioni.

Ancora il dolore fisico, nella sua singolarità all'interno del tessuto degli stati psichici, somatici e percettivi, rende pressante l'uscire e l'allontanarsi dal corpo, anche attraverso la ricerca di una causalità esterna, che è insieme conferimento di senso, per rintracciare l'esordio del proprio disagio nella rete di relazioni e di obblighi sociali: in famiglia, nelle questioni di eredità e di confini, nelle delusioni dello studio e del lavoro. Nel lavoro, il dolore può trovare una causa legata al "consumo" di energie: «Sicuramente ci ho pensato: la causa iniziale è uno stress fisico, so di aver dato tanto, ho avuto in grosso dispendio di energie [...] Ho fatto un anno in Inghilterra, con tre lavori part-time più il corso di inglese [...] A casa non posso decidere del mio tempo. Mia nonna è sola, è caduta in depressione, è a letto, va assistita, ha perso da poco il figlio e il marito [...] Ho sempre fatto conto sulla mia pre-

stanza fisica e sono sempre stata molto attiva» (Fiorenza, 26 anni). Sono le donne per prime, anticipando una diagnosi così scontata, a definirsi "deprese": ma la rete di significati implicata dal termine appare più ampia di quella offerta dall'interpretazione medica.

I "nervi" e la depressione

Il percorso terapeutico comprende, come abbiamo detto, una ripetuta consultazione di servizi sanitari, dal medico di base, fino agli specialisti, tra i quali il neurologo (25 casi su cento): sono i "nervi" che "soffrono" nella loro oscura fisicità di percorso all'interno del corpo, ("Mi fanno male i nervi", "Ho i nervi esauriti", "Sento un formicolio ai nervi"), i nervi che hanno esaurito il loro potenziale di energia. Una geometria di rassicuranti rapporti somatici deve essere ancora rintracciabile se i nervi fanno male, così come è tangibile la tensione che stringe le spalle, che annoda lo stomaco, che strozza il collo, così come è udibile la "confusione" in testa, sono visibili i puntini bianchi che offuscano la vista, è gustabile il rigurgito o la nausea, è odorabile l'emanante trascuratezza del corpo. Peraltro qui, come altrove, l'idioma dei "nervi" traduce una espressione di disagio risultante da conflitti familiari, sociali e culturali⁽⁷⁾, che molti autori hanno interpretato come una metafora delle disuguaglianze strutturali di *gender*, classe sociale, etnicità. L'analisi dei "nervi" concerne la dialettica tra sintomi individuali e l'ideologia dominante in generale «non solo per mostrare come i sintomi sono costruiti e sostenuti culturalmente, ma anche per dimostrare come, se non curati, i sintomi ritornano ancora e ancora, tanto da costringere ad una ricerca di spiegazione causale che oltrepassa il corpo fisico» (LOCK M. 1991: 91). Qui osserviamo che i "nervi" non rimandano solo ad una nosologia tradizionale, ad una categoria emica interpretabile come la metafora incorporata che traduce nel dolore del corpo la propria debolezza sociale. Quando si ricerca il consulto del neurologo ("quello che cura i nervi") i "nervi" mettono in azione una richiesta terapeutica che sembra integrarsi parzialmente con il modello medico, ma che segna invece l'ultima tappa dell'ancorare la sofferenza al corpo.

Somatizzazione, embodiment e psicologizzazione del disagio

Ciò che la medicina definisce come *somatizzazione*, è stato riletto in una prospettiva antropologica come modalità per attribuire significato e comunicare una vasta gamma di problemi della vita quotidiana (l'insuccesso scolasti-

co e lavorativo, una unione coniugale mal riuscita, la perdita di un figlio) che rivelano i rapporti di senso ed i rapporti di forza all'interno delle culture esaminate e le conseguenti strategie di controllo delle relazioni volte ad ottenere attenzione ed efficacia sociale (BEEMAN W.O. 1985, CSORDAS T.G. 1984: 333-376, NICTER M. 1981, GOOD B. 1977: 25-28).

Nella letteratura psichiatrica e psicologica la somatizzazione viene generalmente definita come una incapacità di adattamento, oltre che come un modo per far fronte ai problemi emozionali tipico dei meno "educati" della nostra società. Sarebbe insomma caratteristica dei più poveri, dei meno scolarizzati, di coloro che hanno origini rurali, ed aderiscono in modo attivo e tradizionale alla religione, oltre che delle donne: viene quindi definita come un tratto di "etnicità" comportamentale ed affettiva e come lo stile di manifestazione del disagio proprio del *gender* e di quegli strati sociali dove era stata vista allignare, in altri tempi, l'altra grande modellatrice corporea: l'isteria. Tutti gli altri ormai disporrebbero di un altro linguaggio, capace di esprimere in termini psicologici il proprio vissuto. Si tende tuttavia a sottovalutare quanto la somatizzazione del disagio continui ad essere diffusa in Occidente, e non solo per la presenza di minoranze etniche, di immigrati e di rifugiati che mostrano alti tassi percentuali di somatizzazione (KATON W. - REIS R. - KLEINMAN A. 1984). Il viraggio dal linguaggio corporeo a quello psicologico viene collegato alle trasformazioni culturali che hanno portato al concetto della *persona* e del *self* attualmente predominante nell'etnopsicologia occidentale, «come un mondo motivazionale e cognitivo armonico, più o meno integrato, un centro dinamico di consapevolezza, emotività, giudizio, e azione organizzato in un insieme distinto» (GEERTZ C. 1983 [1988]: 76), caratterizzato dall'individualismo, dal secolarismo e dall'acquisizione del modello esplicativo centrato sul dualismo tra psiche e soma⁽⁸⁾. La psicologizzazione del disagio sarebbe quindi la conseguenza di quel processo societale di *razionalizzazione* e *disincanto* del mondo, indicata da Max Weber come il risultato più significativo della modernità. Nella prospettiva weberiana il concetto e l'esperienza dell'*affetto* presso le classi medie occidentali si caratterizza culturalmente come profonda esperienza psicologica, che discerne in emozioni discrete e denominabili (ansia, rabbia, disperazione e tristezza) quanto anteriormente era categorizzato e descritto principalmente come esperienza e sofferenza del corpo. E da questo punto di vista, la somatizzazione diviene, per il discorso clinico, la manifestazione spuria che offusca la realtà del problema psicologico o riveste, "colora" il sintomo psichiatrico. Diverso appare l'approccio che la consideri come *embodiment*, una espressione incorporata che rivela «il reticolo sociosomatico, il ponte simbolico che unisce l'insuccesso al mal di testa, la rabbia allo stordimento, la perdita alla demoralizzazione e alla fatica»

(KLEINMAN A. 1986a: 146), nel continuum psicosomatico dell'esperienza. Kirmayer (KIRMAYER L.J. 1988) ritiene che forse la ripresa dell'interesse dimostrato dalle scienze sociali per la corporeità è frutto di un atteggiamento critico verso il dualismo dell'etnopsicologia occidentale, ed il suo valutare l'attività della mente come superiore o separata dalla vita del corpo. Una prospettiva che, per riportare il corpo al centro della riflessione, ha finito talvolta con l'eccedere in senso contrario, considerando il corpo più nei suoi usi rappresentazionali e come traduzione simbolica dell'ordine della società che nella sua fisicità pulsante coinvolta nel flusso di una esperienza⁽⁹⁾. In un articolo programmatico Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (SCHEPER-HUGHES N. - LOCK M. 1987) fanno riferimento a tre livelli di analisi riferibili al corpo: il primo riguardante il "corpo individuale" (inteso nel senso fenomenologico dell'esperienza vissuta del *self* corporeo), il secondo concernente il "corpo sociale" (riferito agli usi rappresentazionali del corpo come "simbolo naturale", mediante il quale pensare la natura, la società e la cultura), ed infine il terzo riferito al "corpo politico" (quindi alla regolazione, alla sorveglianza, al dominio e al controllo dei corpi). Tre ambiti di analisi che convergono in un medesimo oggetto ma che corrispondono a tre differenti approcci teorici ed epistemologici: rispettivamente la fenomenologia, l'approccio simbolico, e il post-strutturalismo. Come analizzare tuttavia quelle situazioni concrete che vanno a coprire tutti e tre i livelli? È sufficiente interrogarci se questi approcci epistemologici siano unificabili? Come considerare l'esperienza corporea quale viene riferita in una *illness narrative*, come racconto (quindi passibile anche di una analisi testuale e narrativa) e insieme costruzione biografica - memoria, emozione ed esperienza? E come rendere conto del processo dinamico del cambiamento culturale, quando modelli esplicativi diversi della salute/malattia si sovrappongono? Infine, come analizzare le strategie terapeutiche che toccano aspetti diversi ma simultanei di tutti e tre i livelli? Domande che richiedono una contestualizzazione, per le quali abbiamo risposte parziali, a meno di non muoversi solo entro il rassicurante perimetro analitico della malattia e della sua narrazione come "testo", accusa sin troppo facile da muovere all'*interpretative turn* in antropologia medica. Già Ots (OTS T. 1991) ha obiettato che la nostra esperienza biografica è influenzata e modellata dalla cultura e dalla società, ma non è da esse costruita in una qualche forma totalitaria, che neghi all'uomo la sua qualità di soggetto o alla cultura la sua qualità di cambiamento dinamico. Se circoscriviamo l'analisi all'ambito dell'interpretazione simbolica, il corpo non produce senso come corpo in sé, ma solo come corpo culturalmente inscritto e descritto, "buono da pensare". Ritorneremmo alla premessa di una mente superiore al corpo, come la cultura è superiore alla natura (quando non di superiorità si tratta, ma di scar-

to, *fabbribilità* e *segnicità*), riproponendo una relazione soggetto-oggetto: come il soggetto definisce l'oggetto, la mente iscrive il corpo. Se i sintomi fisici sono interpretati come espressioni simboliche e quindi considerati solo in relazione al loro significato culturale, li interpreteremo più per quello che rappresentano che per quello che presentano. Quando i terapeuti ad orientamento psicoanalitico parlano dei "vantaggi" della malattia e del paziente manipolativo, spiegando che il dolore e gli altri sintomi possono ristrutturare le relazioni familiari ed i modelli comunicativi, ci mostrano tutta l'ambiguità insita tra il considerare quanto siano determinanti le circostanze che condizionano il comportamento individuale, fuori dalla consapevolezza della persona malata, e tra il supporre che intervenga una specie di calcolo dei costi/benefici, per cui il paziente *decide* la propria malattia. La memoria corporea del gesto del lavoro e della quotidianità, che resiste anche alle più estreme esperienze di privazione (ANGIONI G. 1986, SCARRY E. 1990 [1985], BETTELHEIM B. 1989 [1943]) o il corpo-lavoro che le donne carniche mettono in primo piano nel loro racconto, presentano qualcosa che si sottrae all'espressione linguistica - come il dolore fisico - e che ci porta ad interrogarci sulle condizioni di effabilità dell'esperienza e allo stesso tempo rivela quell'accrescimento del mondo naturale, quella costruzione culturale di un mondo di riferimenti che collegano l'interno con l'esterno del corpo, mettendo in luce gli artefatti e i simboli che produciamo e tra cui ci muoviamo. Vivere una esperienza delegittimante in un contesto che non offre sufficienti sicurezze può essere vissuto come dolore fisico (KLEINMAN A. 1992). Quando non si riesce a gestire risorse, simboliche o strumentali, perché non sono accessibili, anche il solo proporre il concetto di "controllo" - conscio o inconscio - diventa insostenibile. Secondo Parsons e Wakeley (PARSONS C. - WAKELEY P. 1991) psicologizzazione e somatizzazione non si collocano ai due estremi di un continuum: «quando le persone parlano del proprio disagio, lo fanno con linguaggi che ci mostrano il modo in cui esse considerano l'integrazione tra psiche, soma, affetto e società. Il modo in cui questi modelli esplicativi vengono a costituirsi può influenzare il processo di somatizzazione ed il tipo di disturbi fisici generati». Le due Autrici sottolineano i rischi "evoluzionistici" impliciti, partendo o meno da Weber, nel delineare un taglio longitudinale tra coloro che esprimono il proprio disagio in termini psicologici e coloro che al contrario somatizzano, quindi tra nord e sud del mondo e tra l'alto e il basso della scala sociale. Riuscire a descrivere e a rendere discorsivamente in termini psicologici la propria sofferenza ed i problemi che si ritiene ne siano all'origine, non è analogo a un privilegio sociale, ma è utilizzare un diverso modello esplicativo. Inoltre il saggio mostra, specialmente per le donne, l'estensione e gravità della somatizzazione riportata da un campione di popolazione che non aveva cercato

aiuto medico. E questo contrasta ampiamente con la teoria che afferma il minimizzarsi della somatizzazione quando la psicologizzazione è un mezzo legittimato per esprimere disagio. Chi, come nel contesto carnico, proviene da una tradizione di coinvolgimento del corpo e la socializzazione lo ha diretto a pensare in termini di imperativi sociomorali per risolvere i problemi da affrontare, amplificherà facilmente l'esperienza somatica correlata al disagio. "Sensibilità" e "introspezione" sono presentate, in queste storie di malattia, come un fattore che espone alla debolezza, una apertura pericolosa, una mancanza dell'autodisciplina, e non come qualità personali. Questo aspetto viene amplificato in un contesto medico, dove pazienti e medici coludono nella presentazione dei disturbi attraverso una narrazione corporea. Quando il terapeuta pone domande che riguardano le emozioni, gli affetti, i vissuti personali, gli utenti spesso lo interpretano come una violazione della propria sfera intima ("questi sono argomenti personali"), o un tentativo di negare la realtà dei "sintomi", un modo per biasimare l'individuo per la sua condizione. Se c'è un fallimento involontario nel controllo delle emozioni, l'individuo è giudicato moralmente non biasimevole ma mentalmente debole. Se l'incapacità a mantenere il controllo emozionale è volontaria, allora la persona è considerata come mentalmente capace, ma moralmente colpevole. Se i sintomi sono sospetti, senza un riscontro clinico oggettivo, la "malattia" dichiarata può essere considerata dalla famiglia o dal dottore, come "pazzia". L'etichetta di malattia mentale non comporta di solito il sostegno da parte di altri.

Una dinamica delle forze

Nelle loro narrazioni, le persone sottolineano l'incontro di due fattori di vulnerabilità che si rinforzano reciprocamente: la perdita progressiva dei punti di riferimento e di sostegno tradizionali e una vulnerabilità inscritta nella persona. A proposito di quest'ultima, è il valore associato alla forza fisica, come un veicolo per l'affermazione di sé attraverso il lavoro, a prolungare la consapevolezza di una cultura ove è consentita la sopravvivenza solo a patto di duri sforzi. La vita e la forza del corpo sono considerati come una piechezza suscettibile di essere indebolita e svuotata sia per disgrazia che per l'abuso dei propri mezzi. L'impiego del termine, tutto recente, di "depressione" e più ancora di esaurimento (*esauriment*), va ben oltre l'uso diffuso delle parole della medicina. Essi sottintendono sia la sottrazione e la perdita della lucidità, sia il decrescere della propria fisica autonomia di forze. La forza ha un punto topologico privilegiato, il corpo, come potenziale bio-economico, ed una espressione dinamica, la volontà. Fare appello alla propria volontà è

il primo strumento individuato per l'autocura. E i familiari e quanti circondano l' "ammalato" cercano di fare leva sulla sua volontà per tentare di scuoterlo. Ma questa spesso non basta.

Un altro elemento da tenere presente nella dinamica delle forze reputate suscettibili di influenzare la salute e la malattia, è l'azione dell'invidia. Quello della potenza segreta che insidia la forza vitale è un tema di rado esplicitato nelle narrazioni raccolte. Un Centro di salute mentale non è l'osservatorio migliore per cogliere quando dietro all'invidia si nasconde il malocchio, la volontà forte e negativa agente all'interno della rete sociale. Chi si rivolge al Centro presta molta attenzione a non mescolare il discorso magico all'espressione di sintomi e di situazioni da sottoporre all'attenzione dei terapeuti. Questo atteggiamento risponde ad una cautela estremamente diffusa in riferimento al discorso magico⁽¹⁰⁾ in Carnia, unita alla preoccupazione che tali credenze vengano psichiatrizzate e ridefinite dall'interpretazione medica. Tuttavia va sottolineato il permanere di una visione dinamica delle forze - del corpo, del sociale, del *self* - che invita a riflettere su come i significati della malattia presentino una persistenza semantica che, pur trasformandosi, non viene completamente mutata a contatto con l'informazione e le strutture sanitarie attuali. Così come non si esclude l'eventuale consultazione di operatori magici, come confermano contatti più informali effettuati fuori dal CSM: sappiamo come il bricolage di una strategia terapeutica attinga alle risorse della medicina ufficiale come a quelle tradizionali, affidando compiti, forza e intensità diversi all'uno e all'altro. Quello che conta è la sommatoria dei possibili effetti positivi.

Devozioni domestiche: donne, lavoro e comunicazione

Come tutto l'arco alpino, la Carnia è stata investita, soprattutto negli ultimi trent'anni, da numerosi cambiamenti macro-strutturali. Le attività agricole di molte famiglie, un tempo cardine infrastrutturale, si limitano ora alla coltivazione di piccoli appezzamenti e all'allevamento di bovini e suini. Le trasformazioni del mercato del lavoro internazionale hanno contribuito a trasformare in modo significativo anche l'emigrazione: chiuse le porte dei tradizionali paesi di destinazione, sono molti gli uomini che giornalmente o settimanalmente raggiungono per lavoro i centri della pianura.

Perché le donne sono sovrarappresentate nella richiesta di aiuto psichiatrico? Nei dati epidemiologici riferiti alla depressione mentale, questo rispecchia la tendenza nazionale, per debolezza organica (si veda *infra*, a proposito del paradigma organicista) o per debolezza sociale di *gender*, a seconda

degli approcci. Ma nel secondo caso, si suppone una omogeneità culturale che forse andrebbe maggiormente contestualizzata e verificata. Se gli esiti sono simili, è tuttavia da dimostrare che anche tutti i fattori coincidano. Compito, questo, reso più difficile perchè non si riassume solo attraverso indici statistici di scolarità, occupazione e reddito, o percentuali di esposizione ai fattori di rischio, ma implica il considerare i mondi rappresentazionali, le "forme di vita" che informano percezione sociale ed autopercezione del *gender*.

La figura della donna nella cultura carnica oscilla tra lo stereotipo della sottomissione e dello sfruttamento e quello della forza e del potere. Questo secondo aspetto, connesso al riconoscimento della forza generativa associata alla simbologia del corpo femminile nella cultura popolare, emerge anche dall'ammirazione espressa per la capacità delle donne a provvedere alle proprie famiglie, in assenza del coniuge emigrato. Negli scritti dei *savants* osservatori del XIX secolo, le donne carniche sono descritte come delle vere forzate del lavoro, nei campi, nelle stalle, nei pascoli, con la gerla sulle spalle a portare fieno, foglie, letame, legna, fino alla valigia dello sposo migrante. Se lavoro e condizioni di vita erano senz'altro dure, Segalen ci ha messo in guardia dall'accettare acriticamente il ritratto che della donna di campagna e di montagna hanno tracciato i folkloristi del XIX secolo⁽¹¹⁾. E la ricerca etnografica ha dimostrato come l'analisi dei ruoli in base al *gender* in termini di semplice opposizione tra potere e subordinazione sia inadeguata. Soprattutto dove, come in Carnia, le donne non appaiono confinate all'interno degli spazi domestici e, specie in assenza degli uomini, a loro erano affidate la custodia ed il benessere della famiglia, degli animali, della casa, provvedendo anche risorse con il lavoro salariato. Le consuetudini che regolavano l'accesso all'eredità e alle cariche di rappresentanza comunitarie non le configuravano come inferiori⁽¹²⁾. La donna era comunque vista come produttrice e mediatrice, in una relazione privilegiata con la terra, la generazione animale ed il dominio del sacro. Le anziane lamentano la povertà e la dura vita di lavoro del passato, ma con una sorta di orgoglio. Il valore femminile è misurabile attraverso la capacità di lavoro, il riuscire a far fronte a condizioni difficili ed il contributo al benessere economico della famiglia, completati da una buona salute e dalla forza fisica ed associati a caratteristiche morali: resistenza, pazienza, probità. Un mondo morale i cui confini sono tracciati con decisione: l'organizzazione della sociabilità maschile e femminile nel villaggio ne è un esempio. Nella comunità di villaggio il controllo reciproco produceva sia solidarietà e cooperazione, sia una densa rete di comunicazione che rendeva possibile stigmatizzare coloro che non facevano la loro parte. Ma tuttora si sconfida delle donne quando si incontrano insieme, anche se è più questione di una comunicazione che sfugge al con-

trollo quando diviene pubblica. Nel ricordare gli aspetti positivi del passato, gli anziani sottolineano due aspetti: l'aiuto reciproco e il tempo trascorso in compagnia. Oltre agli scopi pratici, il primo era un atto di mutua assistenza ed un atteggiamento di apertura alle necessità altrui, a creare una comunità economico-morale ed una identità di villaggio. Oggi ci si frequenta molto di meno e con il declino di varie forme di sociabilità - come il lavoro in cooperazione e la frequentazione delle osterie - gli anziani come pure i giovani si lamentano che la gente comunica poco.

I Carnici descrivono il proprio "carattere" come chiuso: *sierat*. *Sierat* indica in primo luogo la riservatezza ed una certa diffidenza nei confronti degli estranei. Ma si afferma anche di essere *sierats* l'uno verso l'altro e a loro volta le donne dicono che gli uomini sono *sierats* nei loro confronti. «Mio marito è un brav'uomo. Non beve, lavora molto, non mi picchia. Ma parla poco con me e non è affettuoso. È *sierat*». In particolare le donne giovani esprimono il desiderio che i loro compagni si "aprano" ad esprimersi diversamente dalla rigida ed autoritaria riservatezza che segnava i modi socialmente accettati e che ancora essi manifestano. Far circolare parole, lavoro, essere *chiusi*, essere *aperti*, modulano e definiscono anche qui come altrove codici comportamentali e morali condivisi, che regolano l'abitare, il muoversi nello spazio e le forme della comunicazione sociale (in casa e nei rituali, per il controllo della socialità e dell'espressività femminile, per non parlare delle partenze e dei rientri che scandivano l'emigrazione).

Per mantenere l'identità comunitaria ed il controllo sociale, ci si attende che una famiglia abbia una vita sociale attiva, e sia "aperta", ma questo rappresenta una potenziale esposizione all'invidia, al pettegolezzo, alla maldicenza, al controllo degli altri. Per una donna "essere aperta" è uno stato potenzialmente pericoloso equivalente ad un eccesso di comunicazione, ed eventualmente ad una violazione della morale sessuale. Idealmente, le donne dovrebbero essere chiuse e controllate, ma paradossalmente l'attività lavorativa, come accadeva anche nel passato, le proietta in una dimensione pubblica. Per molte di esse "essere chiuse" coincide con una situazione di ritiro sociale, di solitudine, di "malattia", di "depressione" e infine con una vita coniugale insoddisfacente.

Anche i mezzi di valutazione della capacità di autostima, di responsabilità e di autonomia delle donne sono cambiati in modo significativo. Il ruolo di casalinga visto da molte anziane come una specie di moderno privilegio che ha esentato le più giovani dalle continue fatiche quotidiane, restringe il proprio potere di negoziazione all'interno dell'unità familiare e dello spazio domestico. Un orizzonte che tende a chiudersi attorno ad una corporeità sofferente: la paura di uscire di casa, di guidare l'auto, l'ansia che stringe il

petto andando al "campo", oltre ad essere percepiti come sintomo, traducono il progressivo confinamento in una posizione di marginalità. L'orgoglio di una casa pulita e ordinata, in una splendente perfezione, come di solito si osserva in Carnia, non si rivela un buon mezzo per controbilanciare la dipendenza dal lavoro salariato maschile, benché le donne aderiscano con passione all'ideale di operosità che sono tenute normativamente a sostenere, con uno zelo da devozione: «Sono una perfezionista. E se non ho tutto a posto non sto bene. Durante la giornata i lavori di casa mi occupano molto. Se non ho fatto tutto non mi sento libera. Sono sempre stata così. Scopo la casa, una, due volte al giorno. Sto bene quando ho finito tutto» (Lea, 42 anni). Un'altra fonte domestica di disagio è la conflittualità tra suocere e nuore, osservabile in molti sistemi di residenza patrivrilocale. Al centro della tensione troviamo ancora il "lavoro" e le reciproche rivendicazioni di diritti e doveri, a perpetuare un conflitto entro le mura domestiche e il *gender*⁽¹³⁾.

L'assenza del coniuge e del figlio migrante consentiva alla suocera di controllare e di esigere il contributo lavorativo della nuora, e contemporaneamente di vigilare sul suo contegno e sulla sua moralità, sulle sue capacità di educare i figli e condurre la casa. Era una abilità al comando che conferiva autorità alle anziane, che esercitavano pressioni importanti sulla vita familiare. Questo controllo, attuato in forme esplicite di comando e di intromissione, è tanto più faticoso da accettare oggi. Alcuni compiti che si continuano ad esigere non sono più riconosciuti come essenziali, come la cura dell'orto, ed il modello dell'intimità domestica è cambiato rispetto al passato, quando tutte le donne dell'*household* erano chiamate ad uno sforzo comune per la sua riproduzione. Alla suocera non viene più riconosciuta questa autorità delegata: le sue ingerenze ora sono viste come una lesione della capacità decisionale e dell'autostima individuali ed assumono i caratteri della violenza psicologica. Spesso la gente dice: "In Carnia la donna era padrona". Certe figure femminili, così dispotiche e intrusive, sembrano sostanziare questa affermazione. Ma a dirlo sono gli uomini. Le donne, quando parlano da vittime dell'autorità delle vecchie, non le temono per il loro potere, ma per quanto vi è in esso di caricatura di quello maschile, nella versione più rigida, più oppressiva della vendetta dei vinti.

L'alto valore posto su un corpo in buona salute è facilmente comprensibile all'interno di una società in cui quasi tutto dipende dalla forza e dall'abilità fisica. L'incapacità al lavoro, dovuta ad una malattia, viene ancora percepita come una calamità. Gli anziani, ad esempio, non accettano un calo fisiologico delle loro prestazioni dovuto all'età. Finché è possibile, continuano la loro attività nei campi e negli orti, o in piccole attività artigianali. Anna, che

ha 65 anni, si siede davanti alla dottoressa. È piuttosto robusta, colorita in viso. Accomoda la borsa in grembo e si asciuga con il fazzoletto il volto sudato. Esclama, con enfasi: «Deve guarirmi, deve guarirmi, che non ne posso più di questa depressione!». Non si è mai sentita così male, non riesce più a fare i "lavori", suda tanto, si sente tanto stanca. Si chiede ad Anna come ha trascorso la giornata precedente: risponde che ha piantato patate, piegata in due, per sette ore nel campo. La dottoressa spalanca le braccia: «Sarei stanca anch'io dopo sette ore nel campo!». «Eh, ma io, prima, ne facevo anche dieci!». L'affaticarsi più facilmente, la diminuzione della memoria sono senza dubbio provocate da uno stato di malattia. Bisogna trovare un buon dottore ed una cura adatta. Percepire se stessi come "inutili" significa percepirsi come "morti". L'ozio ed i suoi piaceri culturali non trovano cittadinanza in questo contesto. Negli ultimi anni questo Centro di salute mentale ha ricevuto un crescente numero di richieste di intervento nei confronti di persone anziane, soprattutto donne, da parte di familiari o dei servizi sociali. Talvolta, queste persone soffrono di una sindrome psico-organica che non è modificabile da un intervento medico. Più spesso per gli anziani "non c'è più posto". All'inizio, si pensa ad una malattia fisica ed i familiari chiedono che venga eliminata questa sua *incapacità*: «Abbiamo persino dovuto vendere una mucca, perché non riusciva più a curarla!». Se la persona anziana non accetta la riduzione delle sue performances, anche la famiglia non è disposta a tollerarle. Quanto più si legge l'invecchiamento in termini di patologia, tanto più comunque l'anziano tenta di "tenere il passo". Questa condizione permane, in breve diventa "cronica". Dall'*incapacità* si arriva rapidamente all'*invalidità*. Allora, basta un tremore, una disattenzione: ha dimenticato il gas aperto sotto la moka senza accenderlo. "Non sa più quello che fa", "si dimentica le cose", "se esce, chissà dove va", "si può fare male", "se fa male a sé, può far del male agli altri", "disturba", "grida", "può molestare gli altri", "può causare incidenti", "è pericoloso", "è aggressivo". Quando viene raggiunta la tappa della *pericolosità*, il cerchio della sua emarginazione si chiude. Fa riflettere quanto l'anziano che ha perduto potere e ruolo nel suo contesto di vita e di relazione tende ad essere considerato incapace di ragionare, intendere, valutare, e quindi come un "infermo di mente". *Incapacità*, *invalidità*, *pericolosità* riassumono in poco tempo tutta la carriera morale del malato mentale, la sua esclusione ed emarginazione.

Quando l'identificazione di una persona deviante diventa collettiva, lo scarto tra valori e comportamenti giustifica i meccanismi di esclusione. Questo è avvenuto specialmente in passato in Carnia, quando esplicitamente il controllo sociale isolava o escludeva dalla comunità gli individui devianti. Le reazioni attuali sono maggiormente comprensibili quando si consideri la consapevolezza di una rapida erosione dei punti di riferimento tradizionali, di

fronte al desiderio di riaffermare valori stabili e di circoscrivere la marginalità individuale e collettiva. I sintomi interpretabili come "depressione" e la loro diffusione in parte rientrano in un modo culturalmente appropriato di esprimere disagio, in parte traducono un senso generale di demoralizzazione di fronte alle recenti trasformazioni, per la rottura delle forme tradizionali di aggregazione, e solidarietà, insieme alla consapevolezza che i valori ed i modelli educativi ricevuti dalla generazione dei padri, non sono adeguati ad affrontare la realtà attuale. L'amarèzza più grande è spesso espressa da coloro che, dopo lunghi periodi, a volte decenni, di emigrazione all'estero, decidono per il desiderato ritorno. È stata più volte sottolineata la singolarità dell'esperienza di migrazione carnico-friulana, che mantiene i sogni ed il desiderio di realizzazione nel luogo di provenienza ("non si può tornare a mani vuote, e tanto meno sminuiti"), dove si desidera tornare, rispetto ad altre nazionali, che li trasferisce nel luogo dove ci si sposta. La progettualità legata al ritorno, economica, di affetti, di riacquisita identità, talvolta, per uomini e donne, si infrange contro l'essere diventati estranei durante l'assenza, l'appartenere involontariamente a due mondi, sradicati o non più riconosciuti nella rete degli scambi sociali. In molte narrazioni è esplicita la delusione perché gli "altri", non solo quelli del paese, ma la burocrazia statale e l'intera nazione, non considerano i "sacrifici" fatti durante tutti quegli anni e il costo della lontananza. L'aver una lunga tradizione storica di cultura della mobilità, condivisa da tante altre zone dell'arco alpino, non protegge dai rischi non previsti del ritorno.

Lo stile di utilizzazione dei servizi sanitari e in particolare del Centro di salute mentale potrebbe essere interpretato come indice di una penetrazione degli schemi di riferimento professionale e medico nel modo di rappresentare e vivere i problemi della salute mentale. Si amplifica la tendenza ad assumerne i modelli esplicativi, ed i problemi vengono presentati e percepiti come una disabilità individuale. Può anche essere indice di una richiesta di medicalizzazione "dal basso". Se la costellazione dei valori di riferimento è sottoposta a un riassetto, se sono insufficienti le possibilità individuali/collettive di incidere sulle proprie condizioni di vita, tanto più ci si rivolge ad un potere terapeutico forte e legittimato, perché si tratta di una "malattia". Il rischio in questo caso è delegare la soluzione di problemi ad un ambito investito di responsabilità che concernono il controllo sociale e che può medicalizzare coloro che non riescono ad adattarsi al cambiamento⁽¹⁴⁾. Una tecnica e un sapere, quello della medicina, sono trasformate in valore, forza su cui appoggiarsi. Le critiche contro l'estendersi della medicalizzazione spesso non considerano come essa non dipenda solamente da come il paradigma medico riproduce se stesso, ma anche dal valore simbolico e dall'efficacia sociale che si attribuisce all'agire terapeutico come "messa in forma" della malattia e la sventura.

La percezione della propria vulnerabilità si esprime di preferenza attraverso quello stato di disforia clinicamente riconosciuto come "depressione". Con alcune declinazioni peculiari, in questo come in altri contesti culturali, la "depressione" viene a comprendere la sfera della vulnerabilità fisica, storie personali e familiari, percezione di ruoli sociali, perdita di controllo sull'esperienza, consapevolezza del cambiamento sociale. Jackson⁽¹⁵⁾, ricostruendo i significati della malinconia e della depressione attraverso la storia culturale dei termini, mostra come la metafora della perdita o della sottrazione (di forza simbolica e fisica, di valore, di progettualità, di autonomia, di piacere) si presti semanticamente più di ogni altra ad essere plasmata in senso individuale e collettivo, in riferimento ai concetti di persona, di corpo e di *self* nelle loro articolazioni culturali. La "depressione" qui appare come la forma più legittimata socialmente per comunicare disagio. In questo contesto che prescrive una certa chiusura comunicativa, il ritiro sociale, fuori dalle occasioni di sociabilità o di ritualità festiva, è ben accettato - se il comportamento non incide in misura rilevante sulla produttività e sui valori morali condivisi. Manifestare questo stato di anormalità pubblicamente espone all'esclusione dalla collettività, e questo è evitabile con la privatizzazione del malessere, chiedendo aiuto "fuori" dal proprio paese. Il dramma della "depressione" si manifesta non solo come metafora della perdita: chi ne soffre si pone ai margini del mondo sociale, produttivo e del consumo, senza uscirvi completamente (anche perché attivo "consumatore" di prestazioni mediche e di farmaci), senza mettere in discussione l'ordine sociale dominante. Sia che accetti la neutralità dei suoi sintomi, sia che, in alternativa, denunci la propria incapacità individuale, comunque presta il proprio consenso ad una forma di pedagogia e controllo sociale. La "depressione", la melanconia, nulla hanno a che vedere con la transe e quelle forme di effervescenza rituale collettiva che autori come Ioan Lewis hanno associato interpretativamente a situazioni di privazione e subalternità sociale che trovavano in esse motivo di riscatto simbolico. Dentro al nostro *esprit du temps* - perché l'infelicità dei miseri del passato non si "curava", come l'ansia alimentare aderiva alla loro "natura", e la malinconia dei privilegiati era "genio" o inclinazione della sensibilità - disagio e sofferenza tendono ad essere racchiusi in una dimensione individuale, in un urlo silenzioso che occulta la componente sociale, quando al contrario mostra i punti di sutura tra la sofferenza del sé, del corpo e la società.

La medicalizzazione dell'infelicità

La depressione mentale appare comprensibile ed affrontabile solo tenendo conto della sua complessità bio-psico-sociale. Come collocare, in questo

quadro, la risposta biomedica della psichiatria, a cui fanno da eco le comunicazioni di massa, quali sono le sue ripercussioni sociali e culturali? Ripercorriamo velocemente i punti principali che sostanziano questo approccio.

Innanzitutto definire la depressione mentale come una malattia di origine organica, quindi entro il quadro del modello interpretativo biomedico, riduce ogni esperienza di vita, psicologica e relazionale, ogni fattore ambientale, ogni differenza culturale, ogni fattore sociale e politico a semplice meccanismo di stimolo capace di attivare una risposta a livello neurochimico cerebrale, dove già esista una eventuale predisposizione genetica. In generale, in psichiatria si è distinto tra depressioni reattive e depressioni endogene, indicando con le prime una reazione di adattamento a eventi o situazioni spiacevoli e con le seconde quelle di origine prevalentemente biologica, perché osservabili in assenza di una situazione scatenante. Suddivisione ormai abbandonata da entrambe le classificazioni psichiatriche internazionali (DSM-IV e ICD-10), a dimostrare che non ha più ragione di esistere una contrapposizione netta tra biologico e psicosociale. Tuttavia, la psichiatria biologista annulla tale distinzione, integrando anche la depressione reattiva all'interno delle depressioni endogene.

Scrivono Eugenio Borgna: «Le depressioni reattive (motivate) sono infinitamente più frequenti che non quelle psicotiche (immotivate e incomprensibili); e questo, certo, rende ancora più insostenibile e inaccettabile ogni discorso che tenda a generalizzare il significato delle radici biologiche delle depressioni e a risucchiare, eliminandone le differenze radicali e categoriali, le prime (quelle motivate) nelle seconde (quelle psicotiche). Quando questo avviene, e avviene con grande frequenza, ne consegue una illimitata e selvaggia prescrizione (da parte dei medici di base ma non solo da parte loro), di farmaci ad azione antidepressiva che non hanno, in sé, una ragione d'essere rigorosa e adeguata scientificamente se non nel contesto delle depressioni psicotiche» (BORGNA E. 1994: 38-39). Kleinman e Good aggiungono: «Quando la cultura è trattata come una costante (come è comune quando si conducono studi sulla nostra società), è relativamente facile vedere la depressione come disordine biologico, fatto scattare da agenti stressori sociali in presenza di supporto inefficace e che si riflette in un quadro di sintomi e di disturbi che disegnano la mappa del substrato biologico del disordine» (KLEINMAN A. - GOOD B. 1985: 492).

Questo modello presume che la biologia determini la causa e la struttura delle forme della malattia mentale, volgarizzando e stravolgendo le più recenti ricerche delle neuroscienze. Non si tratta qui di negare che la depressione abbia basi biologiche, come d'altro canto i soli fattori sociali

ambientali non bastano a determinare una patologia mentale: ci sono individui che fanno esperienza di enormi pressioni sociali con scarse risorse che li proteggano, e che pure non sviluppino un disagio mentale. La causa del disagio mentale è una complessa interazione tra fonti biologiche, psicologiche e sociali di vulnerabilità, vulnerabilità da non intendersi in senso meccanico (la cosiddetta "predisposizione") ma nel senso di un nodo di suscettibilità in cui non si possono separare i singoli fattori di rischio, ma ciascuno è intensificato dagli altri. A proposito delle basi genetiche e dell'ereditarietà della depressione, ci viene mostrato un quadro di consenso scientifico molto più compatto di quanto sia in realtà, che non può mancare di convincere il profano. Ad esempio, si citano spesso due famosi studi a prova dell'ereditarietà⁽¹⁶⁾, presentandoli come scoperte consolidate. Quando essi apparvero sulla scena scientifica internazionale durante gli anni '80, i mass-media sostennero che queste scoperte ci portavano ad una vera svolta ma diedero molto meno spazio alle successive smentite. Analoghe ricerche sull'ereditarietà e controprove analoghe si sono avute per la criminalità, l'alcolismo, e l'omosessualità.

Ad un destino biologico ed ereditario - a meno di ricorrere ad una sofisticata manipolazione genetica - non si può sfuggire: nessun cambiamento esterno alla persona può portare a mutamenti. Solo la terapia farmacologica, quindi sotto il controllo medico, può produrre modificazioni. Ma laddove il modello divulgato dai mass-media ricorda per la sua automaticità il positivismo ottocentesco, le neuroscienze, che non escludono la concomitanza di basi genetiche e influenze ambientali, ci aprono invece le porte per comprendere l'interfaccia tra il nostro mondo interno e il nostro mondo esterno, ovvero *l'embodiment*, l'incorporamento delle influenze esterne. Le neuroscienze inoltre, non giungono a certe generalizzazioni di *gender* a giustificare, in termini che si vorrebbero "biologici", la maggior diffusione della depressione tra le donne. Infatti la psichiatria biologista può arrivare a supporre che nelle donne prevalga "il temperamento depressivo" per il diverso assetto neuroendocrino ed i sentimenti di autosvalutazione e di insicurezza (assunti quindi come naturali e biologici) e come il maschio presenterebbe un assetto biochimico che lo spinge all'esplorazione e alla conquista dell'ambiente, così la femmina per converso è biologicamente determinata alla cura della prole e al ritiro entro confini "domestici"⁽¹⁷⁾. Si passa sotto silenzio la depressione delle casalinghe e delle pensionate che non sembrano allietarsi in modo particolare delle gioie del focolare⁽¹⁸⁾. Per appoggiare la pretesa scientificità di queste tesi, si attinge a piene mani dall'etologia animale, utilizzabile per costruire e sottoporre a verifica modelli di organizzazione umana, sia a livello fisiologico che comportamentale e politico (la teoria dell'uomo come animale altruista e comunicativo). In

questo quadro, gli animali continuano a godere di uno status speciale, in quanto oggetti naturali in cui gli uomini possono vedere la propria origine e quindi la propria essenza pre-razionale, pre-culturale. Ma dell'etologia si seleziona solo quanto è funzionale a convalidare questo discorso e ad attribuire razionalità e naturalità a pratiche basate sul dominio all'interno del corpo sociale e politico.

Collocare la depressione entro le malattie intese in senso biologico consente alla psichiatria di rientrare pienamente nell'ambito della biomedicina, sfuggendo alla marginalità che ne ha caratterizzato storicamente i fini e gli strumenti⁽¹⁹⁾. Perché proprio la depressione? Per l'emergenza sociale, tale da catturare un più ampio consenso, sia tra gli operatori che tra gli utenti, e per la maggiore efficacia farmacologica raggiunta, lontana tuttavia dal trionfo che si vuol far credere. I farmaci antidepressivi sono infatti inefficaci dal 10 al 30% dei casi, si associano a significativi tassi di ricaduta, impiegano settimane per fare effetto e possono avere effetti simili a quelli ottenuti mediante alcuni tipi psicoterapia⁽²⁰⁾. Infine, sotto la proposta di un più facile accesso al proprio diritto alla felicità, attraverso i farmaci si propone una forma di dipendenza. Se sei infelice, il modo migliore per affrontare le tue crisi, la tua sofferenza, quello che non va nella tua vita è delegare al medico e ai farmaci la capacità di risolvere i tuoi problemi. Sofferenza e disagio individuali, e la consapevolezza del nostro essere-in-società non saranno nemmeno più possibilità di autenticità, di crescita e di maturazione: eterni bambini, ai nostri balbettanti piagnistei avremo come unica risposta una pillola. Mi sembra che questo appiattimento della relazione terapeutica renda un pessimo servizio anche alla biomedicina.

Ma è l'economia politica ed il sistema di riproduzione del sapere ad essere la chiave per comprendere il riaccendersi del flirt tra psichiatria e biologia, la conseguente svalutazione delle scienze sociali e la resistenza sistematica a rapportarsi con le fonti sociali del disagio psichico. Forse semplicemente perché è difficile tenerne conto nell'operatività di un servizio territoriale. Forse perché costituiscono una minaccia, in quanto suggeriscono che costosi programmi di intervento sociale sono più utili sul lungo periodo come prevenzione e intervento di quanto non lo siano i farmaci e la psicoterapia - pratiche, queste, che semplificano in un rapporto duale, tecnico-malato, la complessità sociale e che occultano la produzione sociale del disagio, per trattare episodi individuali -. Inoltre, i programmi di supporto sociale ostacolano gli interessi economici delle case farmaceutiche, anche se tali programmi potrebbero contribuire a ridurre i costi sociali di una delle fonti più comuni di disabilità. Adottando un orientamento organicista, la psichiatria può liberarsi sia dal peso del mandato sociale che dall'ingombro dell'inter-

vento sociale: un destino biologico ed ereditario è prevedibile e inevitabile, occorre solo intervenire quando si manifestano i segni di una anomalia. Se è una *disease* è ascrivibile all'ordine della natura. Inoltre, si potrà anche eludere il problema del controllo sociale: quello che serve è un controllo biologico tramite la medicalizzazione, superando anche le lungaggini del sistema giudiziario (dietro ad ogni criminale si nasconde una persona disturbata psichicamente), degli ammortizzatori sociali (ogni disoccupato o sottoccupato è una persona che non sa biologicamente adattarsi all'ambiente) o risolvere problemi come la droga e l'alcolismo. Una concezione positivista della società e delle sue norme, assunte come "naturalmente" esistenti e valide: ogni violazione è sintomo di patologia individuale. «La medicalizzazione dell'infelicità» scrive Ann Oakley, «è uno dei grandi disastri del XX secolo», soprattutto perché distoglie la nostra attenzione dalle cause e dalle forme storiche e sociali che mortificano la condizione umana. Anche una parte dei familiari dei pazienti psichiatrici dà il proprio consenso alle cause biologiche: se la "malattia mentale" è una malattia come un'altra, questo aiuta a rimuovere il peso della colpa e della vergogna, che sono vissute individualmente.

Dal punto di vista delle pazienti, parlare di depressione come di una "malattia" e cercare aiuto professionalmente competente significa mettere in atto strategie per dare forma e risoluzione, con le risorse culturalmente disponibili, ad una esperienza di sofferenza che opprime nella sua totalità - tutto il corpo, tutte le relazioni e la cognizione della realtà ne sono coinvolte -. "Essere considerati malati", vedersi riconoscere questo ruolo sociale, può diventare una risorsa: uno stato temporalmente circoscritto di malattia, si risolve senza lasciare residui, vergogna, stigmatizzazione, ipoteche di inguaribilità e quindi di cronicità. In alcuni casi, quando coniuge e figli si allontanano dalla donna per il suo carente "funzionamento domestico", "essere malate" può aiutare le donne a non chiuderle nel circolo vizioso dell'immagine di ciò che sono diventate e a rinegoziare la loro posizione all'interno della famiglia. Ma è un'arma a doppio taglio: non basta essere riconosciuti malati dalla medicina, occorre che le rappresentazioni e le strategie sociali nei confronti di questi "malati" cambino.

Potrebbe sembrare che ci sia una specie di collusione tra la psichiatria e gli utenti dei servizi nel definire la depressione come una "malattia". Ma intenti e fini sono diversi. Nel caso delle donne sembra di assistere ad un ventriloquio, un parlare attraverso la voce di qualcun altro, assumere le parole di un sapere forte e legittimato, perché altrimenti non ci sono orecchie che ascoltano.

La malattia è un linguaggio valutativo, mette a fuoco quali sono i valori

importanti per una cultura. Oltre ad essere una realtà a cui dare senso, la malattia e le sue interpretazioni costruiscono in senso performativo realtà sociale. Nel modello esplicativo biomedico, la salute diventa capacità di controllo individuale e sociale attuato attraverso la medicalizzazione. Il progetto terapeutico ed eugenetico che qui si propaga si spoglia di ogni residua fantasia di paradiso prossimo venturo o di incremento della conoscenza: appare come il servo untuoso di una logica del dominio.

Note

(1) La ricerca, oggetto di una tesi di dottorato in scienze etnoantropologiche, è stata svolta presso il Centro di salute mentale (d'ora in poi CSM) dell'USL n.7 di Tolmezzo (Udine) tra il 1990 e la fine del 1992. Essa si proponeva di ricostruire i modi di espressione e le strategie terapeutiche della *illness* depressiva in un particolare contesto culturale. La scelta del tema è sorta dalla frequentazione, come volontaria, del CSM: infatti è il problema che viene riportato dalla maggioranza degli utenti, soprattutto donne, e la diagnosi clinica più frequente (il 70% dei casi), rispecchiando un dato epidemiologico generale in Italia. A proposito dell'utilizzo di questo servizio territoriale, si fa presente che, su un totale di 450 pazienti seguiti permanentemente, in media ogni anno 120 persone ne chiedono per la prima volta la consulenza. Di esse, solo una parte verrà poi seguita dal Servizio: alcune non si ripresentano, altre vengono indirizzate a diversi servizi sociosanitari competenti. Rispetto al bacino di utenza, che copre tutta la Carnia (la zona alpina a nord della provincia di Udine), il tasso di utilizzo del servizio è piuttosto elevato rispetto alla media regionale, tenendo anche conto dei dati epidemiologici forniti dall'Oms. Infatti, su una popolazione di circa 45.000 abitanti, sparsa su un ampio territorio montano, con difficoltà oggettive di accesso al CSM (scarse vie di comunicazione e trasporti pubblici limitati, piccole località di insediamento isolate), si riscontra lo stesso numero di richieste di intervento psichiatrico osservabile nella provincia di Trieste, cioè in un contesto urbano densamente popolato, in cui questo tipo di servizio è inoltre accessibile nell'arco delle 24 ore. La richiesta di medicalizzazione del disagio è quindi piuttosto elevata, e tuttavia è solo la parte osservabile del problema. Il CSM è poco conosciuto, la gente mostra una certa reticenza a rivolgersi ad esso, in quanto "andare dallo psichiatra" viene percepito come riconoscere di essere "matti", e si preferisce in molti casi l'assistenza medica privata.

(2) Si fa qui riferimento alla corrente statunitense di antropologia medica che tra i suoi maggiori esponenti annovera Arthur Kleinman, Mary-Jo DelVecchio Good e Byron Good. Da un approccio cognitivista alla malattia intesa come *illness* (l'esperienza e le percezioni della persona inserita in un contesto sociale e culturale), distinta dalla malattia come *disease* (ovvero il malfunzionamento inteso secondo il modello biomedico), questi autori approdano, anche se diversamente, ad una analisi dell'esperienza della malattia rivolta a comprendere che cosa essa "mette in gioco" a livello individuale e collettivo, micro e macro-sociale. Questa strategia interpretativa viene attuata privilegiando l'analisi del mondo rappresentazionale, cognitivo ed affettivo, (i *semantic illness network*), e quella delle *illness narratives* in prospettiva fenomenologica e testuale, fino al *therapeutic emplotment*, ovvero a quella particolare messa in forma dell'esperienza, discorsiva e pratica, che scaturisce dall'incontro e dalla negoziazione tra terapeuta e paziente. Tra i testi più significativi, cfr. A. Kleinman (KLEINMAN A. 1980); i volumi collettivi a cura di A. Kleinman e L. Eisenberg (KLEINMAN A. - EISENBERG L. cur. 1981) e a cura di A. Kleinman e B. Good (KLEINMAN A. - GOOD B. cur. 1985); KLEINMAN A. 1986, 1988; il numero monografico di "Social Science & Medicine", 38, 6, 1994, dedicato a *Narrative representations of illness and healing*; GOOD B. 1994.

(3) Il grande successo di mercato del libro di S. Zoli e G.B. Cassano (ZOLI S. - CASSANO G.B. 1993) che presenta un punto di vista biologico sulla depressione, è stato accompagnato e seguito da diversi talk-shows (il "Maurizio Costanzo Show", "Le ragioni del cuore", "I fatti vostri"), da trasmissioni di divulgazione scientifica ("Quark"), senza contare gli articoli apparsi sulla stampa quotidiana e periodica, privilegiando il punto di vista sostenuto da Cassano. Una risposta critica alle teorie di Cassano è presentata nel volume collettivo *La cura dell'infelicità. Oltre il mito biologico della depressione* (1994), che raccoglie, tra gli altri, saggi di E. Borgna, B. Callieri e P. Crepet. Particolarmente interessante come strategia retorica per catturare consenso appare l'uso di interviste a personalità del mondo dello spettacolo e della cultura, che hanno sofferto di depressione nell'ultima parte del libro di Zoli e Cassano e nei talk-shows televisivi: sull'impiego di "corpi pubblici" capaci di influenzare la rappresentazione della malattia, si veda R.L. Martensen (MARTENSEN R.L. 1994: 927).

(4) Cfr. le risposte delle madri povere nelle *favelas* del nord-est brasiliano agli altissimi tassi di mortalità infantile, in M. Nations e L.A. Rebhurn (NATIONS M. - REBHURN L.A. 1988:141-200); o le esperienze dei sopravvissuti alla violenza interetnica o al disastro di Bhopal in V. Das (DAS V. 1992).

(5) Questa ricerca ha presentato diversi aspetti metodologicamente problematici. In primo luogo, l'essere situati all'interno di un "osservatorio" medico, tale da condizionare in vario modo l'interpretazione che le persone fornivano del loro disagio. Ogniquale è stato possibile sono stati svolti colloqui e interviste all'esterno del CSM, ma è anche ovvio che una sola persona non può seguire l'ottimo esempio di ricerca e metodo dell'équipe guidata da E. Corin, G. Bibeau, J.-C. Martin e R. Laplante (CORIN E. *et al.* 1990) che riguardava la percezione comunitaria del disagio mentale. Ho quindi scelto di privilegiare come fonte i "primi colloqui", raccogliendone oltre 100. Con "primo colloquio" si intende il primo incontro della persona con il CSM, consistente in un colloquio condotto da una psicologa, successivamente riportato a tutta l'équipe per decidere gli sviluppi terapeutici adeguati. I "primi colloqui" permettevano di ascoltare come le persone esprimevano il loro disagio. Nella quasi totalità dei casi, si trattava inoltre del primo incontro con un servizio psichiatrico, che ci fosse o meno la percezione di un problema riferibile alla sfera della salute mentale, quindi in assenza di una "carriera" già definita come paziente psichiatrico. Un altro problema metodologico è collegato al condurre la ricerca come "osservatore in situazione", ovvero presentata agli utenti come "una volontaria" del servizio; dopo che erano state tentate senza successo altre strategie di ricerca *overt*. Altre difficoltà sono connesse alla problematicità di esaminare un territorio che si vuole proporre come omogeneo considerandone l'identità culturale ma nel quale ciascuna vallata rivendica tratti peculiari, il fatto di avere radici nello stesso contesto culturale friulano e non da ultimo, l'aver trovato interlocutori critici e attenti più tra gli psichiatri che tra i colleghi antropologi.

(6) Così come il lutto deve essere "portato dentro", senza eccessi esteriori. È con stupore e con senso di inadeguatezza che alcune donne rivelano: «Ho tenuto duro per tutti questi mesi, mi sono data da fare, ho reagito subito. Possibile che crolli adesso che il peggio è passato?» (Sandra, 39 anni). Non si tratta solo di mancata consapevolezza delle dinamiche psicologiche della perdita. Si tratta di non vedere il dolore manifestato dagli altri, tanto da percepire la profondità del proprio sentimento così anomala da riferirla come sintomo. Come ha ampiamente documentato la letteratura antropologica, l'espressione di particolari emozioni varia culturalmente e secondo le norme sociali che regolano il contegno da tenere in determinate occasioni.

(7) Nell'ormai copiosa letteratura antropologica sui nervi mi limito a segnalare M. Lock (LOCK M. 1991: 87-103).

(8) Sull'individualismo, cfr. DUMONT L. 1983; sull'acquisizione del modello psiche-soma LASCH C. 1979 [1981], OBEYSEKERE G. 1985, GALIMBERTI U. 1987.

(9) Si veda la definizione di esperienza adottata da A. Kleinman e J. Kleinman (KLEINMAN A. - KLEINMAN J.J. 1991); che si differenzia notevolmente dalla *antropologia dell'esperienza* di V. Turner (cfr. TURNER V.W. - BRUNER E.M. *curr.* 1986). I Kleinman definiscono l'esperienza come il termine medio interpersonale condiviso nei processi sociali microculturali e infrapolitici, all'interno dei quali qualcosa è "in gioco" per coloro che partecipano ad un "mondo morale locale". L'esperienza così definita media e trasforma la relazione tra persona e contesto, sfera del significato e psicobiologia, per quanto riguarda il campo della salute/malattia. Questa prospettiva consente, secondo tali autori, di

analizzare l'esperienza secondo le categorie "indigene", ma al contempo di tener viva la consapevolezza del significato della sofferenza come condizione umana e come processo di costruzione morale e culturale: infatti, la teoria antropologica, quando è *experience-distant*, si espone agli stessi rischi di disumanizzazione e delittimizzazione dell'esperienza impliciti nell'approccio biomedico, ad esempio quando quest'ultimo traduce la miseria conseguente ad una calamità politica in una sindrome di depressione maggiore.

(10) Ne è testimonianza la serie di difficoltà incontrate dai ricercatori che recentemente hanno affrontato in Carnia studi sull'argomento: succede sempre altrove, nel paese o nella vallata limitrofa, sempre ad altri e soprattutto in passato. All'inizio della sua ricerca sul campo, Patrick Heady, che sta completando una tesi sul localismo in Carnia per la London School of Economics, ricorda di essere stato apostrofato in questo modo: «Un antropologo? Ma noi non siamo Zulu!». Stesse difficoltà si sono presentate a Raffaella Vidoni, che ha concluso una tesi di laurea sulle credenze connesse alla stregoneria in Val Pesarina. Uno studioso locale contattato quale esperto conoscitore delle tradizioni della vallata, aveva negato recisamente che credenze sulle streghe e sul malocchio fossero ancora presenti. Riprendendo le strategie di enunciazione analizzate da J. Favret-Saada nel Bocage (FAVRET-SAAD A. J. 1977), osserviamo la censura che i locutori esercitano sul proprio linguaggio, perché si sentono fuori posto in un doppio rapporto di forza, magico e politico, stretti tra «la paura del significante e l'indeterminatezza del significato» (CONTRERAS J. - FAVRET-SAAD A. J. 1988: 102) e l'importanza di celare ai "miscredenti" il mezzo di dileggiare la credulità e l'arretratezza dell'affatturato davanti alla comunità del villaggio. Emergono comunque varie differenze tra il Bocage e la Carnia. Tra queste, l'accumulazione della disgrazia che nel Bocage conduce alla diagnosi di attacco stregonico, di contro al carattere improvviso e ingiustificato che essa assume in Carnia, la necessità di un mediatore che si occupi della contro-fattura opposta al fatto che chiunque ne sia reso edotto può effettuarla. Tuttavia, la preoccupazione ampiamente condivisa rimane il non voler essere considerati arretrati e superstiziosi in quanto abitanti della montagna: una rivendicazione anche politica di cittadinanza nella modernità e non vivere passivamente le condizioni macrostrutturali che piegano all'emarginazione questa zona montana, rispetto ai centri di sviluppo economico regionale.

(11) «In quanto partecipi della dominante ideologia borghese, i folkloristi non mettono in discussione i propri modelli, e attraverso di essi guardano alla cultura contadina che stanno osservando [...] Per essi tutto è segno dell'inferiorità femminile» (SEGAL M. 1983 [1980]: 161-162).

(12) Infatti non erano escluse dalle disposizioni testamentarie, potevano disporre dei propri beni e godevano anche del diritto di eleggibilità alle cariche della *vicinia*, benché, se nominate, spesso rifiutassero incaricando un parente di sesso maschile. Cfr., anche per la spiccata autonomia locale delle comunità carniche di *Ancien régime* F. Bianco (BIANCO F. 1985).

(13) Lisa, 32 anni, vive con la famiglia del coniuge. Si sente depressa: ha tremori, ansia, mentre per il lavoro che fa, "dovrebbe sentirsi sicura". Lisa ha visto crescere l'intolleranza della famiglia del marito nei suoi confronti durante un periodo in cui era rimasta disoccupata. Il cognato le aveva trovato un lavoro in fabbrica, ma Lisa si sentiva svalutata a fare l'operaia. Poi ha trovato impiego come agente assicurativo. Dice di aver bisogno di "maggior sicurezza" personale, e ne parla come se fosse un oggetto, anche per opporsi alle ingerenze della famiglia del partner. Lisa si è rifiutata di lavorare insieme con le altre cognate nell'orto. E questo ha particolarmente irritato la suocera.

Eloisa, 33 anni, dice di soffrire da molti anni di disturbi depressivi. I suoi problemi nella vita coniugale sono cominciati poco dopo il matrimonio, per il comportamento piuttosto intrusivo della suocera. I genitori del marito abitano il piano superiore della loro casa. «Appena mio marito arrivava a casa la sera, mia suocera era già sulla porta a comandargli i lavori che doveva fare per lei [...] dovevano essere gli anni migliori del nostro matrimonio, ma lei era sempre presente [...] scendeva, controllava le cose che cucinavo. Quando è nato il bambino, scendeva a controllare se era sveglio, se tossiva, se lo tenevo bene. [...] Io sto bene quando sono lontana da questa casa, dalla suocera. Guarirei se avessimo un'altra casa. Ma se poi non guarisco? Cosa fa mio marito?».

(14) Il rischio della medicalizzazione non è imputabile solamente al fatto che la risposta proviene da un ambito sanitario, ma risiede nel complesso problema del mandato sociale: spesso i familiari degli utenti chiedono insistentemente l'intervento del CSM affinché intervenga per allontanare chi

"non funziona"; secondo gli operatori questo tipo di richieste di contenimento della devianza è in continuo aumento.

(15) JACKSON S.W. 1986; cfr. anche, specie per le connessioni tra malinconia, genio rinascimentale e nascita della sensibilità romantica, KLIBANSKY R. - PANOFSKY E. - SAXL F. 1983. Si ricorda anche la distinzione di F. Laplantine (LAPLANTINE F. 1986) fra modello additivo e modello sottrattivo nell'interpretazione della malattia.

(16) Il primo, del 1987, svolto dalla School of Medicine dell'Università del Minnesota e guidato da Janice A. Egeland, affermò di aver trovato sul cromosoma 11 un marcatore genetico collegato alla sindrome maniaco-depressiva in una popolazione Amish. Nello stesso anno un altro gruppo, guidato da Miron Baron della Columbia University, trovò che un marcatore presente sul cromosoma X era collegato alla stessa malattia in tre famiglie israelitiche. Questi studi vennero successivamente smentiti da parte del National Institute of Mental Health, e da parte del gruppo di Baron, quando cercò di replicare la ricerca con strumenti più sofisticati. Si veda HORGAN J. 1993.

(17) Si giunge a scrivere: «una donna molto impegnata professionalmente perde i supporti sociali che avrebbe avuto stando in famiglia, mentre è esposta a traumi più intensi e frequenti» (ZOLI S. - CASSANO G.B. 1993: 103). È sconcertante assistere al recupero, in questo testo, di tutti gli stereotipi femminili dei trattati degli alienisti del positivismo ottocentesco. Non manca neppure la figura dell'isterica: «C'è un tipo di depressione che predilige le donne. È stata definita "disforia isteroide" [...] La paziente trascorre tutta la mattina a letto o vi passa intere giornate in uno stato di torpore. Si sente le braccia e le gambe di piombo [...] Una particolare trascuratezza caratterizza la stanza da letto dove queste ammalate passano l'intera giornata in un caos totale, ora fumando, ora abusando di alcool e sedativi» (*ibidem* 1993: 106-107). Sulla donna vista dalle scienze, specialmente mediche, dell'Ottocento italiano, si veda BABINI V.P. - MINUZ F. - TAGLIAVINI A. 1986, 1982.

(18) Per non omettere tutto quanto rende le donne una "anomalia normale", come la sindrome pre-mestruale, il parto, il *baby blues*, la depressione post-partum e la menopausa. Si veda, contro questa interpretazione, tra gli altri, l'ormai classico BROWN G. - HARRIS T. 1978, KLEINMAN A. 1986a, ROMITO P. 1993, OLSON A.L. - DI BRIGIDA L.A. 1994, BILLINGS A. - MOOS R. 1985.

(19) A questo proposito cfr. KLEINMAN A. 1986b, EISENBERG L. 1986.

(20) Oltre a C. Bellantuono (BELLANTUONO C. 1994: 11-28) si vedano BOFFEY F. 1986, HOLDEN C. 1986, KLEINMAN A. 1986b. Recentemente è stato pubblicato negli Stati Uniti da P.D. Kramer (KRAMER P.D. 1993), un elogio del noto antidepressivo Prozac, il "farmaco della felicità", consumato da oltre cinque milioni di americani. Ci sono voluti 25 anni per stabilire che anche le benzodiazepine provocano farmaco-dipendenza. Eppure Kramer non solo consiglia il Prozac ai depressi, ma anche agli altri, perché aiuta a sentirsi "più che bene", e conia il termine di "psicofarmacologia cosmetica". Per una recensione critica, cfr. MEDAWAR C. 1994.

Riferimenti bibliografici

ANGIONI Giulio (1986), *Il sapere della mano*, Sellerio, Palermo.

BABINI Valeria Paola - MINUZ Fernanda - TAGLIAVINI Annamaria (1982), *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Il Mulino, Bologna.

BABINI Valeria Paola - MINUZ Fernanda - TAGLIAVINI Annamaria (1986), *La donna nelle scienze dell'uomo*, Franco Angeli, Milano.

BEEMAN William O. (1985), *Dimension of dysphoria. The view from linguistic anthropology*, pp. 216-243, in KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (curatori), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.

- BELLANTUONO Cesario (1994), *L'uso dei farmaci nella depressione: una scelta equilibrata*, pp. 11-28, in *La cura dell'infelicità. Oltre il mito biologico della depressione*, Edizioni Theoria, Roma - Napoli.
- BETTELHEIM Bruno (1989 [1943]), *Sopravvivere*, traduz. dall'inglese di Adriana BOTTINI, II ediz., Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Individual and mass behaviour in extreme situations*, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 38, 1943, pp. 417-452].
- BIANCO Furio (1985), *Comunità di Carnia. Le comunità di villaggio della Carnia (sec. XVIII-XIX)*, Casamassima, Udine.
- BILLINGS Alan - MOOS Robert (1985), *Psychosocial stressors, coping, and depression*, pp. 940-974, in BECKHAM E. - LEIBER Walter R. (curatori), *Handbook of depression, treatment assessment research*, The Dorsey Press, Homewood.
- BOFFEY F. (1986), *Psychotherapy is a good drug in curing depression, study finds*, "New York Times", 14 maggio, 1986, p. 1.
- BORGNA Eugenio (1994), *L'immagine psicopatologica e clinica delle depressioni*, pp. 29-58, in *La cura dell'infelicità. Oltre il mito biologico della depressione*, Edizioni Theoria, Roma - Napoli.
- BROWN G. - HARRIS T. (1978), *The social origins of depression*, Free Press, New York.
- CONTRERAS José - FAVRET-SAADA Jeanne (1988), *La terapia senza sapere*, pp. 100-107, in ARPIN Jacques - COMBA Letizia - FLEURY François (curatori), *Migrazione e salute mentale in Europa. Atti del convegno (Ginevra, 22-23 maggio 1986)*, "Antropologia Medica. Per un confronto di culture sui temi della salute" (Grafo, Brescia), n. 4, luglio 1988, pp. 1-107.
- CORIN Ellen - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- CSORDAS Thomas G. (1984), *The rhetoric of transformation in ritual healing*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 7, 1984, pp. 333-376.
- La cura dell'infelicità. Oltre il mito biologico della depressione* (1994), Edizioni Theoria, Roma - Napoli.
- DAS Veena (1992), *Moral orientation to suffering*, pp. 216-253, in CHEN Lincoln C. et al. (curatori), *Health and social changes*, Yale University Press, New Haven - London.
- DELVECCHIO GOOD Mary-Jo - BRODWIN Paul E. - GOOD Byron J. - KLEINMAN Arthur (curatori) (1992), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley.
- DUMONT Louis (1983), *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Seuil, Paris.
- EISENBERG Leon (1986), *Mindlessness and brainlessness in psychiatry*, "British Journal of Psychiatry", 148, 1986, pp. 497-508.
- FAVRET-SAADA Jeanne (1977), *Les mots, la mort, les sorts*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GALIMBERTI Umberto (1987), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
- GEERTZ Clifford (1983 [1981]), *Local knowledge. Further essays in interpretive anthropology*, Basic Books, New York [ediz. italiana: *Antropologia interpretativa*, traduz. dall'inglese di Luisa LEONINI, Il Mulino, Bologna, 1988].
- GOOD Byron (1977), *The heart of what's the matter: the semantic of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 1, 1977, pp. 25-28.
- GOOD BYRON (1994), *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- HOLDEN Constance (1986), *Depression research advances, treatment lags*, "Science", 233, 1986, pp. 723-726.
- HORGAN John (1993), *L'eugenetica rivisitata*, traduz. dall'inglese di Giulia CANDIANI, "Le Scienze.

Edizione italiana di Scientific American", anno XXVI, vol. LII, n. 300, agosto 1993, pp. 80-88.

JACKSON Stanley W. (1986), *Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times*, Yale University Press, New Haven.

KATON Walter - REIS Robert - KLEINMAN Arthur (1984), *The prevalence of somatization in primary care*, "Comprehensive Psychiatry", 25, 3, 1984, pp. 305-314.

KIRMAYER Laurence J. (1988), *The body's insistence on meaning: metaphor as presentation and representations in illness experience*, paper presented at the XII International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences (Zagreb, 24-31 luglio 1988).

KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.

KLEINMAN Arthur (1986a), *Social origins of distress and disease. Depression, neurasthenia and pain in modern China*, Yale University Press, New Haven - London.

KLEINMAN Arthur (1986b), *Rethinking psychiatry. From cultural category to human experience*, The Free Press, New York - London.

KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.

KLEINMAN Arthur (1992), *Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds*, pp. 169-207, in DELVECCHIO GOOD Mary-Jo - BRODWIN P.E. - GOOD Byron J. - KLEINMAN Arthur (curatori), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN Arthur - EISENBERG Leon (curatori) (1981), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.

KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (curatori) (1985), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN Arthur - KLEINMAN Joan J. (1991), *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 15, 3, 1991, pp. 275-301.

KLIBANSKY Raymond - PANOFKY Erwin - SAXL Fritz (1983), *Saturno e la melanconia. Studi di storia della filosofia, religione e arte*, traduz. dall'inglese di Renzo FEDERICI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Saturn and melancholy. Studies in the history of natural philosophy, religion and art*, Thomas Nelson & Sons, London].

KRAMER Peter D. (1993), *Listening to Prozac*, Viking.

LAPLANTINE François (1986), *Anthropologie de la maladie*, Presses Universitaires de France, Paris.

LASCH Christopher (1979 [1981]), *The culture of narcissism*, W.W. Norton & Company, New York [ediz. italiana: *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive*, traduz. dall'inglese di Marina BOCCONCELLI, Bompiani, Milano, 1981].

LOCK Margaret (1991), *Nerves and nostalgia. Greek Canadian immigrants and medical care in Quebec*, pp. 87-103, in PFLEIDERER Beatrix - BIBEAU Gilles (curatori), *Anthropologies of medicine. A colloquium on Western European and North American perspectives*, Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft, Braunschweig, 275 pp. ("Curare", special volume 7, 1991).

MARTENSEN Robert L. (1994), *Medicine and the care of "public" bodies*, "Journal of American Medical Association", 272, 12, 28 settembre 1994, p. 927.

MEDAWAR Charles (1994), *Through the doors of deception?*, "Nature", 368, 24 marzo 1994, pp. 369-370.

Narrative representations of illness and healing (1994), "Social Science and Medicine", 38, 6 (numero monografico), 1994.

NATIONS Marilyn - REBHURN Louise A. (1988), *Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 12, 2, 1988, pp. 141-200.

- NICHTER Mark (1981), *Idioms of distress. Alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India*, "Culture, Medicine and Psychiatry" 5, 4, 1981, pp. 379-408.
- OBEYESEKERE Gananadth (1985), *Depression, Buddhism and the work of culture in Sri Lanka*, pp. 134-152, in KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (curatori), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.
- OLSON A.L. - DI BRIGIDA L.A. (1994), *Depressive symptoms and work role satisfaction in mothers of toddlers*, "Pediatrics", 94, 3, 1994, pp. 363-367.
- OTS Thomas (1991), *Phenomenology of the body. The subject-object problem in psychosomatic medicine and the role of traditional medical systems herein*, pp. 43-58, in PFLEIDERER Beatrix - BIBEAU Gilles (curatori), *Anthropologies of medicine. A colloquium on Western European and North American perspectives*, Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft, Braunschweig, 275 pp. ("Curare", special volume 7, 1991).
- PARSONS Claire - WAKELEY Pat (1991), *Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 15, 1, 1991, pp. 111-132.
- PFLEIDERER Beatrix - BIBEAU Gilles (curatori) (1991), *Anthropologies of medicine. A colloquium on Western European and North American perspectives*, Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft, Braunschweig, 275 pp. ("Curare", special volume 7, 1991).
- ROMITO Patrizia (1993), *La depressione dopo il parto. Nascita di un figlio e disagio delle madri*, Il Mulino, Bologna.
- SCARRY Elaine (1990 [1985]), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, traduz. dall'inglese di Giovanna BETTINI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York, 1985].
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, "Medical Anthropology", 1, 1, 1987, pp. 6-41.
- SEGALEN Martine (1983 [1980]), *Love and power in the peasant family*, traduz. dal francese di Sarah MATTHEWS, Basic Blackwell, Oxford [ediz. orig.: *Mari et femme dans la société paysanne*, Flammarion, Paris, 1980].
- TURNER Victor W. - BRUNER Edward M. (curatori) (1986), *The anthropology of experience*, University of Illinois Press, Urbana - Chicago.
- ZOLI Serena - CASSANO Giovanni B. (1993), *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano.

Scheda sull'Autore

Donatella Cozzi, nata a Udine il 22 giugno 1957, è dottore di ricerca in scienze etnoantropologiche (Università degli studi di Roma "La Sapienza"). Insegna antropologia culturale presso alcune Scuole per infermieri professionali della provincia di Udine ed è cultrice della materia presso la Cattedra di antropologia culturale del Dipartimento di economia, società e territorio della Università degli studi di Udine. È inoltre membro del Comitato di redazione di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica".

Ha pubblicato articoli su temi riguardanti l'assistenza medica e infermieristica, le tradizioni popolari e la storia della medicina in Friuli, e, con Daniele Nigris, il volume *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Milano, 1996, XXVIII + 448 pp.

Riassunto

Narrazioni corporee. Le donne, il corpo, la depressione: una ricerca in Carnia (Friuli, Italia)

Riassumendo una ricerca svolta presso un Centro di salute mentale dell'Italia nord-orientale, al quale si è rivolto un numero crescente di donne che lamentano di "essere, sentirsi depresse", l'articolo esamina il loro percorso terapeutico e la rete dei significati che la "depressione" ricopre in questo contesto culturale alpino. In primo piano emerge una corporeità sofferente, ancorata ad una identità sociale percorsa dal cambiamento culturale. Una corporeità che induce a ripercorrere alcuni temi dell'antropologia sul corpo, e ad interrogarsi sulle implicazioni sociali e simboliche dei modelli esplicativi che attualmente vengono proposti dalla psichiatria.

Sommaire

Narrations corporelles. Les femmes, le corps, la dépression. Une recherche en Carnia (Friuli, Italie)

L'article analyse les parcours thérapeutiques et les réseaux de signification que la dépression mentale comprend chez les nombreuses femmes qui, de plus en plus, demandent l'aide d'un Centre de santé mentale situé au centre d'une région alpine de l'Italie du nord-est. "Être déprimée" résume une souffrance du corps ancrée dans une identité personnelle et sociale traversées par le changement culturel et économique. Cette corporeité nous amène à parcourir certains thèmes de l'anthropologie du corps et à nous interroger sur les modèles explicatifs que la psychiatrie biologiste nous propose.

Resumen

Narraciones corpóreas. Mujeres, cuerpo y depresión. Una investigación en Carnia (Friuli, Italia)

El artículo examina las estrategias terapéuticas y el conjunto de significados que la depresión mental asume para las mujeres que, cada día más, se presentan en búsqueda de ayuda en un Centro de salud mental situado en una área alpina del nordeste de Italia. "Estar deprimida" adquiere significado como expresión de una corporeidad sufriente, anclada en una identidad social transformada por el cambio social. Esta corporeidad nos lleva a analizar unos temas de la interpretación antropológica del cuerpo, y a enfrentarnos con los modelos de explicación propuestos por la psiquiatría biológica.

Abstract

Body narrations. Women, body and depression. A research in Carnia (Friuli, Italy)

Drawing upon a research carried out in a mental day hospital in the alpine nord est in Italy, the article focuses on the relationship between women and depression, looking at it on two different levels. On the one hand there is what the women say about themselves, who come to the day hospital as suffering from "depression": how they tell the story of their experience of this illness, organizing their narration around the two axes of a suffering body and of a social identity which is not any more the traditional one, but has developed within the traditional framework. On the other hand, there are the ways in which these experiences and narrations are not listened to and are silences where they meet with the more authoritative knowledge called upon to answer them.