

# ‘Nessuno nega che in certi casi gli psicofarmaci siano necessari, però...’

Walter Procaccio

In questo scritto parleremo di questa proposizione, com'è fatta, chi è solito pronunciarla, cosa promette nel suo seguito, cosa vorrebbe dire e, soprattutto, perché non ci riesce.

Questa è una proposizione politica e a suo modo rivoluzionaria. Ha una sua storia ed un suo lignaggio; fa parte di un lessico romantico che si è parecchio logorato nel tempo. Non che il problema cui allude non sia attualissimo, sia chiaro; è il lessico che è logoro e quando il lessico è logoro perde aderenza con la realtà.

L'obiettivo che mi pongo in questo scritto è dimostrare che, così com'è, questa proposizione non solo fallisce nel suo intento politico ma si consegna nelle mani spesso oscure di quell'approccio teorico, e soprattutto della prassi, che intende avversare, un mostro a due anime che si ingravidano a vicenda: cultura epistemica medicalizzata ed iperscientista da un lato e zanne voraci di *Big Pharma* dall'altro. Il loro orribile discendente è l'abuso di prescrizione (e imposizione!) di psicofarmaci e la proliferazione di quelle dinamiche di potere che un corpo preteso malato o ammalabile inevitabilmente genera e che ineriscono da sempre la psichiatria clinica. Da sempre!

Il fenomeno cui abbiamo assistito in tempi di pandemia (scienziati o presunti tali di qua e ciarlatani o presunti tali di là), anche se più rozzo e più isterico, agli operai della salute mentale è apparso una replica stanca di un derby infinito che la psichiatria conosce dai tempi di Pinel e della Salpetriere. *Io, scienziato, so cosa succede al tuo corpo (ai tuoi neuroni nel nostro caso); il tuo soffrire riguarda la collettività, ergo io ho il diritto/dovere in nome e per conto della collettività di esercitare sui tuoi neuroni la mia pratica clinica.* Chiunque, nell'officina del mentale, così come in tempi di pandemia, abbia tentato di osteggiare ma anche solo revocare in dubbio tale postura è stato divorato intellettualmente e politicamente e, grazie ad un lessico rozzo e tirannico, ma incredibilmente adatto ai tempi, scaraventato nella Geenna dei ciarlatani terrapiattisti, antimoderni, paranoici e complottisti. E questo nonostante sia disponibile una bibliografia (Ilich, Basaglia, Foucault, Esposito per non parlare di Bergson e Whitehead...) che spieghi in modo luminoso le fallacie, più o meno in buona fede, di cui è imperlato il discorso scienziata.

Purtroppo se non si parla bene, non si pensa bene e contro questa combinazione di scientismo e potere si fa inesorabilmente questa brutta fine. Io, idealmente al fianco dei diffidenti, proverò a dimostrare che un'espressione così sbrigativa, ingenua e intellettualmente assai scadente altro non fa che portare buone ragioni a *Big Pharma*, al potere medico, cioè

esattamente ai portatori di interessi che non ci piacciono, che distorcono la buona pratica clinica e che intendiamo politicamente, intellettualmente e soprattutto clinicamente avversare. È una questione di affidabilità.

Cominciamo la nostra analisi critica da quella specie di litote (*Nessuno nega...*) che inaugura la proposizione e che sembrerebbe avere il compito di attenuare l'assenso che *ob torto collo* il suo pronunciato è costretto ad accordare alla utilità delle terapie farmacologiche. Questo, in fondo, è il compito di ogni litote; se infatti sostituiamo *Nessuno nega* con *Tutti sosteniamo*, si enfatizzerebbe più esplicitamente un consenso che si concede, al contrario, a denti stretti e mal volentieri. E invece io credo che occorra dirlo chiaro e forte così: tutti sosteniamo che le terapie psicofarmacologiche possono migliorare di molto la qualità di molte vite. Se non partiamo da qui, da questa verità fattuale, perdiamo ogni credibilità.

Portiamo ora la nostra attenzione sull'aggettivo finale della proposizione: *necessari*.

Chiariamo: se parlassimo di farmaci cardiologici o endocrinologici la proposizione sarebbe di un pallore di senso ai limiti della vacuità. Invece dobbiamo avere chiaro in mente che la prescrizione psicofarmacologica per sua natura costeggia da sempre, continuamente ed inesorabilmente, un florilegio di aggettivi. La psicofarmacoterapia può essere allora, a seconda del caso, consigliabile, superflua, utile, eccessiva, necessaria, indifferibile, inevitabile e, soprattutto, obbligatoria. La malattia mentale, la sua dimora al confine della consapevolezza e del fisiologico dolore del vivere, la sua attitudine ad impattare la vita della comunità, ha uno statuto speciale che rende questo territorio della clinica medica massimamente equivoco.

Intanto è equivoco questo: è terapia psicofarmacologica sia l'antidepressivo ed il sonnifero della manager in carriera, sedicente libera di assumere quello che le pare per 'curare' una malattia che, magari, vede solo lei, sia quella assunta dallo psicotico autore di reato appena dimesso da un trattamento sanitario obbligatorio con l'ordinanza del giudice (del giudice!!) che gli intima di assumere *obbligatoriamente* la terapia, pena la sospensione della misura di ricovero in una comunità terapeutica ed il rientro in carcere. Ed è qui che, come si suol dire, il dente duole.

Ogni psicofarmacologo clinico che abbia qualche decade di esperienza avrà sviluppato nel tempo non solo una sapienza clinica, ma nondimeno una sua lettura filosofica, etica e addirittura politica della manomissione di ognuno e di ciascuno dei grandi sistemi neurotrasmettitoriali. Esiste un'etica e una politica della manipolazione della serotonina, ossia della cognizione del dolore; della noradrenalina, del GABA, e dell'istamina, ossia del diritto/dovere a 'stare calmi'; per non parlare della manipolazione della dopamina, cioè dei pensieri, del piacere e del muoversi liberamente, la cui 'etica politica' è notoriamente appannaggio assai più delle grandi organizzazioni malavitose internazionali che dei clinici della psicofarmacologia che, al cospetto, appaiono poco più che un curato di campagna.

Se avessimo molto più spazio potremmo addentrarci sul tema e speculare su queste declinazioni della manomissione dei sistemi neurotrasmettitoriali con l'unico scopo di illustrare con luminosa chiarezza il legame indissolubile e talvolta scorsoio che lega etica, politica e psicofarmacologia.

Qui depositiamo solo il celebre aneddoto sulla nascita della psicofarmacologia moderna.

Era 1952 quando il chirurgo francese Henri Laborit si accorse che la Clorpromazina, una molecola da lui adottata come trattamento pre-anestesiologico, aveva il potere di sedare

e tranquillizzare i suoi pazienti candidati ad un intervento chirurgico. Intuì che i colleghi psichiatri avrebbero potuto prescrivere la molecola ai pazienti reclusi nel reparto psichiatrico dell'ospedale militare di Parigi e così li convinse a testare la molecola su uno di essi.

Il primo studio pubblicato sull'uso della Clorpromazina in pazienti psichiatriche è del 1952 e sancisce storicamente il primo vagito della psicofarmacologia clinica. La Clorpromazina, a tutt'oggi residente con un certo onore sugli scaffali delle farmacie, giova ricordarlo, diede risultati sorprendenti. Le urla provenienti dal manicomio un giorno cessarono come d'incanto, gli infermieri e gli abitanti del quartiere tirarono un sospiro di sollievo ed i pazienti (mai sapremo se anche essi abbiano tirato un sospiro di sollievo) furono consegnati ad uno stato ebetiforme che ebbe il non trascurabile merito di far intravedere la possibilità della revoca della loro segregazione. Il blocco massiccio di recettori noradrenergici, dopaminergici e istaminergici ha cambiato per sempre la politica del dolore, dell'urlo e dell'appartenenza ad una comunità familiare e sociale.

Fatta questa premessa che ci tornerà utile quando tireremo le conclusioni del nostro ragionamento, veniamo al punto decisivo della esegesi della nostra proposizione. È il punto cruciale del nostro ragionamento; occorre quindi essere molto precisi.

Mettiamo allora che un nostro acerrimo avversario intellettuale un giorno decida di ingaggiarci così: 'Tu dici *in certi casi gli psicofarmaci*... Ecco, sapresti dirmi esattamente *in quali casi*, come sostieni, gli psicofarmaci sono necessari?'

Sbagliare la risposta a questa domanda sarebbe un errore esiziale.

Per evitare l'errore è dunque innanzitutto necessario intercettare per bene la trappola che il candore di questa domanda nasconde. Ed è una trappola che abbiamo servito noi, su un piatto d'argento, al nostro avversario intellettuale con l'espressione *in certi casi*. Infatti, sebbene l'espressione *Nessuno nega che in certi casi gli psicofarmaci siano necessari...* abbia l'abito del luminoso buonsenso (è sempre vero che in certi casi occorre fare cose che in altri occorre non fare!) la formula *in certi casi* sostiene e delinea con una disarmante inconsistenza epistemologica una ripartizione di competenze: le cose che il medico può e deve fare e le cose di cui il medico non si deve impicciare; si allude ad un *aestimo* di potere, di competenze e di azione che qualche catasto e qualche notaio ha certificato una volta e per sempre e che presenta un confine chiaro e lineare come quello che divide ad oriente la Libia dall'Egitto. Il patto, inoltre, prevede di non disturbarsi a vicenda e di saper recedere quando si delinea una indebita invasione di campo.

Questa superstizione è spesso sostenuta da una seconda, più pernicioso che rende definitivamente rovinosa la nostra posizione: *il medico psicofarmacologo si occupi del corpo e delle evidenti disfunzioni neuronali. È solo ed esclusivamente quando i sintomi denunciano chiaramente una lesione disfunzionale dei neuroni (e sarebbero questi i 'certi casi' della proposizione) che il medico ha il diritto/dovere, pur sempre entro certi dosaggi, di intervenire e far valere il suo sapere, con l'accortezza di non ridurre mai la storia individuale di un uomo unicamente al funzionamento dei suoi neuroni.*

Cianfrusaglie cartesiane. Così non va. Queste superstizioni vanno ribaltate.

Nel 1966 il filosofo George Canguilhem pubblica con il titolo *Il normale e il patologico* la sua tesi di dottorato. Ad un certo punto dice: «Non vogliamo fare professione – oggi alquanto di moda – di indeterminismo. Sosteniamo che la vita di un vivente, fosse anche un'ameba, non riconosce le categorie di salute e di malattia, se non sul piano dell'esperienza, che è prova

innanzitutto nel senso affettivo del termine, e non sul piano della scienza. La scienza spiega l'esperienza, ma non per questo la annulla». E ancora: «È dunque innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina. È solo secondariamente – per il fatto che vi è una medicina – che gli uomini sanno in che cosa essi sono malati». In buona sostanza Canguilhem sostiene che si dà una malattia se e quando una persona dice *abia così non va* e chiede aiuto, se ne è capace. Quindi la malattia – attenzione: qualsiasi malattia, non solo le malattie cosiddette mentali – è un fatto affettivo, quindi secondariamente relazionale, politico, sociale. La malattia non è mai un fatto medico quindi non si dà nessuna ripartizione (certi casi di qua, certi casi di là), né nelle malattie mentali né nelle altre malattie. Con poche e velenose eccezioni su cui sorvoliamo per motivi di spazio, malattia è un dolore da lenire e la necessità di restituire una persona alla sua comunità e alla sua vita quotidiana. La medicina, in seconda battuta, ha il compito, prezioso e insostituibile ma ancillare, di spiegare il perché di quel dolore e mettere a disposizione della persona e della sua comunità, nella maggior sicurezza possibile, soluzioni che facciano soffrire meno e facciano vivere bene. La medicina può offrire questo servizio perché può contare su alcune nobili pratiche umane (la ricerca) che si danno il compito di costruire modelli, totalmente in deroga al *real world*, e di individuare ripetizioni ed uguaglianze con cui costruire le sue enormi e preziose verità operative. I celeberrimi *passi da gigante* che la conoscenza umana continuamente compie (in questo caso la ricerca medica) giammai, se siamo con Canguilhem, snatureranno la cifra affettiva, individuale e collettiva della malattia ed il ruolo di servizio della medicina. Non esiste un territorio della medicina (*certi casi*) e un territorio di non si capisce bene chi (*altri casi*). Esistono umani parlanti che vivono in comunità, che soffrono e desiderano soffrire meno ed essere restituiti, per quanto possibile, alla trama degli uffici e delle relazioni quotidiane. Questo è l'unico campo all'interno del quale la medicina al servizio dell'uomo dà la sua preziosa mano. Abbiamo dimostrato che l'espressione *in certi casi* finge buon senso ed è invece mal posta.

Ora appare del tutto evidente che fino a quando parliamo di malattie non psichiatriche, questo chiarimento non accende nessuna luce: la sequenza dolore-convocazione del medico-cura-risoluzione si presenta così piana da non fare quasi nessun inciampo.

Nel caso delle malattie psichiatriche il salto della complicazione si vede ad occhio nudo ed è enorme. Intanto occorre distinguere il dolore dalla malattia. Non tutto il dolore è malattia. Non tutte le malattie sono dolore e il popolo, ingenuo, crede che la distinzione spetti a un medico. Se poi ci inoltriamo nel mondo dell'autismo e della disabilità intellettiva la nebbia si fa fitta. Attendibilità del testo, consapevolezza della propria condizione, diritto all'autodeterminazione e alla scelta di aderire al trattamento proposto. Sono tutte le mine operative che dovrebbero togliere il sonno.

Dispongo di un'aneddotica sterminata, soprattutto grazie alla mia pratica di psichiatria comunitaria, in particolare con autismo e disabilità intellettiva. Sono ambiti in cui il clinico medico fa un bagno di umiltà irredimibile e 'vede' cose, se si dispone a farlo con coraggio ed onestà, che si vedono solo da lì. Sia detto con chiarezza: la terapia psicofarmacologica (cioè i *certi casi*) dei pazienti psichiatrici e con disabilità intellettiva è solo formalmente firmata da uno psichiatra. Nella realtà i firmatari della ricetta sono: giudici, familiari, operatori di comunità, medico di base, forze dell'ordine, tutori, amministratori di sostegno, condòmini del piano di sopra, amici di famiglia, psicologi, il verduraio all'angolo... la lista è davvero molto

lunga. A chi prova scandalo per questa mia proposizione rincaro la dose di scandalo: questa, a mio avviso, non è l'orrenda distorsione del problema ma è la corretta impostazione del problema. Non si scappa da questo coro.

Gli psicofarmaci non vengono prescritti da un medico a neuroni danneggiati, ma da una collettività che muove la penna del medico che propone modelli plausibili e sa farlo in relativa sicurezza, a neuroni che hanno preso a funzionare in un certo modo. Sono prescritti anche da chi pronuncia, *ob torto collo*, la proposizione del nostro *incipit*. Lasciare la/lo psichiatra a fare il lavoro sporco e cattivo di imbottire (imbottire è il verbo incantato di chi dice *nessuno nega...*) i pazienti di farmaci e rimanere anima bella contro i farmaci non è immorale, è falso. E più si lascia credere alla/allo psichiatra che tocca a lei/lui muovere in autonomia la leva psicofarmacologica, più lei/lui ci crederà e più si nutrirà il demonio scienziato e le zanne voraci di *Big Pharma*. Ma gli altri avranno mano libera per indignarsi per bene.

In trent'anni di attività come psicofarmacologo di comunità non ho mai sentito un operatore chiedermi di ridurre un dosaggio. Piuttosto ho ricevuto delicate e garbate critiche da staff di comunità che, non riuscendo a gestire situazioni cliniche veramente difficili, mi facevano osservare che forse il paziente non era curato bene sotto il profilo psicofarmacologico. Una volta un medico del servizio domiciliare, in transito per qualche minuto per una prescrizione domiciliare presso la comunità per disabili per la quale lavoro, alle urla di una paziente ha chiesto scandalizzato: 'Avete uno psichiatra? Che aspettate a darle qualcosa?'. Solo suor Giovanna, una suora di un istituto di riabilitazione per disabili, si opponeva con forza alle *mie schifezze* che volevo prescrivere ad una paziente autistica che aveva messo a ferro e fuoco il suo gruppo-vita. 'Me la vedo io' mi disse. È ideologia anche questa. Nobile, ma ideologia.

E poi i neuroni. Si suole dire ingenuamente: *se i sintomi riguardano un reale e concreto malfunzionamento dei neuroni cioè del corpo, allora quello è territorio del medico*. Questa è una argomentazione impalpabile. Un delirio è un fatto neuronale? Una crisi di ansia è un fatto neuronale? Fare l'amore è un fatto neuronale? Dire *buongiorno* è un fatto neuronale? Se la risposta è sempre *sì* – ed è sempre *sì* – allora il distinguo non vale niente. Pensieri buoni da ardere.

In una nota della sua *Evoluzione Creatrice*, Henri Bergson cita il naturalista George Cuvier che sostiene: *il sistema nervoso è, fondamentalmente, tutto l'animale: tutti gli altri sistemi sono presenti solo per servirlo*.

Il vivere umano è un fatto neuronale. Immaginare una vita neuronale ed una vita al di qua del fatto neuronale è un'illusione di un'ingenuità disarmante. Vivere è un neurovivere e non è dubitabile il fatto che il sistema nervoso centrale, e quindi la sua manipolazione, sia incardinato, unico fra ogni altro organo ed apparato, nella definizione dell'Io o della identità, qualsiasi oceanico significato vogliamo poi conferire a questi termini. Se questo è vero occorre senza timore sempre fare spazio all'ipotesi che una manomissione del sistema nervoso centrale – clinica, sperimentale, traumatica, tossicomaneica – possa cambiare in qualsiasi momento, nel bene o nel male, le carte in tavola della trama delle relazioni, degli affetti di un umano. Noi non diffideremo mai a priori del sapere di chi ne sa di neuroni ma vigileremo affinché la neuromanipolazione resti servizio e non si inorgoglisca troppo e soprattutto vigileremo per ricordare a chi manipola neuroni che il sistema nervoso centrale di Giovanni, Claudia, John, Egle, Mohamed, le loro vite, le loro storie, le loro comunità e soprattutto i loro racconti, sono pezzi unici e intessuti in una storia personale, sociale e relazionale che mai, e

sottolineo mai, renderà i loro neuroni totalmente sovrapponibili al generico Neurone Umano su cui la ricerca ritaglia i suoi studi. Questo *decalage*, purtroppo, in medicina non si studia. Il medico non sempre sa adattare le sue linee guida alla prassi clinica.

Conclusioni per aforismi.

Gli psicofarmaci sanno essere molto preziosi.

La malattia non è un fatto medico ma affettivo, relazionale, comunitario per cui non esiste un ambito della medicina ed un ambito di non si capisce bene cosa.

Vivere è un fatto neuronale. Non è negando questo assioma che si recupera lo spazio di unicità e libertà del paziente psichiatrico. Sono le configurazioni neuronali e i testi delle persone ad essere unici e questo va difeso con i denti. Questo il medico non lo sa perché non lo studia.

La prescrizione psicofarmacologica è sempre un atto clandestinamente e inconfessabilmente corale. Non accorgersene e lasciare il medico psichiatra al potere delle sue pratiche, finisce per penalizzare il paziente, nutrire l'orgoglio e la malafede dello scientismo medico e consentire a comunità malate di curare se stesse prescrivendo inavvertitamente farmaci ad un individuo. Ma il gazebo dove si dà il godimento dell'indignazione è salvo.