

TERAPIE DISABILITANTI

Psicofarmaci tra miracoli e nocività cerebrale ⁽¹⁾

La Medicina psichiatrica per la Salute Mentale investe sempre più sullo psicofarmaco quale intervento elettivo. Quella che per la Salute Mentale italiana è Medicina secondo le EBM, per molti psichiatri USA è una pratica invalidante del cervello. Per lo psichiatra Peter Breggin si tratta di una “infame realtà”. Quella della Psichiatria che comunque non opera da sola ma all’interno di una più ampia organizzazione di Potere.

È la compagine ⁽²⁾ che organizza l’industria psicofarmaceutica americana considerata come polo avanzato nella promozione e nell’impiego di psicofarmaci per la cura dei disturbi mentali.

Teresa non viveva in un castello di carta. Era un castello di carta. Il cielo attorno a lei era una maledizione. Bastava solo un’anziana e sfiancata nuvoletta distante all’orizzonte, sfuocata e perfino quasi invisibile e della quale niente lasciasse prevedere che a lei s’indirizzasse, per mettere in pericolo il castello. No; non sto parlando di un terremoto e nemmeno di uno tsunami. In pericolo? No! Che dico! Per far saltare, far esplodere, far disgregare, precipitare al suolo tutte le carte che nella loro traballanza offrivano alla vista un castello perfino d’una certa eleganza.

Si potrebbe allora pensare alla fatica di quelle carte che s’erano orga-



nizzate, una per una, in un equilibrio anche se precario come quello di tutti i castelli di carta. Si potrebbe pensare alla fatica di dover raccogliere le carte sparpagliate e del doverle ricomporre. Forse si potrebbe anche pensare a niente di tutto ciò. Se le fatiche un peso potevano avere non era mai pesante come i nostri pensieri farebbero pensare. Almeno per Teresa che, qualche volta, non molto tempo dopo la tempesta galattica,

aveva già riacceso le luci del salone e faceva ricambiare l’aria mentre ridava il lucido al suo parquet. Più faticoso, molto faticoso, era per l’ambiente circostante messo a soqquadro dai cavalli sbrigliati e dagli elefanti in cristalleria.

Tutto qui? Non c'è bisogno di un terremoto per dare lo svolazzo a quel castello. È invece il precipitare dell'equilibrio di quelle carte messe l'una accanto all'altra e l'una sull'altra che si fa epicentro d'un terremoto e d'uno tsunami che sconvolge l'universo circostante. Nemmeno questo gode più di una vita sua. Che dico. Di una vita? Di una misera sopravvivenza sua. La sua esistenza al mondo è un continuo distruggersi col distruggersi di Teresa in un continuo tentativo di ricomporsi in attesa dello tsunami successivo. Ma sono solo le carte di quel castello che cadono? Non è il caso di fare esagerazioni. Ed è proprio lì il punto della paura. Si sbriciola un castello di carta ma l'effetto sul mondo circostante è quello della paura e della ferita di uno tsunami. Che poi ci andiamo rafforzando in resilienza è un altro paio di maniche. Qualche volta ce la facciamo, tal altra no. I più intimi, i più vicini trovano un minimo comune denominatore in un'assillante quanto problematica domanda: *che fare?* Presto detto, presto fatto. La Salute Mentale italiana - *per carità con le dovute eccezioni!* - certamente non prima di averle provate tutte, quelle che ha, conclude tra neurolettici, stabilizzatori dell'umore, antiepilettici come il sodio valproato/acido valproico. Senza dubbio alcuno. Terapia d'elezione; a partire dalla quale tutto il resto è solo facoltativo. Saranno sicuramente illusioni mie se si susseguono una serie di TSO nella prospettiva della porta girevole?

Magari fosse "*malattia*"! Da qua a dire: *niente è!* ne occorre cinismo e coraggio. Da qua a dire che quello che facciamo in rimedio è ben fatto strada

ne passa. Da qua a non riconoscere che l'Istituzione democratica è solo diversamente autoritaria e diversamente mortale rispetto al Manicomio può dipendere da cecità o dal nero cinismo delle Utilità col quale fa il paio la poca attenzione o la sottovalutazione di tante esperienze non istituzionali o scarsamente istituzionali che sono state di grande aiuto a chi s'è assunto la responsabilità di tirarsi fuori dall'inganno psichiatrico non negando la propria condizione di Disagio Relazionale ma sperimentando e imparando a vivere in modo diverso i propri stessi disagi. Esperienze che se dimostrano l'importanza di un grosso lavoro e delle relative difficoltà dimostrano anche che è sempre possibile farcela. Di sicuro siamo presi sempre in una sfida. Per questo motivo dovremmo avere sempre presente da un lato verso dove ci vuole condurre l'Istituzione, dall'altro cosa ci raccontano i critici dell'Istituzione e quelli che se ne sono usciti riducendo il danno al minimo possibile.

Teresa che fine farà? Forse si rivolgerà alla Medicina psichiatrica della sua zona. Forse qualcuno ne richiederà l'intervento. Forse né l'uno né l'altro. Forse un'alternativa. Quale? Dove? Come? Forse troverà qualcuno che le dirà che è niente. Qualcun altro forse fuggirà preso di paura. Per qualcuno sarà solo un fantasma. Forse il condominio la denuncerà ai Carabinieri. Qualche fine certo farà. Chissà quale.

Per Peter Breggin⁽³⁾, quello che la Salute Mentale fa a Teresa, è tutto da buttare a mare nel vero senso della parola. Lui sa come fare diversamente quello che per lui è da rifare di sana

pianta. Non mi chiedete se ci credo perché non ve lo dirò.

L'idea generale in Italia è che, con l'introduzione dell'Istituzione della Salute Mentale, i Manicomi siano stati tutti chiusi. Tanti Manicomi sono stati chiusi, tanti altri no; sono rimasti aperti e attivi i Manicomi Criminali o diversamente chiamati. Di fatto i Manicomi Criminali fino a questo momento sono stati considerati più sul versante del carcerario che della Psichiatria, anche se di fatto la loro funzione è quella di realizzare un doppio controllo repressivo, uno di tipo psichiatrico manicomiale e l'altro di tipo carcerario. Anche quelli, grosso neo in una democrazia realizzata, non sono più sopportabili. La democrazia riformistica fino ad ora ha permesso che in essi si rinchiudesse, si escludesse, si opprimesse, si massacrasse, si annullasse l'individuo. Gli stessi democratici che hanno realizzato e consentito tutto ciò, forse si organizzano ora per chiuderli in un arco di tempo non determinabile. Gli stessi riformisti che hanno democraticamente massacrato e insanguinato, ora si stanno presentando col un volto pacifistico, libertario e pulito dei nuovi liberatori. Molto più semplicemente esporteranno la stessa relazionalità autoritaria dal Manicomio Criminale al controllo della Salute Mentale territoriale. Dopotutto i democratici riformisti sono quelli che cambiano la società senza spargere una goccia di sangue. Del loro sangue però.

Al di là della quantità di quelli chiusi e dei rimasti attivi, dato comunque significativa, è buona abitudine considerare, oltre le strutture, la relazionalità alla base dei rapporti sociali; anche la relazionalità alla base dei *rapporti tera-*

peutici che sembrerebbe esulare da quella dei comuni rapporti sociali.

La sensazione potrebbe essere quella che nei rapporti terapeutici non si riproponga la relazione che normalmente ritroviamo nei rapporti sociali. Come se la relazione terapeutica si muovesse all'interno di un castello fatato immune dal flusso relazionale del più ampio contesto sociale.

La Medicina Psichiatrica, nei *rapporti terapeutici* che ha organizzato, si è sempre mossa in una *relazionalità autoritaria* non necessariamente legata o dipendente dalla struttura ma anche indipendentemente da questa.

È facile, pensando a quanto ha descritto la Psichiatria manicomiale, concludere per la democraticità della nuova Salute Mentale nei confronti della quale il paragone più immediato rimane il Manicomio. Ma andando a vedere le sue pratiche, anche quelle attuali, dove la *relazionalità*, a tutti i livelli dell'organizzazione è rimasta *autoritaria* e dove la stessa richiesta, che incomincia a circolare, di una *relazione empatica* rimane finalizzata alla logica delle Utilità su cui è fondata l'Istituzione, più d'un dubbio dovrebbe nascere anche in coloro che nei confronti della Salute Mentale democratica preferiscono girare gli occhi dall'altra parte. Se consideriamo poi che nella nuova Istituzione si continua a morire in modo diverso ma sempre come si moriva in Manicomio, siamo costretti a concludere che la Medicina psichiatrica continua a rimanere autoritaria come autoritaria continua a rimanere la relazionalità su cui si fonda la Salute Mentale.

La *relazione empatica*, che sento per più d'un motivo come immediata

distruzione della *relazione autoritaria* e di Potere, se rimane occasionale e se non si pone nella prospettiva delle *inutilità* è più pericolosa della stessa *relazione autoritaria*. Da questa ci si può anche difendere, in quanto più percepibile nell'impatto e negli effetti; dalla relazione empatica, in quel caso solo fittizia o falsamente empatica, è più difficile difendersi. Questo è uno dei motivi perché preferisco parlare più di *relazionalità empatica* nella prospettiva delle inutilità che della *relazione empatica nella logica delle Utilità* sempre più vicina ed intima alla carità pelosa.

Consideriamo allora alcuni elementi della Salute Mentale italiana e li confrontiamo con quanto ci racconta Peter Breggin dagli Usa.

Breggin non è l'unico e solo, scienziato della mente non meno di altri, a criticare aspramente la logica della Medicina Psichiatrica. Perché vogliamo riflettere su tale confronto? Perché, per esempio, quello che la Psichiatria fa nella Salute Mentale italiana ritenuta democratica, per Breggin non è solo autoritario ma "*trattasi di infame realtà.*" Non solo. Democratica o meno che sia, quando ci chiediamo se le pratiche della Psichiatria siano terapeutiche, la Salute Mentale italiana ci dice che lo sono perfino secondo EBM (*Medicina basata sulle evidenze scientifiche*) mentre Breggin addirittura sostiene che si tratti non solo di pratiche non terapeutiche ma perfino di pratiche debilitanti e invalidanti il cervello.

Pensando al rapporto che in Italia c'è tra psichiatra e psicofarmaco, quello che la Salute Mentale ci racconta è del tipo:

- esiste una "*malattia mentale*" [*dichiarazione più o meno esplicita che gli psichiatri assumono per scientifica*];

- una persona che sta male, in qualche modo, si reca dallo psichiatra in cerca di aiuto [*perché ritiene di avere a che fare con qualcosa che fa parte di quella malattia*];

- lo psichiatra pone una diagnosi secondo le categorie diagnostiche del DSM che non descrive più di *malattie mentali* ma di "*disturbi mentali*" [*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*]. Non si parla più di "*malattia*" ma di "*disturbi*", mentre di fatto la "*malattia*" concetto, nel linguaggio psichiatrico, rimane sottintesa e agisce come se nulla fosse cambiato dalla Psichiatria Biologista manicomiale. L'introduzione del concetto di "*disturbo*" non cambia di molto le cose; il medico e il "*paziente*" rimangono, spesso in modo esplicito, mediati dalla consapevolezza di trovarsi reciprocamente in presenza di una "*malattia*", per entrambi indefinibile. La diagnosi può variare diverse volte a seconda dello psichiatra e può variare diverse volte nel tempo;

- il Disturbo Psichiatrico (*per lo psichiatra*) consiste in uno squilibrio biochimico che ha sede nel cervello e sostiene che tale squilibrio non sia solo ipotizzato quanto anche dimostrato;

- lo psichiatra, convinto (*secondo le EBM, secondo la sua bibliografia di riferimento e secondo le informazioni che gli provengono dagli informatori scientifici*) che i Disturbi Mentali traggano beneficio dai farmaci e in particolare dagli psicofarmaci, li prescrive;

- lo psicofarmaco è ritenuto essenziale per la cura. È prescritto e somministrato al fine di riequilibrare il di-

mostrato squilibrio [non certamente dimostrato paziente per paziente. Lo squilibrio è dimostrato a livello di ricerca su una serie di casi. Mentre sul singolo paziente che assume psicofarmaco è chiaramente solo ipotizzato. Nel senso che lo psichiatra ritiene che quel sintomo riscontrato nel suo paziente è simile a quello riscontrato nei casi presi in esame sperimentalmente che comunque lui non ha visto mai; siccome quei casi si sono giovati di un certo psicofarmaco anche il suo paziente specifico si potrà giovare dello stesso psicofarmaco, come ogni diabetico si giova dell'insulina. D'altra parte nemmeno il diabetologo in generale somministra insulina senza bisogno di avere un suo laboratorio sperimentale. Ha però la possibilità di ponderare lo squilibrio del glucosio nel sangue. Possibilità che lo psichiatra non ha. Si evidenzia così una similitudine, chiaramente forzata, tra la "malattia mentale" ed il diabete.]

- una volta avviata la prescrizione e la somministrazione, lo psichiatra lavora per ottenere la "compliance", la cosiddetta obbedienza terapeutica; l'accettazione del paziente al rispetto dell'assunzione della terapia secondo la posologia da lui indicata e per tutto il tempo indicato dallo psichiatra; essenzialmente senza interruzioni e concordando con lo psichiatra eventuali cambiamenti.

Al di là di quelli in malafede, lo psichiatra dichiara di sapere tutte queste cose, di esserne cosciente, di non trovare nessuna novità nelle critiche rivolgibili alla Salute Mentale.

Questo processo, dalla richiesta d'aiuto, alla diagnosi psichiatrica, alla prescrizione e somministrazione di psi-

cofarmaco quale terapia elettiva, esprime la posizione italiana dichiarata dai luminari della Psichiatria fino ai più marginali psichiatri territoriali, fino ai medici specializzati in altre branche della Medicina, quindi non psichiatri, che ugualmente lavorano in Salute Mentale dove fino ad ora è stata secondaria anche la specializzazione. È rappresentata anche dai "collaboratori scientifici", i rappresentanti delle case farmaceutiche che realizzano la mediazione tra la Psichiatria e l'industria farmaceutica. È questo il ragionamento che fanno gli psichiatri in Italia, certamente con delle sfumature e delle differenze da uno psichiatra all'altro, che comunque non cambiano, anzi confermano, la posizione generale della Salute Mentale.

Questo discorso della Medicina psichiatrica che in Italia ha un segno, negli USA può cambiare radicalmente di segno. Non sappiamo se in ogni parte degli USA. Ma sappiamo che c'è uno psichiatra americano, Peter Breggin, che ci racconta di come dal modo di funzionare dell'Istituzione della Psichiatria americana lui sia pervenuto a conclusioni completamente diverse da quelle che si possono riscontrare tra gli psichiatri italiani.

Breggin parla fuori dai denti senza che per questo noi siamo disposti a prestargli giuramento. D'altra parte non ci risulta che la comunità scientifica abbia buttato a mare lui o le sue tesi. Lo leggiamo come abbiamo letto tanti altri psichiatri e come leggiamo le storie che raccontano, sempre più numerosi, tutti quelli che con l'Istituzione del Male Mentale hanno avuto qualcosa a che vedere. Come attenti siamo a tutti coloro che tanta responsabilità si sono assunti

nel tirarsi prima fuori dall'Istituzione quindi fuori dalla sofferenza dimostrando che si può sempre fare. Come attenti siamo, e con rammarico, a chi non ce la fa, rimanendo in una sopravvivenza legata alla dipendenza dal farmaco e dall'Istituzione.

Breggin è Psichiatra, laureato in Psichiatria, ha una cultura e un'esperienza di tipo psichiatrico. Mi sembrerebbe perfino ridicolo definirlo anti-psichiatra, anche se le sue conclusioni sono fortemente critiche nei confronti della Psichiatria. Breggin ci offre la possibilità di vedere come quel *comportamento* della Psichiatria, espresso nell'Istituzione della Salute Mentale, che in Italia è interpretato e letto in un modo, venga da lui interpretato e letto in modo completamente diverso. Breggin cambia il segno del discorso alla base: pensate che lo psichiatra somministri un psicofarmaco perché ha individuato una malattia da curare? Scordatevelo! Lo scopo immediato dello psichiatra va dalla prescrizione alla somministrazione dello psicofarmaco indipendentemente dalla malattia che non ha mai dimostrato. Se è vero che questa posizione considera poco che spesso volte la persona che non ce la fa per tanto tempo, pur di ricevere un qualche sollievo, non va tanto per il sottile alla ricerca della malattia né tantomeno del danno e del pericolo farmacologico, quello che interessa Breggin è sapere se il farmaco cura il cervello.

È chiaro che stiamo parlando di stili di assistenza, di pratiche terapeutiche, di metodi di cura nel rapporto dello psichiatra col paziente, utente o cliente che a lui si rivolge o privatamente o attraverso le Istituzioni della Salute. Sem-

bra che, tutti quelli che scienziati non siamo, nei confronti di questi stili, che possiamo qua definire come *comportamento psichiatrico*, siamo un po' costretti a porci con un atto di fede. Nei confronti di entrambi le posizioni. Oppure? Oppure ci rimane sempre poco spazio trattandosi di conoscenze e saperi molto lontani da noi e completamente fuori dalla nostra portata di mano. Possiamo comunque sempre aiutarci cercando di capire cosa succede negli ambienti della Salute Mentale attraverso il racconto di quelli che hanno esperienza diretta con le condizioni "estreme", sia con le condizioni di Disagio Relazionale che con le cure psichiatriche e con l'assunzione di psicofarmaci.

Breggin dice che l'intento degli psichiatri biologi, senza distinzione, sia quello di indurre i loro pazienti ad assumere farmaci.

«Nell'intento di indurre i pazienti ad assumere i farmaci gli psichiatri biologi li convincono di essere affetti da squilibri biochimici e perfino da malattie genetiche che appunto richiedono terapie farmacologiche.» Quindi, niente malattia, nessuno squilibrio biochimico, nessuna malattia ereditaria ma solo il perseguire da parte degli psichiatri uno scopo preciso. Una conclusione veramente pesante quella di Breggin.

Se questo è lo scopo degli psichiatri biologi, per raggiungerlo:

convincono i pazienti di essere affetti da squilibri chimici (*definiti Malattie o comunque Disturbi Mentali*) e perfino da malattie genetiche.

Conclusione: essendo affetti da uno squilibrio chimico o da una malattia genetica occorrono quelle terapie farmacologiche destinate ad andare a cor-

reggere quegli squilibri; autorizzato alla prescrizione è lo psichiatra che, in tal modo, ha raggiunto il suo scopo.

Breggin mette alla luce tutto un processo destinato al raggiungimento dello scopo che consiste non nell'avere individuato una malattia, e nel tentare di curarla anche con gli scarsi mezzi che si hanno, quanto nel:

- convincere il paziente ad assumere psicofarmaci;
- produrre un rapporto di sudditanza e dipendenza dallo psichiatra curante.

Tale processo oltre a causare danni a livello fisico e cerebrale, aumenta la tendenza del paziente a sviluppare sottomissione e dipendenza e mantiene il paziente intrappolato nell'assunzione più o meno coatta di psicofarmaci.

«Questo produce un rapporto di sudditanza e dipendenza dallo psichiatra curante. Nel prescrivere più farmaci o l'elettroshock lo psichiatra causa danni a livello fisico e cerebrale che aumentano la tendenza del paziente a sviluppare sottomissione e dipendenza.»

Il mantenimento di una tale trappola della dipendenza trova una delle sue manifestazioni ed espressioni nell'organizzazione della "compliance".

La "compliance" è un processo nel quale una serie di azioni vengono indirizzate coerentemente al raggiungimento di un obiettivo. Sia la Medicina psichiatrica che i suoi critici, Breggin compreso, concordano nel confermare l'esistenza di questo processo e della sua funzione.

Questo termine, che circola facilmente nei servizi, e vi accede insistentemente ed essenzialmente attraverso

so i rappresentanti farmacologici la cui funzione viene nobilitata nel titolo di "Collaboratori Scientifici" cosa che da un lato camuffa la loro essenza di *promotori di prodotti commerciali*, dall'altro la sostituisce con l'altra di *scientificità*. Di questa scientificità fa parte l'introduzione nei servizi del termine "compliance" che deve essere assunto per primo dagli psichiatri, poi da tutti gli altri collaboratori, per essere quindi assunto dal paziente fino ad arrivare alla famiglia o a chi sta in qualche modo vicino al paziente.

Certi termini inglesi, per noi italiani hanno una certa risonanza quasi magica. E poi sembra siano vissuti perfino come nobilitanti la professione psichiatrica che tra le specialità mediche è stata sempre l'orfanello trattata con sufficienza quanto non guardata con misericordia. Allo psichiatra non si richiede più di *calare* lo psicofarmaco con l'imbutto; questa volta gli si richiede di sviluppare "compliance", di fare un lavoro più raffinato lo sviluppo del quale organizza un processo relazionale veramente raffinato tra le cui conclusioni mediche troviamo, per esempio, rivolto al paziente: *lei ha bisogno dello psicofarmaco come il diabete ha bisogno dell'insulina*. E cioè.

Ma proviamo a capire cos'è la "compliance" organizzata.

L'assunzione obbligatoria, coatta, per legge, quella del *si deve fare... e basta!* non sempre è conveniente. Se non altro per onorare la democrazia della Salute Mentale. Lo psichiatra è sempre così scrupoloso nel contenere i costi... costi quel che costi. Quando non lo fa lui, lo fa la sua azienda. Il Manicomio, in un'Economia diversa, richiede

deva l'imposizione di regole, di leggi, di regolamenti e di codici di comportamento molto rigide nell'esecuzione delle terapie, che comunque avevano un costo non indifferente, il costo dell'accentramento manicomiale. L'industria manicomiale, pur avendo autorizzato una sua economia tendente all'autarchia, riusciva a costituire un peso enorme per lo Stato attraverso le sue strutture periferiche come le Provincie.

Oggi l'Istituzione della Salute Mentale richiede "compliance" termine inglese che tradotto in italiano significa *adempimento, conformità, rispetto, acquiescenza, adesione, arrendevolezza, consenso, obbedienza, remissività* nei confronti di una terapia psichiatrica più o meno contrattualizzata. Ecco, lo psichiatra e tutto l'entourage più prossimo al paziente è la "compliance" che devono organizzare. La "compliance" allora non è un elemento che riguarda il paziente come il colore dei suoi occhi, ma è la modalità della relazionalità delle persone dell'entourage più prossimo del paziente, con una regia psichiatrica, che organizza tutta una serie di azioni miranti a raggiungere la convinzione del paziente sull'importanza del trattamento psicofarmacologico a vita e comunque l'obbedienza terapeutica. Tanto più le buone pratiche, le pratiche alternative rimangono nei fogli della bibliografia, tanto più cresce l'organizzazione della "compliance"; tanto più psicofarmaco si vende.

«Sebbene non lo riconoscano od ammettano gli psichiatri biologici usano tecniche autoritarie, che riescono ad imporre anche grazie alle terapie cerebro-invalidanti, per produrre nel pa-

ziente sempre più impotenza e dipendenza. Nelle loro riviste e conferenze menzionano frequentemente l'obiettivo della "obbedienza terapeutica" – vale a dire la pretesa che il paziente assuma i farmaci.»

Quello che Breggin racconta non è solamente lo psicofarmaco che ti incellophana o lo psichiatra che ti strizza quanto una nuova, anche se diversa da quella manicomiale, e più potente in quanto anche più subdola, camicia di forza relazionale organizzata, che prende a sua centralità il paziente nell'organizzazione della "compliance" che, dalla produzione dell'obbedienza terapeutica psicofarmacologica, trattamento elettivo, si estende all'obbedienza a tutti gli altri trattamenti opzionali e facoltativi rispetto allo psicofarmaco. Se lo psichiatra non s'è preoccupato della promozione relazionale o della riabilitazione del paziente non ha responsabilità alcuna; se non ha prescritto psicofarmaci è perseguibile penalmente.

Dove l'organizzazione della "compliance" qualche volta sfugge di mano è sempre possibile l'assunzione obbligatoria, coatta, per legge, quella del *si deve fare... e basta!* che si concretizza in un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

«Spesso questi medici incoraggiano i loro pazienti a farsi ricoverare e talvolta li costringono ad un ricovero o ad un day-hospital coatto nel qual caso non possono sottrarsi alla terapia.»

Per Breggin, senza dubbio alcuno, tutto ciò produce un danno a livello cerebrale.

«Nella precedente edizione di Terapie psichiatriche cerebro-invalidanti ho introdotto il concetto di disabilità di natura iatrogena e di relativa negazione nell'ambito della psichiatria autoritaria e precisamente allo scopo di definire un principio guida delle terapie biopsichiatriche. (...) Nel prescrivere più farmaci o l'elettroshock lo psichiatra causa danni a livello fisico e cerebrale.»

È conseguenziale che l'effetto dannoso, l'effetto debilitante sul cervello, si manifesti con un peggioramento delle condizioni del paziente che lo psichiatra non collega certamente all'effetto del farmaco quanto alla "malattia mentale" che avanza. Se la malattia avanza occorrono altri miscugli di psicofarmaci.

Specie per noi italiani, se confrontiamo quello che ci racconta Breggin con quello che ci raccontano gli psichiatri italiani è chiaro che, per questi ultimi, quella di Breggin appare un'accusa infamante. Ma non per Breggin:

«Può sembrare un'accusa infamante, invece trattasi di un'infame realtà. Da un lato la maggior parte degli psichiatri non si rende conto di star causando dipendenza ed impotenza e dall'altro milioni di pazienti in tutto il paese sono fuorviati in quanto viene fatto loro credere di avere delle deficienze biologiche e genetiche che possono essere corrette coi farmaci o con l'elettroshock, il che li fa sentire impotenti e dipendenti dai medici e dalle terapie. Quando in seguito alle terapie la

maggior parte peggiora viene loro detto che la "malattia mentale" prima latente sta ora affiorando in superficie. Qualora il cocktail di farmaci produca un'escalation di emozioni negative, altri farmaci vengono aggiunti e spesso il paziente viene ospedalizzato. È raro che i medici coinvolti ammettano che i farmaci siano la fonte del peggioramento e che con un periodo in assenza di farmaci il paziente possa riaversi. Durante tutto questo processo i pazienti vengono così tanto ingannati che non riescono a percepire gli effetti negativi dei farmaci che porteranno alla distruzione delle loro vite.»

Il medico e il paziente condividono la negazione del danno derivato dalla terapia; disconoscono ed escludono che il paziente abbia problemi psicologici e pratici. C'è una doppia negazione, un doppio rifiuto di tipo psicologico in quanto:

«Le persone che soffrono di gravi disagi emotivi tendono a negare l'entità della loro disfunzione psicologica. Non vogliono ammettere di essere colpiti da una grave menomazione mentale.»

che si può rafforzare in relazione al farmaco:

«Se sperano di sentirsi meglio grazie al farmaco oppure se il farmaco ha inizialmente suscitato euforia o anestetizzato le emozioni, la loro negazione può ulteriormente rafforzarsi.»

«Il concetto di deterioramento di natura iatrogena e la relativa negazione

presuppongono la mutua negazione da parte del paziente e del medico della nocività della terapia nonché la mutua negazione dei problemi psicologici e pratici del paziente.»

Per concludere, Breggin fa la distinzione tra due tipi di inganno; uno dovuto a fattori psicologici quali la negazione di natura psicologica (*quella che gli psichiatri chiamano negazione della malattia*), l'effetto placebo, la compliance, lo stato psicologico confusionale e l'altro tipo di inganno dovuto alla compromissione cerebrale di natura iatrogena con la relativa negazione del danno stesso come dipendente dalla terapia e la sua attribuzione alla malattia che avanza.

Ci mostra così due tipi di negazione; una, la negazione della "malattia" per motivi psicologici, una conclusione classica riconosciuta della stessa Psichiatria; l'altra, la negazione del deterioramento iatrogeno attribuito invece alla malattia. Breggin non propone le sue conclusioni come frutto di un'ipotesi ma quale conclusione di una bibliografia uscita dai laboratori della stessa Medicina Psichiatrica. Ecco l'inganno terapeutico: prima il paziente non riconosce la sua "malattia" a causa di fattori psicologici; dopo essere stato deteriorato nel cervello a causa dei farmaci si trova costretto ad dover attribuire il danno a quella malattia che non riconosceva piuttosto che ai farmaci. Nel frattempo tutto il processo ha portato la persona al riconoscimento della sua malattia, al riconoscimento della necessità di psicofarmaci a vita, alla sua attiva partecipazione nell'organizzazione della "compliance". Un processo che fa della

Salute Mentale una istituzione solo diversamente autoritaria rispetto al Manicomio.

Si passa così da una negazione all'altra:

- prima, paziente e medico, negano l'esistenza di problemi psicologici e pratici del paziente;
- poi negano la nocività delle terapie psicofarmacologiche;
- alla fine negano che il conseguente deterioramento cerebrale sia di natura iatrogena, e cioè provocato dagli stessi farmaci che dovevano curare il cervello e riequilibrare lo squilibrio chimico.

Gaetano Bonanno

¹⁾ - Titolo originale dell'opera: BRAIN-DISABLING TREATMENTS IN PSYCHIATRY, *Drugs, Electroshock, and the Psychopharmaceutical Complex*. La traduzione italiana è di Anusca Mantovani (TERAPIE PSICHIATRICHE CEREBRO-INVALIDANTI, *Psicofarmaci, elettroshock e la compagine psicofarmaceutica*). Autore: PETER R. BREGGIN, MD; Editore: Springer Publishing Company – New York. Seconda edizione 2008.

²⁾ - Breggin nel suo lavoro introduce il concetto di "compagine", con il quale vuole indicare le interazioni esistenti tra case farmaceutiche, ricercatori, enti statali, organizzazioni mediche e Psichiatria. Un'associazione che organizza una *compagine* all'interno della quale la Psichiatria si rende responsabile di quei metodi e di quelle pratiche che Breggin definisce "infame realtà". Una *compagine* le cui interazioni non sono qualificabili altrimenti che come *rapporti di Potere* e che in una prospettiva di Potere fluiscono. Con significato del termine, Breggin non sembra includere, né tanto meno specificare, l'essenza relazionale che fonda tale *compa-*

gine, che altro non è che una *relazionalità di potere, autoritaria e di dominio*. Non introduciamo tale chiarimento immotivatamente quanto per evidenziare che le critiche, rivolte quasi regolarmente alla Psichiatria da più parti, non sempre si pongono in una prospettiva né delle *inutilità* né di una *relazionalità empatica ed antiautoritaria*. Essendo alla base di quella *compagine* una logica delle Utilità, una *relazionalità autoritaria e di Potere*, uno sfrenato cinismo, se la critica ad essa rivolta non si pone in una prospettiva delle inutilità e in una *relazionalità antiautoritaria ed empatica* cosa la differenzia nella sua essenza dall'essenza di quella *compagine*?

³⁾ - Peter Breggin, medico e psichiatra, si è formato alla Harvard University e alla Case Western Reserve School of Medicine. Ha lavorato come docente presso la Harvard Medical School, la Washington School of Psychiatry, la Johns Hopkins University e come consulente alla National Institute of Mental Health (NIMH). Alla George Mason University ha insegnato Conflict Analysis and Resolution. Attualmente lavora come libero professionista a Ithaca, New York. Dr. Breggin ha diretto l'International Center for the Study of Psychiatry and Psychology (ICSPP), da lui fondato, dal 1972 al 2002. Ha fondato la rivista Ethical Human Psychology and Psychiatry ed ultimamente ha costituito la New Reform Organization.