

EDITORIALE

Psicofarmaci e dintorni

*Alessandro Salvini*¹

1. “La chimica che porta la gioia”. Così titolava su tre colonne il Corriere della Sera del 22 aprile del 2018, descrivendo in un ampio articolo di una brava giornalista scientifica, Paola Pica, le meraviglie dell'Ossitocina e il suo probabile ingresso nel mercato degli psicofarmaci. Dimenticate le promesse deluse di ‘pillola della felicità’ della Fluoxetina (Prozac), a suo tempo propagandata non solo come pillola antidepressiva e utile per il trattamento dell’ansia generalizzata e di altri affanni, ma anche capace di aprire le porte ad un sereno benessere mentale. Tuttavia insieme ai farmaci cugini, più potenti e specifici, la Fluoxetina condivide ancor oggi con la Sertralina, la Paroxetina e altri il compito di rendere più disponibile a livello neurorecettoriale la Serotonina, bloccando non solo il riassorbimento di questo importante neurotrasmettitore, detto del ‘buon umore’, ma anche della Noradrenalina, l’acceleratore o l’attivatore del sistema nervoso e di altri organi. Interessante notare invece, seppur di passaggio, il probabile silenzio da parte di chi li prescrive su alcune loro reazioni spiacevoli: come la sindrome serotoninergica, la sindrome di astinenza, le disfunzioni sessuali e ulteriori e gravi effetti collaterali, a cui i manuali tecnici seri dedicano dalle due alle tre pagine, mentre sul fronte di chi li ‘somministra’ senza consenso informato si tace senza rendere consapevoli il povero paziente o i familiari.

Se per sfogarvi, rendervi interessanti o veritieri, scambiandolo per un confessore, dite al clinico che vi ascolta, o meglio che vi traduce nel suo linguaggio, che per voi la vita è un peso e che ogni tanto vi passa per la testa di farla finita, il guaio lo avete fatto voi. Lo invitate a prescrivervi un ricovero volontario o sempre per ragioni di ‘medicina difensiva’ vi spedisce, magari tramite TSO, in ospedale nel reparto psichiatrico di diagnosi e cura. Così potreste trovarvi per un incauto sfogo, con una flebo di sedativi e di antidepressivi senza che nessuno vi abbia chiesto il permesso o vi spieghi. Cosa inconcepibile ma, si tratti di protocollo sanitario o di prepotenza professionale di routine, sembra una pratica diffusa che può accogliervi anche al pronto soccorso. Chi volesse saperne di più, senza farne esperienza diretta, basta che legga il bel libro, “Manicomio chimico” di Piero Cipriano, e gli altri suoi scritti. Ma non siamo qui per occuparci di ricoveri e di flebo o di “pillole coatte”, neanche di antidepressivi di seconda generazione, mentre oggi si affermano quelli di terza generazione e all’orizzonte si profilano altri. Va anche detto che forse non c’è settore farmaceutico più avanzato e laborioso di quello dedito ai farmaci psicoattivi, a cui va riconosciuta qualche benemerita accreditandogli un sofisticato e

¹Già ordinario all’Università di Padova, dove ha insegnato Psicologia Clinica e Psicopatologia, attualmente direttore scientifico della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.

complicato livello tecnico-scientifico. Da cui una proliferazione di psicofarmaci forse dovuta anche ad esigenze commerciali.

Tuttavia in questo editoriale ci stiamo occupando di altro, a partire da un possibile e futuro nuovo farmaco dispensatore di felicità. Il cui effetto biochimico, come anticipato, si basa su un neuroormone, l'Ossitocina, che l'ipotalamo produce e l'ipofisi secernendolo amministra. Tuttavia, scartabellando uno dei sacri testi della psicofarmacologia, la dodicesima edizione e la seconda italiana di "Droghe e farmaci psicoattivi" di Robert Julien e collaboratori, dell'Ossitocina non c'è traccia, ma solo l'accenno, in una riga e mezza, in cui si dice che si tratta un peptide come la Vasopressina a rilascio ipotalamico. Sarà poi compito dei laboratori dell'industria farmaceutica copiare la struttura chimica di questo ormone, sintetizzarlo e poi trasformarlo in pillola. Solo dopo le positive sperimentazioni cliniche sarà registrata la sua nascita e messa in commercio e riportata nei manuali tecnici come farmaco. Per il momento ci dobbiamo invece fidare di esperti come Larry Young, ma in particolare di Bice Chini, una neuroscienziata del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), autorevole esperta proprio dell'Ossitocina.

Come accennato l'Ossitocina è un neuroormone ipotalamico, il cui merito più noto era ed è quello di indurre le contrazioni uterine nelle partorienti. Ma oggi assunto agli onori della cronaca scientifica per la sua capacità di influenzare diversi stati socio-emotivi, per la verità eterogenei e di difficile verifica empirica: dall'altruismo, alla felicità amicale, all'abbraccio intimo, alla fiducia sociale, alla gioia relazionale e altro ancora. Il tutto aiutato dall'ormone sorella, la Vasopressina, fino a ieri conosciuta solo come un ormone antidiuretico, vasocostrittore e altro. Un neuroormone, l'Ossitocina, che, oltre favorire l'allattamento crea il legame affettivo di attaccamento, quindi intervenendo nelle varie forme di empatia e di reciprocità identificativa, potrebbe essere considerato un toccasana per potenziare la fusionalità identificativa, sessuale e sociale. Tuttavia si può supporre che questo neuroormone, per estensione agisca anche nei rapporti che con cipiglio morale e professionale psicopatologi e psichiatri classificano come "parafilie erotiche": ovvero particolari e misteriose relazioni di interdipendenza affettiva, presenti spesso nella pedofilia o nella zoofilia e in altri legami meno leciti come in altre relazioni sessuali periferiche, alternative o insolite. Interdipendenza affettiva e legami identificativi, attaccamenti emotivi, che costituiscono - come constatato - un collante anche nelle affiliazioni criminali, nella solidarietà deviante e nella complicità amicale.

Nonostante quest'ultima considerazione, se un farmaco (per evitare equivoci non dico una qualunque sostanza psicoattiva) fa star bene, se elimina sintomi disturbanti e induce ad azioni piacevoli, migliora i problemi psichici e incrementa certi sentimenti positivi, va guardato in modo positivo. Sperando che in fondo al bicchiere non rimanga l'amaro degli effetti collaterali, come avviene per gran parte delle sostanze psicoattive, come le 'droghe', e per quelle che invece chiamiamo farmaci, sui cui effetti sgradevoli si preferisce tacere.

2. A questo punto nasce un problema non di poco conto, o meglio questo interrogativo. "Ma allora gli stati d'animo e i sentimenti non sono altro che l'effetto di secrezioni endogene di natura neurochimica?". A questo proposito ricordo che tanti anni fa, durante

l'esame di psichiatria e di criminologia, l'esaminatore, il prof. Beppino Disertori, forse quel giorno critico nei confronti della psicoanalisi, se ne uscì con una considerazione, "se con una pillola elimino l'ansia e il matto ragiona, siamo alla fine di ogni discorso, il resto sono tutte chiacchiere". Più o meno questo fu il commento di Disertori, peraltro noto per essere l'Autore di un ottimo libro sulle teorie delle nevrosi e di un trattato di psichiatria e socio-psichiatria di oltre mille pagine. Trattato scritto con Marcella Piazza. Testo di cui pretendeva con ostinazione pignola che lo studente ne avesse una conoscenza quasi 'a memoria'. Il prof. Disertori era anche noto per essere un cultore della Scuola filotedesca delle 'risposte psico-biologiche finalistiche', da cui i possibili prodromi dei quadri sintomatici delle malattie mentali e alterità comportamentali. Teoria in competizione perdente con la scuola e tradizione italiana, "umoralistica" che, mutatis mutandis, è poi emigrata sotto altri cieli. Che oggi corrisponde alla spiegazione neurochimica non solo della follia, ma anche di ogni altro stato emotivo, sentimentale e cognitivo, ed eccedendo, anche di molti comportamenti normali o presunti tali. Nel frattempo già allora mi chiedevo che cosa avessero in comune follia e crimine, tanto da farne una disciplina accademica come l'antropologia criminale, che ha rovinato il pensiero - intorno alla natura del delitto - di avvocati, magistrati e di giuristi-legislatori, con l'inserimento nel codice penale della perizia psichiatrica e l'istituzione dei manicomi criminali. Tuttavia in relazione al sapere trasmessomi non potevo far altro che accogliere, in qualità di studente, pur avendo ragionevoli dubbi, che crimine e follia avessero in comune tratti anomali bio-psichici indotti dalle "amine indoliche". Insomma, per farla breve, che nel delinquente ci fossero latenze psicotiche dovute ad alterazioni biochimiche. Se ricordo bene le amine indoliche erano una classe di sostanze endogene influenzate da un metabolismo alterato da disfunzioni epatiche, da cui un processo di auto intossicazione che poteva evolversi in psicosi. Teoria ereditata dalla grande autorità del prof. Vito Maria Buscaino, accolta, citata con deferenza da Disertori, ma da cui dissentiva. Essendo io più interessato, già a quei tempi, ad una lettura del mondo e della mente umana più aderente e concreta, di tipo sociologico e socio-psicologico, memorizzai il tutto a fatica. A conferma che ciò che non si condivide si dimentica. Ma, direte, cosa c'entra l'Ossitocina con la psichiatria biologica di Beppino Disertori e altri? Un momento che spiego.

Non fu uno studio inutile oltre che una palestra per la memoria. Oggi mi permette di confrontare passato e presente e di poter dire che lo schema generativo o meta-cognitivo o epistemico, di molti procedimenti di pensiero, teorici e pratici, dei professionisti della psiche attuali, sono regressivamente simili per certi aspetti a quelli di ieri. Gli schemi che li accomunano sono da un lato il 'riduzionismo' neurobiologico e dall'altro il 'riduttivismo' psicologico. Ovvero il solito schema ed espediente costituito dal ricondurre il molteplice all'unico. Ovvero a un principio esplicativo, collocabile o nel biologico o nell'intrapsichico. Una sorta di monoteismo scientifico, professionalmente non disinteressato. Ad esempio è grazie alla stagione degli psicofarmaci che gli psichiatri si sono risentiti pienamente medici, liberati dal manicomio e dalla successiva conversione alla psichiatria psicodinamica. Quindi non più marginali alla professione medica ma, rientrati negli Ospedali e nei servizi specialistici di diagnosi e cura. Il problema

dell'autoreferenza identitaria, promozione professionale e saperi complementari, ha fatto sì che le psichiatrie o le psicologie cliniche non si siano mai liberate da questo loro bisogno di appartenere al 'sanitario'. D'altra parte la scienza è sempre riduzionista/riduttivista nel bene e nel male, ma con il rischio di tramutarsi in intolleranza scientifica monocratica e ideologica. Come ad esempio ha fatto il comportamentismo nordamericano in psicologia, colonizzando tutti i paesi di lingua inglese, le università europee e anche giapponesi (oggi mimetizzato come cognitivo-comportamentale). Del resto vincere una guerra garantisce vari privilegi, tra cui di essere considerati dotati di un'intelligenza e un sapere superiori. Dono affiliativo non negato al rientro a nessun emigrante intellettuale. Status di eccellenza dopo un master o un PhD in psicologia negli States, o un'esperienza in qualche autorevole Centro di Psichiatria, dove i locali clinici hanno già dimenticato la storia delle migliaia di lobotomie e di elettroconvulsioni, e di altre 'cure' fisiche selvagge. Non ultime le tecniche di condizionamento skinneriano. Questo prima di diventare, pro tempore, tutti psicoanalisti e ora farmacoprescrittori compulsivi.

Altro esempio di sapere ideologizzato dettato dal pensiero unico, apparentemente lontano dall'argomento di questo editoriale è la questione della razza. Le biblioteche sono ancora piene di libri scientifici, non troppo vecchi, che sostengono a spada tratta e con credenziali e rigore scientifico, l'esistenza delle razze, quando poche nozioni di genetica delle popolazioni o di antropologia storica sembrano sufficienti a rendere queste convinzioni desuete o inconsistenti. In uno di questi libri, "L'origine delle razze", volume molto bello con una documentazione puntuale, analitica ed eccezionale, scritto da un autorevole Antropologo fisico, Carleton S. Coon docente ad Harvard e pubblicato in Italia da Bompiani nel 1970, si sostiene apparentemente in modo inconfutabile per le prove che offre che le razze esistono. In questo libro di oltre seicento pagine riccamente corredate di dati scientifici si dimostra, prove alla mano, che le razze umane hanno avuto origini differenti. Libro a suo tempo fatto studiare all'università di Trento dal Prof. Carlo Tullio Altan, un Antropologo culturale che la pensava diversamente. Il compito per gli studenti era di capire le basi del razzismo scientifico e di confutarle a partire dall'impianto concettuale, oggi diremmo meta-cognitivo o anche epistemologico. Insomma avendo in testa una teoria, una credenza, una necessità, si trovano sempre i fatti che le confermano, divenendo un ostacolo ad altre forme di pensiero, come è accaduto negli ultimi due secoli alle scienze cliniche della psiche. Cosa che vale in certi casi anche per le psicologie cliniche e psichiatrie il cui sapere è stato mosso da necessità contingenti: ideologico-normative (fondare nella natura la legittimità delle norme e delle regole morali e di condotta) e di controllo sociale dell'altro ("del matto, del deviante, che ne facciamo?").

Non citerei questo imponente volume di Coon se, fino a ieri la psichiatria biologica e le psicologie bio-tipologiche, non avessero in parte fondato le proprie convinzioni sul sistema di pensiero e le credenze mutate dell'Antropologia fisica, a ulteriore conferma del 'modello lombrosiano' e di altre bio-tipologie concorrenti. Un sistema di pensiero, mai ufficialmente ripudiato: peraltro gerarchico-classificatorio con l'ossessione delle tipologie psico-cliniche, biotipologiche su base costituzionale. Tassonomie psichiche contigue al

razzismo scientifico (si veda Landra G., Gemelli A., Banissoni F., *Antropologia e Psicologia*, Bompiani, 1940, in particolare cap. VII). Per le quali non tutti gli esseri umani sono uguali, in cui la discriminante della follia e della diversità e della classe sociale crea dei 'vuoti a perdere di status inferiore'. Il cui presupposto scientifico si basa appunto sulla bio-tipologia dei "caratteri diagnostici delle razze secondo la loro graduale importanza."

3. Ritornando ad un non ancora risolto dibattito, "tra la neurochimica o la sociogenesi dei sentimenti, chi ha ragione?" Un dualismo antinomico, come altri, che porta fuori strada, anzi da nessuna parte e che spinge gli studiosi a darsi ragione da soli. Invece guardandoli da vicino sono giunti alla conclusione che ogni sapere o scienza ha i suoi confini proprio nel sistema di pensiero che lo rende efficace. Idea che ovviamente gli intenti monocratici delle varie professioni della psiche rifiuta, psichiatria in testa, abituati a parlare per sentenze classificatorie dette diagnostiche.

Oggi la questione è divenuta ancora più semplice grazie al formalismo, al realismo ingenuo, quasi burocratico e codificato dai repertori diagnostici. In cui l'attributo classificante viene ad essere collegato con un'anomalia neurochimica, in una relazione causa-effetto lineare, che si scontra con le etichette sempre mutevoli e nuove.

Ai vari termini diagnostici si sono trovati i corrispettivi neurochimici, dopo averli a lungo e inutilmente cercati in passato in quelli neuroanatomici e ancor prima nella frenologia. Un riduzionismo che è andato in direzione opposta al descrittivismo psicopatologico, il cui merito stava in un metodo naturalistico descrittivo e non certamente nell'umanità dell'assistenza. Merito che consisteva - quando il grande clinico ne aveva voglia e interesse - di studiare il caso singolo, il più vicino alla propria classe sociale. Il grande clinico lo studiava in modo accurato e con grande penetrazione psicologica, unita ad efficaci risorse di scrittura, di ampiezza lessicale e di nitore argomentativo, mai separati da una notevole preparazione culturale. La cui assenza rende oggi evidente la povertà descrittiva, l'insufficienza lessicale, l'argomentazione etichettante fatta di stereotipi ricopiati dai manuali diagnostici o dalle loro imitate formule discorsive. In cui il salto tra il biochimico determinista e oggettivante e il mentale soggettivo, situazionale e interpretativo, continua a non offrire integrazioni soddisfacenti.

Ad esempio nessun sapere può essere illuso dalle proprie parole ibride, riduttive, promiscue e polisemiche, come appunto si illude di fare chi usa in modo medico il termine 'depressione'. Una metafora morta, convenzionale, ontologicamente vaga, direbbero i linguisti, di cui nessuno può pensare di poterne conoscere tutti gli aspetti e i confini. In particolare quando con il termine 'depressione', in base al principio d'identità tra mente e cervello, si fa riferimento a un unico 'oggetto', ad uno stato di malattia, come quando si dice tubercolosi o pancreatite. Termine, la depressione, che, se inteso come sostantivo e non come aggettivo, come oggetto reale e non convenzionale etichetta diagnostica, diventa 'icastico' e 'reificato', azzera le differenze individuali, fa coincidere una molteplicità di modi di sentire ed essere, riportandoli all'unico e al generalizzato. Bloccando sul nascere ogni pretesa di comprensione psicologica per la psicoterapia. Cosa spesso impossibile da far capire agli esperti clinici della psiche, psicologi compresi, se limitati dal compiaciuto e copiato lessico nosografico: approdo per l'identità

professionale e per un sapere edificato sulle incerte palafitte di pratiche e saperi transitori.

Da un punto di vista psicologico non è la stessa cosa se siete tristi, malinconici, giù di corda e coltivate anticipazioni nefaste, o se invece siete astenici, abulici, pessimisti, rinunciatari, di umore nero e anedonici, oppure se vivete ripiegati su voi stessi, misantropi e solitari, avvertendo la vita come peso e tedio, è altra cosa se vi assalgono sentimenti di una disistima colpevolizzante accompagnata da sensazioni di impotenza, autocritica e di fallimento personale, oppure è altro vivere e sentire se vi attardate in malinconiche riverberazioni decadenti e nostalgiche, o accennate a come stareste meglio senza il mondo che vi circonda e lui senza di voi, o meditate su improbabili uscite da un mondo senza colori o speranza. Ora, ammettiamolo, tutti questi stati dell'essere e del sentire, non servono a niente, sembrano all'incolto e molto rozzo "tecnologo della mente", psicologo o medico che sia, fumisterie letterarie incomprensibili, che vede unicamente nella Fluoxetina (Prozac) o nella Sertralina (Zoloft) e somiglianti, la soluzione ad ogni pessimismo depressivo. Su questo versante non serve a niente, anzi risulta completamente inutile fare l'esercizio psicologico di capire se il pessimismo deprimente, il conformismo sociale asfittico, dolorosamente ipocrita dei personaggi di Henrik Ibsen, sia un flusso di sentimenti differenti dalla tristezza esistenziale, drammatica ed eroicamente rassegnata dei personaggi di Ingmar Bergman, e a loro volta questi sentimenti siano diversi dall'indifferenza estraniata, di cupa disperazione asociale dello "Straniero" di Albert Camus, o differenti dall'angosciante ed estremo senso di solitudine che trapela, come ha scritto James Hillman, "anche dalle finestre" dei dipinti di Edward Hopper. Si tratta non di uno 'stato', ma di processi in cui il punto di vista dell'osservatore, anche del soggetto stesso, è mobile, transitorio, ridondante in senso processuale. Comprensione che sarebbe un esercizio di grande efficacia per ampliare nei clinici la capacità di sentire, comprendere e vedere oltre le feritoie diagnostiche dietro cui hanno imprigionato la loro intelligenza psicologica e sociale.

"Tutte chiacchiere", ripeté pochi anni fa il prof. U., un mio ex collega universitario, rispondendo a una studentessa che voleva sapere qualcosa di più sugli aspetti fenomenici della 'coscienza di sé negli stati di malinconia o in quelli di disperazione. Forse non avendo mai pensato alla distinzione psicologica tra malinconia e disperazione, non essendo il suo settore di studi, il prof. U., aggiunse seccato, e con una certa ragione dal suo punto di vista, "se vuol saperlo faccia degli esperimenti".

Se per vicende imprevedibili qualcuno di voi finisce in un procedimento diagnostico etichettante, dovete prudentemente ricordarvi che se avete dei 'sentimenti' insoliti, è meglio che li nascondiate. Evitate così di essere 'patologizzati' entro il bieco e prosaico linguaggio psico burocratico di qualche 'tecnologo della mente'. Il quale, insieme ad altri come lui, oltre le linee guida dettate dal DSM 5, non vedono e non capiscono altro. Modi di sentire e di essere vostri che perdono immediatamente, in chi vi ascolta e li traduce, lo status di sentimenti per diventare dei 'sintomi' classificabili. A questo punto non serve più distinguere la varietà dei sentimenti disforici, anzi il lessico clinico professionale impoverito non li fa percepire o ascoltare, e non si affacciano nella mente di chi vi ascolta perché sono estranei al suo vocabolario. Rischiate gli effetti della traduzione riduzionista.

Per lui siete dei malati di depressione e basta! Ovvero i vostri circuiti serotoninergici principali e altri accessori, hanno qualche problema, per cui bisogna migliorare ad esempio la disponibilità recettoriale della Serotonina, e in subordine - in base alla scelta del farmaco - anche della Dopamina-Noradrenalina. Da dire che nel frattempo alcuni - ad esempio i cardiologi - hanno constatato attraverso opportune ricerche, e in controtendenza, che i depressi in realtà sono iperattivati da eccessi di Noradrenalina, in altre parole sono dei rabbiosi repressi. Dall'altro, a difesa, va ripetuto, che non c'è ambito più denso, raffinato e complicato dell'attuale neurofarmacologia, che forse proprio per questo messa in cattive mani, per motivi di profitto o in chi è afflitto dal demone dell'identità professionale, o in assenza di ogni altro sapere, ha la tendenza a trasformarla in una prescrizione, in una ricetta.

4. Ritornando al futuro prossimo invece ci vien detto che l'Ossitocina, non solo è destinata alle contrazioni uterine delle partorienti, ma sarebbe anche il neurormone della gioia, della socialità, dell'empatia, della fiducia, dell'estroversione ottimista e intraprendente, responsabile della sessualità monogamica e atto a favorire la riproduzione umana lecita. Quindi un neurormone ad ampio spettro e moralmente accreditato. La riduzione della natalità potrebbe essere contrastata con una futura pillola all'Ossitocina, idonea ad esempio a trattare la pigra riluttanza di "lui", anch'essa diagnosticabile come sintomo di una latente depressione. Come dire un triplice guadagno, si cura l'anafrodisia e la depressione e la consorte non recrimina sulla culla vuota. Ormone, l'Ossitocina, poliedrico, peraltro adatto a stimolare l'attivismo fiducioso, assertivo e altruistico, solidale e vincente, dell'achievement competitivo. Rimane il problema, passando il confine ed entrando nelle scienze umane, chiedersi: "Ma i criteri di ciò che è 'bene e giusto' chi li stabilisce? E con quali credenziali di fiducia e di competenze?". Due secoli di saperi della psiche, di orrendi manicomi su scala mondiale, di professionisti della salute mentale, di segregazioni, di sedazioni violente, di psicotomia, di annichilazione elettroconvulsiva, di farmacoterapia coercitiva, di contenzione, ci hanno fatto perdere qualsiasi fiducia in questa direzione.

Dal celebre *American Handbook* della psichiatria, quello in tre volumi di Silvano Arieti, degli anni '70, oggi nel 2018 alla sesta edizione, e su cui si sono formati migliaia di professionisti della psiche, affiora nitido il prototipo dell'uomo normale, che un tempo somigliava a John Wayne, l'eroe archetipico dei film Western, per il quale come direbbe Ervin Goffman, "l'unica donna alla sua altezza non può che essere sua moglie". Se ieri il prototipo dell'uomo normale era John Wayne, la neurochimica comportamentale all'Ossitocina, visti i suoi effetti, e a fin di bene, ne propone un altro: avrebbe come modello ideale l'ottimismo empatico e socievole dell'affarista politico-imprenditoriale o dell'aziendalista iperattivo di successo o del neuroscienziato egocentrico e loquace, dal cognome anglofilo e dal pedigree familiare Wasp (*White anglo-saxon protestant*). Purtroppo abbiamo imparato che la mescolanza tra l'alta scienza e gli interessi-ideologie di senso comune che convivono nella testa degli scienziati, possono produrre effetti disastrosi. In carenza di Ossitocina, ovvero di affettuosa identificazione socievole, fa sì che psicologie varie, psicoanalisti onnipotenti, psichiatri tuttologi, neuroscienziati

farmacologi e il cartone di "Braccio di Ferro" distribuito nelle loro teste, si scambiano le parti, e non solo nelle pause congressuali.

Del resto l'evoluzione darwiniana ha preferito farlo nascere il 'tipo' umano ideale con una buona dotazione di Ossitocina nei paesi del Nord, mentre al Sud ha lasciato solo il "familismo amorale" (Edward Banfield) privo di una neurochimica capace di promuovere legami comunitari, valori sociali solidali, intraprendenza operosa e convivenza fiduciosa. Se Max Weber avesse ragione, oggi potremmo integrare la sua teoria (L'etica protestante e lo spirito del capitalismo) con gli effetti neurochimici dell'Ossitocina o altro di simile. Ormone che è stato insufflato nei padri del protestantesimo capitalista, possibilmente nordamericano e di lingua inglese, energeticamente dediti al profitto lecito e probato, in cui per l'appunto - secondo la tradizione protestante - il successo mondano consente di vivere sotto il segno di una guadagnata benevolenza divina e come tale diventare l'etica di un comportamento sociale diffuso (sempre, Max Weber). Migliaia di pagine e di studi, di esperienze del mondo, durati una vita, di sociologi, di storici, di economisti, di giuristi e di altri studiosi dell'umana gente, possono essere spazzati via, sostituiti dalle semplificanti scoperte biochimiche dei neurofarmacologi. Scoperte adatte forse alle esigenze cliniche degli psichiatri farmacologi, ma non oltre e non sempre con il consenso informato di chi le subisce. Ma adattate anche alle ipotesi di chi usa queste nozioni come chiave interpretativa. Riuscendo con interesse a coniugare anche l'amore romantico con l'effetto di una secrezione neurochimica (Marazziti e altri, 1999; Marazziti e altri 2006).

Se l'Ossitocina è un ormone così importante, come lo è stata la Serotonina del Prozac per il benessere mentale interpersonale di un'intera nazione, allora siamo in attesa di un antidepressivo di quinta generazione utilizzabile da tutti. Come indicato da vari psichiatri, ad esempio da Daniel Smith dell'Università di Glasgow o Alan Young direttore di un centro per disturbi affettivi di Londra, o anche da altri ricercatori che ci offrono un concorrente dell'Ossitocina. Si tratta del Litio. Difatti suggeriscono gli esperti, se aggiungessimo più Litio nell'acqua dei rubinetti diminuirebbero suicidi e altri problemi legati alla regolazione del buonumore. La prova? Sembrano a conferma alcuni dati epidemiologici raccolti per il mondo: più litio nell'acqua meno suicidi. Ma come ripetono inutilmente i manuali di metodologia e gli statistici, le correlazioni non sono spiegazioni di causa-effetto. Come dire che se i cani abbaiano nelle notti di luna, si potrebbe confermare l'ipotesi che la causa stia negli influssi lunari e trascurare il fatto che abbaiano anche quando la luna non c'è.

Non si esclude che nelle grandi industrie dello psicofarmaco, dai profitti stratosferici, si stia già lavorando intorno al problema della farmacodinamica e quindi al problema neurorecettoriale dell'Ossitocina, per farne una pillola della gioia, capace selettivamente di colpire il bersaglio neuronale specifico. Ma la supposizione non è così peregrina se a maggio di quest'anno ad Erice, la Fondazione Majorana, ha organizzato un convegno, in cui Larry Young del Translational Social Neuroscience di Atlanta, dovrebbe aver auspicato l'utilità dell'Ossitocina e dei suoi effetti che "sono tanti a partire dalla possibilità di cura dei disordini mentali, come autismo e schizofrenia". Nel frattempo, fiutato l'affare, sembra che su Amazon, riferisce la documentata e brava giornalista Paola Pica, sia in

vendita "Trust", uno spray alla presunta Ossitocina per aumentare le capacità "seduttive e di successo", ovviamente non specificando quando, dove, con chi, con quale faccia e quali argomenti.

L'ottimismo autopromozionale, fiducioso e relazionale degli "psi" farmacologicamente orientati, potrebbe essere indotto dalla loro dotazione personale di Ossitocina o dalla previsione di guadagni futuri o di successi accademici. Dopo opportune interviste agli esperti Paola Pica, la giornalista segnala, anche su indicazioni di Bice Chini, neuroscienziata del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che i possibili impieghi terapeutici dell'Ossitocina e della gemella Vasopressina, possono riguardare un ampio ventaglio di disturbi mentali, dall'Autismo all'ADHD, dalla Schizofrenia ad esordio tardivo al Disturbo Post Traumatico da Stress, dall'Anoressia alla Bulimia ai Disturbi d'Ansia. Volendo essere ironici, mancano 'i disturbi da povertà, 'i disturbi da solitudine meditativa', i 'disturbi euforici da strategie belliche paranoiche', la 'dromomania reattiva a sentimenti disforici'. Questo entusiasmo verso le nuove sostanze ricordano "un già visto", come per la Morfina a metà Ottocento, come per la Cocaina agli inizi del Novecento (di cui rimase vittima anche Freud che ne tessè le lodi, *Über Coca*, 1885) e le Anfetamine negli anni Sessanta nel secolo scorso (Salvini, 2002).

5. A questo punto potremmo addentrarci nei mondi dell'epistemologia, a cui tutti i pensieri e saperi prima o poi debbono rendere conto, come ci ricordano sempre più di frequente i fisici, logici, matematici e linguisti. Oppure potremmo invece iniziare una discussione critica sulle metodologie di ricerca usate, sulla validità delle prove e delle deduzioni. Purtroppo i clinici della psiche a mezzo servizio con la scienza, non brillano per competenze metodologiche e statistiche o più in generale nell'occuparsi della cosiddetta "validità di costruito". Rimanendo poi ancora irrisolta una questione fondamentale, ovvero la possibilità logica e scientifica di dare a variabili neurologiche etichette psicologiche e viceversa, estendendole ai comportamenti, agli atti e alle azioni. Ovvero considerare dello stesso genere '*oggetti e significati*', fatti biologici e costrutti psicologici.

Invece limitiamoci a considerare il tema dei rapporti tra il determinismo neurochimico e i comportamenti intenzionali, tra neurobiologia e cognitivismo semantico, ricorrendo ad una sorta di esperimento mentale. Fate finta di veder camminare qualcuno in modo discinetico o disarmonico, solo il contesto vi consente di stabilire la natura di questa disarmonia motoria. Si tratta di un sintomo neurologico o di una gestualità comica? Di movimenti o di gesti? Si tratta di un neuroleso o di un clown? Una malattia esiste anche senza contesto. Un modo di essere e di agire non può essere separato dal contesto e dai suoi significati. Anzi due contesti, quello dell'attore e dell'osservatore. Le scienze cliniche della psiche hanno ignorato da due secoli questa ovvia constatazione. La diagnosi di personalità psicopatica ci dice qualcosa dell'osservatore e delle sue influenze normative, ma niente del contesto costruito o vissuto dell'osservato. Torniamo a quello che stavamo dicendo, se vedete una discinesia motoria o vedete dei gesti buffi e comici, fate due diverse operazioni interpretative: state guardando un "movimento" o "dei gesti"?

Siete voi che stabilite la configurazione reale di quello che state vedendo. Un po' come dire che una smorfia della bocca può essere studiata come una contrazione sfinterica o come un sorriso. La configurazione della biomeccanica muscolare o il significato di un gesto e di un sorriso ci fanno affacciare su due livelli di realtà tra di loro incommensurabili: spiegazioni fattuali e costrutti semiotici sono generi diversi. Cognitivamente parlando non ci si può bagnare simultaneamente in due fiumi diversi. Un binocolo o un microscopio consentono l'accesso a mondi diversi e per questo sono usati con intenti differenti.

La neurochimica della contrazione muscolare non può essere estesa per comprendere il significato contestuale di un segno espressivo e comunicativo come il sorriso o un finto zoppicare. Che se sottratti al loro contesto potrebbero apparire incomprensibili. Il sapere utilizzabile per correggere un movimento disarmonico non ci fa capire quanto quel movimento possa, ad esempio, essere anche influenzato dal tentativo che fa l'attore/paziente per renderlo meno evidente, di simularlo, di dissimularlo o di accentuarlo. La discriminante epistemica ci dice a quale finestra appropriata affacciarci e quali occhiali o saperi pertinenti utilizzare.

Il problema semantico delle azioni e dei pensieri umani, configurabili come gesti, per quanto possano essere giudicati strani e anomali, non sono totalmente riducibili ai meccanismi neuromuscolari che li rendono possibili. Le stampelle, pur nella loro efficacia, non è detto che siano sufficienti a fornire spiegazioni sulle ragioni che portano al loro uso. Dall'altro il ricorso alle Amfetamine o alla Cocaina, utilizzati come psicostimolanti adrenergici o simpaticomimetici, serve per meglio fare una rapina ma non spiegano l'agire criminale.

Così il processo biochimico legato ai 'Gaba', che fa della benzodiazepine un riduttore dell'ansia, non è sufficiente per spiegare le ragioni di una reazione ansiosa. Il Viagra non funziona se manca un'attribuzione di significato erotico alla relazione interpersonale in atto. Gli effetti dovuti alla Dopamina, agli oppioidi, ai cannabinoidi endogeni, all'Acetilcolina, alla Serotonina o agli adrenergici e ad altri meno citati, modificano uno stato, indirizzano una reazione psicofisiologica, ma non si tramutano in comportamenti finalizzati. Il salto dal fisico al metafisico non è stato ancora possibile spiegarlo. Lo ha ben dimostrato e spiegato in due libri un neuropatologo Antonio R. Damasio ("L'errore di Cartesio", "Emozione e Coscienza", Adelphi, 1995 - 2000). *"Mi piacerebbe poter affermare - scrive Damasio - che si sa con certezza in qual modo il cervello produce la mente, ma non sono in grado di farlo e temo che nessuno lo sia"* (p.349). Quindi non sembra possibile riportare in modo lineare e certo, un'azione socialmente significativa agli effetti di una causa neurochimica netta, lineare e definita. Da considerare che la via chimica non è l'unica via neurologica accanto ad altre sconosciute, e poi scrive ancora Damasio, *"la neurobiologia del sentimento richiede necessariamente la comprensione del sentimento..."*. Come dire che per capire un sentimento e il suo significato bisogna passare ad un altro livello, ad una costruita e interpretabile realtà di second'ordine, semiologica e sociale. Scrive Damasio, *"dire che ridurre la depressione a un enunciato sulla disponibilità di serotonina o di norepinefrina in generale (enunciato molto popolare, nei giorni e nell'epoca del Prozac) è rozzo in modo intollerabile"* (p. 230).

Come ha scritto P. Deniker, “*si può affermare che i neurolettici diminuiscono certi fenomeni della schizofrenia, ma non possono essere considerati un trattamento eziologico per questa psicosi*”. Ovvero un trattamento che incide sulle sue cause. Che forse proprio il concetto di ‘causa’ ci preclude. Kennet Kendler ribadisce: “*siamo andati alla ricerca di semplici spiegazioni neurochimiche per i disturbi psichiatrici e non le abbiamo trovate*”. Come dire che le congetture sugli alti livelli di Dopamina per la schizofrenia e i bassi livelli di Serotonina per la depressione, pur avendo permesso di mettere a punto un’ampia classe di psicofarmaci con qualche efficacia sintomatica, non si sono rivelate pienamente esplicative e predittive per certi modi di essere e di fare, di percepire e di dire. Congetture categoriali che circoscriviamo classificandole con termini come schizofrenia o depressione. Le forbici linguistiche non ritagliano l’intera realtà che nominiamo. Termini che ci consegnano al problema della loro ‘vaghezza ontologica’ e al fatto che una descrizione categoriale non è un ‘fatto in sé’, non il punto di partenza per cercare una spiegazione e dimostrazione oggettiva della sua effettiva esistenza. Che esiste in quanto nominata e nominabile. Etichette diagnostiche che molto probabilmente non coincidono su come Tizio si sente, non coincidono con le interazioni neurologiche, e con i loro vari e possibili livelli, molecolari, cellulari e delle reti neurali, sistemici e funzionali, comprese le variazioni individuali. Del resto sono note le difficoltà con cui si sono scontrate le vecchie ricerche sulla induzione delle psicosi sperimentali. Ricerche abbandonate da tempo.

Quel che invece sembra certo è che qualsiasi stimolazione duratura sul sistema nervoso tende a modificarlo. Anche da un trattamento protratto con farmaci psicoattivi emergono e si affermano col tempo, sostanziali e durature alterazioni o a livello molecolare, o cellulare, o delle reti neurali, o delle relative funzioni. Quindi abbiamo detto: a) che un farmaco che agisce in modo efficace sui sintomi, almeno inizialmente, non va scambiato per una evidente dimostrazione che l’intero processo sia della stessa natura degli espedienti farmacologici utilizzati; b) che un trattamento farmacologico protratto crea degli adattamenti che possono accentuare il problema trattato o alcune sue parti o avere effetti collaterali dannosi con l’impossibile ripristino delle condizioni iniziali pre-disturbo. Poi per una medicina basata sulla ‘prova’ è imbarazzante non tanto per non avere prove esaustive e convincenti, ma nel constatare che la natura della cura può generare la natura cronicizzata della malattia che si pensava di curare (si veda la notevole documentazione prodotta da Robert Whitaker, in bibliografia). Ciò non toglie, come diceva un amico, che “una pillola di Xanax o di altro non la si nega a nessuno, ma solo per un tempo molto limitato, e nessuno si deve aspettare dei miracoli”. Potremmo chiudere richiamandoci alla citazione iniziale di questo editoriale e dire che “forse la gioia chimica e utopica sempre promessa non fa parte delle cose di questo mondo, almeno del nostro”.

Riferimenti bibliografici

Beneduce, R. (2013). *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, “aut aut” 357, pp.187-211.

- Carlowe, J. (2015). *La felicità dal rubinetto*, BBC Science, n. 27, aprile 2015, p.43.
- Cipriano, P. (2013). *La fabbrica della malattia mentale*, Elèuthera, Milano.
- Cipriano, P. (2015). *Il manicomio chimico*, Elèuthera, Milano.
- Damasio, A.R. (1994). *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano.
- Disertori, B. & Piazza, M. (1974). *Trattato di psichiatria e socio-psichiatria*, Edit. Liviana, Padova.
- Julien, R.M., Advokat, C.L. & Comaty, J.E. (2015). *Droghe e farmaci psicoattivi*, Zanichelli, Bologna. 1^a ediz. it. 1997-2001. 2^a ediz. it. 2013.
- Marazziti, D., Akiskal, H. S., Rossi, A. & Cassano, G. B. (1999). Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love, *Psychological Medicine*, 29 (3), 741-745.
- Marazziti, D., Dell'Osso, B., Baroni, S., Mungai, F., Catena, M., Rucci, P., Albanese, F., Giannaccini, G., Betti, L., Fabbrini, L., Italiani, P., Del Debbio, A., Lucacchini, A., ... Dell'Osso, L. (2006). A relationship between oxytocin and anxiety of romantic attachment. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 2, 28. doi:10.1186/1745-0179-2-28
- Salvini, A., Testoni, I. & Zamperini, A. (2002). *Droghe. Tossicofilie e Tossicodipendenza*. Utet Libreria.
- Whitaker, R. (2013). *Indagine su un'epidemia*, Fiorini, Roma.