

TESTI DI PETER BREGGIN

1 premessa: Chi è Peter Breggin

2 I principi cerebro-disabilitanti

3 l' olocausto psichiatrico

4 gli psicofarmaci

Peter R. Breggin è un medico psichiatra ma fa parte del piccolissimo gruppo di psichiatri che critica aspramente - con argomenti medici - il grosso della Psichiatria. Da parecchi decenni attivo negli Usa ha denunciato in pubblicazioni mediche sia i danni prodotti dall'elettrochoc, che recentemente, a cominciare da "Toxic Psychiatry" 1992/94, i danni prodotti dagli psicofarmaci. Ha fondato un gruppo scientifico permanente in proposito (vedi nel suo sito, www.breggin.com)

Da " **I principi cerebro-debilitanti dei trattamenti psichiatrici – Droghe, Electroshock, e il ruolo della FDA**" – Springer Publishing Company (1997) –

Nell'ultimo decennio è aumentato continuamente il ricorso agli psicofarmaci, non solo all'interno della psichiatria, ma nella medicina nel suo complesso, e persino nell'ambito scolastico. Praticamente ogni paziente che viene ricoverato in una struttura psichiatrica è incoraggiato o forzato a prendere tali farmaci. C'è una tendenza all'interno della psichiatria a rendere più semplice la costrizione di pazienti ad iniezioni di farmaci a lento rilascio (e lunga azione) per una cura extra-ospedaliera. È usanza comune degli psichiatri privati dare ai pazienti un farmaco durante la prima visita e spiegare loro che avranno bisogno di farmaci per tutta la vita. Medici di famiglia, internisti e altri medici prescrivono in gran quantità antidepressivi e tranquillanti minori. Professionisti non medici, come gli psicologi e gli assistenti sociali, si sentono obbligati a consigliare ai loro pazienti una valutazione di trattamento psicofarmacologico. In questo maniera la medicalizzazione farmacologia porta aggressivamente all'esclusione della psicoterapia. Farmaci per adulti vengono prescritti in quantità sempre maggiori ai bambini.

Anche i non professionisti si sono uniti all'entusiasmo per gli psicofarmaci. A causa del supporto dei mass-media a questa campagna a favore dei farmaci e delle campagne pubblicitarie e di

promozione delle case farmaceutiche, i pazienti spesso arrivano allo studio del dottore avendo già in mente il nome di una medicina. I docenti spesso raccomandano agli alunni una valutazione di trattamento psicofarmacologico.

Come un aspetto di questo complessivo riemergere della bio-psichiatria, l'elettroshock è diventato sempre più popolare. Persino la psicoturgia trova nuovamente chi parla in favore di essa (vedi Breggin & Breggin, 1994b).

Questa "rivoluzione del farmaco" vede gli psicofarmaci come qualcosa che alla lunga è più utile che dannoso, persino come una cura in senso assoluto. Alla stessa stregua dell'insulina o della penicillina, essi sono visti come un trattamento specifico per una specifica malattia. Spesso viene detto che tali farmaci correggono degli squilibri biochimici nel cervello. Queste ipotesi hanno creato un ambiente in cui è difficile porre l'accento sugli effetti nocivi dei farmaci; criticare per principio gli psicofarmaci è ormai considerata un'eresia, poco diffusa per giunta...

Questo libro difende un punto di vista decisamente differente, ossia che gli psicofarmaci svolgono il loro ruolo essenzialmente causando disfunzioni cerebrali, e che a lungo andare fanno molto più male che bene. Mostrerò che gli psicofarmaci non sono trattamenti specifici per nessuna specifica malattia mentale. Invece di correggere squilibri biochimici, gli psicofarmaci ne causano a loro volta cause, a volte in maniera permanente.

La critica in questo libro coincide con un punto di vista alternativo, cioè che gli approcci sociali, educativi e spirituali sono i più utili nell'aiutare gli individui a superare i propri problemi personali e a vivere una vita più piena di significato. Ho già descritto altrove alcuni di tali approcci (Breggin, 1991a, 1992a, 1997; Breggin & Breggin, 1994; Breggin & Stern, 1996). Molti altri hanno continuato a dar voce, da differenti punti di vista, ad un forte criticismo del modello organicista e dei trattamenti medici (Armstrong, 1993; Breeding, 1996; Caplan, 1995; Cohen, 1990; Colbert, 1995; Fisher & Greenberg, 1989; Grobe, 1995; Jacobs, 1995; Kirk & Kutchins, 1992; Modrow, 1992; Mosher & Burti, 1989; Romme & Escher, 1993; Sharkey, 1994). Qui voglio ribadire i presupposti impliciti usati per giustificare i trattamenti con farmaci e con elettroshock in psichiatria, e per documentare i loro effetti di debilitazione e danneggiamento e del cervello..

I principi che sono introdotti in questo capitolo saranno documentati ed elaborati lungo tutto il corso del libro.

I principi cerebro-debilitanti dei trattamenti

I moderni trattamenti farmacologici dalla psichiatria guadagnano la loro credibilità da alcune assunzioni che sia i professionisti che i profani spesso accettano nella stessa maniera come se fossero provate scientificamente. Queste assunzioni sottintese in realtà sono dei miti: falsità sulle quali si regge un sistema di pensiero e un insieme di pratiche. In contrasto con questi miti, questo libro identifica le basi di funzionamento della psicofarmacologia che sono state provate con

evidenze cliniche e scientifiche. Mentre questo libro nella sua interezza fornisce le prove di questi principi, questo capitolo li riassume:

I. Tutti i trattamenti biopsichiatrici hanno in comune la maniera in cui esplicano la loro azione, ossia il danneggiamento e l'alterazione delle normali funzioni cerebrali.

I farmacologi parlano di un indice terapeutico delle medicine, il rapporto fra gli effetti benefici e quelli tossici. In realtà i trattamenti biochimici sul cervello sono tali che l'effetto tossico e quello terapeutico coincidono. Lo stesso dicasi per l'elettroshock e la psicotomia.

Da quello che sappiamo dalla neurologia appena una sostanza estranea entra in contatto col cervello, i suoi effetti tossici si manifestano subito anche come effetti psicoattivi. Senza tossicità il farmaco non avrebbe alcun effetto psicoattivo.

II Ogni intervento biopsichiatrico causa disfunzioni cerebrali generalizzate

Sebbene trattamenti specifici hanno effetti differenti e riconoscibili sul cervello, essi hanno in comune la capacità di produrre disfunzioni generalizzate con qualche grado di danneggiamento su tutto lo spettro delle funzioni emotive e intellettuali. A causa del fatto che il cervello è altamente integrato, non è possibile disabilitare in maniera circoscritta alcune funzioni cerebrali senza danneggiarne varie altre. Per esempio, anche la produzione di una leggera mancanza di sensibilità emozionale, di letargia, o di senso di stanchezza, danneggia le funzioni cognitive quali l'attenzione, la concentrazione, la prontezza di riflessi, la coscienza di sé stessi e la sensibilità sociale.

Elettroshock e psicotomia ovviamente producono sempre disfunzioni generalizzate. Alcuni farmaci a volte possono non produrre tali effetti se vengono presi a dosaggi minimi, ma è anche vero che difficilmente esplicano il loro effetto terapeutico a quei dosaggi.

III. I trattamenti biopsichiatrici esplicano i loro effetti "terapeutici" danneggiando le più alte funzioni umane, inclusa la reattività emozionale, la sensibilità sociale, l'autocoscienza e la capacità di auto-comprensione, l'autonomia e l'autodeterminazione. Effetti più drastici possono essere apatia, euforia e una sorta di indifferenza tipica delle persone lobotomizzate.

Le più alte funzioni mentali, psicologiche e spirituali sono danneggiate dagli interventi biopsichiatrici. Questo danno è causato da una parte da una disfunzione generalizzata del cervello, e dall'altra da specifici effetti sul lobo frontale, il sistema limbico e altre strutture. A volte si arriva a una indifferenza tipica delle persone lobotomizzate nei confronti di sé stessi e degli altri, una sindrome che io ho chiamato "deattivazione".

I trattamenti biopsichiatrici sono considerati efficaci quando i medici e/o i pazienti preferiscono uno stato di funzionalità cerebrale ridotta e quindi di minore capacità mentale, minore espressione emozionale. Se l'individuo trattato con psicofarmaci riferisce sentimenti ancora più forti e potenti, questo è molto probabilmente causato da una stima irrealistica di quello che succede, da una danneggiata capacità di giudizio, o euforia. Quando pazienti che assumono una terapia in "dose di mantenimento" non provano nessun effetto, o la dose è troppo bassa per avere un effetto clinico o il paziente è in grado di percepire l'effetto del farmaco.

IV. Ogni trattamento biopsichiatrico produce i suoi effetti primari ed essenziali di danneggiamento del cervello su ogni persona, compreso volontari e pazienti con differenti diagnosi psichiatriche.

A dispetto delle radicate convinzioni di chi propone gli psicofarmaci, non ci sono specifici effetti psicoattivi dei farmaci per specifici disordini mentali.

Esiste ovviamente una certa varietà biologica e psicologica nella maniera in cui la gente risponde ai farmaci, all'elettroshock, persino alla lobotomia o ad un'accidentale incidente alla testa. Ad ogni modo, come principio generale, gli interventi biopsichiatrici hanno effetti non specifici che non dipendono dallo stato mentale della persona che li assume. Per esempio, sarà mostrato che i neurolettici e il litio hanno lo stesso effetto su pazienti, animali e volontari.

V. I pazienti rispondono ai trattamenti cerebro-debilitati con le loro proprie reazioni psicologiche, come apatia, euforia, accondiscendenza o risentimento.

C'è una qualche variazione nel modo in cui gli individui rispondono ai farmaci. Per esempio lo stesso antidepressivo addormenterà una persona e ne ecciterà un'altra. Il Ritalin rende tranquilli molti bambini, ma agita gli altri.

Può essere molto difficile separare le risposte indotte dai farmaci da quelle indotte dalla nostra psicologia. Per esempio, quasi tutti gli antidepressivi possono causare euforia e mania. Allo stesso tempo, alcune delle persone che ricevono questi farmaci hanno le loro proprie tendenze a sviluppare certi stati mentali. Similmente una varietà di farmaci sono capaci di generare agitazione e ostilità nei pazienti, tali risposte possono anche essere sviluppate senza farmaci. La docilità e l'accondiscendenza che sono state osservate in seguito alla somministrazione dei neurolettici può essere causata dalla sindrome da deattivazione indotta dai farmaci, ma può anche derivare dal fatto che il paziente si rende conto che una ulteriore resistenza è futile o pericolosa.

Più in là nel corso di questo capitolo, introdurrò il concetto di "iatrogenic helplessness and denial" riguardo all'effetto combinato degli effetti neurologici e psicologici dei trattamenti biopsichiatrici. Nel capitolo 11, discuterò alcuni criteri per determinare che un farmaco in sé stesso può causare una risposta mentale ed emozionale anormale, incluso un comportamento distruttivo.

VI. Le sofferenze mentali ed emotive ordinariamente trattate con interventi biopsichiatrici non hanno cause genetiche o biologiche.

A dispetto di più di due secoli di ricerca intensiva, di nessun disordine psichiatrico comunemente diagnosticato è stata scoperta una causa genetica o biologica, inclusa la schizofrenia, la depressione, il disordine maniaco-depressivo, i vari disturbi dell'ansia, e i disordini dei bambini come il disturbo dell'attenzione-iperattività.

Al momento per quanto ne sappiamo non ci sono squilibri biochimici nelle menti dei pazienti psichiatrici fino a quando non vengono somministrati loro i farmaci. È puramente speculativo ed è persino naif asserire che antidepressivi come il Prozac correggono una neurotrasmissione serotoninergica ipoattiva (uno squilibrio biochimico della dopamina), o che neurolettici come l'Haldol correggono neurotrasmissioni dopaminergiche iperattive (uno squilibrio della dopamina). Il fallimento del tentativo di dimostrare l'esistenza di una qualsiasi anomalia nei pazienti psichiatrici, a dispetto di decenni di sforzi intensivi, suggerisce che tali difetti biologici non esistono.

Teoricamente è possibile che si scopra in futuro che alcuni dei problemi trattati dagli psichiatri abbiano una base biologica. Per esempio le funzioni mentali spesso migliorano quando alcuni disordini fisici, come l'ipotiroidismo o la Cushing's Syndrome, sono adeguatamente trattati.

Ad ogni modo, la grande maggioranza dei problemi ordinariamente trattati dagli psichiatri non sembra neanche lontanamente legata a malattie del cervello (vedi i capitoli 5 e 9). Per esempio, essi non producono i deficit cognitivi a livello della memoria o del ragionamento astratto caratteristici dei disordini cerebrali. Essi non sono accompagnati da febbre o da segni di malattia rilevabili tramite accertamenti di laboratorio. Al contrario, test neurologici e neuropsicologici generalmente indicano [nei cosiddetti "malati di mente"] funzioni cerebrali nella norma o al di sopra della norma, e anche il corpo risulta essere in salute. È molto difficile pensare che alcuni dei problemi ordinariamente trattati dagli psichiatri siano basati su malfunzionamenti del cervello piuttosto che da esperienze di vita di individui con cervelli normali.

Se di alcuni pazienti diagnosticati come depressi o schizofrenici si scoprisse che abbiano leggeri squilibri biochimici, questo non giustificherebbe le correnti pratiche biopsichiatriche. Dato che queste supposti squilibri non sono stati ancora identificati, non ha alcun senso dare farmaci tossici, inclusi gli antidepressivi e neurolettici attualmente disponibili, dato che tutti danneggiano notevolmente le funzioni cerebrali.

L'idea che uno stato irrazionale o di stress emotivo sia causato funzioni cerebrali danneggiate ed alterate è semplicemente falso. Una analogia con la televisione può illustrare perché sia così. Se un programma televisivo è offensivo o irrazionale, ciò non vuol dire che qualcosa sia guasto nella struttura o nell'elettronica del televisore. Non ha senso attribuire il cattivo programma televisivo a una cattiva programmazione a una cattiva struttura. Similmente, una persona può essere molto disturbata psicologicamente senza che ci sia nessun corrispondente difetto nella struttura

cerebrale. Ad ogni modo, l'argomento è irrilevante, dato che nessun intervento biopsichiatrico contemporaneo può dimostrare realmente di correggere una disfunzione cerebrale nella stessa maniera in cui un esperto di elettronica può mettere a posto un televisore. Invece noi somministriamo ciecamente sostanze tossiche a un cervello che è molto più delicato e vulnerabile di un televisore. Addirittura noi usiamo l'elettroshock o mutiliamo il cervello in una maniera che allarmerebbe un riparatore o un venditore di TV, dato che corrisponde al danneggiamento del televisore stesso.

È stato spesso ipotizzato che persone che soffrono di disturbi emozionali estremi, come allucinazioni e paranoie, o impulsi omicidi e suicidi, siano sufficientemente anormali da far pensare all'esistenza di una causa biologica del loro comportamento. Tuttavia la vita emozionale degli esseri umani ha sempre incluso un largo spettro di attività mentali e comportamentali. Che un particolare stato mentale o una particolare azione sia eccezionalmente irrazionale e distruttiva, non indica di per sé una causa fisica. D'altronde se certi comportamenti estremi necessitassero una spiegazione biologica, allora sarebbe nostro dovere reagire con comportamenti estremamente etici, razionali, e amorevoli a tali situazioni, dato che sono così rare nella vita umana.

Il fatto che un farmaco funziona, cioè, influenza il cervello e la mente in una maniera che sembra positiva, non conferma il fatto che tale individuo soffra di un sottostante disordine biologico. In tutta la storia conosciuta, gli individui hanno medicato sé stessi per una varietà di ragioni psicologiche e spirituali, dalla richiesta di uno stato superiore di conoscenza al desiderio di una vita più sopportabile. Bevande alcoliche, caffè e te, tabacco, e marijuana sono comunemente consumati dalla gente per aumentare il loro senso di benessere. Lo stesso non c'è nessun motivo di credere che i risultati che essi ottengono siano dovuti ad un sottostante squilibrio biochimico.

VII. Se un disordine del cervello o della mente affligge già un individuo, gli interventi biopsichiatrici attualmente disponibili peggiorano il disordine.

I trattamenti biopsichiatrici attualmente disponibili non sono specifici per nessun disordine conosciuto del cervello. Senza eccezione essi disabilitano le normali funzioni cerebrali senza correggere nessuna anormalità del cervello. Di conseguenza se un paziente sta soffrendo di un qualche noto disordine cerebrale, i trattamenti biopsichiatrici possono solo peggiorarlo. Un esempio classico è la somministrazione di Haldol per controllare i soggetti emozionalmente alterati che soffrono di Alzheimer. Invece che diminuire i sintomi della malattia il farmaco aggrava la demenza.

Dopo che i farmaci psichiatrici sono stati sviluppati e commercializzati dalle aziende farmaceutiche, vengono fatti tentativi di giustificare il loro uso sulla base di presunti squilibri biochimici. Per esempio si è detto che il Prozac attui i suoi benefici effetti migliorando la neurotrasmissione serotonergica. Anche l'elettroshock e la lobotomia sono giustificati dicendo che tali interventi correggono gli squilibri biochimici. Non c'è nessuna evidenza che queste

intrusioni correggano uno squilibrio biochimico. Una vasta gamma di agenti cerebro debilitanti sono usati per trattare ogni tipo di disordine, qualsiasi cosa dal Prozac allo Xanax fino all'elettroshock è prescritto per la depressione, e ogni trattamento finisce per compromettere numerose funzioni cerebrali. In realtà, tutti gli interventi biopsichiatrici attualmente disponibili causano un danno diretto al cervello e quindi alla mente senza correggere nessuna disfunzione a noi nota.

VIII. I trattamenti biopsichiatrici individuali non sono specifici per i particolari disordini mentali.

È stato spesso detto che la psichiatria ha trattamenti specifici per specifiche categorie diagnostiche: per esempio, i neurolettici per la schizofrenia, li antidepressivi per la depressione, i tranquillanti minori per l'ansia, il litio per la mania, e gli stimolanti, come il Ritalin, per deficit dell'attenzione-iperattività. Nella pratica attuale il fatto che molti individui etichettati come schizofrenici vengano inizialmente trattati con neurolettici o che i cosiddetti depressi vengano trattati con antidepressivi, dipende in parte da una convenzione all'interno della professione.

Quando un farmaco sembra più efficace rispetto a un particolare disordine, questo spesso dipende dal fatto che esso abbia un effetto soppressivo o energizzante sul SNC. Per esempio, se i pazienti cosiddetti depressi sono giù sia emotivamente che fisicamente, dare loro un neurolettico che causa ritardi a livello psicomotorio tenderà a farli peggiorare. Di questi pazienti si dice facilmente che sembrano migliorare quando vengono stimolati artificialmente. D'altra parte se i pazienti "schizofrenici" sono agitati e difficili da controllare, non avrebbe senso dare loro degli stimolanti. Di questi si dice che sono migliorati se assumono un neurolettico che riduce o appiattisce la loro risposta emotiva complessiva. Questi effetti di massima ad ogni modo sono ben lontani dall'essere risposte specifiche per malattie specifiche.

IX. Il cervello cerca di compensare fisicamente gli effetti disabilitanti degli interventi bio-psichiatrici, il che porta frequentemente all'insorgere di effetti collaterali negativi che si sommano a quelli già presenti, oltre alla difficoltà di sospensione del trattamento [**fenomeni di dipendenza**]

Il cervello non accetta favorevolmente i farmaci psichiatrici come se fossero delle benefiche delle sostanze nutritive. Invece il cervello reagisce ad esse come fa con un qualsiasi agente tossico e cerca di sopraffare il loro impatto distruttivo. Per esempio quando il Prozac induce un eccesso di serotonina nella connessione sinaptica, il cervello compensa riducendo la fuoriuscita di serotonina nelle terminazioni nervose e riducendo il numero di recettori nella sinapsi che può ricevere la serotonina. Similmente, quando l'Haldol riduce la reattività nel sistema dopaminergico, il cervello compensa, producendo iperattività nello stesso sistema in cementando il numero e la sensibilità dei recettori della dopamina.

È difficile se non impossibile determinare accuratamente la sottostante condizione psicologica di una persona che sta assumendo farmaci psichiatrici. Ci sono così tanti fattori che complicano la faccenda, inclusi gli effetti di disabilitazione cerebrale dei farmaci, le reazioni compensatorie del cervello e la risposta psicologica dei pazienti all'assunzione dei farmaci.

A causa del fatto che il cervello cerca di compensare l'effetto di molti farmaci psicoattivi, i pazienti possono avere difficoltà ad abbandonare la maggior parte dei trattamenti psichiatrici. Fisicamente, il cervello non può riprendersi dall'effetto dei farmaci così velocemente come il farmaco può essere repentinamente tolto, e così il meccanismo compensatorio può avere bisogno di settimane o mesi per tornare alla normalità dopo che il farmaco è stato abbandonato. A volte, come succede nella discinesia tardiva, il cervello non riesce più a tornare alla normalità. Psicologicamente i pazienti hanno paura che le loro sofferenze emozionali peggiorerà senza farmaci. Gli può essere stato detto dagli psichiatri che essi hanno bisogno di medicine per il resto della loro vita. Ciò può rendere l'abbandono dei farmaci ancora più difficile.

X. Pazienti soggetti a interventi biopsichiatrici spesso mostrano poca capacità di giudizio sugli effetti positivi o negativi del trattamento sulle loro funzioni cerebrali.

Disfunzioni cerebrali generalizzate tendono a ridurre l'abilità individuale a percepire la disfunzione. Persone danneggiate [dall'uso dei farmaci o altre sostanze tossiche] non solo tendono a minimizzare la loro disfunzione, ma spesso hanno una visione di sé stessi come se funzionassero meglio che mai. Gli individui intossicati dall'alcool, per esempio, spesso mostrano poca capacità di giudizio nello stimare la loro capacità di guidare un'automobile o di portare avanti una conversazione sensata. Molte persone che fumano regolarmente marijuana credono che essa migliori le loro funzioni psicologiche e sociali, ma se smettono di assumerla, diviene chiaro a loro stessi che la loro memoria, prontezza mentale, la sensibilità emozionale, la capacità di relazionarsi socialmente, sono stati danneggiati durante il periodo di assunzione della droga. Le persone intossicate con stimolanti, come l'anfetamina, possono sentire di avere capacità superiori o addirittura superumane, mentre in realtà sono spesso seriamente danneggiate. Lo stesso è vero per tutti i farmaci psichiatrici. Spesso il paziente si rende poco conto del grado di danno mentale o emozionale fino a quando il farmaco non viene sospeso per qualche tempo e il cervello ha il tempo di ristabilirsi.

Nella mia esperienza di esperto medico clinico e forense, ho visto pazienti rimanere per anni in uno stato di seria intossicazione a causa di uno o più farmaci senza che se ne rendesse conto. Attribuendo le loro condizioni alle loro stesse risposte emozionali o a fattori di stress ambientale, essi posso persino chiedere più medicine.

Dopo l'elettroshock o la psicotomia, i pazienti possono anche non capire la causa iatrogena della loro disfunzione mentale e credere di avere bisogno di ulteriori interventi.

La difficoltà a percepire l'estensione del danneggiamento indotto dal trattamento può avere numerose cause psicologiche e fisiologiche.

Rifiuto psicologico. Gli individui sopraffatti da sofferenza emotiva facilmente negano la loro disfunzione psicologica. Non vogliono ammettere di essere seriamente danneggiati a livello mentale. Se essi sperano di sentirsi meglio usando un farmaco, la negazione può essere ulteriormente rinforzata.

Effetto Placebo. I pazienti hanno fede nel fatto che gli interventi biopsichiatrici saranno utili piuttosto che dannosi, e ciò fa sì che non vogliano vedere le disfunzioni indotte dal farmaco o che le attribuiscono ai loro problemi emozionali.

Complicità. In misura molto notevole, i pazienti riferiranno ai dottori quello che i dottori vogliono sentire. Se uno psichiatra chiaramente vuole sentirsi dire che il farmaco è utile, e non dannoso, molti pazienti saranno accondiscendenti dando false informazioni o nascondendo ogni evidenza contraria.

Confusione psicologicamente indotta. Individui psicologicamente alterati possono facilmente perdere la loro capacità di giudizio riguardo al peggioramento delle loro condizioni. Essi possono persino scambiare un negativo effetto collaterale del farmaco, come l'ansia causata da un tranquillante minore o la depressione causata da un narcolettico, per un peggioramento delle loro condizioni emotive. Tipicamente essi se la prendono con sé stessi invece che con le medicine. Questa confusione è abettata quando il medico esagera nel vantare al paziente i benefici del farmaco e non informa il paziente dei suoi potenziali effetti collaterali.

Confusione indotta dai farmaci. Quasi tutti gli interventi bio-psichiatrici possono a volte indurre confusione, danneggiando la comprensione da parte del paziente delle disfunzioni mentali indotte dai farmaci.

Anosognosia indotta dai farmaci. Anosognosia è un termine che si riferisce alla capacità del danno cerebrale di causare la negazione delle funzionalità perdute. L'anosognosia è un segno della disabilitazione del sistema nervoso centrale (CNS) (vedi sotto e al capitolo 5). Essa ha basi fisiche in aggiunta ad una base psicologica.

XI. I medici che prescrivono gli interventi biopsichiatrici spesso hanno un concetto non realistico dei loro rischi e dei loro benefici.

In anni recenti, dubbi sono stati sollevati sull'obiettività delle prove cliniche nelle quali i farmaci vengono comparati coi placebo o con altri trattamenti alternativi. Troppo spesso i ricercatori sono influenzati dalle loro inclinazioni inconsce.

Se gli studi clinici e scientifici possono essere distorti dai pregiudizi di chi li porta avanti, è ancora più facile che la pratica clinica quotidiana sia affetta dalle speranze e dalle aspettative del medico prescrivente. Moltissimi medici hanno prescritto farmaci per anni con entusiasmo eccessivo, prima che si provasse che gli agenti chimici dei farmaci sono inutili o inaccettabilmente pericolosi. Le anfetamine, per esempio, furono liberamente dispensate per molti anni a milioni di pazienti sia per la depressione che per il controllo del peso senza nessun riguardo per la loro mancanza di efficacia e per la dipendenza che esse inducevano nelle persone trattate. Similmente, i tranquillanti minori, quali il valium, furono dati a milioni di pazienti prima che la professione riconoscesse che essi hanno pochi o nessun effetto a lungo termine e che possono creare dipendenza. Sia la psicotomia che l'elettroshock continuano ad essere utilizzati, nonostante gli ovvi devastanti effetti sulla vita mentale dei pazienti e nonostante l'assenza di prove della loro efficacia.

IMPOTENZA E RIFIUTO DI AMMETTERE LA VERITÀ: "IATROGENIC HELPLESSNESS AND DENIAL (IHAD)"

Ho coniato il termine iatrogenic helplessness and denial (IHAD) per designare il principio guida degli interventi biopsichiatrici. (Breggin, 1983b). Esso descrive come gli interventi biopsichiatrici usano tecniche autoritarie, rinforzate da interventi di debilitazione del cervello, per produrre una sempre maggiore impotenza e dipendenza da parte del paziente.

L' IHAD include la mutua negazione del paziente e del medico sull'impatto dannoso dei trattamenti, così come la loro mutua negazione dei problemi sottostanti psicologici e situazionali del paziente. Soprattutto, l' IHAD spiega la frequenza con cui è stato possibile alla psichiatria utilizzare tecniche che danneggiano il cervello come, l'elettroshock e la psicotomia, così come farmaci tossici.

Prima che il potenziale paziente incontri uno psichiatra, lui o lei si è spesso sentito impotente per qualche periodo di tempo. Nella mia formulazione, l'impotenza è il comune denominatore di tutti i fallimenti psichiatrici. L'impotenza è al centro della maggior parte degli approcci auto-degradanti alla vita (Breggin, 1992a, 1997). La gente che si sente senza speranza, impotente tende ad abbandonare l'uso della ragione, dell'amore, e dell'autodeterminazione, per soprafare la sofferenza emozionale, i conflitti interni e gli stress della vita reale. Essi invece cercano risposte altrove, fuori da loro. Nei tempi moderni questo significa spesso rivolgersi agli "esperti".

L' IHAD va molto più in là di una suggestione relativamente benigna (quale può essere utilizzata in medicina e in psichiatria, per esempio, per aiutare a far fronte al dolore fisico o alla dipendenza). Per prima cosa, nell' IHAD lo psichiatra compromette il cervello del paziente, rafforzando la sottomissione del paziente alla suggestione attraverso una disfunzione fisica e mentale. Secondariamente, nell' IHAD lo psichiatra rinnega egli stesso gli effetti dannosi del trattamento così come gli ancora presenti problemi psicologici o situazionali del paziente.

Spesso la negazione è accompagnata da confabulazione — l'uso da parte del paziente di razionalizzazioni o di varie "storie di copertura" per nascondere l'entità della disfunzione mentale. La confabulazione è ben compresa in psichiatria e neurologia, ma è generalmente ignorata in riguardo agli effetti indotti dai trattamenti. Molti pazienti confabulate sui buoni risultati della terapia farmacologica quando essi sono ovviamente danneggiati da essa.

La negazione è strettamente legata all'indifferenza. A volte è difficile dire se il paziente non si preoccupa, o se egli si preoccupa così tanto che non può sopportare di affrontare le sue disfunzioni fisiche e mentali. La negazione è anche legata all'euforia. Dopo la lobotomia o l'elettroshock, e a volte durante il trattamento farmacologico, il paziente può sviluppare un irrealistico sentimento positivo.

La negazione è una delle più primitive risposte alle minacce. La persona evita di affrontare i problemi e quindi diviene incapace di risolverli. La negazione come difesa di base tende a causare una vita impotente, inadeguata.

Il danno cerebrale e la disfunzione, qualunque sia la causa, inclusi incidenti e malattie fisiche, spesso produce impotenza (helplessness) e rifiuto di affrontare la verità (denial); ma solo nella psichiatria il danno e la disfunzione vengono utilizzati come "trattamento" per produrre tali effetti disabilitanti.

CONCLUSIONE

Come ho discusso in libri precedenti (1991a, 1994a, 1994b), credo che i concetti di "malattia mentale" e "disordine mentale" siano fuorvianti, e che nessuno dei problemi comunemente trattati dagli psichiatri siano di origine genetica o biologica. I termini "schizofrenia" e "depressione" per esempio, sono basati su concetti la cui validità può essere confutata. Ad ogni modo, i principi della debilitazione delle funzioni cerebrali rimarrebbero validi anche se alcuni dei fenomeni mentali che vengono trattati si rivelasse avere delle basi biologiche o genetiche. Tutti i trattamenti biopsichiatrici attualmente disponibili — farmaci, elettroshock, e psicochirurgia — ottengono il loro effetto terapeutico danneggiando e disabilitando le normali funzioni cerebrali.

L' OLOCAUSTO PSICHIATRICO

La psichiatria inizia nel 17° secolo in Francia, col sistema degli ospedali statali per i malati di mente; prima della creazione di queste istituzioni non si può realmente parlare di psichiatria. Nei secoli 17° e 18° si assiste all'inizio della rivoluzione industriale ed alla crescita di grandi agglomerati urbani; in queste città ci sono poveri, gente bisognosa di aiuto, gente senza famiglia, disgraziati ed emarginati di ogni sorta, in un sistema sociale disorganizzato e marcato da una forte disoccupazione. Tutto ciò presentava un nuovo problema per le autorità.

Nel frattempo i lebbrosari erano divenuti vuoti in Francia e fu deciso di utilizzare tali strutture per prendersi cura, alloggiare ed eventualmente riabilitare gli emarginati sociali. Le leggi per questi posti detti in Francia "Ospedali generali" diedero il potere ad un dottore (volevano dare a questa istituzione una parvenza di assistenza medica) di amministrare l'ospedale e di portarvi dentro secondo il suo volere chiunque fosse bisognoso, cronicamente ammalato, disoccupato, matto.

La situazione negli istituti moderni è identica, ci sono stati solo alcuni pochi limiti in più posti sulle leggi, ma sostanzialmente abbiamo ancora dottori che hanno il potere di ricoverare esseri umani negli ospedali in grande numero sotto il pretesto della riabilitazione, e la maggior parte della gente ricoverata è povera; questa è la loro caratteristica principale, non sono necessariamente folli. Queste forme di ricovero coatto si svilupparono anche perché nel 17° e 18° secolo c'erano leggi che rendevano difficile rinchiudere ed etichettare un criminale; così delle leggi civili furono sviluppate senza nessuna delle usuali garanzie, e questo è vero ancora oggi.

Questo sistema di ricovero coatto prevedeva come prima cura di legare i pazienti e produrre forzatamente il vomito. Il "padre della psichiatria americana", Benjamin Rush, il quale fece morire per un salasso George Washington e fece morire rinchiuso in un manicomio il proprio figlio, inventò pure la "sedia tranquillizzante" che immobilizzava le persone facendole agonizzare per ore intere.

Quindi negli anni trenta fu scoperto che si poteva assaltare il cervello direttamente, il primo mezzo usato fu il coma da insulina: in seguito alla somministrazione di un'overdose di insulina il cervello perde il suo zucchero e inizia a morire; le cellule nervose avvizziscono e muoiono mentre il paziente è preso da convulsioni. E poi quando il paziente esce dal coma è grato per il suo succo d'arancia, grato per una piccola pacca sulla testa grato ed è docile per mesi. Ma troppi sono morti per coma da insulina, ed era molto costoso mantenere una persona in coma per ore, ci volevano infermieri che gli dessero ogni tanto dello zucchero in modo che non morissero. L'elettroshock non è altro in fondo che un'evoluzione di queste "tecniche".

Contemporaneamente un'altra idea si andava sviluppando, l'eugenetica, in nome della quale sono stati sterilizzati decine di migliaia di pazienti mentali. In questo campo l'America fu come un laboratorio per Hitler; un certo dottor Poponoe che era alla testa del più grande centro di pianificazione familiare negli USA spesso andava nella Germania nazista e riportava come veniva bene accettata la sterilizzazione di massa in America; in seguito egli si trovò ad elogiare i programmi eugenetici di Hitler.

In nome dell'eugenetica l'omicidio era ormai solo un piccolo passo da fare ancora. Una volta che le persone sono trattate come oggetti, lobotomizzate, sterilizzate, castrate, trattate con l'insulina e l'elettroshock, perché non ucciderle se sono degli esseri inutili?

Nella Germania, dove la psichiatria era più avanzata (e quindi la più crudele e oppressiva) apparve nel 1920 un libro di un professore di psichiatria, tale Hoche, dove veniva propugnata la tesi dello sterminio dei pazienti mentali, considerati degli "inutili mangiatori", un costo per lo stato. La realtà

è che l'olocausto di sei milioni di ebrei è strettamente legato allo sviluppo di certe pratiche psichiatriche.

Nel 1939 i grandi professori della psichiatria tedesca organizzarono un massiccio programma di eutanasia; vennero creati dei centri di sterminio i cui nomi non si trovano nei libri di scuola, come Sonnenstein e Hadamar. Spesso accadeva pure che i pazienti venivano portati negli ospedali statali solo per essere uccisi.

Quando i tedeschi iniziarono a protestare per questi fatti Hitler disse che lui non aveva niente a che fare con quei programmi, ed era vero, però quando furono formati i centri di sterminio, l'uccisione sistematica dei pazienti continuò negli stessi ospedali. Ma, cosa ancora più importante, usò l'esperienza degli psichiatri per addestrare le sue SS allo sterminio degli ebrei; questi fatti, al solito, scompaiono dai libri di storia. Come alcune frasi che sono scomparse dalla pubblicazione dei verbali del processo di Norimberga contro i crimini di guerra nazisti: "Se la psichiatria avesse preso una posizione di netta opposizione all'uccisione di massa dei pazienti tedeschi prima della guerra, c'è da pensare che l'intera idea e la tecnica dei centri di sterminio per il genocidio non si sarebbero materializzati". Le pronunciò il dotto Ivy, presidente dell'associazione medica americana.

Quando questi fatti vennero portati alla luce dal dottor Breggin nel 1974, Leo Alexander lo assalì violentemente in pubblico. Chi era Alexander? Lo psichiatra delegato ufficialmente dal governo americano a presenziare al processo di Norimberga, uno psichiatra che praticava l'elettroshock e la lobotomia e che aveva applaudito ai programmi di sterilizzazione di Hitler. Come ci si poteva aspettare allora che la psichiatria stessa venisse accusata al processo di Norimberga?

In Russia (almeno fino a qualche tempo fa) i dissidenti politici venivano ricoverati negli ospedali psichiatrici e trattati con psicofarmaci che distruggevano la loro capacità di pensare, di riflettere, persino di prendersi cura di sé stessi; questo è un fatto ben noto a tutti. Meno noto è invece il fatto che i farmaci impiegati in tali "trattamenti" sono gli stessi usati altrove per i comuni "malati di mente", primo fra tutto l'Haldol. Forse i farmaci che vengono usati in Russia per torturare i prigionieri politici hanno un effetto benefico sulle altre persone? Eppure gli psichiatri vogliono farlo credere.

Tratto da "**A BRIEF HISTORY OF PSYCHIATRY**" di Peter Breggin, Direttore del "Centro per lo Studio della Psichiatria" di Bethesda nel Maryland

GLI PSICOFARMACI

È ormai accertato, ed affermato anche dalla psichiatria ufficiale, che l'uso di psicofarmaci induce nei pazienti una malattia detta discinesia tardiva che comporta una notevole perdita di controllo sulle funzioni motorie del corpo. Ma ci sono voluti venti anni per la psichiatria (dal '53 al '73) per

dare un riconoscimento formale ai sintomi della discinesia anche se la maggior parte degli studi ora indica che un quarto, metà, o più dei pazienti trattati con farmaci soffre di questa malattia. Non c'è da meravigliarsi quindi se questa pseudo-scienza che si mantiene ormai coi soldi delle industrie farmaceutiche, ci metterà anche di più per riconoscere il danno che viene fatto alle facoltà mentali dei suoi pazienti. È molto più facile lasciarsi sfuggire l'esistenza dei "sintomi mentali" in individui per altro già considerati (arbitrariamente) folli, ed è molto più doloroso confrontarsi con la realtà che si stanno distruggendo non solo le funzioni fisiche, ma anche quelle mentali in milioni di umani.

Eppure alcune semplici considerazioni che si basano sui fondamenti della neurofisiologia dimostrano che è inevitabile che i farmaci producano danni ai centri principali della vita mentale.

Innanzitutto la discinesia è prodotta da un'alterazione delle funzioni della dopamina, una sostanza che è alla base della trasmissione dei messaggi fra le cellule cerebrali; siccome essa ha una funzione essenziale non solo nella regione striata del cervello dove è noto che si sviluppano i sintomi della discinesia tardiva, ma anche nelle zone dove risiedono le più importanti attività cerebrali non vi è nessuna ragione per credere che i danni causati dai farmaci vengano limitati alle sole attività motorie. Inoltre la regione in cui si sviluppa la discinesia non si limita alle funzioni di controllo motorio ma è anche legata agli ingressi sensoriali; il suo danneggiamento porta a un appiattimento emozionale e ad una indifferenza ed apatia simili a quelle causate dalla lobotomia (devastante tecnica di "cura" consistente nell'asportazione di una parte del cervello).

È anche ben noto in neuro fisiologia che tutte le neurotossine (agenti dannosi per le cellule nervose producono danni cronici e irreversibili dopo prolungate esposizioni, tanto quanto tende a fare l'alcool. I tranquillanti danneggiano in maniera complessiva le cellule cerebrali in un modo così ovvio da guadagnarsi il nome di "neurolettici", che è sostanzialmente equivalente a neurotossine. Se i tranquillanti non producono danni permanenti ai principali centri cerebrali allora essi sono le prime neurotossine ad avere evitato questo tragico effetto.

Infine ci sono dati probanti pure nelle pubblicazioni della psichiatria ufficiale; in esse si scopre che un'alta percentuale di pazienti sofferenti di discinesia soffrono pure di serie deterioramenti cerebrali. Tali dati sono stati dovuti tirare fuori dalle note a piè pagina perché tutti i ricercatori del campo hanno cercato di mettere da parte il problema o hanno deciso, senza alcuna base razionale, che tali danni dovevano essere avvenuti indipendentemente o prima della discinesia.

Un certo Ivnik in una sua pubblicazione del 1979 ammette che molti pazienti sofferenti di discinesia tardiva alla clinica Mayo presentano sintomi di demenza, ma poi razionalizza che la demenza non è permanente perché è stato trovato un caso in cui i sintomi si attenuavano parzialmente con la sospensione della somministrazione dei farmaci. Ma questo parziale

miglioramento è da aspettarsi nella demenza quando la tossina nociva viene rimossa; e ad ogni modo il paziente è stato ugualmente danneggiato in maniera permanente nelle sue funzioni cerebrali.

Studi più recenti hanno indicato che una larga percentuale di pazienti trattata con tranquillanti sviluppano psicosi indotte da farmaci che sono più forti dei problemi per i quali si erano sottoposti alle cure farmacologiche (Chouinard e Jones, 1980). Gli autori di questi studi credono che i nuovi sintomi psicotici sono dovuti ad irreversibili danni cerebrali dovuti ai farmaci ed hanno etichettato questa malattia come psicosi tardiva per sottolineare il suo parallelismo con la discinesia tardiva. Consistentemente con questi studi clinici, una rivista specialistica scopre che la maggior parte dei sofferenti di discinesia tardiva non si lamentano dei loro sintomi e rifiutano addirittura di ammetterne l'esistenza pure se posti di fronte all'evidenza. Il rinnegamento di sintomi ovvi è un indizio rivelatore di serio, cronico danno ai principali centri cerebrali. Questo è un sintomo che si trova ad esempio in serie malattie cerebrali causate dall'alcolismo o dalla sifilide.

Uno studio coordinato a livello nazionale condotto in America usando sofisticati test psicologici ha trovato che c'è una relazione fra l'assunzione totale di farmaci e il deterioramento mentale dovuto a permanente danno cerebrale (Grant ed altri, 1978). I pazienti in questo studio non erano stato internati ed avevano storie relativamente brevi di trattamento farmacologico. Una versione non pubblicata dei risultati di questi studi è stata presentata nello stesso anno all'interno di un congresso scientifico. L'ultima riga di questo foglio ammonisce che è "chiaro che i farmaci antipsicotici devono essere analizzati per la possibilità che la loro estesa assunzione possa causare disfunzioni cerebrali generali". Nella versione pubblicata questa conclusione è tagliata fuori e nella versione pubblicata dall'Associazione Psichiatrica Americana è inserita una fuorviante e scorretta conclusione che il danno cerebrale è correlato con la schizofrenia. Non di meno le analisi statistiche che si trovano in tale resoconto mostrano che la quantità di farmaci ingeriti è il fattore chiave.

Per concludere le nuove sofisticate tecniche radiologiche hanno ripetutamente mostrato che i pazienti trattati con farmaci spesso soffrono di atrofia (restringimento) del cervello, ed anche questa volta i ricercatori hanno cercato di attribuire tali danni alla schizofrenia. Ma se la schizofrenia (ammesso che esista) potesse causare atrofia del cervello, lo si sarebbe notato nelle decine di migliaia di autopsie eseguite negli anni precedenti all'introduzione degli psicofarmaci. Per decenni le più sofisticate e minuziose analisi non sono riuscite a documentare nessuna atrofia in questi pazienti; la sua apparizione sui molto meno sensibili test radiologici può essere attribuita solo all'avvento dei farmaci.

Tratto da "**PERMANENT MENTAL DETERIORATION FROM MAJOR TRANQUILIZER THERAPY**"

di Peter Breggin.