

CAPITOLO 10

LO PSICOFARMACO COME OGGETTO TRANSIZIONALE

Nicola Lalli © 2005 su web

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Nel corso del primo colloquio ci si può rendere conto dell'opportunità di utilizzare gli psicofarmaci: pertanto è utile proporre alcune considerazioni circa le problematiche che l'uso dello psicofarmaco comporta.

Non è infrequente che uno psicotico dopo aver superato la fase acuta e raggiunto un buon equilibrio possa essere «controllato» per un lungo periodo di tempo (mesi o anni) con neurolettici a dosaggi di gran lunga inferiori a quelli che dovrebbero dare reali effetti farmacologici, sempre che si mantenga il rapporto anche se saltuario con il terapeuta. Ma se per caso, sulla base di una reiterata richiesta del paziente o per scelta autonoma del terapeuta, questi modesti dosaggi vengono aboliti ci troviamo spesso di fronte ad una ricaduta, più o meno grave. Ricaduta che non trovando alcuna spiegazione nel contesto esistenziale del paziente può essere collegata solamente a questa interruzione, vissuta come rottura, come taglio di quel tenue filo che legava il paziente al terapeuta.

Come non è infrequente che un paziente con attacchi di panico o con sintomi fobici, dopo aver iniziato una psicoterapia, dal momento che comincia a migliorare, può sospendere gli psicofarmaci, anche se a lungo continuerà a portarli con sé, come una specie di amuleto.

Ma non è infrequente, anche, che il paziente venga a chiederci non uno psicofarmaco per lenire l'angoscia, la disperazione o l'insonnia, bensì la liberazione dalla tirannia di un farmaco che inizialmente efficace e buono, si è trasformato, a causa di una dipendenza psicologica, sempre più in un oggetto dannoso e persecutorio.

Queste e tante altre vicissitudini del rapporto psichiatra-paziente ci debbono indurre a considerare il farmaco non solo come sostanza che modificando lo stato fisio-patologico del paziente ne allevia il malessere. Ma anche come oggetto che veicola fantasie, speranze, desideri insieme a paure e timori: in una parola come oggetto che viene investito da numerose, diverse, a volte contrastanti, valenze psicologiche.

E tutto questo riguarda, come vedremo, sia il paziente che il terapeuta, anche se, si auspica, con modalità e consapevolezza ben diverse.

Il farmaco: da pharmacos a pharmacon

Il farmaco è nato con l'uomo non solo come rimedio contro il dolore e la malattia, ma anche come possibilità di modificare le funzioni mentali. Antico sogno dell'uomo: quello di poter modificare, in modo artificiale e rapido, lo stato mentale per raggiungere dimensioni nuove e vissuti diversi.

Altro sogno dell'uomo è stato quello di abolire o lenire il dolore: il famoso «nepente» di cui parla Omero nell'Odissea, è il farmaco conosciuto da Elena che aveva il magico effetto di far scomparire il dolore. «Divinum est sedare dolorem», affermava una antica massima, forse ippocratica.

Ma per giungere al concetto di farmaco in una accezione potremmo dire attuale, c'è un lungo percorso che deve essere tenuto presente soprattutto per chi ritiene che i successi della moderna psicofarmacologia, abbiano eliminato, con l'aumento dell'efficacia, tutto quel mondo fantasmatico che, nato con il farmaco, continua ad essere presente e ad investire ogni relazione medica, soprattutto se mediata dal farmaco.

Intanto bisogna sapere che all'origine esisteva il *pharmacos* parola che connotava una persona che veicolava forze maligne, pertanto pericolosa, che doveva essere espulsa per purificare e reintegrare l'equilibrio del corpo sociale (non è un caso che spesso si adopera la parola *corpo* per indicare un agglomerato sociale). Nella tragedia di Sofocle, Edipo è definito *tyrannos* e *pharmacos* allo stesso tempo. E' colui che salva Tebe dalla peste con la sua sapienza (*tyrannos*), ma anche lo stesso che apporta la peste e che pertanto deve essere esiliato.

Girard ritiene che l'Edipo racconti *anche* la storia di una usanza greca quella del capro espiatorio (*pharmacon*). Animale ricettacolo di tutti i mali che potevano essere allontanati, solo con l'allontanamento di questo oggetto:

«E' ormai certo che nella Grecia del V secolo a.c. il sacrificio umano era perpetuato (anche se in maniera simbolica), nella forma del *pharmacon*, animale che la città manteneva a sue spese, per sacrificarlo nei periodi di calamità» (Nielsen, 1998 pag. 34).

Si noti un passaggio importante: da *pharmacos* a *pharmacon*. Il primo è una persona o una sostanza vitale, il secondo è un animale o un oggetto: come si evidenzia dal cambio di genere che da maschile diventa neutro.

Il farmaco presenta quindi due peculiari caratteristiche. La *duplicità* di soggetto ed oggetto insieme e l'*ambiguità*: il farmaco come portatore di salute, ma anche di malattia, rimedio ma anche veleno.

E se pensiamo alla nascita della medicina greca (perlomeno sul piano mitologico) questa caratteristica risulta ancora più evidente.

E' il centauro Chirone (vissuto in Tessaglia circa nel 1200 a.c.) ad essere ritenuto l'inventore della medicina: sapere che tramanderà ad Asclepio e che gli era stato dato da Atena con un dono

eccezionale, il sangue della Gorgona. Sia quello colato dalle vene di sinistra che era un potente veleno, sia quella raccolto dalle vene di destra che conteneva invece un balsamo altamente benefico.

Questo breve e sommario excursus (che avrebbe meritato una più ampia ed articolata trattazione) rende possibile sottolineare alcuni aspetti strutturali *del farmaco*, tuttora presenti.

1) Il farmaco inizialmente è *pharmacos* cioè persona o forza vitale che successivamente si trasforma in un oggetto (*pharmacon*). Questa duplicità è ancora attuale e può essere visualizzata nella modalità del medico che somministra, al contempo, se stesso ed il farmaco. Come sostiene M. Balint «... il farmaco di più gran lunga prescritto dal medico è se stesso».

2) Il farmaco mantiene inalterata la primigenia ambiguità di essere rimedio e veleno al tempo stesso. Infatti sappiamo benissimo che qualsiasi sostanza farmacologicamente attiva può presentare effetti collaterali o produrre un esito letale, in caso di dosaggi eccessivi. Ma a parte questo, ogni soggetto assume il farmaco con desiderio e timore.

3) Il farmaco non veicola solo proprietà farmacologiche, ma anche (e nel caso del placebo, esclusivamente) fantasie, desideri, paure che entrano a far parte intimamente del rapporto medico-paziente: è quindi un dato essenziale e strutturale del farmaco quello di essere oggetto materiale, ma anche fantasmatico.

Se questo è valido per tutti i farmaci, lo è ancora di più per i farmaci psicotropi che comportano una complessità maggiore.

Infatti in questo caso «... l'investimento del prodotto psicotropo da parte del paziente diviene funzione della personalità del terapeuta, del tipo di malattia, della personalità premorbosa, dell'atteggiamento dell'ambiente, della percezione da parte del soggetto degli effetti farmacologici e dalla qualità degli effetti secondari» afferma Nielsen (pag. 53).

Ma io aggiungerei a tutto questo anche uno specifico fattore culturale inerente la concezione della malattia mentale e delle relative terapie che rischia di mistificare una dinamica relazionale già di per sé complessa.

Lo psicofarmaco: illusioni ed inganni.

Tutti sanno, ma spesso lo dimenticano, che la psicofarmacologia (ma un po' tutto l'arsenale terapeutico biologico della psichiatria) è nata per caso: ma il vero problema è che questa casualità non è stata mai messa in discussione. Mi spiego meglio: la casualità della scoperta evidenzia la mancanza di un qualsiasi modello psicopatologico di riferimento. Solo successivamente e surrettiziamente si è proposto un modello di funzionamento della mente derivante dall'effetto e dai meccanismi di azione delle sostanze psicotrope con il seguente ragionamento.

Se gli psicofarmaci agiscono sui sintomi psichiatrici con il meccanismo dell'inibizione e dell'incremento di specifici neuromediatori, ergo la causa dei disturbi mentali (e non solo, ma di qualsiasi comportamento) è strettamente collegato ai neuromediatori. Metodologia che B. Silvestrini (1995) critica come «ricerca farmacocentrica, cioè centrata sull'effetto degli psicofarmaci anziché sulla ricerca delle cause della malattia mentale». Questo ragionamento se da una parte ha bloccato qualsiasi tentativo di trovare nuovi modelli, dall'altra ha incrementato la cultura della droga.

Intendo per cultura della droga la tendenza a ritenere non solo possibile, ma utile ed auspicabile che qualsiasi problema, difficoltà, malessere debba essere affrontato e risolto con uno psicofarmaco appropriato.

L'ideologia sottostante è che, nel futuro, la ricerca farmacologica sarà in grado di trovare molecole sempre più specifiche che potranno incidere selettivamente su parti del SNC deputate a particolari comportamenti: l'ultima è la pillola contro la timidezza. Tutto questo costituisce un vero delirio che Gutheil (1982) definisce «delirio di precisione».

Certamente nessuno nega che lo psicofarmaco possa migliorare una sintomatologia psichiatrica per proprietà specifiche e non per un generico effetto placebo.

«Ma non si può sostenere che poiché gli psicofarmaci riducono i sintomi psichiatrici agendo su specifici recettori è l'alterazione di questi la causa dei disturbi mentali. Ragionamento a dir poco ingenuo, che potrebbe essere facilmente ribaltato.

Poiché è evidente che le psicoterapie (anche in tempi brevi), comportano cambiamenti e miglioramenti, potremmo, sulla stessa base, affermare che non esistono substrati biologici dei processi mentali» (Nielsen, 1998).

Ma non è da posizioni di questo genere che si può fare un progresso: credo che sia più proficuo riconoscere che gli psicofarmaci agiscono su meccanismi biologici, ma in maniera sintomatica e poi cercare di capire come si possono utilizzare ai fini di una terapia sempre più completa, del paziente psichiatrico.

Pertanto è importante capire con quale modalità, con quale spirito, lo psichiatra utilizza lo psicofarmaco. Fin dal 1969 ho prospettato che lo psichiatra può utilizzare lo psicofarmaco con tre motivazioni diverse.

1) *Per avvicinarsi al paziente.* In questo senso, lo psicofarmaco è usato fondamentalmente per diminuire o far scomparire alcuni disturbi che spesso rendono difficile o impossibile il rapporto (ad esempio, un'intensa agitazione psicomotoria, un arresto psicomotorio, una grave crisi d'angoscia); in questi casi, l'effetto sedativo o quello sbloccante (realmente connessi all'azione farmacodinamica) possono non solo favorire l'intervento dello psichiatra, ma agire sul paziente nel senso che, migliorando la sua sintomatologia, si accresce la fiducia nel medico. In questi senso, lo psicofarmaco deve però essere inserito all'interno di un progetto psicoterapeutico.

2) *Per allontanare il paziente.* Spesso la prescrizione del farmaco nasce solo dal bisogno di distanziare quanto più possibile il malato: lo psicofarmaco non diventa un tramite, bensì un muro contro il quale si spegne ogni richiesta del paziente. Questa dimensione, che esprime rifiuto dello psichiatra nei riguardi del paziente e dei suoi problemi, deve poi essere logicamente razionalizzata, per evitare allo psichiatra di entrare in conflitto con la sua dimensione cosciente di aver scelto questo lavoro per aiutare gli altri; così affermerà che «non si può fare altrimenti, perchè ci sono tanti pazienti, l'ambulatorio è pieno e bisogna aiutare tutti».

Il tutto viene razionalizzato in termini di economia: la frase comune è: «certo, si potrebbe fare di meglio, ma il farmaco realizza un notevole risparmio di tempo e di energie».

E, in effetti, bastano, a volte, pochi minuti per prescrivere uno psicofarmaco.

Ma questo tentativo di razionalizzazione cadrebbe immediatamente se questi psichiatri riuscissero a vedere i loro pazienti nel tempo: quante volte ritornano, quante decine di minuti (che è il tempo di un visita) si sommano negli anni e soprattutto i risultati: una progressiva e totale perdita di quel poco di vitalità che c'è sempre, anche nel più grave degli psicotici. L'uso dello psicofarmaco, in questo modo, può essere sintomo di una relazione psicotica, un caso di delirio a due, come fanno notare giustamente P.C. Racamier e L. Carretier (1965):

“... si tratta di una negazione reciproca della specificità dell'altro, dell'affossamento del rapporto medico sotto i fiori ben presto appassiti di un rapporto curativo. In psichiatria, dove i principali farmaci neurolettici smorzano e, per modo di dire, robotizzano la vita psichica e il comportamento dei pazienti, questa negazione della persona e della individualità dell'altro può ampliarsi enormemente perchè entra in perfetta risonanza con la depressione, come dice uno di noi, che costituisce la caratteristica fondamentale della psicopatologia psicotica ed in particolare della schizofrenia. Al limite, il farmaco prescritto e preso appare come un reale sintomo della relazione psicotica, intesa nel senso più ampio come una relazione ove la contrapposizione dello psichiatra diventa simmetrica, complice e prigioniero della posizione del paziente, ove l'una e l'altra posizione si completano, si collegano e si rinforzano vicendevolmente in un circolo vizioso privo di aperture verso modalità di rapporto diverse e più sane. Al limite, anche gli scambi non si fanno più che attraverso e a proposito del farmaco, oggetto centrale, adorato o aborrito, ove prescrittore e utente non sono più che dei satelliti.

3) *Per controllare o gestire il paziente.* Lo psichiatra tende a reprimere e controllare la sintomatologia del paziente attraverso lo psicofarmaco. Se tutto va bene, in questi casi, si stabilisce un rapporto sadomasochistico, fatto a colpi di sintomi e prescrizioni mediche, all'interno di un rapporto ove vittima ed aggressore sono strettamente legati.

C'è una collusione precisa tra lo psichiatra ed il paziente che in fondo richiede un controllo su quelle dimensioni psichiche che potrebbero sconvolgere la sua struttura, se dovessero riemergere.

E' evidente che lo psicofarmaco è utile e realmente terapeutico, solo nel primo caso: ma questo non basta. Infatti dobbiamo trovare un modello di riferimento nella psicologia della sviluppo che possa correlarsi con l'uso dello psicofarmaco al fine di un migliore effetto dello stesso all'interno della relazione terapeutica.

Credo che la teoria dell'oggetto transizionale possa essere considerata un valido modello di riferimento.

L'oggetto transizionale

La teorizzazione di oggetto transizionale e di fenomeno transizionale è dovuta a D.W. Winnicott: è quindi necessario rifarsi all'Autore soprattutto perchè questo è il concetto più inflazionato e più spesso usato a sproposito .

Dopo la nascita vi è una prima fase durante la quale la madre «sufficientemente buona» deve adattarsi e saper rispondere ai bisogni del bambino, soprattutto apportando un cambiamento ed un miglioramento delle condizioni psicofisiche dello stesso: *deve in altri termini essere un oggetto trasformativo*. Questo dato è secondo me, essenziale.

Comunque, man mano che il bambino si sviluppa, il suo adattamento diviene più flessibile e la madre può comportarsi in modo da poter essere anche frustrante. Infatti dice Winnicott «... un adattamento (da parte della madre) perfetto saprebbe di magia e il soggetto che si comporta in modo perfetto (ovvero che corrispondesse sempre ed immediatamente ai bisogni del bambino) sarebbe molto simile ad una allucinazione».

E' in questo stadio che il bambino inizia un processo di separazione e di individuazione che gli permetterà di cominciare a distinguere tra ciò che è soggettivo e ciò che proviene dalla realtà esterna.

Il bambino tende a rinunciare ad una sua onnipotenza allucinatoria per accettare il principio di realtà.

E' in questa fase che compare l'oggetto transizionale, come momento di mediazione, come area intermedia tra il mondo interno del bambino ed il mondo esterno.

Pertanto non è importante quale è la natura dell'oggetto, è importante la funzione che quell'oggetto avrà per questa delicata fase di sviluppo.

Come si evidenzia l'oggetto transizionale non ha nulla a che vedere con l'oggetto interno di M. Klein: non solo per la genesi, ma anche per la funzione. Infatti l'oggetto transizionale non è soggetto al controllo magico onnipotente come succede per l'oggetto interno. L'oggetto transizionale è lì realmente, ma è anche simbolico, è un ponte tra mondo interno e mondo esterno, ma anche un ponte che mantiene, nel momento iniziale della separazione, il legame con la madre.

E' un terzo regno, situato tra quello interno e quello esterno, è il regno del gioco, della fantasia che si costituisce e si mantiene attraverso un singolare «*paradosso*».

«... perchè si stabilisca un oggetto transizionale (come una copertina o un orsacchiotto) c'è un tacito accordo tra gli adulti e i bambini, un non farsi domande sulla natura e le origini di questo oggetto» (Greenberg, Mitchell pag. 198).

Con il passare del tempo l'oggetto transizionale tende a perdere la sua centralità, perchè sostituito dai fenomeni transizionali che coprono tutta l'area che separa il mondo interno e il mondo esterno nella percezione comune a due persone. I fenomeni transizionali danno luogo così a tutta l'area del simbolico e della cultura.

Quali sono le specificità dell'oggetto transizionale?

1) Il rapporto tra madre «sufficientemente buona» e bambino, è valido dal momento che la madre risponde ai bisogni del bambino ed è in grado di cambiare la di lui realtà psichica e materiale.

2) Una volta stabilito un valido legame, l'eventuale non corrispondenza (che può essere vissuta come frustrazione *momentanea*) induce il bambino a produrre l'oggetto transizionale che serve a tollerare la frustrazione e a mantenere il legame.

3) C'è un tacito accordo tra adulto e bambino sull'uso e sul significato: è un oggetto specifico che pur avendo una sua realtà oggettiva e materiale, è anche un simbolo del mondo interno del bambino.

4) L'oggetto transizionale nel tempo tende a venir meno, perchè sostituito dai fenomeni transizionali che coprono tutta l'area del simbolismo e della cultura.

Mi sembra evidente una plausibile correlazione tra quanto descritto da Winnicott e quanto accade nel rapporto (soprattutto nella fase iniziale) tra terapeuta e paziente. L'uso dello psicofarmaco all'inizio di un trattamento psicoterapico potrebbe rappresentare una sorta *di riedizione di una fase di sviluppo importante che probabilmente è stata difficile o impossibile per il paziente* che potrebbe utilizzare lo psicofarmaco appunto come oggetto transizionale. E' ovvio che questo dipende strettamente dal paziente e dalla sua patologia, ma anche, dalla capacità del terapeuta di facilitare questa conversione.

Ma quali sono le analogie?

1) Intanto lo psicofarmaco modifica realmente lo stato psicofisico del paziente diminuendo lo stato di angoscia e di malessere. Può essere equiparato alla funzione della madre «prevalentemente buona» che cerca di rispondere ai bisogni del bambino e alleviarne le sofferenze.

2) Inoltre lo psicofarmaco si pone in una area intermedia (come l'oggetto transizionale) tra il mondo interno del paziente ed una realtà materiale ed esterna.

3) Questo essere oggetto materiale, visibile, può avere sia la funzione di alleviare le angosce distruttive del paziente, sia quella di mantenere un legame ed una continuità con il terapeuta quando questi è assente.

4) E' ovvio che il farmaco come l'oggetto transizionale deve essere inquadrato nell'ottica di un superamento e di un distacco, per giungere al fenomeno transizionale che è il regno del simbolico e della parola: *quindi passare dalla pillola alla parola, dal bisogno di una presenza materiale, veicolato anche dall'uso dello psicofarmaco alla capacità di accettare la frustrazione della separazione.*

Questo modello di riferimento ha una sua validità se viene considerato come cornice di riferimento all'interno della quale bisogna poi saper valutare e raffrontarsi con situazioni diverse. Soprattutto valutare non solo quali sono le patologie nelle quali lo psicofarmaco può essere utilmente proposto, ma anche quelle dove invece deve essere accuratamente evitato.

Dal paranoico o dall'ipocondriaco che tenderanno a rifiutare lo psicofarmaco perchè vissuto come oggetto persecutorio e che pertanto avranno bisogno di un supporto psicologico per poter prendere lo psicofarmaco, al soggetto con crisi di ansia al quale bisognerà negarlo, perchè lo utilizzerà solo per non evidenziare i motivi del suo malessere.

Dall'ossessivo che accetterà il farmaco o per mantenere la giusta distanza tra l'evitamento e l'accettazione ritualistica o per inserirlo nella dinamica del controllo onnipotente, all'isterico che, nella sua modalità di strumentalizzare tutto, userà gli effetti collaterali come deterrenti nei confronti del terapeuta o dell'ambiente familiare. Bisogna tener presente che molti pazienti diagnosticati come «depressi» sono in realtà isterici e pertanto saranno tra quelli ai quali lo psicofarmaco va assolutamente sconsigliato.

Dallo schizoide che lo vivrà alternativamente come oggetto onnipotente, buono o persecutorio e tenderà ad improvvise, immotivate interruzioni, al narcisista che lo utilizzerà come ulteriore ferita narcisistica.

E' evidente che si tratta di psicopatologie diverse che comportano un diverso rapporto con l'oggetto-farmaco. Ma sarà l'abilità del terapeuta non solo nel riconoscerle, ma soprattutto nel far superare nei casi adatti quelle negazioni, quelle resistenze, che impediscono di utilizzare, per un tempo limitato ovviamente, lo psicofarmaco come oggetto transizionale.

In questa ottica la psicofarmacologia può diventare una farmaco-psicologia, ovvero una disciplina che contempra soprattutto la complessità relazionale dell'uso del farmaco. In questo modo risulta chiaramente che lo psichiatra - psicoterapeuta è in grado di utilizzare lo psicofarmaco in maniera molto più proficua dello psichiatra orientato solo biologicamente.

D'altronde affermava Lion nel 1978 « La psicofarmacologia è una scienza, mentre saper somministrare i farmaci è un'arte». Affermazione pienamente condivisibile: l'arte consiste non solo nel saper riconoscere a chi somministrarlo ma soprattutto inserirlo in un progetto psicoterapeutico.

Ultima revisione: 30 maggio 2007