volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Psicofarmaci: dietro l’abuso non c’è un destino cinico e baro

Autore: Ugo Zamburru

L’uso di psicofarmaci tra gli adolescenti, negli ultimi dieci anni in Italia, è raddoppiato, passando dallo 0,26% del 2016 allo 0,57% del 2024, con un massimo nella fascia tra i 12 e i 17 anni. Circa l’11% dei giovani tra i 15 e i 19 anni fa uso di psicofarmaci senza prescrizione medica. I farmaci più usati sono quelli per dormire, quelli per l’umore e quelli che migliorano l’attenzione, con motivazioni legate al desiderio di sballare, all’automedicazione per l’ansia o la paura, al miglioramento del rendimento scolastico. Questo fenomeno ha alla base un elemento nuovo che attraversa gli adolescenti: la consapevolezza che nasce dalla propria fragilità molto più che dal desiderio di trasgredire. Cresce l’idea dell’essere umano *azienda di se stesso*, responsabile esclusivo dei propri fallimenti e artefice dei propri successi. Una visione che ha come conseguenze **la rottura delle reti sociali, perché ogni individuo è visto come un possibile competitore, e il bisogno di essere performanti**. Non si è più una persona, ma si diventa il numero che ci rappresenta: il numero dei *like* sui social, il numero dei chili sulla bilancia, il voto che si prende a scuola, il numero che rappresenta il tuo stipendio. **Un terreno ideale su cui si impiantano le nuove “malattie”: i disturbi alimentari, le crisi di panico, le depressioni**, che sono caratterizzate non tanto dal vissuto di colpa, come in passato, quanto da quello di inadeguatezza: “non valgo nulla!”.

Il rapporto Espad 2024, promosso su scala europea ogni quattro anni, ha coinvolto in Italia 20.000 studenti e ci ha dato questi numeri, ma ci ha anche fornito una lettura sul ruolo genitoriale. In qualche modo questi adolescenti sono figli dei giovani che erano stati studiati nel rapporto del 1995 e che **ora sono persone di 45-50 anni che si sono abituate a usare gli psicofarmaci per gestire stress, ansia e fatica**. Oggi **i loro figli li usano con la stessa logica, ovvero per stare meglio, ma con motivazioni differenti**: appunto, per performare, per reggere la pressione scolastica, per concentrarsi. Una sorta di eredità che unisce due generazioni accomunate dal tentativo di controllare il proprio malessere e non di affrontarlo e cercarne le cause.

Gli adolescenti crescono in contesti in cui sono guardate con benevolenza le dipendenze, sia digitali che farmacologiche, dove è difficile trovare modelli adulti di gestione non chimica dello stress e si tende a confondere la cura con l’uso improprio se non controproducente. Una sorta di resa educativa in cui non si parla più di tristezza, ma di depressione, non ci si definisce più preoccupati o spaventati o arrabbiati, ma ansiosi. E in questo cambio semantico **le emozioni e gli stati d’animo non sono più interpretati come tali, ma come patologie mentali da curare**. A ciò ha sicuramente contribuito la pandemia da Covid che ha accentuato le difficoltà relazionali ed emotive, creando nuove dipendenza o compensazioni come i disturbi alimentari e l’autolesionismo. L’uso di sostanze, oggi, non è legato a una subcultura specifica. Si consuma ciò che si trova. Si è attenuata fin quasi a scomparire la barriera che separava la curiosità dalla dipendenza. Il

consumo di alcool è significativo: mentre è diminuita la percentuale di uso è comparso il fenomeno del *binge drinking*, ovvero il bere in poco tempo quantità smodate di alcool, soprattutto nel fine settimana e soprattutto da parte delle ragazze. Insomma una generazione che cerca un equilibrio tra fragilità e consapevolezza, tra autonomia e solitudine/isolamento.

Questa mutevolezza clinica, peraltro, non è casuale, ma è legata alla situazione politica ed economica ed è, quindi, necessario porre l'accento su quelli che sono i determinanti sociali della salute mentale. Piero Cipriano, psichiatra e scrittore, ha pubblicato recentemente un libro dal titolo emblematico ("La salute mentale è politica"), entrando nel vivo di una discussione che finalmente sembra riaccendersi intorno alla visione e alle pratiche che contraddistinguono l'attuale agire nei servizi di salute mentale in Italia. Legati al fatto di essere stati citati dalla Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) come esperienza guida per quanto riguarda il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste e orgogliosi, legittimamente, per la riforma del 1978 che ha portato alla graduale chiusura (unico paese al mondo) degli ospedali psichiatrici, **ci siamo seduti su questa leadership e sulle grandi intuizioni di Franco Basaglia e dei suoi collaboratori**. Ma ora quell'esperienza non solo non si è attualizzata e contestualizzata, ma è stata gradatamente affossata da una serie di **scelte politiche e "scientifiche" che hanno portato all'egemonia del modello biologico e quindi medico**. La dimostrazione è nei dati dell'uso degli psicofarmaci, soprattutto tra gli adolescenti. È illuminante, al riguardo, la lettura del libro di Cipriano e di *Indagine su un'epidemia* di Robert Whitaker, che affrontano il tema dell'influenza delle multinazionali del farmaco su scelte cliniche e costruzione di diagnosi e quindi di nuove patologie.

Negli anni '60 e '70 del secolo scorso si intravedono bagliori di libertà che si manifestano con la contestazione studentesca, il femminismo, il movimento pacifista, la psichiatria critica rappresentata da Basaglia, il movimento hippy con la cultura psichedelica, insomma un'onda inarrestabile che sembra travolgere il sistema capitalista. A questo si aggiunge la vittoria di Allende in Cile e la nascita di un socialismo democratico. Tutti *pericoli* a cui **il sistema reagisce con il trionfo del neoliberismo.** La Thatcher nel 1980 propone i suoi mantra: ***There is no alternative*** **o TINA** (ovvero questo modello economico è l'unico possibile) e "**non esiste la società, esistono solo gli individui**". Due concetti paradigmatici per abbattere i cambiamenti dei decenni precedenti con il loro carico di solidarietà, creatività, esplorazione, pacifismo, libertà, giustizia sociale e di genere. Allende deve essere rovesciato, come il suo pensiero; il resto banalizzato, minimizzato. Due decenni per demolire gli anni precedenti e per far interiorizzare l'idea che è più facile immaginare la fine del mondo che quella del capitalismo. Per consolidare tale ordine politico ed economico è necessario anche **biochimizzare la sofferenza psichica**, escludendone le cause sociali. Ridurre la sofferenza ad anomalie chimiche è un modello semplice, deresponsabilizzante e politicamente accettabile.

E il 1980 è l'anno della controffensiva degli psichiatri che il pensiero e le pratiche

basagliane avevano messo in un angolo. Robert Spitzer, psichiatra della Columbia University è incaricato di redigere, con un pool di esperti, il DSM III, aggiornando il manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali, nato nel 1952 e la cui seconda edizione, a netta impronta psicanalitica, era comparsa nel 1968. Basaglia è morto da pochi mesi e **Spitzer dichiara che con questa edizione si intende riportare la psichiatria laddove le compete, ovvero in ambito medico, e parlare di diagnosi, prognosi e terapia**. Con i suoi collaboratori Spitzer **stila una lista di 265 malattie psichiatriche e ottiene un grande successo**. Alle sue spalle, infatti, si posizionano l'APA (Associazione americana degli psichiatri) e il NIMH (Istituto nazionale di salute mentale) che fungono da braccio armato delle multinazionali farmaceutiche, perché **se determini le malattie, promuovi anche i farmaci per curarle**. Ma il colpo di genio consiste nel rivolgersi alle associazioni dei familiari e dire che, se i figli sono malati, ciò non dipende, come sostenevano le teorie psicoanalitiche, da loro responsabilità ma è legato al fatto che **nel loro cervello c'è uno squilibrio chimico, quindi una malattia che deve essere curata**. Parallelamente le Big Pharma si premurano di donare soldi a tali associazioni per borse lavoro e altre politiche di integrazione/riabilitazione. Nel 1995, poi, compare il Dsm IV, nel culmine della psichiatria basata sui farmaci, mentre nel 2013 il DSM V segna l'invasione della psichiatria nel campo della normalità e i disturbi mentali classificati diventano 370. Colpiscono due elementi: Francis Allen, uno degli esperti che ha partecipato alla stesura del DSM IV, pubblica un libro dal titolo "Non curare chi è sano" e dichiara che circa l'80% degli esperti in causa era a libro paga delle multinazionali del farmaco, mentre nel DSM V lo erano tutti, con inevitabile insorgenza di un conflitto di interessi.

I vari DSM hanno abbassato la soglia diagnostica, creando una infinità di falsi casi psichiatrici, medicalizzando anche chi non ne aveva bisogno, creando epidemie di disturbi una volta rari, soprattutto del tono dell'umore e dell'attenzione (ADHD), con iperattività. La svolta può essere esemplificata con quello che, nel DSM III, è definito "lutto patologico", che, se si protrae oltre l'anno, deve essere curato perché è diventato depressione. Nel DSM IV tale soglia temporale scende a due mesi e nel DSM V si giunge a definire patologico un lutto se persiste dopo due settimane. Ma l'elenco è lungo. Fino al 1973 l'omosessualità era considerata malattia, e solo i cambiamenti di quegli anni di libertà la fecero cancellare dall'elenco delle patologie, mentre oggi le angosce dei palestinesi vittime dell'occupazione israeliana vengono definite "disturbo post traumatico da stress" e non – come dice Samah Jabr, psichiatra palestinese – il frutto della violenza e dell'ingiustizia. O ancora la sindrome disforica premestruale, in cui le spesso presenti oscillazioni emotive legate ai cambiamenti ormonali sono identificate come malattia per poter usare la fluoxetina, che nel frattempo ha perso il brevetto e consente l'uso di generici, ma che può subire lievi modifiche organolettiche e chimiche e diventare la nuova terapia per un fenomeno fisiologico!

Tutto è suscettibile di terapia: la disattenzione a scuola, la tristezza, la timidezza che diventa "fobia sociale". È il fenomeno chiamato *disease mongering*, termine coniato nel 1992 da Lynn Payer per indicare la **creazione delle malattie**, cioè la trasformazione di

normali aspetti della vita umana come anomali e quindi bisognosi di cure; la definizione di una malattia in modo ambiguo, parlando di vaghi squilibri e carenze, in modo da poterla riferire a quante più persone possibile; la creazione di un dibattito intorno a una malattia in modo da influenzare l'opinione pubblica per poi presentare trattamenti di dubbia utilità usando studi clinici *ad hoc* e senza verifiche, decantandone i benefici e parlando di effetti collaterali poco rilevanti; la pubblicizzazione di un sintomo comune come se fosse una malattia; la promozione di una malattia attraverso una campagna martellante organizzata e finanziata direttamente o indirettamente dalla casa farmaceutica che produce il farmaco che dovrebbe curarla. Altre modalità consistono nel promuovere ansia nei consumatori sani rispetto al loro futuro stato di salute gonfiando ad arte i dati sul rischio di ammalarsi o introdurre nuove diagnosi, come il disturbo disforico premestruale o l'ansia sociale.

Per finire alcuni dati. A metà anni '80 **il NIMH, considerato che solo il 12% degli americani usa antidepressivi, lancia una campagna di prevenzione e riconoscimento dei sintomi con tanto di trattamento farmacologico necessario. Vengono stampati 8 milioni di opuscoli informativi**. Nel 1993 Peter Kramer parla di *cosmesi farmacologica*, ovvero dell'uso di farmaci non per curare la depressione, ma per creare uno stato di benessere euforico. Così, quando, nel 1987, produce la fluoxetina (**il mitico Prozac, denominato "la pillola della felicità"**), la casa farmaceutica Lily vede un consistente aumento dei ricavi e ciò accade ancor più quando, nel 1996, lancia una molecola, l'olanzapina (zyprexa) definendola con pochi effetti collaterali e anche funzionante sui sintomi di chiusura della psicosi (perché agiva non solo sui recettori dopaminergici, ma anche su quelli serotoninergici che regolerebbero l'umore). In realtà Bregging e Healy, due psichiatri nominati consulenti in cause civili contro il Prozac, mostrarono come gli studi per ottenere l'approvazione fossero caratterizzati da censure, omissioni e falsificazioni sulla reale efficacia e sulle controindicazioni ed effetti collaterali. Allo stesso modo sono stati minimizzati i gravi danni metabolici indotti dallo zyprexa. Il grande aumento ponderale che spesso si verifica con l'assunzione di tale farmaco viene poco evidenziato, ma in compenso la Lily organizzava tra gli operatori dei servizi di salute mentale corsi di *feet walking*, un tipo di camminata atto a far perdere peso, parlando di questa situazione non come un danno da farmaco, ma come una condizione frequente nei pazienti per la loro sedentarietà e stile di vita, alimentazione inclusa (mentre l'appetito aumentato è causato dall'azione dello zyprexa). **Orbene, se nel 1987 la Lily fatturava 2,3 miliardi di dollari annui, nel 2000 ne fatturava 10,8, metà dei quali grazie alla vendita, per l'appunto, di prozac e zyprexa,** tanto da vedere, a Wall Street, una salita delle sue azioni del 120%.

Personalmente non demonizzo gli psicofarmaci, che anzi ritengo molto utili in tempi e dosaggi congrui. Ma ciò solo se accompagnato da direttive anticipate di trattamento che spieghino a colui al quale li prescrivo cosa mi aspetto in termini positivi, i possibili effetti collaterali e il tempo stimato di durata del trattamento, con continui monitoraggi con il paziente e la famiglia. E, contemporaneamente, cercando di capire, insieme, il significato del sintomo in quel contesto familiare e sociale, con una psicoterapia o con una modalità

molto interessante che è il Dialogo Aperto, e tenendo conto dei determinanti sociali. Uso, per spiegare il mio punto di vista, due metafore: quella dei migranti e quella del mal di denti. **Quando arrivano alla mia osservazione persone in un percorso migratorio in cui vengono identificati sintomi depressivi, rilevo che non si tratta di depressione, ma di tristezza legata alle esperienze brutali nel percorso** e di incomprensibilità e impotenza a fronte di una burocrazia ottusa e spesso sadica. Per questo non servono gli antidepressivi, ma la cura è un'accoglienza dignitosa e rispettosa che dia la possibilità di immaginare un futuro: così come per chi ha male ai piedi perché, calzando il 43 di scarpe, è costretto a portare il 41, la cura non è dare antidolorifici, quanto dare un paio di scarpe adeguate. Allo stesso modo uso la metafora del mal di denti: **quando un dente duole occorre che il dentista scavi le carie o devitalizzi o quant'altro, ma nell'attesa, se è presente dolore o gonfiore, si devono usare, per poter iniziare le cure, antibiotici e/o antidolorifici**. Lo stesso vale per **gli psicofarmaci, da usare in fase acuta e per un tempo congruo e al dosaggio minimo efficace**, con monitoraggi in cui il paziente è attivamente coinvolto. E una reale prevenzione non consiste nella diagnosi precoce per iniziare un trattamento farmacologico, quanto nell'intervenire in tutte le situazioni che incidono sulla salute mentale: povertà, abusi infantili, bassa scolarizzazione, violenze domestiche, migrazioni, salari insufficienti, tematiche di genere, perdita del lavoro, disoccupazione e quant'altro.

La bulimia diagnostica e l'uso non sempre corretto dei farmaci fa sì che attualmente l'OMS calcoli in 300 milioni il numero dei depressi nel mondo e in 60 milioni i bipolari.