

**Michele Conte**

# **PSICOFARMACI**

**USI E ABUSI, VERITÀ E FALSI MITI,  
CARATTERISTICHE  
ED EFFETTI COLLATERALI**

**ECLIPSI di Mindgest srl**

**PSICOFARMACI**  
**USI E ABUSI, VERITÀ E FALSI MITI, CARATTERISTICHE ED**  
**EFFETTI COLLATERALI**  
di **Michele Conte**

Editing e videoimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2008      Eclipsi di Mindgest srl  
Via Mannelli 139  
50132 Firenze  
Tel. 055-2466460 – Fax 055-2008414

ISBN: 978-88-89627-06-8

*I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i micro-film e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.*

*Dedico questo libro ai miei pazienti  
che mi hanno aiutato ad apprendere  
ciò che nessun libro può insegnare  
A tutti loro con affetto*



# SOMMARIO

Prefazione	1
Premessa	7
1. Sono in aumento le prescrizioni di psicofarmaci?	11
2. Perché quando si parla di psicofarmaci gli animi si accendono?	45
3. Da Asclepio agli antistaminici: genealogia degli psicofarmaci in 2500 anni	63
4. Placebo	93
5. Psicofarmaci	109
6. Ansiolitici	127
7. Antidepressivi	143
8. Antipsicotici	165
9. Stabilizzanti dell'umore	189
10. Impiego degli psicofarmaci in situazioni particolari	201
11. Aiutare la persona a farsi aiutare	229
12. Un uso etico dello psicofarmaco	251
Tabella principi attivi	265

## AVVERTENZA

*Questo volume ha un carattere informativo e culturale, ma per nessun motivo può sostituirsi ad una attenta valutazione medica. Il testo, dunque, non può e non deve essere utilizzato come strumento per auto-curarsi o per modificare le terapie che sono state prescritte dagli specialisti. Si ricorda che non si possono assumere psicofarmaci senza la prescrizione medica ed è opportuno rivolgersi al curante per qualunque indicazione o modificazione terapeutica, così come in caso di effetti collaterali che dovessero presentarsi in corso di assunzione di psicofarmaci.*

# RINGRAZIAMENTI

Sarebbero molte le persone da ringraziare per la stesura di questo testo e non è possibile inserirle tutte. Quel che chi opera in questo settore apprende del proprio lavoro lo deve prevalentemente ai suoi maestri, ai suoi colleghi e ai suoi pazienti.

Tra i maestri devo ringraziare il prof. Cabras, autore della prefazione, dal quale ho potuto apprendere tante “finezze” professionali, psicofarmacologiche e non, respirare la sua erudizione e il suo modo di stare vicino al paziente, anche nelle pause di silenzio e non avendo una risposta per tutto.

Nel corso della stesura di questo libro ho avuto l'occasione di discutere le idee e gli argomenti con gli amici e colleghi dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze, a cui vanno i miei ringraziamenti per gli scambi di opinioni mediati dalla loro vivacità intellettuale; in particolare ad Alessandra Carrozza, Nicola Marsigli e Gabriele Melli.

A Camilla Romoli va la mia gratitudine per la paziente revisione del manoscritto.

A Claudia Carraresi il ringraziamento per l'aiuto fornito nella compilazione dell'elenco di psicofarmaci riportato in appendice

Grazie ai miei amici, oltre che validi psichiatri, con cui nel corso degli anni ho molte volte discusso dei temi trattati in questo testo: David D'Agostino e Giampaolo Lombardi.

Grazie ai colleghi e operatori sanitari del Distretto 8 dell'Azienda Sanitaria Firenze, con i quali quotidianamente mi confronto riguardo alla gestione non solo di aspetti psicofarmacologici, ma della presa in carico di situazioni a volte molto gravi e complesse.

Grazie ai miei pazienti che mi hanno aiutato a comprendere ciò che la cultura accademica non fornisce.

Grazie a Christina che, come dott.ssa Bachmann, mi ha fornito

preziosissimi consigli e idee frutto del suo bagaglio di studiosa e ricercatrice, e come donna mi è stata accanto incoraggiandomi, supportandomi e sopportandomi, in particolare negli interi week end che dedicavo alla preparazione del libro.

Grazie a Francesca, Flavia e Giovanni, che nella stesura di questo testo mi hanno permesso di restare sempre aderente a un piano di realtà.

Grazie a Marianna e Paola, troppo piccine per comprendere quanto scritto, ma che, vedendole muovere nel mondo, mi ravvivano quel costante senso di curiosità per tutte le cose della vita.

# PREFAZIONE

Quando l'Autore di questo libro, e mio antico allievo, mi chiese di scrivere una prefazione, accettai subito, un po' per l'affetto e la simpatia che mi legavano a lui, un po' perché lusingato nella vanità che, come afferma il Manzoni, cresce, assieme alla gola, con l'andare degli anni.

Ero convinto, tuttavia, di dover presentare l'ultimo di una lunga serie di elenchi di sostanze chimiche, meccanismi d'azione, interazioni farmacologiche, indicazioni, effetti collaterali; tutte informazioni, dunque, parzialmente ed inevitabilmente mutate da precedenti scritti dello stesso tenore. Mi apprestavo, quindi, dentro di me, a cercare un "concetto predicabile" per introdurre contenuti prevedibili, anche se aggiornatissimi.

Nessuna previsione si è dimostrata più errata, perché già dalla lettura dell'indice mi resi subito conto di trovarmi di fronte a tutt'altro.

Questo libro, infatti, potrebbe essere letto come una riflessione a tutto campo sull'impegno terapeutico, sulla lotta che uno psichiatra innamorato del suo mestiere deve sostenere quotidianamente contro i miti, i risentimenti, le paure che accompagnano, fin dai primordi, la vita e l'opera di psichiatri e psicofarmaci; in una parola, sul rapporto perverso che si instaura con chi si prende cura di noi, che temiamo, invidiamo, ma del quale sappiamo, in fondo, di non poter fare a meno.

Nel '68, seppur giovanissimo, già bazzicavo, come occasionale docente, le aule universitarie. Non era impresa che richiedesse poco coraggio; senza molto esagerare ci si sentiva come un toro nell'arena, circondato da "picadores" e "banderilleros" pungenti e aggressivi.

Gli studenti, con poche eccezioni, sulla scia delle predicazioni della scuola di Palo Alto, partivano dal presupposto che la malattia mentale non esistesse, ma che fosse da considerarsi un artefatto, frutto delle contraddizioni e delle violenze subite dal singolo individuo nell'ambito familiare dapprima e nel contesto sociale poi. Da questa premessa derivava inevitabilmente che gli psicofarmaci, "camicia di forza farmacologica", come si diceva allora, fossero un mezzo che le classi al potere usavano cinicamente per soffocare la libertà e l'espressività delle classi subalterne, facendole passare per manifestazioni di malattia.

Oltre a ciò, era vivissimo il concetto che ancora oggi ritroviamo anche nella classe medica, che l'unica vera terapia fosse la psicoterapia, dotata di effetti mutativi, mentre la farmacoterapia si dovesse considerare un sottoprodotto, capace di sopire i sintomi e le legittime istanze. Non potendo l'organizzazione sanitaria concedere a tutti il risolutivo intervento psicoterapico, bisognava accontentarsi della farmacologia. Si dava quindi l'avvio, o quanto meno un potente rinforzo, ad una serie di miti a tuttoggi duri a morire, anche nell'immaginario degli addetti ai lavori, cioè dei medici e in particolare degli psichiatri.

Gli psicofarmaci sono in fondo veleni che nuocciono al corpo e alla mente, riducendone le prestazioni e favorendo un progressivo deficit cognitivo; gli psicofarmaci hanno solo un'azione sedativa; gli psicofarmaci producono una terribile dipendenza; gli psicofarmaci fanno ingrassare; ma, soprattutto, gli psicofarmaci sono percepiti come un monoblocco, una classe compatta senza alcuna differenziazione di effetti ed indicazioni.

Tutti questi preconcetti sono presi in seria e non settaria considerazione in questo libro, che appare del tutto privo di partigianeria e che si sforza di contenere al massimo quella "vis polemica" che comprensibilmente alberga nell'animo di chi, quotidianamente, deve combattere su due fronti: quello della sofferenza e quello della svalutazione, della incredulità e della malcelata aggressività di pazienti, familiari ed anche medici. Gli appellativi "medico dei matti" e "strizzacervelli" ed affermazioni del tipo "nella testa nessuno ci capisce nulla" parlano da sé.

In questo libro sul farmaco, più che sulla farmacologia, abbondano i riferimenti culturali e si segnalano, in questo senso, il terzo e il quarto capitolo: quello sulla storia degli psicofarmaci e quello sull'effetto placebo, termine e concetto ormai sulla bocca di tutti, ma stranamente mai identificato dai sostenitori delle "terapie naturali" come fattore di miglioramento o guarigione; fattore, invece, notevolmente valorizzato da chi deve valutare i risultati di un trial farmacologico controllato.

Non si deve pensare, da quanto ho detto finora, che sia carente, in questo libro la parte dedicata alla psicofarmacologia clinica: chi cerca troverà una informazione ampia e aggiornata che, oltre a denotare l'approfondimento culturale, ha il profumo dell'esperienza e della militanza. Il paziente psichiatrico ed i suoi sintomi non sono mai visti come un interessante rebus da risolvere, ma come un insieme, soggettivo ed obiettivabile, di bisogni, sofferenze, patologie del corpo e della relazione interpersonale.

Nonostante che il triste destino delle prefazioni sia quello di non essere lette, spero che queste mie righe cadano sotto l'attenzione di potenziali lettori, possano indurre a sospendere, almeno momentaneamente, vecchi preconcetti, ed involino a procedere nella lettura di questo libro che, lungi dall'aver l'aridità del trattato, è permeato da un coinvolgimento emotivo, che peraltro l'Autore riesce a tenere a bada.

È la storia di uno psichiatra amante del suo lavoro, capace di riconoscerne i limiti, ma anche deciso a rivendicarne i meriti come pure a riconoscere la potenza della natura.

Mi sembra divertente ed appropriato chiudere queste mie personali considerazioni con la frase di Galeno citata dall'autore: "Ricordati che il miglior medico è la natura. Guarisce i due terzi delle malattie e non parla male dei colleghi". Orbene, con un piccolo sforzo logico, anche la farmacoterapia, se è frutto di una ricerca serena, obiettiva e senza secondi fini, deve essere considerata un mezzo che la natura mette a disposizione dell'uomo.

*Pier Luigi Cabras*  
*Professore Straordinario di Psichiatria*  
*Univ. degli Studi di Firenze*



*“Dio, colma la mia anima d’amore per l’arte  
e per tutte le creature.  
Sostieni lo sforzo del mio cuore  
perché esso sia pronto a servire  
il povero e il ricco,  
l’amico e il nemico,  
il buono e il cattivo.  
Fa che i miei ammalati abbiano fiducia  
in me e nella mia arte.  
Allontana da me l’idea che io possa tutto.  
Dammi la forza, la volontà e l’occasione  
di estendere sempre più le mie conoscenze.  
Io posso oggi scoprire nel mio sapere  
cose che non sospettavo ieri,  
giacché l’arte è grande  
e lo spirito dell’uomo va sempre più avanti.”*

Abu Imran Musa ben Maymun ibn Abd Allah (Mamonide)  
XII sec. d.C.



# PREMESSA

*“Lo scopo principale della scienza  
non è aprire le porte alla saggezza infinita  
ma porre un limite all'errore infinito”*

Bertold Brecht, Galileo

*“Anche se le leggi della matematica si riferiscono  
alla realtà, non possiedono una veridicità  
assoluta, e se l'avessero, allora non  
si riferirebbero alla realtà”*

Albert Einstein

L'espressione: “Verità e falsi miti” l'ho utilizzata con ironia. Leggerla mi fa sorridere. È un'espressione di cui se ne fa un abuso. Quelle volte in cui l'ho trovata, in genere seguiva titoli della più diversa natura che anticipavano scritti il cui contenuto era nullo. Non tanto perché mancassero informazioni, ma perché queste erano spesso eccessivamente settoriali, frammentate, così poco articolate nel considerare i diversi punti di vista che mi lasciavano lo stesso vuoto che si prova nel parlare di niente. O, ancor peggio, rilevavo che “verità e falsi miti” significava introdurre esclusivamente la propria verità.

Apprezzo maggiormente l'espressione: “Miti veri e verità false”. Questo perché noi possiamo dubitare dell'esistenza di Poseidone che agita le acque del mare o di Eolo che, con le guance gonfie, provoca piacevoli brezze o tormente. Non possiamo dubitare, però, del fatto che la gente dell'epoca credesse e condividesse questa visione del mondo; che, cioè, considerasse il mito vero. Non si chiedevano “Cosa supporta la mia opinione?”; per loro era così e basta. Non era importante fermarsi a riflettere sul costruito che

supportava le affermazioni. Anche oggi, nell'epoca della tecnologia imperante, forme di pensiero ingenuo non ci sono poi così estranee: un tempo riguardavano fenomeni macroscopici della natura, oggi quelli sempre più microscopici. Al mito appartengono per esempio tutte quelle congetture sullo "psicofarmaco" che popolarmente vengono asserite senza domandarsi su quali basi poggia quanto viene detto. E contrastare il mito non è facile!

A indebolirsi è stato invece il concetto di "verità"<sup>1</sup>. E così il sapere scientifico non diventa più sinonimo di "verità", come vogliono i luoghi comuni, ma significa adoperare un modello che è in grado di spiegare determinati fenomeni riproducibili, con la consapevolezza che esso è comunque costituito da opinioni temporanee, che restano operativamente sensate fino a quando non saranno confutate da nuovi fatti, all'interno di determinati presupposti e prospettive; il sapere scientifico non corrisponde più a verità certa ed eterna.

La trappola è proprio quando riteniamo che i miti siano falsi e la "verità" vera, unica ed eterna.

Pertanto, invito il lettore a diffidare di qualunque informazione, riportata come "vera", che parla di "psicofarmaci" in modo indifferenziato, equiparandoli tra loro e decontestualizzandoli. Un articolo che vi informa sul fatto che "il cane morde" vi dice nulla? Qualunque persona di buon senso vorrebbe sapere: "Di che razza è il cane? Come è stato addestrato? In che contesto ha morso?".

<sup>1</sup>Tengo fuori dalla discussione il concetto di verità intesa in senso religioso, esulando dal nostro contesto una riflessione su cosa sia verità e atto di fede nei confronti del divino, nel pieno rispetto di quello che è il credo di ognuno e della religione che professa.

La "verità" o la ricerca di questa ha caratterizzato il percorso dell'uomo per molti secoli, fino all'ingresso nella "postmodernità". Vattimo e Welsch considerano "modernità" quell'epoca, sorta con l'Illuminismo, nella quale predominava la certezza in un progresso della conoscenza scientifica virtualmente illimitato, in prosecuzione lineare con la tradizione di tutto il pensiero occidentale, a partire da Platone e Aristotele, finalizzato al raggiungimento di una "verità" unica e ultima.

Nell'epoca attuale, definita "postmoderna", sia in ambito filosofico che scientifico, si conclude un percorso durato 2000 anni circa. Al suo posto compare la consapevolezza, per quanto dolorosa, che la pretesa di conoscere verità assolute deve essere abbandonata definitivamente. Conclusione alla quale era già arrivato Martin Heidegger decenni prima dei contemporanei pensatori della "postmodernità" come Derida, Lyotard e Rorty. Al concetto di "verità assoluta" si contrappone una pluralità delle verità.

Eppure, quando si parla di psicofarmaci, molte volte lo schema di giudizio adoperato dal lettore è quello di colui che si accontenta di sapere che “Il cane morde”, partecipando al clima emotivo collettivo del momento, di entusiasmo o demonizzazione del farmaco.

Vorrei definire la cornice all'interno della quale colloco quanto dirò: sono uno psichiatra (quindi medico) e uno psicoterapeuta (posso fare a meno del farmaco, quando possibile); non sono un biologista puro (non penso cioè che tutte le forme di disagio mentale siano da ricondurre esclusivamente a disfunzioni biologiche primarie), né assolutizzo la prospettiva delle scienze sociali, ignorando la dimensione biologica dell'umano e dissolvendo così la realtà della patologia nell'area di funzioni semplicemente sociali. Non mi colloco né nella schiera dei sostenitori accaniti del “farmaco a tutti i costi” né tra chi lo demonizza. Propendo per un impiego del farmaco alla luce dei risultati scientifici (scienza intesa come sopra esposta), consapevole che si tratta di un fenomeno in divenire e tutt'altro che statico, dell'esperienza personale del medico, considerando la complessità dell'essere umano e possibilmente evitando rigide idee preconcepite di qualsiasi specie.

Descriverò nel corso del libro quali possono essere alcune delle chiavi di lettura possibili per comprendere l'impiego di uno psicofarmaco, cercando, per quel che mi sarà possibile, di sfuggire alla fitta rete di riduzionismi di qualsivoglia natura.

Cercherò di spiegare che non esistono atti prescrittivi e interventi clinici veramente impersonali. L'atto prescrittivo va ben oltre una pura prescrizione farmacologica. Lo psicofarmaco, almeno quello di cui disponiamo in quest'epoca, è tutt'altro che inanimato. Agisce all'interno di un rapporto interpersonale, in una relazione terapeutica. Si porta dentro l'“anima” del paziente, del medico, dei familiari, delle aspettative sociali. Non ha senso, dunque, parlare di “atto prescrittivo” psicofarmacologico se non integrato con concetti di matrice sociologica, antropologica, psicologica, filosofica. È ben altro che una compressa o una fiala, un qualcosa di inanimato. Può essere invece un utile strumento d'aiuto che si inserisce sempre e comunque all'interno della relazione medico-paziente.



# 1

## SONO IN AUMENTO LE PRESCRIZIONI DI PSICOFARMACI?

ANALISI DEL FENOMENO  
E POSSIBILI CHIAVI DI LETTURA

*“Il medico saggio deve essere esperto tanto  
per prescrivere un rimedio quanto per non prescrivere nulla”*

Baltasar Gracià 1601-1658

L'andamento del numero di prescrizioni psicofarmacologiche, per varie ragioni, suscita sempre un interesse particolare, per lo più associato a scalpore, nel momento in cui si leggono i risultati delle varie ricerche. Gli organi d'informazione riportano notizie che sono in parte vere, ma decisamente scollegate tra loro, spesso confuse.

La conseguenza più immediata e naturale è la confusione che nasce nei lettori, spesso associata ad un sentimento di paura, per il rischio di una catastrofe imminente.

Il primo difetto che rilevo negli organi di stampa è che per lo più fanno riferimento agli “psicofarmaci” come se tra di loro non ci fosse alcuna differenza: come se da un falegname si parlasse di legno o da un fabbro di metallo. Esistono differenze, che sono oltretutto notevoli, riguardanti sia l'azione esplicata che il numero di prescrizioni fatte.

Ancor prima di trarre considerazioni conclusive sull'impiego degli psicofarmaci, riportando numeri e percentuali delle prescrizioni, vanno chiariti alcuni punti ed occorre considerarli nel loro insieme.

Leggere un articolo che parla dell'andamento del consumo di farmaci non chiarisce quanta gente assuma realmente il farmaco, né per quanto tempo ne faccia uso: diversi studi confermano che i pazienti consumano, in realtà, quantità di psicofarmaci molto inferiori a quelle prescritte.

La diffusione di un farmaco può essere valutata, in genere, in diversi modi e qui di seguito ne riporterò tre.

Il primo si basa sul *valore commerciale della quantità di farmaco venduta*, ad esempio: "In Toscana, nei primi sette mesi del 2004, l'aumento della spesa farmaceutica è stato dell'ordine del 7,6%, che equivale a circa 30 milioni di euro". Questo tipo di valutazione risulta alquanto impreciso, perché non tiene conto delle differenze di prezzo tra i vari farmaci né delle differenze presenti tra le varie sottoclassi. Rilevare una riduzione della spesa farmaceutica non vuol dire che sia stato venduto un numero minore di confezioni. Pensiamo all'introduzione sul mercato dei farmaci cosiddetti "generici": hanno un costo inferiore rispetto a quelli "di marca" e, pertanto, a parità di spesa totale, possono essere state vendute più confezioni; così come un aumento della spesa può essere legato all'immissione sul mercato di molecole molto costose, che fanno lievitare i prezzi senza un corrispettivo aumento delle prescrizioni totali.

Il secondo metodo si basa sull'*esame delle ricette mediche*. Il limite di tale metodo è che una prescrizione non implica una reale assunzione del farmaco. Le ragioni per cui non tutti i farmaci prescritti vengono poi assunti possono essere diverse, come ad esempio la comparsa di un effetto collaterale che richiede la sospensione immediata, la presenza di tratti farmacofobici nel paziente che portano all'interruzione precoce, oppure la risoluzione del quadro (che può essere spontanea o legata a nuovi eventi di vita) che si manifesta ancor prima di intraprendere la terapia farmacologica. Pertanto, il farmaco viene ritirato dalla farmacia ma poi assunto poche volte, se non addirittura nessuna.

Il terzo metodo consiste nello stabilire la proporzione della popolazione che ne fa uso, valutata o in base al numero delle persone che lo hanno assunto nell'arco di un periodo ben definito (ad esempio l'anno precedente allo studio), o alla cosiddetta punto-

prevalenza (che valuta il numero di persone che fanno uso del farmaco indagato al momento dello studio). Anche questo metodo può comportare delle distorsioni di lettura e portare a conclusioni errate: nel primo tipo di valutazione i valori che si rilevano saranno comprensibilmente più elevati, in quanto è preso in esame un arco temporale più ampio, perciò le persone che hanno assunto il determinato farmaco in un anno saranno sicuramente superiori a quelle che lo stanno assumendo in un dato istante (secondo tipo di valutazione).

Le domande che ritengo fondamentali per affrontare l'argomento "prescrizione di psicofarmaci" sono le seguenti:

- *Le prescrizioni di psicofarmaci sono in aumento?*
- *Se sì, è un fenomeno che riguarda solo gli psicofarmaci o tutti i farmaci impiegati nella prassi medica?*
- *L'eventuale incremento di prescrizioni di psicofarmaci riguarda gli psicofarmaci in generale o è limitato solo ad alcune classi di questi?*
- *Esiste una correlazione tra le patologie psichiatriche più comuni e la classe di psicofarmaci che viene maggiormente prescritta?*

### ***Le prescrizioni di psicofarmaci sono in aumento?***

La risposta a questa domanda è affermativa. I dati che abbiamo rilevano un aumento di prescrizioni di psicofarmaci un po' in tutti i paesi: basti pensare che soltanto negli Stati Uniti, nell'arco di tempo che va dal 1985 al 1994, il numero di visite, psichiatriche e non, in cui è stato prescritto uno psicofarmaco è passato da 33 a 46 milioni. A prescriverle sono prevalentemente i medici di base, anche se va specificato che molte volte è lo psichiatra a impostare la terapia farmacologica, e il medico di base prosegue nella prescrizione per l'arco temporale consigliato dallo specialista.

### ***L'aumento di prescrizioni è un fenomeno che riguarda i soli psicofarmaci o tutti i farmaci impiegati nella prassi medica?***

La spesa farmaceutica assorbe un'alta percentuale del PIL in

molti Paesi. In quasi tutta l'Europa (eccetto in Belgio, Irlanda e Lussemburgo) la spesa legata al consumo di farmaci è in aumento; la crescita delle prescrizioni riguarda molte classi, tra cui i farmaci per la prevenzione dei problemi cardiovascolari, quelli per abbassare i livelli di colesterolo (statine) e quelli ematopoietici, che servono ad aumentare la produzione di globuli rossi in malattie che ne causano un deficit (come le insufficienze renali o i tumori). La crescita della spesa sanitaria viene considerata quasi un percorso fisiologico: infatti, col passare degli anni, vengono scoperte terapie sempre nuove per malattie che fino a qualche anno prima erano considerate incurabili e che, in tal modo, da malattie mortali si trasformano in malattie croniche (che pertanto richiederanno interventi farmacologici continuativi, per diversi anni). D'altronde, è considerato un indice di sviluppo l'incremento di soggetti che vengono trattati farmacologicamente a seguito dell'allungamento della vita media.

L'aumento della spesa sanitaria è l'unica strada possibile? Alcuni ritengono che solo grazie all'impiego dei farmaci si sia potuta allungare di così tanti anni la durata media della vita; altri ritengono che sia stato soprattutto il miglioramento delle condizioni di vita a determinare un miglioramento della salute, e non l'impiego di farmaci. Credo che le due cose non si escludano a vicenda; anzi, i due fattori si legano indissolubilmente, andando a determinare l'incremento che rileviamo.

### ***L'eventuale incremento di prescrizioni riguarda gli psicofarmaci in generale o soltanto alcune classi?***

L'aumento del numero di prescrizioni di psicofarmaci non riguarda tutte le classi, ma soltanto alcune di esse. Negli Stati Uniti, nel periodo compreso tra il 1985 e il 1994, si è iniziata ad osservare un'inversione di tendenza rispetto a quanto osservato negli anni precedenti: gli ansiolitici-ipnotici, che erano stati i farmaci maggiormente prescritti in passato, sono stati sorpassati dagli antidepressivi, che hanno superato i 20 milioni di pezzi venduti negli ultimi 5 anni (consideriamo che l'uso di stimolanti e "ricostituenti" aspecifici, nello stesso arco di tempo, è aumentato del

500%). In Italia, la tendenza non differisce di molto: si osserva un evidente aumento delle prescrizioni di antidepressivi e, solo in misura minore, di ansiolitici-ipnotici e antipsicotici. In tabella 1 viene riportato il numero di confezioni prescritte nel periodo di tempo compreso tra il 1995 e il 2001.

TAB. 1. *Prescrizioni di antidepressivi, ansiolitici e antipsicotici in Italia tra il 1995 e il 2001 (esprese in milioni di pezzi venduti per anno)*

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Antidepressivi</b>	16,750	18,275	19,413	20,524	22,493	24,435	28,380
<b>Antipsicotici</b>	11,675	12,432	12,468	12,940	13,428	13,114	13,267
<b>Ansiolitici</b>	61,107	64,051	63,464	63,292	63,497	63,267	63,608

Emerge chiaramente come il trend di crescita degli antipsicotici e ansiolitici sia oscurato dal notevole incremento degli antidepressivi, che al termine del periodo osservato riportano un incremento di 11,63 milioni di pezzi venduti.

### ***Esiste una correlazione tra le patologie psichiatriche più comuni e la classe di psicofarmaci che viene maggiormente prescritta?***

L'aumento di diffusione degli antidepressivi sembra in accordo con i dati che riportano un aumento della patologia depressiva nella popolazione mondiale, anche se va specificato che gli antidepressivi non vengono impiegati esclusivamente nei disturbi depressivi, ma anche in altri quadri clinici, come il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi d'ansia generalizzata, alcuni disturbi alimentari, gli attacchi di panico e altro (vedi il capitolo sugli antidepressivi).

Ma esiste un rapporto diretto tra le varie forme di disagio psichico e le prescrizioni che vengono fatte?

Per molti la risposta immediata, e fin troppo istintiva, potrebbe essere: "Se ne fa un abuso!", senza specificare da dove provenga questa loro opinione. In realtà, i dati inducono a pensare che ci siano più depressi di quanti in realtà ne vengono trattati. In altre

parole, il bisogno psichiatrico è notevolmente sottostimato in alcune categorie di pazienti e probabilmente, come verrà specificato di seguito, un po' amplificato in altre.

A confermarlo sono gli studi epidemiologici che hanno rilevato come, attualmente, la depressione sia la quarta malattia più frequente nella popolazione mondiale e si prevede che nel 2020 salirà al secondo posto, preceduta solo dai disturbi cardiovascolari. La depressione è più che triplicata nel secondo dopoguerra rispetto agli anni Trenta. Uno studio di R. Kessler, in pubblicazione su *Lancet*, condotto su 85mila persone, ha rilevato che il 30% della popolazione ogni anno ha un disturbo mentale ed il 70% di queste persone non è curata, anche nei paesi più ricchi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo aver fatto una revisione di 37 studi internazionali, ha concluso che circa il 56% delle persone che soffrono di depressione non è diagnosticata e non riceve alcun trattamento. Si evince come, nonostante i dati in aumento, il fenomeno resti comunque sottostimato, a disconferma dei luoghi comuni. Non è sufficiente affermare che il fenomeno non esiste per determinarne la scomparsa; così com'è riduttivo attribuire tutto all'esagerazione di chi esegue gli studi.

Circa un ventennio fa, un importante studio rilevò che la diffusione dei disturbi bipolari, unipolari e schizoaffettivi risultava più alta nei gruppi di pazienti nati dopo il 1940 rispetto a quelli nati prima. Vi erano elementi per ritenere che nei decenni successivi avremmo assistito ad una tendenza all'aumento dei disturbi affettivi nella popolazione dei paesi industrializzati; dato questo confermato nel tempo, tanto che l'affermazione che oggi il disagio psichico è in aumento trova consensi in ambiti diversi, non solo psichiatrici.

## **MA IL DISAGIO PSICHICO È REALMENTE IN AUMENTO?**

Proviamo a rispondere alle seguenti domande: ci sono ragioni per ritenere che vi sia un effettivo aumento del malessere psichico? Se sì, ciò giustifica l'aumento delle prescrizioni di psicofarmaci riportato da più fonti?

Le risposte fornite in ambito non specialistico sono tante, a

volte un po' troppo semplicistiche, o influenzate da ideologie di fondo rigide e poco inclini all'analisi del fenomeno nella sua complessità. Si assiste a teoremi in cui vi è una relazione inversa tra benessere fisico e psichico, dove all'aumentare del primo c'è una diminuzione del secondo; altri leggono in tale fenomeno esclusivamente un oscuro progetto da parte delle industrie farmaceutiche che si arricchirebbero proponendo farmaci alle masse con la collusione di medici ingenui, o ancor peggio compiacenti e senza scrupoli; altri ancora leggono tra le righe un tentativo degli psichiatri di dominare il mondo, controllando farmacologicamente l'umanità.

Il "bisogno indotto" da parte delle industrie farmaceutiche può, in parte, esistere: non credo comunque sia in grado di giustificare da solo l'incremento del numero di soggetti che presentano una qualche forma di disagio psichico e che, per questa, chiedono aiuto. L'induzione del bisogno è l'anima della pubblicità, in tutti i campi, e sicuramente tendono a crearlo anche le case farmaceutiche nel tentativo di vendere il proprio prodotto. Molti psicofarmaci non hanno sull'organismo effetti più nocivi di una dieta scorretta, di uno stile di vita "tossico" o di modelli di pensiero palesemente disfunzionali, di cui spesso il mondo propagandato dalla pubblicità abbonda.

Chi ipotizza un ruolo esclusivo delle case farmaceutiche nella costruzione e definizione delle patologie psichiatriche non deve dimenticare che una discreta quota di fondi destinati alla ricerca psichiatrica proviene dalle industrie farmaceutiche, ed è comprensibile come *Cicero* si adoperi *pro domo sua*. Ogni anno viene pubblicato il rapporto nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali in Italia (non solo quindi gli psicofarmaci), nel quale vengono riportati i dati provenienti dai Comitati Etici che hanno il compito di autorizzare gli studi sperimentali: da esso emerge che circa i  $\frac{3}{4}$  delle ricerche cliniche approvate sono finanziati dall'industria farmaceutica stessa. Negli altri paesi la situazione non differisce di molto. È pur vero che tante utili e importanti informazioni riguardanti il funzionamento cerebrale derivano da studi sponsorizzati con questi fondi, e rinunciarevi totalmente

potrebbe voler dire rallentare ulteriormente il già lento percorso di ricerca che sta caratterizzando una disciplina recente e complessa, quale è appunto la moderna psichiatria.

È indubbio che il mercato propone farmaci nuovi e spesso circondati da un'aura miracolistica, ma ad impiegarli sono comunque i medici, esseri umani tutt'altro che omologati ad un unico schema di pensiero: ognuno col proprio punto di vista, con la propria autonomia di giudizio e con la propria formazione. Basti pensare che all'interno della branca psichiatrica vi sono così tante correnti di pensiero e differenti *iter* formativi che, per fare un esempio, tra uno psichiatra di formazione psicodinamica e uno psichiatra biologista può esserci la stessa distanza che separa un filosofo da un ingegnere, pur condividendo entrambi lo stesso oggetto di studio (la mente appunto). Qualunque sia il punto di partenza, l'interesse del medico è quello di fare star meglio il paziente e il desiderio del paziente è quello di stare bene.

Il solo effetto placebo (vedi capitolo 4), pur potendo determinare un certo miglioramento sia nel campo della ricerca che in quello dell'esperienza clinica, non si è mostrato efficace nella cura a lungo termine dei disturbi psichiatrici complessi. Nessuno tratterebbe un paziente con grave agitazione psicomotoria, o con grave ideazione suicidiaria, facendo leva sul solo effetto placebo, e lo sa bene chi lavora in questo campo o chi ha avuto la sfortuna di sperimentare stati simili a quelli descritti. Se una determinata terapia farmacologica non si mostra realmente efficace possiamo stare certi che non sopravvivrà a lungo. Cito come esempio quanto accaduto con un antidepressivo, la *moclobemide*, di cui ho assistito al lancio propagandistico, all'impiego infruttuoso e al ritiro dal mercato: era un farmaco antidepressivo che sulla carta avrebbe dovuto fare miracoli. La casa farmaceutica aveva investito milioni di dollari nello sviluppo di questa molecola e, agli occhi di molti psichiatri, sembrava aver risolto notevoli problemi nel trattamento delle depressioni resistenti, mostrando da un punto di vista teorico un meccanismo d'azione sicuramente valido. La casa farmaceutica aveva tutto l'interesse a far decollare il prodotto e gli psichiatri erano ben predisposti ad un suo utilizzo.

Nonostante la fiducia dei medici e il pressing pubblicitario, la moclobemide non ha avuto il successo sperato e dopo non molto è stata, addirittura, ritirata dal mercato.

Se un farmaco non è efficace il paziente cambia medico; se un medico vede andare via i propri pazienti tenderà ad utilizzare meno il farmaco che si è mostrato inefficace e il nuovo medico, al quale il paziente si rivolgerà, difficilmente riproporrà la terapia già assunta in precedenza, che non ha dato benefici. In tal modo è comprensibile come le case farmaceutiche, alla fine, abbiano un potere limitato sul destino di un farmaco che si è mostrato inefficace.

Per una migliore comprensione del tema affrontato in questo paragrafo è necessario considerare i diversi aspetti che contribuiscono alla percezione che il disagio psichico è in aumento, fenomeno che si colloca in un periodo storico caratterizzato da una serie di cambiamenti epocali mai visti prima d'ora. Non escludendo che possano essercene altri, i principali aspetti che a mio avviso dovrebbero essere presi in considerazione sono i seguenti:

- Modo nuovo di concepire il disagio mentale
- Aumento delle patologie in alcune categorie di pazienti
- Modo nuovo di ricorrere alla terapia farmacologica
- Effettivo aumento dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale

## **MODO NUOVO DI CONCEPIRE IL DISAGIO MENTALE**

Il tempo determina continui cambiamenti in molti campi e a tale processo non sfugge neanche il concetto di disagio mentale. Forse più che tale concetto in sé, a modificarsi maggiormente è la linea di confine che separa la “normalità” dalla “patologia”. Alcuni comportamenti definiti un tempo patologici sono stati cancellati dall'elenco dei disturbi mentali: si pensi all'omosessualità, scomparsa dai trattati di psicopatologia dagli anni 80, o a tutta una serie di condotte sessuali ritenute un tempo “perversioni” che oggi rientrano nella norma. D'altro canto, comportamenti un tempo di moda (si pensi a come, una volta, la sigaretta di James Dean fosse simbolo di virilità e fascino), oggi vengono proibiti e considerati

indice di un qualche disturbo (dipendenza da nicotina). Vecchie patologie che hanno dominato la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento, come l'isteria, non sono più diagnosticate con la frequenza di un tempo mentre altre, considerate in passato "normali", non solo sono state etichettate come patologiche, ma spesso risultano anche particolarmente invalidanti.

Il rossore che copriva le gote di una giovane donna in ogni contesto sociale in passato veniva considerata una virtù (il rossore virginale); col tempo, lo stesso fenomeno si è trasformato in un quadro clinico chiamato "fobia sociale", caratterizzato dallo specifico timore di arrossire in pubblico (ereutofobia). Altre patologie sembrano di nuova comparsa, come i disturbi alimentari (dall'anorexia al disturbo da alimentazione incontrollata) o il gioco d'azzardo patologico; altre ancora, invece, sembrano nuove, anche se già note da tempo (disturbo da panico, abuso di sostanze).

Possiamo immaginare il campo del disagio psichico come suddiviso in due grandi categorie: da una parte i disturbi che mantengono la loro presenza nel corso delle varie epoche storiche, che si mostrano invariati nonostante i cambiamenti della società e che si presentano in modo costante in tutti i paesi, industrializzati o sottosviluppati (si pensi ai disturbi bipolari, alla schizofrenia, ai disturbi deliranti come la paranoia o ad alcuni disturbi di personalità, contemplati già nella medicina greca tra i "temperamenti" o "caratteri" descritti in epoca remota da Teofrasto). Dall'altra quei disturbi che si mostrano maggiormente sensibili ai cambiamenti sociali, con diagnosi che nascono e muoiono anche in base alle mode, alle norme e ai mutamenti sociali che caratterizzano ciascuna epoca.

Un fattore che potrebbe aiutarci a comprendere l'aumento del numero di casi che necessitano di cure psichiatriche può essere l'attuale cambiamento del modo di concepire il disagio mentale.

A differenza di un tempo, oggi la soglia necessaria per definire un disagio psichico come "curabile" si è abbassata notevolmente. Quando si parla di disagio mentale non si intende più esclusivamente la grave patologia invalidante, quella che veniva definita "pazzia"; il malessere psichico inizia ad essere parificato alle forme

di malessere fisico e in quanto tale può necessitare di un trattamento a vari livelli.

Comunque, con maggiore frequenza di un tempo, vi è la capacità di riconoscere una sofferenza psichica e, di conseguenza, chiedere aiuto. Questo a cosa è dovuto?

Le ragioni sono molteplici. Intanto vi è una maggiore attenzione al tema da parte di tutti gli organi di informazione. Pensate, ad esempio, a quanto si parla e si scrive oggi sul disturbo da attacchi di panico, sconosciuto a medici e pazienti fino a non molti anni fa. Oppure ai disturbi del comportamento alimentare, come la bulimia o l'anoressia; pensate a tutto il dibattito sviluppatosi intorno all'ultima campagna pubblicitaria per richiamare l'attenzione sul problema "anoressia", firmata da Oliviero Toscani nel 2007. La frequente partecipazione, a volte anche eccessiva, di psichiatri e psicologi a molti programmi televisivi come la presenza in molte riviste di una rubrica psichiatrico-psicologica, indicano che al giorno d'oggi affrontare il tema del disagio mentale non è più un tabù, ma rappresenta un argomento di cui si può parlare, in cui ci si può riconoscere, e risponde alla richiesta informativa di molti spettatori e lettori.

Gli organi d'informazione, pertanto, contribuiscono a questa nuova visione del disagio mentale, a parte i casi in cui viene associato al termine "crimine", ossia quando viene focalizzata l'attenzione esclusivamente sui casi di cronaca nera, nei quali, spesso, le informazioni sullo stato psichico del criminale vengono riportate in modo fuorviante.

Un tipico esempio di questa modalità è l'uso improprio che si fa del termine "depressione", anche nei casi in cui non sarebbe da chiamare in causa. Dovere dei media è informare, ma in modo corretto. Purtroppo, il fatto che chi ha superato la malattia mentale – e vi sono molti casi che si sono inseriti con successo nel tessuto sociale – sia riluttante a parlare del suo passato, crea una percezione distorta di questi disturbi, facendo risaltare quasi esclusivamente i fatti di cronaca e non le guarigioni e i miglioramenti clinici, che sono numericamente superiori (e non di poco). È importante acquisirne la consapevolezza e superare l'idea deleteria che la malattia mentale non possa essere curata.

Associare il disagio mentale alla “pericolosità per sé o per altri” è un’eredità dei secoli passati e forse non molti sanno che ad interromperla è stata, in Italia, la legge 180 del 1978. Da allora tante cose sono cambiate, da un punto di vista sia concettuale che pratico. Il concetto di “pericolosità” non è più contemplato e al suo posto compare il termine di “persona bisognosa di cure”, a prescindere dal grado di pericolosità auto o eterodiretta. Questo concetto, seppur lentamente, inizia a trovare spazio tra la gente, contribuendo al nuovo modo di concepire il disagio mentale, che riguarda anche quelle situazioni che niente hanno a che vedere con l’essere “pericolosi per sé o altri”.

L’informazione, quando è corretta, aiuta anche in un altro settore: la lotta allo stigma. La conoscenza, infatti, dissolve i pregiudizi e l’alone di diffidenza e paura che circonda le persone psichicamente sofferenti. Fare ricerca sulle psicopatologie, divulgare informazioni articolate e non settoriali, rendere la malattia mentale degna di attenzione, sono tutti modi per destigmatizzarla. E così, sempre di più, anche se purtroppo non ancora abbastanza, chiedere aiuto per problematiche psichiatriche non è più ritenuta una condotta lesiva il valore della persona o che la rende inferiore ad altri. Ci si sente meno “marchiati” di quanto avveniva in passato se si va da uno psichiatra o si necessita di cure psicofarmacologiche. Fino a poco tempo fa ci si rivolgeva al neurologo per problematiche psichiatriche, in base al preconconcetto che “lo psichiatra cura i matti”; oppure si preferiva andare dallo psicologo, perché considerata una terapia più “soft” e meno stigmatizzante.

A tal proposito ricordo che in passato mi è capitato di effettuare delle consulenze psichiatriche, chiamato da colleghi di altri reparti medici o chirurgici, e notare che molte volte il paziente non veniva informato della richiesta di una consulenza psichiatrica o al massimo veniva avvisato che sarebbe stato fatto un colloquio con uno psicologo. Quando chiedevo ai colleghi il perché di queste condotte mi rispondevano che era necessario per non urtare la sensibilità del paziente: “Se gli avessimo detto che era necessaria una consulenza psichiatrica avrebbe potuto offendersi”.

Oggi, con maggiore elasticità, ci si rivolge al neurologo, allo

psicologo o allo psichiatra per le competenze specifiche di ciascuna professionalità, e non più per il fatto che l'uno è meno stigmatizzante dell'altro.

Un ulteriore fattore che spinge le persone a chiedere aiuto è la maggiore consapevolezza che una problematica, inizialmente modesta, potrebbe sfociare in una patologia più grave o che il malessere psichico, protratto nel tempo, potrebbe compromettere in modo irreversibile molti ambiti della vita (lavoro, vita affettiva, vita sociale).

Quanto descritto finora nel suo insieme fa sì che oggi ci si rivolga con frequenza maggiore ad uno psichiatra o al medico di base per problematiche mentali, anche per casi che un tempo non sarebbero stati considerati degni d'attenzione sia da parte dei medici che dei pazienti.

Il nuovo modo di concepire i concetti di salute e malattia ha contribuito non poco a questo cambiamento.

### ***Il concetto di salute***

La psichiatria moderna si inserisce all'interno del percorso della moderna medicina, il cui compito non si limita più alla sola formulazione di una diagnosi e al trattamento della malattia, ma contempla anche una serie di interventi finalizzati al mantenimento dello stato di salute. Questo passaggio è molto importante e merita qualche chiarimento ulteriore.

Le concezioni di vita, morte, corpo e salute cambiano nelle diverse epoche storiche.

Salute deriva dal latino *salus*, astratto arcaico di *salvus* (da cui l'italiano 'salvo'). Il significato di questo termine, riguardante l'interezza, l'integrità, fu poi assimilato dal latino *totus*. *Salvus*, cioè, finì per riguardare anche il tutto, l'intero, l'anima ed il corpo, uniti senza scissione concepibile. Così, si può dire che *salvus* stesso preveda una non distinzione anima-corpo, una pienezza accompagnata ad un sentimento di una propria appartenenza, completamente integrata ed in armonia con l'ambiente in cui si vive e con cui si interagisce.

Ma *salus* rimanda anche al latino *salvere*, che richiama quella

rosa di significati che vanno dallo “star bene”, allo “stare sano”, all’“essere in buona salute” fino al “sii felice”. Di conseguenza, *salus*, oltre che rimandare al tutto, all’intero, richiama anche quello star bene legato alla felicità. La famosa definizione di salute sintetizzata dall’OMS nel 1948 è appunto “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”.

Si è pensato per molto tempo che il concetto di “salute” fosse ben definito dall’espressione “assenza di malattie”, “star bene”, cioè non essere malati. Oggi sappiamo che la salute non può esaurirsi semplicemente nell’*assenza di malattie* e la stessa OMS ha sentito il dovere di definire la salute come “la realizzazione per tutte le donne e gli uomini di tutte le proprie potenzialità fisiche, psichiche, culturali e religiose”.

Il modello organicista viene così superato a favore di un concetto di salute più ampio (modello biopsicosociale proposto da G.L. Engel nel 1977), che incorpora elementi olistici e transculturali e chiama in causa antropologia, bioetica e sociologia. Il nuovo concetto di salute, quale “stato completo di benessere fisico, mentale e sociale”, permette di prendere in considerazione, in materia di salute, molti temi prima ignorati e favorisce lo sviluppo di una medicina diretta a *promuovere* lo stato di salute, indipendentemente dalla malattia. In Italia, il cambio di nome del Ministero della Sanità in Ministero della Salute è un indizio che sta proprio a indicare come la qualità della vita dei cittadini debba obbligatoriamente passare dalla tutela sanitaria alla promozione della salute (in Toscana, realtà in cui opero, i Centri di Igiene Mentale di un tempo sono oggi denominati Centri di Salute Mentale).

Attualmente, viene presa in considerazione la possibilità che anche nella persona definita “sana” possa esserci una problematica psichica e che questa, per differenti ragioni, possa sfociare in una “condizione patologica”. Salute e malattia acquistano, in tal modo, un significato di relatività: in altre parole, ci si può ammalare in conseguenza di eventi contingenti (che avvengono nel corso della vita). Normalità e malattia cessano così di essere considerati concetti assoluti.

“Nell’ambito della promozione della salute, salute e malattia

non vengono considerate come stati alterni ed esclusivi, bensì come punti terminali di un filo conduttore comune (continuità salute-malattia)”, per dirla con P. Franzkowiak e M. Lehmann.

I due poli estremi della continuità (condizione di piena salute e condizione di piena malattia) non devono essere raggiunti dagli organismi viventi. Ognuno, pur sentendosi prevalentemente sano, possiede parti malate e, finché vive, parti sane. Non si tratta quindi di stabilire se una persona è sana o malata, bensì in che misura essa si allontana o si avvicina ai punti estremi di salute e di malattia.

Oggi esistono quattro modi di distinguere la “patologia” dalla “normalità” (D. Offer e M. Sabshin, 1974): per definizione professionale, per deviazione dalla media, per valutazione di funzione e per definizione sociale. Vedremo più avanti cosa significa in pratica.

Dare oggi una definizione di patologia mentale, dunque, è certamente molto più complesso di un tempo. Esiste una fondamentale differenza tra “essere malato” e “avere una malattia”. Il modello antropologico statunitense ha distinto due diversi concetti di malattia, *disease* e *illness*, intorno ai quali è ancora in atto un acceso dibattito in psichiatria culturale. Il termine *illness* dovrebbe essere usato per designare l’esperienza diretta del malato, il vissuto della malattia, mentre *disease* dovrebbe essere riservato alla concettualizzazione della malattia da parte del medico.

*Disease* è la malattia intesa come realtà oggettiva, ossia tutte le manifestazioni di uno stato di salute malato che sembra rispondere a cause fisiologiche, tradotte in sintomi e segni, tipici delle descrizioni nosologiche dei manuali di medicina. È misurabile con metodi matematico-sperimentali, con la rappresentazione dei diversi organi separati dal contesto culturale.

*Illness* esprime la malattia così com’è vissuta e percepita dal paziente, con tutta la sua cultura, la sua natura simbolica e i suoi segni e sintomi, rappresentata dalle risposte soggettive, emotive, comportamentali, interpretative e comunicative della malattia.

La stessa distinzione si ritrova anche in autori di lingua tedesca (*Erkrankung* e *Krankheit*), mentre nel francese, italiano e spagnolo è assente ogni distinzione.

Esiste però anche una differenza fra *essere malato* (sentirsi tale) ed *essere un malato* (e cioè essere riconosciuto come tale), da cui deriva la necessità di introdurre un terzo termine, *sickness*, per indicare la percezione della malattia da parte dell'ambiente non medico che circonda il soggetto.

### *Un esempio clinico*

Prendiamo ora come esempio una situazione di fantasia che non di rado può presentarsi in un ambulatorio psichiatrico.

Il signor Maurizio di 45 anni ha un lavoro, è sposato e ha 2 figli minorenni. Si rivolge al medico di base lamentando irritabilità e disturbi del sonno, inseriti in uno stato di malessere aspecifico di fondo. Il curante, dopo aver escluso eventuali patologie fisiche in atto, lo invia allo specialista psichiatra per "stato d'ansia". Molte volte i medici di base utilizzano questa dizione nell'invio di pazienti che presentano una sintomatologia vaga e poco inquadrabile nei loro schemi diagnostici. Durante il colloquio, lo psichiatra rileva che il paziente, in passato, aveva attraversato periodi in cui si sentiva attivo e pieno di entusiasmo per tutto ciò che faceva, alternati a momenti in cui provava poco piacere nelle varie attività, aveva la tendenza a commuoversi facilmente, aveva bisogno di continue rassicurazioni, dormiva poco e molto spesso era irritabile. In seguito a questo suo stato, aveva iniziato ad avere difficoltà coniugali: nella fase in cui prevaleva l'entusiasmo era talmente preso dalle varie attività da essere poco presente in famiglia, così come era poco presente, per vie diverse, quando si trovava nella fase opposta, in cui si mostrava estremamente lamentoso e poco partecipe alla vita familiare. I continui conflitti coniugali legati a queste sue condotte, presenti oramai da diverso tempo, lo turbavano così tanto da ridurgli le ore di sonno e generavano uno stato d'animo disforico, che iniziava a palesarsi anche sul posto di lavoro: frequentemente entrava in conflitto con i colleghi e i superiori, irritandosi spesso per questioni di poco conto. Anche gli hobby, col tempo, risultavano meno piacevoli: continuava ad andare a pesca con gli amici, ma non provava più alcun interesse per questa sua vecchia passione. Il signor Maurizio si rendeva conto

che tutta questa situazione era legata ad aspetti che riguardavano la sua persona e non a responsabilità di altri.

Possiamo considerare il signor Maurizio malato?

Proviamo a considerare i quattro modi, sopra riportati, di distinguere la patologia dalla normalità secondo Offer e Sabshin.

Se esaminiamo la questione da un punto di vista di “deviazione dalla media”, il signore presenta un quadro che è comune a molti. Ciascuno di noi ha vissuto direttamente o indirettamente situazioni in cui erano presenti conflitti coniugali e lavorativi, a seguito dei quali il sonno era compromesso e l’irritabilità pervasiva. Così come alternare periodi di benessere con altri in cui l’interesse per le cose si attenua è un’esperienza comune a molti. Da questo punto di vista, il signor Maurizio non si discosta eccessivamente dalla media.

Se consideriamo la presenza di malattia in base a una “valutazione di funzione”, possiamo dire che il signor Maurizio ha comunque una moglie, due figli, un lavoro, delle buone capacità di autonomia, degli hobby, degli amici. Si può concludere che, almeno finora, ha comunque mantenuto un buon funzionamento in diversi ambiti.

Secondo una “definizione sociale” possiamo escludere che il signor Maurizio possa essere considerato a livello sociale “malato”, tutt’al più un po’ burbero in alcuni periodi.

Basandosi su una “definizione professionale” la situazione del signore in oggetto può essere diagnosticata in vari modi (ciclotimia, distimia, depressione sotto soglia...), ma forse più che “malato” verrebbe considerato un soggetto in equilibrio precario, che potrebbe andare incontro a una malattia più seria qualora uno o più eventi sfavorevoli andassero a compromettere questo equilibrio.

Eppure il signor Maurizio si sente molto male tanto da richiedere aiuto, allarmato dalla consapevolezza che, continuando in questo modo, rischierebbe seriamente di essere abbandonato dalla moglie e di perdere il lavoro. Non riesce neppure a pensare a queste evenienze, poiché due eventi simili avrebbero un effetto catastrofico su di lui. Lo psichiatra che lo ha in cura, dal suo punto di vista, ritiene che quelli che il paziente considera “effetti

catastrofici” potrebbero concretizzarsi, ad esempio, in una depressione grave o in condotte che dall’irritabilità potrebbero sfociare in un’aggressività molto intensa, con una conseguente seria compromissione in tutti gli ambiti.

In tal modo, assistiamo ad un primo passaggio: il signore non è “malato” in senso stretto, ma chiede aiuto e viene preso in carico e curato da uno specialista.

Ipotizziamo che lo psichiatra prenda in considerazione come primo intervento una serie di terapie non farmacologiche e che, nonostante i diversi tentativi di convincerlo, una valutazione o terapia di coppia venga esclusa perché il signor Maurizio, a questo punto diventato paziente a tutti gli effetti, non vuole assolutamente che la moglie sappia che si è rivolto a uno psichiatra; anche una psicoterapia personale viene esclusa, perché il paziente, per differenti ragioni, non è intenzionato a intraprenderla.

Cosa fareste voi al posto di uno psichiatra?

Data l’impossibilità di impiegare trattamenti non farmacologici gli direste che il caso al momento non è da curare, abbandonando la persona “alla sua sorte”? Ci sono discrete probabilità che la situazione si risolva spontaneamente, ma ce ne sono altrettante che lo espongono al rischio reale di perdere moglie e lavoro con le possibili conseguenze immaginabili. In altre parole gli direste: “Aspettiamo che la situazione precipiti seriamente, che lei perda famiglia e lavoro, che entri in depressione e poi troveremo un modo di curarla”? E dicendo ciò pensereste che il paziente migliori immediatamente?

È un uomo che internamente si sente male, molto più di quanto le sue competenze linguistiche gli consentano di comunicare all’esterno.

Ipotizziamo che voi, come psichiatra, siate a conoscenza dell’esistenza di farmaci sicuri per la salute fisica, con scarsi effetti collaterali, che potrebbero ad esempio regolarizzare il sonno e ridurre le oscillazioni dell’umore, garantendogli una maggiore stabilità e prevenendo quei cali di tono che lo rendono insofferente a tutto. Prendereste in considerazione l’ipotesi che se riuscisse a regolare i momenti di irritabilità, gli sbalzi d’umore e a non passa-

re lunghi periodi insonni probabilmente avrebbe migliori chance di rinnovare il proprio stile di interazione con gli altri, potrebbe riuscire a costruire con la moglie un dialogo più funzionale, a trovare la giusta motivazione per fare parte della vita familiare, ad avere sul posto di lavoro relazioni più funzionali?

In tal modo, pensereste ad una terapia farmacologica non come “la medicina per il malato”, né come la sola sufficiente a risolvere tutti i problemi che presenta il signor Maurizio, ma come un utile strumento che possa consentire al paziente di entrare in rapporto con gli eventi della vita in modo diverso. Nessuno penserebbe che l’assunzione di un farmaco gli garantirà il posto di lavoro o la fedeltà della moglie, ma sicuramente le probabilità che questi eventi si verifichino per “responsabilità” del signor Maurizio si riducono.

La terapia, in questo caso, viene considerata una prima fase, utile per dare la possibilità al paziente di impiegare in modo più funzionale le proprie competenze, dato che il farmaco non potrà mai sostituirsi al soggetto. La metafora potrebbe essere la seguente: il farmaco mette in moto l’automobile, ma poi bisogna imparare a guidarla.

Non è detto che il signore in questione debba assumere farmaci per tutta la vita, né che una volta iniziata una terapia essa non possa più essere sospesa.

Riuscire ad individuare i casi che possono beneficiare di un intervento precoce è un indice di evoluzione, presente in tutte le branche mediche: non vuol dire assolutamente svalutare il soggetto, indebolirlo o imprigionarlo in una gabbia farmacologica senza via d’uscita. Molte volte le vere prigioni sono costituite da gabbie esistenziali disfunzionali dalle quali non si può uscire non perché non si vuole, ma perché non si può.

Inizialmente si curava l’infarto miocardico ignorando il resto: oggi si controllano i fattori di rischio, ad esempio mantenendo bassi i livelli di colesterolo (i cui valori elevati sono asintomatici e favorevoli l’insorgenza dell’infarto).

Abbassare la soglia per poter intervenire ha permesso di prevenire e curare tante patologie. Si va dal medico anche se si è

asintomatici: mammografia, pap test, esame prostatico dopo i 50 anni, ecc.

Poter intervenire precocemente sulle problematiche psichiatriche equivale a dire, anche, poter ridurre il rischio di malattie fisiche e di conseguenza migliorare lo stato di salute. È un dato certo che stati prolungati di stress, a prescindere dalle cause, possono danneggiare la salute, non solo per azione diretta di questo stato sull'organismo, ma anche a seguito di una serie di condotte ad esso associate: abuso di alcol, fumo di sigaretta, dieta squilibrata, scarsa attività fisica.

L'etica moderna comporta il dover prendersi cura della propria salute evitando con ciò una forma di parassitismo sociale che sottrae risorse alla comunità: all'epoca dell'introduzione delle vaccinazioni obbligatorie il bene collettivo era stato anteposto alla libertà di cura individuale. In questo modo è stato ad esempio debellato l'agente eziologico del vaiolo, malattia oggi scomparsa dal pianeta: l'obiettivo sociale era quello di non trasmettere il contagio. Oggi la stessa cosa si è spostata sul versante economico: persone meno sane significano persone che necessitano di maggiori cure, adoperando risorse economiche che potrebbero invece essere dirottate su fini altrettanto validi dal punto di vista etico. Per fare un esempio, con i soldi risparmiati nell'assistenza alle patologie derivanti dal fumo di sigaretta (impegnandosi ciascuno nel portare avanti programmi di disuasione) potrebbero essere finanziati numerosi progetti di ricerca scientifica in vari settori.

## **AUMENTO DELLE PATOLOGIE IN ALCUNE CATEGORIE DI PERSONE: ANZIANI, GIOVANI E IMMIGRATI**

La comparsa di nuove situazioni che generano disagio in determinate fasce sociali può contribuire all'aumento della richiesta di cure psichiatriche e di prescrizioni psicofarmacologiche. Prenderemo come esempi l'allungamento dell'età di sopravvivenza, il crescente abuso di sostanze tra i giovani e l'aumento delle immigrazioni.

### ***Anziani***

I progressi scientifici hanno consentito di allungare notevolmente l'aspettativa di vita. Si vive molto più a lungo e spesso pur-

troppo si invecchia male. La senilità, nel giro di pochi decenni, dall'essere sinonimo di saggezza, esperienza, autorità, si è trovata ad essere associata ad inabilità e peso sociale.

La maggiore durata della vita consente il manifestarsi di tante patologie legate all'età: uno dei problemi che ci troveremo ad affrontare nei prossimi anni, ad esempio, sarà l'incremento dei casi di demenza.

Le malattie croniche, il mancato riconoscimento sociale, le ristrettezze economiche dopo una vita di sacrifici, i lutti che aumentano e tanti altri fattori rendono questa fascia d'età molto vulnerabile a diverse patologie psichiatriche.

Dai dati della tab. 2 (fonte: osservatorio arno-cineca, dati riferiti al 2006), che riportano la percentuale di pazienti in trattamento con antidepressivi per fasce d'età e sesso, si osserva come dai 65 anni in poi ben 1 donna su 6, e un uomo su 11, siano sottoposti a trattamento psicofarmacologico con antidepressivi. Se consideriamo tutte le classi psicofarmacologiche il numero di soggetti trattati aumenta ulteriormente.

<b>Fasce d'età</b>	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>
19-44 anni	1 su 18	1 su 34
45 - 64 anni	1 su 9	1 su 20
Dai 65 anni in poi	1 su 6	1 su 11

A volte è la senilità stessa che amplifica i preesistenti tratti problematici sottosoglia (cioè, che non compromettevano il funzionamento della persona e non soddisfacevano i criteri per formulare una diagnosi), oppure mette l'individuo di fronte ad eventi che trasformano totalmente lo stile di vita.

Per comprendere meglio questi aspetti prendo come esempio due situazioni che possono facilmente presentarsi in un ambulatorio psichiatrico.

Pensiamo ad una signora che è sempre stata molto apprensiva e iperattiva in molti campi, con la tendenza ad avere sempre "la

situazione sotto controllo”. Lo stato apparente era di un’iper-funzionalità che le consentiva di essere attenta ad ogni minimo dettaglio. Tale aspetto veniva considerato dalla paziente, dai familiari e dai conoscenti come una prova di grande efficienza.

Con la senilità iniziano a venire meno una serie di elementi necessari per “controllare tutto”: la riduzione della vista e dell’udito compromettono la capacità di valutazione dettagliata di ciò che accade, le forze fisiche diminuiscono, la memoria riguardante gli eventi recenti inizia ad essere peggiore di un tempo. La signora si sente nel complesso meno efficiente e cerca di compensare il deficit percepito aumentando ulteriormente il controllo sulle cose. Purtroppo questa reazione, pensata come “giusta”, non fa altro che mettere ulteriormente in luce le sue difficoltà, procurandole un livello d’ansia così elevato da compromettere le capacità residue. Non è difficile, in tal modo, comprendere come possa innescarsi un processo circolare che, protratto nel tempo, può portare a gravi forme di disabilità: la signora si sentirà totalmente fallita, inutile a tutto e per tutti. La sua attenzione, verosimilmente, verrà polarizzata sui sintomi fisici dell’ansia, per cui si rivolgerà frequentemente al medico di base per problemi digestivi, tachicardia, sensazione di tremore interno, timore di avere qualche male incurabile. La richiesta fatta al medico, il più delle volte, è quella di poter tornare a funzionare come prima; l’aspettativa purtroppo verrà delusa e ciò può farla precipitare in uno stato depressivo, tanto che riferirà a medici, amici e parenti di sentirsi meglio solo quando è a letto e non fa nulla. In tal caso, i sintomi fisiologici legati all’invecchiamento scatenano una reazione a catena di sintomi tali da impedire lo svolgimento di attività che il soggetto potrebbe compiere normalmente.

Gli eventi che possono cambiare improvvisamente le abitudini quotidiane abbondano nella senilità: il pensionamento, le morti più frequenti di amici o familiari, le malattie insorte improvvisamente.

Pensiamo a un signore che è sempre stato in ottima salute, pieno di interessi e gioia di vivere. Mai un minuto di noia: viaggi, amici, attività collettive, sport e quant’altro. Il pensionamento

non è stato assolutamente un problema, bensì un'occasione per poter dedicarsi maggiormente ai suoi hobby. Un giorno, mentre è impegnato in una delle sue mille attività, insorge un dolore toracico così forte da condurlo urgentemente al pronto soccorso, dove gli viene fatta diagnosi di infarto miocardico acuto. Gli dicono che non dovrà più sottoporsi ad attività stancanti, che dovrà modificare le abitudini alimentari, assumere per il resto dei suoi giorni una terapia farmacologica e sottoporsi a periodici controlli medici. Improvvisamente, tutto il suo stile di vita cambia con la consapevolezza che le cose non torneranno più come prima, ma che anzi, se non affrontate adeguatamente, potranno ulteriormente peggiorare. Inizia a pensare di essere diventato improvvisamente vecchio, che la sua vita non ha più alcun senso, che gli altri non lo stimeranno più come prima, che sarà solo un peso. È sfuggito per anni all'idea che anche lui poteva invecchiare e ora si trova a dover affrontare cardiologi e geriatri.

Ci sono tante altre situazioni e quelle che ho riportato sono soltanto due evenienze ipotetiche piuttosto frequenti. È molto probabile, infatti, che qualche lettore possa individuare situazioni analoghe intorno a sé.

Cosa fare in questi casi?

È difficile consigliare alla persona di rassegnarsi ad invecchiare, in un mondo in cui sembra che lo scopo primario della vita sia il raggiungimento dell'eterna giovinezza (si pubblicizzano creme antirughe da utilizzare sin dalla giovane età, per non considerare poi tutto il mondo della chirurgia estetica).

Fare appello alla "forza di volontà" del soggetto può essere un atto di puro sadismo, dal momento che in molti casi la sola volontà non è sufficiente: nessuno chiederebbe a un miope di compensare il deficit visivo con l'impiego della sola buona volontà.

Evitare di curare queste persone perché "vecchie, poco produttive, che assorbono notevoli risorse economiche a scapito di altre fasce d'età" è un'ipotesi disumana e per niente etica.

Creare una rete sociale che possa prendersi cura di loro è poco realizzabile e difficilmente riuscirebbe a raggiungere tutte le persone pronte ad usufruirne positivamente.

Un approccio psicoterapico non sempre è indicato e non tutti i soggetti sono propensi ad intraprenderlo, ammesso che ci siano le risorse per poter mettere in atto psicoterapie su ampia scala.

Ancora una volta il primo filtro diventa il medico di base, che può impostare un primo trattamento farmacologico. I casi che si rivolgono allo specialista psichiatra sono in genere quelli che non hanno risposto a trattamenti farmacologici prescritti da altri medici non psichiatri in prima battuta. Compito dello specialista diventa così quello di aiutare il soggetto anziano a trovare uno stato psichico adeguato per utilizzare al meglio le proprie capacità residue e, per le persone che ne hanno le competenze, poter elaborare insieme l'entrata a pieno titolo nell'età senile. Lo scopo non è far tornare il soggetto alle performance di quando era giovane (sembra strano, ma molte volte la richiesta fatta dal soggetto è proprio questa, di tornare a fare le cose che faceva 10 anni prima), ma ridurre lo stato di malessere e consentire lo svolgimento di quelle attività che la persona realmente potrebbe svolgere.

## ***Giovani***

Un'altra categoria a rischio è costituita dai soggetti in giovane età che sempre prima, e con frequenza crescente, entrano in contatto con l'uso di sostanze stupefacenti. Per comprendere l'aumento del disagio giovanile occorre prendere in esame aspetti che riguardano la sociologia, l'antropologia, gli stili educativi, gli schemi di valore e ulteriori altri fattori. Dato comunque che lo schema del libro è polarizzato sugli aspetti psicofarmacologici, mi limito a prendere in esame i casi che necessitano di cure di tale natura a seguito del contatto con sostanze stupefacenti.

Una notevole mole di dati ci informa che, nella popolazione generale, l'uso di stupefacenti supera di gran lunga quello degli psicofarmaci, soprattutto nelle fasce dei più giovani. Stiamo assistendo ad un aumento della disponibilità di stupefacenti nella popolazione in quantità e qualità mai osservati in precedenza. Basti pensare che oggi uno spinello contiene una quantità di tetraidrocannabinolo, il principio attivo responsabile dell'effetto psicotropo, maggiore di 10-20 volte rispetto alle concentrazioni presenti nello stesso 30

anni fa. Possiamo dire che il consumatore di cannabinoidi di un tempo assumeva, a parità di spinelli, quantità notevolmente inferiori di principio attivo. Inoltre, col tempo, si sono diffusi tra i consumatori nuovi mezzi e modalità di somministrazione (aghi ipodermici, crack smoking, solventi organici) che hanno aumentato la biodisponibilità a livello cerebrale delle sostanze d'abuso, contribuendo in tal modo ad allontanarsi sempre più dalla tradizionale relazione con la sorgente naturale del composto attivo (ad esempio la masticazione delle foglie delle piante di coca). Il risultato di tale processo ha condotto i nuovi consumatori verso sostanze con un potere tossicomano notevolmente superiore, utilizzando vie di somministrazione sempre più invasive (come ad esempio l'iniezione endovenosa del cloridrato di cocaina).

Secondo i dati 2006 della relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze, nella sola Toscana sono più di 57mila (33,2%) gli studenti delle scuole superiori che hanno assunto una droga illegale almeno una volta, e 30mila i consumatori abituali.

Dal 2001 al 2005 gli italiani che hanno fatto uso di *cannabis* sono pressoché raddoppiati (da 2 milioni a 3,8 milioni), i consumatori di cocaina sono passati da 350.000 a 700.000 ed è triplicato l'uso di allucinogeni e psicostimolanti.

Purtroppo dobbiamo constatare come un fenomeno che sembrava relegato a settori di emarginazione sociale e di disperazione, sia divenuto fenomeno di massa e più vasto di quanto dicono i dati, senza considerare il massiccio abuso di alcol e il doping a vari livelli.

In questi ultimi 15 anni l'insieme dei messaggi trasmessi dal mondo economico, dalla pubblicità, dalla moda, dalle televisioni, dalle riviste, dalla musica, dal modo di divertirsi e di passare il tempo libero, hanno monopolisticamente imposto una sola cultura, che ha appiattito le differenze politiche, individuali e culturali; un messaggio più forte di qualunque teoria, che ti ordina e ti impone di essere competitivo, ricco, bello, vestito bene, sempre in forma, con alte prestazioni sessuali, mai stanco, vincente nello sport, con l'obbligo di "non dormire mai", pena l'esclusione sociale. Bisogna mettere in relazione l'affermarsi di questa cultura

edonistica-efficientistica con l'uso di sostanze, che consentono di reggere psicologicamente e fisicamente lo stress di questo modello di vita, ma portano ad un conseguente calo d'umore. Una società che si droga nel tempo libero, nello sport, nella musica, nella moda, nelle professioni (fenomeno la cui ampiezza si apprezza e si misura addirittura nei residui che vanno nei fiumi), è una società che sotto questo aspetto è malata nel profondo e che a sua volta produce malattia. Provocatoriamente chiedo: anche in questo fenomeno la colpa è degli psichiatri, delle cause farmaceutiche o degli psicofarmaci?

L'enorme diffusione del fenomeno fa sì che moltissimi giovani entrino precocemente in contatto con differenti droghe. Che effetto ha l'uso così diffuso di stupefacenti sull'incremento del bisogno di cure psichiatriche?

Un dato certo è che poche assunzioni di un qualsivoglia stupefacente possono essere in grado di generare modificazioni irreversibili a livello cerebrale. Se aumenta il numero dei consumatori, anche occasionali, di sostanze che possono determinare danni cerebrali anche dopo poche assunzioni, allora un elevato numero di soggetti che presenta una certa vulnerabilità ai disturbi psichiatrici svilupperà patologie psichiche che fino a quel momento non venivano manifestate, e che probabilmente sarebbero rimaste silenti nel corso della vita se non fossero state compromesse determinate aree cerebrali a seguito dell'uso di sostanze. Chi lavora in ambito clinico sa bene che molte delle nuove visite psichiatriche riguardano soggetti giovani che hanno fatto uso di stupefacenti. Nei casi più fortunati. l'uso di sostanze può scatenare attacchi di panico o marcate oscillazioni del tono dell'umore; nei casi peggiori si osservano esordi di quadri psicotici conclamati.

### ***Immigrati***

In Italia il fenomeno dell'immigrazione è in fase iniziale, se confrontato con nazioni quali la Germania, la Francia, l'Olanda o l'Inghilterra, con la previsione che nei prossimi anni esso vedrà un aumento degli ingressi nel nostro Paese.

L'aumento dell'immigrazione può determinare l'aumento di

una popolazione maggiormente vulnerabile ai disturbi psichici. Tale maggiore vulnerabilità non è una caratteristica dei paesi da cui si emigra ma può derivare dalla condizione stessa dell'essere immigrati. È accaduto a molti italiani che espatriavano, così come ad altri popoli che si allontanavano dal proprio paese d'origine: chi emigra va incontro ad un susseguirsi di eventi che modificano un equilibrio precedentemente raggiunto, generando come minimo un' "ansia fisiologica": la separazione dalla terra natia, il viaggio, l'arrivo, l'incognito di ciò che si andrà ad affrontare. Se questi sono aspetti che caratterizzano il fenomeno migratorio in sé, ve ne sono tanti altri che differenziano ogni singola esperienza, come la scelta della separazione rispetto al contesto familiare, affettivo, sociale e culturale originario. Si crea un momento contraddittorio di sofferenza e di aspettative. La partenza, le condizioni nelle quali questa avviene, i motivi stessi della scelta di emigrare, andranno a condizionare tutta la traiettoria del migrante. Come dice A. Sayad: "Il passaggio dall' 'illusione dell' emigrazione' alla 'sofferenza dell' emigrazione' rappresenta il passaggio dove si gioca la possibilità del migrante di ridefinirsi come progetto di vita nuova". Colui che emigra si trova a dover elaborare il lutto della separazione e a rinegoziare il senso della sua esistenza. Può trovarsi quindi a vivere con maggiore frequenza, per il suo stato, sentimenti come il sentirsi osservato e giudicato. La famiglia, se con lui, può essere d'aiuto, ma può anche funzionare come un sistema chiuso che sviluppa, al suo interno, tutte le patologie comunicative dell'isolamento sociale. L'essere uomo, o donna, migrante porta a differenze di stili di vita: gli uomini, nel paese che li accoglie, possono essere inclusi economicamente ma esclusi socialmente, le donne possono avere una maggiore inclusione sociale oppure trovarsi in una totale solitudine umana, com'è il caso delle casalinghe.

Tali aspetti sono già stati studiati e descritti da diversi autori in nazioni che si sono trovate ad affrontare il fenomeno dell'immigrazione prima dell'Italia. Ad esempio, le forme di disagio psichico presenti tra i magrebini immigrati in Francia sono state descritte da Tahar Ben Jelloun nel libro *Estreme Solitudini*: solitudine, esclusione sociale, condizioni di lavoro pesanti, assenza di

una rete familiare di supporto, tutte situazioni che possono creare un vuoto affettivo che a sua volta costituirà un terreno fertile per l'insorgenza di problematiche psicopatologiche. Un altro autore, Mahfoud Boucebci, psichiatra algerino assassinato dagli integralisti nel 1993 ad Algeri, nel valutare le trasformazioni della struttura familiare algerina provocate dall'emigrazione di massa, osservò quella che definì "famiglia esplosa o frammentata", in cui i giovani immigrati presentano grandi difficoltà a riconoscersi nelle strutture tradizionali della famiglia d'origine e allo stesso tempo a costruire schemi di valori condivisi col luogo d'emigrazione.

L'essere immigrati può far esperire, con maggiore probabilità, stati d'animo che danno alla persona la sensazione di "non esserci nel mondo e col mondo" (ciò che l'antropologo Ernesto De Martino chiamava la "crisi della presenza") rendendo la persona più vulnerabile al disagio psichico. Purtroppo non è semplice impiegare strumenti terapeutici non farmacologici, dato il differente substrato culturale. Franz Fanon (1925-1961), un psichiatra nero nato in Martinica, famoso per aver studiato gli effetti psicologici dell'immigrazione nella Francia degli anni '50, mentre era a Blida, una delle maggiori città dell'Algeria, durante i suoi studi si rese conto per primo che gli strumenti terapeutici che lui aveva appreso in Francia non erano efficaci per curare pazienti arabi musulmani.

Quanto detto ci spiega la maggiore tendenza a trattare le forme di disagio psichico presenti in una parte di questa popolazione con alcune classi di psicofarmaci, che molte volte sono solo un punto di partenza, in attesa, ad esempio, che vengano acquisiti maggiori competenze linguistiche o una maggiore condivisione culturale tra il curante e il paziente.

## **MODO NUOVO DI RICORRERE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA: L'USO ESTETICO DEL FARMACO**

Può succedere che una quota di prescrizioni psicofarmacologiche sia del tutto inadeguata, non tanto per la scelta del farmaco, ma perché inadeguata è la prescrizione stessa di uno psicofarmaco per tale soggetto. Da alcune ricerche fatte in USA emergereb-

be che il 50% delle persone trattate non presenta in realtà un disturbo mentale. Queste informazioni devono farci riflettere su un fenomeno nuovo: se confrontiamo questo dato con l'altro già riportato, che cioè il 30% della popolazione ogni anno ha un disturbo mentale, ed il 70% di queste persone non viene curata, anche nei paesi più ricchi, ne consegue che verosimilmente molti soggetti che potrebbero realmente beneficiare di un trattamento psicofarmacologico non richiedono cure, mentre altri richiedono, e ottengono, un trattamento per aspetti che poco hanno a che vedere con i disturbi mentali in senso stretto.

Una situazione in cui ciò si verifica è in quei casi in cui vi è un'amplificazione del disagio da parte del soggetto. Vivere in un mondo in cui da più parti giungono messaggi che spingono l'uomo a "dover" essere felice a tutti i costi, efficiente al 100%, realizzato e appagato in tutti i campi, porta a trascurare un dato insito nell'essere al mondo, cioè che una quota di tristezza, di insoddisfazione, di malessere appartiene alla vita stessa. Può accadere che ci si senta in colpa se non si riesce ad aderire a modelli di benessere psichico per lo più irrealistici, considerando erroneamente ciò una malattia mentale. Ne consegue la confusione di due situazioni umane profondamente diverse: la tristezza e la depressione (intesa quest'ultima come etichetta diagnosticata di una patologia con specifiche caratteristiche). Confusione pericolosa sia sul piano scientifico, perché si omologa una crisi come possibilità di crescita con una patologia, sia sul piano strettamente operativo, perché un eventuale intervento psicofarmacologico, oltre che inutile, potrebbe ulteriormente convincere il soggetto, che già di per sé è portato a negare l'origine psicogena del proprio malessere, che si tratti di un evento biologico. Potremmo dire che il malessere, pur mediato da una indiscutibile componente biologica, potrebbe beneficiare maggiormente di interventi non farmacologici.

Questa epoca vede, tra le tante cose mai viste prima d'ora, ciò che potremmo definire un "*uso estetico*" del farmaco. Così come un trattamento estetico non cura una patologia, un trattamento farmacologico adoperato in modo "estetico" non è mirato

a curare un male, ma a migliorare un aspetto che funziona normalmente. Potrebbe essere sintetizzato nel motto “Si funziona bene ma si potrebbe funzionare meglio” e gli esempi non mancano in molti ambiti. È stato visto, ad esempio, che una buona parte dei soggetti che assumono il viagra non ha un problema di impotenza, ma lo assume solamente per migliorare le proprie performance sessuali. Qualcosa di simile è il fenomeno del doping, presente anche a livelli non agonistici: anche in questo caso il farmaco viene assunto non perché non si funziona bene, ma per ottenere semplicemente risultati migliori. E così accade anche con gli integratori multivitaminici che “non fanno invecchiare” o garantiscono tante miglie in organismi che non hanno assolutamente carenze vitaminiche.

La stessa cosa può accadere con alcune classi di psicofarmaci la cui richiesta di assunzione deriverebbe dal “Sto bene, potrei stare meglio”. Gli standard di funzionamento medio, che richiedono competenze intellettive sempre più complesse, potrebbero costituire un problema per coloro che non hanno sufficienti capacità intellettive per potersi muovere tra l'uso di fax, programmi informatici, mail e altri utili supporti tecnologici che purtroppo mettono in luce le difficoltà di una parte della popolazione. Si tratta di soggetti che in altre epoche non sarebbero mai stati identificati come ipodotati intellettivamente: un soggetto con un quoziente intellettivo inferiore alla norma poteva tranquillamente svolgere tutta una serie di mansioni di media complessità che lo rendevano del tutto adeguato alla norma del momento. Oggi i ritmi sono molto più rapidi, vengono richieste decisioni in tempi brevi dovendo scegliere tra un gran numero di opzioni, buona parte delle attività lavorative richiedono competenze informatiche e linguistiche (difficile adoperare un computer senza sapere un minimo di inglese). Ciò comporta che vi sia una quota di soggetti che, pur non presentando disturbi in anni passati, oggi si trova a richiedere aiuto per migliorare le proprie competenze intellettive (quando ne hanno consapevolezza) o per far fronte ai vari disturbi associati alle difficoltà di stare al passo con i moderni ritmi accelerati. Anche in questi casi la richiesta è quella di migliorare le proprie

performance partendo da competenze ridotte che purtroppo al momento nessun farmaco è in grado di riequilibrare.

### ***Effettivo aumento dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale***

Quali sono i costi psichici dei mutamenti sociali e strutturali presenti in quest'epoca?

Cosa comportano il sovraffollamento delle città, con la concentrazione di attività e spazi, la temporizzazione del riposo, gli sforzi per alte prestazioni continuate in molte attività lavorative competitive, oltre alla fatica di dover ricoprire prestazioni attese anche in ruoli privati (amore, sesso, famiglia) e nel riposo (vacanze, sport, acquisti, casa, gestione generale del tempo libero, poco o tanto che esso sia)? Cosa comporta la necessità di conformarsi ad un "tempo" scandito in minuti e secondi, unico per tutti? Cosa comporta la necessità di avere abilità sempre più articolate per far fronte a lavori sempre più altamente specializzati?

Al crescere degli standard aumenta anche il numero di persone che non si adeguano o che manifestano grosse difficoltà nel farlo.

Tutta una serie di cambiamenti ambientali potrebbe essere responsabile di un effettivo aumento dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale.

Negli anni Quaranta la depressione non era che una sindrome associata a molte malattie mentali; negli anni Settanta la Psichiatria dimostrò che si trattava del disturbo mentale più diffuso su scala mondiale; recentemente ha raggiunto una diffusione tale che si ritiene responsabile della maggior parte delle difficoltà che incontriamo nella vita quotidiana (stanchezza, inibizione, insonnia, ansia).

Alain Ehrenberg, nel fare un'analisi sociologica, suggerisce che la depressione sia intrinseca, strettamente legata ad una società come quella contemporanea, dove le norme della convivenza civile sono fondate prevalentemente sui concetti di responsabilità e sullo spirito d'iniziativa. La capacità di assumere e di realizzare iniziative si costituisce come un criterio decisivo al fine di misurare e di sigillare il valore della persona.

La depressione non è che la contropartita delle grandi riserve di energie che ciascuno di noi deve spendere per diventare sé stesso, in un contesto in cui l'individuo è schiacciato dalla necessità di mostrarsi sempre all'altezza. Il circuito che si crea porta alla ricerca del senso che l'essere depressi assume nell'orizzonte della società in cui viviamo e dell'influenza che la società svolge sui modi di essere e sui contenuti della depressione. Nella depressione si esprime la patologia di una società nella quale la norma è basata sull'autonomia delle decisioni e sull'agire. Con questi presupposti, anche il modo di manifestare la componente depressiva cambia rispetto a un tempo: l'ansia, l'insonnia, la fatica vanno a sostituire gradualmente la tristezza, il dolore morale, il senso di colpa.

Numerosi dati individuano una relazione causale tra **fattori ambientali evolucionisticamente nuovi, l'incapacità neurofisiologica del sistema nervoso centrale** di elaborarli e **specifici disturbi psichici** dell'area affettiva.

Nei paesi industrializzati abbondano quelle che possiamo considerare delle "novità" evolucionistiche, considerate eziologicamente rilevanti per quel che riguarda l'esordio di patologie psichiatriche. Le condizioni in cui il sistema nervoso centrale dei primati (e dell'uomo in particolare) si è evoluto sono radicalmente diverse da quelle attuali. Pensiamo a come doveva essere l'ambiente che aveva intorno a sé l'uomo quando si è differenziato dagli altri primati: tutta una serie di strutture cerebrali si è "affinata" nel corso del tempo per consentire all'uomo la sopravvivenza in quell'ambiente originario. E pensiamo a come si è trasformato oggi. Alcuni neurobiologi sono dubbiosi sulla possibilità che l'organizzazione strutturale e la plasticità neuronale del sistema nervoso centrale dell'*Homo Sapiens* siano ancora in grado di controllare l'evoluzione dell'ambiente che egli stesso ha contribuito a creare. Il cervello dell'uomo si è sviluppato in territori abitati da popolazioni di poche centinaia di migliaia di individui, mentre al momento attuale la popolazione mondiale è superiore ai sei miliardi.

Nella civiltà industrializzata c'è rimasto poco dei vasti spazi in cui si è sviluppata la struttura cerebrale dell'*Homo Sapiens*. Per l'uomo di oggi gli appartamenti sono sempre più piccoli, le code

in auto estenuanti, i tempi ristretti, le ore di sonno ridotte per consentire di fare quel che le ore diurne non ci consentono di fare: uno stile di vita comune a molti e considerato stressante. Il termine Stress è una delle parole più in voga: sia lo stress acuto (legato a singole situazioni di durata ridotta) che quello cronico (dovuto a molteplici situazioni di lunga durata) producono significative conseguenze sul funzionamento del sistema nervoso centrale ed in particolare di quelle aree cerebrali che impiegano un neurotrasmettitore, chiamato dopamina, nel loro funzionamento. Ad esempio, nell'uomo l'equilibrio tra le concentrazioni di dopamina presenti a livello della corteccia cerebrale e quelle presenti nelle aree cerebrali sottostanti a questa è considerato essenziale per la protezione contro gli scompensi psicotici che potrebbero derivare sia dagli stress acuti sia cronici. È stato ipotizzato che quando questo equilibrio tra concentrazioni di neurotrasmettitori si modifica si possa determinare una risposta maladattativa allo stress che può divenire responsabile di numerose patologie neuropsichiatriche.

