

Un farmaco da ragazzi

Hanno nomi che danno l'idea di qualcosa di piccolo e inoffensivo. Di qualcosa che non fa male. Forse per questo le pillole antidisagio si prescrivono con leggerezza. Spesso inutilmente. Scambiando la paura di crescere per una patologia che non c'è

Per adolescenti autolesionisti, depressi, anoressici, angosciati da omosessualità sospette o latenti, la pillola magica sta lì, come una sinistra tentazione. Se nel '98 solo l'1,4 per mille dei minorenni italiani assumeva psicofarmaci, oggi nella fascia 14-17 raggiungono il 6 per mille. Consumano antidepressivi come sertralina, citalopram, e fluoxetina (il Prozac, per intenderci, con le sue 21 varianti commerciali che l'Agenzia europea per i farmaci, in giugno, ha autorizzato fin dagli otto anni di età) e ansiolitici chesi chiamano risperidone, olanzapina, aloperidolo. E nello studio del medicospesso va in scena un'improvvisazione sanitaria. Secondo una ricerca dell'Istituto Mario Negri di Milano, inserita nel VII Rapporto sull'Infanzia e adolescenza che Eurispes e Telefono Azzurro presenteranno il 17 novembre, il 60 per cento dei ragazzi trattati con antidepressivi ha ricevuto un'unica, estemporanea, prescrizione. "Significa che è un uso comune" spiega Maurizio Bonati, co-autore dello studio "e inutile: per avere qualche effetto serve una cura di due mesi". A differenza degli Stati Uniti, dove la pillola magica accompagna il 23,7 per mille dei minorenni, in Italia è un problema di qualità delle prescrizioni, più che di quantità: "il disturbo psichiatrico in adolescenza è terra di nessuno" denuncia Bonati. "Neuropsichiatri infantile psichiatri si palleggiano le competenze. Mancano centri pubblici e studi sull'azione reale di queste medicine".

L'anno scorso l'Agenzia Europea dei Farmaci, ha messo al bando per i ragazzini due classi di antidepressivi (in sigla Ssri, e Snri, fra cui la sertralina e il citalopram che dominavano i mercati più giovani, e il Prozac, poi riqbilitato) con una macabra accusa: scatenano pensieri suicidi. Un effetto collaterale noto da tempo e divulgato il più tardi possibile. E poiché il suicidio – dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità – è la seconda causa di morte tra i giovani italiani dopo l'incidente stradale, e 400 dei mille che ogni anno lo tentano ci riprovano ancora, è meglio andarci piano. A partire dalle diagnosi di psicosi in un'età così tumultuosa. "per ogni adolescente che soffre conviene ipotizzare un problema legato allo sviluppo che non una malattia mentale, anche quando i sintomi sembrano patologici" avverte lo psichiatra Gustavo Pietropoli Charmet del centro milanese Il Minotauro (www.minotauro.it) "Le manifestazioni depressive o psicotiche sono spesso transitorie, perfino quando un ragazzo ruba o una ragazza non mangia. Forse stanno imitando i compagni".

Questo non significa sdrammatizzare l'angoscia, precisa l'esperto "Molti giovani sono confusi, spaventati da mutamenti che non comprendono, e senza riuscire a parlarne, mandano segnali sconvolgenti per i genitori. La patologia mentale è un'altra cosa: per diagnosticarla in adolescenza occorre monitorare lo sviluppo". Nel suo ormai classico "Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà" (Ed. Franco Angeli), Charmet propone storie di estrema ma ordinaria inquietudine: Carlotta, brillante liceale, scivola in una larvale apatia per lo spavento di aver provato l'amore e gli spinelli. Giovanni lega la madre a una sedia lasciandola lì per ore, lui che ogni giorno viene lasciato solo in casa. Giovanna s'ingozza per nascondere sotto il grasso la sua metamorfosi fisica e psichica e sentirsi protetta. Crisi onnivore e smodate come cerimonie di passaggio, il cui unico rapporto con la psicosi è la simulazione. Anche se certe reazioni dolorose alla crescita sono in aumento: "Gli attacchi di panico per ansia da prestazione nello studio" esemplifica la psicoanalista Giovanna Montinari, presidente del consultorio romano

Rifornimento involo (www.rifornimentoinvolo.org) "o l'anoressia maschile causata dalla difficile definizione dell'identità sessuale. Si diffonde poi l'autolesionismo: prima l'adolescente era più conflittuale, oggi l'ambiente familiare e sociale è sfuggente e compiacente e la rivolta avviene contro se stessi". Lo chiamano cutting, tagliarsi, e ha il vantaggio di rendere esplicito il disagio. "Ho seguito una sedicenne che si martoriava gli avambracci" racconta Fabio Vanni, psicologo dello Spazio Giovani della Asl di Parma, che con il suo sito intercetta centinaia di ragazzi (spaziogiovani.ausl.pr.it) "come se il dolore fisico coprisse quello psicologico. Ha funzionato la terapia, senza farmaci".

Se però ogni dissesto può rientrare nella categoria del "normalmente adolescenziale", come fa un genitore a capire dove finisce il disagio e dove inizia la malattia? "Sono i ragazzi i primi a voler approfondire: vengono qui e buttano fuori il problema" osserva a Torino Eleonora Arduino, psicologa in un frequentatissimo consultorio comunale (www.comune.torino.it/infogio/aria). C'era una ragazza che lamentava allucinazioni, facendo sospettare schizofrenia, e invece esagerava le sue immagini oniriche perché disorientata dalla separazione dei suoi genitori. "Incontro più adolescenti ansiosi che depressi" aggiunge Arduino "stressati dalle aspettative degli adulti. Anche la bulimia cela un'ansia da prestazione: ai miei tempi ci si limitava a ingozzarsi di cibo, oggi si vomita perché i modelli sociali impongono magrezza".

Non esistono ricette per i genitori in pena, solo strade da tentare: "Osservate come vostro figlio si comporta di fronte a tre sfide: la prestazione scolastica, l'apertura all'ambiente sociale, l'interesse per l'altro sesso" suggerisce Alberto Pellai, specialista in prevenzione dell'età evolutiva, che risponde ai genitori nella trasmissione di Radio24 "Questa casa non è un albergo". "Un ragazzo che si chiude in camera è crollato, ma occorre sondare se è solo un black-out temporaneo". Anche la scuola può aiutare "facendo capire agli adolescenti che la ricerca di sensazioni forti non è la norma, che la maggior parte non fuma spinelli, non si ubriaca, non corre in moto e non fa sesso".

E poi esiste il fuori norma: la minoranza davvero malata. Quella per cui lo psicofarmaco diventa una finestra sul mondo. "una ragazzina di 11 aveva fallito una psicoterapia, soffriva di angoscia, insonnia e vomitava ogni mattina" ricorda Enrico Brissoni, psichiatra a Milano e Torino. "Il suo perfezionismo l'aveva paralizzata. Le ho prescritto un farmaco a basso dosaggio, per un anno, che le ha permesso di tollerare i propri errori e di seguire la psicoterapia". Ci sono quelli che irrompono in ospedale con i carabinieri dopo aver distrutto casa: ne incontra a decine Alessandro Zuddas della clinica di neuropsichiatria infantile dell'università di Cagliari "tanti hanno un disturbo bipolare, che alterna depressioni a euforia nella stessa giornata" spiega "quando arrivano urlando che la nonna li avvelena, devo tranquillizzarli con uno stabilizzatore dell'umore e iniziare la psicoterapia appena possibile. Ciò che è drammatico" aggiunge "non è l'uso della pillola, ma la carenza di risorse nelle strutture pubbliche e di studi completi sui farmaci usati in adolescenza. Vanno condotti sui grandi numeri, costano. Solo ora alcune istituzioni cominciano a promuoverli". Da Milano alla Sardegna molti chiedono un registro europeo con i dati anonimi dei minori in cura con psicofarmaci. Per illuminare almeno la chimica di un'età già troppo nebulosa.

Di Emanuela Zuccalà

Tratto da: D La Repubblica delle Donne – 04/11/2006