



GIOVANNI FIORITI EDITORE

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

via Archimede 179, 00197 Roma

tel. 068072063 - fax 0686703720.

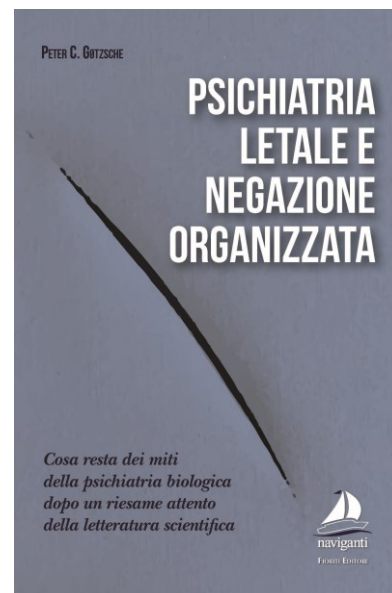
E-Mail info@fioriti.it – www.fioriti.it

www.clinicalneuropsychiatry.org

Psichiatria letale e negazione organizzata

Di Peter C. Götzsche

Presentazione



Un libro per medici, psichiatri, pazienti e familiari che mette in discussione miti e luoghi comuni che possono essere molto dannosi per i pazienti. Tra questi:

- le diagnosi psichiatriche sono affidabili;
- fornire alle persone una spiegazione biologica o genetica dei loro disturbi mentali riduce la stigmatizzazione;
- il consumo di psicofarmaci rispecchia il numero di persone con disturbi mentali;
- le persone con disturbi mentali soffrono di uno squilibrio chimico nel cervello e gli psichiatri possono aggiustare questo squilibrio con i farmaci, proprio come gli endocrinologi usano l'insulina per il diabete;
- il trattamento a lungo termine con gli psicofarmaci è corretto perché previene la recidiva della malattia;
- il trattamento con gli antidepressivi non provoca dipendenza;
- il trattamento di bambini e adolescenti con antidepressivi protegge dal rischio di suicidio;
- depressione, ADHD e schizofrenia provocano un danno cerebrale;
- i farmaci possono prevenire il danno cerebrale.

INDICE

Presentazione dell'edizione italiana di Giuseppe Tibaldi	IX
Abbreviazioni	XIV
Ringraziamenti	XIV
1. Introduzione	1
I gorilla silverback nel Regno Unito esibiscono la negazione organizzata della psichiatria	4

2. Che cosa significa essere malati di mente?	13
Sull'essere sani di mente in posti folli	16
I demoni ti attaccano	19
Sia la malattia	20
Gli psicofarmaci portano a molte diagnosi sbagliate	25
L'industria della bontà	27
I pazienti non sono consumatori	28
Più diagnosi strane e false	28
3. La depressione	33
Screening per la depressione	33
I farmaci antidepressivi non funzionano per la depressione	37
Altre importanti carenze nei trial controllati con placebo	43
Fluoxetina, un farmaco terribile e corruzione in Svezia	44
I danni dei farmaci antidepressivi vengono negati o minimizzati	47
LA FDA protegge la Eli Lilly	48
Massiccia carenza nella segnalazione dei suicidi nei trial randomizzati	52
La metanalisi della FDA dei suicidi nei trial con 100.000 pazienti è profondamente difettosa	55
Un altro sporco trucco: usare gli anni-paziente anziché i pazienti	64
Storie di casi di suicidio da SSRI	65
L'acatisia è il principale colpevole	81
Lundbeck: i nostri farmaci proteggono i bambini dal suicidio	83
Studi osservazionali completamente fuorvianti sul suicidio	84
Omicidi indotti dagli antidepressivi	91
Le pillole che rovinano la vostra vita sessuale	97
Danni al feto	98
La truffa e le bugie della GlaxoSmithKline	101
Il trial 329 sulla paroxetina nei bambini e negli adolescenti	103
Lo studio STAR*D, un caso di frode al consumatore?	105
4. Ansia	117
Sonniferi	120
5. ADHD	122
L'ADHD nell'infanzia	122
ADHD in età adulta	125
Farmaci per l'ADHD	129
Farmaci per l'ADHD nei bambini	130
Farmaci per l'ADHD negli adulti	134
Danni dei farmaci per l'ADHD	135
6. Schizofrenia	139
Porcellini d'India umani in America	142
La lobotomia chimica	144
I trial farmacologici nella schizofrenia	147
Gli antipsicotici uccidono molte persone	154
La storia di un paziente	157

Lo spaccio di farmaci antipsicotici	158
I crimini della Eli Lilly correlati all'olanzapina	161
La stigmatizzazione	164
Sentire le voci	165
7. Il disturbo bipolare	170
"Stabilizzatori dell'umore"	173
L'esperienza di un giovane uomo	174
8. Demenza	178
Noi rendiamo le persone dementi con i farmaci psicotropi	184
9. Elettroshock	187
10. Psicoterapia ed esercizio fisico	192
Psicoterapia per l'ansia e la depressione	194
Psicoterapia per il disturbo ossessivo-compulsivo	196
Psicoterapia per la schizofrenia	198
Esercizio fisico	202
11. Che cosa succede nel cervello?	206
Chiamare gli psicofarmaci "anti" qualcosa è una definizione errata	206
Studi genetici e ricerca sui trasmettitori	210
Danno cerebrale cronico	212
Dipendenza da psicofarmaci	216
Enti di controllo farmaceutico, il lungo braccio dell'industria	219
La dipendenza dal farmaco viene spesso fraintesa con la recidiva del disturbo	220
Il nonsense dello squilibrio chimico	226
12. Sospendere i farmaci psichiatrici	233
La peggior epidemia farmacologica di sempre	233
Come si può fare?	237
13. Crimine organizzato, corruzione delle persone e della scienza e altri mali	244
L'evergreen del citalopram della Lundbeck	250
Il fantastico mondo della psichiatria	252
Una caccia alle streghe danese	254
Giro di conferenze in Australia	259
La psichiatria non è una medicina basata sulle evidenze	263
Possiamo riformare la psichiatria o c'è bisogno di una rivoluzione?	265
14. Psichiatria letale e vicoli ciechi	271
Il collegamento tra farmaci psicotropi e omicidio	274
Di quanti pochi farmaci abbiamo bisogno?	277
Quante persone vengono uccise dai farmaci psicotropi?	281
15. Il trattamento obbligatorio e la custodia coercitiva dovrebbero essere proibiti	288

Diritti umani in Europa	289
Trattamento obbligatorio	290
I diritti dei pazienti	291
I miei commenti	292
Il trattamento obbligatorio deve essere vietato	297
Le Nazioni Unite vietano il trattamento obbligatorio e la custodia coercitiva	306
Dear Luise	309
16. Che cosa possono fare i pazienti?	324
17. Che cosa possono fare i medici?	329
18. Siti web utili	335
Indice analitico	337

PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA

Se l'85% dei soggetti depressi che non ricevono farmaci va incontro a una guarigione spontanea nell'arco di un anno, diventa estremamente difficile che un qualsiasi intervento possa raggiungere risultati migliori.

Michael Posternak

In esergo la sorprendente conclusione del ricercatore del National Institute of Mental Health che ha condotto una ricerca (pubblicata nel 2006) sull'evoluzione della depressione unipolare non trattata con terapie somatiche (che corrispondono, in primo luogo, con gli antidepressivi). Negli anni 80, questo dato era condiviso anche dai responsabili della formazione degli psichiatri: si presentava la depressione come un disturbo destinato a una remissione spontanea e l'antidepressivo – proposto per un massimo di 12-16 settimane – veniva considerato come un semplice acceleratore del processo verso la remissione. Questa strategia si fondava su pareri autorevoli, come questo: “Nel trattamento della depressione si può sempre contare sul fatto che la maggioranza degli episodi depressivi si conclude con una remissione spontanea. Ciò significa che, in molti casi, a prescindere da quello che si sceglie di fare, il paziente dopo un po' comincerà a star meglio” (Kline 1964).

Ai risultati della ricerca di Posternak vorrei associare quelli derivanti da un'indagine condotta in collaborazione con la DOXA sulle opinioni degli Italiani sulla depressione e il suo trattamento, pochi anni fa (Munizza et al. 2013). Il campione selezionato ha espresso in modo chiaro una netta propensione verso ipotesi interpretative “non biologiche” della depressione, privilegiando le origini reattive delle esperienze depressive (stress, morte recente di

una persona significativa, eventi traumatici, separazione o divorzio, malattie gravi). In modo altrettanto esplicito, è emersa la preferenza per interventi di “supporto psicologico” e la scelta dello psicologo come interlocutore preferenziale. Il ricorso agli antidepressivi è stato considerato pienamente legittimo dal 12% del campione, in quanto sono presenti notevoli dubbi sul piano della tollerabilità e del rischio di dipendenza.

La centralità del trattamento farmacologico, la necessità di strategie di riconoscimento precoce (che portino a trattare farmacologicamente le forme depressive “sotto soglia”) sembra avere basi di consenso molto più fragili di quanto la comunità dei professionisti è portata a credere.

Anche le voci di chi ha attraversato l'esperienza della sofferenza mentale e ha ricevuto risposte fondate prevalentemente sui ricoveri e i farmaci sta mettendo radicalmente in discussione i riflessi sul piano relazionale della psichiatria, nel momento in cui si accredita come branca della medicina. “La psichiatria non è abituata a considerare le persone di cui si occupa per quello che sono davvero – cioè come persone con un passato, un presente e delle speranze per il futuro. La psichiatria, quanto meno le sue correnti tradizionali e quelle attualmente dominanti, aspira a essere una delle branche della medicina scientifica: vuole occuparsi delle patologie degli individui. Non ha un reale interesse per il contesto all'interno del quale si sviluppano i problemi di salute mentale. Di conseguenza, quando uno di noi entra nel sistema di salute mentale, veniamo ridotti al ruolo di portatori di un disturbo mentale, qualche volta veniamo totalmente identificati con il disturbo mentale. Per arrivare a classificare il disturbo di cui soffriamo, il nostro comportamento e la nostra storia personale viene analizzata alla ricerca dei sintomi. Solo ciò che diventa significativo all'interno della valutazione diagnostica viene registrato e sentito. Veniamo valutati, ma non veniamo davvero visti; vengono registrate le nostre parole, ma non veniamo davvero ascoltati. Non veniamo considerati come dei veri partner, in un dialogo alla pari: dopo tutto, se hai un disturbo mentale, non vale molto quello che dici” (Boevink 2012).

Le riflessioni critiche vengono, in realtà, anche da alcuni componenti delle correnti dominanti della psichiatria e della ricerca psicofarmacologica. Mi limiterò a citarne solo due, che sembrano indicare quanto sia prossima alla conclusione l'onda trionfalistica che portava a pensare che le principali forme di sofferenza psichiatrica potessero essere affrontate e risolte grazie a molecole di elevata efficacia e tollerabilità.

“La psicofarmacologia è in crisi. I dati sono sotto i nostri occhi ed è chiaro che un grande esperimento è fallito: nonostante decenni di ricerche e miliardi di dollari investiti, da oltre trent'anni non un solo farmaco con nuovo meccanismo d'azione ha raggiunto il mercato della psichiatria. Il riconoscimento di questa realtà ha già avuto profonde conseguenze sull'innovazione in psicofarmacologia, perché quasi tutte le maggiori industrie farmaceutiche hanno ridotto grandemente o hanno abbandonato progetti di ricerca e sviluppo di nuovi psicofarmaci. Dato che non ci può essere un substrato biologico coerente per sindromi così eterogenee come la schizofrenia, non sorprende che la ricerca abbia fallito nell'individuazione di specifici bersagli molecolari utili per lo sviluppo di terapie basate su nuovi meccanismi d'azione” (Fibiger 2012).

Fibiger proviene dal mondo delle aziende farmaceutiche, in quanto è stato uno dei principali responsabili della ricerca della Ely Lilly. La citazione successiva è tratta, invece, da un editoriale, scritto nel 2012, del Direttore del *British Journal of Psychiatry*, Peter Tyrer, che pone la sua attenzione su una delle classi più importanti della farmacoterapia in psichiatria, gli antipsicotici.

“È arrivato il momento di riconsiderare il principio secondo cui gli antipsicotici debbano essere sempre la prima scelta nel trattamento delle persone con un episodio psicotico. Non si tratta di un urlo selvaggio dalla foresta, ma di un'opinione presa in considerazione da importanti ricercatori... Ci sono evidenze scientifiche sempre più convincenti che ci dicono che, se consideriamo gli effetti avversi degli antipsicotici, il gioco – per esprimermi in modo semplice – non vale la candela... È arrivato il momento di dare per conclusa la “rivoluzione psicofarmacologica” del 1952. Tutte le rivoluzioni finiscono e anche quella psicofarmacologica doveva finire, con l'approdo a un mondo più tranquillo, nel quale la terapia farmacologica (che si è mossa come un ariete, in questi ultimi anni) venga sostenuta se diventa socio alla pari con gli altri interventi, lavorando in modo coordinato, anziché conflittuale, con gli altri approcci” (Tyrer 2012).

Chi mi sta leggendo si chiederà, a questo punto, se ho rinunciato a parlare del libro di Peter Gøtzsche. In realtà, la mia scelta è quella di collocare la voce di Gøtzsche all'interno delle molteplici voci che si sono alzate negli ultimi anni per chiedere – come fa in modo esplicito Peter Tyrer nel suo editoriale – “se il gioco vale la candela”.

La risposta che il libro di Peter Gøtzsche offre a questa domanda è perentoria: No. Il suo No si basa, principalmente, su due argomentazioni, che sono solidamente ancorate a un'appassionata esplorazione della letteratura scientifica (condotta da chi, come lui, è nella posizione ottimale per farlo, essendo uno dei fondatori della Cochrane Collaboration).

La prima argomentazione è che la ricerca di valutazione dell'efficacia e della tollerabilità degli psicofarmaci è stata condotta – soprattutto sul piano metodologico (disegno degli studi e analisi dei risultati) – in modo talmente discutibile da rendere scientificamente inaffidabili i dati sull'efficacia e la tollerabilità di tutti i principali psicofarmaci. La seconda argomentazione è che gli esiti sfavorevoli di questi trattamenti (in particolare sul piano della mortalità riconducibile al loro utilizzo) sono stati sistematicamente celati, ridimensionati o negati.

Il libro di Peter Gøtzsche ci consente – soprattutto – di comprendere fino in fondo il passaggio dell’editoriale di Tyrer in cui dice che la “terapia farmacologica si è mossa come un ariete, in questi ultimi anni”: la negazione degli esiti sfavorevoli a breve e lungo termine; la colonizzazione della formazione dei futuri specialisti e dell’aggiornamento dei professionisti della salute mentale; la violazione sistematica delle regole metodologiche della Evidence Based Medicine; le iniziative volte a promuovere attivamente i conflitti di interesse (nelle istituzioni formative e negli enti di regolazione del mercato dei farmaci, sia a livello centrale che periferico); le trattative private per chiudere rapidamente, con congrui risarcimenti, le cause aperte dai familiari delle vittime; la disponibilità a pagare miliardi di dollari di sanzioni, in caso di promozione dell’utilizzo “off-label”. Questi sono solo alcuni dei movimenti dell’ariete farmacologico. Sul piano concreto, questo insieme di strategie si sono tradotte nel fatto che un trattamento farmacologico (nonostante la fragilità, o l’aleatorietà, delle evidenze di efficacia) viene offerto pressoché sempre, a tutti, mentre tutti gli altri interventi “non farmacologici” sono diventati il privilegio di pochi, una specie di “optional”, anziché essere considerati “soci alla pari”. Pochi giorni fa, il rappresentante di un’associazione di familiari, che mi invitava a partecipare a un evento in corso di preparazione, mi diceva: “Qui, da noi, (la risposta) è solo farmaco, al 98%”.

Il libro di Peter Gøtzsche non è facile da leggere, anche per chi fa lo psichiatra in Italia, perché mette il dito in una piaga raramente affrontata. Nel vivo dibattito che attraversa la salute mentale italiana ci sono piaghe che vengono affrontate e discusse senza remore (la contenzione, le porte chiuse, il TSO, le disuguaglianze nell’offerta dei servizi [Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica 2017], la residenzialità neomanicomiale) e piaghe superficialmente minimizzate (la mortalità eccessiva e le modalità di utilizzo degli psicofarmaci). Anche se vi sono segnali di controtendenza (Tibaldi 2016, Cipriano 2015), mi sono interrogato spesso sulla marginalità di questi temi, in un contesto come il nostro. Certamente, non si può negare l’influenza dei conflitti di interesse individuali e dell’affidamento alle aziende farmaceutiche della maggioranza degli eventi di aggiornamento, ma, vorrei suggerire anche un altro elemento potenzialmente connesso a questo apparente disinteresse per il farmaco, a questa sua opacità.

Questo elemento lo definirei, in estrema sintesi, come la presenza di una “cultura paternalistica” tra gli operatori della psichiatria di comunità italiana: a un estremo, il *paternalismo democratico* dei professionisti che ritengono di essere coloro che meglio conoscono e tutelano i diritti fondamentali delle persone che loro si rivolgono; all’altro estremo, il *paternalismo autoritario* di chi dice *se non fai il depot, ti ricovero in TSO*. Da un estremo all’altro, la cultura paternalistica rischia, quotidianamente, di escludere il farmaco dalla lista dei “problemi” (cioè degli ostacoli alla *recovery*) o dagli argomenti di cui si può discutere alla pari, in un negoziato trasparente. Parlo della rilevanza di questa cultura paternalistica perché non ho difficoltà a vederne le tracce nella mia pratica professionale, in particolare sul piano dei trattamenti farmacologici; il messaggio *fidati, sono sicuro che questo è il farmaco (la dose, la durata, la necessità di continuarlo...)* che *va bene per te...* fa sicuramente parte del mio bagaglio professionale.

Ho cercato, poco a poco, di alleggerirmi di questa parte del mio bagaglio quando ho cominciato ad “ascoltare”, come dice Wilma Boevink, che è una delle tante voci che mi/ci fa presente quello che ora considero il rischio più grave: “Non veniamo considerati come dei veri partner, in un dialogo alla pari: dopo tutto, se hai un disturbo mentale, non vale molto quello che dici”. Certamente, anche il libro di Peter Gøtzsche è un invito, altrettanto esplicito e incisivo, a ripensare non solo il farmaco in sé (in particolare, il rapporto rischi/benefici), ma anche le cornici relazionali che ne accompagnano l’utilizzo.

Giuseppe Tibaldi

Coordinatore Scientifico del Centro Studi e Ricerche in Psichiatria,
ASLTO2, Torino

Riferimenti bibliografici

- Boevink W. (2012). Life beyond psychiatry. In A. Rudnick (ed) *Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and Related Perspectives*, pp. 15-29. Oxford University Press, Oxford.
- Cipriano P. (2015). *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*. Eléuthera, Milano.
- Fibiger H.C. (2012). Psychiatry, The Pharmaceutical Industry, and The Road to Better Therapeutics. *Schizophrenia Bulletin* 38, 4, 649-650.
- Kline N. (1964). The practical management of depression. *Journal of the American Medical Association* 190, 8, 732-740.
- Munizza C., R.L. Picci, P. Argentero, A. Coppo, M. Di Giannantonio, G. Tibaldi, P. Rucci (2013). Public Beliefs and Attitudes towards Depression in Italy: A National Survey. *PloSone* 8, 5:e63806
- Posternak M. (2006). The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194, 324-349.

- Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (2017). In F. Starace, F. Baccari, F. Mungai (a cura di). La Salute Mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale.
- Tibaldi G. (2016). Il gioco vale la candela? Riconsiderare l'uso degli antipsicotici alla luce delle evidenze sugli esiti derivanti dal loro utilizzo a lungo termine. *Rivista Sperimentale di Freniatria* CXL, 2, 43-64.
- Tyrer P. (2012). The end of the psychopharmacological revolution. *British Journal of Psychiatry* 201, 2, 168.

Collana: Naviganti

prezzo: € 26,00 – pagine 358

Formato 16×24 **Pubblicazione:** Luglio 2017 - **ISBN:** 978-88-99318-04-8