



Strategie terapeutiche: uno studio clinico

Tratta dal libro: *“Depressione, ansia e attacchi di panico: percorsi di cura”*
di Salvatore Di Salvo, Edizioni Libreria Cortina, Torino, 2003.

E' più corretto parlare di “strategia terapeutica” piuttosto che di semplice terapia perché di fronte ad una crisi depressiva è necessario mettere in atto una serie di misure terapeutiche tali da risolvere la fase acuta, ma anche da fare in modo che la crisi non si ripresenti in un tempo successivo.

Distinguiamo, nella crisi depressiva, una fase acuta da una post-acuta.

Parliamo di fase acuta quando sono presenti contemporaneamente almeno cinque dei sintomi descritti nel Capitolo 2, da almeno due settimane, tanto da avere un'azione inibente sulla vita sociale, affettiva e lavorativa.

In tali circostanze s'impone un trattamento farmacologico con l'utilizzo di antidepressivi, il cui scopo è ridurre, nel più breve tempo possibile, lo stato di malessere depressivo e tutti i sintomi che lo costituiscono.

Parliamo di fase post-acuta quando gli antidepressivi hanno già avuto il loro effetto, la persona sta notevolmente meglio e non è più dominata dai sintomi depressivi.

Possiamo collocare questa fase intorno al secondo, terzo mese di terapia ed è importante, a questo punto, chiedersi il perché (ricerca delle cause) si è manifestata la crisi.

Nella fase acuta, ciò ha un'importanza minore: chi si trova in piena sofferenza depressiva ha l'urgenza, direi assoluta, di stare meglio, di allentare la morsa dei sintomi e, a tale scopo, si usano gli antidepressivi.

Del resto, il paziente sarà disponibile ad un lavoro di ricerca finalizzato ad individuare le cause del disturbo solo quando i sintomi saranno ridotti.

La ricerca delle cause deve essere personalizzata e le indicazioni terapeutiche (psicoterapia di coppia, psicoterapia individuale, ecc.) completano la strategia d'intervento.

Quella che segue è la presentazione di un lavoro clinico in cui è mostrata l'applicazione della strategia terapeutica nella pratica clinica.

Presentazione del lavoro clinico

Criteri di selezione

Il presente lavoro consiste nella elaborazione di dati clinici relativi a pazienti in cura presso il Centro Depressione Ansia e Attacchi di Panico di Torino, selezionati secondo i seguenti criteri:

- pazienti che hanno preso contatto con il Centro per la prima volta;
- nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2001 e il 31 dicembre 2001;
- con diagnosi di disturbo depressivo, con sintomi d'ansia e di disturbo depressivo, con attacchi di panico (dap);

- che hanno seguito le indicazioni di controlli periodici che sono state loro fornite.

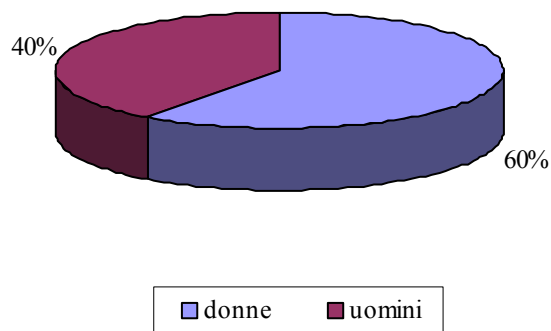
Durante la presentazione del lavoro saranno ripresi alcuni concetti già trattati nei capitoli precedenti, poiché fondamentali per un corretto approccio ai pazienti che soffrono di questi disturbi.

Caratteristiche del campione

Il campione consiste in un numero totale di 395 pazienti, di cui 237 donne e 158 uomini.

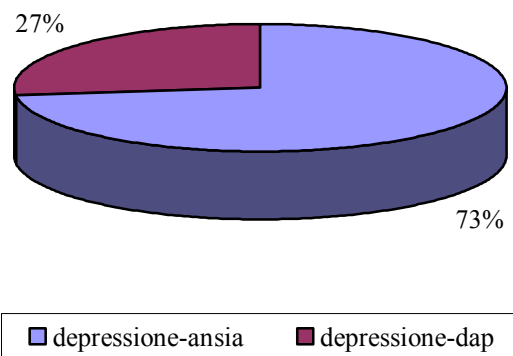
Nella rappresentazione grafica, in questo caso come in quelli successivi, le percentuali sono riportate con arrotondamento dei decimali.

Campione totale



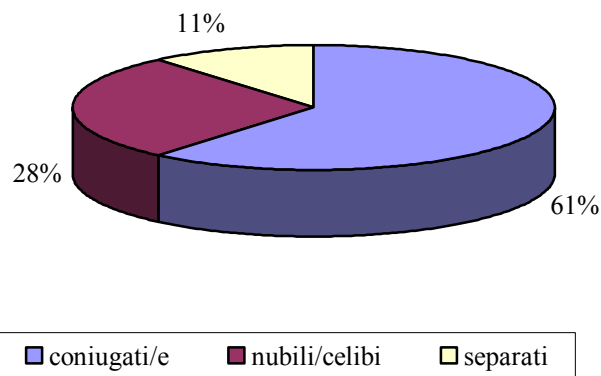
In particolare il gruppo con diagnosi di depressione-ansia è costituito da 288 pazienti e il gruppo con diagnosi di depressione-dap è costituito da 107 pazienti.

Suddivisione secondo le diagnosi



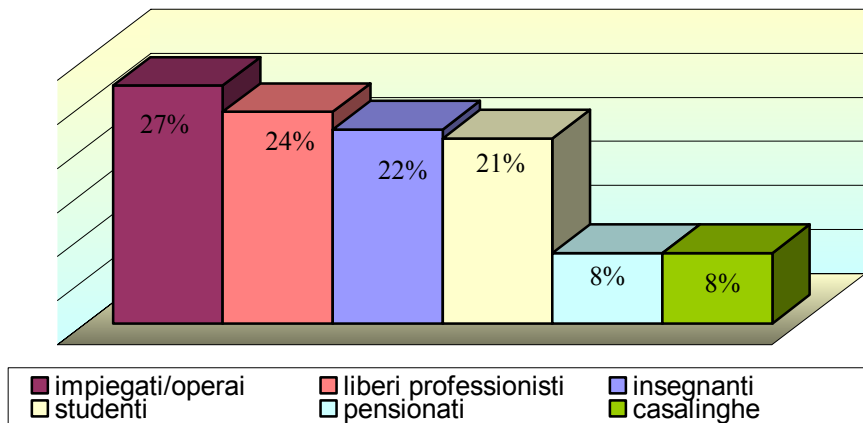
Stato Civile

Per quanto riguarda lo stato civile, il campione è così suddiviso:



Attività lavorativa

La suddivisione dei pazienti, rispetto alla loro attività lavorativa, è graficamente così rappresentata:



Le fasce d'età sono le seguenti

Età media del Campione Totale

Donne: 35 anni.

Uomini: 33,5 anni.

Età media del Gruppo depressione-ansia

Donne: 44 anni.

Uomini: 42 anni.

Età media del Gruppo depressione-dap

Donne: 26 anni.

Uomini: 25 anni.

I sintomi più frequenti nei pazienti appartenenti al Gruppo depressione-ansia sono i seguenti:

- 1 - Umore depresso, perdita degli interessi, della gioia e del senso di vivere, accompagnati da sentimenti di colpa: 100%.
- 2 - Mancanza di energia, senso di spossatezza: 100%.
- 3 - Riduzione di attenzione, concentrazione e memoria: 100%.
- 4 - Stato di allerta continuo, paura, preoccupazioni, rimuginazioni: 100%.
- 5 - Tremori, irrequietezza, sobbalzi, dolori muscolari: 89%.
- 6 - Disturbi del sonno (risveglio mattutino precoce): 83%.
- 7 - Tachicardia, sudorazioni, mani fredde/sudate, brividi: 82%.
- 8 - Disturbi dell'appetito (netto calo): 73%.

Dal punto di vista dei sintomi possiamo affermare che, per quanto riguarda quelli della serie depressiva, alcuni si riscontrano in tutti i casi presi in esame.

E' sempre presente il profondo dolore morale, la perdita dello slancio vitale e della possibilità di provare sentimenti quali gioia o entusiasmo, la perdita di interesse per le normali attività svolte. Costantemente presente è anche un vissuto soggettivo di perdita di senso dell'esistenza e l'impovertimento affettivo che coinvolge i rapporti personali e sociali.

Qualunque attività o impegno è vissuto come molto faticoso e tale da richiedere una quantità di energia che i pazienti non sentono di avere a disposizione.

Si nota anche una spiccata difficoltà decisionale e ciò spesso in netta contrapposizione con le caratteristiche di personalità precedenti l'insorgere del disturbo depressivo. Tale difficoltà si manifesta inizialmente nell'attività lavorativa, ma può investire qualunque azione coinvolga il soggetto.

Altro sintomo che interviene stabilmente è il senso di colpa e l'autosvalutazione, conseguenti al fatto che i soggetti da un lato si rendono conto dei loro cambiamenti in negativo nei confronti del sociale, dei familiari e di se stessi, dall'altro però si sentono impotenti e assolutamente incapaci di modificare la situazione.

Il senso di colpa è ulteriormente aggravato da quello che nelle pagine precedenti abbiamo chiamato "il pregiudizio della volontà", da cui nasce il convincimento, nel paziente e in chi lo circonda, che lo stato depressivo potrebbe essere superato mediante un atto di volontà: se volesse, potrebbe uscire dallo stato di sofferenza in cui si trova, ma ciò non avviene perché non ha volontà sufficiente.

Il riscontro clinico fornisce purtroppo un'enorme diffusione di tale pregiudizio e allo specialista è richiesto uno sforzo supplementare per sottolineare la falsità, l'infondatezza e i danni che esso comporta.

Altro sintomo costante e conseguente alla riduzione di energia psichica è l'astenia, cioè il senso di spossatezza non motivata da attività fisiche che si presenta già al risveglio mattutino e che può essere tale da rendere impossibile lo svolgimento della propria attività lavorativa.

A livello psichico è comunque presente in tutti i casi una più o meno marcata riduzione della prestazione intellettuale, conseguente al fatto che l'abbassamento del tono dell'umore determina un deficit di alcune funzioni psichiche quali l'attenzione, la concentrazione e la memoria.

Altri sintomi della serie depressiva hanno invece una distribuzione meno omogenea.

I disturbi alimentari si riscontrano nel 73% dei casi e si manifestano prevalentemente con una riduzione dell'appetito e dell'alimentazione.

Diffusi sono anche i disturbi del sonno che interessano l'83% dei casi presi in esame. All'interno di questi è presente una riduzione del numero di ore dormite ed è caratteristico il fenomeno del risveglio precoce (3-4 ore prima rispetto l'ora abituale), accompagnato da penosi pensieri riguardanti il passato, il presente e il futuro.

Per quanto riguarda i sintomi della serie ansiosa, è sempre presente uno stato di costante preoccupazione per le circostanze più varie e ordinarie della vita di tutti i giorni, che può riguardare

la salute propria o dei familiari, il rendimento scolastico o lavorativo, la situazione finanziaria. Il tutto in assenza di realistiche motivazioni che la possano giustificare.

In tutti i pazienti è inoltre presente uno stato di tensione emotiva associata a sintomi fisici, interpretabili come somatizzazioni dell'ansia. Anche il tono muscolare è spesso coinvolto (89%) e la spiccata tensione muscolare dà luogo a dolori diffusi, spesso al collo e alla colonna dorsale. Sono inoltre frequenti tremori e contrazioni della muscolatura.

I sintomi più frequenti nei pazienti appartenenti al Gruppo depressione-dap sono i seguenti:

1. Umore depresso, perdita di interessi e della gioia di vivere: 100%.
2. Mancanza di energia, senso di spossatezza: 100%.
3. Riduzione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria: 100%.
4. Disturbi del sonno (risveglio precoce mattutino): 83%.
5. Senso di sbandamento, instabilità, senso di svenimento, vertigini: 80%.
6. Disturbi dell'appetito (netto calo): 75%.
7. Paura di perdere il controllo, paura di impazzire: 72%.

Oltre la sintomatologia appartenente alla serie depressiva, sono presenti crisi di attacchi di panico, variabili come intensità e durata, ma con alcune caratteristiche comuni:

- la loro insorgenza è improvvisa e drammatica;
- la durata è breve, da pochi secondi a pochi minuti;
- sono accompagnati da un'intensa paura di perdita di controllo fisico e psichico;
- non è possibile dare all'insorgenza della crisi una spiegazione comprensibile;
- per alcune ore dopo la crisi i pazienti avvertono sintomi quali vertigini, sensazione di sbandamento, stato subconfusionale, senso di spossatezza, senso di estraniamento dalla realtà.

Durante le crisi è molto forte la paura, che giunge fino al terrore, determinata dal senso di morte imminente a causa di ictus o infarto, paura di perdere il controllo delle proprie azioni o delle proprie idee, cui consegue il timore di "diventare folli".

A ciò si associano sintomi di tipo neurovegetativo quali difficoltà respiratorie, palpitazioni, dolori toracici, senso di soffocamento, vertigini, vampate di calore e brividi di freddo, tremori diffusi, sudorazioni abbondanti.

In tutti i pazienti il primo episodio critico è ricordato con apprensione particolare, è riferito come molto intenso e si associa al timore/terrore che possa ripresentarsi.

Come conseguenza del ripetersi delle crisi si vengono a strutturare delle manifestazioni secondarie, presenti in tutti i casi presi in esame: l'ansia anticipatoria, l'evitamento fobico e l'agorafobia.

L'ansia anticipatoria è conseguente al timore che la crisi possa ripetersi. Nelle fasi intercritiche tale ansia pervade tutta la vita del paziente, lo rende timoroso e lo fa vivere in uno stato di continua apprensione che può risultare invalidante. Spesso ricerca continue rassicurazioni e ha bisogno di stare sempre in compagnia di una persona di fiducia che possa soccorrerlo in caso di malessere. Risulta evidente la netta riduzione del livello di autonomia personale che il dap può determinare.

L'evitamento fobico si struttura con il ripetersi delle crisi ed è conseguente alla tendenza ad associare gli attacchi con situazioni e luoghi specifici.

Più frequentemente le crisi sono messe in relazione alla guida dell'auto, al percorso di gallerie o viadotti, all'uso di mezzi pubblici oppure alle frequentazioni di luoghi pubblici affollati.

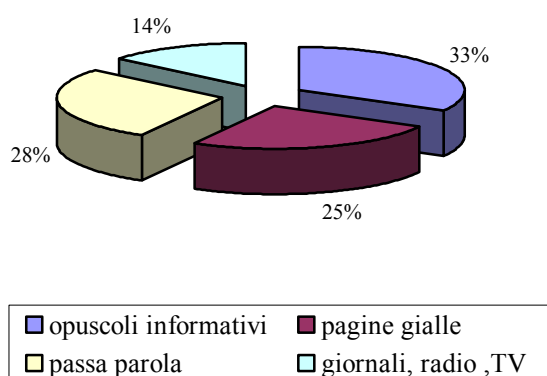
L'evitamento fobico consiste nell'evitare i luoghi e le situazioni cui le crisi sono collegate, per fare in modo che gli attacchi di panico diventino meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di agorafobia quando le limitazioni indotte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni (impossibilità di recarsi a fare la spesa, andare al lavoro utilizzando mezzi pubblici o a volte anche la propria auto, ecc.), e finiscono per restringere il campo d'azione del soggetto, rendendolo sempre più dipendente dagli altri.

Modalità di contatto con il Centro

I pazienti hanno contattato il Centro attraverso i seguenti canali informativi:

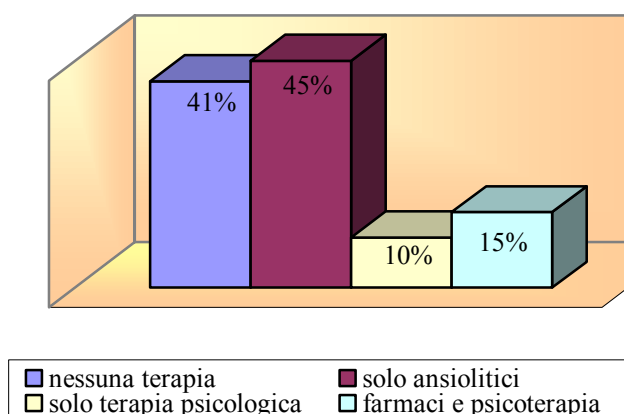
- opuscoli dell'Associazione: 130.
- ricerca sulle Pagine Gialle: 99.
- passaparola: 110.
- media (giornali, radio, televisione): 56.



In circa un terzo dei casi l'informazione è stata quindi acquisita attraverso la lettura degli Opuscoli dell'Associazione; in un quarto dei casi attraverso la ricerca sulle Pagine Gialle; in circa un altro terzo dei casi attraverso l'informazione di parenti, amici o conoscenti che erano informati dell'esistenza del Centro; la restante percentuale di pazienti ne è venuto a conoscenza attraverso i media.

Terapia assunta in precedenza

Il grafico successivo rappresenta la situazione dei pazienti del campione esaminato con riferimento alla terapia precedente al consulto presso il Centro.



162 pazienti non erano sottoposti ad alcun tipo di terapia.

178 assumevano ansiolitici, spesso su indicazione del medico di base, in modo saltuario e incostante, con posologia il più delle volte gestita dai pazienti stessi. Molto frequente l'uso di ipnoinducanti serali.

40 erano in terapia psicologica, ma i sintomi della serie depressiva, ansiosa o i dap erano d'intensità tale da rendere difficile o impossibile il lavoro psicologico.

15 erano in terapia combinata con farmaci e psicoterapia, ma non erano soddisfatti dei risultati raggiunti.

Per quanto riguarda il tipo di farmaci assunti prima del consulto al Centro, gli antidepressivi appartenevano in prevalenza al gruppo di triciclici (vecchia generazione) e spesso l'indicazione era stata fornita dal medico di base. Ciò sottolinea l'importanza di questa figura come potenziale punto di riferimento per la cura della depressione, dell'ansia e del dap.

I due terzi dei pazienti individua, infatti, nel medico di base la figura cui ricorrere per chiedere aiuto ed è quindi molto importante la sua sensibilità nei confronti di questi problemi, cosa che dipende dalla sua preparazione professionale, ma anche dalla cultura e dalla personalità del singolo medico.

La maggior parte dei pazienti hanno riferito un atteggiamento accogliente e un forte sostegno psicologico da parte del loro medico.

Altri invece, per fortuna in netta minoranza, hanno vissuto un rifiuto, un disconoscimento del loro malessere e un invito a rimboccarsi le maniche e a darsi da fare.

L'indicazione prevalente da parte dei medici di base è consistita nella prescrizione di farmaci ansiolitici e questo è il motivo per cui tali prodotti costituiscono il primo approccio farmacologico dei pazienti alla cura.

Gli ansiolitici, per le loro caratteristiche (effetto dopo 20-30 minuti dall'assunzione), provocano un sollievo rapido dello stato di malessere e quindi i pazienti trovano in seguito difficoltà ad abbandonarli.

Ne consegue uno stato di dipendenza psicologica cui si associa la dipendenza fisica, causata da trattamenti lunghi a dosi elevate.

E' quindi opportuno usare gli ansiolitici in modo transitorio e in ogni caso limitato nel tempo.

Va sottolineato che, quando è presente uno stato depressivo, l'ansiolitico non ha alcun effetto su di esso. E' necessario, in questi casi, l'uso di antidepressivi che, contrariamente agli ansiolitici, non determinano mai fenomeni di dipendenza fisica.

Indicazioni terapeutiche fornite dal Centro

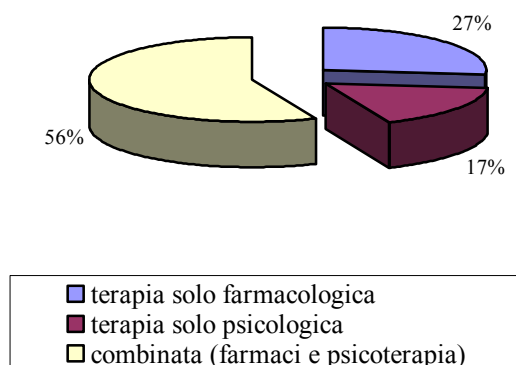
Il tipo di terapia indicata nei singoli casi è stato determinato dal tipo di sintomi presenti, dalla loro intensità e dai particolari bisogni del singolo paziente, dalla sua storia e dalla sua personalità.

In 328 casi i pazienti presentavano uno stato di malattia in fase acuta, con sintomi molto accentuati ed intollerabili.

L'intervento elettivo "d'urgenza" è stato quello farmacologico, in grado di ridurre i sintomi depressivi, d'ansia o di dap nel giro di 4-6 settimane.

Dopo la riduzione dei sintomi, in 221 casi è stata data un'indicazione di terapia psicologica, da associare a quella farmacologica.

Nei 67 casi in cui invece i sintomi non erano particolarmente accentuati e comunque tollerabili, è stata fornita un'indicazione solamente psicoterapeutica, individuale o di coppia.



Le diverse indicazioni e le differenti combinazioni d'intervento terapeutico sono state conseguenti alle valutazioni delle cause che avevano determinato l'insorgenza del disturbo depressivo, d'ansia o di dap.

La prescrizione del farmaco è un atto complesso ed estremamente importante perché l'impostazione complessiva della cura ed il suo successo dipendono da come avviene l'atto prescrittivo, dal tipo di atteggiamento del medico, da quello del paziente e dalle informazioni ed aspettative che quest'ultimo ha nei confronti della terapia.

Spesso il paziente ha attese magiche ("Prendo la compressa e guarisco nel giro di pochissimo tempo...") o di tipo terrifico ("E se poi divento dipendente dai farmaci e non ne posso più fare a meno?") o inizia la cura con un atteggiamento d'estrema sfiducia ("Tanto non serve a niente...").

Nell'immaginario collettivo il farmaco è spesso caricato di significati fantastici quindi esso è, alternativamente, o la pillola della felicità o l'equivalente della droga.

E' quindi molto importante fornire ai pazienti una serie di informazioni che comportino aspettative ed atteggiamenti più realistici nei confronti delle sostanze assunte.

Di questo argomento si è già ampiamente parlato nei capitoli precedenti e quindi ne riporto solo una breve sintesi.

Innanzitutto sono state fornite informazioni relative al meccanismo d'azione. Per quanto riguarda gli antidepressivi, ad esempio, essi agiscono determinando l'aumento della quantità di neurotrasmettitori (in particolare serotonina e noradrenalina) a disposizione delle cellule cerebrali.

Il loro effetto sul tono dell'umore è quindi conosciuto e in ciò non c'è nulla di magico: ad un aumento della quantità di neurotrasmettitori disponibile corrisponde un aumento del tono umorale.

Sono state inoltre fornite informazioni relative ai tempi dell'intervento farmacologico.

Il suddetto meccanismo d'azione degli antidepressivi necessita di un periodo di almeno due settimane e quindi non è lecito attendersi un effetto antidepressivo prima di tale periodo.

Quest'informazione è estremamente importante onde evitare la prematura sospensione della terapia.

Il paziente deve inoltre essere informato sulla possibilità della comparsa, nei primi 8-10 giorni, di fenomeni collaterali, di solito sopportabili e transitori (nausea, inappetenza e sonnolenza).

E' inoltre opportuno che sia comunicata la disponibilità del medico a contatti telefonici nel momento in cui servissero ulteriori precisazioni o rassicurazioni.

Le suddette informazioni hanno quindi lo scopo di favorire un atteggiamento realistico nei confronti dei farmaci.

E' anche necessario che l'intervento farmacologico sia collocato nell'ambito di una strategia più generale d'approccio alla crisi depressiva o al dap.

L'uso di farmaci è necessario quando è in atto una crisi acuta e lo scopo è di ridurre i sintomi della crisi. Essi agiscono sulla depressione, sull'ansia e sul dap, a prescindere dalle cause che hanno determinato il disturbo e non incidono minimamente su di esse.

Il paziente deve essere a conoscenza del fatto che la terapia psicofarmacologica è “a tempo”, sarà cioè assunta per un periodo limitato (6-8 mesi circa): dopo aver risolto il periodo acuto (4-6 settimane) ed aver dato la copertura per i due/tre mesi successivi, sarà gradualmente sospesa nel giro di tre/quattro mesi.

Nella fase post-acuta diventa invece importante il problema delle cause, poiché la loro individuazione e la loro rimozione evitano il pericolo del ripetersi delle crisi.

Sospensioni improvvise

In 20 casi si è verificata una sospensione improvvisa della terapia. Le motivazioni sono state varie: ritrovarsi senza i farmaci e senza la prescrizione del medico in prossimità di giorni prefestivi e/o festivi o in occasione di viaggi all'estero. In tre casi la sospensione è stata invece scelta dai pazienti poiché, ridotti i sintomi, ritenevano di non avere più la necessità di assumerli.

Dopo la sospensione improvvisa, in tutti i casi si sono presentati fenomeni quali: vertigini, cefalee, acufeni, sbandamenti e ansia marcata.

Si è cioè verificato il ben noto “effetto rebound”, dovuto, ripeto, alla sospensione improvvisa della terapia assunta.

Tale effetto non va confuso, come spesso avviene, con fenomeni di tipo carenziale.

Di fatto gli antidepressivi non determinano assuefazione e la loro sospensione graduale, sotto controllo medico, non determina alcun tipo di fenomeno spiacevole.

Efficacia della terapia farmacologica dopo circa sei settimane e dopo circa quattro mesi

All'atto della prescrizione farmacologica è stato consigliato ai pazienti un controllo a distanza di un periodo di 4-6 settimane, tempo necessario per valutare l'efficacia dei farmaci sulla sintomatologia clinica.

I riscontri sono stati estremamente positivi, nel senso che, in circa l'80% dei casi, si è avuto un miglioramento della depressione, dell'ansia e del dap valutabile, in media, intorno al 20% circa.

Si trattava di un miglioramento in linea con le attese, considerando che, nel primo mese di terapia, è stata data l'indicazione di una dose di farmaci bassa.

Era comunque presente la chiara percezione soggettiva del miglioramento ottenuto e ciò determinava, da parte del paziente, un atteggiamento più positivo sul fatto di poter uscire dallo stato di crisi e quindi uno stato d'animo più fiducioso.

Nel restante 20% dei casi è stato invece necessario operare una modificazione del tipo di prodotti somministrati.

Circa la metà ha tratto beneficio nell'arco di un mese, giungendo al livello del primo gruppo.

Il restante 10% di pazienti non è più giunto alla seconda visita di controllo e si deve quindi presumere che l'intervento farmacologico non sia stato efficace.

Sospensione della terapia farmacologica dopo 6-8 mesi

Per quanto riguarda le sospensioni del trattamento farmacologico dopo circa 6-8 mesi di cura, sono state riscontrate delle difficoltà, nel senso che molti pazienti erano resistenti a lasciare la terapia (ricordiamo che gli antidepressivi non danno dipendenza fisica).

Il timore di fondo era che i sintomi tornassero a manifestarsi.

La sospensione è stata accompagnata da rassicurazioni verbali sulla infondatezza di tali timori ed è avvenuta in maniera lenta e graduale, in modo che il paziente potesse verificare che, alla riduzione dei farmaci, non corrispondeva la riattivazione dei sintomi.

Contatto limitato ad un solo incontro

Nel periodo di osservazione (gennaio-dicembre 2001) in 49 casi i pazienti non hanno rispettato l'indicazione di effettuare la visita di controllo dopo il periodo di 4-6 settimane e non sono quindi stati inseriti nel presente lavoro.

Vale in ogni modo la pena tentare di formulare alcune ipotesi sulle motivazioni.

Possiamo presumere che alcuni non siano riusciti a superare le resistenze all'assunzione dei farmaci e che, quindi, non abbiano neppure iniziato la terapia.

In altri, pur non potendone dare una quantificazione, è presumibile che si siano verificati fenomeni collaterali, reali o su base suggestiva, tali da determinare la sospensione della terapia dopo pochi giorni d'assunzione.

In altri casi ancora, è possibile pensare ad un'autogestione della terapia. Non è infrequente, infatti, di essere contattato, anche a distanza di anni, da pazienti con i quali ho avuto un solo incontro e che mi dicono di avere tratto beneficio dai farmaci che avevo loro indicato. Li hanno quindi loro stessi sospesi gradualmente, dopo alcuni mesi d'assunzione. Tutto è andato bene fino a poco tempo prima, quando i sintomi si sono ripresentati e, per tale motivo, chiedono un nuovo consulto.

Conclusioni

Riporto alcune brevi considerazioni derivanti dal presente lavoro.

Innanzitutto, va rilevata la difficoltà di contatto tra chi soffre di disturbi depressivi, d'ansia e di dap e lo specialista psichiatra a causa di pregiudizi profondi e radicati sia nei confronti del tipo di disturbo, sia nei confronti di questa figura professionale.

Pregiudizi investono anche gli psicofarmaci, da alcuni ritenuti come droghe che creano dipendenza, da altri investiti, al contrario, di valenze magico-salvifiche.

I dati in nostro possesso attestano che, una volta superate le varie barriere pregiudiziali, l'intervento farmacologico ha altissime probabilità di successo: in circa il 90% dei casi è, infatti, efficace sulla sintomatologia clinica. L'intervento con i farmaci va in ogni caso considerato un intervento da effettuare nella fase acuta del disturbo, per un periodo limitato di tempo.

Nella fase successiva devono essere presi in esame gli elementi causali che l'hanno determinata.

E' fondamentale, in questa fase, la collaborazione tra il medico e il paziente, poiché gli elementi causali variano da caso a caso. La loro individuazione è molto importante, poiché da essa derivano le successive indicazioni terapeutiche.

Ribadisco quindi il concetto, filo conduttore del presente lavoro, che per affrontare il malessere psichico è necessario mettere in atto una strategia terapeutica, la prima fase della quale è spesso, ma non sempre, di tipo farmacologico.

Ad essa deve seguire un'indicazione personalizzata che non è assolutamente possibile standardizzare, poiché dipendente dalla storia, dalla personalità e dalla vita affettiva della singola persona.