

Salvatore Di Salvo

# **Depressione, ansia e panico: la cura con i farmaci**



*Associazione  
per la Ricerca  
sulla Depressione*

## **La cura con i farmaci**

*di Salvatore Di Salvo*

### *Quando è necessario utilizzare i farmaci*

Nel corso della prima visita psichiatrica capita spesso che il paziente dichiari di essere da sempre contrario ad assumere psicofarmaci perché gli fanno paura e teme di restarne dipendente.

Di solito rispondo che anch'io sono contrario all'uso di farmaci *quando non è necessario*: preciso, però, che la decisione di intraprendere o meno una terapia farmacologica non deve fondarsi su basi pregiudiziali, ma cliniche.

In altre parole, quando i sintomi depressivi o ansiosi sono di entità modesta e non provocano gravi interferenze nella vita personale, è possibile scegliere di non assumere farmaci.

Nel caso in cui, invece, il malessere depressivo e/o ansioso determini forti limitazioni, a volte fino alla paralisi della vita sociale, lavorativa e affettiva, l'utilizzo dei farmaci costituisce un aiuto necessario, *anche se transitorio*.

Un'altra obiezione dei pazienti è la seguente: *“Tanto i farmaci non possono modificare la situazione in cui mi trovo e quindi non servono a nulla”*.

Ricordo il caso di Giovanna, 48 anni, sposata, con due figli di 26 e 24 anni. Il marito, 54enne, svolge in proprio un'attività artigianale che, negli ultimi tre anni, ha subito il peso della crisi, ha gravi problemi economici, vanta crediti che non riesce ad incassare ed ha difficoltà a far fronte ai debiti con i fornitori e le banche. Giovanna ha vissuto “in presa diretta” tutte le vicende della ditta in quanto, al suo interno, ha il compito di tenere i contatti con clienti, fornitori e banche. L'insieme di questi problemi ha fatto maturare la decisione di chiudere l'attività tramite una procedura fallimentare. Le difficoltà lavorative coinvolgono il figlio maggiore che lavora nell'officina del padre dall'età di 18 anni e che dovrà cercare un'altra collocazione lavorativa. La figlia minore, inoltre, dopo il conseguimento della laurea in lettere antiche, non ha un lavoro fisso e deve accontentarsi di saltuarie supplenze che non le garantiscono l'autonomia economica.

La crisi depressiva è subentrata quando, circa tre mesi addietro, le è stato diagnosticato l'aggravamento del diabete mellito di cui soffre da dieci anni e che rende necessario il passaggio dagli antidiabetici orali all'insulina per via iniettoria.

Giovanna presenta i sintomi di una depressione in fase acuta: tono dell'umore basso, frequenti crisi di pianto, forte senso di stanchezza, stato subconfusionale, disinteresse per le attività giornaliere e molta fatica nel portarle a compimento, riduzione delle ore di sonno con risveglio mattutino precoce, ansia presente durante tutto l'arco della giornata, in particolare al risveglio. L'attuale malessere depressivo è da mettere in relazione con le vicissitudini subite negli ultimi anni: il

problema di salute è solo l'ultimo in ordine cronologico che, trovandola in una condizione di estrema debolezza, ha scatenato la crisi.

Durante il nostro incontro dice di essersi rivolta a me su consiglio della sorella, mia ex paziente, ma di pensare che io possa fare ben poco perché le situazioni esterne, di cui subirà le conseguenze anche nel prossimo futuro, sono imm modificabili.

Le rispondo che effettivamente la terapia con i farmaci non agirà su di esse, ma sulla sua depressione, cosa necessaria perché adesso è “scarica” e ha pochissima energia psichica per fronteggiare i problemi presenti sul versante lavorativo, economico, familiare e di salute. Grazie ai farmaci potrà ottenere quella “ricarica energetica” di cui ha estremo bisogno per uscire dalla paralisi emotiva in cui si trova e affrontare al meglio i problemi della sua vita.

### *L'energia psichica*

L'energia psichica è una vera e propria energia vitale che spinge verso il raggiungimento di scopi e la realizzazione di desideri. Ognuno di noi ne possiede, fin dalla nascita, una quantità che varia da individuo a individuo: vi sono cioè persone che hanno una dotazione energetica maggiore rispetto ad altre. Utilizzando la metafora di un conto corrente bancario, alcuni nascono più ricchi di altri.

E' certo, comunque, che nessuno ne ha una quantità illimitata per cui è importante tenere conto del bilancio tra le uscite (quantità di energia spesa per far fronte alle richieste esterne) e le entrate (aspetti piacevoli della vita, la cui presenza ha effetto di ricarica).

Se una persona è esposta, per tempi eccessivamente lunghi, a situazioni stressanti che richiedono una forte spesa energetica (come, nel caso di Giovanna, gravi problemi di natura economica, lavorativa, familiare e di salute) e se tali “uscite” eccessive non sono compensate da “entrate” tali da bilanciarle, può verificarsi un deficit energetico e, tornando alla metafora prima citata, il “conto corrente” va in rosso. Quando ciò si verifica, compaiono i sintomi tipici dei Disturbi Depressivi o dei Disturbi d'Ansia.

### *Energia psichica, neurotrasmettitori e farmaci*

Il nostro encefalo è un organo molto complesso, costituito da circa cento miliardi di cellule nervose che si scambiano informazioni mediante sostanze chimiche, i neurotrasmettitori cerebrali, alcuni dei quali sono implicati nella regolazione del tono dell'umore e dei meccanismi d'ansia: ricordiamo la serotonina, che è la più nota, ma anche la noradrenalina e la dopamina. Possiamo considerare i neurotrasmettitori gli equivalenti biochimici dell'energia psichica, per cui dire che un soggetto ha poca energia psichica equivale a dire che ha una bassa quantità di neurotrasmettitori, con conseguente manifestazione di sintomi del Disturbo Depressivo e/o dei Disturbi d'Ansia.

*Quindi la presenza del malessere depressivo o ansioso può essere descritto dal punto di vista clinico (presenza dei sintomi), dal punto di vista energetico (possesso di poca energia psichica) o dal punto di vista biochimico (bassa quantità di neurotrasmettitori cerebrali).*

I farmaci intervengono a livello biochimico, determinando l'aumento della disponibilità dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico cui corrisponde l'aumento della quantità di energia psichica e, di conseguenza, la riduzione dei sintomi.

Nel caso di Giovanna lo scopo della terapia farmacologica è quello di aumentare la disponibilità di serotonina nelle sue cellule nervose, aumentando, quindi, la quantità di energia psichica a sua disposizione, di ridurre i sintomi depressivi e ansiosi e di metterla in condizione di “combattere” le sue battaglie.

### *Le metafore per la comprensione*

Con i pazienti faccio frequentemente ricorso all'uso di metafore al fine di rendere più comprensibili informazioni scientifiche e concetti complessi a chi non ha una preparazione specifica in ambito medico o psicologico.

In un precedente paragrafo, ad esempio, ho utilizzato la metafora del conto corrente per chiarire il concetto della disponibilità di energia psichica: se prevalgono le “uscite” rispetto alle “entrate” il conto corrente “psichico” va in rosso, il soggetto rimane con poca energia psichica e si manifestano, come nel caso di Giovanna, i sintomi depressivi. La prima cosa da fare è, proseguendo nell'utilizzo della metafora, fare versamenti sul conto, aumentare le sue quote energetiche attraverso l'aumento dell'equivalente biochimico dell'energia psichica, cioè della serotonina.

Un'altra metafora che spesso utilizzo è quella del cellulare. Quando una persona vive per troppo tempo in condizioni molto “costose” dal punto di vista energetico è come se usasse per troppo a lungo il suo cellulare fino a scaricare la batteria. Una persona con poca energia è come un cellulare con la batteria scarica: è necessario rimetterlo in carica.

### *I neurotrasmettitori*

Come accennato in precedenza, il nostro cervello è formato da miliardi di cellule, chiamate neuroni, che comunicano tra loro attraverso impulsi elettrici e messaggi chimici. Questi sono trasmessi mediante il rilascio di particolari sostanze, i *neurotrasmettitori*, grazie ai quali le cellule nervose “parlano” tra loro.

Considerando due neuroni, uno che trasmette e l'altro che riceve, la trasmissione delle informazioni inizia con il “rilascio”, da parte del neurone “trasmettitore”, dei neurotrasmettitori nello spazio sinaptico (lo spazio tra i due neuroni) .

Il passaggio dell'informazione avviene quando tali neurotrasmettitori si “legano” ai recettori del neurone “ricevente”, determinando la trasmissione dell'impulso. Successivamente i neurotrasmettitori si “slegano” dai legami con i recettori del neurone ricevente, tornano liberi nello spazio sinaptico dove in parte sono “distrutti” da un enzima, la monoaminoossidasi, e in parte sono ricatturati (ricaptati) dal neurone “trasmettitore” che li aveva rilasciati.

In caso di Disturbi Depressivi o Disturbi d'Ansia, nello spazio sinaptico la quantità dei neurotrasmettitori che regolano il tono dell'umore e i sintomi dell'ansia è minore del normale e compito degli antidepressivi è determinarne l'aumento, cui corrisponde un miglioramento dei suddetti disturbi.

### *Neurotrasmettitori e SSRI*

A partire dagli anni '80 gli antidepressivi Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) sono di gran lunga i più utilizzati nella cura dei Disturbi Depressivi e dei Disturbi d'Ansia.

Hanno spiccata selettività d'azione per la serotonina ed agiscono mediante l'inibizione della sua “ricaptazione” determinandone, come accennato nel paragrafo precedente, la maggiore concentrazione negli spazi sinaptici.

Da sottolineare che, nonostante la loro diversità clinica, Disturbi Depressivi e Disturbi d'Ansia sono entrambi curati con gli SSRI perché la serotonina è coinvolta nella regolazione sia del tono dell'umore sia dei meccanismi dell'ansia.

Gli antidepressivi di ultima generazione comprendono, oltre a prodotti che agiscono solo sulla serotonina, anche quelli che agiscono solo sulla noradrenalina o su entrambi.

Approfondimenti sul tema del meccanismo d'azione dei farmaci sono contenuti nel Volume I della Collana di Psichiatria Divulgativa, scaricabile dal sito dell'Associazione.

### *Il periodo di latenza*

Qualunque sia l'antidepressivo utilizzato, è importante tenere presente il cosiddetto “periodo di latenza”: tra l'inizio della terapia e il momento in cui il paziente avverte la riduzione dei sintomi depressivi intercorre un periodo di tre-quattro settimane (contrariamente a quanto avviene con gli ansiolitici, i cui benefici si avvertono dopo 20-30 minuti dall'assunzione).

Ciò è conseguente alla enorme complessità del nostro encefalo: circa cento miliardi di cellule, ognuna delle quali è collegata alle altre mediante centinaia di sinapsi, dove sono collocati i neurotrasmettitori cerebrali. Il numero molto elevato dei luoghi di azione dei farmaci costituisce il motivo del “periodo di latenza”, assieme anche all'inizio molto lento e graduale dell'assunzione della terapia (questo punto verrà ripreso in seguito).

E' importante conoscere questo aspetto iniziale della cura per evitare il rischio di un'interruzione precoce. Mi viene in mente Roberto, un ragazzo di 25 anni, sofferente da circa due di un Disturbo da Attacchi di Panico. Durante il nostro primo incontro dice che la sua vita è completamente cambiata dalle 22,30 del 23 Aprile di due anni prima (ricorda perfettamente ora, giorno e luogo del suo primo attacco di panico). Da allora ne sono seguiti molti altri e in tre occasioni si è recato al Pronto Soccorso per il timore di avere un infarto. L'ansia anticipatoria e i meccanismi di evitamento, cioè la paura del ripetersi dell'attacco e il fatto di evitare situazioni e luoghi ritenuti per tale motivo "pericolosi", hanno inoltre causato la progressiva limitazione della sua autonomia personale: negli ultimi mesi si sente "al sicuro" solo a casa, meglio se nella sua stanza, non frequenta l'università né gli amici, non guida più l'auto, esce raramente e malvolentieri, mai da solo ma con madre o fidanzata. Il persistere di tali limitazioni ha anche determinato un abbassamento del tono dell'umore e una sorta di rassegnazione mista a rabbia. E' venuto in visita da me cedendo alle pressioni della ragazza, che ha raccolto informazioni tramite il nostro sito internet. Dopo la descrizione dei sintomi, dice di non credere nell'efficacia di una cura con i farmaci: negli ultimi sei mesi ne ha già provati due, su indicazione del suo medico di famiglia, che non solo non hanno dato alcun risultato, ma anzi lo hanno lasciato ancora più deluso e depresso. Dalla raccolta di informazioni più precise sui due precedenti tentativi di terapia emerge che la prima, con la Paroxetina, è stata sospesa dopo dieci giorni e la seconda, con il Citalopram, dopo due settimane. In entrambi i casi Roberto si è rifiutato di proseguire la cura a causa della loro evidente (a suo avviso) inefficacia: non solo non avvertiva alcun miglioramento, ma anzi aveva l'impressione di stare peggio.

Il caso di Roberto evidenzia che senza l'informazione relativa al "periodo di latenza" è presente il rischio di avere aspettative irrealistiche sui tempi di risposta, di restare delusi dalla cura e di attribuire ai farmaci il peggioramento dei sintomi, dovuto in realtà al disturbo che segue il suo corso.

### *Il ciclo della terapia: la prima visita*

Nella prima visita psichiatrica il paziente racconta la propria storia personale e descrive i sintomi di cui soffre, la loro evoluzione dall'epoca della prima comparsa, le limitazioni che determinano nella sua vita lavorativa e relazionale. Lo psichiatra formula la diagnosi e prescrive la cura, inizialmente a dosaggio terapeutico minimo: ad esempio, ipotizzando di utilizzare la paroxetina, la cui dose terapeutica va da 20 a 40 mg al giorno, al fine di un avvicinamento graduale tra l'organismo ed il prodotto, s'inizia con la dose non ancora terapeutica di mezza compressa (10 mg) per i primi sei giorni, passando alla dose terapeutica minima di una compressa (20 mg) dal settimo giorno.

L'osservazione clinica dimostra che la terapia farmacologica è spesso influenzata da molti pregiudizi ed è, quindi, importante fornire le informazioni necessarie per il loro superamento.

Innanzitutto è opportuno specificare che si tratta di una malattia e fare una diagnosi chiara, precisa e certa: ciò è utile per arginare i sentimenti di colpa e per generare la consapevolezza che qualcosa di estraneo condiziona l'attuale stile di vita.

E' anche importante sottolineare che il disturbo *non è superabile mediante la volontà*, ma è necessario un aiuto. Quest'informazione serve per contrastare uno dei più diffusi pregiudizi riguardanti la depressione secondo il quale, se solo il paziente lo volesse, potrebbe superare la crisi. Ciò non solo è falso, ma anche controproducente in quanto accentua i sensi di colpa già presenti a causa del disturbo depressivo.

Altro aspetto che va chiarito è quello relativo al periodo di assunzione della terapia. Spesso il paziente ha nei confronti dei farmaci il timore di restarne dipendente. In realtà la terapia antidepressiva ha, di solito, una durata di 8-10 mesi: *si tratta, cioè, di una terapia "a tempo", nel senso che deve essere assunta per un periodo limitato e va sospesa dopo la scomparsa dei sintomi*. Questa informazione riduce il timore della dipendenza e aumenta la collaborazione del paziente per la corretta assunzione della cura.

E' inoltre opportuno parlare dei fenomeni collaterali: gli antidepressivi oggi più usati, in particolare gli SSRI, hanno il vantaggio di causarne pochi (di solito inappetenza, nausea, modesta sonnolenza) e limitati ai primi 8-10 giorni di terapia. L'argomento verrà ripreso in un successivo paragrafo.

Durante la prima visita psichiatrica è importante segnalare la presenza del "periodo di latenza" di cui si è trattato nel paragrafo precedente, allo scopo di evitare lo scoraggiamento conseguente al fatto di non vedere 'risultati' immediati. I primi miglioramenti cominciano a manifestarsi *entro le prime 6-8 settimane e, rispetto al periodo precedente l'inizio della terapia, mediamente sono del 20-25 %*. Si tratta, quindi, di un miglioramento avvertibile a livello soggettivo ed il paziente ne trarrà giovamento non solo per la riduzione dei sintomi, ma anche per l'aumento della fiducia nell'efficacia della cura. E' importante, infine, fornire la disponibilità telefonica nel caso in cui insorgessero problemi: questo dà sicurezza nelle fasi iniziali della terapia, che sono quelle emotivamente più impegnative. Si dà infine appuntamento a distanza di circa due mesi.

### *Il primo controllo*

Il primo controllo serve per valutare il miglioramento ottenuto. E' da tenere presente che in psichiatria non esistono strumenti di controllo oggettivo, quali ad esempio le radiografie in campo ortopedico: le valutazioni riguardano la riduzione dei sintomi e della loro interferenza nella vita

sociale, affettiva e lavorativa e si basano sull'osservazione del medico, sul vissuto soggettivo del paziente e su quanto riferito da chi vive con lui.

Bisogna considerare che la percentuale del miglioramento dei primi due mesi di cura in alcuni pazienti sarà del 10%, mentre in altri può arrivare anche al 40%. Da tale valutazione dipende la variazione della dose dell'antidepressivo: dalla dose minima iniziale di 20 mg si sale al dosaggio di 30 mg o anche di 40 mg se il miglioramento del primo periodo è stato modesto.

Il controllo successivo è fissato a distanza di due mesi.

#### *Il secondo controllo*

Il secondo controllo, dopo circa quattro mesi dall'inizio della cura, ha lo scopo di verificare la scomparsa dei sintomi. Dopo avere verificato il raggiungimento di tale obiettivo, si comincia a ridurre la dose dei farmaci, ad esempio se la dose terapeutica di paroxetina è stata fissata a 30 mg, si scende a 20, fornendo rassicurazioni sul fatto che ciò non determinerà la ripresa dei sintomi. Si tratta di un timore costantemente presente quando s'inizia a ridurre la terapia, che va però superato perché non corrisponde al vero. La riduzione è graduale e controllata e, nei rari casi di ricomparsa di qualche sintomo, si riporta la dose al livello precedente.

In ogni caso i farmaci, dopo avere svolto il compito di determinare la scomparsa dei sintomi, vanno progressivamente sospesi. Si fissa un successivo controllo a distanza di due mesi.

#### *Il terzo controllo*

Scopo del terzo controllo, dopo circa sei mesi dall'inizio della terapia, è di verificare che i miglioramenti ottenuti siano stabili e che la prima riduzione della dose non abbia determinato alcuna conseguenza negativa.

Appurato ciò, si dà indicazione di un'ulteriore riduzione, passando di solito ad un dosaggio non più terapeutico, ma di mantenimento: da 20 a 10 mg al giorno. Si fissa quindi un ultimo controllo a distanza ancora di due mesi.

#### *L'ultimo controllo*

Dopo avere valutato la completa regressione dei sintomi e il pieno recupero del benessere psichico, si forniscono al paziente indicazioni di progressiva riduzione della terapia, fino a completa sospensione. L'ultimo controllo completa quindi le tappe della consulenza psichiatrica e della terapia con i farmaci.

### *Le paure più frequenti*

L'inizio della cura con antidepressivi e ansiolitici è spesso accompagnato da paure: di seguito descriviamo le più frequenti.

### *La paura dell'alterazione della coscienza*

Il paziente teme l'alterazione del proprio stato di coscienza a seguito dell'uso degli antidepressivi. Va sottolineato che si tratta di una paura non rispondente alla realtà e che, nei pazienti, lo stato di coscienza risulta spesso alterato *prima dell'inizio della cura* come conseguenza dei sintomi depressivi e ansiosi. Un Disturbo Depressivo o d'Ansia in fase acuta, non ancora in terapia farmacologica, determina sempre calo dei livelli di attenzione, concentrazione e memoria, netta riduzione delle prestazioni intellettive e stato subconfusionale. A determinare l'alterazione della coscienza è, quindi, la malattia e non la sua cura che anzi, eliminando i sintomi, migliora il livello di lucidità.

### *La paura della dipendenza*

Questa paura, come quella precedente, è conseguente alla pregiudiziale assimilazione tra antidepressivi e sostanze stupefacenti, diffusa a livello dell'immaginario collettivo. Da ciò deriva l'attribuzione ai farmaci delle stesse caratteristiche degli stupefacenti e della stessa capacità di determinare, oltre all'ottundimento della coscienza, anche la condizione di dipendenza.

In altre parole il paziente teme, una volta iniziata l'assunzione del farmaco, di non riuscire più a farne a meno e di restarne per sempre dipendente.

Vale la pena sottolineare di nuovo quanto affermato in precedenza: la cura con i farmaci è “a tempo”, si sa prima del suo inizio che avrà un termine e, quindi, la paura di restarne dipendenti è infondata.

A volte questo tipo di paura determina situazioni paradossali: ricordo, ad esempio, il caso di Andrea, un ragazzo di 22 anni venuto in visita accompagnato dai genitori perché negli ultimi due anni aveva abusato di sostanze alcoliche (anche due litri di birra al giorno) e di marijuana (cinque-sei “canne” al giorno) e da qualche settimana aveva iniziato a presentare sintomi depressivi.

A seguito della mia prescrizione di antidepressivi, ricordo ancora adesso il volto preoccupato di padre e madre che mi chiedevano rassicurazioni sul fatto che Andrea non ne sarebbe diventato dipendente, totalmente dimentichi della birra e della marijuana!

### *La paura della sospensione*

Una paura di segno opposto è quella relativa alla sospensione della cura, dopo la scomparsa dei sintomi. In tali occasioni scatta una sorta di ragionamento di questo tipo: *“Prima di prenderli stavo male, adesso sto bene: se li sospendo ho paura di stare di nuovo male”*. Il paziente va rassicurato sul fatto che non esiste una relazione causa effetto tra sospensione e riaccensione dei sintomi e va sottolineato che, se tale paura avesse il sopravvento, la cura non avrebbe mai termine.

Nella pratica clinica i farmaci vanno ridotti molto gradualmente: ciò permette di verificare che la riduzione non comporta alcuna conseguenza e consente di giungere, attraverso una serie progressiva di riduzioni, alla sospensione totale.

### *Alcuni problemi*

#### *Il problema delle informazioni*

Molti dei problemi riscontrati nella cura farmacologica sono conseguenti al possesso di informazioni errate, acquisite da fonti di dubbio valore scientifico, quali forum o chat su internet o da esperienze indirette di persone con disturbi che il paziente ritiene simili ai suoi.

Talvolta, inoltre, può capitare che il paziente depresso assimili il suo disturbo a quello di un parente o conoscente che invece soffre di un disturbo psicotico, totalmente diverso, con prognosi molto peggiore e che deve essere curato con farmaci più “pesanti”.

#### *Il problema del senso di sconfitta*

Spesso la resistenza alla terapia con antidepressivi è determinata dalla presenza del *senso di sconfitta per non essere stati in grado di farcela da soli*. Ciò si basa su una visione eroica e poco realistica di se stessi e sulla scarsa considerazione dei propri limiti. Riprendendo la metafora del conto corrente fatta a proposito dell'energia psichica, è come se la persona ritenesse di avere un conto corrente di valore illimitato, in grado di far fronte a qualunque tipo di spesa. Si tratta di una visione poco rispondente alla realtà umana: i limiti fanno parte di noi per cui, se le circostanze della vita determinano un eccesso di “uscite” e il conto corrente psichico va in rosso, non è “vergognoso” ricorrere a un aiuto esterno per recuperare le risorse energetiche venute meno.

#### *Il problema dell'autogestione*

Uno dei problemi più frequenti è la tendenza del paziente all'autogestione.

A volte consiste nell'assunzione di una dose di farmaco inferiore a quella prescritta e si basa sul seguente presupposto: *“Ho paura che il farmaco mi faccia male: se ne prendo meno, mi farà meno male”*. Risulta evidente che si tratta di un ragionamento non fondato su basi razionali, ma su quelle

emotive della paura. E' chiaro che la cura o si fa alle dosi necessarie per svolgere la sua azione terapeutica oppure è meglio non farla.

Altre volte, come accennato prima, per il timore della ripresa dei sintomi, il paziente continua autonomamente la cura, anche per anni, evita la visita dal medico perché teme l'indicazione di riduzione/sospensione, ritenendo che la prosecuzione della terapia lo protegga da ricadute. Questo, però, è falso: è come se un paziente con un forte mal di denti continuasse ad assumere l'antidolorifico anche dopo la scomparsa del dolore, nella convinzione che così il male non tornerà più. In realtà tale tipo di atteggiamento determina soltanto l'assunzione di farmaci per tempi eccessivamente lunghi.

Altro problema di frequente riscontro è l'improvvisa sospensione dei farmaci. Di solito ciò si verifica intorno al terzo-quarto mese di cura, quando i sintomi iniziali sono scomparsi e il paziente, avendo di nuovo acquisito il proprio benessere psicofisico, decide di fare a meno della cura e la sospende.

Ricordo, tra i molti casi, quello di Anna, una donna di 35 anni che aveva iniziato una terapia con un antidepressivo del gruppo degli SSRI per un Disturbo Depressivo post partum. Come sempre, dopo la prescrizione della terapia, dico alla paziente che sarà necessario rivedersi dopo due mesi per verificare l'andamento dei sintomi e gli eventuali aggiustamenti farmacologici. Mi telefona il marito circa quattro mesi dopo dicendomi che la moglie sta “*di nuovo*” male: dopo circa due mesi di cura i sintomi erano completamente regrediti, ha continuato la cura ancora per un mese circa e poi, visto che continuava a stare bene, ha deciso di sospenderla dall'oggi al domani. La conseguenza è stato il noto “*effetto rebound*”, consistente nella ripresa massiccia dei sintomi a seguito dell'improvvisa sospensione della cura. Da sottolineare che è l'errata modalità di sospensione a determinare tale effetto, totalmente assente quando i farmaci vengono ridotti in modo lento e graduale, come descritto nel paragrafo “*Il ciclo della terapia*”.

### *Il problema della suggestione*

Altro problema in cui ci s'imbatte di frequente è quello della suggestione che spesso influenza la risposta alla terapia in senso sia positivo sia negativo.

E' noto l'“*effetto placebo*”, cioè la risposta a una medicina che non contiene principi attivi, quindi priva di efficacia, ma che determina un'azione terapeutica. Si tratta di una risposta su base suggestiva e studi recenti hanno dimostrato che l'aspettativa dell'evento benefico mette in moto una serie di reazioni neurochimiche che portano alla liberazione di mediatori in grado di influenzare profondamente, spesso in senso terapeutico, importanti attività fisiologiche.

Nei molti anni di lavoro presso una clinica psichiatrica ho spesso somministrato, specie in soggetti anziani con organismi più fragili, “gocce amare” chimicamente inerti per problemi di insonnia, sfruttando proprio l'effetto placebo e ottenendo ottimi risultati ipnoinducenti.

Ricordo il caso di un paziente da me seguito ambulatorialmente per un Disturbo Depressivo a cui, dopo circa un anno di terapia, avevo dato indicazioni di progressiva riduzione dei farmaci fino alla totale sospensione. Nel nostro ultimo incontro viene accompagnato dalla moglie e dice di essere riuscito a sospendere tutto tranne l'ipnotico, che proprio non si sente di abbandonare perché spaventato dall'insonnia di cui ha sofferto per molti anni. Ad un certo punto interviene la moglie e dice che in realtà da alcuni mesi sostituisce le gocce del flacone dell'ipnotico con un prodotto a base di camomilla acquistato in erboristeria e la cosa non ha determinato alcun effetto negativo sul sonno del marito. Dopo un attimo di imbarazzo, lui commenta che in effetti aveva avvertito “*un certo cambio di gusto nella medicina*” ed io gli dico che, adesso che sa come stanno le cose, può anche continuare a prendere le gocce... visto che funzionano... Sono stato in seguito avvertito telefonicamente dalla moglie della decisione di sospendere le gocce, senza alcuna conseguenza per le ore di sonno.

#### *Suggestione e inizio della cura*

Un periodo in cui la suggestione può creare problemi è quello della fase iniziale della terapia in quanto il timore degli effetti collaterali dei farmaci può determinare la comparsa di reazioni chimicamente non giustificabili. Le contromisure da adottare consistono nell'iniziare la cura con una dose molto bassa, “omeopatica”, aumentandola in modo lento e graduale. Ad esempio, nel caso del Citalopram, uno degli SSRI più utilizzati nella cura dei Disturbi d'Ansia, è opportuno utilizzare la confezione in gocce ed iniziare solo con due (equivalenti ad un decimo di compressa), aumentando di una goccia per sera fino alla dose terapeutica, che di solito è di quindici.

Ciò consente di distinguere effetti collaterali di natura suggestiva (quelli denunciati con due/tre gocce) da quelli realmente dovuti al farmaco.

Altro aspetto di questo problema è la tendenza ad attribuire al farmaco fenomeni collaterali che con il farmaco non hanno nulla a che vedere. Ricordo il caso di una signora che mi telefona dopo circa una settimana dall'inizio della cura lamentando astenia, riduzione di attenzione e di concentrazione, subconfusione e, attribuendo tali sintomi al farmaco assunto, mi chiede se sia il caso di continuare la cura o di sospenderla. Le dico che può continuare perché i sintomi di cui parla sono esattamente quelli da lei descritti la settimana prima, durante la visita, quando non aveva ancora iniziato la cura, e quindi dovuti alla presenza del disturbo depressivo.

Nella pratica giornaliera sono frequenti i problemi dovuti alla suggestione e il rapporto di fiducia con il medico è spesso determinante per il loro superamento.

### *Il problema dei “bugiardini”*

In una ricerca svolta dall'Associazione tramite un questionario proposto a 532 medici di famiglia, una delle domande era di descrivere il tipo di reazione dei loro pazienti alla lettura dei *foglietti illustrativi*, i cosiddetti “bugiardini”, contenuti nelle confezioni degli ansiolitici e degli antidepressivi: 457 medici su 532 hanno risposto che tale lettura determina l'aumento delle preoccupazioni relative all'assunzione dei farmaci e a volte la decisione di non intraprendere il trattamento. Lo scopo dei foglietti illustrativi è esattamente l'opposto: dovrebbero aumentare la conoscenza del prodotto prescritto, del suo funzionamento, del dosaggio e dei fenomeni collaterali. Purtroppo è proprio questo il punto debole: il foglietto illustrativo deve contenere, per disposizioni ministeriali, tutti i fenomeni collaterali che si sono presentati dal momento della sua commercializzazione. Di solito il risultato è la presenza di un elenco molto lungo, nel quale vengono usati termini medici troppo tecnici, non sono presenti percentuali chiare sulla frequenza e sono riportati effetti collaterali che si verificano in un numero di casi statisticamente irrilevanti.

Il tutto determina confusione e aumento delle preoccupazioni, spesso alimenta le paure dei pazienti e può rappresentare una ulteriore resistenza all'inizio della terapia.

Personalmente consiglio ai pazienti di rimandare la loro lettura di qualche settimana dall'inizio della terapia, il tempo, cioè, di verificarne la tollerabilità senza alcun tipo di condizionamento.

### *Gli effetti collaterali dei farmaci*

Facciamo riferimento agli antidepressivi del gruppo degli SSRI, i più utilizzati nella cura del Disturbo Depressivo e nei Disturbi d'Ansia. I fenomeni collaterali più frequenti sono i seguenti:

*Apparato gastrointestinale:* in circa il 20-30 % dei casi compaiono sintomi quali nausea, gastralgia, diarrea, che normalmente scompaiono dopo 8-10 giorni.

*Sintomi psichici:* i sintomi d'ansia e irritabilità sono riferiti da circa il 20% dei pazienti. Raramente la loro attivazione è violenta e sono facilmente controllabili con l'associazione di ansiolitici a basso dosaggio.

*Sfera sessuale:* il disturbo più frequente consiste nella difficoltà orgasmica. Di solito tale disturbo si riduce con la riduzione del farmaco e, comunque, scompare con la sua sospensione.

*Sintomi somatici:* cefalea, insonnia e ipersonnia sono meno frequenti rispetto ai disturbi precedentemente descritti e tendono a ridursi entro la seconda settimana di cura.

In generale si tratta di fenomeni collaterali non particolarmente fastidiosi, la cui incidenza può essere ridotta iniziando la terapia con quantità minime di farmaco e giungendo alle dosi terapeutiche in maniera lenta e graduale.

#### *Gli effetti collaterali dei sintomi*

Quando i pazienti mostrano un'eccessiva preoccupazione per gli effetti collaterali dei farmaci, sottolineo spesso gli *“effetti collaterali dei sintomi”*, intendendo con ciò l'interferenza e le limitazioni da essi determinate nella vita di chi ne soffre. Basti pensare alla loro influenza negativa sulle prestazioni lavorative, sull'adattamento sociale o sulla vita affettiva. Come già accennato, la loro presenza determina, inoltre, alterazione dello stato di coscienza, calo del livello di attenzione e di concentrazione, con conseguente riduzione della memoria, senso di stanchezza molto marcato, riduzione della libido. Da sottolineare il fatto che quelli che abbiamo chiamato *“effetti collaterali dei sintomi”* sono gli stessi temuti dai pazienti come conseguenza dell'uso dei farmaci e sono spesso confusi con essi, come nel caso descritto nel paragrafo *“Il problema della suggestione”*.

#### *Vantaggi e limiti dell'uso dei farmaci*

La terapia con i farmaci, come più volte sottolineato, è *“a tempo”*, dura cioè un periodo limitato. Nella fase acuta gli antidepressivi hanno lo scopo di migliorare i sintomi ed agiscono a prescindere dalle cause che li hanno determinati. Nella fase successiva, quando i sintomi non sono più presenti, è invece importante occuparsi delle loro cause.

Se la crisi è stata determinata da fattori ambientali esterni quali, ad esempio, problemi in ambito lavorativo o di natura economica, può essere sufficiente qualche buon consiglio, il più delle volte fondato sul buon senso, su come modificare il proprio comportamento oppure che suggerisca l'opportunità o la necessità di *“prendersi una pausa”*, *“staccare, per ricaricare le batterie”*.

A volte le cause sono, invece, da ricercare in problemi relazionali, quali ad esempio quelli presenti nella vita di coppia o nel gruppo familiare. Sono situazioni di cui il soggetto è consapevole ed è opportuno avviare un trattamento finalizzato ad analizzarle e modificarle, ad esempio una terapia di coppia o una terapia familiare.

Può, invece, capitare che le cause della crisi non siano note al soggetto in quanto i conflitti risiedono nell'inconscio, costituendo una sorta di *“spina irritativa”* che è bene individuare, per evitare altre crisi successive.

In tali casi è necessario utilizzare uno strumento psicologico di ricerca e di cura, la psicoterapia individuale, le cui caratteristiche principali sono descritte nell'opuscolo *“La terapia psicologica”*.

A titolo di esempio cito Luca, 40enne dirigente di un'azienda multinazionale. Viene a chiedere aiuto perché da qualche mese accusa sintomi depressivi che hanno raggiunto, nelle ultime settimane, una

gravità tale da ridurre le sue prestazioni lavorative e fargli commettere alcuni gravi errori. I sintomi sono tipici di una crisi depressiva in fase acuta, vengono curati con un SSRI, la paroxetina, e regrediscono entro i primi tre mesi di trattamento.

Il vero problema, però, è affrontare la causa che ha determinato la crisi per evitare che, in futuro, possa ripresentarsi. Luca ha investito gran parte della propria energia psichica nel lavoro, cui dedica anche 14-15 ore al giorno, a discapito degli aspetti affettivi e ludici della sua vita. La spinta propulsiva a tale investimento nasce, però, da un'inconsapevole senso di inferiorità e da una profonda insicurezza personale, derivanti dalla sua percezione negativa delle modeste origini dei genitori, entrambi operai, e dalla presenza di una sorta di spinta al “*riscatto*” sociale, da raggiungere attraverso il successo lavorativo. L'investimento in tale ambito, però, è stato eccessivo e ha determinato una sorta di scissione tra la parte razionale della personalità e quella emotiva: la prima è stata ipervalorizzata mentre la seconda è stata trascurata fino alla rottura del precario equilibrio interno e alla crisi depressiva. E' importante che Luca curi i suoi sintomi, ma non è sufficiente: deve, infatti, prendere coscienza delle componenti disturbate della sua personalità, del senso d'inferiorità e dell'insicurezza personale, ed è necessario che li integri con gli altri aspetti di sé, facendo perdere la loro spinta propulsiva nel determinare i comportamenti che hanno causato lo squilibrio della sua personalità e che, nel tempo, lo hanno danneggiato.

Per raggiungere tale scopo i farmaci non sono di alcuna utilità, ma è necessaria una psicoterapia, grazie alla quale si può intraprendere “*il viaggio dentro di sé*”, acquisire consapevolezza e mettere in moto un processo di trasformazione e maturazione della personalità.