

PSICOFARMACOLOGIA

La **PSICOFARMACOLOGIA** è la branca della medicina e della farmacologia che si occupa di cercare le correlazioni tra le azioni di un farmaco a livello cerebrale e le influenze conseguenti sul comportamento dell'individuo, individuando il legame tra le modificazioni biochimiche cerebrali e le ricadute sul versante del comportamento psicopatologico.

La ricerca farmacologica industriale, infatti, è oggi in condizione di produrre psicofarmaci sempre maggiormente efficaci e tali da intervenire positivamente su varie psicopatologie, anche molto serie, che fino a qualche anno fa, risultavano scarsamente sensibili ai vecchi farmaci.

CENNI STORICI

Prima della scoperta degli psicofarmaci, i disturbi psicopatologici, avevano poche risposte terapeutiche.

Le gravi forme depressive e i disturbi dissociativi, così come le manifestazioni dei disturbi bipolari, inducevano i medici psichiatri a ricoverare i soggetti, che ne erano affetti, in istituti di contenimento e cura, chiamati manicomi.

Anche a quei pochi soggetti, ai quali veniva risparmiata questa dolorosa esperienza, non rimanevano che scarse risorse terapeutiche, per lo più limitate ad una assistenza da parte dei familiari in una condizione di isolamento domiciliare che poteva protrarsi anche per anni.

In quel tempo cominciarono a sperimentarsi tentativi terapeutici derivanti da osservazioni occasionali di soggetti in trattamento per altre patologie.

Si era osservato che i pazienti affetti da gravi forme di depressione e che nel corso di questa patologia presentavano, occasionalmente, crisi epilettiche, manifestavano dopo di queste un sensibile miglioramento della sintomatologia depressiva.

Da ciò venne l'idea di provocare sperimentalmente delle crisi anche in soggetti non epilettici, utilizzando scariche elettriche con corrente continua per un tempo molto breve.

Ugo Cerletti (1877–1963) un neurologo e psichiatra italiano, nel 1935, fu il primo ideatore della terapia elettroconvulsivante, comunemente nota con il nome di *elettroshock*, utilizzata per la cura di alcuni disturbi mentali.

Da allora, e per molti anni, intere generazioni di psichiatri utilizzarono l'elettroshock sia nelle istituzioni psichiatriche, sia nelle strutture private, come unica forma di terapia per le forme depressive e bipolari.

Agli inizi degli anni '50 cominciarono ad essere utilizzate sostanze derivate dalla Rauwolfia Serpentina (usata nella ipertensione arteriosa) che avevano effetti ansiolitici e anti-psicotici, pur tuttavia presentando, a dosi elevate, effetti secondari non trascurabili, similparkinsoniani, che ne ostacolavano l'utilizzo.

Sempre, a seguire, negli anni '50 l'industria farmaceutica cominciò a mettere sul mercato altre sostanze, più complesse, che in seguito dettero vita alla vasta famiglia di quelle molecole che oggi vanno sotto il nome generico di **psicofarmaci**.

Con l'avvento degli psicofarmaci, molte forme psicopatologiche, anche gravi, trovarono risposte mediche soddisfacenti e scemò la necessità di ricoveri in strutture restrittive come i manicomi.

Contemporaneamente si andava sviluppando un nuovo modo di "pensare" la malattia psichiatrica ad opera di psichiatri intelligenti e coraggiosi come **Franco Basaglia** promotore e autore della legge italiana numero **180 del 13 maggio 1978**, che porta il suo nome, e che dette il via alla riforma psichiatrica in Italia.

Infatti, ispirandosi alle idee dello psichiatra ungherese Thomas Szasz, Basaglia si impegnò nel compito di riformare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale, proponendo un superamento della logica manicomiale.

Contemporaneamente, entravano nel bagaglio terapeutico, a disposizione degli psichiatri, nuove famiglie di farmaci aventi attività selettiva sul cervello e sulle manifestazioni psicopatologiche dei pazienti. Essi prendevano il nome generico di **PSICOFARMACI**.

Cerchiamo, quindi, ora, di riassumere in modo molto sintetico, il meccanismo d'azione dei più comuni psicofarmaci, utilizzati ormai oltre che dagli psichiatri anche dai medici di base.

In medicina con il termine di **psicofarmaci** si definiscono tutte quelle sostanze farmacologiche che agiscono sul sistema nervoso centrale. Esse possono essere classificate in base al tipo di molecole che le compongono o in base all'effetto terapeutico sulla sintomatologia psicopatologica. Fra esse vanno annoverati gli **ansiolitici**, gli **antidepressivi**, i **neurolettici** o **antipsicotici**, gli **stabilizzatori del tono dell'umore**, e infine gli **ipnotici**. Ciascuna di queste categorie può contenere molecole appartenenti a classi anche molto diverse tra loro.

A causa della suddetta eterogeneità delle molecole che entrano nella composizione dei gruppi di farmaci sopraelencati, si possono avere effetti terapeutici difformi, pur utilizzando gli stessi prodotti, sia in relazione alle caratteristiche biologiche dei soggetti che li utilizzano, sia in relazione ai vari quadri sintomatologici per i quali vengono impiegati, e sia, inoltre, per le varie modalità di somministrazione degli stessi (dosaggio, durata del trattamento, effetti secondari, costanza nella assunzione, ecc.).

Abitualmente, tuttavia, essi ottengono lo scopo di attenuare i sintomi dei disturbi psicologici per curare i quali sono stati prescritti dallo psichiatra. Va ricordato, a questo proposito, che nella prescrizione degli psicofarmaci devono essere tenuti in debito conto da parte del medico, sia gli effetti collaterali, sia l'eventualità di un loro improprio utilizzo, con possibili effetti dannosi sulla salute del paziente, così pure la comparsa di manifestazioni di astinenza o la ricomparsa della sintomatologia psicopatologica, nel caso di una sospensione improvvisa e arbitraria della cura.

Il **meccanismo d'azione** di tutti gli psicofarmaci è riconducibile a modificazione del metabolismo dei neurotrasmettitori, a livello delle sinapsi tra un neurone e l'altro, sia con effetti stimolatori, sia inibitori.

Brevemente, ora, passeremo in rapida rassegna queste categorie di farmaci, accennando ai loro effetti psicologici

ANSIOLITICI

Alla classe degli **ansiolitici** e dei sedativo-ipnotici appartengono le **benzodiazepine** (BDZ).

Gli effetti di queste sostanze variano a seconda del dosaggio usato e del quadro psicopatologico per il quale vengono impiegate. Generalmente inducono una riduzione dell'ansia e un sollievo nell'affrontare le difficoltà della vita quotidiana. A dosi troppo alte, però, possono provocare disturbi della coscienza e della vigilanza, fino ai gradi estremi del coma.

Esse, comunque, hanno effetti ansiolitici in tutti i quadri psicopatologici, sia da sole che in associazione ad altri farmaci specifici; sono ben tollerate dall'organismo, agevolano il sonno, sono scarsamente tossiche, agevolmente dosabili. Perciò sono diventate nel corso degli anni, le molecole più diffuse e più utilizzate sia dai medici che dagli stessi pazienti, per il controllo delle sindromi ansiose. Sono spesso di aiuto in sala operatoria per la preparazione ai piccoli interventi strumentali.

Queste caratteristiche hanno portato ad un loro eccessivo, e a volte incontrollato, utilizzo, per cui da parte dei ricercatori, attualmente, si stanno compiendo ricerche sull'uso smodato, e non più terapeutico, di queste sostanze, e sulle patologie conseguenti a quadri di dipendenza farmacologica.

ANTIDEPRESSIVI

Alla classe degli **antidepressivi** appartengono i **triciclici**, gli **ssri** e gli **snri**.

Tutti gli antidepressivi migliorano il tono dell'umore, sbloccano l'inibizione psicomotoria tipica del depresso, attivano l'appetito e in alcuni casi moderano l'ansia del soggetto.

Da quando sono entrati nella terapia delle depressioni hanno modificato radicalmente il modo di approccio ai pazienti depressi, recuperando alla vita socialmente attiva, soggetti, che nel passato, erano destinati a lunghi periodi di isolamento e inattività.

Hanno, altresì, soppiantato l'uso di tecniche obsolete, come la terapia elettroconvulsivante, l'insulinoterapia e i lunghi ricoveri in strutture manicomiali.

I **triciclici**, che devono il loro nome alla particolare struttura molecolare, sono il risultato di una importante ricerca dell'industria farmaceutica, risalente agli anni 50/60, e fin dal loro primo apparire hanno avuto un successo indiscusso. Essi, ad eccezione di poche controindicazioni, sono ben tollerati dalla maggior parte dei pazienti, hanno una risposta costante, sono affidabili, quasi mai creano dipendenza, quindi sono diventati per molti anni farmaci di ampio impiego.

Nella pratica clinica le principali molecole utilizzate nella classe degli antidepressivi triciclici, sono l'amitriptilina, la clomipramina, l'imipramina, la nortriptilina ed altri ad essi simili, tutti presenti in commercio con vari nomi a seconda delle ditte che li producono.

Accanto ai farmaci triciclici, sono entrati in uso corrente, in un periodo successivo, intorno agli anni 80, altri farmaci che prendono il nome generico di **serotoninergici** o più semplicemente **SSRI** (inibitori della ricaptazione della serotonina), in quanto agiscono selettivamente sui recettori specifici della serotonina. Essi costituiscono una classe di antidepressivi rapidamente impostisi per la maggior maneggevolezza rispetto ai triciclici e per le minori controindicazioni rispetto agli stessi. Il primo antidepressivo di questa categoria è stata la **fluoxetina**, adoperata con successo nelle sindromi depressive, ossessivo-compulsive e in alcuni disturbi del comportamento alimentare.

Infine, l'industria farmaceutica, ha compiuto un ulteriore passo in avanti, con la produzione di farmaci, classificati col nome di **SNRI** (inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina), aventi effetti non solo sui recettori serotoninergici ma anche su quelli noradrenergici, ottenendo quindi effetti sovrapponibili a quelli dei farmaci cosiddetti triciclici, senza, però, presentarne gli indesiderabili effetti secondari.

Va ricordato che il trattamento delle forme depressive, con questi farmaci, secondo gli orientamenti scientifici più aggiornati, prevede un periodo di tempo non inferiore ai sei-dodici mesi, se l'episodio depressivo è nella sua prima comparsa, ma il trattamento va protratto per oltre due anni e fino a sei se ci troviamo in casi di depressioni recidivanti.

NEUROLETTICI

I neurolettici, comprendono un'ampia gamma di molecole farmacologicamente attive sui disturbi deliranti del pensiero e sugli stati di eccitamento psicomotorio.

Essi, oltre ad avere effetti sedativi sul comportamento di soggetti agitati, hanno specifiche capacità di controllare le formazioni deliranti del pensiero schizofrenico, consentendo una vita sociale soddisfacente e un buon inserimento nell'ambito lavorativo ai soggetti trattati, altrimenti inconcepibile.

Sono in commercio formulazioni orali o intramuscolari. Queste ultime anche a rilascio prolungato o ad assorbimento protratto così da garantire una costanza terapeutica anche per quei soggetti non proprio compiacenti a curarsi.

Per il trattamento dei disturbi bipolari, nei quali compaiono cicli di depressione alternati ad altri di eccitamento, vengono impiegati farmaci **stabilizzanti** del tono dell'umore, come i Sali di Litio, con lo scopo di rallentare il viraggio tra una fase e l'altra. Queste sostanze, associate agli altri farmaci precedentemente elencati, devono essere assunti per lunghi periodi di tempo.

CONSIDERAZIONI sull'uso di farmaci in corso di psicoterapia

Capita frequentemente che un paziente, già in trattamento con psicofarmaci, formuli una richiesta di un trattamento psicoterapico, o su sua iniziativa, o su consiglio del neurologo che lo ha in cura. In questo caso è consigliabile, almeno all'inizio, mantenere una gestione del paziente tale da separare i due interventi: quello farmacologico e quello psicologico, accettando la contemporaneità e la duplicità della gestione terapeutica. In un tempo successivo, quando il paziente si renderà consapevole del significato e dell'utilità dei sintomi, per "colpa" e per "merito" dei quali ha potuto rendersi conto della necessità di prendersi cura di quelle parti disturbate di sé che chiedono aiuto e di cui finora egli ha ignorato l'esistenza, solo allora si potrà arrivare, con il suo consenso a sospendere la terapia farmacologica, facendo riferimento e affidamento soltanto alla psicoterapia.

In altri casi, invece, il paziente che arriva all'osservazione del medico psicologo, chiede solo e si aspetta, un soccorso di natura psicofarmacologica dimostrando di non saper tollerare oltre il quadro della sofferenza psicologica, sia pur mostrandosi tenuemente interessato alla comprensione delle cause che stanno a monte del suo disagio. In questa evenienza, un rifiuto, da parte del medico di soddisfare una richiesta di farmaci, può indurre il paziente a ritenere di aver sbagliato indirizzo e a rivolgersi ad un professionista "più preparato" per farsi prescrivere una "cura come si deve", senza tante chiacchiere...

Ma anche cedendo a tali richieste, non è che i risultati siano diversi: infatti, capita spesso che prescritta una terapia farmacologica, sia pur accompagnandola con un suggerimento di intraprendere un percorso psicoterapeutico, il soggetto in questione, una volta "assopiti i sintomi fastidiosi, non sia più motivato da uno stato di necessità a mettersi in marcia per un percorso faticoso e impegnativo quale è quello della psicoterapia.

Inoltre, anche da parte del medico psicologo che decide di assumersi la responsabilità di un trattamento psicoterapeutico nei confronti di un soggetto in difficoltà, c'è la convenienza di non mettere il silenziatore sui sintomi. Essi, infatti, sono gli indicatori di un percorso a ritroso che gli permetteranno di accompagnare il paziente fino a raggiungere le sorgenti del proprio disagio.

Un'altra possibilità è che nel corso di una psicoterapia, possano riaccendersi, all'improvviso, e con inattesa violenza, quadri sintomatologici clamorosi, tali da indurre in seria preoccupazione il terapeuta e la famiglia del paziente. In simili circostanze, diventa quasi impossibile continuare un discorso psicologico, per cui è opportuno "innestare" sul trattamento psicoterapeutico, un intervento medico-farmacologico, avente lo scopo di riportare il soggetto alla condizione di poter di nuovo usufruire del contributo dello psicoterapeuta o del gruppo terapeutico. Successivamente, tuttavia, non appena se ne presenterà la possibilità, sarà il caso di elaborare con il soggetto in difficoltà, il significato del suo "peggioramento" e interpretarlo come una forma di resistenza al cambiamento e in quanto tale da non privilegiare.

Altre volte, infine, per alcuni pazienti affetti da disturbi psicopatologici seri e cronici, si rende utile tollerare la contemporanea assistenza di tipo psicofarmacologico e psicoterapico, addirittura per lunghi periodi di tempo, se non per tutta la durata del trattamento psicoterapico. Questa evenienza va vista come un compromesso, il meno dannoso possibile, pur di aiutare un soggetto che altrimenti non sarebbe in grado di applicarsi in un lavoro psicologico su di sé. E come tale, a mio parere, va accettata.

Resta tuttavia da privilegiare l'orientamento di separare il momento farmacologico da quello psicologico, convenendo con il paziente, sull'opportunità di preferire un percorso terapeutico finalizzato alla comprensione e al superamento di quelle situazioni che hanno provocato il disagio psichico, non affidando alle medicine la soluzione dei suoi problemi, ma rivendicando a se stesso un diritto di gestione.