

# Quando gli psicofarmaci?

di Maria Teresa Stivanello  
Venezia-Mestre 11 ottobre 2012  
Centro Culturale Candiani

Relazione tenuta nell'ambito del ciclo di conferenze *Guarire tra medicina e psicoterapia*  
promosso dall'Associazione Metabolé e il Comune di Venezia  
(Servizio Programmazione sanitaria)

## Saluti presentazione

Si può affrontare il tema dell'uso degli psicofarmaci partendo da tanti punti di vista. Questo tema è particolarmente pregno di aspetti fantasmatici sia di idealizzazione ( il presunto farmaco della felicità appartiene a questo gruppo di sostanze) sia di demonizzazione ( fanno male, creano dipendenza, ti cambiano la personalità).

Mi farebbe piacere se questo nostro incontro contribuisse alla conoscenza degli psicofarmaci come medicine utili e necessarie per curare delle patologie e a chiarire eventuali dubbi e interrogativi sul loro utilizzo.

Gli psicofarmaci, intesi nel senso attuale, nascono negli anni a cavallo tra il 1950-1960 e hanno contribuito in maniera significativa al trattamento delle malattie psichiatriche.

Personalmente ritengo che abbiamo permesso l'esordio e lo sviluppo dei cambiamenti nell'assistenza psichiatria contribuendo al riconoscimento delle individualità soggettive, nascoste dalla malattia. Il fervore sociale e politico degli anni 60/70 che ha determinato la nascita della riforma psichiatrica e la chiusura dei manicomi è stato favorito anche dal contemporaneo avvento di terapie farmacologiche adeguate e utili che hanno modificato l'atmosfera e l'ambiente manicomiale.

Credo sia importante sottolineare che lo psicofarmaco non è un medicinale da impiegare di fronte a situazioni di sofferenza e disagio aspecifici, ma, come tutti i farmaci, trova l'indicazione per il suo utilizzo in caso di problematiche psichiatriche specifiche che determinano uno stato di malattia.

La sofferenza, anche psichica, rappresenta un aspetto inevitabile della nostra esistenza e, seppur con modalità diverse, ognuno di noi si trova a confrontarsi di fronte ad esperienze di frustrazione, di fallimenti, di perdite con momenti di delusione, rabbia, tristezza: queste sensazioni e queste esperienze fanno parte del ventaglio emotivo della vita così come i momenti di gioia e di eccitazione.

Attualmente talvolta sembra di percepire l'idea che le emozioni, specialmente quelle spiacevoli, non abbiano diritto di esistenza e che non possano essere tollerate e condivise, ma che si tenda a pensare che la quotidianità della vita sia rappresentata dai modelli della pubblicità dove tutto è bello e armonico, dove c'è sempre la soluzione giusta ad ogni nostro bisogno, dove le

caratteristiche individuali, le fragilità personali, le emozioni soggettive non vengono riconosciute, dove l'aspetto faticoso della vita, il limite, la malattia sono elusi e negati.

Si tende a pensare che le emozioni, il dolore, le paure siano colpe, cause di fallimento e insuccesso e che i momenti di disagio psichico siano un segno di debolezza, superabili con un atto di volontà.

Questa filosofia di vita, che spero non sia condivisa da molti, concorre a determinare quello che prima ho definito l'idealizzazione dello psicofarmaco percepito talvolta come uno strumento magico che permette di evitare la sofferenza e il dolore.

Prima di addentrarmi sulla descrizione degli psicofarmaci vorrei soffermarmi sul concetto di malattia mentale e sugli strumenti a nostra disposizione per il trattamento delle stesse.

La persona umana è il risultato di un insieme psicofisico in cui gli aspetti organici, corporei sono strettamente connessi e interagenti con le caratteristiche affettive ed emotive. Siamo il risultato di una complessa interazione biopsicosociale nel senso che ognuno di noi rappresenta un'unicità che si è strutturata in base alle sue caratteristiche: biologiche e fisiche (patrimonio genetico, biochimica e neurotrasmettitori, presenza o assenza di disfunzioni o malattie organiche), psichiche (caratteristiche personali, relazione affettive), sociali (ambiente di vita, situazione culturale ed economica).

Questa articolata interazione determina le caratteristiche soggettive di ognuno di noi, un equilibrio psicofisico individuale e uno stile di "salute", anche mentale, personale. La valutazione di un eventuale disagio, perciò, richiede un'attenzione specifica alla storia e all'individualità di ogni persona.

L'eventuale aiuto e cura, necessari in caso di sofferenza, dovranno tenere conto di ciò e utilizzare gli strumenti e gli interventi più consoni alla tipologia della sofferenza e ai bisogni di quella persona nell'ottica di quella che viene definita terapia integrata cioè una terapia che utilizzi i molteplici strumenti a disposizione dei professionisti che vanno dal supporto psicologico e psicoterapico, allo psicofarmaco, agli interventi socio riabilitativi e assistenziali.

Il senso del termine salute mentale è, infatti, collegato alla capacità di trovare gradimento e soddisfazione dal proprio stile di vita in base ai progetti e alle aspettative soggettive, che devono essere congrui con le specifiche potenzialità individuali.

In un certo senso perciò la "salute mentale" è difficile da mantenere: la fatica, l'insoddisfazione, il limite con cui spesso ci confrontiamo nella quotidianità determinano una parziale perdita di salute mentale che può creare una situazione di disagio e dolore psichico, che, a mio parere, va colta e ascoltata, ma non deve essere confusi tout-court con uno stato di malattia.

Ognuno di noi ha a disposizione un ventaglio di emozioni, di affetti, di pensieri con cui risponde agli eventi della vita, il "sentire" fa da sfondo alla nostra

giornata, generalmente in modo discreto; in situazioni particolari può, invece, diventare più percepibile e invadere la nostra esperienza.

Questo è normale: di fronte ad eventi improvvisi ci agitiamo, prendiamo paura, ci sentiamo impotenti, ci arrabbiamo; una gioia inattesa ci emoziona e ci può commuovere; una frustrazione o un fallimento ci rattristano e possono influenzare in maniera negativa il nostro vissuto.

Generalmente siamo in grado di riconoscere le nostre reazioni alle varie situazioni della vita e sappiamo gestire le nostre sensazioni, conosciamo e riconosciamo i punti di forza e le fragilità che ci caratterizzano, valorizziamo e utilizziamo le emozioni, gli affetti come segnali che ci aiutano a capire gli eventi, riusciamo, inoltre a mantenerne il controllo, se lo riteniamo necessario. Può succedere, però, che le emozioni diventino eccessive, che non sia più possibile ritrovare un legame diretto tra le esperienze vissute e la presenza di alcuni stati d'animo, il "sentire" può diventare statico e ripetitivo impedendoci un rapporto fluido con il ritmo della vita.

E' questa presenza invadente e intollerante di aspetti emotivi rigidi ed eccessivi, di pensieri ripetitivi e insostenibili, di affetti inadeguati che determina sofferenza e può generare uno stato di malattia.

Frequentemente si sente parlare di malattia mentale come situazione imprevedibile, incomprensibile, pericolosa avulsa e lontana dalla nostra esperienza: questo può essere parzialmente vero per alcune patologie mentali, ma generalmente il disagio psichiatrico è caratterizzato dalla presenza eccessiva e incontrollabile di emozioni, affetti, pensieri che tutti noi conosciamo e viviamo anche se in maniera più armonica e "discreta".

Credo sia utile, a questo punto, un breve chiarimento sui professionisti della salute mentale.

C'è molta confusione tra le diverse figure professionali che potrebbero intervenire in caso di disagio psichico, si tende a pensare che rivolgersi al neurologo, allo psichiatra, allo psicologo o allo psicoterapeuta sia determinato dalla gravità dei sintomi, dalla disponibilità o meno ad assumere farmaci, dalla convinzione personale sulla patogenesi del disagio (causa organica, cause psichiche- emotive): nella pratica, però, questi operatori non sono intercambiabili e hanno ruoli e funzioni diversificate.

Lo psicologo, in base alla sua formazione specifica, si interessa degli aspetti emotivi, affettivi, comportamentali nelle varie situazioni di vita, non necessariamente patologiche, non è un medico e non è quindi abilitato alla prescrizione farmacologica.

Il neurologo, laureato in medicina, si interessa delle malattie organiche del sistema nervoso (epilessia, paralisi, Parkinson, sclerosi, ecc), cioè delle situazioni in cui c'è una lesione o un malfunzionamento dell'organo SNC, conosce, come tutti i medici, le malattie psichiatriche, ma non ha più una

competenza specifica psichiatrica (in passato esisteva un'unica specializzazione in malattie nervose e mentali), può prescrivere farmaci.

Lo psichiatra è il medico specialista delle malattie mentali, nelle sue varie forme, può integrare il suo intervento diagnostico- terapeutico sia con la prescrizione di farmaci sia avvalendosi delle competenze specifiche di altri operatori ( psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione, ecc.) con cui, specialmente nelle situazioni istituzionali, opera in equipe.

Lo psicoterapeuta, medico o psicologo con formazione specifica, cura con tecniche specifiche ( psicoanalitica, cognitivista, sistemica, comportamentale) che si basano sui diversi orientamenti teorici presenti. Le modalità dell'intervento psicoterapico sono, perciò, determinate dalla teoria psicologica di riferimento: esistono modelli di funzionamento mentale diversi e, su questa base, si sono sviluppati schemi di interventi terapeutici specifici.

Le psicoterapie psicoanalitiche, nate dalle teorizzazioni freudiane, pongono particolare attenzione allo svolgersi della relazione terapeutica e considerano l'aspetto inconscio della mente.

Vediamo adesso quali sono i principali raggruppamenti delle patologie psichiatriche e quindi le categorie dei farmaci utilizzati per la loro cura.

E' difficile in poche righe riassumere la complessità di queste patologie, cercherò di sottolinearne gli aspetti più salienti rinviando eventualmente alla discussione maggiori dettagli e approfondimenti. Va ricordata, però, la complessità della diagnosi psichiatrica che è influenzata sia dalla specificità di ogni individuo, come ricordato prima, sia dall'impostazione teorica di chi la attua: diverse sono le ipotesi patogenetiche di riferimento (origine organica, psicologica, sociale, comportamentale, ecc.) da cui scaturiscono classificazioni diagnostiche non sempre sovrapponibili. Rispetto alla patogenesi del disturbo psichico attualmente si tende a privilegiare il modello biopsicosociale che considera e coniuga insieme modelli delle varie teorie.

Potremmo dire che il corpo così come la mente possono essere visti come sistemi gruppali inseriti in un ulteriore gruppaltà costituita dalle relazioni intersoggettive

La classificazione diagnostica più utilizzata negli ultimi anni, come riferimento comune, è il DSM che descrive e definisce le patologie in base alla presenza/ assenza di sintomi al di là delle specificità individuali. Ritengo che queste diagnosi abbiano la funzione di omogeneizzare il linguaggio e aiutino la comunicazione tra i diversi professionisti anche a livello istituzionale( i codici di riferimento sono riconosciuti e condivisi a livello internazionale), ma siano poi poco utilizzabili nella relazione terapeutica e nel prendersi cura della persona sofferente.

Un raggruppamento che può aiutarci ad orientarci nel campo della sofferenza psichica è quello di suddividere in due grandi gruppi le patologie psichiatriche: le psicosi e le nevrosi.

Le psicosi, patologie psichiatriche in cui sono presenti sintomi e disagi specifici, evocano l'immagine della "pazzia" e del diverso; le nevrosi, patologie in cui i sintomi sono l'amplificazione e l'estremizzazione di vissuti emotivi comuni a tutti, fanno pensare alla stanchezza e al così detto esaurimento nervoso. Si ritiene che le psicosi siano sinonimo di gravità, incurabilità, mentre si ritengono le nevrosi curabili e meno significative. Nella pratica possono essere trattate e curate entrambe le patologie la cui gravità può essere indipendente dalla diagnosi: esistono disturbi nevrotici che causano gravi sofferenze e limiti, ci sono disturbi psicotici che influiscono marginalmente nella quotidianità delle persone. Esistono, peraltro, quadri intermedi dove possono essere presenti sia aspetti psicotici che nevrotici (vedi i disturbi di personalità, le varie dipendenze, l'autismo).

A parte vanno considerati i disturbi comportamentali su base organica (Alzheimer).

Le patologie psicotiche comprendono la schizofrenia, nelle sue varie fasi, la paranoia e il disturbo bipolare grave (disturbo schizoaffettivo, episodio maniacale o melanconico). La caratteristica della patologia psicotica è la presenza di alterazioni della percezione (allucinazioni), del pensiero (idee prevalenti, deliri nelle sue varie forme), dell'umore (eccitamento maniacale, grave depressione), del comportamento (atteggiamenti bizzarri, arresto psicomotorio, manierismi e stereotipie), può essere o meno presente uno stato d'ansia che generalmente è la conseguenza dei sintomi precedenti. Nella patologia psicotica sono presenti dei sintomi caratteristici che si allontanano dal "sentire" comune e determinano un distacco dalla "realtà" comunemente condivisa.

Le persone che presentano un disturbo psicotico possono percepire un senso di stranezza, di estraneità dal mondo, vivono una situazione di tensione e di paura, non si riconoscono e non riconoscono il mondo attorno a loro e sperimentano contemporaneamente vissuti di onnipotenza e straordinarietà alternati a senso di impotenza e di paura. Queste sensazioni possono concorrere a rafforzare le idee persecutorie e la diffidenza nei confronti dell'altro. Infatti il paziente che soffre di questi disturbi non sempre è consapevole del suo disagio, talvolta non riesce a distinguere gli aspetti patologici del suo pensiero e delle sue percezioni che vive come reali e oggettive. Può non essere disponibile ad un aiuto non riconoscendo il suo bisogno e tende a vivere l'intervento terapeutico e la proposta farmacologica in maniera persecutoria oppure ritenerla inutile. Spesso la sofferenza e il disagio sono percepiti maggiormente dai familiari.

Il lavoro più importante con queste persone è aiutarle a capire quello che stanno vivendo al fine di instaurare un'alleanza terapeutica che renda possibile la cura nelle sue varie accezioni (relazione terapeutica, farmacoterapia, psicoterapia, terapia riabilitativa, ecc.)

I farmaci indicati per queste patologie sono gli antipsicotici (tipici e atipici), i modulatori dell'umore e alcuni antidepressivi.

Gli antipsicotici, come tutti gli psicofarmaci, determinano una modificazione delle concentrazioni dei neurotrasmettitori (sostanze chimiche presenti nello spazio interneuronale che permettono, facilitano o inibiscono la trasmissione degli impulsi nervosi) quali dopamina, adrenalina, serotonina, istamina ecc; i neurotrasmettitori hanno funzioni specifiche e sono localizzati e concentrati in maniera diversa nelle varie aree cerebrali.

Gli antipsicotici si suddividono in tipici o atipici in base alla specificità d'azione, al neurotrasmettitore che modificano, alla presenza o meno di effetti extrapiramidali.

I neurolettici, o antipsicotici tipici, sono stati scoperti, in parte casualmente, negli anni 50-60, sono stati utilizzati per vari decenni e sono tuttora indicati per alcuni quadri clinici.

I neurolettici agiscono sia attraverso un'azione sedativa, più significativa nei primi farmaci sintetizzati, sia attraverso quella che viene definita azione incisiva. I farmaci con azione incisiva (specialmente aloperidolo e perfenazina) riducono/controllano i disturbi dispercettivi e ammorbidiscono/modificano i pensieri deliranti.

I neurolettici agiscono attraverso il blocco di recettori dopaminergici, questo blocco determina un effetto secondario conosciuto come sindrome extrapiramidale: quadro clinico simile al Parkinson caratterizzato da rallentamento motorio, tremori, acatisia, scialorrea. Questa sintomatologia, generalmente è ben controllata da farmaci specifici, rientra nell'azione farmacologica di questi farmaci, è influenzata dalla sensibilità individuale, ma è, anche, dose dipendente.

Il rallentamento motorio, l'apatia e il senso di distacco presenti nel paziente psicotico possono essere indicativi della patologia in atto, ma anche la conseguenza delle terapie farmacologiche per cui è importante riuscire a distinguere il significato di questi disturbi.

L'immagine del paziente "impacchettato", infatti, ha contribuito a rendere l'utilizzo dei neurolettici poco gradito e discusso, mentre è innegabile che, nella pratica quotidiana, l'uso del neurolettico, dosato in base alle caratteristiche e ai bisogni del paziente, integrato, se serve, alla terapia antiparkinsoniana, permette il superamento dei sintomi e favorisce la ripresa delle attività sociali e relazionali. Ovvio che la prescrizione della terapia farmacologica non può essere avulsa e isolata, ma deve rientrare in un contesto dove sia attuato un sostegno relazionale e psicoterapico.

Gli antipsicotici atipici, utilizzati negli ultimi 15/20 anni, presentano un'affinità recettoriale più specifica, agiscono sia sulla dopamina che sulla serotonina, per cui presentano un'attività incisiva e sedativa più selettiva, agiscono anche verso quelli che sono definiti sintomi negativi della schizofrenia quali apatia, avolia, distacco affettivo, rallentamento motorio, non provocano disturbi extrapiramidali, possono determinare, però, alterazioni significative a livello di metabolismo generale (diabete, ipercolesterolemia, ecc).

La patologia depressiva, in base alla sintomatologia presente, può rientrare nei disturbi psicotici o nelle patologie nevrotiche.

Il quadro clinico è caratterizzato da una deflessione del tono dell'umore, che può essere più o meno profonda, e che influenza, più o meno gravemente, le altre funzioni psichiche quali pensiero, volontà, affettività.

Le depressioni, inoltre, si possono differenziare in base alla presenza o meno di cause scatenanti (depressione reattiva, secondaria, endogena), possono rientrare in un quadro psicopatologico più complesso quale la patologia bipolare in cui gli episodi depressivi sono ciclici e si alternano o meno con episodi maniacali.

I sintomi più significativi della depressione sono la presenza di un tono dell'umore depresso (accompagnato da un senso di inadeguatezza, di incapacità, di ineluttabilità), una tendenza a vivere in maniera pessimistica gli eventi della vita, una facilità al pianto, la presenza di idee e pensieri negativi che possono diventare deliri di rovina e di colpa, un'eccessiva affaticabilità, un rallentamento motorio e una chiusura affettiva e sociale, generalmente è presente ansia, angoscia, disturbi del sonno, possono inoltre essere presenti irritabilità ed episodi di rabbia.

La sintomatologia clinica può essere più o meno grave e coinvolgere più o meno profondamente l'intero vissuto della persona passando dalle gravi situazioni melanconiche a situazioni depressive dove la vita è apparentemente integra e funzionante, ma manca il piacere e il desiderio.

La persona che soffre di un disturbo depressivo è consapevole del suo disagio, ma non ritrova in se stessa le risorse per uscire da questo stato d'animo. La possibilità di riconoscere l'importanza della sintomatologia e la necessità o meno di terapia e di che tipo di terapia sia necessaria è un compito peculiare dei professionisti e può avvenire solo all'interno di un rapporto terapeutico strutturato. Quello che credo sia importante sottolineare in questo ambito è l'aspetto di sofferenza che va colto e la presenza di un'alterazione della volontà, che viene a mancare e non può essere utilizzata dal paziente per uscire da questa situazione; l'uso dell'antidepressivo può aiutare la cura di queste patologie e ha una possibilità concreta di migliorare la situazione clinica.

I farmaci antidepressivi si dividono principalmente in due categorie: i farmaci triciclici e i serotoninergici; gli antidepressivi di ultima generazione SNRI condensano in se la duplice azione dei farmaci precedenti.

Anche gli antidepressivi come farmaci specifici vengono scoperti casualmente quando fu notato un miglioramento del tono dell'umore in pazienti affetti da tubercolosi trattati con un nuovo farmaco. Da qui nacquero i primi antidepressivi denominati ANTI- MAO per l'azione inibitoria esercitata, queste sostanze non furono, poi, più utilizzate per la presenza di gravi interazioni, anche con i cibi, e di vari effetti collaterali che ne rendevano difficili l'uso. Sempre negli anni cinquanta fu scoperta l'azione antidepressiva di molecole con una specifica conformazione chimica a tre anelli: i triciclici. Questi farmaci, si scoprì in seguito, devono la loro azione prevalentemente al blocco, non selettivo, di recettori noradrenergici e serotoninergici, la scarsa selettività recettoriale e l'azione su altre amine biogene può causare effetti collaterali spiacevoli (secchezza delle fauci, stipsi, ipotensione ecc.), ma solo raramente gravi (alterazioni ritmo cardiaco).

A fine anni 80 è stato commercializzato in Italia il primo farmaco appartenente al gruppo degli serotoninergici, farmaci che aumentano la concentrazione intraneuronale di serotonina con conseguente effetto antidepressivo. Questo farmaco capostipite è il famoso Prozac (talvolta denominato farmaco della felicità!); i serotoninergici, per la loro maneggevolezza e per i minor effetti collaterali presenti, si sono sicuramente rivelati uno strumento terapeutico utile e hanno permesso ad un maggior numero di persone di tollerare la terapia farmacologica, ma sono e rimangono dei farmaci che vanno utilizzati con attenzione.

Gli antidepressivi più recenti sono stati sintetizzati valutando le conoscenze acquisite sul funzionamento celebrale, sui neurotrasmettitori e sui recettori che ne controllano le concentrazioni. Gli SNRI agiscono selettivamente e localmente sui recettori serotoninergici e noradrenergici cerebrali con il beneficio di presentare una miglior velocità di azione e una ulteriore riduzione degli effetti collaterali.

Altre sostanze, con affinità recettoriali specifiche, sono indicate per la cura delle patologie depressive con indicazioni e caratteristiche peculiari.

Generalmente tutti gli antidepressivi per espletare l'azione farmacologica sul tono dell'umore richiedono un tempo minimo, dai 7 ai 20 giorni, il periodo di latenza è necessario per permettere al farmaco di modificare la concentrazione dei neurotrasmettitori interessati, mentre può essere immediato l'effetto sedativo sull'ansia e sulla regolazione del ritmo sonno-veglia, i farmaci appartenenti a questa categoria si diversificano tra loro per la maggior o minor attività sedativa e/o attivante, l'assunzione di questi farmaci è indicata per periodi lunghi e va sospesa con gradualità.



Gli antidepressivi si sono rivelati utili anche nel controllo e nella cura di patologie diverse quali gli attacchi di panico e i disturbi ossessivi, il dolore neuropatico.

Il disturbo bipolare è un quadro clinico specifico caratterizzato dalla ciclica alternanza tra umore depresso e umore eccitato, nei casi più gravi l'episodio depressivo può trasformarsi in uno stato melanconico in cui è presente rallentamento o arresto motorio, umore triste con pianto, assenza di volontà e di interesse, pensieri di inadeguatezza, indegnità, colpa, pensieri di morte, difficoltà a concentrarsi e irritabilità, disturbi dell'appetito e del sonno in sintesi c'è un funzionamento deficitario e rallentato di tutti i parametri psichici; nell'episodio maniacale, invece, si assiste ad un accelerazione di tutte le funzioni psichiche determinata dall'iniziale innalzamento del tono dell'umore che provoca espansività, logorrea, idee di grandezza, eccessiva autostima, accelerazione ideativa e motoria, facile distraibilità, riduzione del sonno e della fame.

I farmaci usati per trattare i disturbi bipolari sono i modulatori dell'umore che hanno la funzione di ridurre le eccessive variazioni umorali e concorrono a controllare gli episodi di maniacalità, la terapia può essere in caso integrata con antidepressivi o sedativi.

La prima sostanza utilizzata come modulatore dell'umore è stato il sale di litio che è in grado di controllare gli episodi maniacali e di ridurre/prevenire la ciclicità degli episodi depressivi e/o maniacali. L'uso del litio prevede un monitoraggio continuo perché non c'è molta differenza tra concentrazione terapeutica (ben definita) e tossica del farmaco. Attualmente, oltre al litio, vengono utilizzati come modulatori dell'umore alcuni farmaci antiepilettici che si sono rivelati particolarmente efficaci in questo ambito.

Arriviamo adesso a parlare delle situazioni cliniche che rientrano nel campo delle nevrosi e che sono appunto caratterizzate dalla presenza di sintomatologia ansiosa.

L'ansia è una risposta psicofisica alle situazioni di pericolo: ripropone nell'uomo le manifestazioni somatiche che negli animali si innescano di fronte ai pericoli e che vengono denominate reazione di "attacco-fuga" dove c'è un attivazione, attraverso il sistema neurovegetativo (simpatico e parasimpatico), degli organi interni per preparare l'organismo ad affrontare, appunto, situazioni di attacco/lotta e/o fuga: aumenta la frequenza cardiaca, respiratoria, la pressione, il metabolismo basale e la tensione muscolare, c'è una dilatazione pupillare e contemporaneamente vengono rallentate le funzioni intestinali e urinarie.

Nell'uomo questa reazione si è evoluta e comprende anche una sensazione di all'erta emotiva con aumento dell'attenzione e della vigilanza, ma, a differenza di ciò che accade nel mondo animale, questa risposta non è più reattiva solo a

situazioni di pericoli reali esterni ( non viviamo più nella giungla), ma viene evocata anche da "pericoli" di tipo affettivo/emotivo sia intra che interpersonale.

L'ansia, quindi, di per sé non è negativa, può svolgere la funzione di renderci più attenti e prudenti rispetto alle situazioni che dobbiamo o stiamo affrontando, può essere un campanello d'allarme che ci segnala che c'è qualcosa che non va, che ci preoccupa:

L'ansia diventa un problema quando è eccessiva, presente in maniera continuativa, incontrollabile e immotivata e non collegabile ad eventi specifici. Essere ansiosi prima di un esame va bene, viverlo come possibile catastrofe è eccessivo!

Possiamo riassumere in una definizione abbastanza semplice la sensazione provocata dall'ansia: "un senso di penosa attesa"..... di una malattia, di una catastrofe, di un evento luttuoso, di una sconfitta, di un trauma, ecc, ecc ..., può essere o meno accompagnata da variegati sintomi somatici quali rossore, tremore, tachicardia, mancanza d'aria, sensazioni cenestesiche varie ( capogiri, vertigini, dolore viscerale, coliche addominali, poliuria, sudorazione profusa, ecc., ecc. ).

Le situazioni cliniche che rientrano nell'ambito delle nevrosi sono: la sindrome ansiosa, alcune forme di depressione, la sindrome post-traumatica da stress, i disturbi ossessivi, le fobie e gli attacchi di panico.

I farmaci utili per trattare i disturbi ansiosi sono gli ansiolitici la cui classe più importante è quella delle benzodiazepine.

L'azione ansiolitica si espleta attraverso l'interazione con il sistema Gabaergico, attivo nella stimolazione neuronale generale e quindi diffuso in tutto il SNC. Gli effetti di questa interazione sono responsabili di tutte le azioni farmacologiche di queste sostanze sia degli effetti terapeutici (attività ansiolitica, ipnotica e sedativa, azione anticonvulsivante e miorilassante), sia degli effetti collaterali quali difficoltà alla memoria e alla concentrazione. In caso di assunzione cronica di benzodiazepine si assiste al fenomeno dell'adattamento che implica un assuefazione all'effetto del farmaco e la possibilità della comparsa di disturbi da astinenza in caso di sospensione brusca.

Le benzodiazepine hanno diversa velocità d'azione in base alla molecola o alla via di somministrazione utilizzata, le varie attività farmacologiche sono per alcune molecole più specifiche ( il diazepam ad esempio è più miorilassante, mentre il lorazepam è più sedativo, il fluorazepam è più ipnotico). L'uso delle benzodiazepine è indicato negli stati d'ansia acuti e in alcune situazioni reattive a eventi traumatici, l'uso a lungo termine va stabilito in base alla sintomatologia presente e alla storia personale valutando l'opportunità se può essere utile sostituire o integrare la terapia ansiolitica con farmaci di altra categoria (antidepressivi o basse dosi di neurolettici).

Credo sia utile inserire, a questo punto, un breve accenno alla sintomatologia presente nel disturbo ossessivo e negli attacchi di panico vista la loro specificità, mentre ritengo che le altre forme di nevrosi siano più conosciute e chiare.

Il disturbo ossessivo consiste nella presenza di ossessioni ( pensieri, impulsi, immagini interne vissuti dalla persona come inappropriati, intrusivi, auto distonici e generatori d'ansia) e compulsioni (comportamenti ripetitivi, ritualità, atti mentali intenzionali ripetitivi) presenti quotidianamente che interferiscono con il normale svolgersi degli impegni quotidiani e che sono percepiti dalla persona che ne soffre come inadeguati e eccessivi, ma a cui non è possibile rinunciare. Il rituale ossessivo genera ansia, ma si instaura come tentativo di controllare l'ansia e la paura: questo circolo vizioso tende ad auto mantenersi e può diventare sempre più invalidante.

Il disturbo da attacchi di panico è definito dalla presenza di episodi improvvisi di terrore inaspettato accompagnato da sintomi fisici vari (mancanza d'aria, dolore sternale, palpitazioni e cardiopalmo, sudorazione ecc), emotivamente è presente paura, ansia con senso di morte imminente.

Gli attacchi di panico durano generalmente alcuni minuti, ma lasciano nel paziente una sensazione di grave affaticamento e di disagio e attivano una preoccupazione continua che la situazione possa ripresentarsi determinando così anche una tendenza all'evitamento di situazioni e ambienti collegabili al disagio provato. Il primo episodio di panico viene percepito come una rottura di un equilibrio e rivissuto nel pensiero della persona sofferente come evento traumatico che ha modificato la percezione di se ( prima del panico - dopo il panico).

Sia il disturbo ossessivo che l'attacco di panico beneficiano del trattamento farmacologico a base di antidepressivi e/o ansiolitici che deve però essere integrato con interventi psicoterapici.

Nell'attacco di panico l'uso dell'ansiolitico può avere più funzioni: controlla e blocca l'ansia anche nelle sue manifestazioni somatiche, permette al paziente di interrompere la paura e di acquisire la consapevolezza che può contenere e controllare l'episodio; il farmaco inoltre funziona come oggetto rassicurante e disponibile, che può essere usato in caso di bisogno, che riduce quindi i comportamenti di evitamento e rafforza la sicurezza individuale.

Credo si potrebbero dire molte altre cose rispetto agli psicofarmaci, al loro uso e al loro abuso, ma non vorrei abusare della vostra attenzione e rinvio alla discussione eventuali chiarimenti e/o approfondimenti.

Spero di aver risposto all'interrogativo presente nel titolo: lo psicofarmaco va usato quando c'è un disagio, una sofferenza che non è possibile affrontare solo con le nostre risorse. Tutti noi siamo consapevoli che in caso di un trauma osseo possiamo aver bisogno di una protesi, di un gesso, di un

bastone, sicuramente di un periodo di convalescenza, mentre di fronte ad un disturbo psichico spesso crediamo di potercela fare, di non aver bisogno di aiuto, che non sia necessario fermarsi, senza pensare che il sistema costituito dal nostro cervello e da noi come persona è sicuramente più complesso e delicato di un qualsiasi nostro osso!

Vorrei concludere ricordando che la somministrazione di un farmaco, se condotta tenendo presente il ruolo della relazione medico paziente, oltre a determinare modificazioni della neurochimica sinaptica, fornisce un sostegno al paziente sul piano dell'esperienza del disagio, che può essere condiviso, e contribuisce a modificare l'esperienza auto percepita del proprio corpo e della propri soggettività.