

Dipartimento di Salute Mentale
<http://www.triestesalutementale.it>

**MANUALE PER FORNIRE INFORMAZIONI UTILI
ALLE PERSONE CHE VIVONO L'ESPERIENZA
DEL DISTURBO MENTALE E AI LORO FAMILIARI**

quando gli psicofarmaci bisogna proprio prenderli (?)

A cura di Francesca Santoro.
Coordinamento di Peppe Dell'Acqua.

Un ringraziamento a Roberto Mezzina
per le sue correzioni e i suoi validi suggerimenti.

Un particolare ringraziamento
va ad Ugo Pierri, per aver arricchito
con i suoi disegni il volume.

Finito di stampare Febbraio 2007

Grafica e videoimpaginazione:
Confini Impresa Sociale -Trieste
Stampa: Stella Arti Grafiche

Introduzione	7
1. PSICOFARMACI: COME FUNZIONANO	9
1.1 Psicofarmaci e neurotrasmettitori	9
1.2 Psicofarmaci: meccanismo d'azione	12
1.3 Psicofarmaci: non è facile prenderli	13
1.4 Psicofarmaci: come è meglio prenderli	15
1.5 Psicofarmaci: cosa fare per usarli meglio	15
2. I PRINCIPALI DISTURBI MENTALI	17
2.1 I disturbi d'ansia: la paura, l'ansia, il panico, la fobia	17
2.2 I disturbi dell'umore: la depressione ed il disturbo bipolare	18
2.3 I disturbi psicotici e la schizofrenia	19
3. LE DIVERSE CLASSI DI PSICOFARMACI	23
3.1 Gli ansiolitici ed ipnotico-sedativi	23
3.2 Gli antidepressivi	25
3.3 Gli stabilizzatori dell'umore	28
3.3.1 Il carbonato di litio	28
3.3.2 I farmaci anticonvulsivanti o antiepilettici	29
3.4 I farmaci antipsicotici	30
3.4.1 Tipici o neurolettici	30
3.4.2 Neurolettici long-acting	32
3.4.3 Atipici o di nuova generazione	34
3.5 Gli anticolinergici o antiparkinsoniani	40
ALCUNE LETTURE	42
INDIRIZZI UTILI	43

Ho letto con molto interesse e partecipazione questo manuale.

Ho iniziato dalla parte terza, quella che esplicitamente parla dei farmaci, perché mi sembra che questo sia un discorso particolarmente impegnativo: penso infatti che un rapporto di “equilibrio” rispetto all’assunzione di farmaci, dei farmaci specificatamente mirati alla salute psico-fisica, o psichica tout court, risulti difficile da praticare.

Spesso le persone sono portate a negare il malessere, quindi a rifiutare l’aiuto dei farmaci, altre volte la dipendenza crea un bisogno continuo, eccessivo, di medicine.

Credo che molte persone possono capire e imparare molte cose dalla descrizione semplice, pulita, onesta, e corretta e scientifica, che si diffonde sui principi attivi di farmaci, magari conosciuti per nome, e per questo temuti o abusati.

Mi sembra che a tutto il discorso sia sottesa l’idea che le medicine si devono usare con attenzione, sotto il controllo medico, e questo tanto più se si conoscono i loro benefici, che non escludono eventuali controindicazioni.

La consapevolezza della propria salute, di fare qualcosa di positivo per sé stessi assumendo anche farmaci, mi sembra utile, quando passa attraverso la conoscenza e l’apprendimento.

Dalla terza parte sono risalita subito, spinta da un reale bisogno di capire, alla prima parte e alle pagine di apertura del lavoro.

E a questo punto consiglio la lettura proprio dall’inizio, perché solo così si capiscono realmente l’approccio generale e gli obiettivi del lavoro nel suo insieme.

Mi sembra di poter dire che tutto il discorso punta a costruire un approccio di collaborazione con il medico, approccio finalizzato a servirsi di “mezzi” diversi per raggiungere l’obiettivo “ben - essere”. La responsabilità è assunta tanto dai medici dei Centri di salute mentale, quanto dalle persone, che anche con medicine, ma non solo, possono raggiungere uno stato di guarigione.

La guarigione psichica può essere una condizione di vita che dura per



periodi più o meno lunghi o anche per sempre, ed è un traguardo che può essere raggiunto, non un'utopia: questi concetti, schematicamente enunciati, comunque sono sottesi a tutto il lavoro e costituiscono le idee più avanzate nella psichiatria, oggi.

Il buon uso di farmaci, di psico - farmaci, può rappresentare anche una possibilità, a volte indispensabile, per stare meglio, per stare bene.

Anche il capire i “nomi” delle diverse patologie, ed il loro andamento, mi sembra un esercizio utile e democratico, quando si rivolge a persone, in modo chiaro, in modo comprensibile.

Il riuscire a “capire” costituisce già una parte del complesso percorso delle diverse esperienze di vita, soprattutto di quelle più difficili e/o dolorose.

È la speranza che ci deve indirizzare, partendo anche da un testo che esclude le frasi ad effetto, ma invece si avvicina con concretezza ai possibili lettori e fruitori.

Silva Bon

Silva Bon, presidente dell'Associazione culturale “Luna e L'altra”, ha partecipato alla rilettura dei materiali contenuti in questo manuale come hanno fatto alcuni componenti dell'Associazione Polisportiva “Fuoric'entro”, dell'Associazione di volontariato ed autoaiuto “Club Zyp”, dell'Associazione Familiari Sofferenti Psicici “A.Fa.So.P”.

Hanno contribuito ad una migliore definizione degli argomenti alcuni infermieri professionali che operano nel DSM.

L'uomo ha da sempre tentato di trovare qualche strumento capace di modificare le sue sensazioni, di ridurre il dolore non solo fisico ma anche psichico, di amplificare le sensazioni piacevoli.

...il trattamento farmacologico non può essere considerato l'unica forma di terapia ma deve essere affiancato da altri interventi di tipo terapeutico e riabilitativo...

La storia della terapia farmacologica dei disturbi mentali è invece molto recente: in passato, fino alla seconda metà del Novecento, si utilizzavano mezzi a scopo terapeutico prevalentemente fisici come i bagni caldi e freddi, la contenzione, l'elettroshock ed altre forme di shock prodotte dall'insulina o ancora le terapie della febbre, indotta dal germe della malaria o da altre sostanze tossiche, si alternavano alla somministrazione di farmaci ancora molto rozzi ed approssimativi nei loro effetti, come i barbiturici. A partire dagli anni cinquanta fu sperimentato un gruppo di farmaci detti *fenotiazine* che hanno rappresentato una radicale svolta nel trattamento dei disturbi mentali ed in particolare per la schizofrenia. Da allora, sono stati introdotti parecchi altri psicofarmaci per la cura di tutti i disturbi mentali.

L'obiettivo di questo manuale è quello di offrire alcune nozioni di base sul funzionamento e l'uso degli psicofarmaci per la cura attuale dei disturbi mentali. Sono descritti i benefici che ci possiamo attendere e gli effetti indesiderati che il loro utilizzo può comportare. Queste informazioni hanno lo scopo di migliorare la conoscenza delle persone riguardo ai disturbi mentali ed al loro trattamento farmacologico che, sebbene necessario ed in alcuni casi insostituibile, non può essere considerato l'unica forma di terapia del disturbo stesso ma deve essere affiancato da altri interventi di tipo terapeutico e ri-abilitativo formulati insieme alla persona direttamente interessata, sulla base dei suoi bisogni. *L'informazione e la conoscenza favoriscono una partecipazione consapevole da parte delle persone al progetto di cura e sono quindi dei requisiti indispensabili a costruire un rapporto di collaborazione, scambio e reciprocità tra operatori della salute mentale e persone che attraversano e/o vivono l'esperienza del disturbo mentale.*

Ogni persona può andare incontro, nell'arco della vita, ad un disturbo mentale. Infatti circa il 40% degli individui vivono un'esperienza di questo tipo nella loro vita. Alcuni stanno male per un periodo e poi guariscono completamente; altri vanno incontro a diversi episodi di malattia nell'arco della vita. In ogni caso tutti i disturbi mentali possono essere affrontati e curati con successo.

Le persone che presentano un disturbo mentale hanno bisogno della stessa comprensione e dello stesso supporto delle persone con una patologia fisica anche se ancora oggi, purtroppo, persistono delle false credenze a proposito di tali disturbi che portano allo stigma, alla discriminazione ed all'isolamento sociale. Alcune delle false credenze più comuni nella popolazione generale possono essere, ad esempio, le seguenti:

Si nasce con un disturbo mentale?

No, le cause d'insorgenza del disturbo mentale possono essere molteplici: lo stress, l'isolamento sociale, i problemi familiari ed i fattori psicologici.

Il disturbo mentale è cronico ed incurabile?

No. L'evoluzione del disturbo mentale è variabile e può dipendere da una serie di fattori di tipo individuale, sociale, familiare ed istituzionale. È indispensabile per il buon esito del trattamento che la persona diventi consapevole e cosciente del proprio malessere, cercando attivamente di reagire ad esso in modo costruttivo. È altrettanto importante, in una situazione di sofferenza psichica, che le persone affettivamente significative, quando ci sono, sostengano positivamente il processo di guarigione.

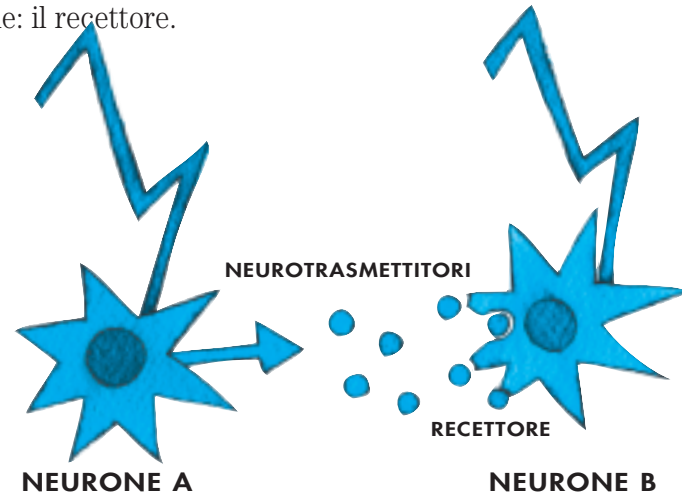
Le persone con disturbo mentale sono pericolose?

No. La pericolosità non è di per se connessa al disturbo mentale. Le persone possono essere indotte a compiere gesti aggressivi verso sé stessi o verso gli altri in particolari condizioni come ad esempio in situazioni di solitudine, di isolamento, di assenza di relazioni sociali, di mancanza di condivisione delle esperienze, dei sentimenti, delle emozioni con le persone affettivamente significative, ma anche quando si determinano condizioni di abbandono da parte di un Servizio non capace di offrire cure e supporto adeguati.

1. Psicofarmaci: come funzionano

1.1 PSICOFARMACI e neurotrasmettitori

Il cervello è composto da miliardi di cellule nervose chiamate neuroni, che comunicano continuamente tra di loro. Tale comunicazione avviene attraverso sostanze chimiche, i NEUROTRASMETTITORI, che si muovono da una cellula all'altra e si legano ad un punto preciso del neurone: il recettore.



Il legame del neurotrasmettitore, liberato dal neurone A, al recettore del neurone B, permette a questo di riconoscere l'informazione prodotta dal neurone A.

I neurotrasmettitori del Sistema Nervoso Centrale più conosciuti sono: la Dopamina, la Serotonina, la Noradrenalina, l'Acetilcolina, il Glutammato ed il GABA. Questi neurotrasmettitori interagiscono tra loro in un delicato equilibrio dinamico ed un'alterazione del loro equilibrio può favorire la comparsa dei disturbi mentali. Ma come mai ciò accade? Come mai succede che nella nostra mente "si spezzi" un equilibrio? La risposta a questa domanda non è semplice perché non c'è

una causa riconosciuta che porta la persona a soffrire di un disturbo mentale.

In realtà accade che alcuni *eventi di vita particolarmente stressanti* possono portare ad alterazioni dell'equilibrio dei neurotrasmettitori tra loro proprio in conseguenza della risposta dell'organismo allo stress. Se poi tali eventi si presentano in soggetti più "sensibili" ed in circostanze particolari della vita della persona, in cui questa è più vulnerabile, ha cioè minori capacità di difendersi e di reagire a tali eventi (perché sta attraversando un "periodo critico" quale ad esempio il passaggio dall'infanzia all'adolescenza oppure perché non è inserita in una rete sociale capace di sostenerla positivamente), può accadere che la persona rischi di sviluppare un disturbo mentale.

La Dopamina

Ci sono quattro aree del cervello che utilizzano la Dopamina per trasmettere le informazioni:

- *La via nigrostriatale*: controlla la postura ed il movimento. La degenerazione dei neuroni di questa via è alla base delle manifestazioni cliniche del Morbo di Parkinson.
- *La via mesolimbica*: è coinvolta nella regolazione delle sensazioni di piacere e di euforia nell'abuso delle sostanze stupefacenti. Secondo la teoria biologica sembrerebbe che un aumento dell'attività dei neuroni dopaminergici in questa via possa determinare lo sviluppo dei deliri e delle allucinazioni nella psicosi.
- *La via mesocorticale*: è coinvolta nella regolazione della sfera delle emozioni e dell'affettività. Secondo la teoria biologica sembrerebbe che una diminuzione dell'attività dei neuroni dopaminergici in questa via abbia un ruolo importante nello sviluppo dei sintomi negativi della psicosi.
- *La via tuberoinfundibolare*: controlla la secrezione della prolattina, un ormone prodotto dall'Ipofisi la cui funzione maggiore è quella di stimolare la produzione e la secrezione di latte dalla ghiandola mammaria della donna dopo il parto.

La Serotonina

La trasmissione delle informazioni attraverso la Serotonina coinvolge quasi tutte le aree del cervello ed arriva anche al midollo spinale. La funzione principale di questo neurotrasmettitore sembra essere quella di regolare numerose funzioni fisiologiche ed alcune attività cerebrali tra cui:

- Il ritmo sonno-veglia
- L'appetito ed il comportamento alimentare
- Le emozioni, l'ansia, il panico
- L'umore
- Il funzionamento sessuale
- La soglia del dolore
- La temperatura corporea

La Noradrenalina

La maggior parte dei neuroni sensibili alla Noradrenalina nel Sistema Nervoso Centrale è localizzata in un'area particolare detta *Locus Coeruleus*. La funzione principale di quest'area sembra essere quella di stabilire verso quale degli stimoli che arrivano al cervello è più importante rivolgere l'attenzione riconoscendo e differenziando tra i diversi stimoli quelli potenzialmente pericolosi. È probabile che tale sistema sia coinvolto nei disturbi d'ansia producendo sensazioni d'allarme e di paura immotivate. Sembra che la Noradrenalina ed il *Locus Ceruleus* abbiano anche un'importante influenza sul controllo centrale delle funzioni cognitive, dell'umore, delle emozioni e dei movimenti.

L'Acetilcolina

L'Acetilcolina nel Sistema Nervoso Centrale sembra avere un ruolo importante nelle funzioni cognitive quali la memoria, l'apprendimento, l'attenzione (è stata riscontrata una riduzione di Acetilcolina a livello cerebrale nelle persone che soffrono della Malattia di Alzheimer). Sembra anche importante nel regolare altre funzioni quali l'umore, la percezione del dolore, funzioni motorie, neuroendocrine e neurovegetative.



Il Glutammato

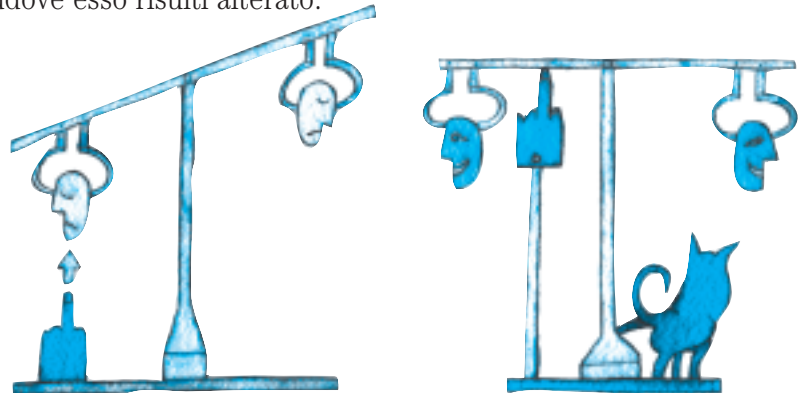
È un neurotrasmettitore eccitatore a livello del Sistema Nervoso Centrale. Se presente in elevate concentrazioni può essere tossico.

Il Gaba

Questo neurotrasmettitore è presente in modo diffuso in tutto il cervello e la sua funzione principale è di tipo inibitorio (impedisce la trasmissione delle informazioni da un neurone all'altro, mettendoli temporaneamente "a riposo"). Sembra avere un ruolo importante nel regolare l'ansia delle persone: un aumento dell'attività di questo neurotrasmettitore produce effetti di tipo ansiolitico.

1.1.1 PSICOFARMACI: meccanismo d'azione

Gli psicofarmaci sono farmaci che agiscono a livello del Sistema Nervoso Centrale e si può dire che sono in grado di bilanciare e/o mantenere l'equilibrio nell'interazione dei neurotrasmettitori tra loro, laddove esso risulti alterato.



In questo modo gli psicofarmaci agiscono modificando in maniera quantitativa alcune attività di base: accelerando o rallentando, filtrando o dilatando il flusso delle emozioni, influenzando sulla velocità di produzione del pensiero, condizionando la rapidità delle associazioni mentali e la produzione del linguaggio. *Non sono in grado, come talvolta a torto si pensa, di cambiare la qualità del pensiero, delle "scelte", della vita delle persone che li assumono.*

Psicofarmaci diversi agiscono su neurotrasmettitori diversi che producono azioni differenti.

- Gli psicofarmaci hanno tutti un'azione sintomatica: non agiscono cioè sulle cause del disturbo psichico ma solo sui sintomi da esso provocati.
- L'uso degli psicofarmaci deve essere personalizzato nella quantità, nelle modalità di somministrazione e nell'attenzione alle condizioni psicofisiche della persona a cui sono prescritti.
- È importante che si instauri un rapporto di fiducia e collaborazione reciproca tra gli operatori e le persone che accedono alle cure e al Servizio. A tale scopo è necessario fornire informazioni puntuali e personalizzate riguardo all'indicazione del farmaco, alla sua efficacia, ai benefici attesi ed ai rischi connessi alla terapia.

1.2 PSICOFARMACI: non è facile prenderli

La maggior parte delle persone con un disturbo mentale, specie se di una certa severità, deve assumere una terapia psicofarmacologica per lunghi periodi. Ciò è spesso molto difficile da accettare per diverse ragioni. *Qualcuno può negare di essere ammalato.* Qualcun altro, sentendosi meglio, può pensare di essere già guarito e di conseguenza non comprendere di avere ancora bisogno delle medicine per mantenere uno stato di benessere ed evitare una ricaduta. Alcune persone pensano che prendendo tali farmaci si sviluppi una certa dipendenza ed è per questo che, interrompendo la loro assunzione, si sta male: perciò sono molto restii nel cominciare a prenderli pur essendo necessario.

Accettando le medicine, la persona si trova a vivere una condizione paradossale: deve prendere i farmaci per guarire, ma è convinta che prendendo i farmaci cambierà in peggio la qualità della sua vita. È convinta che non potrà più sperare d'essere come gli altri.

“...se accetto di prendere i farmaci ammetto che ne ho bisogno e riconosco di esser malato. Malato di mente. Divento così l'ultima ruota del carro, all'ultimo gradino della società. ...se sono malato di mente vuol dire che non guarirò mai più, non potrò lavorare ...sarò per sempre un peso....”.



Per superare questa convinzione, fortemente segnata dai comuni pregiudizi e che, se persiste diventa dolorosa ed insostenibile, la persona deve “scegliere” di prendere i farmaci e con questi la condizione di malato. Tuttavia oggi è possibile, attraverso percorsi articolati, assumere e mantenere ruoli ed identità molteplici, che andranno a sovrapporsi e a rendere molto relativa l'identità di malato.

Si è visto che gli stessi ragionamenti valgono per qualsiasi persona che si trova a dover assumere una terapia farmacologica per un lungo periodo della sua vita (es. la terapia per il diabete, per l'ipertensione, per il cuore ecc...): anche se “scegliere il ruolo” di malato è difficile, tuttavia le possibilità di vivere una vita comunque piena e soddisfacente permettono di accettare con minore paura il proprio disturbo, sia esso di natura fisica o psichica.

Gli psicofarmaci non modificano la qualità ed il contenuto del pensiero ma possono modificare soprattutto in termini quantitativi il flusso delle emozioni, dei sentimenti, rendendoli così accettabili e condivisibili dalla maggior parte delle persone.

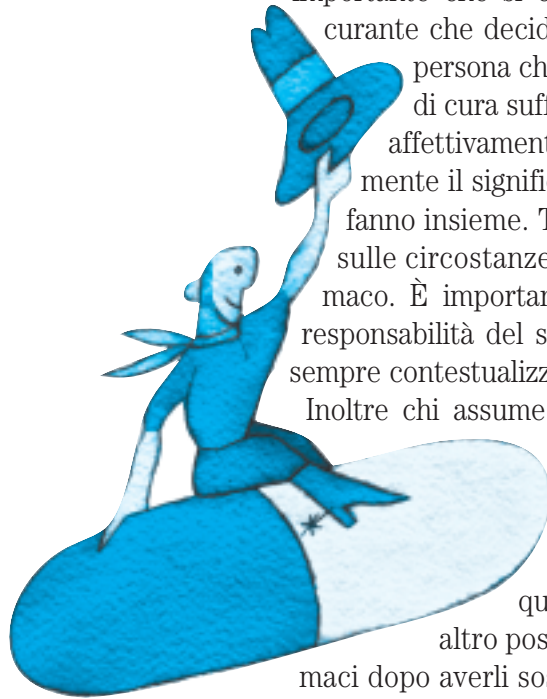
Talora però provocano effetti collaterali spiacevoli che sono soprattutto di natura fisica e spingono la persona a non prenderli più.

Il medico dovrebbe tener conto di queste ed altre difficoltà nel prendere le medicine da parte delle persone che cura. È quindi necessario cercare un accordo con la persona sulla necessità dell'assunzione del farmaco per superare la fase acuta o per evitare la ricomparsa dei sintomi. La persona che prende i farmaci dovrebbe sempre discutere con il medico i motivi che stanno alla base di un eventuale desiderio di sospendere l'assunzione cercando quindi di superarli insieme e scegliendo insieme (tenendo conto delle necessità e delle preferenze) il tipo di medicina più adatta a curare quel disturbo.

Un'attenta valutazione col proprio medico e con l'equipe curante può anche portare ad una sospensione concordata e condivisa della terapia farmacologica e la messa a punto di percorsi e strategie diverse allo scopo di mantenere lo stato di benessere raggiunto.

1.3 PSICOFARMACI: come è meglio prenderli

Per ottenere il massimo beneficio è importante che l'assunzione dei farmaci sia continuativa e rispettosa di uno schema di somministrazione concordato con il medico. Questo impegno però può rappresentare un problema perché molte delle persone che soffrono di un disturbo mentale non riconoscono la necessità di prendere le medicine oppure si dimenticano di assumerle con regolarità. È quindi molto importante che si crei una forte relazione di fiducia tra l'equipe curante che decide di iniziare un trattamento farmacologico e la persona che lo dovrà assumere. La presenza di un progetto di cura sufficientemente chiaro e di un rapporto intenso ed affettivamente significativo permettono di discutere apertamente il significato di tutti gli atti e di tutti i programmi che si fanno insieme. Tra questi ha particolare valore la discussione sulle circostanze che portano alla scelta di un determinato farmaco. È importante che al farmaco non sia conferita la totale responsabilità del successo del trattamento ma che il suo uso sia sempre contestualizzato e relativizzato.



Inoltre chi assume psicofarmaci dovrebbe tenere una nota delle terapie passate, segnando i nomi dei farmaci, i dosaggi, gli eventuali effetti collaterali, ricordandosi in particolare di quelli che sono stati più efficaci. Questo diario sarà di grande aiuto qualora si cambi medico, ci si trasferisca in un altro posto o sia necessario ricominciare a prendere farmaci dopo averli sospesi per un certo periodo di tempo.

1.4 PSICOFARMACI: cosa fare per usarli meglio

- Cercare d'accordo col medico un numero molto ristretto di psicofarmaci e non chiedere di cambiarli spesso senza valide ragioni. In genere un buon trattamento psicofarmacologico non richiede mai più di due farmaci.

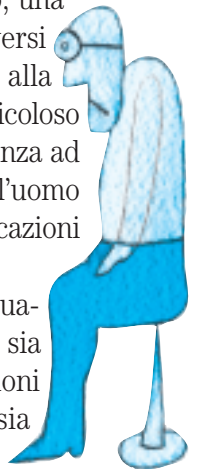
- Essere sempre consapevoli che gli psicofarmaci hanno un effetto sintomatico (sono cioè in grado di alleviare ed eliminare i sintomi, agendo sul cervello ma non le “cause” del disturbo psichico, della sofferenza e del malessere della persona) sono perciò solo una parte del progetto terapeutico.
- Saper distinguere gli effetti terapeutici da quelli indesiderati.
- Segnalare al medico le patologie e tutte le altre medicine che si stanno assumendo (comprese le cure “alternative”).
- Ricordare che la terapia psicofarmacologica non deve divenire la parte più importante dell’esistenza.
- Raggiungere, con il consiglio del medico, la dose minima efficace.
- Cercare di responsabilizzarsi in modo adeguato rispetto all’assunzione dei farmaci prescritti senza che altri (familiari) debbano darceli.
- Non usare il “fai da te” con gli psicofarmaci ma consultarsi sempre con il medico. Ad esempio, quando si sta bene, ricordarsi che questo è spesso legato anche al farmaco e quindi la sua riduzione o sospensione eventuale va discussa col medico.
- Sapere che il farmaco è molto utile in fase acuta ed è efficace nel prevenire le ricadute.
- Non sospendere senza una buona ragione, condivisa con l’equipe curante, l’assunzione del farmaco nemmeno se esso ha avuto un effetto molto positivo già nei primi giorni di trattamento.

2. I principali disturbi mentali

2.1 I DISTURBI D'ANSIA: **la paura, l'ansia, il panico, la fobia**

La paura è un'emozione che tutti noi proviamo frequentemente nel corso della vita. Quando siamo sottoposti ad una situazione minacciosa, la paura è da considerarsi un'emozione normale, una parte della reazione di sopravvivenza definita dal motto "fuggi o combatti". Infatti, se ci troviamo in pericolo (ad esempio: una tigre dai denti aguzzi ci sta attaccando) l'emozione che proviamo è utile a salvarci la vita perché ci fa stare in allerta, ci aiuta a raccogliere tutte le nostre energie e a decidere velocemente se scappare o combattere il nemico. Nel corso della vita si apprende a rispondere utilmente alle situazioni minacciose ed i comportamenti accadono grazie al rilascio automatico di ormoni dello stress che producono modificazioni fisiche transitorie indispensabili per fronteggiare ogni pericolo o minaccia rendendo l'organismo pronto all'attacco o alla fuga (il cuore batte velocemente ed aumenta il flusso sanguigno agli organi, il respiro è più rapido, la mente è sveglia, in allerta, lo stomaco si chiude, le pupille si dilatano). L'ansia è uno stato affettivo caratterizzato dal pensiero di poter rivivere, nel futuro, una paura già conosciuta e sperimentata nel passato. Esistono diversi livelli soggettivi di ansia legati all'intensità, alla frequenza, alla percezione della sofferenza etc... Dopo aver vissuto un evento pericoloso o minaccioso o che produce sofferenza ci può essere la tendenza ad evitare che esso si ripeta. Questo comportamento, appreso dall'uomo nell'arco dei millenni, si accompagna o è sostenuto da modificazioni fisiche.

L'ansia diventa patologica quando non è secondaria ad una situazione di reale pericolo (è come sentirsi minacciati senza che ci sia una reale minaccia) o quando peggiora la qualità delle relazioni della persona in modo significativo. Chi soffre di disturbi d'ansia



può interpretare i cambiamenti fisici collegati allo stato ansioso come gravi patologie fisiche (es. il cuore che batte velocemente - tachicardia - fa temere di avere l'infarto). Ciò è caratteristico degli attacchi di panico.

Si dice che una persona soffre di fobia quando prova una forte sensazione di paura (per oggetti o situazioni) che percepisce come eccessiva rispetto allo stimolo (es. paura per i luoghi chiusi o claustrofobia).

Chi soffre di disturbi d'ansia tende ad evitare le situazioni temute ed a ricercare continuamente rassicurazioni dall'ambiente esterno.

L'ansia può rappresentare un problema primario oppure può essere un sintomo che accompagna molti altri disturbi mentali perciò è sempre meglio parlarne con il proprio medico di fiducia per trovare insieme il modo di ritornare ad una situazione di benessere.

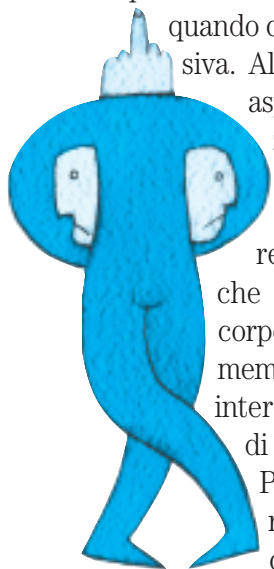
2.2 I DISTURBI DELL'UMORE: la depressione ed il disturbo bipolare

Aspetti clinici dei disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore sono frequentemente detti disturbi affettivi. Essi possono avere diversa durata e diversi livelli di gravità. La depressione (estrema tristezza, malinconia, perdita di fiducia in sé stessi e di speranza nel futuro) e la mania (euforia senza limiti) sono spesso visti come l'estremo opposto di uno spettro che comprende tutti gli stati affettivi o d'umore: la depressione è il polo più basso del tono dell'umore e la mania è il polo più elevato.

La depressione è uno stato d'animo universalmente vissuto da qualsiasi individuo in un certo periodo dell'esistenza. Distinguere un sentimento normale di depressione da un disturbo depressivo, che richiede un trattamento medico, è spesso difficile per chi non ha una formazione psichiatrica. La disinformazione a tale proposito crea il diffuso malinteso che il disturbo depressivo sia poco più di una debolezza del carattere che può essere superata con la volontà.

Altrettanto difficile può essere distinguere il "sentirsi bene" dal "sentirsi più che bene" ed essere così espansivi ed irribili da presentare sintomi propri di un disturbo maniaco.



Classicamente, la depressione e la mania rappresentano “poli” distinti, dando pertanto origine ai termini “depressione unipolare” quando la persona vive soltanto l’esperienza depressiva e “disturbo bipolare” quando c’è un’alternanza tra l’esperienza maniacale e quella depressiva. Alcune persone, infine, sperimentano contemporaneamente aspetti caratteristici della depressione e della mania: tale situazione è conosciuta come stato dell’umore “misto”.

Per fare diagnosi di un disturbo affettivo è necessario che siano presenti, oltre alla modificazione del tono dell’umore (elevato, mania; basso, depressione) anche altri sintomi che riguardano le funzioni vegetative (sonno, appetito, peso corporeo, desiderio sessuale), le funzioni cognitive (attenzione, memoria), l’impulsività, il comportamento (motivazione, piacere, interessi, faticabilità) e le componenti fisiche (mal di testa, mal di stomaco, tensione muscolare).

Pertanto, data la frequenza, la curabilità ed i potenziali rischi per la vita dei disturbi affettivi, è molto importante che la persona che ne soffre possa essere aiutata nel modo migliore possibile a superarla, vedendo riconosciuta ed ascoltata la propria sofferenza nel modo più adeguato.

19

2.3 I DISTURBI PSICOTICI e la schizofrenia

Aspetti clinici delle psicosi

Psicosi è un termine difficile da definire ed è spesso usato a sproposito nei giornali, al cinema, in televisione alimentando false credenze e la stigmatizzazione delle persone che presentano tale disturbo. Per contrastare questa situazione è necessaria una più corretta informazione della popolazione in generale.

Il disturbo psicotico si può evidenziare come un insieme di sintomi in cui la capacità di riconoscere la realtà, di comunicare e di relazionarsi con gli altri e la risposta affettiva della persona che ne è affetta sono diverse da quelle presenti nella maggior parte della popolazione generale.

Il disturbo psicotico può associarsi ad alcune altre condizioni psichia-

triche e mediche generali.

I sintomi principali presenti nella psicosi sono variamente classificati e definiti. La psichiatria attuale propone una distinzione tra sintomi positivi e sintomi negativi.

Sintomi positivi

Sono detti così perché sembrano riflettere un eccesso delle funzioni normali, producendo nuovi comportamenti. Sono caratterizzati da un'alterata percezione della realtà esterna (allucinazione¹) e da un'alterata capacità di giudicarla (si parla di delirio² quando la mente produce delle idee senza sottoporle a critica: la persona è convinta di tali idee e non accetta di metterle in discussione. Le convinzioni più comuni sono: quella di essere perseguitato da qualcuno, d'essere colpevole, di essere dotato di poteri speciali, di essere tenuto sotto controllo da agenti esterni). Altre manifestazioni spesso presenti sono le alterazioni del linguaggio, della comunicazione e del comportamento che possono risultare strani per la maggior parte delle persone.

Sintomi negativi

Sono così chiamati perché considerati una riduzione delle funzioni normali, che sottraggono qualità e capacità alla persona. Essi sono: appiattimento affettivo (riduzione della capacità di provare emozioni), apatia o svogliatezza, anedonia (incapacità di provare piacere) riduzione dell'attenzione, alogia (riduzione della capacità di produrre pensieri e frasi complesse) tendenza ad isolarsi e ritiro sociale.

I disturbi in cui la presenza dei sintomi psicotici è necessaria per poter fare la diagnosi sono: la schizofrenia, il disturbo psicotico indotto da sostanze d'abuso, il disturbo schizoaffettivo (disturbo schizofrenico con una forte compromissione del tono dell'umore), il disturbo delirante, il disturbo psicotico breve, il disturbo psicotico secondario a patologie mediche generali. I disturbi che possono avere sintomi psicotici sono: la depressione, la mania, alcuni disturbi cognitivi come la Malattia di Alzheimer. In questi casi il farmaco d'elezione è l'antipsicotico.

Il disturbo schizofrenico è tra i disturbi psicotici il più comune e meglio conosciuto.

Più di 45 milioni di persone sopra i 18 anni d'età soffrono di schizofrenia

nel mondo (dopo la depressione è il disturbo psichiatrico più diffuso sulla terra, e colpisce l'1% della popolazione).

Il disturbo è diffuso in tutte le nazioni e chiunque, nel corso della vita, può ammalarsi di schizofrenia, indipendentemente dalla cultura, dalla posizione sociale, dall'essere maschio o femmina.

I sintomi, siano essi negativi o positivi, si traducono in alcuni comportamenti che possono presentarsi diversamente nei vari casi e in differente misura nella stessa persona. Non bisogna mai dimenticare che ogni persona è diversa dalle altre, per cui ognuno manifesterà i sintomi e i comportamenti in modo singolare, in stretto rapporto con la propria storia, in *quel* contesto e in *quella* famiglia.



NOTE:

¹ Allucinazione, da “allucinare”, ovvero abbagliare, abbacinare, confondere la vista con intensa luminosità. Ma anche, figurativamente, causare smarrimento e confusione nella mente e nei sensi. Dal latino “alucinari”, che vuol dire “dormire in piedi, divagare, sognare”. Fenomeno psicologico che esteriorizza nella realtà le immagini interiori.

² Delirio, da “delirare” che vuol dire “sviare dalla linea retta, uscire dal solco”. In definitiva, sragionare. Deriva dal latino “lira” che è la linea retta, ovvero il solco tracciato dall’aratro. E quindi definisce uno stato di alterazione mentale in cui l’intelligenza forma idee senza sottoporle a critica, idee che perciò appaiono assurde e che non corrispondono alla realtà delle cose.

3. Le diverse classi di psicofarmaci

3.1 GLI ANSIOLITICI ed ipnotico-sedativi

Le Benzodiazepine (BDZ)

Sono i farmaci più comunemente usati nel trattamento dell'ansia e dell'insonnia per il loro effetto ansiolitico ed ipnotico-sedativo. Gli altri effetti di tali farmaci sono quello miorelassante (favoriscono il rilassamento dei muscoli) e quello anticonvulsivante (bloccano le crisi convulsive nell'epilessia).



I farmaci utilizzati più frequentemente come ansiolitici sono il diazepam (VALIUM, ALISEUM, ANSIOLIN, TRANQUIRIT), il desmetildiazepam (EN), il bromazepam (LEXOTAN, COMPENDIUM), l'alprazolam (XANAX, FRONTAL, VALEANS), il lormetazepam (MINIAS) ed il lorazepam (TAVOR, CONTROL, LORANS).

Quelli più frequentemente utilizzati come ipnotici sono il flurazepam (FLUNOX, FELISON, DALMADORM, VALDORM), il triazolam (HALCION,

SONGAR) ed il brotizolam (LENDORMIN).

Indicazioni abituali all'uso delle Benzodiazepine

- disturbi d'ansia
- ansia associata a condizioni mediche
- astinenza da alcool
- acatisia (irrequietezza motoria cioè non riuscire a stare fermi con le gambe; l'acatisia può essere un sintomo d'ansia oppure può comparire come effetto indesiderato in corso di trattamento con neurolettici)
- agitazione psicomotoria acuta
- crisi acuta d'ansia

La durata del trattamento con le benzodiazepine non dovrebbe supe-

rare le quattro settimane per il loro rischio di causare dipendenza. Può essere tuttavia necessario, in alcuni casi, protrarre l'assunzione di tali farmaci per periodi di tempo molto lunghi.

Classificazione delle Benzodiazepine

Le Benzodiazepine possono essere differenziate l'una dall'altra in base alla loro durata d'azione in:

- BDZ a lunga durata d'azione (il loro effetto dura più di 24 ore): diazepam, flurazepam, desmetildiazepam
- BDZ a durata d'azione intermedia (il loro effetto dura tra le 24 e le 48 ore): bromazepam
- BDZ a durata d'azione breve (il loro effetto dura meno di 24 ore): lorazepam, lormetazepam, alprazolam
- BDZ a durata d'azione brevissima (il loro effetto dura da 1 a 7 ore): triazolam, brotizolam.

È importante, quando si sceglie il tipo di farmaco da utilizzare, tenere conto di questi aspetti: nel caso di trattamenti di breve durata è preferibile utilizzare BDZ a lunga durata d'azione (si possono assumere una sola volta al giorno ed alla sospensione del trattamento danno minori sintomi da privazione) mentre in corso di trattamenti che durano per periodi di tempo più lunghi è preferibile scegliere BDZ a breve durata d'azione (non si accumulano nell'organismo). La sospensione del trattamento con BDZ deve in ogni caso essere graduale e concordata con il medico, con una progressiva riduzione della dose del farmaco.

Effetti indesiderati delle Benzodiazepine

- Sedazione, sonnolenza
- Atassia (difficoltà ad articolare i movimenti, specie nell'anziano).
- Cadute accidentali specie nell'anziano
- Confusione specie nell'anziano
- Abuso volontario
- Disinibizione o aggressività
- Amnesie
- Sintomi da privazione dopo la sospensione

Controindicazioni all'uso delle Benzodiazepine

- Ipersensibilità accertata al farmaco
- Abuso o dipendenza da alcool e farmaci

- Gravidanza e allattamento
- Gravi malattie respiratorie
- Bambini e adolescenti

3.2 GLI ANTIDEPRESSIVI

I farmaci antidepressivi si sono dimostrati efficaci nel trattamento a lungo termine della depressione di tipo unipolare e bipolare, dei disturbi d'ansia, delle sindromi ansioso-depressive e di alcune condizioni mediche.

Il trattamento psicofarmacologico con antidepressivi va iniziato dopo un'attenta valutazione medica mirata a differenziare il disturbo depressivo ed il disturbo d'ansia da una situazione di disagio psicologico che non necessita di trattamento farmacologico.

- Il farmaco antidepressivo va preso ogni giorno durante il periodo di cura.
- È necessario attendere almeno tre settimane (in alcuni casi fino a sei settimane) per sentire l'effetto benefico sull'umore mentre il miglioramento dei sintomi d'ansia avviene generalmente dopo la prima settimana di assunzione regolare del farmaco.
- È preferibile cominciare il trattamento con una dose bassa di farmaco, per poi aumentarla, se lo consiglia il medico.
- I farmaci antidepressivi possono interagire con altri farmaci: è necessario informare il medico riguardo tutti i farmaci ed i rimedi naturali che si stanno assumendo.

I farmaci antidepressivi sono classificati in diversi gruppi sulla base o della loro struttura chimica o del loro meccanismo d'azione a livello dei neurotrasmettitori. Le classi di farmaci antidepressivi più usate oggi sono:

- antidepressivi triciclici (TCA)
- antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina (detti anche SSRI)
- antidepressivi inibitori della ricaptazione della noradrenalina (detti anche NRI)



- antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (detti anche SNRI)
- antidepressivi ad azione noradrenergica e serotoninergica specifica (detti anche NaSSA)

Gli antidepressivi triciclici

Sono chiamati così per la loro struttura chimica contenente tre anelli. I più usati sono: la clomipramina (ANAFRANIL), l'amitriptilina (LAROXYL), la desimipramina (NORTIMIL). Hanno oggi un limitato impiego a causa dei loro possibili effetti indesiderati che sono: secchezza della bocca, stitichezza, ritardo nella minzione, visione offuscata, tachicardia, aritmie, ipotensione ortostatica, confusione mentale, aumento di peso, sonnolenza, vertigini, nausea, vomito, diarrea.

Gli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina

Chiamati anche SSRI sono i farmaci più usati oggi nella terapia della depressione e dell'ansia; sono più tollerabili e sicuri perché privi di alcuni fastidiosi effetti indesiderati propri dei triciclici: *ciò ha diffuso pericolosamente il loro impiego e vengono prescritti anche in situazioni che non necessitano di terapia farmacologica.*

Tali farmaci agiscono attraverso un aumento della serotonina e sono: fluoxetina (PROZAC, FLUOXEREN), paroxetina (DAPAROX, SEROXAT, SEREUPIN), citalopram (ELOPRAM, SEROPRAM), escitalopram (CIPRALEX), sertralina (ZOLOFT), fluvoxamina (FEVARIN, MAVERAL).

Gli effetti indesiderati che si possono presentare sono: nausea, cefalea, insonnia, sonnolenza, diarrea, alterazioni della sfera sessuale. La maggior parte di tali effetti, qualora si presenti all'inizio del trattamento, tende poi a scomparire durante il trattamento stesso.

Antidepressivi inibitori della ricaptazione della noradrenalina

Chiamati anche NRI questa classe di farmaci agisce aumentando i livelli di noradrenalina; essi hanno dimostrato di essere efficaci nella depressione come i Triciclici e gli Inibitori della ricaptazione della Serotonina. Il farmaco più usato di questa classe è la reboxetina



(DAVEDAX, EDRONAX). La scelta di tale farmaco è da preferirsi in presenza di sintomi depressivi associati a rallentamento psicomotorio, fatica, apatia, deficit di attenzione e di concentrazione. Gli effetti indesiderati che si possono presentare sono: ansia, agitazione, tremore, tachicardia, aumento della pressione arteriosa. La maggior parte di questi effetti, qualora si presenti all'inizio del trattamento, tende poi ad attenuarsi con la prosecuzione della cura.

Gli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI)

A tale classe di farmaci appartiene la venlafaxina (EFEXOR, FAXINE) che, a dosi basse, agisce aumentando soprattutto i livelli di serotonina mentre a dosi più alte aumenta i livelli di serotonina e di noradrenalina. Ha dimostrato una buona efficacia sui disturbi depressivi e sull'ansia. Gli effetti indesiderati che si possono presentare sono: vertigini, sensazione di bocca secca, insonnia, sonnolenza, alterazioni della sfera sessuale, stipsi, nausea. Soprattutto ad alte dosi è possibile riscontrare un aumento della pressione arteriosa.

Gli antidepressivi ad azione noradrenergica e serotoninergica specifica (NaSSA)

A tale classe di farmaci appartiene la mirtazapina (REMERON) che si è dimostrata efficace e ben tollerata (priva dei possibili effetti indesiderati a livello della sfera sessuale). Può causare aumento di peso e sedazione (quindi è preferibile assumerla la sera, per favorire il riposo notturno).

Negli ultimi anni si sta verificando un aumento preoccupante dell'uso di farmaci antidepressivi da parte della popolazione generale.

Sempre più spesso, infatti, si osserva una tendenza ad utilizzare tali farmaci in situazioni di difficoltà, disagio, sofferenza psicologica.

Non bisogna dimenticare che gli antidepressivi aiutano una persona depressa a tornare alla "vita normale" ma non sono capaci di aiutare una persona a sentirsi meglio di quanto non si senta abitualmente.

La condizione di disagio, sofferenza psicologica della persona va ascoltata, accolta, cercando di analizzare e risolvere insieme alla

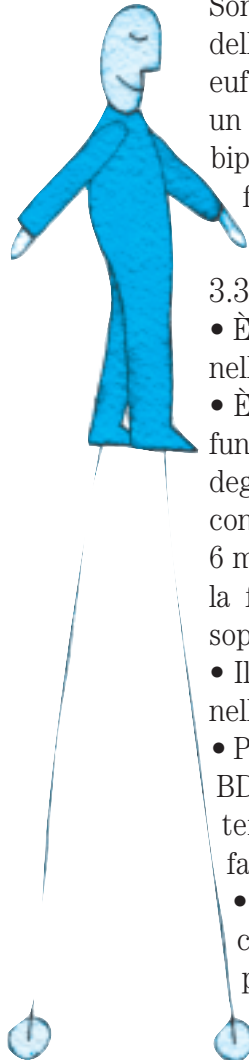
persona stessa le cause che l'hanno provocata e non di certo sperando di "metterla a tacere" con un uso sconsiderato degli psicofarmaci che, naturalmente, non hanno nessun effetto risolutivo ma rischiano soltanto di aumentare il grado di sofferenza personale.

3.3 GLI STABILIZZATORI dell'umore

Sono farmaci utili a prevenire e controllare le variazioni patologiche dell'umore: il passaggio da una condizione di depressione ad una di euforia, eccitazione, irrefrenabile maniacalità e viceversa. Si tratta di un gruppo di farmaci molto diversi tra loro utilizzati nel disturbo bipolare: a questa classe appartengono il carbonato di litio ed alcuni farmaci anticonvulsivanti (utilizzati per prevenire le convulsioni dell'epilessia).

3.3.1 il carbonato di litio

- È il farmaco più usato nel trattamento del disturbo bipolare. È utile nella fase maniacale e nella prevenzione delle ricadute depressive.
- È necessario eseguire una serie di esami del sangue per valutare la funzionalità renale (dosaggio della creatinina) e tiroidea (dosaggio degli ormoni tiroidei: TSH, FT3, FT4) prima di cominciare la terapia con il carbonato di litio e ripeterli inizialmente ogni 2-3 mesi, poi ogni 6 mesi durante un trattamento di lunga durata. Va monitorata inoltre la funzionalità cardiaca (con l'elettrocardiogramma) nelle persone sopra i 65 anni ed in particolari situazioni.
- Il carbonato di litio è controindicato in gravidanza ed allattamento, nell'insufficienza renale, nell'ipotiroidismo, in patologie cardiache.
- Può essere utile associare il litio ad altri farmaci (farmaci antipsicotici, BDZ) nella mania acuta mentre è preferibile usarlo da solo nella terapia di mantenimento. Non deve essere associato a particolari farmaci diuretici, antinfiammatori, antibiotici.
- Gli effetti indesiderati che si possono presentare in corso di terapia con litio sono: nausea, vomito, diarrea, tremori alle mani, aumento di peso, alterazioni della funzionalità tiroidea (ipotiroidismo) e renale, polidipsia e poliuria (aumento della sete e bisogno frequente di



urinare).

La litiemia, cioè il dosaggio del litio nel sangue, va eseguita almeno una volta alla settimana nel primo mese di trattamento e successivamente almeno una volta ogni tre mesi perché:

- L'efficacia del litio è in relazione alla sua concentrazione nel sangue che dovrebbe essere: in fase acuta 0,8-1,2 mEq/l; in fase di mantenimento (nella prevenzione delle ricadute): 0,5-0,8 mEq/l.
- Se la concentrazione del litio raggiunge valori di 1,5-2 mEq/l oppure valori ancora più alti possono manifestarsi effetti tossici.

3.3.2 i farmaci anticonvulsivanti o antiepilettici

Utilizzati nella terapia dell'epilessia, alcuni di questi farmaci si sono dimostrati efficaci anche nella terapia del disturbo bipolare e nelle sindromi schizoaffettive. I più usati sono: l'acido valproico (DEPAKIN), la carbamazepina (TEGRETOL), la lamotrigina (LAMICTAL), il gabapentin (NEURONTIN).

L'acido valproico (DEPAKIN)

Molto utilizzato nel disturbo bipolare, si è dimostrato utile soprattutto negli stati misti (in cui sono presenti contemporaneamente sintomi depressivi e maniacali) e nelle situazioni in cui c'è un rapido passaggio dalla depressione alla mania.

Spesso è associato ad altri farmaci: il litio, gli antipsicotici e le BDZ.

È importante, prima di cominciare la terapia con questo farmaco, fare gli esami del sangue generali e monitorare in particolare la funzionalità epatica e ripetere tali esami ogni 6-12 mesi durante il trattamento.

I possibili effetti indesiderati sono: nausea, vomito, perdita dell'appetito, sedazione, tremore, alterazioni della funzionalità epatica e delle cellule del sangue (riduzione delle piastrine, riduzione dei globuli bianchi).

La carbamazepina (TEGRETOL)

È utilizzata meno frequentemente del litio e dell'acido valproico perché interagisce con tanti farmaci modificandone le concentrazioni nel sangue e quindi l'efficacia ed a causa dei suoi possibili effetti indesiderati che comprendono: sedazione, visione offuscata, nausea, vertigini,

cefalea, alterazioni ematologiche, della funzionalità epatica e pancreatica ed effetti cutanei compresa una reazione cutanea rara e potenzialmente grave. Per tali motivi in corso di terapia con la carbamazepina è importante eseguire gli esami del sangue ed il dosaggio della carbamazepina nel sangue ogni settimana nei primi mesi di trattamento, poi ogni 3 mesi.

La lamotrigina (LAMICTAL)

Ha dimostrato di essere efficace come stabilizzatore del tono dell'umore e di prevenire le ricadute degli episodi depressivi del disturbo bipolare. Il trattamento con la lamotrigina va iniziato a dosi molto basse ed aumentato lentamente fino a raggiungere la dose terapeutica, al fine di ridurre al minimo il rischio di comparsa di effetti indesiderati che possono essere: eruzioni cutanee, sonnolenza, cefalea, disturbi gastrointestinali.

Il gabapentin (NEURONTIN)

Utile come stabilizzatore del tono dell'umore, può portare in alcuni casi ai seguenti effetti indesiderati: sonnolenza, riduzione dell'equilibrio, nausea/vomito, cefalea, ipotensione arteriosa, rallentamento della frequenza cardiaca.

3.4 I FARMACI antipsicotici

3.4.1 tipici o neurolettici

Sono disponibili sul mercato da circa cinquanta anni; il primo farmaco antipsicotico sintetizzato è stato la clorpromazina.

Attualmente esistono numerosi farmaci appartenenti a questa classe, che inducono nell'uomo effetti farmacologici e clinici diversi, in conseguenza dell'attività differenziata sui recettori di alcuni neurotrasmettitori del Sistema Nervoso Centrale. I più usati sono: clorpromazina (LARGACTIL, PROZIN), promazina (TALOFEN), levomepromazina (NOZINAN), prometazina (FARGANESSE), aloperidolo (SERENASE, HALDOL), clotiapina (ENTUMIN), pimozide (ORAP), flufenazina (ANATENSOL, MODITEN), perfenazina (TRILAFON), zuclopentixolo (CLOPIXOL).

Non è opportuno, di solito, utilizzare due antipsicotici contemporaneamente ed è sconsigliato procedere a frequenti cambi del farmaco senza prima averne verificato l'efficacia.

Le indicazioni all'uso di questi farmaci comprendono una gamma molto ampia di condizioni. Le principali sono costituite dai disturbi psicotici. Sono inoltre utilizzati nel trattamento di altri disturbi mentali in presenza di sintomi psicotici come nella depressione, nella mania, in alcuni disturbi cognitivi (ad es. nella Malattia di Alzheimer) quando sono presenti sintomi allucinatori, deliri o agitazione grave.

Gli antipsicotici tipici si sono dimostrati efficaci nel controllo dei sintomi psicotici e nel favorire il percorso di guarigione delle persone con disturbo psicotico, migliorando così la qualità della loro vita.

Sintomi che migliorano più facilmente

- Delirio
- Allucinazioni
- Perdita del controllo delle emozioni
- Agitazione, angoscia
- Sensazione di essere controllati o in pericolo
- Paura che i propri pensieri vengano rubati.

Sintomi che migliorano più difficilmente

- Apatia-mancanza di interesse
- Tendenza ad isolarsi-ritiro ed isolamento sociale
- Mancanza di energie
- Depressione
- Incapacità a provare piacere e ad esprimere emozioni



3.4.2 **neurolettici depot o long-acting**

Alcuni di questi farmaci esistono nella formulazione “ritardo” (depot) o ad azione prolungata (long-acting) sotto forma d’iniezioni intramuscolari. La scelta di questa forma di trattamento, ovvero un’iniezione intramuscolare una o due volte al mese, viene utilizzata dopo aver valutato la necessità di un farmaco per il contenimento dei sintomi e la mancata o discontinua adesione della persona al trattamento. È utile però continuare a cercare l’adesione della persona al trattamento ed eventualmente proporre un farmaco con somministrazione quotidiana. Inoltre vanno fatte frequenti verifiche per valutare l’insorgenza di eventuali effetti indesiderati talvolta legati all’accumulo del farmaco per cui si rende necessario ritardare o sospendere la somministrazione, eventualmente sostituendo il farmaco depot con uno “pronto” (ad assunzione giornaliera).

Alcune persone però preferiscono “fare la fiala” una volta al mese per non dover pensare ogni giorno alla pillola da prendere.

L’uso degli antipsicotici può durare per tempi molto lunghi. Non è raro che molte persone raggiungano un buon controllo dei sintomi ed un buon funzionamento sul piano familiare e lavorativo e tuttavia non possano sospendere l’uso del farmaco pena la ricomparsa dei sintomi.

Gli antipsicotici tipici possono causare effetti indesiderati fastidiosi al punto da determinare una certa resistenza alla loro assunzione regolare; gli effetti indesiderati sono per la maggior parte una diretta conseguenza della loro azione (gli psicofarmaci, infatti, non agiscono solo dove serve per bilanciare o mantenere l’equilibrio dei neurotrasmettitori tra loro, ma si diffondono in tutto il cervello).

Gli antipsicotici tipici sono una classe di farmaci composta da sostanze differenti l’una dall’altra, che hanno un diverso profilo nell’incidenza e nella gravità degli effetti collaterali.

È importante che la persona che assume tali farmaci ed i suoi familiari siano al corrente dei diversi effetti indesiderati e che riferiscano agli operatori la loro eventuale comparsa e le difficoltà incontrate in corso di terapia, senza ansie eccessive rispetto all’assunzione dei farmaci.

Gli effetti collaterali, infatti, possono essere evitati o ridotti attraverso una modificazione del dosaggio del farmaco, cambiando farmaco oppure prescrivendo un altro tipo di farmaco che serve proprio a contrastarli.

Gli effetti indesiderati che si possono presentare nel corso della terapia con antipsicotici tipici sono:

Disturbi a carico del sistema nervoso centrale

Effetti extrapiramidali

- Distonia acuta (contrazioni involontarie dei muscoli della bocca, della lingua, degli occhi, del collo). Può presentarsi all'inizio della terapia con il farmaco antipsicotico ed è reversibile.
- Acatisia (sensazione di irrequietezza con il bisogno di muovere le gambe in continuazione).
- Sindrome parkinsoniana (tremore alle mani, rigidità muscolare, rallentamento nei movimenti). Tale sindrome è detta così perché assomiglia al Morbo di Parkinson; tuttavia le due condizioni, la Malattia di Parkinson e l'effetto indesiderato dei neurolettici, hanno in comune solo i sintomi: mentre la prima è una malattia neurologica degenerativa ed irreversibile, la seconda è transitoria e reversibile.
- Discinesia tardiva (movimenti involontari dei muscoli della bocca, della lingua, della mandibola, movimenti incoordinati delle braccia e del tronco). È uno degli effetti indesiderati più gravi e fastidiosi che alcune persone possono sviluppare dopo aver assunto antipsicotici tradizionali per tanti anni. È di grande importanza accorgersi subito della comparsa della discinesia tardiva per trovare rimedi utili a contrastarla.

Altri effetti a carico del sistema nervoso centrale

- Sedazione, astenia (mancanza di forze), apatia, appiattimento emotivo, senso d'impotenza, calo dell'attenzione e della capacità di concentrazione.

In alcune persone però l'astenia, l'apatia, la sedazione, possono essere di grande aiuto a migliorare sintomi, talora presenti, di agitazione, insonnia, eccessivo aumento delle attività e facile distraibilità, che impediscono alla persona di concentrarsi e di eseguire attività più o

meno complesse della vita quotidiana.

- Aumento del rischio di convulsioni soprattutto nelle persone a rischio (con diagnosi di epilessia, in associazione all'alcol, in persone con disturbi cerebrali organici associati al disturbo psicotico).

Disturbi del sistema nervoso autonomo

- Sensazione di bocca secca, stitichezza, tachicardia, ipotensione ortostatica, aritmie cardiache, difficoltà nella visione, ritenzione urinaria, disturbi della sfera sessuale.

Altri possibili effetti collaterali

- Aumento della prolattina (che può causare alterazioni nel flusso mestruale nelle donne, galattorrea, ingrossamento della ghiandola mammaria, disturbi della sfera sessuale).
- Aumento di peso.
- **Sindrome neurolettica maligna:** è una complicanza molto rara (0-2%) ma grave che si può presentare soprattutto all'inizio della terapia con antipsicotici ed è caratterizzata da febbre molto alta, sudorazione, tachicardia, rigidità muscolare, alterazione dello stato di coscienza. Necessita di cure mediche.

3.4.3 gli atipici o di nuova generazione

È una classe di farmaci composta da molecole molto diverse tra loro che hanno però alcune caratteristiche simili:

- Sono efficaci sui sintomi positivi della psicosi
- Alcuni di essi talora sembra possano migliorare i sintomi positivi nelle persone con disturbo schizofrenico resistente ai farmaci antipsicotici tipici (in particolare tale dato è accertato dagli studi sul funzionamento della clozapina)
- Alcuni di essi talora sembra possano migliorare anche i sintomi negativi della psicosi
- Alcuni studi suggeriscono che tali farmaci potrebbero migliorare il funzionamento cognitivo nelle persone con disturbo psicotico e schizofrenia (in particolare tale dato è accertato dagli studi sul funzionamento della clozapina)



- Alcuni di essi causano meno effetti indesiderati del tipo tremori e rigidità muscolare (effetti extrapiramidali) degli antipsicotici tipici
- Possono indurre la comparsa di iperglicemia, diabete mellito, aumento di peso, dislipidemia

Sono qui di seguito descritte le caratteristiche principali degli antipsicotici atipici più utilizzati oggi: il risperidone (RISPERDAL), l'olanzapina (ZYPREXA), la quetiapina (SEROQUEL), l'amisulpride (SOLIAN), l'aripirazolo (ABILIFY), la clozapina (LEPONEX).

Risperidone (RISPERDAL, BELIVON)

È tra gli antipsicotici atipici più usati, da alcuni considerato di prima scelta nella terapia dei nuovi casi di psicosi. Interagisce con i neurotrasmettitori Serotonina e Dopamina; è efficace sui sintomi positivi della psicosi e potrebbe migliorarne anche i sintomi negativi. Presenta scarsi effetti collaterali extrapiramidali, a basse dosi, mentre a dosi più alte può causare effetti collaterali extrapiramidali in misura simile agli antipsicotici tipici. Causa inoltre aumento di peso anche se in misura minore rispetto ad altri antipsicotici atipici. Può indurre aumento della prolattina.

Alcuni studi suggeriscono che tale farmaco potrebbe migliorare il funzionamento cognitivo delle persone con psicosi oltre ad avere effetti benefici sul tono dell'umore sia nel disturbo psicotico che in quello bipolare. Recentemente è stata introdotta la formulazione a rilascio prolungato (Long-acting) iniettata per via intramuscolare il cui effetto dura circa due settimane ed inizia la sua azione con una latenza di circa tre settimane in cui il farmaco non è attivo.

Indicazioni all'uso del risperidone

- Disturbi psicotici
- Schizofrenia

Effetti indesiderati

- Ipotensione
- Sonnolenza
- Effetti extrapiramidali (soprattutto ad alte dosi).
- Iperprolattinemia
- Aumento di peso

- Convulsioni
- Discinesia tardiva
- Sindrome neurolettica maligna

Olanzapina (ZYPREXA)

Anch'esso è un farmaco molto usato, anche come prima scelta all'esordio della psicosi.

Interagisce con i neurotrasmettitori Serotonina e Dopamina; è efficace sui sintomi positivi della psicosi e potrebbe migliorarne anche i sintomi negativi. Presenta una bassa incidenza di tremori e rigidità muscolari (sintomi extrapiramidali) e non causa aumento della prolattina. Vi sono però effetti indesiderati come l'aumento del peso (molto frequente), la possibile insorgenza di diabete mellito e di dislipidemia. Pertanto è necessario che la persona in trattamento con questo farmaco possa essere seguita anche dal punto di vista alimentare e dietetico.

Alcuni studi suggeriscono che tale farmaco potrebbe migliorare il funzionamento cognitivo delle persone con psicosi oltre ad avere effetti benefici sul tono dell'umore sia nel disturbo psicotico che in quello bipolare.

Indicazioni all'uso dell'olanzapina

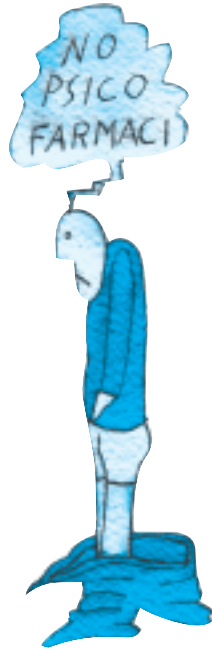
- Disturbi psicotici
- Schizofrenia
- Disturbo bipolare (episodio maniacale)

Effetti indesiderati

- Aumento di peso-aumento dell'appetito
- Diabete mellito, dislipidemia
- Sonnolenza
- Ipotensione ortostatica
- Sindrome neurolettica maligna

Quetiapina (SEROQUEL)

Interagisce con i neurotrasmettitori Serotonina e Dopamina; è efficace sui sintomi positivi della psicosi e potrebbe migliorarne anche i sintomi negativi. È generalmente ben tollerata, non causa tremori né rigidità muscolare (sintomi extrapiramidali) né aumento della prolattina. Può



causare aumento di peso, sedazione, sonnolenza, ipotensione ortostatica, stipsi.

Alcuni studi suggeriscono che tale farmaco potrebbe migliorare il funzionamento cognitivo delle persone con psicosi oltre ad avere effetti benefici sul tono dell'umore sia nel disturbo psicotico che in quello bipolare.

Indicazioni all'uso della quetiapina

- Disturbi psicotici
- Schizofrenia
- Disturbo bipolare (episodio maniacale)

Effetti indesiderati

- Sedazione-sonnolenza
- Aumento di peso
- Ipotensione ortostatica
- Aumento transitorio delle transaminasi epatiche
- Stipsi
- Sindrome neurolettica maligna

Amisulpride (SOLIAN)

Interagisce con il neurotrasmettitore Dopamina riequilibrandone la concentrazione nelle aree del cervello dove essa risulta alterata. Il suo effetto è strettamente legato alla dose di farmaco utilizzata: a basse dosi porta ad un'attivazione del sistema dopaminergico, favorendo il miglioramento dei sintomi negativi e depressivi della psicosi mentre ad alte dosi ha un effetto "modulatore" sul sistema dopaminergico ed è quindi efficace sui sintomi positivi della psicosi.

È generalmente ben tollerata, non causa di solito sintomi extrapiramidali. Può causare aumento della prolattina.

Aripiprazolo (ABILIFY)

È un nuovo antipsicotico atipico. Può essere anch'esso considerato di prima scelta nel trattamento dei nuovi casi di psicosi. È efficace sui sintomi positivi della psicosi e potrebbe migliorare anche i sintomi negativi. Gli effetti collaterali di più comune riscontro durante



il trattamento con tale farmaco sono: insonnia, irrequietezza (è quindi preferibile assumerlo la mattina), cefalea, senso di stordimento, nausea e vomito (è raccomandata l'assunzione dopo i pasti). Tali effetti indesiderati comunemente si attenuano a partire dalla seconda settimana di trattamento. Presenta minori effetti collaterali extrapiramidali rispetto agli altri antipsicotici, non causa aumento della prolattina né aumento di peso.

In caso di passaggio da un trattamento con un'altro antipsicotico all'Aripiprazolo è importante non interrompere l'assunzione del precedente antipsicotico iniziando contemporaneamente la somministrazione di Aripiprazolo a dosi ridotte, rivalutarne la dose dopo due settimane fino a raggiungere la dose efficace (10-30 mg/die) e, contemporaneamente, ridurre progressivamente la dose del precedente antipsicotico fino a sospenderlo del tutto.

Clozapina (LEPONEX)

È il primo antipsicotico atipico ad essere stato usato.

La clozapina è oggi utilizzata con successo nelle persone affette da schizofrenia che non presentano un miglioramento significativo dei sintomi psicotici in trattamento con altri farmaci antipsicotici.

La sua efficacia in queste situazioni è sicuramente incoraggiante: può migliorare, oltre ai sintomi positivi della psicosi, anche quelli negativi. Diverse persone in trattamento con clozapina possono tornare ad un livello normale di funzionamento cognitivo, lavorativo e sociale. L'evidenza di una maggior efficacia della clozapina nei cosiddetti "casi resistenti" rispetto a tutti gli altri antipsicotici, in determinate condizioni, giustifica il suo utilizzo pur a fronte dei possibili effetti collaterali che, tuttavia, possono essere controllati ed evitati seguendo attentamente le procedure consigliate. È per questo necessario sottoporsi ad un esame del sangue per controllare i globuli bianchi. L'esame deve essere eseguito ogni settimana nelle prime 18 settimane di trattamento, poi, nella terapia a lungo termine, una volta al mese. La clozapina, infatti, può in rari casi (con una frequenza, nei primi tre mesi di terapia, inferiore all'1%) portare ad una complicanza grave, l'agranulocitosi (diminuzione fino alla possibile scomparsa dei globuli bianchi nel

sangue). La maggior parte degli episodi di agranulocitosi si presenta entro il terzo mese dall'inizio della terapia per poi diminuire durante il primo anno di trattamento.

Indicazioni all'uso della clozapina

- Schizofrenia resistente al trattamento con altri antipsicotici
- Inefficacia o intolleranza agli antipsicotici tipici

Effetti indesiderati

- Agranulocitosi
- Aumento del rischio di convulsioni (soprattutto ad alte dosi e nelle persone a rischio)
- Sedazione
- Aumento di peso
- Collasso cardiocircolatorio-ipotensione ortostatica
- Tachicardia
- Aumento della salivazione
- Ritenzione urinaria
- Sindrome neurolettica maligna

Associazioni da evitare

- Qualsiasi farmaco che possa potenzialmente causare agranulocitosi come particolari antinfiammatori ed antibiotici
- Ogni altro farmaco antipsicotico

Indagini fondamentali

- Conta dei globuli bianchi ogni settimana nelle prime 18 settimane di trattamento poi, una volta al mese
- Esami di laboratorio di base
- Elettrocardiogramma

**Gli antipsicotici
tipici e gli antipsicotici
atipici si sono
dimostrati ugualmente
efficaci nel controllo
dei sintomi psicotici...**

*...e nel favorire il percorso di guarigione delle
persone affette da psicosi, così migliorandone
la qualità di vita.*

*Ciascun farmaco antipsicotico è diverso da
un altro rispetto ai possibili effetti indesiderati
che può causare nel corso del trattamento.*

*Tali effetti indesiderati sono alcune volte così spiacevoli da indurre la
persona a non assumere più il farmaco; purtroppo però la sospensione*

della terapia è spesso associata ad un maggiore rischio di ricaduta quando non è concordata e condivisa con l'equipe curante.

Poiché esistono diversi farmaci per curare lo stesso disturbo e ciascuna persona può trarre benefici più o meno importanti rispetto al controllo dei sintomi ed ha una suscettibilità individuale diversa a sviluppare i possibili effetti indesiderati, è sempre meglio discutere della terapia con il proprio medico e con l'equipe curante ed eventualmente decidere insieme la migliore strategia da seguire (associare all'antipsicotico un farmaco che contrasta gli effetti collaterali, cambiare tipo di farmaco antipsicotico o ridurre la dose) nel caso compaiano effetti collaterali spiacevoli.

3.5 I FARMACI ANTICOLINERGICI o antiparkinsoniani

Questi farmaci sono usati per attenuare o eliminare gli effetti collaterali extrapiramidali (vedi pagina 33) conseguenti al trattamento con gli antipsicotici (soprattutto quelli tipici). I più usati sono: tiesifenidile (ARTANE), biperidene (AKINETON), orfenadrina (DISIPAL).

È preferibile prescrivere tali farmaci dopo che i sintomi extrapiramidali sono comparsi anche se alcuni medici usano somministrarli fin dall'inizio della terapia con antipsicotici. In ogni caso vi è ormai ampio consenso sul fatto che le persone che ricevono questi farmaci nella prima fase del trattamento neurolettico non necessitano di proseguirne l'assunzione, una volta stabilizzata la dose del neurolettico stesso. Pertanto è utile sospendere la somministrazione dei farmaci anticolinergici entro i primi tre mesi dalla loro assunzione verificando l'eventuale ricomparsa di effetti extrapiramidali.

Questi farmaci possono indurre una certa dipendenza e talvolta alcune persone tendono a farne un uso voluttuario.

Indicazioni

- Riduzione degli effetti collaterali extrapiramidali indotti dai neurolettici.
- Durata del trattamento non superiore a tre mesi.

Effetti indesiderati

- Ritenzione urinaria

- Stipsi
- Delirium- subconfusione in caso di abuso

Controindicazioni

- Gravidanza
- Ipersensibilità a questi farmaci
- Ipertrofia prostatica

A L C U N E L E T T U R E U T I L I

- FUORI COME VA? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi, Peppe Dell'Acqua, 2003
- GLI PSICOFARMACI. FARMACOLOGIA E TERAPIA, Cesario Bellantuono e Matteo Balestrieri
- MANUALE DI PSICHIATRIA Renato Piccione, Bulzoni ed., 1995
- TRATTAMENTO INTEGRATO PER LA SALUTE MENTALE-Guida pratica per operatori e utenti, Ian R.H.Faloon, Ecomind Publications, 2000
- CHE COS'È LA SCHIZOFRENIA? Piccolo manuale illustrato di informazione per chi soffre di questa malattia e per i suoi familiari, Casacchia e Roncone, ed. Masson, 1996
- COME DIVENTARE UN MALATO DI MENTE, José Luis Pio Abrev, Voland, 2005
- LA GUIDA AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE, ASS1 Triestina, DSM, 2002
- LA FILOSOFIA PUÓ CURARE? Pier Aldo Rovatti, Raffaello Cortina ed., 2006

DIPARTIMENTO di Salute Mentale

Direzione

Via E. Weiss 5
Fax. 040 399 73 63
Ufficio di segreteria
Tel. 040 399 73 60 - 040 399 74 39
e-mail: dsm@ass1.sanita.fvg.it

Centro di Salute Mentale di Barcola/Aurisina - Distretto 1

Viale Miramare 111 - Trieste
Tel. 040 411 452 - 040 411 586
Fax 040 412 601
e-mail: csm.barcola@ass1.sanita.fvg.it

•

Presidio distrettuale di salute mentale
Via L. Stock 2
Tel. 040 399 78 05
Fax 040 399 78 37
e-mail: csm.stock@ass1.sanita.fvg.it

Centro di Salute Mentale della Maddalena - Distretto 2

Via Molino a Vento 123
Tel. 040 390 845 - 040 396 711 - 040 948 768
Fax 040 396 785
e-mail: csm.maddalena@ass1.sanita.fvg.it

•

Presidio distrettuale di salute mentale
Sede Distrettuale
Via San Marco, 11
Tel. 040 36 79 98



Centro di Salute Mentale di Domio - Distretto 3

Via Morpurgo 7

Tel. 040 282 00 24 - 040 282 00 39

Fax 040 282 00 40

e-mail: csmdomio.segr@ass.1.sanita.fvg.it

•

Presidio distrettuale di salute mentale

Via Valmaura 59

Tel. 040 399 58 28

Fax 040 399 58 23

Centro di Salute Mentale di Via Gambini - Distretto 4

Via Gambini 8

Tel. 040 632 195 - 040 632 140

Fax 040 360 457

e-mail: csm.gambini@ass1.sanita.fvg.it

•

Presidio distrettuale di salute mentale

Compensorio di San Giovanni

Piazzale G. Canestrini 8

Tel. 040 399 73 32

Centro di Salute Mentale di San Giovanni - Distretto 4

Via Paolo de Ralli 5

Tel. 040 399 73 01 - 040 399 73 02

Fax 040 399 74 01

e-mail: csm.psichiatrica@ass1.sanita.fvg.it

•

Presidio distrettuale di salute mentale

Compensorio di San Giovanni

Piazzale G. Canestrini 8

Tel. 040 399 73 32

Clinica Psichiatrica Universitaria

Via Paolo de Ralli 5

Tel. 040 571 077 - 040 511 56

Fax 040 566 179

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Ospedale Maggiore

Via Stuparich 1

Tel. 040 399 24 94 - 399 25 16

Fax 040 399 27 51

e-mail: diagnosi.cura@assl.sanita.fvg.it

IL DIPARTIMENTO delle dipendenze

Unità Operativa Dipendenze da sostanze illegali

P. le Canestrini 9

Tel. 040 399 73 24

Fax 040 399 73 58

e-mail: segr.sert@assl.sanita.fvg.it

Unità Operativa Dipendenze da sostanze legali (alcool)

Via Sai 5

Tel. 040 399 73 71

Fax 040 399 73 58

e-mail: dipendenze.legali@assl.sanita.fvg.it

Unità Operativa Integrata A.I.D.S. e per la riduzione del danno

P. le Canestrini 9

Tel. 040 399 73 24 - 040 399 73 69

e-mail: segr.sert@assl.sanita.fvg.it



