

L'efficacia delle terapie psicofarmacologiche: perché i farmaci da soli non bastano

- Un nostro parere -

Dott. Gabriele Calderone

Negli ultimi decenni si è assistito a un aumento vertiginoso e costante del consumo di psicofarmaci, nel nostro come in tutti gli altri Paesi occidentali. Secondo il *Censis*, solo nel periodo che va dal 2001 al 2009 l'aumento è stato stimato nell'ordine del 114%, con circa 5 milioni di persone che seguivano una terapia a base di *ansiolitici* (farmaci utilizzati per il trattamento dei problemi d'ansia). Negli anni successivi, il consumo è continuato a crescere.

Nonostante la ricerca scientifica in campo farmacologico abbia fatto enormi passi avanti, nella pratica clinica è frequentissimo assistere a casi di pazienti che, pur seguendo una corretta farmacoterapia, riferiscono di non essere soddisfatti dei risultati ottenuti. Per spiegare il motivo per cui gli psicofarmaci spesso non hanno una risolutiva efficacia d'azione sui disturbi psicologici può essere utile prendere come esempio un problema molto diffuso fra la popolazione generale, quello degli **attacchi di panico**.

Un attacco di panico può essere definito come un'esperienza improvvisa d'intensa paura che ha componenti sia fisiche, sia psicologiche. I sintomi fisici comprendono la sensazione di soffocare, i tremori, le palpitazioni e/o la tachicardia, la sudorazione, la nausea, i brividi e/o le vampate di calore. I sintomi psicologici comprendono la sensazione di poter impazzire o perdere del tutto il controllo, la sensazione di irrealtà o di distacco da se stessi, la sensazione di stare per svenire.

Questi sono i **sintomi** dell'attacco di panico. Ma che cosa lo produce? Cioè, quali sono le sue **cause**? Per capirlo, è necessario considerare il problema nel quadro di riferimento del moderno approccio cognitivo-comportamentale.

Innanzitutto, occorre sapere che ogni attacco di panico si sviluppa sulla base di un "**innesco**", cioè di **un evento che riveste un significato particolare per la persona**. Questo innesco può essere un sintomo fisico (per es. accorgersi di avere una tachicardia), una situazione (per es. trovarsi in un luogo affollato) o semplicemente un pensiero. Nell'approccio cognitivo comportamentale moderno, ogni tipo di innesco viene rappresentato con la lettera **A**.

Prendiamo come esempio un innesco rappresentato da un pensiero: "*Chissà se oggi mi verrà un attacco di panico?*" Questo pensiero è tipico delle persone che soffrono di panico, ed è quindi un innesco dei più comuni. In effetti, molti pazienti già dopo il risveglio, la mattina, hanno un pensiero simile a questo, che non li lascia per tutto il giorno.

Nello schema che andremo a sviluppare pian piano, quindi, abbiamo individuato un possibile innesco del panico:

A:

“Chissà se oggi mi verrà un attacco di panico?”

Questo pensiero **intrusivo** (viene detto così perché è automatico e non voluto dalla persona) non è neutro, perché contiene una minaccia: la persona con attacchi di panico, infatti, ha paura di tali attacchi, e pensare di poterne avere uno crea ansia e senso di pericolo imminente. Per questo motivo, la persona sarà portata a **pensare a quel pensiero**, cioè a elaborarlo cognitivamente, in genere per cercare di contrastarlo o tenerlo a bada. Tale elaborazione cognitiva viene fatta al punto **B** del nostro schema. Al punto B collocheremo tutta una serie di pensieri a catena, che vengono fatti sulla base dell'innesco A, cioè la paura di avere un altro attacco di panico. Un esempio tipico di una concatenazione di pensieri è la seguente:

B:

Se mi verrà un attacco di panico, mi spaventerò moltissimo!



Se mi spaventerò moltissimo, non riuscirò a reagire in nessun modo



Se non riuscirò a reagire, perderò completamente il controllo di me



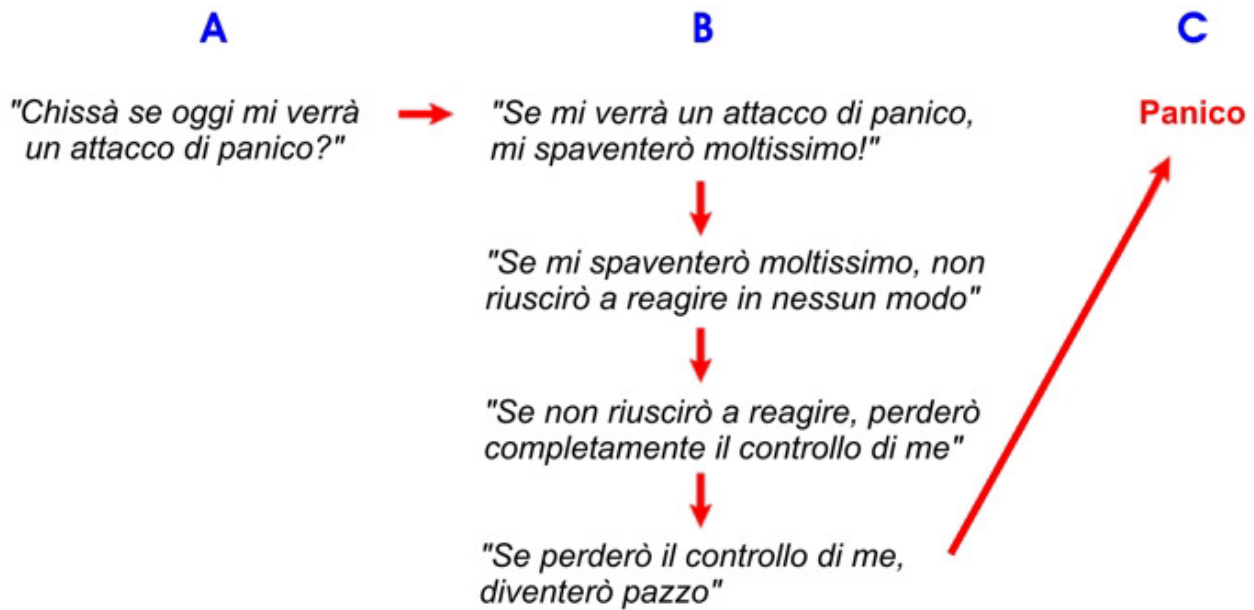
Se perderò il controllo di me, diventerò pazzo

Vediamo quindi che l'innesco **A** ha fatto sì che la persona producesse tutta una serie di pensieri in risposta all'innesco stesso. Avendo questi pensieri, la persona tenderà ad agitarsi e ad essere allerta, cercando in ogni momento di capire se il suo timore di poter avere un attacco di panico è fondato. Metterà quindi in atto tutta una serie di automonitoraggi per capire se il panico sta arrivando o no: per esempio, prenderà l'abitudine di controllare moltissime volte al giorno se il suo cuore batte in modo regolare, o se la sua mente è sgombra e lucida, ecc... Cercherà quindi di *capire* se ha i sintomi di un attacco di panico, o se l'attacco di panico potrebbe insorgere. Compiendo quotidianamente questo monitoraggio, la persona diventa sempre più sensibile a qualsiasi variazione del proprio funzionamento fisico e psicologico: tenderà quindi a percepire come minacciosa ogni minima variazione in tal senso, considerandola come indizio di un imminente attacco di panico. Tutto ciò, invece che scongiurare l'attacco di panico, lo rende più probabile: tali strategie, infatti, accrescono l'ansia, per cui sarà più probabile che l'attacco di panico si presenti. Con il tempo, la preoccupazione di avere attacchi di panico **diventa il problema principale**, che l'attacco vero e proprio arrivi o no.

Nello schema fin qui proposto, l'attacco di panico sta al punto **C**. Il panico, infatti, è un sintomo (o meglio un insieme di sintomi), nient'altro che la conseguenza di processi e di strategie di

pensiero continuamente rivolti verso l'interno, nel continuo tentativo di evitare l'attacco di panico tenendo monitorati tutti i possibili indizi fisici e psicologici di un attacco imminente.

Possiamo quindi, a questo punto, completare il modello ABC spiegato fino a questo momento:



In quale punto di questo schema agiscono i farmaci utilizzati nel Disturbo di Panico? Chiunque abbia sofferto di questo problema e abbia assunto farmaci, potrà dire senza difficoltà che essi agiscono sul punto C. I farmaci contro il panico, infatti, sono efficacissimi nel contrastare l'insorgenza degli attacchi di panico. Una persona che ha attacchi di panico, se segue la giusta terapia farmacologica, **non avrà più attacchi di panico**.

Ma allora come si spiega che i pazienti, nonostante la cura sia efficace, spesso non sono soddisfatti e continuano a sentirsi in pericolo di avere altri attacchi? Come mai, pur essendo passati gli attacchi di panico, rimane la solita forte ansia e la convinzione di non poter svolgere certe attività (per es. fare esercizio fisico) o frequentare certi luoghi (per es. locali affollati)?

Ciò si spiega proprio sulla base del fatto che i farmaci agiscono al punto C: **solo** al punto C.

Il buon farmaco agisce sui sintomi di un problema, ma nessun farmaco è in grado di modificare le convinzioni della persona. Le strategie di monitoraggio interno che la persona mette in atto per contrastare il panico derivano dalla convinzione che tale monitoraggio serva per contrastare l'attacco di panico. Essendo questa, appunto, una convinzione, il farmaco non riesce a modificarla. Si dà il caso, tuttavia, che proprio tali strategie e tali convinzioni siano alla base del mantenimento della paura del panico e della sensazione di minaccia e ansia che perdura nonostante magari, con la

terapia farmacologica, gli attacchi di panico non siano più presenti già da molto tempo. Non colpendo le cause dell'attacco di panico, ma solo i sintomi (cioè l'attacco in sé e per sé), i farmaci antipanico non sono del tutto efficaci per una risoluzione soddisfacente del disturbo di panico.

In ogni altro disturbo psicologico, dalla depressione all'ansia generalizzata, dal disturbo ossessivo compulsivo alla fobia sociale, la persona compie elaborazioni cognitive e mette in atto strategie di gestione e contenimento del problema che, pur non volendo, ottengono l'effetto di aggravare o per lo meno mantenere il problema. Anche in questi casi, gli psicofarmaci agiscono sempre e solo sui sintomi del problema, mai sulle sue cause. Per questo è molto raro, nell'esperienza clinica generale, assistere alla remissione di un disturbo con il solo utilizzo di farmaci.