

DOPPIOZERO

Ansia, depressione, psicofarmaci

Paolo Migone

16 Agosto 2022

Come si fa a guarire dall'ansia e dalla depressione? Cosa deve fare una persona che attraversa un periodo difficile, caratterizzato da ansie, fobie, attacchi di panico, oppure da tristezza profonda senza che ne sia chiaro il motivo? I medici prescrivono farmaci ansiolitici, antidepressivi, o entrambi ma sono davvero la risposta migliore? Certo, i farmaci antidepressivi spesso risultano efficaci, per cui è curioso questo fatto: se in uno studio controllato in doppio cieco vengono paragonati con un placebo, la differenza risulta minima, quasi inesistente.

Occorre a questo punto spiegare, per coloro che non sono del mestiere, in cosa consiste uno studio controllato in doppio cieco (*double-blind*). Si somministra il farmaco a un campione di pazienti scelti in modo casuale, cioè randomizzato (*random*), e a un altro campione di pazienti, anch'essi scelti in modo randomizzato, si somministra un placebo, cioè una pillola identica al farmaco come forma, peso, colore e sapore, ma inerte. Per i pazienti e i medici sanno quale il farmaco e quale il placebo (se lo sa il medico e non il paziente si parla di *single-blind*), lo sanno solo i ricercatori, i quali contrassegnano le pillole con una sigla; è stato dimostrato infatti che se il paziente sa che assume un farmaco spesso scatta l'effetto placebo, cioè migliora grazie a fenomeni suggestivi, ad esempio per una aspettativa di guarigione (ed è bene che non lo sappia neppure il medico perché può influenzarlo, e anche questo è stato dimostrato empiricamente).

L'effetto placebo è così potente che alcuni lo hanno addirittura definito il "farmaco" più efficace che esista in psichiatria il che, a ben vedere, la dice lunga su cosa sia la psichiatria, una disciplina non tecnologica in cui la relazione interpersonale gioca un ruolo fondamentale (Michael Balint diceva infatti che lo psichiatra somministra se stesso come farmaco: *Medico, paziente e malattia*. Prefazione di Pier Francesco Galli. Milano: Feltrinelli, 1961; Roma: Fioriti, 2014). Al termine della sperimentazione si studia la differenza tra i due gruppi utilizzando una scala di valutazione standardizzata, la stessa che è stata usata all'inizio dello studio, per misurare le differenze *pre-post*.

Sono questi quelli che vengono chiamati RCT (*Randomized Controlled Trials*), gli studi randomizzati controllati, un metodo rigoroso che viene definito, non a caso, il *gold standard* della ricerca scientifica, cioè il metodo da prendere come punto di riferimento per tutti i ricercatori. È grazie agli RCT che la medicina ha potuto fare passi avanti enormi, ad esempio individuando farmaci che hanno salvato la vita a intere popolazioni.

Ebbene, come si diceva, dagli RCT è emerso che la differenza tra antidepressivo e placebo è davvero minima, clinicamente non significativa (uno dei primi che lo dimostrarono fu Irving Kirsch negli anni 1990, che riassunse le sue ricerche nel libro del 2009 *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito*. Milano: Tecniche Nuove, 2012). Ne consegue che la stragrande maggioranza dei pazienti soprattutto quelli affetti da una depressione non grave migliorano per l'effetto dell'incontro col medico, grazie a quella che potremmo chiamare una "psicoterapia implicita" (la psicoterapia, infatti, potrebbe anche essere definita come la scomposizione dell'effetto placebo per capirne il meccanismo, massimizzarlo e stabilizzarlo). Se i pazienti depressi migliorano sostanzialmente grazie al rapporto col medico, allora perché non offrire loro una psicoterapia? Sarebbe anche un bel guadagno per le casse dello Stato, dato che gli antidepressivi sono

rimborsabili.

Il problema Ã che ci perderebbero le case farmaceutiche, che hanno una influenza enorme nel condizionare la cultura del settore (finanziano i congressi, le riviste scientifiche, e tramite i rappresentanti farmaceutici offrono una loro capillare e per niente imparziale â? educazione continua in medicinaâ?). Ma anche molti pazienti richiedono i farmaci perchÃ vogliono risposte rapide e semplici (la cultura del *quick fix*, come si suol dire), e pure gli psichiatri amano i farmaci perchÃ li rassicurano, danno un senso al loro lavoro in un campo cosÃ difficile.

Riguardo alla poca efficacia degli antidepressivi dellâ? ultima generazione, gli inibitori della ricaptazione della serotonina (gli SSRI, *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*), che sono i piÃ diffusi (come il famoso Prozac, che da una grossa campagna pubblicitaria fu definito â? [la pillola delle felicitÃ](#) â?), va fatta una importante osservazione, che costituisce un altro paradosso. Essi si basano sullâ? ipotesi che alla base della depressione vi sia una carenza di un neurotrasmettitore nel cervello, la serotonina, ma Ã stato dimostrato da piÃ ricerche (una delle quali pubblicata proprio questâ? anno [sulla rivista *Molecular Psychiatry*](#)) che non vi Ã alcuna correlazione tra livelli di serotonina e depressione, cioÃ non Ã vero che i pazienti depressi abbiano un basso livello di serotonina (mentre invece Ã stata ampiamente dimostrata unâ? alta correlazione tra eventi di vita dolorosi e depressione).

Questo mostra che ancora non conosciamo esattamente la genesi neurobiologica della depressione, alla faccia della propaganda delle case farmaceutiche che â? spaccianoâ? gli antidepressivi come la terapia piÃ indicata per questo disturbo. Per interessanti riflessioni su questo e altri problemi, merita di essere letto lâ? interessante e tanto discusso saggio â? tradotto sul [n. 2/2012 della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*](#) â? della Prof.ssa Angell, della *Harvard University*, che traccia un quadro impietoso dello stato attuale della psichiatria, pesantemente condizionata dalla case farmaceutiche (e non si puÃ dire che la Prof.ssa Angell sia lâ? ultima venuta, avendo diretto la piÃ importante rivista medica del mondo, il *New England Journal of Medicine*).

Fin qui abbiamo parlato della depressione e dei farmaci antidepressivi.

Che dire dei disturbi dâ? ansia? I farmaci contro lâ? ansia, detti ansiolitici (cioÃ le benzodiazepine), sono invece molto efficaci, e agiscono subito, nel giro di mezzâ? ora o unâ? ora se presi per bocca (in via endovenosa lâ? effetto Ã immediato), mentre gli antidepressivi avrebbero il loro effetto solo dopo una o due settimane (ed Ã interessante qui vedere quanti pazienti dicono di star meglio subito dopo averli assunti, ulteriore prova del potente effetto placebo).

Diversamente dagli antidepressivi, gli ansiolitici quindi sono molto efficaci, perÃ presentano dei problemi: inducono dipendenza e assuefazione. CiÃ significa che, se vengono presi quotidianamente, dopo un poâ? per avere gli stessi effetti puÃ essere necessario aumentarne la dose, e creano dipendenza nel senso che non Ã facile interromperli rapidamente, altrimenti il paziente prova un aumento di ansia e malessere.

Andrebbero assunti quindi per un breve periodo, ad esempio una settimana, per superare un momento difficile (e questo Ã scritto anche in quello che viene chiamato, in un modo quanto mai significativo, â? bugiardinoâ?). Inutile dire che tantissimi pazienti li assumono per piÃ tempo, anche per tutta la vita, senza che abbiano un vero effetto terapeutico a causa della assuefazione (cioÃ i pazienti tornano allo stato psicologico precedente, con la differenza che se li interrompono bruscamente ricompare lâ? ansia, e in misura ben maggiore). Non vi Ã quindi un vero guadagno nel lungo periodo, ma vi Ã certamente un guadagno per le case farmaceutiche che speculano sul fatto che tanti pazienti li prendano per tutta la vita.



Va detto che per gli antidepressivi vi Ã un fenomeno simile, anche se in misura molto minore: sia quando si inizia la assunzione sia quando la si interrompe il paziente puÃ² avvertire per qualche giorno un piccolo disagio, alcuni fastidi (ad esempio sensazioni strane alla vista), e questi sintomi sono causati dal fatto che lâ??equilibrio neurotrasmettitoriale nel cervello deve riaggiustarsi ai nuovi livelli di serotonina (e, come argomentano molti ricercatori, il cervello dopo alcune settimane si autoregola e torna allâ??equilibrio precedente, annullando quindi lâ??eventuale effetto iniziale, e questo spiegherebbe il fatto che dopo un poâ?? gli antidepressivi hanno meno effetto).

Ma quello che Ã importante Ã il disagio che il paziente prova quando li interrompe, perchÃ© il cervello deve riadattarsi di nuovo: subito questo disagio viene interpretato dal paziente con lâ??idea che lâ??antidepressivo gli faceva bene, per cui ne riprende lâ??assunzione, a beneficio non suo ma delle case farmaceutiche, che queste cose le sanno ma si guardano bene dal farle dire ai loro rappresentanti farmaceutici. Queste e altre cose sono spiegate molto bene, tra gli altri, Robert Whitaker nel suo bellissimo libro [*Indagine su unâ??epidemia. Lo straordinario incremento delle disabilitÃ psichiatriche nellâ??epoca della diffusione degli psicofarmaci*](#) (Roma: Fioriti, 2013 â?? esiste anche [un video su YouTube](#)).

Del resto giÃ negli anni 1990 il professor Giovanni Andrea Fava, dellâ??UniversitÃ di Bologna, aveva sostenuto che i farmaci antidepressivi e ansiolitici possono indurre cronicitÃ e maggiori ricadute (Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1994, 61: 125-131; SuscettibilitÃ alle ricadute e cronicitÃ nei disturbi affettivi. Siamo

sicuri che i farmaci antidepressivi ed ansiolitici abbiano solo un effetto protettivo? *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1995, 119, 2: 203-209).

Questo Ã¨ quindi lo stato attuale della terapia dei disturbi d'ansia e depressivi, quelli che vengono chiamati disturbi mentali comuni (ben diversi ad esempio dalla schizofrenia o dal disturbo bipolare, per i quali vi sono farmaci a volte molto efficaci). Cosa si puÃ² fare per migliorare la situazione? Va segnalata a questo proposito una importante iniziativa.

Pochi mesi fa Ã¨ stato pubblicato il documento finale della *Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione, costituita con il patrocinio dell'Istituto Superiore di SanitÃ dopo un convegno organizzato a Padova il 18-19 novembre 2016 da Ezio Sanavio, Professore di Psicologia clinica all'UniversitÃ di Padova. A quel convegno era stato invitato David Clark, che aveva presentato il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*, da lui promosso nel 2008 assieme a Richard Layard, docente di Economia alla *London School of Economics (LSE)*, e poi attivato dal governo inglese: il punto di partenza di tale programma era rappresentato dall'accumularsi di prove scientifiche che dimostrano che, nel trattamento dei disturbi mentali comuni (ansia e depressione), la psicoterapia Ã¨ spesso piÃ¹ efficace dei farmaci (vi Ã¨ un minor numero di ricadute, i miglioramenti ottenuti sono piÃ¹ duraturi ed aumentano nel tempo, etc.).

Di conseguenza, come Ã¨ stato calcolato alla *London School of Economics*, migliorando l'accesso ai trattamenti psicologici nei Servizi di salute mentale Ã¨ possibile ottenere non solo un maggiore benessere per gli utenti, ma anche un guadagno per le casse dello Stato (minori assenze lavorative, minori costi indiretti delle malattie, etc.). Va detto che lo IAPT fu promosso inizialmente da un governo laburista, e che quando questo governo cadde e subentrÃ² un governo di destra, il programma fu finanziato ancor di piÃ¹, a riprova del guadagno economico derivato da una maggiore disponibilitÃ di psicoterapia (come sappiamo, spesso l'economia conta piÃ¹ del benessere dei cittadini).

Per molti disturbi psicologici comuni quindi la psicoterapia Ã¨ come peraltro indicato dalle principali linee-guida internazionali (inglesi, americane, australiane, etc.) prese in rassegna nel documento finale della *Consensus Conference* andrebbe considerata come intervento di prima scelta, mentre i medici spesso si limitano a prescrivere farmaci senza suggerire una psicoterapia altrettanto efficace o ancor piÃ¹ efficace. Sarebbe quindi nell'interesse generale migliorare l'accesso alle psicoterapie nei Servizi di salute mentale, assumendo psicoterapeuti (oggi presenti in numero molto limitato) e organizzando per medici e psicologi un'adeguata formazione. Oggi i pazienti che necessitano di un trattamento psicoterapeutico sono costretti a ricorrere al mercato privato, con una discriminazione di censo inaccettabile in tema di salute ed irrispettosa del dettato costituzionale.

Il [Documento finale della Consensus Conference, di 117 pagine](#), Ã¨ disponibile sul sito Internet dell'Istituto Superiore di SanitÃ (vi Ã¨ anche [una versione inglese](#)), con una [Premessa di Silvio Brusaferrero](#) (Presidente dell'Istituto Superiore di SanitÃ) e una [Presentazione di Silvio Garattini](#) (Presidente dell'Istituto Mario Negri e della Giuria della *Consensus Conference*). Inutile dire quanto sia importante far conoscere questo documento ai politici, agli amministratori della salute mentale, ai *media* e in generale a tutta la popolazione. La terapia dei disturbi mentali comuni, cioÃ¨ dell'ansia e della depressione, ha aspetti che la fanno assomigliare a complici le case farmaceutiche e soprattutto i modelli educativi di molte scuole di specialitÃ in psichiatria italiane che ne fanno da cassa di risonanza a una vera e propria *malpractice* di massa.

Paolo Migone (migone@unipr.it) Ã¨ coordinatore del Comitato editoriale della *Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione, e dirige la rivista [Psicoterapia e Scienze Umane](#).

Per maggiori informazioni:

Ezio Sanavio, [Una Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione](#). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2022, 56, 1: 11-20. Dopo questo articolo vi sono la [Premessa di Silvio Brusaferrò, la Presentazione di Silvio Garattini](#) al Documento finale della *Consensus Conference*, e due documenti che perseguono obiettivi affini che sono *open-access* e linkati all'[indice del n. 1/2022](#).

David M. Clark, [Il programma inglese Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\)](#). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2017, 51, 4: 529-550. Alcune informazioni sul programma inglese IAPT sono nell'[editoriale del n. 4/2017](#).

Research Group for Treatment for Anxiety and Depression (2017). [Psychotherapies for anxiety and depression: Benefits and costs](#). *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome (RIPPPO)*, 2017, 20, 2: 131-135.

Richard Layard & David M. Clark, *Thrive: How Better Mental Health Care Transforms Lives and Saves Money*. Foreword by Daniel Kahneman. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2014.

American Psychological Association, [Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia](#). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 3: 407-422.

Paolo Migone, [Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale](#). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, 39, 3: 312-322 (vedi [una versione del 2009](#)).

Paolo Migone, [Problemi della ricerca farmacologica: il caso dello Studio 329](#). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, 49, 4: 589-594.

Se continuiamo a tenere vivo questo spazio Ã" grazie a te. Anche un solo euro per noi significa molto. Torna presto a leggerci e [SOSTIENI DOPPIOZERO](#)

