

scienze
QUESTIONI PERSONALI

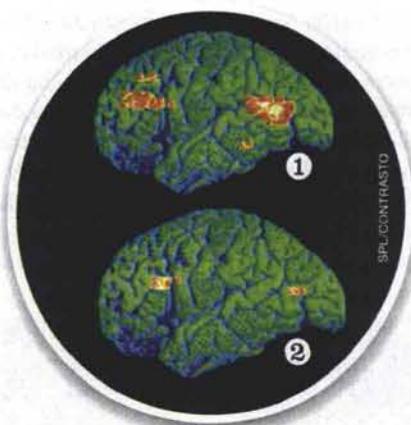
Farmaci o psicoterapia? Questo (non) è il dilemma

SPESSO SI PENSA CHE I DUE APPROCCI SIANO ALTERNATIVI. IN REALTÀ, COME SPIEGA UNO PSICHIATRA, POSSONO ESSERE **alleati**. RICORDANDO SEMPRE CHE NON TUTTE LE CURE VANNO BENE PER TUTTI I PAZIENTI

di Vittorio Lingiardi *

Durante una memorabile nevicata che sommerge Roma, Lea va dalla sua dottoressa, che le dice: «Se lei non prendesse né antidepressivi né sonniferi sarebbe molto infelice, stanca, depressa, ma certamente più lucida». È l'inizio dell'ultimo racconto di Ginevra Bompiani, *La neve* (et al. edizioni, pp. 94, euro 12). Leggendolo, penso a quante volte mi è stata rivolta la domanda: «Farmaci o psicoterapia?». A come è importante che il professionista interrogato sappia dare una risposta al paziente smarrito, o aiutarlo a trovarla. Risposta prima di tutto estratta dalla propria competenza diagnostica e possibilmente basata sulla catena di osservazioni che, in un famoso articolo del 1967, Gordon Paul riassume così: «Quale trattamento, condotto da chi, è più efficace per questa persona con questo problema specifico e in questo particolare contesto?». Senza dimenticare l'adagio di un padre della medicina moderna, Sir William Osler: «Talora è più importante sapere che tipo di paziente ha una data malattia, piuttosto che tipo di malattia ha un dato paziente».

Non stiamo parlando di gravi patologie psichiatriche, più facilmente riconducibili a protocolli convalidati, ma dei molti disturbi che, pur producendo condizioni di notevole sofferenza psicologica e relazionale, apparentemente non modificano il «normale» svolgimento della vita di tutti i giorni. Indicare un trattamento è compito, e responsabilità, del professionista; ma, in mancanza di risultati univoci sull'efficacia



RIVELAZIONI CHIMICHE

Due tomografie a emissione di positroni (Pet): quella più in alto mostra un cervello depresso, l'altra un cervello «normale».

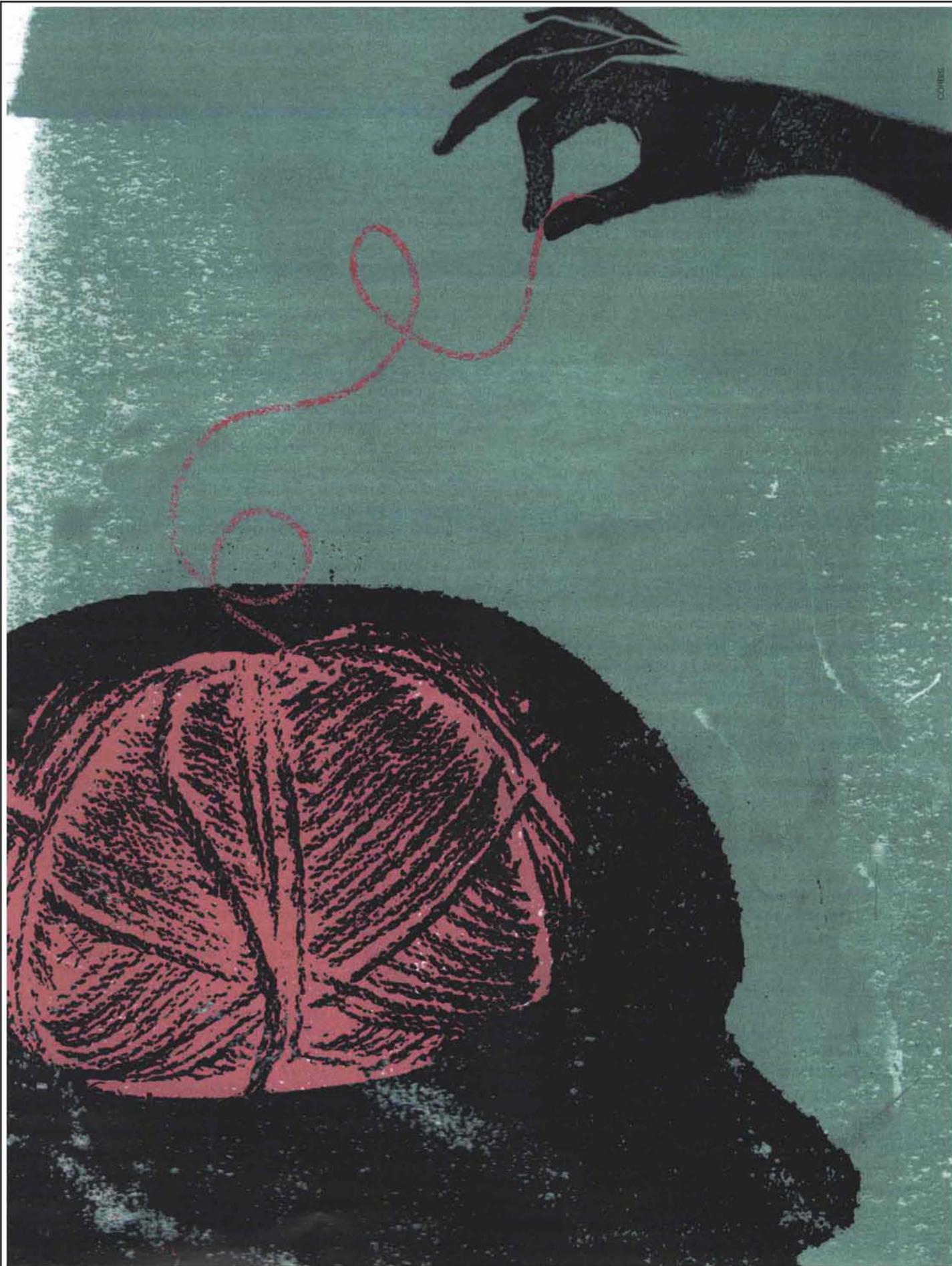
Nella depressione si evidenziano alterazioni della biochimica cerebrale (in particolare dei neuromodulatori serotonina e dopamina), che i farmaci puntano a riequilibrare

dei trattamenti, e in presenza di un ventaglio sempre più ampio di possibilità terapeutiche, chiama inevitabilmente in causa anche il punto di vista e le aspettative del paziente. Del resto, la ricerca *evidence based* (cioè basata su prove di efficacia) indica che la preferenza per il trattamento influenza in modo significativo l'esito.

Il *Journal of Clinical Psychiatry* ha pubblicato un articolo di McHugh e collabora-

tori dal titolo *Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review*. Una *meta-analytic review* è un metodo statistico di sintetizzare i risultati provenienti da molti studi diversi, così da poter trarre conclusioni più generali e utili alla pratica clinica. McHugh ha identificato 34 studi rappresentativi di più di 90 mila pazienti, per la maggior parte con disturbi depressivi o ansiosi. Più della metà dei pazienti (con prevalenza di donne e giovani) sembra scegliere la psicoterapia. Ma il dato che più mi ha colpito è il numero relativamente basso di individui che si orienta a scegliere entrambi i trattamenti, cioè farmaci e psicoterapia. È comprensibile che il paziente, anche per comodità, cerchi una soluzione unica. Meno comprensibile che il medico, nei casi in cui sarebbe indicato, non orienti il paziente a una scelta combinata. Come tutti i dilemmi binari, «farmaci o psicoterapia?» è spesso una scelta forzata e inefficace, che rende nemici due tipi di intervento diversi e con scopi diversi, ma che possono essere ottimi alleati.

Quale psicoterapia? Un articolo della giornalista del *New York Times* Harriet Brown, intitolato *Alla ricerca di prove sul funzionamento delle terapie*, ha acceso negli Usa un dibattito mediatico-scientifico su come scegliere uno psicoterapeuta e «verificare» il buon funzionamento della psicoterapia scelta. L'articolo è stato molto criticato perché non includeva le terapie psicomotriche e restringeva il campo delle psicoterapie «affidabili» solo a quelle di matrice cognitivo-comportamentale. ▀



COPIES

www.ecostampa.it

097156

scienze

QUESTIONI PERSONALI

Un documento dell'American Psychological Association (2012) afferma invece che psicoterapie tra loro diverse, purché valide e consolidate, mostrano un'efficacia sostanzialmente equivalente. Enfatizzando semmai, ai fini dell'andamento e dell'esito, il rilievo delle caratteristiche «personali» di paziente e terapeuta e lo stile della loro relazione.

Chissà, forse tra vent'anni gli psicoterapeuti non vorranno più qualificarsi aggiungendo un aggettivo dopo il termine «psicoterapeuta». Al momento, però, l'«offerta» è vastissima: cognitivo-comportamentale, dialettico-comportamentale, psicoanalitica o psicoanaliticamente orientata, sensorimotoria, Emdr (Eye Movement, Desensitization and Reprocessing). E poi: individuale, di coppia, familiare, di gruppo. Da qui un paradosso: come pazienti è importante sapere a cosa andiamo incontro, anche se quando stiamo male e cerchiamo un aiuto è difficile capire di cosa abbiamo bisogno. Alcuni cercano un sollievo immediato da un problema specifico, altri desiderano modificare caratteristiche stabili ma problematiche nel loro modo di sentire, pensare, mettersi in relazione con gli altri. Molti vogliono entrambe le cose. Che naturalmente non sono incompatibili. Lo psicoanalista Philip Bromberg dice che «la gente vuole cambiare rimanendo com'è»: una sintesi che mi sembra un buon punto di partenza. Fermo restando che, per il clinico, il punto di partenza migliore è la capacità di fare diagnosi: non solo del «caso clinico», aspettative comprese, ma soprattutto dell'indicazione al trattamento più appropriata per quel caso.

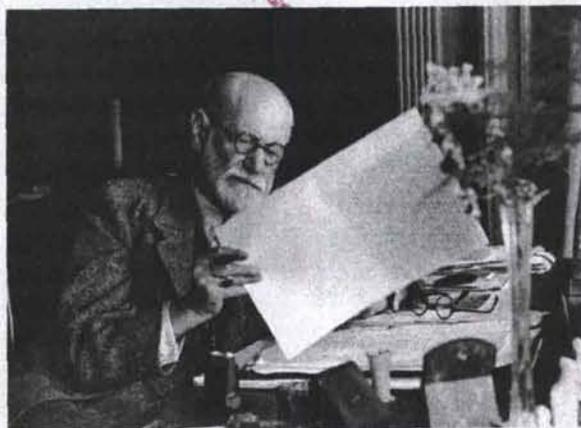
Nella selva delle psicoterapie il clinico deve saper essere una valida guida per il paziente. Diffidare di quei terapeuti che, troppo identificati con un particolare brand di terapia, sanno già come curare il paziente prima di ascoltarlo. E di quelli che pen-

DEPRESSIONE E ANSIA SONO I DISTURBI PIÙ DIFFUSI

ECCO COSA HANNO IN TESTA GLI ITALIANI

Secundo il rapporto del 2012 dell'Osservatorio nazionale dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), il consumo di farmaci per il sistema nervoso centrale in Italia è di circa 161 dosi giornaliere ogni mille italiani. La spesa pro capite nell'anno è stata pari a

55,7 euro e, dai 35 anni in poi, si riscontra un maggior uso da parte delle donne (+6 per cento rispetto agli uomini) che dai 74 anni in poi aumenta ancora (+8 per cento). Si consumano sempre più antidepressivi (+4,5 per cento dal 2004 al 2012) e i più consumati sono gli antidepressivi di tipo Ssri, ossia i farmaci che agiscono sull'umore contrastando i deficit di serotonina (27,8 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti). Secondo l'ultimo sondaggio Eurobarometro sul tema, risalente al 2010, circa il 6 per cento degli italiani assume antidepressivi. E quanti italiani fanno almeno una visita annuale allo psicologo psicoterapeuta? Circa 900 mila, secondo stime fornite da Mauro Grimoldi, presidente dell'Ordine degli psicologi della Lombardia. Ben più alto il numero di italiani che dichiara di aver sofferto almeno di un disturbo mentale nella propria vita: il più comune è la depressione (9,9 per cento della popolazione), seguita dall'ansia (8 per cento), dalle fobie (5,4 per cento) e dai disturbi di panico (1,5 per cento). Negli ultimi tre anni sono poi in netto aumento i trattamenti delle dipendenze (da gioco, droga, alcol, sesso). (g.a.)



Il padre della psicoanalisi Sigmund Freud a Vienna nel 1930

sano di poter curare chiunque abbracciando modelli eclettici dalla scarsa consistenza teorica e metodologica. Lo studio di McHugh è interessante non perché stabilisce la superiorità di un tipo di trattamento su un

altro (in mancanza di una diagnosi personalizzata, sarebbe una sciocchezza, spesso costosa), ma perché mette al centro dell'incontro clinico l'importanza dell'ascolto del paziente e la capacità di riflettere insieme su ciò di cui ha bisogno. Ascolto talvolta paradossalmente trascurato dal clinico, troppo preso dalla certezza dell'efficacia universale del proprio modello.

Non tutte le terapie vanno bene per tutti i pazienti. Conoscere i punti di forza e i limiti del tipo di terapia che a buon diritto sappiamo esercitare, serve a capire quando è il caso di proporre un'altra, con adeguato invio. Anche questa, direbbe con una definizione felice lo scienziato-clinico Allan Schore, è una forma «dell'arte della scienza della psicoterapia».

Vittorio Lingiardi

* Psichiatra e psicoanalista Ordinario di Psicologia dinamica all'Università La Sapienza di Roma