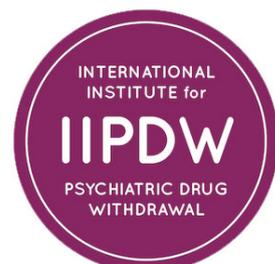




for Prescribed
Drug Dependence



Una breve guida su ciò che ogni psicoterapeuta dovrebbe sapere riguardo a come lavorare con gli psicofarmaci

OTTOBRE 2021

Questa non è una pubblicazione ufficiale della Camera dei Comuni o della Camera dei Lord. Questo documento non è stato approvato né dalla Camera né dalle sue commissioni. I gruppi parlamentari di tutti i partiti sono gruppi informali di membri di entrambe le Camere con un interesse comune per questioni particolari. Le opinioni espresse in questo rapporto sono quelle dei redattori e del team di scrittura.

© Council for Evidence-based Psychiatry October 2020.

Questo lavoro è rilasciato sotto la licenza internazionale Creative Commons Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 (CC-BY-NC-ND 4.0). Per visualizzare una copia di questa licenza, visitare creativecommons.org o inviare una lettera a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Per citare il documento

Rizq, R., Guy, A. with Stainsby, K. (2020) A short guide to what every psychological therapist should know about working with psychiatric drugs. London: APPG for Prescribed Drug Dependence.

Versione italiana

A cura di Costanzo Frau, Michele Modugno, Rosario Savino e Francesco Bottaccioli
(Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia)

Se hai problemi a leggere questo documento e desideri avere un formato diverso, contattaci per farci sapere le tue specifiche esigenze.

tel: 0116 252 9523 | **e-mail:** P4P@bps.org.uk.

INDICE

4	1.0 Introduzione
5	2.0 Come funzionano gli psicofarmaci? Il “modello incentrato sul disturbo” vs. il “modello incentrato sul farmaco”
5	2.1 Principali psicofarmaci: possibili effetti collaterali e reazioni da sospensione
7	3.0 Che cosa credono i terapeuti in merito agli psicofarmaci?
7	3.1 Implicazioni etiche da considerare: parere medico rispetto all'informazione medica
8	3.2 In che modo gli psicofarmaci influiscono sulla relazione e sul processo terapeutico?
9	4.0 Implicazioni per la pratica terapeutica
10	5.0 Sospendere l'assunzione dei farmaci prescritti: l'approccio della “saggezza condivisa”
12	6.0 Ulteriori implicazioni da prendere in esame
12	7.0 Conclusioni e possibili passi da adottare in futuro

1.0 INTRODUZIONE

Sebbene gli psicofarmaci siano stati tradizionalmente considerati come il pilastro del trattamento psichiatrico, le prove ora suggeriscono che sono prescritti in modo eccessivo e che un'ampia percentuale di persone fatica a ridurli o sospenderli.

Con prescrizioni raddoppiate negli ultimi 10 anni, la maggior parte degli psicoterapeuti si trova a lavorare con pazienti che hanno assunto o stanno attualmente assumendo psicofarmaci.

Tuttavia, un recente sondaggio su oltre 1.200 terapeuti iscritti alla *British Association for Counselling and Psychotherapy* (BACP), alla *British Psychological Society* (BPS) e all'*UK Council for Psychotherapy* (UKCP) ha rilevato che la maggior parte di loro sentiva il bisogno di supporto quando lavorava con problemi di dipendenza da farmaci. Solo il 7% degli intervistati ritiene che i propri studi li abbiano formati "molto bene" per lavorare in quest'area e il 93% ha riferito che avrebbe trovato "utile" o "molto utile" avere una guida professionale che li aiutasse a lavorare con i pazienti che stanno assumendo o interrompendo gli psicofarmaci.

In risposta a questa esigenza di sostegno, durante la legislatura 2017-19 il Gruppo parlamentare composto da tutti i partiti (APPG) per la dipendenza da farmaci prescritti ha incoraggiato la creazione della "*Guida per gli psicoterapeuti: consentire dei colloqui con i pazienti che assumono o sospendono gli psicofarmaci*".¹

Questa guida fornisce prove e informazioni aggiornate sui principali effetti degli psicofarmaci e sulle possibili conseguenze dell'astinenza a essi associate. Invita inoltre i terapeuti a considerare e lavorare con un'ampia gamma di problemi associati agli psicofarmaci prescritti, laddove si presentano nel lavoro terapeutico. La guida completa è ampia, quindi questa versione che rappresenta una lettura breve è stata creata per riassumere alcuni dei principali problemi e implicazioni utili per la pratica, in un formato più conveniente e accessibile. Per ulteriori informazioni, si consiglia di consultare la versione completa della guida all'indirizzo <https://prescribeddrug.info/>.

Data la diversità dei background terapeutici, della formazione professionale e delle impostazioni

pratiche, né la guida completa né questo riepilogo di breve lettura mirano a essere prescrittivi. Non vengono suggerite "competenze" o linee guida formali. Al contrario, sarai incoraggiato a considerare se e come potresti iniziare a integrare le questioni relative ai farmaci prescritti nella tua pratica terapeutica. La seguente guida ti supporterà:

- Fornendoti informazioni sui principali effetti, conseguenze avverse e possibili reazioni di astinenza per ciascuna delle principali classi di psicofarmaci.
- Aiutandoti a capire come e quando gli psicofarmaci potrebbero influire sulla relazione e sul processo terapeutico.
- Supportandoti e autorizzandoti a parlare dei farmaci prescritti con i pazienti e, laddove opportuno, con i prescrittori.
- Consentendoti di supportare i pazienti per qualsiasi accordo raggiungano con i medici prescrittori sull'assunzione o la sospensione degli psicofarmaci.
- Incoraggiandoti a riflettere sui tuoi atteggiamenti e convinzioni riguardo all'uso di psicofarmaci.

Questa guida è intesa a consolidare e supportare i colloqui che potresti già intrattenere con i tuoi pazienti. Dovrai decidere da solo se e in che misura utilizzarla nel contesto del tuo lavoro clinico. Questa decisione dipenderà dalla tua metodologia, impostazione e dalle esigenze individuali dei tuoi pazienti. L'autonomia del paziente, come sempre, va supportata e rispettata in ogni momento. I pazienti vanno incoraggiati a discutere la sospensione degli psicofarmaci con un medico esperto che può fornire consigli medici, supervisionare e gestire adeguatamente i processi di sospensione. Sebbene questa guida sostenga l'importanza di una scelta informata per il paziente sulla base di informazioni complete sui benefici e potenziali rischi, non raccomanda di suggerire ai propri pazienti di assumere, non assumere, mantenere o sospendere gli psicofarmaci. Queste questioni devono rientrare tra le decisioni del medico e del paziente.

2.0 COME FUNZIONANO GLI PSICOFARMACI? IL “MODELLO INCENTRATO SUL DISTURBO” VS. IL “MODELLO INCENTRATO SUL FARMACO” (vedi la sezione 2 nella guida completa)

Nonostante decenni di intense ricerche su vari neurotrasmettitori, genetica e reti neurali, non è stata determinata una causa definitiva per le forme di disagio mentale. Alla luce di questa incertezza, sono stati proposti due modelli di spiegazione sull'azione dei farmaci. Il modello di azione “incentrato sulla malattia” presuppone che gli psicofarmaci correggano (o lo facciano parzialmente) un'anomalia sottostante o un processo patologico che si presume sia alla base dei sintomi di un disturbo. Ciò è strettamente correlato alle teorie secondo cui alcune condizioni di salute mentale derivano da “squilibri chimici” nei neurotrasmettitori nel cervello. Di conseguenza, a molte persone è stato detto che c'è una ragione biologica per la loro depressione (come un cambiamento biochimico nel cervello o un fattore genetico). Il “messaggio” psicologico che passa sul poco controllo che i pazienti avrebbero sul problema contrasta con l'idea che la terapia aiuti le persone ad acquisire un maggiore controllo sui propri sentimenti e sul proprio comportamento.

Poiché esistono poche prove attendibili a sostegno del modello incentrato sul disturbo, più recentemente è stato proposto il “modello incentrato sul farmaco”. Questo modello evidenzia come gli psicofarmaci producano uno stato globale alterato che implica cambiamenti fisiologici, psicologici e comportamentali. Tali cambiamenti si sovrappongono e interagiscono con i sintomi dei “disturbi” mentali in modi che una persona può sperimentare come utili o inutili. Un esempio di ciò sono gli effetti di una benzodiazepina sull'ansia. Le benzodiazepine riducono l'eccitazione e inducono uno stato di calma e rilassamento. Questo può essere vissuto come un sollievo per qualcuno che soffre di ansia, ma non significa che la persona ritorni al suo stato “normale” o pre-sintomatico. Inoltre, è accompagnato da sedazione e ottundimento mentale, effetti che possono essere problematici. Poiché alterano le normali funzioni corporee, tutti i farmaci hanno effetti negativi e possono fare più male che bene, specialmente se

prescritti a lungo termine. È probabile che gli psicofarmaci (a vari livelli) compromettano e sopprimano aspetti del funzionamento mentale ed emotivo di una persona. Gli individui devono decidere e rivalutare periodicamente se gli effetti complessivi di un farmaco sono preferibili all'angoscia o alle difficoltà che hanno sperimentato in origine.

Comprensibilmente, alcuni pazienti non desiderano provare forti sentimenti di angoscia e potrebbero ritenere che i farmaci porteranno loro sollievo rapidamente e con poco sforzo. I terapeuti dovranno considerare non solo i messaggi impliciti ed espliciti ricevuti dai pazienti riguardo agli psicofarmaci, ma anche le convinzioni e i significati ad essi associati, poiché potrebbero impedire loro di accettare una visione alternativa che potrebbe essere loro d'aiuto.

La British Psychological Society (BPS) ritiene che “i clienti e il pubblico in generale siano influenzati negativamente dalla continua e continua medicalizzazione delle risposte naturali e normali alle loro esperienze; risposte ... che non riflettono tanto le malattie quanto la normale variazione individuale ... Ciò non considera il contesto relazionale dei problemi e l'inevitabile legame causalità di tipo sociale che caratterizza molti di questi.”²

2.1 PRINCIPALI PSICOFARMACI: POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI E REAZIONI DA SOSPENSIONE.

Per maggiori informazioni, si consulti la sezione 4 della guida completa

La tabella 1 riportata nella pagina seguente, offre una sintesi utile a familiarizzare con alcuni dei principali psicofarmaci, i loro usi più comuni, gli effetti collaterali e le reazioni da sospensione.

N.B. Possono venir prescritti più psicofarmaci insieme, ad esempio co-somministrando un antidepressivo insieme ad una benzodiazepina; in aggiunta, farmaci generalmente impiegati in psichiatria possono essere usati per trattare altre problematiche: ad esempio, la carbamazepina può essere prescritta nel trattamento dell'emicrania.

Tabella 1. Psicofarmaci, i loro effetti e le reazioni da sospensione

CLASSE FARMACOLOGICA	EFFETTI PERCEPIBILI COME AVVERSI	POSSIBILI REAZIONI DA SOSPENSIONE
<p>Benzodiazepine e Farmaci non Benzodiazepinici ['Z-Drugs] Utilizzati per l'ansia, la sedazione, l'astinenza da alcol Es. Temazepam, Diazepam,</p> <p>Z-Drugs: utilizzati per l'insonnia Es: Zopiclone</p> <p>Pregabalin, Gabapentin: utilizzati per l'ansia, il dolore cronico es: Lyrica, Neurontin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedazione - Rischio di Dipendenza Significativo - Sedazione e riduzione delle abilità cognitive 	<ul style="list-style-type: none"> - Sudorazione, nausea, stordimento, crampi addominali - Ansia, agitazione, insonnia e indolenzimento muscolare - Formicolio, sensazione di 'shock elettrico', rischio di epilessia - Attacchi di panico, indebolimento della memoria - Allucinazioni, deliri - Incubi
<p>Antidepressivi Utilizzati per la depressione e l'ansia Es: Fluoxetina, Paroxetina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedazione - SSRI/SNRI: nausea, sonnolenza, insonnia - Disfunzione Sessuale - Ansia e agitazione - Ottundimento Emotivo - Ideazione Suicidaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansia - Nausea, stordimento, insonnia - Cambiamenti d'umore - Allucinazioni - Sogni vividi - Confusione
<p>Stimolanti Utilizzati per il disturbo da deficit di attenzione e iperattività Es: Ritalin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insonnia - Rallentamento della crescita nei bambini 	<ul style="list-style-type: none"> - Effetti rimbalzo, inclus tendenza al pianto, irritabilità e labilità emotiva
<p>Stabilizzanti dell'Umore Utilizzati per il disturbo bipolare Es: Litio, Tegretol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedazione - Sonnolenza, tremore, letargia, difficoltà nell'apprendimento, tempi di reazione allungati, memoria debole, riduzione della spontaneità - Aumento di peso - Attenuazione delle risposte emotive - Intossicazione possibile (litio): necessità monitoraggio 	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di effetti fisici da sospensione - Probabile ricaduta o rimbalzo in condizione di mania
<p>Antipsicotici Utilizzati i disturbi psicotici (includendo la schizofrenia), la mania acuta, sedazione Es: Clorpromazina, Aloperidolo, Olanzapina, Risperidone</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedazione - Smorzamento emotivo e motivazionale - Stordimento, disfunzione sessuale, aumento di peso - Effetti cardiovascolari - Acatisia ed effetti extrapiramidali - Discinesia Tardiva - Effetti anticolinergici: xerostomia, offuscamento visivo, costipazione - Suicidalità 	

3.0 CHE COSA CREDONO I TERAPEUTI IN MERITO AGLI PSICOFARMACI?

Come indicato in precedenza, in ambito sanitario, il modello *incentrato sul disturbo* è strettamente legato all'approccio biomedico, la cui prolungata dominanza forgia probabilmente attitudini, convinzioni, valori e pratica lavorativa dei terapeuti d'ogni background culturale. Prima di pensare a quale approccio impiegare con pazienti che presentano problematiche di dipendenza da farmaci, può essere utile pensare alle relazioni che i modelli biomedici e medici hanno con la pratica terapeutica. Questo ti aiuterà a considerare se, e in quale misura, questo aspetto è presente nelle tue convinzioni relative agli psicofarmaci.

Naturalmente, convinzioni e attitudini non sono solo plasmate dai modelli medici, ma anche dal background professionale, dalla formazione e dal lavoro, così come da esperienze personali del singolo con gli psicofarmaci. Alcuni terapeuti lavorano in contesti che privilegiano un approccio biomedico che impone l'utilizzo di un linguaggio pregno di classificazioni psichiatriche, valutazioni standardizzate e tecniche "cliniche" riportate nei manuali. Tutto ciò si avvicina al modello *incentrato sul disturbo* che enfatizza nozioni quali deficit, sintomatologia e medicalizzazione (talvolta riportato come approccio "che cosa c'è che non va?") Altri terapeuti lavorano in contesti che privilegiano approcci più teorici, in grado di enfatizzare aspetti psicologici, psico-sociali e sistemici dell'esperienza, utili a rilevare il distress emotivo (approccio "che cosa ti è successo"). Può dunque essere utile riflettere sul contesto professionale e il linguaggio impiegato nella propria pratica professionale e su come questi elementi possano influenzare convinzioni e attitudini in merito agli psicofarmaci.

Domande utili a riflettere sulla propria posizione come terapeuta, da impiegare per proprio conto o in supervisione:

- Qual è la mia spiegazione del termine "modello medico"?

- Che posizione assumo in relazione al modello medico? Dove mi posiziono?
- In che modo la mia formazione e la mia pratica professionale influenzano il mio approccio alle problematiche inerenti gli psicofarmaci (assunzione e sospensione)?
- Ho esperienza personale nell'assunzione di psicofarmaci? Sono a conoscenza di familiari o amici che li assumano?
- Se sì, in base alle mie conoscenze-esperienze pratico-personali, che cosa ne penso o che sensazioni provo a riguardo?

3.1 IMPLICAZIONI ETICHE DA CONSIDERARE: PARERE MEDICO RISPETTO ALL'INFORMAZIONE MEDICA

È difficile per qualsiasi figura professionale restare al passo con lo sviluppo rapido di informazioni mediche e scientifiche. Ciò implica l'esistenza di svariate opinioni tra coloro che forniscono assistenza ai pazienti. Sfortunatamente, non esistono indicazioni specifiche su come i terapeuti debbano rispondere alle problematiche di ordine etico collegate all'assunzione e sospensione degli psicofarmaci.

Tuttavia, i principi etici generali forniti da tutti i principali organismi di accreditamento professionale rimangono importanti termini di paragone. Tali principi comprendono:

- Basarsi sul consenso informato
- Rispettare gli interessi del paziente
- Mantenersi aggiornati in termini di conoscenza e tecniche
- Mostrare sincerità e affidabilità
- Lavorare nel rispetto dei colleghi

Affrontare in psicoterapia le problematiche concernenti gli psicofarmaci significa sollevare questioni etiche che arrivano ai limiti della competenza, della modalità e del ruolo professionale. Capita, ad esempio che i pazienti possano chiedere consiglio e informazioni, discutendo con il terapeuta sulla scelta

del farmaco, sul dosaggio e sulla sua frequenza. È importante distinguere tra il fornire un parere medico e fornire informazioni mediche. Discutere di evidenze scientifiche, condividere informazioni provenienti da fonti autorevoli o offrire prospettive diverse quando appropriato è molto diverso dal fornire diagnosi, prescrivere o suggerire la sospensione di un farmaco. È importante che per il paziente la distinzione sia chiara ed è buona prassi ripetere il concetto. I pazienti che chiedono consiglio sui farmaci andrebbero sempre reindirizzati al prescrittore o al medico, tuttavia, aiutare un paziente a comprendere i vantaggi e gli svantaggi potenziali dell'assumere psicofarmaci può essere concepito come parte della responsabilità atta a garantire il lavoro fatto insieme, così come viene riportato nel consenso informato. Ciò è ben diverso dalla responsabilità del prescrittore d'informare il paziente sugli effetti psicologici e fisiologici dei farmaci prescritti. Supportare questo processo può certamente essere utile al terapeuta, laddove opportuno, ad esempio indirizzando i pazienti a fonti autorevoli d'informazione.

3.2 IN CHE MODO GLI PSICOFARMACI INFLUISCONO SULLA RELAZIONE E SUL PROCESSO TERAPEUTICO?

I pazienti vengono in terapia con molte credenze ed ipotesi sugli psicofarmaci. Molte persone credono, oppure gli è stato detto, che la depressione, l'ansia ed altri problemi psicologici, siano causati da cambiamenti biochimici del cervello, mentre, altri credono che vi siano fattori genetici, alla base del loro disagio emotivo. In questi casi, gli psicofarmaci sono portatori di un forte "messaggio" psicologico, ovvero che l'individuo ha una "malattia" e richiede "cure mediche" per poter reagire. I pazienti possono anche credere che provare dei forti sentimenti di angoscia non sia un bene per loro e che, gli psicofarmaci elimineranno, rapidamente e senza sforzo, i senti-

menti di tristezza o rabbia. In queste ed in molte altre situazioni, avrai bisogno di esplorare, in modo sensibile, le credenze ed i significati che il paziente attribuisce agli psicofarmaci, tenendo conto delle sue particolari esperienze, così come di eventuali aspettative irrealistiche che potrebbe avere su questi.

Come abbiamo visto, gli psicofarmaci soggetti a prescrizione medica agiscono sul cervello, alterando l'umore e la coscienza; a volte, aiutando a controllare le reazioni al disagio emotivo, generando torpore, sedando o tranquillizzando una persona. Sebbene alcuni pazienti troveranno utili gli effetti degli psicofarmaci, allo stesso tempo essi possono comportare una serie di effetti avversi, che possono influire, in modo significativo, sulla relazione e sul processo terapeutico. Qui di seguito elenchiamo alcuni dei possibili effetti sul pensiero, sui sentimenti e sul comportamento:

Gli effetti negativi sul pensiero possono includere:

- Riduzione della memoria
- Scarso richiamo
- Scarsa concentrazione
- Confusione
- Perdere il controllo delle idee
- Difficoltà nel creare collegamenti
- Difficoltà nella strutturazione del pensiero
- Problemi nel rimanere concentrati
- L'incapacità di conservare le informazioni dettagliate nel tempo.

Gli effetti negativi sulle sensazioni possono includere:

- Ritiro emotivo, sentirsi meno in grado o disposto ad entrare in contatto con un Terapeuta
- Sentirsi non coinvolti, distanti o "non realmente lì"
- Incapacità di riconnettersi con sensazioni relative alle esperienze passate
- Soppressione delle emozioni di rabbia, tristezza o paura
- Mancanza di congruenza emotiva.

Gli effetti negativi sul comportamento possono includere:

- Passività con il terapeuta
- Passività al di fuori delle sessioni di terapia
- Mancanza di cooperazione o eccesso di adattamento (compiacenza)
- Negazione della responsabilità
- Assenze per ritardo, cancellazioni o mancati appuntamenti
- Apparente scarsa motivazione
- Linguaggio o comportamenti ripetitivi
- Ritiro dal lavoro o dalle attività sociali.

Avrai bisogno di tenere a mente, che molti degli effetti elencati qui, possono anche far parte del disagio emotivo. Potresti quindi prendere in considerazione la possibilità di esplorare con il tuo paziente se eventuali effetti percepiti sul pensiero, sui sentimenti e sul comportamento avrebbero potuto essere riscontrati anche prima di assumere il farmaco prescritto.

4.0 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA TERAPEUTICA

Quando inizi a lavorare con i pazienti che assumono o pensano di assumere un farmaco psichiatrico prescritto potresti voler:

- Esplorare in modo sensibile e con cura, come il tuo paziente comprende le sue difficoltà psicologiche, e se è pronto a discutere sull'assunzione del farmaco prescritto.
- Informarti se il prescrittore che ha in carico il paziente, ha discusso con lui tutti i possibili effetti ed i potenziali fattori di dipendenza legati a qualsiasi farmaco proposto. È importante incoraggiare il paziente a discuterne con il prescrittore, se non lo ha già fatto.
- Pensare se e in che misura, l'assunzione degli psicofarmaci prescritti, potrebbe influenzare l'esperienza terapeutica del tuo paziente. Se questo è un primo appuntamento, puoi decidere, che non è nell'interesse del tuo paziente iniziare la terapia.

Puoi scegliere invece, di indirizzarlo a fonti alternative di aiuto e supporto per gestire il disagio o ritirarsi dall'uso di tali farmaci. Tuttavia, data la mancanza di servizi attualmente disponibili, dovresti rimanere cauto nel presumere che altri professionisti siano più capaci di offrire cure emotive o psicologiche. I terapeuti si trovano nella giusta posizione per offrire un supporto per la sospensione (idealmente con un prescrittore che consiglia un piano di riduzione), sebbene potrebbe essere necessario rivedere le aspettative terapeutiche su quale tipo di lavoro sarà possibile fare mentre si procede in questa direzione. Dovrai anche fare attenzione a non offrire suggerimenti personalizzati, sull'opportunità o meno di assumere psicofarmaci soggetti a prescrizione medica. Qualsiasi domanda specifica sul tipo, il dosaggio o la frequenza degli psicofarmaci, deve essere rinviata al prescrittore, che può dare consigli medici. Tuttavia, poiché si tratta di un'area di studio emergente non tutti i prescrittori saranno necessariamente consapevoli della necessità e del modo di pianificare un lento scalaggio. I pazienti potrebbero aver bisogno di indicazioni sulle informazioni utili a tal riguardo, che daranno loro la fiducia necessaria per chiedere il sostegno di un prescrittore.

Domande per aiutarti a riflettere sulla tua pratica da solo o sotto supervisione:

- Cosa pensa e prova il mio paziente riguardo l'assunzione di psicofarmaci prescritti?
- Perché il mio paziente desidera, o sente di aver bisogno, di accettare (o meno) una prescrizione?
- Quale è il rapporto del mio paziente con il proprio medico di famiglia o prescrittore? Come posso supportare al meglio la scelta del mio paziente quando deve iniziare a prendere farmaci prescritti o quando deve rivedere il medico di famiglia/prescrittore, per prendere in considerazione soluzioni alternative ai farmaci?
- Il mio paziente, richiede direttamente consigli sui farmaci? In caso affermativo, posso sostenere la sua richiesta in relazione alla prescrizione? Necessita di maggiori informazioni?

- Sono stato chiaro sulla distinzione tra informazioni mediche e suggerimenti?
- Quale è il probabile impatto del farmaco proposto sulla capacità del mio paziente di impegnarsi nella terapia psicologica?

5.0 SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEI FARMACI PRESCRITTI: L'APPROCCIO DELLA "SAGGEZZA CONDIVISA"

Nonostante le prove sui benefici del trattamento prolungato siano limitate, si consiglia ad alcune persone di continuare ad assumere psicofarmaci per molto tempo, anche dopo la risoluzione del problema alla base. Alcune persone vogliono smettere di assumere i farmaci prescritti, poiché le loro condizioni sono stabili o temono possibili effetti nocivi. Altri pazienti potrebbero ritenere che i farmaci assunti non sono stati di aiuto. Quando una persona assume uno psicofarmaco, il corpo lo percepisce come un elemento estraneo e cercare di controbilanciarne gli effetti, adattandosi a esso. Questo significa che, nel tempo, possono essere necessarie dosi più elevate per ottenere lo stesso effetto ("tolleranza"). Significa anche che, quando un farmaco assunto per qualche tempo viene interrotto, gli adattamenti del corpo non sono più contrastati dalla presenza del farmaco. Tutto questo può causare spiacevoli sensazioni ed esperienze definite come "astinenza".

Durante il percorso terapeutico, i pazienti possono prendere in considerazione la possibilità di sospendere l'assunzione degli psicofarmaci. Potrebbero decidere di seguire solamente la psicoterapia o interrompere tutti i trattamenti se si sentono meglio. Tuttavia il processo di "sospensione" potrebbe non essere facile (*vedi la sezione 5 della guida completa*) e prevede una pianificazione e preparazione che richiede tempo.

Il processo di sospensione stesso potrebbe richiedere mesi o anni, non giorni o settimane.

È improbabile che un processo di sospensione affrettato o non pianificato abbia successo. Di solito si ottiene l'assottigliamento ("tapering"), ovvero il gra-

duale scalaggio del farmaco gestito dal prescrittore, il quale con tutta probabilità seguirà un protocollo raccomandato e già collaudato.

Sebbene sia importante ricordare ai pazienti i rischi di un'interruzione improvvisa o della riduzione di uno psicofarmaco, occorre anche tener presente che un prescrittore esperto dovrebbe offrire consigli specifici su come scalare nel tempo il farmaco (tapering).

Pur non essendo disponibile una ricerca formale sulle migliori strategie terapeutiche a supporto del processo di sospensione, è possibile adottare un approccio di "saggezza condivisa" (ulteriori informazioni al riguardo, compresa la bibliografia, sono disponibili nella sezione 6 della guida completa). Questo approccio prevede tre fasi:

Fase 1. Prima di cominciare la sospensione del farmaco

Si può aiutare il proprio paziente preparandolo alla sospensione:

- **Mantenendo** un atteggiamento acritico di accettazione
- **Valutando** se il proprio paziente sia "pronto". Perché ora? C'è un programma? Chi darà supporto medico?
- **Discutendo** i vantaggi e gli svantaggi di una sospensione. Quali sono le motivazioni del paziente? I suoi obiettivi e timori? Quali sono le probabilità e la natura degli effetti della sospensione? Quale sarà la sua disponibilità per future sessioni extra o per un contatto "tra le sessioni", se necessario?
- **Dando indicazioni precise.** Questo comporta informazioni pertinenti sulla sospensione assieme a strategie utili di adattamento e/o cambi di stile di vita favorevoli, adeguati alla situazione. Tutta via alcuni individui possono manifestare gravi effetti spiacevoli derivanti dalla sospensione e questi pazienti potrebbero aver bisogno di sostegno terapeutico nel selezionare strategie appropriate ai loro bisogni, che siano realistiche e realizzabili in relazione alle loro capacità del momento.
- **Essendo chiari.** È importante che il terapeuta e il paziente capiscano senza ombra di dubbio le de-

finizioni di ricaduta, effetto di rimbalzo o rebound, ricorrenza e astinenza che possono essere confusi con una ricaduta (*vedere la sezione 5.4.2 della guida completa*).

- **Identificando** qualsiasi timore, incluso quello che i tentativi di sospendere il farmaco possano essere sabotati, sia da se stessi che da altri. È anche utile identificare una rete di sostegno e l'impatto potenziale di qualsiasi effetto della sospensione sulla famiglia del paziente e altre reti sociali (che sono particolarmente significativi per anziani e persone con difficoltà nell'apprendimento o nella comunicazione).

È importante discutere con i pazienti che la sospensione dovrebbe essere programmata, non improvvisa ed è opportuno che avvenga sotto la supervisione di un medico prescrittore esperto. È possibile che i dosaggi dei farmaci debbano essere ridotti molto lentamente in un arco di tempo di mesi o in più tempo, soprattutto se la persona ha assunto farmaci per un lungo periodo. In questi casi possono essere utili formulazioni liquide del farmaco, che permettono la precisione di riduzioni minime.

Fase 2: Durante il processo di sospensione

Si può aiutare il paziente durante il processo di sospensione:

- **Mantenendo** un atteggiamento empatico di accettazione acritica.
- **Identificando e normalizzando** le reazioni della sospensione (ad esempio forte senso di ansia) rassicurando che queste reazioni passeranno.
- **Aiutando** il paziente a gestire le reazioni della sospensione che possono verificarsi col tempo.
- **Incoraggiando** il paziente a tenere un diario su cui annotare le proprie reazioni ed esperienze.
- **Interrompendo** ogni tentativo di capire in profondità lo stato psicologico del paziente nel caso che le reazioni della sospensione siano forti, adottando invece un lavoro di supporto.
- **Aiutando** il paziente a identificare pratiche di supporto come mindfulness, auto-aiuto positivo e dialogo

interiore, esercizi di respirazione, tecniche di liberazione emozionale, meditazione, lavoro di auto-compassione, scrittura di un diario, visualizzazione e decatastrofizzazione (*vedi sezione 6.1.2 e l'Appendice A per una guida completa a una lista più esaustiva di strategie*).

Durante questa fase, le reazioni della sospensione, soprattutto quelle che continuano per un certo periodo di tempo, sono spesso considerate dal medico prescrittore e dal paziente come un ritorno dei problemi psicologici (ricaduta) che richiedono un'ulteriore prescrizione dei farmaci. In questi casi potresti aver bisogno di aiutare il tuo paziente a capire che si tratta di reazioni fisiologiche alla sospensione piuttosto che la ricomparsa di problemi psicologici. È anche importante riconoscere che alcune reazioni come l'acatisia (stato di estrema irrequietezza) possono essere gravi e portare a pensieri e azioni suicidari. Mentre i clienti riducono la dose dei loro farmaci, possono ripresentarsi sensazioni molto potenti. Inizialmente è possibile che non si riesca a riconoscere quali sensazioni siano legate alla sospensione e quali a una qualsiasi condizione emotiva di ritorno. Il paziente potrebbe aver bisogno di aiuto nel gestire questa incertezza e affrontare le sue sensazioni per la prima volta senza farmaci. Di conseguenza sarà importante concordare col proprio paziente su cosa sia realistico lavorare in termini di obiettivi terapeutici.

Fase 3. Dopo aver completato la sospensione

Si può aiutare il paziente:

- **Continuando** a mantenere un atteggiamento empatico di accettazione acritica.
- **Discutendo** col proprio paziente sull'esperienza della sospensione e su eventuali ulteriori esigenze terapeutiche.
- **Esaminando** qualsiasi problema legato a una sospensione traumatica e come questi eventuali problemi potrebbe essere considerati oggetto di un futuro lavoro terapeutico.

- **Identificando** e lavorando su ogni reazione post-sospensione (che continua a verificarsi per qualche tempo). Identificando qualsiasi esigenza per ulteriore supporto e come metterlo in atto.

6.0 ULTERIORI IMPLICAZIONI DA PRENDERE IN ESAME

Lavorare con partner, familiari o assistenti

Assumere (o sospendere) psicofarmaci può comportare implicazioni significative per partner, familiari, assistenti o altre persone coinvolte col paziente. Per esempio, nel caso di adulti anziani o individui con problemi nell'apprendimento, con difficoltà di comunicazione, è probabile che assistenti, partner e familiari siano coinvolti nel sostenere il paziente. È importante considerare dal punto di vista delle tue impostazioni e strutture terapeutiche preferite, la gamma di problemi relativi al contatto e al lavoro assieme ad assistenti e/o membri della famiglia (*vedi la guida completa, nota 1,3.3*).

Lavorare con il medico prescrittore

Se sei preoccupato per un paziente che assume o sospende psicofarmaci, potresti considerare di contattare il suo medico prescrittore. Questa decisione dipende da molti fattori che si sovrappongono quali: se il contatto è su richiesta del paziente o è nel suo migliore interesse, se il paziente acconsente o meno; il tuo modello o rationale terapeutico preferito per comunicare o no col prescrittore in questione; il tuo contesto lavorativo; le tue esperienze precedenti nel prendere contatto con medici prescrittori e altre figure sanitarie professionali. La sede in cui avviene il contatto è importante per non pregiudicare la relazione del paziente con il proprio medico prescrittore. Tuttavia potrebbe essere necessario prepararsi a sostenere, con rispetto, i diritti del proprio paziente nel fare una scelta informata.

Bisognerebbe anche tenere in considerazione l'ampio dibattito sull'eccessiva prescrizione di psi-

cofarmaci nei gruppi emarginati, compresi quelli provenienti da minoranze etniche e di colore. È anche importante essere consapevoli delle implicazioni degli effetti avversi del farmaco per particolari gruppi di pazienti, come nel caso di donne che hanno intenzione di iniziare una gravidanza o che sono incinte e nel caso di anziani con diminuite capacità fisiche e con maggior rischio di cadute accidentali.

L'impatto della legislazione

Ci sono questioni complesse da considerare quando si lavora con pazienti cui è richiesto assumere farmaci perché detenuti ai sensi della legislazione sulla salute mentale o perché sottoposti a un trattamento sanitario obbligatorio. In queste circostanze bisognerà prestare attenzione al modo in cui, probabilmente, i trattamenti farmacologici influiscano sulla relazione terapeutica, lavorando coi pazienti per sostenerli entro i limiti imposti dalle disposizioni di legge. Potrebbero sorgere difficoltà nel caso in cui i pazienti dipendano dalla prescrizione di psicofarmaci per dimostrare la loro idoneità ai benefici previsti dai regolamenti.

In queste situazioni è raccomandabile indagare, con tatto e gentilezza, per capire fino a che punto l'ansia per una possibile perdita di benefici sia alla base della comprensione del paziente delle cause del suo disagio emotivo e quanto influisca su qualsiasi decisione riguardo la sospensione del farmaco prescritto. Si tratta di scenari complessi in cui bisogna rispettare il punto di vista dei pazienti e valutare le scelte che essi sono in grado di fare in ogni momento.

7.0 CONCLUSIONI E POSSIBILI PASSI DA ADOTTARE IN FUTURO

Con circa un quarto della popolazione adulta (nel Regno Unito) sotto prescrizione medica di psicofarmaci⁴, mai come in questo momento è importante, per noi psicoterapeuti, capire e impegnarsi

attivamente nella valutazione dell'impatto che questi farmaci hanno nel nostro lavoro con i pazienti. Riconoscere gli effetti dei farmaci e diventare consapevoli di cosa possa verificarsi durante la loro sospensione, ci permette di capire meglio i nostri pazienti. Il terapeuta che vorrà includere, nella propria pratica, quanto ha imparato, potrebbe cominciare:

- Aggiornando le informazioni rivolte al paziente, comunicando che di essere informato e lavorare sui problemi legati alla dipendenza e alla sospensione degli psicofarmaci prescritti.
- Sugerendo questa breve lettura come argomento di discussione per la propria supervisione o gruppo di lettura.
- Approfondendo le proprie conoscenze al riguardo facendo ulteriori letture o corsi di formazione. Visitando il sito www.prescribeddrug.info è possibile accedere alla guida completa (che comprende una lista di risorse aggiuntive nella Appendice A) e alle notizie sugli eventi in programma.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. **Guy, A., Davies J., Rizq, R. (Eds.)** (2019). *Guidance for Psychological Therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs*. London: APPG for Prescribed Drug Dependence.
2. **British Psychological Society** (2011) Response to the American Psychiatric Association DSM-5 Development.
3. **British Psychological Society** (2017) Understanding psychosis and schizophrenia (revised). A report by the Division of Clinical Psychology. Ed. Anne Cooke.
4. **Taylor, S., Annand, F., Burkinshaw, P., Greaves, F., Kelleher, M., Knight, J., Perkins, C., Tran, A., White, M. & Marsden, J.** (2019) *Dependence and withdrawal associated with some prescribed medicines: An evidence review*. London: Public Health England.

Distribuito sotto licenza CC-BY-NC-ND 4.0 by:

APPG per la dipendenza da farmaci prescritti

<http://prescribeddrug.org/>

Questa non è una pubblicazione ufficiale della Camera dei Comuni o della Camera dei Lord.

Questo documento non è stato approvato né dalla Camera né dalle sue commissioni.

I gruppi parlamentari di tutti i partiti sono gruppi informali di membri di entrambe le Camere con un interesse comune per questioni particolari.

Le opinioni espresse in questo rapporto sono quelle dei redattori e del team di scrittura.



**for Prescribed
Drug Dependence**