

## **Psicoterapia e benzodiazepine**

*Andrea Cavallo*<sup>1</sup>

**Premessa.** Gli specializzandi del terzo anno della nostra scuola di psicoterapia, a completamento delle necessarie conoscenze maturate nell'ambito delle 'tossicofilie' e 'tossicodipendenze', partecipano anche ai seminari/convegni, annualmente promossi e organizzati dall'Unità operativa di medicina delle dipendenze, presso l'Azienda ospedaliera universitaria del policlinico di Verona (Centro Lotta alle Dipendenze onlus). Nel penultimo seminario/convegno è stato affrontato il problema degli usi, abusi e dipendenza dalle benzodiazepine. Sostanze psicoattive di largo impiego, con effetti spesso iatrogeni. Effetti che interessano anche lo psicoterapeuta, dovendone valutare il riflesso sui processi mentali dei suoi assistiti e sul loro comportamento. Quindi anche allo psicoterapeuta in formazione è necessaria una conoscenza di questa classe di sostanze, considerando che gran parte dei pazienti/clienti che si rivolge alla psicoterapia ha già sperimentato o sta assumendo qualche tipo di psicofarmaco, spesso e in particolare qualche tipo di benzodiazepina.

Per saggiare le conoscenze maturate in quest'ambito durante il triennio di specializzazione, e in occasione della partecipazione ai convegni/seminari promossi dal Centro Lotta alle Dipendenze di Verona, proponiamo ai nostri allievi un questionario specifico. Abbiamo scelto di pubblicare quello elaborato dal nostro dott. Andrea Cavallo.

*Andrea Cavallo*

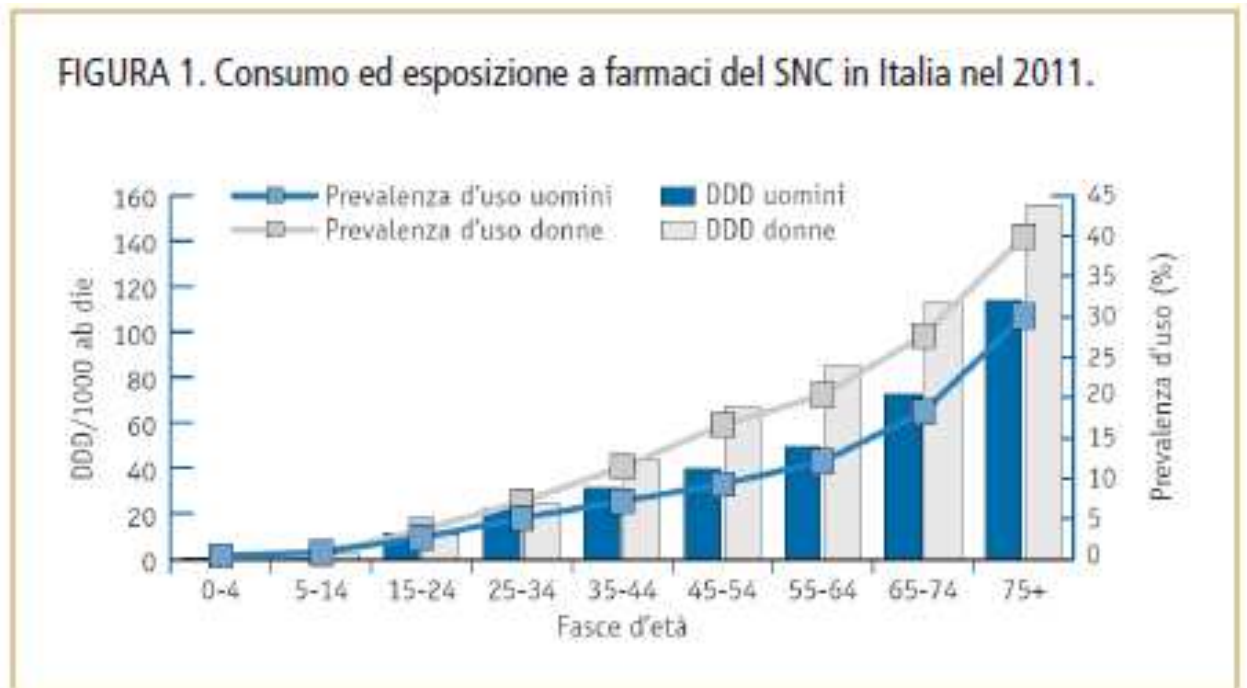
*Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-cognitiva*

**1. Rispetto alle nozioni che sono già in vostro possesso questo Convegno, (a) in che misura ha ampliato le vostre conoscenze e (b) quali riflessioni vi ha suggerito rispetto al rapporto tra il trattamento farmacologico e la psicoterapia dei disturbi d'ansia.**

Un primo aspetto che mi ha molto colpito deriva dalla presentazione dei dati epidemiologici dei numerosi relatori; in particolare due aspetti mi hanno dato una consapevolezza che prima non avevo: i) oggi le benzodiazepine (BDZ) sono tra gli psicofarmaci più prescritti al mondo, ma soprattutto; ii) la fortissima prevalenza nel consumo di BDZ nella popolazione anziana (Figura 1).

---

*\*Psicologo, psicoterapeuta, specializzato presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.*



Nella figura, presentata al congresso, si può notare come l'esposizione a farmaci che agiscono nel SNC sia già considerevolmente elevata nella fascia di età 15-24 anni, ma subisca un incremento progressivo e sempre più accentuato con il crescere dell'età (DDD= dailydefined dose; ovvero la dose media giornaliera nell'adulto definita dall'OMS).

La riflessione maggiore che questi dati mi hanno suggerito è che, prendendo una fascia d'età tra i 25 e i 65 anni (ovvero probabilmente quel range entro il quale può essere compresa la quasi totalità di adulti che si rivolgono allo psicoterapeuta) si scopre che oltre il 15% di questa popolazione assume farmaci psicoattivi. Se poi si considera che tipicamente il farmaco viene assunto da persone in una situazione di difficoltà (affettiva, sociale ecc) e che sono proprio queste le persone che tipicamente si rivolgono ai servizi in generale e allo psicoterapeuta in particolare, la mia deduzione è che in quanto specializzando in psicoterapia, dovrò necessariamente mettere in conto che una altissima percentuale di persone che si rivolgeranno a me, saranno persone già assuntrici di psicofarmaci.

Gli obiettivi quindi dello psicoterapeuta dovranno quindi necessariamente essere molteplici. Sarà necessaria innanzitutto una adeguata formazione riguardo ai meccanismi fisiologici di azione (farmacocinetica e dinamica) degli psicofarmaci per poter anche svolgere un ruolo di 'informatore' nei confronti del cliente. Questa riflessione deriva proprio dal convegno di Verona, durante il quale è emerso che non ha alcuno scopo terapeutico prescrivere una BDZ per più di 6-7 settimane, proprio perché oltre quel periodo, la BDZ cessa di avere efficacia sui recettori GABA mantenendo solamente un effetto di piacevolezza (per l'azione dopaminergica). Credo quindi che dipenda anche un po' dalla ragione che porta la persona ad assumere BDZ.

Se la logica è ad ampio raggio e generalizzata del tipo: “la prendo perché mi fa star bene” allora credo che ci possa essere ampio spazio di manovra per lo psicoterapeuta, soprattutto per agire sulle costruzioni di senso e significato. Se invece la logica è “la prendo da tre giorni perché non potevo più uscire di casa”, allora credo che forse, e ribadisco forse, non sia funzionale pensare ad una psicoterapia che cerchi di ‘liberare’ il cliente dal farmaco.

**2. Indicare in modo succinto e schematico la progressione delle conoscenze sul meccanismo di azione delle BDZ e gli ambiti di prescrizione sempre più estesi (i problemi per cui sono prescritte con maggiore frequenza).**

La maggior parte delle benzodiazepine (BDZ) agiscono mediante un legame specifico con i recettori GABA<sub>A</sub>ergici. Il GABA appartiene alla classe dei neurotrasmettitori con effetti inibitori sul sistema nervoso centrale (SNC). In particolare modo esso agisce inibendo l'eccitabilità neuronale, aprendo selettivamente i canali del cloruro della membrana neuronale (principio di ‘conduttanza transmembrana degli ioni cloruro’). Il legame della BDZ ai recettori GABA permette perciò di potenziare e facilitare la conduttanza del cloruro, favorendo così l'inibizione sinaptica.

**3. Quali sono le nozioni più importanti di farmacologia per uno psicoterapeuta che debba capire e rendersi conto degli effetti delle BZD sui processi cognitivi e il comportamento?**

L'elemento importante, emerso anche durante la conferenza, riguarda l'effetto farmacologico della BDZ. Infatti, oltre ad un effetto ansiolitico, le BDZ hanno l'effetto (più o meno potente a seconda della composizione) di generare confusione mentale e amnesia, contrazioni muscolari involontarie e tremore (dovute al coinvolgimento dei motoneuroni alpha) e convulsioni. Un altro aspetto di notevole rilevanza che lo psicoterapeuta ha bisogno di considerare riguarda i fenomeni di tolleranza e dipendenza. Infatti i segni di sospensione tendono ad essere abbastanza marcati soprattutto nei giorni immediatamente successivi alla sospensione del farmaco e comprendono principalmente un ritorno dei sintomi per i quali il farmaco era stato inizialmente prescritto, talvolta in forma più intensa (rimbalzo). Il rimbalzo tende a manifestarsi in forma di insonnia, irrequietezza, irritabilità e tensione muscolare.

**4. In quali casi l'uso prudente delle BDZ, seppur importante nel trattamento di vari quadri sintomatologici, è da considerarsi integrativo rispetto alle terapie psicologiche?**

Le BDZ sono tutt'oggi considerate ‘tranquillanti minori’ ma, nonostante ciò, sembra ampiamente dimostrato la completa perdita di effetto nel lungo termine. Al convegno di Verona è emerso che, un trattamento che vada oltre le 6-7 settimane non possa più essere considerato un trattamento ansiolitico. È emerso infatti da numerosi dei contributi presentati come, oltre le 6 settimane, l'effetto delle BDZ sia esclusivamente un effetto ‘gratificante’ dovuto in gran parte legame delle moderne BDZ con recettori dopaminergici. In ogni caso, per lo psicoterapeuta potrebbe essere utile inserire le BDZ (per brevi periodi) ad integrazione della terapia nei casi in cui lo stato psicofisico del

cliente sia completamente debilitante per le attività di vita quotidiana (e.g. il lavoro, i rapporti interpersonali ecc.)

**5. Per quali motivi (e secondo quali indicatori) potete ritenere che il vostro assistito in terapia possa presentare gli effetti crociati tra l'assunzione delle BDZ prescrittigli dal medico e l'ingestione di alcol anche in modiche quantità? In che misura e perché vi spetta segnalargli i gravi rischi a cui espone se stesso e gli altri se...?**

Gli effetti di un farmaco possono modificarsi notevolmente in seguito alla concomitante somministrazione di un altro farmaco o un deprimente del SNC come l'alcool. Infatti, come indicato nel testo 'Droghe e farmaci psicoattivi', "l'alcool preso dopo che è stato assunto un sonnifero o un ansiolitico farà aumentare la sedazione e la perdita della coordinazione. Questa azione avrà conseguenze modeste se le dosi di ciascuna sostanza sono basse [...], ma dosi più elevate di una o entrambe possono essere pericolose sia per chi le usa, sia per gli altri". Durante il convegno di Verona è emerso che le complicazioni più temibili degli effetti crociati tra BDZ e altri farmaci riguardano l'incremento di episodi di overdose, la comparsa di importanti forme di astinenza e l'aumento della probabilità di sviluppare altre forme di abuso e dipendenza. Ne deriva che per lo psicoterapeuta diventa necessario informare il cliente sulla pericolosità del poliabuso di sostanze, sia per il cliente stesso che per la comunità (e.g. un utilizzatore di BDZ e alcool potrebbe rappresentare un pericolo molto concreto per sé e per gli altri qualora si mettesse, per esempio, alla guida)

**6. Quali sono gli effetti del cosiddetto effetto "rimbalzo" che si accompagna all'uso di BDZ a emivita breve o prolungata? Quali effetti nel caso della loro sospensione repentina?**

Il 'rimbalzo' si riferisce alla situazione in cui, in seguito alla sospensione non graduale di un farmaco, si verifica un repentino ritorno in forma più intensa dei sintomi per i quali il farmaco veniva somministrato. E' stata inoltre dimostrata una forte correlazione tra la durata di azione di un farmaco e la velocità di insorgenza dei sintomi da sospensione, la quale sarà tanto più rapida quanto più breve è l'azione del farmaco. Nel caso delle BDZ il rimbalzo tende principalmente a presentarsi in forma di irrequietezza, insonnia, tensione muscolare, irritabilità e agitazione.

**7. Qual è il meccanismo d'azione che porta a instaurarsi una condizione di "tolleranza"?**

Come da definizione, la tolleranza può essere definita come uno stato di responsività progressivamente decrescente a un farmaco (Julien, 1997). Il libro 'Droghe e farmaci psicoattivi' individua tre principali meccanismi implicati nello sviluppo della tolleranza. Due di essi sono definiti come meccanismi farmacologici e riguardano: i) la 'tolleranza metabolica' che prevede che la presenza di farmaci nel sangue che perfonde il fegato induca la sintesi degli enzimi epatici farmaco metabolizzanti implicati nel metabolismo dei farmaci. A causa di questa induzione, i farmaci verrebbero metabolizzati con una velocità maggiore. Sarà quindi necessaria una dose sempre maggiore di un farmaco per mantenere nell'organismo lo stesso livello di farmaco. Il secondo tipo di tolleranza

è ii) la 'tolleranza da adattamento cellulare' e prevede che siano i recettori all'interno dell'encefalo ad adattarsi alla continua presenza di un farmaco. In questo modo sarebbero perciò i neuroni ad aumentare il proprio numero di recettori (o riducendo la loro sensibilità al farmaco). Conseguenza di questo processo sarà quindi la necessità di una quantità sempre maggiore di farmaco per mantenere lo stesso effetto biologico. Infine, il terzo meccanismo è quello di iii) 'condizionamento comportamentale' e si basa sull'osservazione secondo cui l'esposizione dei farmaci ai recettori non spieghi la tolleranza che molte persone sviluppano per gli oppiacei o i barbiturici. Il meccanismo di condizionamento comportamentale prevede quindi che la tolleranza si sviluppi in quelle situazioni in cui il farmaco viene somministrato nel contesto degli usuali segnali prefarmaco ma non in contesti alternativi.

**8. Sapresti indicare gli effetti crociati, inutili e tossici, tra vari farmaci psicoattivi che sono prescritti per le più svariate forme di disagio mentale o dei comportamenti indesiderati?**

Il fenomeno della reattività crociata si riferisce ad una reazione, in gran parte indipendente dalla dose di farmaco assunta, che deriva dall'assunzione di farmaci con una struttura chimica simile o con un simile meccanismo d'azione. Si tratta di un fenomeno molto diffuso soprattutto a causa della moderna farmacologia che ha portato ad un forte aumento nella produzione di farmaci con simile struttura chimica. Gli effetti che si presentano come conseguenza di questo fenomeno sono molteplici e di varia gravità e possono comprendere gravi allergie, disturbi a carico delle cellule del sangue, tossicità a carico del fegato o dei reni.

**9. In che misura e perché l'uso del Lorazepam (Tavor) o del Diazepam (Valium) usato per far dormire ad esempio gli anziani, può provocare forme di pseudodemenza in questi ultimi e disfunzioni cognitive in genere?**

Questi fenomeni si verificano poiché, con l'aumentare dell'età, si ha una forte riduzione della capacità di metabolizzare BDZ come Lorazepam e Diazepam (le quali hanno azione prolungata) e i loro metaboliti attivi. Gli anziani quindi possono sviluppare una profonda e persistente demenza poiché l'emivita di eliminazione di una BDZ può spesso superare i 10 giorni. Ne deriva che, essendo necessarie 6 emivite perché l'organismo si liberi completamente di un farmaco, in un anziano ci vorranno circa 60 giorni perché ne scompaia ogni traccia, persino dopo una dose singola di BDZ.

**10. Quante emivite ci vogliono perché l'organismo si liberi completamente da un farmaco? Perché questa nozione è così importante per valutare gli effetti attesi e quelli collaterali delle BDZ?**

Il concetto di emivita si riferisce al tempo necessario perché la distribuzione del farmaco riduca del 50% il livello massimale di azione del farmaco stesso. Ne deriva che, a seconda dell'emivita, l'organismo impiega un tempo variabile per liberarsi completamente di un farmaco. Per far sì che il paziente possa essere considerato libero dal farmaco sono necessarie 6 emivite (che corrispondono alla perdita del 98% dell'effetto del farmaco)

**11. Avete degli argomenti in difesa delle BDZ? In che misura e in quali casi possono aiutare o coadiuvare una psicoterapia?**

Come già espresso alla risposta 1 e alla risposta 4, non è in alcun modo possibile negare l'effetto fisiologico delle BDZ ma, in parallelo, e come appreso durante i primi 3 anni di scuola, non è in alcuno modo possibile pensare che la fisiologia sia la risposta al benessere delle persone. Quindi, come già ribadito, la mia riflessione è che per lo psicoterapeuta potrebbe essere utile 'utilizzare' il fatto che il cliente assuma le BDZ (per brevi periodi) se il suo stato psicofisico gli impedisce di far fronte alle comuni attività di vita quotidiana (e.g. il lavoro, i rapporti interpersonali ecc.), ma allo stesso tempo il terapeuta dovrà porsi come obiettivo quello di intervenire sui linguaggi utilizzati del cliente per descriversi in modo da favorire una sorta di cambiamento narrativo che possa permettergli di raccontare una storia di benessere in cui non necessariamente è presente il ricorso al farmaco.

**12. Perché la somministrazione senza consenso di psicofarmaci, come può avvenire in un pronto soccorso o come prassi ospedaliera abituale, può essere configurata come un abuso e potrebbe essere rilevante da un punto di vista penale?**

La costituzione Italiana prevede che qualsiasi somministrazione di farmaci, e quindi non solo gli psicofarmaci, senza il preventivo consenso dell'adulto (o di chi esercita la potestà sul minore) preclude la liceità dell'attività sanitaria, costituendo quindi reato. Infatti, il malato deve essere messo nella condizione di decidere se vuole essere curato per una malattia ed ha il diritto di conoscere tutte le informazioni riguardanti un particolare trattamento farmacologico.

E' in particolare l'articolo 32 della Costituzione italiana a sancire che "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale".

Ci sono però alcune eccezioni all'obbligo del consenso informato e riguardano: i) situazioni nelle quali la persona malata esprima esplicitamente la volontà di non essere informata; ii) situazioni, definite di consenso presunto, in cui le condizioni del paziente siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza indispensabile; iii) situazioni, definite di consenso implicito, che riguardano le così dette cure di routine e; iv) i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) quando tutti i tentativi volti ad ottenere un consenso del paziente alle cure siano falliti. Quest'ultimo punto solleva molti interrogativi poiché il TSO incide drammaticamente sulla libertà individuale e, di fatto, il rischio è che siano le autorità amministrative ad avere un potere decisionale troppo elevato.