

Psicofarmacologia per Psicologi

Conoscere i farmaci per diventare un miglior clinico

Corso di Psicofarmacologia Clinica

A.A. 2025-2026

- Obiettivo: non prescrivere, ma comprendere il paziente in modo più completo e diventare un miglior clinico
- Errori frequenti: effetti del farmaco letti come problemi psicologici — es. calo del desiderio da SSRI scambiato per crisi di coppia, sedativo letto come depressione
- Il farmaco non è solo molecola: è un oggetto carico di significati — stessa molecola della nonna demente può far rifiutare la cura

- Anamnesi farmacologica completa: quali farmaci, da quanto tempo, beneficio percepito, effetti collaterali, interruzioni autonome, storia familiare di psicofarmaci
- Non esiste «il farmaco giusto» in astratto: esiste il farmaco accettato, compreso e che funziona per quel paziente specifico
- La separazione prescrittore / psicoterapeuta non è uno svantaggio: protegge lo spazio terapeutico e distribuisce meglio i ruoli

- Farmacocinetica: cosa fa l'organismo al farmaco — assorbimento, distribuzione, metabolismo, eliminazione; spiega perché lo stesso farmaco agisca in modo diverso da persona a persona
- Farmacodinamica: cosa fa il farmaco all'organismo — bersagli biologici, recettori, meccanismi di azione
- Tempo di latenza: antidepressivi 2-3 settimane; antipsicotici sedano subito ma riducono deliri in tempi più lunghi; litio: anche mesi — non giudicare l'efficacia troppo presto

- Emivita e steady state: il farmaco non scompare di colpo alla sospensione; serve tempo per raggiungere l'equilibrio stabile tra assunzione ed eliminazione
- Farmaco necessario: psicosi acute, mania, depressione grave con ideazione suicidaria, DOC grave, PTSD con dissociazione. Farmaco controproducente: ansia lieve, fobia (interferisce con l'esposizione), lutto fisiologico
- **Regola fondamentale: minimo numero di farmaci • dose più bassa possibile • tempo più breve possibile**

- Serotonina — non è il «neurotrasmettitore della felicità»: modula reattività interna, ansia, impulsività, aggressività, sonno, sessualità, dolore
- Dopamina — non solo piacere: motivazione, iniziativa, attribuzione di salienza; centrale in psicosi, depressione con anedonia, ADHD, dipendenze
- Noradrenalina — tono di mobilitazione: eccesso → ansia e insonnia; carenza → inerzia e stanchezza

- GABA — inibitore principale, potenziato da benzodiazepine: dà sollievo ansiolitico ma può produrre sedazione, difficoltà di memoria, eccitazione paradossa in bambini e anziani
- Glutammato — eccitatorio principale; fondamentale per apprendimento e plasticità sinaptica; al centro di nuove terapie come ketamina ed esketamina per la depressione resistente
- Acetilcolina — attenzione e memoria; il carico anticolinergico di molti farmaci può peggiorare memoria e prontezza mentale, soprattutto nell'anziano fragile

- I sistemi non lavorano mai da soli: i disturbi mentali non sono malattie di un solo sistema — depressione $\neq$ «mancanza di serotonina», psicosi $\neq$ «troppa dopamina»
- L'effetto clinico richiede settimane: il farmaco modifica la disponibilità del neurotrasmettitore in ore, ma il beneficio dipende dagli adattamenti progressivi dei recettori
- **La neurobiologia spiega una parte essenziale del quadro — ma il cervello non sostituisce la persona**

4 Fattori psicologici nella risposta al farmaco

- Personalità e pregiudizi pesano quanto la biochimica: tratti ossessivi, atteggiamento paranoideo, credenza «se inizi non smetti» — paradossalmente applicata ad antidepressivi, non alle benzodiazepine
- Placebo non è un effetto falso: nel depresso ~40% del beneficio dipende da esso; un medico empatico arriva all'80% di successi; il nocebo all'opposto può amplificare effetti spiacevoli e compromettere la cura
- Da un farmaco ci si aspetta: riduzione dei sintomi, contenimento della sofferenza, prevenzione delle ricadute. Non ci si aspetta: capacità mai apprese, motivazione costruita dal nulla, convinzioni rigide modificate

- Modello transteoretico (Prochaska-DiClemente): proporre un farmaco a un paziente in fase precontemplativa significa prepararsi a un fallimento sicuro
- Tre trappole dell'operatore: domande invasive (il paziente si ritira), diagnosi rapida senza coinvolgimento, atteggiamento da esperto (resistenze affrontate frontalmente)
- **Dopo la visita il paziente ricorda meno della metà di quanto detto: le informazioni vanno ripetute, condivise e scritte; l'aderenza si costruisce in un clima di ascolto e rispetto**

- Meccanismo GABAergico → 4 effetti: ansiolitico, ipnoinducente, miorilassante, anticonvulsivante (non antidepressive, non analgesiche)
- Molecole principali: alprazolam (molto ansiolitico, poco sedativo), clonazepam (anche antiepilettico), lorazepam/oxazepam (meno accumulo), diazepam (profilo ampio)
- Indicazioni: ansia intollerabile, insonnia da stress, attacchi di panico (anche se gli antidepressivi sono più efficaci), GAD — regola: dose minima, tempo breve

- Dipendenza biologica e psicologica: tolleranza crociata con l'alcol; uso quotidiano riduce progressivamente la capacità di farsi carico del disagio; il meccanismo è insidioso (si parte da mezza compressa, poi una, poi due)
- Sospensione graduale: riduzione 5-10% a settimana, talvolta sostituendo prima con molecola a emivita più lunga; sindrome da sospensione $\neq$ ricaduta dell'ansia originaria
- Alternative: betabloccanti (fobia sociale, segni periferici), pregabalin (GAD + dolore cronico), Z-drugs (zolpidem, zopiclone), melatonina, fitoterapici per forme lievi

- Concetto di salienza: molte psicosi = mondo «troppo carico di significato»; il farmaco riduce questa densità — il paziente può sentirsi meno perseguitato, ma anche più rallentato o svuotato
- I gen. (aloperidolo, clorpromazina): efficaci sui sintomi positivi, ma importanti effetti extrapiramidali (tremori, rigidità, mimica ridotta)
- Il gen. — Atipici (clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina): migliori sui sintomi negativi; effetti metabolici e ormonali marcati. III gen. — Agonisti parziali (aripirazolo, cariprazina): poco sedativi, profilo metabolico favorevole

- Effetti extrapiramidali: possono essere confusi con sintomi negativi o depressione. Acatisia (irrequietezza intollerabile) = effetto del farmaco, non ansia né peggioramento psicotico
- Sindrome metabolica: aumento di peso marcato con olanzapina e clozapina; disfunzioni sessuali e aumento della prolattina raramente portati in seduta — lo psicologo è nella posizione più favorevole per esplorarli
- LAI (long-acting injectable): per alcuni = libertà e meno oscillazioni; per altri = controllo esterno, perdita di autonomia, cronicizzazione impressa nel corpo

- Non aderenza stimata al 40–60% nella schizofrenia: alcuni rifiutano l'etichetta sociale, altri vivono il farmaco come segno di essere diventati «psichiatrici»
- Ruolo dello psicologo: rendere esprimibile l'ambivalenza verso il farmaco, aiutare a collegare episodi, ricadute e desiderio di una vita più stabile
- **Né sorvegliante della compliance né alleato implicito della sospensione: il compito è stare nel mezzo di quel conflitto con il paziente**

- Non solo depressione: indicati anche in ansia, disturbo di panico, DOC, PTSD, dolore neuropatico, insonnia — l'antidepressivo agisce su molte dimensioni del funzionamento psichico
- Effetto graduale: 2–6 settimane; gli effetti collaterali compaiono prima del beneficio — l'antidepressivo entra nella vita del paziente prima come promessa che come evidenza
- Classi principali: SSRI (prima scelta: fluoxetina, sertralina, escitalopram), SNRI (venlafaxina, duloxetina), TCA (storici); profili specifici: bupropione (attivante), mirtazapina (sedativa), trazodone (ipnoinducente), agomelatina (ritmo circadiano)

7 Effetti collaterali e combinazione terapeutica

- Disfunzioni sessuali: 30–70% con SSRI/SNRI (desiderio, orgasmo, fantasia) — causa frequente di interruzione autonoma; bupropione, mirtazapina e agomelatina hanno profilo migliore
- ⚠ Sotto i 25 anni: lieve aumento del rischio suicidario nelle prime settimane — il farmaco può restituire energia prima di migliorare l'umore; lo psicologo vede il paziente più spesso dello psichiatra
- Farmaco + psicoterapia è superiore a ciascun trattamento da solo nelle forme moderate-gravi: il farmaco riduce la sofferenza, la psicoterapia agisce sui fattori di vulnerabilità che il farmaco non modifica

8 Stabilizzatori dell'umore: litio e antiepilettici

- Litio carbonato: gold standard; effetto antisuicidario specifico (agisce sui meccanismi dell'impulsività); margine terapeutico stretto (0,5–1,2 mEq/L) — monitoraggio ematico regolare obbligatorio
- Valproato: robusto effetto anti-maniacale; teratogeno — controindicato in donne fertili senza Programma di Prevenzione della Gravidanza AIFA; fa ingrassare e altera il metabolismo
- Lamotrigina: particolarmente utile nella prevenzione delle fasi depressive nel bipolare di tipo II; titolazione molto lenta per evitare reazioni cutanee gravi (Stevens-Johnson)

- Antipsicotici con funzione stabilizzante: quetiapina (profilo più ampio: mania, depressione bipolare, prevenzione), olanzapina (mania, ma fa ingrassare), aripiprazolo (poco sedativo, prevenzione)
- Tempi da tenere distinti: gli antipsicotici sedano in giorni, il litio stabilizza in 2-4 mesi — un paziente può dormire meglio senza essere ancora stabilizzato
- ⚠ Nelle prime settimane il rischio suicidario non scompare e può aumentare temporaneamente: monitoraggio ravvicinato e forte integrazione tra farmacoterapia e psicoterapia

9 Psichiatria di precisione: genetica e digitale

- Farmacogenetica: genotipizzazione CYP450 (CYP2D6, CYP2C19) per scegliere il farmaco verosimilmente più efficace per quel paziente — alcuni test già in uso clinico
- Fenotipizzazione digitale: smartphone e wearable monitorano movimento, sonno, linguaggio, frequenza cardiaca; algoritmi di machine learning rilevano prodromi di episodi maniacali o depressivi prima della crisi clinica
- Obiettivo: prescrivere il farmaco giusto al primo tentativo, intervenire prima della crisi, personalizzare anche la psicoterapia

- ECT (elettroconvulsivoterapia): rivalutare i pregiudizi; oggi si esegue in anestesia generale, senza convulsioni visibili né dolore; efficacia 60–80% nella depressione resistente, superiore a qualsiasi farmaco
- TMS (stimolazione magnetica transcranica): non invasiva; approvata per depressione resistente (50–60%), DOC, emicrania con aura, cessazione del fumo; indicata anche per chi rifiuta i farmaci o è in gravidanza
- Biofeedback: profilo di sicurezza eccellente; sensori restituiscono in tempo reale informazioni biologiche non accessibili alla coscienza; indicato in ansia, ADHD (neurofeedback), PTSD, cefalea tensiva, dipendenze

- Il bambino non è un adulto in miniatura: barriera ematoencefalica più permeabile, SNC in piena maturazione — i farmaci agiscono su un cervello che non ha ancora completato il proprio sviluppo; psicoterapia = prima scelta
- Farmaci autorizzati in età evolutiva: fluoxetina (depressione, ≥ 8 anni), sertralina (DOC, ≥ 6 anni), metilfenidato (ADHD), risperidone/aripirazolo (irritabilità nello spettro autistico)
- ⚠ Sotto i 25 anni: black box warning — monitoraggio stretto nelle prime settimane di antidepressivo; lo psicologo, che vede il paziente più spesso dello psichiatra, ha un ruolo privilegiato in questa sorveglianza

- Donne: variabilità ciclica del CYP450 legata agli ormoni; fluttuazioni (ciclo, menopausa, contraccettivi) possono sembrare peggioramenti psicologici — non attribuirle a fattori psicologici senza escludere le variabili biologiche
- Gravidanza: l'errore più frequente è la sospensione totale alla notizia della gravidanza; il mancato trattamento di un disturbo psichiatrico comporta rischi reali per madre e feto — sempre valutare rischio-beneficio. Allattamento: sertralina e paroxetina sicure; litio e acido valproico controindicati
- Anziano: «start low, go slow»; rischio cadute con BDZ/TCA/antipsicotici; carico anticolinergico → deterioramento cognitivo — sonnolenza, peggioramento della memoria, instabilità posturale nuova: pensare ai farmaci prima di attribuirli all'invecchiamento

Punti Chiave

- Conoscere i farmaci non rende lo psicologo «meno psicologo»: lo rende clinicamente più attrezzato
- Il farmaco riduce la sofferenza e crea le condizioni per il lavoro terapeutico — non si oppone alla psicoterapia
- Farmaco + psicoterapia è superiore a ciascuno dei due da solo nelle forme moderate-gravi
- Non esiste «il farmaco giusto» in astratto: esiste il farmaco accettato, compreso e che funziona per quel paziente
- La neurobiologia arricchisce la comprensione clinica — ma il cervello non sostituisce la persona