

GIACOMO CALVI

## **ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA TOLLERANZA AI FARMACI**

### **A proposito dell'impiego terapeutico della fluoxetina nella depressione maggiore**

Numerosi osservatori di tutti i paesi, molti dei quali in possesso di casistiche numericamente rilevanti, concordano nel segnalare la mancanza o quasi di effetti indesiderati nel corso del trattamento con fluoxetina.

Sarebbe quindi pleonastico da parte mia aggiungere la conferma d'una casistica ammontante ad alcune decine di pazienti seguiti nel loro spontaneo ripresentarsi ambulatoriale. Anch'essi però offrono un dato d'esperienza molto utile per quanto riguarda la tolleranza al farmaco, parecchi di loro essendo rimasti in cura per periodi di tempo anche molto più lunghi delle 6-9 settimane previste dai protocolli abituali. Poiché sembra accettabile, per unanime consenso, che la fluoxetina sia un farmaco praticamente privo di effetti indesiderati, ho cominciato a riflettere sulla possibilità di tematizzarne il profilo non tanto di medicina efficace quanto di medicina ben tollerata. Questa riflessione, ben inteso, non è fondata su elementi oggettivi emergenti da una ricerca finalizzata e statisticamente elaborata. Essa si fonda su dati soggettivi ed intuitivi, sottoposti ad un'analisi fenomenologica (nel senso della fenomenologia trascendentale di Husserl).

Le osservazioni, che si possono fare su una medicina priva di effetti collaterali, richiedono necessariamente il confronto con altre medicine dello stesso genere, che comportano invece effetti collaterali più o meno evidenti. In forza del punto di vista da cui viene condotto questo studio, la fluoxetina non viene confrontata soltanto con altri antidepressivi della stessa generazione e neppure con i triciclici, ma viene confrontata con gli psicofarmaci in generale. La stessa fluoxetina viene considerata non tanto nella sua individualità psicofarmacologica quanto come esempio tipico di farmaco ben tollerato e dotato di elevata compliance. Infatti, queste riflessioni non hanno lo scopo d'individuare l'antidepressivo (o, più in generale, lo psicofarmaco) attualmente più vicino ad un rapporto ottimale costo/beneficio, perché esse presuppongono che oggi la fluoxetina lo sia.

Questo presupposto implica che la tollerabilità della fluoxetina venga enfatizzata anziché sottoposta ad una critica severa proprio perché ci si muove qui sul piano qualitativo dell'analisi fenomenologica e non sul piano quantitativo della valutazione clinica. Nel presente studio quindi si fa riferimento esplicito alla fluoxetina, perché esso non avrebbe alcuna consistenza se non ci fossero alla sua base una serie di osservazioni empiriche.

Tuttavia le osservazioni empiriche vengono trascese a favore della tipicità astratta del farmaco ben tollerato confrontata con altre tipicità astratte. Queste "tipicità astratte" non sono idealizzazioni, ma sono figure, appunto, tipiche, che emergono dalle fisicità fattuali, raccogliendone tutti gli elementi che le caratterizzano. Pur scaturendo dalle osservazioni empiriche, queste figure tipiche acquistano una loro autonomia.

Ne consegue che le presenti considerazioni dovrebbero potersi ripetere del tutto uguali anche là dove la fluoxetina fosse sostituita da un altro psicofarmaco in questo suo ruolo di paradigma e/o di modello di medicina ben tollerata e ben accettata.

La mia riflessione prende le sue mosse col visualizzare la figura d'un paziente in preda all'ansia ed alla depressione (paziente A) e poi nel visualizzarne un altro più o meno migliorato e magari anche guarito, grazie alla fluoxetina, comunque non infastidito dal suo uso (paziente B). La riflessione continua collocando accanto ad esso una figura completamente diversa. Si tratta d'un malato con evidenti segni d'impregnazione neurolettica, fino al parkinsonismo grave (paziente C). La successiva tappa della riflessione mi porta a visualizzare un'altra figura e precisamente quella d'un malato, che non presenta alcun segno particolare, ma che lamenta una serie più o meno ampia di disturbi soggettivi (paziente D).

In rapporto agli effetti collaterali o indesiderati, la popolazione dei pazienti si annuncia, quindi, per il tramite di tre figure esemplari, distinte fra loro perché: il paziente B non presenta disturbi né oggettivi né soggettivi; il paziente C presenta più o meno evidenti disturbi oggettivi; il paziente D lamenta disturbi soggettivi.

Sarebbe sbagliata l'affermazione che il paziente C presenti soltanto disturbi oggettivi, ma sta di fatto che egli si caratterizza con manifestazioni oggettive così vistose che le sue lamentele appaiono del tutto sproporzionate per difetto. Se non sapessimo che la stessa sindrome da neurolettici lo coarta fortemente sul piano espressivo, non potremmo non stupirci di udire proteste tutto sommato flebili e quasi timide.

Di fronte a queste quattro figure sommariamente e nettamente delineate, l'analisi fenomenologica comincia con un esercizio di messa in parentesi (= spostamento laterale o in secondo piano) di tutto ciò che esuli dall'immediata percezione intuitiva (nel senso di visione eidetica o sovrasensoriale) delle figure stesse.

Ciò significa avere con esse un approccio immediato e, in particolare, non mediato dalla situazione consistente nel rapporto tra medico che ha prescritto un farmaco e malato che l'ha preso. La soggezione acritica a questa situazione costringe il rapporto dentro un canale obbligato, nel quale il paziente dichiara ed il medico rileva gli effetti della cura in corso. Essendo la cura convenzionalmente deputata ad indurre la sparizione di qualcosa (i sintomi), la comparsa di qualcosa di nuovo induce a creare una categoria nuova (quella di altri sintomi, chiamati appunto effetti indesiderati).

Poiché l'approccio fenomenologico consiste invece nel cogliere queste quattro figure nel loro manifestarsi non mediato, è necessario eliminare la distinzione tra sintomi esistenti "prima" e sintomi comparsi "dopo la cura". Questa distinzione infatti risulta dalla mediazione operata dalla dimensione temporale sulla storia del paziente, ed è quindi pregiudicata dalla cognizione sia delle cause (malattia e cura) che delle finalità (scomparsa di tutti i sintomi). Nel momento in cui si riesce a mettere da parte ed a scotomizzare la dimensione temporale, si passa da una visione prospettica ad una visione frontale dei nostri quattro paradigmi di pazienti e si riesce a cogliere in tre di essi un dato fenomenico in comune.

Quello che hanno in comune i pazienti A, C e D si può definire scuotimento. Non per niente, gran parte di ciò che li riguarda appartiene alla sfera semantica dello scuotere e dello scuotersi. Si dice comunemente che l'ansia e la depressione scuotono e lo stesso paziente A si esprime spesso così; di fronte a molti di questi malati il medico sente il bisogno/dovere di scuoterli; il paziente C appare vistosamente scosso; il paziente D riassume i suoi disturbi dicendo di essere scosso di dentro. Soltanto il paziente B appare esente da scuotimenti e manifesta il suo benessere come una liberazione da quelli che l'affliggevano.

In altre parole, lo scuotimento risulta essere il fondamentale momento costituente (nel senso di Binswanger) sia di determinate forme morbose, sia di determinati trattamenti terapeutici, come pure di determinati atteggiamenti medici. Questa comunanza costitutiva conferisce al medico (protagonista attivo della situazione) la tranquillità che viene (a monte di ogni considerazione pratica su quello che si considera un miglioramento del malato ed a monte anche di ogni gratificazione narcisistica offerta al medico dal suo attivismo) dall'intervenire senza recare cambiamenti.

Capita spesso di constatare che, di fronte a colui che si trova nel mondo della malattia e che dice di esserne uscito, il medico reagisca assumendo un atteggiamento di sospetto. Sospetto che questi stia bene perché non aveva niente prima o perché si autosuggerisce o perché il suo star bene può essere comunque apparente o transitorio. Sulla presunta guarigione del malato il medico sospende il giudizio, di modo che il suo atteggiamento di sospetto viene considerato prudenza. Ma tutto questo corrisponde in effetti ad una profonda esigenza di omeostasi, suggerita dalla confusa sensazione che ogni cambiamento del malato comporti un cambiamento anche del medico, in quanto è stato in relazione con lui. Questa presumibile minaccia anima appunto uno stato di resistenza e/o diffidenza, che si manifesta appunto come sospetto.

Quanto al paziente B, nel quale ai sintomi vecchi non si sono sostituiti sintomi nuovi, di modo che appare privo di scuotimenti, un'altra cosa che lo distingue dal paziente C e dal paziente D è il fatto che egli – secondo le sue parole – prende il farmaco “senza neanche accorgersi di prenderlo”. Ogni medico può confermare, suppongo, che è abbastanza frustrante sentirsi dire questo, perché sembra di sentirsi dire di aver prescritto acqua fresca. Un paziente che si esprima così rivendica a modo suo un'originaria esigenza d'omeostasi, una profonda vocazione per il benessere (indipendente dalla gravità della sua attuale malattia), un sostanziale rifiuto ad integrare a sé qualsiasi scuotimento. Sta di fatto che questa affermazione prelude al distacco del paziente dal medico, come se egli avesse preso confidenza col farmaco ed intrattenesse un rapporto diretto con esso; senza viverlo più come la *longa manus* del medico, che lo accompagna e lo scuote, ciò che accade invece ai pazienti C e D.

La confidenza col farmaco è testimoniata spesso da un altro comportamento del paziente B e precisamente la tendenza all'autoprescrizione. Questo modo d'agire mette il farmaco prescelto in una categoria particolare, tale per cui assumerlo non vuol più dire curarsi, ma accoglierlo tra le abitudini. Come dimostra il caso dell'aspirina, ogni farmaco autoprescritto si colloca fuori dell'ambito medico e diventa una risorsa familiare. Per accentuarne appunto il carattere familiare ed innocuo, su esso si ironizza, prova ne sia che una sostanza formidabile come l'acido acetilsalicilico ricorre nel discorso quotidiano alla stregua d'un palliativo se non d'un placebo.

Per concludere, quando un farmaco, come ad esempio la fluoxetina, fa dire ai pazienti che non s'accorgono neanche di prenderlo, esso comincia subito a presentarsi al medico come un qualcosa con il quale i pazienti potranno continuare il loro percorso da soli, senza più la sua mano che li scuota. La mente del medico percorre con una velocissima ellissi il processo immaginario, che ho cercato d'individuare in alcune sue tappe e, nel momento di fare la ricetta, gli suggerisce di prescrivere un farmaco che non scuota ad un malato che non sia molto scosso. Così, tendenzialmente, il farmaco privo di effetti indesiderati viene assimilato al farmaco adatto per i casi “leggeri”, di modo che l'omeostasi psichica del medico non venga disturbata, perché il farmaco non sembra indurre alcun cambiamento nel malato rispetto alla sfera dello scuotimento.

Al contrario, quando uno psicofarmaco viene prescritto a malati intensamente scossi e li guarisce dall'ansia e dalla depressione senza scuoterli (neppure in modo diverso da prima), esso si offre come una medicina che cambia davvero, a costo di spezzare l'omeostasi psichica del medico. Questi non può non sentire minacciate le sue difese dall'angoscia a meno che non si rifugi nel sospetto. Tutto questo mette in evidenza che da uno psicofarmaco ci si aspetta bensì la guarigione, ma si è pronti ad accettarla assai più facilmente se il malato appare ancora scosso. Il malato, che non appare più scosso oltre che dire di sentirsi bene, sembra essere approdato davvero ad una regione diversa da quella dove si trovava prima. Quest'ultima è una regione dove il medico non è abituato a incontrarlo ed a scuoterlo (oggi con gli psicofarmaci, ieri, ancora più esemplarmente, con l'elettrochoc). In questa regione il medico corre il rischio di non entrare quando il malato si sottrae agli scuotimenti in quanto usa una medicina che non lo scuote.

Quindi, affinché il medico prescriva un farmaco “innocuo” in una forma “grave” (ad es. la fluoxetina nella depressione maggiore), bisogna ch'egli sacrifichi molto del suo narcisismo, che mantiene la sua sicurezza col farlo credersi indispensabile al malato, perché “soltanto lui riesce a scuoterlo” mediante un farmaco, che gli resti sempre subordinato.

Per superare la sua crisi, bisogna che il medico si misuri non soltanto con la guarigione, che implica la persistenza dello scuotimento, ma anche con il cambiamento, dove lo scuotimento scompare. È necessario rendersi conto che guarigione e cambiamento sono due realtà diverse, iscritte l'una sul piano clinico e l'altra sul piano esistenziale. La prima non mette in gioco il medico, perché è sostanzialmente una variante dalla salute né più né meno della malattia, dove salute e malattia sono due costrutti teorici, che afferiscono agli ambiti oggettivi, e dunque impersonali, della patologia e della statistica. Il cambiamento mette in gioco il medico, perché investe nel paziente la persona con la quale egli si è messo (se si è messo!) in relazione. Se il cambiamento del paziente consiste nell'acquisizione o nel recupero della sua autonomia, il medico non può non constatare la privazione, che gli tocca subire quando gli viene a mancare il *partner* della sua relazione.

Fin tanto che dura la relazione, il medico non deve mai dimenticare – come ricordano De Martis, Petrella ed Ambrosi<sup>1</sup> – di rispondere a due esigenze: la rinuncia all'ambizione terapeutica ed il controllo del controtransfert. Non c'è dubbio che queste esigenze siano tanto ardue quanto irrinunciabili. Allo scopo di rispondere ad esse, mi sembra che si possano utilizzare anche le osservazioni fatte fin qui. Seguendo il loro filo conduttore si può cogliere il cambiamento del malato come una grave ferita al narcisismo del medico, in quanto egli si sottrae all'onnipotenza terapeutica che suscita in lui il sentimento controtransferale della gelosia. Così stando le cose, si vengono a contraddire puntualmente le due esigenze sopraddette. Ma se il medico si abitua ad esercitare la capacità di visualizzare figure tipiche, egli terrà sempre davanti a sé quella del paziente B (guarito senza traccia di scuotimenti, cioè cambiato) come possibilità evolutiva del suo paziente attuale. Come dice Di Chiara<sup>2</sup>, bisogna che il medico faccia posto nella sua coscienza alla rappresentazione del suo paziente. Ma forse è necessario che egli lasci muoversi liberamente l'immaginazione di modo che la rappresentazione del paziente sia plurima e comprenda anche quella del paziente cambiato. Se il medico s'immagina il paziente cambiato e quindi accetta a priori che questi possa veramente cambiare, allora egli può dismettere la sua onnipotenza senza eccessiva frustrazione e può controllare meglio i suoi atteggiamenti controtransferali.

Eliminato: etre

Dott. Giacomo Calvi  
C.so di Porta Ticinese, 50  
I-20123 Milano

<sup>1</sup> De Martis D., Petrella F., Ambrosi P. *Fare e pensare in psichiatria* R. Cortina Editore, Milano 1987.

<sup>2</sup> Di Chiara G. *Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro* Riv. Psicoan. 31, 4511-461.

Eliminato: etre