

# PSICHIATRIA

---

*Collana a cura di  
Filippo Di Pirro*



Alan F. Schatzberg, M.D.  
Charles DeBattista, D.M.H., M.D.

---

# Manuale di Psicofarmacologia clinica

---

*Premessa all'edizione italiana  
di Filippo Di Pirro*

Traduzione di Massimo Simone e Raffaella Voi

Titolo originale:

*Manual of Clinical Psychopharmacology, Eighth Edition*

First published in the United States by American Psychiatric Association Publishing  
Washington D.C. Copyright © 2015. All rights reserved.

First Published in Italy by Giunti Psychometrics in Italian. Giunti Psychometrics is the exclusive publisher of  
Manual of Clinical Psychopharmacology, Eighth Edition, Copyright © 2015, authored by Alan F. Schatzberg, M.D.,  
and Charles DeBattista, D.M.H., M.D. in Italian for distribution Worldwide.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Giunti Psychometrics.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the  
Italian language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of  
the publication.

Prima pubblicazione negli Stati Uniti, American Psychiatric Association Publishing, Washington D.C. Copyright  
© 2015. Tutti i diritti riservati.

Prima pubblicazione in Italia, Giunti Psychometrics. Giunti Psychometrics è editore esclusivo del volume Manual  
of Clinical Psychopharmacology, Eighth Edition, Copyright © 2015, di Alan F. Schatzberg, M.D., e Charles DeBat-  
tista, D.M.H., M.D. in lingua italiana per la distribuzione mondiale.

È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, se non espressamente autorizzata dall'e-  
ditore.

L'American Psychiatric Association non ha avuto nessun ruolo nella pubblicazione di questa edizione e non si  
assume alcuna responsabilità per eventuali errori o omissioni, o altri possibili difetti nella traduzione dall'inglese  
all'italiano.

Nota: gli autori hanno fatto il possibile per assicurare che tutte le informazioni contenute in questo libro siano  
aggiornate al momento della pubblicazione nonché coerenti con gli standard generali psichiatrici e medici, e che  
le informazioni relative ai dosaggi, ai programmi e ai percorsi di somministrazione dei farmaci siano esatte, al  
momento della pubblicazione, e in linea con gli standard riconosciuti sia dalla US Food and Drug Administration  
che dalla comunità medica generale. Tuttavia, poiché la ricerca e la pratica mediche continuano ad avanzare, gli  
standard terapeutici possono subire delle modifiche. Inoltre, situazioni particolari possono richiedere un approccio  
terapeutico specifico non incluso in questo libro. Per questi motivi, e anche perché, talvolta, si verificano errori  
umani e tecnici, raccomandiamo che i lettori seguano le indicazioni dei medici direttamente coinvolti nella loro  
cura o nella cura di un membro della loro famiglia.

I libri pubblicati da American Psychiatric Publishing (APP) esprimono i risultati, le conclusioni e le opinioni dei  
singoli autori, che non coincidono necessariamente con le politiche e le opinioni di APP o di American Psychiatric  
Association.

[www.giuntipsy.com](http://www.giuntipsy.com)

[www.giunti.it](http://www.giunti.it)

© 2018 Giunti Psychometrics S.r.l.

Via Fra' Paolo Sarpi 7/A, 50136 Firenze – Italia

Prima edizione: settembre 2018



Stampato presso Rotolito S.p.A. – Seggiano di Pioltello (MI)

---

# Indice

Premessa all'edizione italiana .....	XIX
Prefazione .....	XXIX
Dichiarazione di interessi concorrenti .....	XXXI
<b>1. Principi generali del trattamento psicofarmacologico .....</b>	<b>3</b>
Consigli generali .....	5
Linee guida generali .....	6
Questioni legali, etiche ed economiche .....	6
Bibliografia .....	15
<b>2. Diagnosi e classificazione .....</b>	<b>17</b>
Organizzazione generale del DSM-5 .....	19
Disturbi del neurosviluppo .....	20
Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici .....	21
Disturbi dell'umore .....	22
Disturbi bipolari e disturbi correlati .....	25
Disturbi depressivi .....	25
Disturbi d'ansia .....	28
Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati .....	31
Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti .....	32
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati .....	34
Disturbi di personalità .....	35
Disturbi da uso di sostanze .....	36
Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione .....	37
Approvazione da parte della FDA delle strategie volte alla riduzione dei sintomi .....	38
DSM-5 e farmacogenetica .....	38
Sommaro .....	39
Bibliografia .....	39

<b>3. Farmaci antidepressivi</b> .....	43
Storia .....	46
Principi generali dell'uso degli antidepressivi .....	48
Scelta di un antidepressivo .....	48
Dosaggio e somministrazione .....	53
Durata del trattamento .....	53
Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina .....	56
Effetti farmacologici .....	56
Indicazioni .....	61
Effetti collaterali .....	64
Sovradosaggio .....	70
Interazioni farmacologiche .....	71
Dosaggio e somministrazione .....	73
Sospensione .....	74
Inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina (venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, levomilnacipran e milnacipran) .....	79
Effetti farmacologici .....	79
Indicazioni .....	81
Effetti collaterali .....	84
Sovradosaggio .....	86
Interazioni farmacologiche .....	86
Dosaggio e somministrazione .....	87
Sospensione .....	88
Antagonisti del recettore 5-HT <sub>2</sub> (trazodone e nefazodone) .....	89
Effetti farmacologici .....	90
Indicazioni .....	91
Effetti collaterali .....	92
Sovradosaggio .....	95
Interazioni farmacologiche .....	96
Dosaggio e somministrazione .....	96
Sospensione .....	97
Antidepressivi ad azione combinata noradrenergica-dopaminergica (bupropione) .....	98
Effetti farmacologici .....	98
Indicazioni .....	99
Effetti collaterali .....	101
Sovradosaggio .....	101
Interazioni farmacologiche .....	102
Dosaggio e somministrazione .....	102
Mirtazapina .....	102
Effetti farmacologici .....	102
Indicazioni .....	103
Effetti collaterali .....	105
Sovradosaggio .....	107
Interazioni farmacologiche .....	107
Dosaggio e somministrazione .....	107

Vilazodone .....	108
Vortioxetina .....	109
Antidepressivi triciclici e tetraciclici .....	110
Strutture .....	110
Effetti farmacologici .....	110
Indicazioni .....	115
Livelli ematici .....	116
Effetti collaterali .....	121
Sovradosaggio .....	123
Dosaggio e somministrazione .....	124
Sospensione .....	126
Inibitori delle monoamino ossidasi .....	126
Effetti farmacologici .....	126
Indicazioni .....	128
Effetti collaterali .....	130
Sovradosaggio .....	132
Interazioni farmacologiche .....	132
Dosaggio e somministrazione .....	134
Sospensione .....	135
Inibitori selettivi e reversibili delle monoamino ossidasi (RIMA) .....	136
Inibitori della ricaptazione della noradrenalina: reboxetina e atomoxetina .....	139
Effetti farmacologici .....	140
Indicazioni .....	141
Effetti collaterali .....	142
Sovradosaggio .....	142
Dosaggio e somministrazione .....	142
Interazioni farmacologiche .....	143
Sospensione .....	143
Agenti antidepressivi nuovi e in evoluzione .....	143
Bibliografia .....	147
<b>4. Farmaci antipsicotici .....</b>	<b>165</b>
Principi generali dell'uso degli antipsicotici .....	168
Farmaci .....	168
Efficacia .....	178
Trattamento antipsicotico acuto .....	180
Interventi precoci nel primo episodio psicotico .....	184
Trattamento ospedaliero .....	185
Terapia farmacologica di mantenimento .....	188
Uso in altri disturbi psichiatrici .....	192
Antipsicotici di seconda generazione (atipici) .....	201
Clozapina .....	201
Risperidone .....	209
Paliperidone .....	214
Iloperidone .....	215

Olanzapina .....	216
Quetiapina .....	220
Ziprasidone .....	223
Aripiprazolo .....	225
Lurasidone .....	227
Asenapina .....	228
Antipsicotici di prima generazione (tipici) .....	231
Effetti collaterali .....	233
Antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione .....	247
Trattamento aggiuntivo dei sintomi negativi e cognitivi .....	250
Alternative alla terapia antipsicotica .....	253
Farmaci antipsicotici recentemente immessi sul mercato o in via di sviluppo .....	254
Bibliografia .....	256
<b>5. Stabilizzatori dell'umore</b> .....	271
Approcci generali al trattamento .....	273
Mania acuta .....	273
Depressione bipolare acuta .....	276
Terapia di mantenimento .....	278
Disturbo bipolare con cicli rapidi .....	279
Stati misti .....	281
Litio .....	282
Storia e indicazioni .....	282
Effetti farmacologici .....	284
Indicazioni cliniche .....	285
Effetti collaterali .....	291
Preparazioni .....	297
Dosaggio e somministrazione .....	298
Impiego durante la gravidanza .....	301
Anticonvulsivanti .....	302
Valproato .....	304
Carbamazepina .....	315
Lamotrigina .....	322
Altri anticonvulsivanti .....	326
Antipsicotici .....	337
Benzodiazepine .....	340
Bloccanti del canale del calcio .....	341
Acidi grassi omega-3 .....	342
Bibliografia .....	343
<b>6. Farmaci ansiolitici</b> .....	359
Benzodiazepine .....	362
Indicazioni .....	362



Effetti farmacologici .....	364
Sottoclassi .....	364
Dosaggio e somministrazione .....	369
Astinenza .....	373
Effetti collaterali .....	376
Sovradosaggio .....	376
Antidepressivi .....	376
Agorafobia e panico .....	377
Disturbo d'ansia generalizzata .....	378
Disturbo d'ansia sociale .....	378
Disturbo da stress post-traumatico .....	380
Disturbo ossessivo-compulsivo .....	384
Anticonvulsivanti .....	386
Antipsicotici .....	388
Agenti noradrenergici .....	389
Indicazioni cliniche .....	389
Dosaggio e somministrazione .....	390
Effetti collaterali .....	391
Antistaminici .....	392
Buspirone .....	392
Nuovi agenti farmacologici ansiolitici .....	395
Bibliografia .....	396
<b>7. Farmaci ipnotici .....</b>	<b>403</b>
Insonnia .....	403
Approcci comportamentali .....	408
Approcci farmacologici .....	409
Ipnotici benzodiazepinici .....	411
Ipnotici non benzodiazepinici .....	417
Agonisti dei recettori della melatonina: ramelteon e tasimelteon .....	419
Antistaminici sedativi e altri farmaci psicoattivi non benzodiazepinici con proprietà ipnotiche .....	420
Altri ipnotici .....	422
Antagonisti duali dei recettori dell'oressina .....	424
Conclusioni generali .....	426
Bibliografia .....	428
<b>8. Stimolanti e altri farmaci ad azione rapida .....</b>	<b>433</b>
Abuso di amfetamine .....	437
Impieghi degli stimolanti .....	439
Disturbo da deficit di attenzione/iperattività .....	439
Depressione .....	441
Sindrome da immunodeficienza acquisita .....	444
Disturbo da binge-eating .....	445

Altre condizioni mediche .....	445
Combinazioni farmacologiche .....	446
Psicosi .....	446
Uso vs. abuso di stimolanti .....	447
Atomoxetina .....	448
Guanfacina .....	449
Altri farmaci ad azione rapida .....	450
Bibliografia .....	452
<b>9. Strategie di potenziamento per i disturbi resistenti al trattamento .....</b>	<b>457</b>
Strategie di potenziamento per la depressione .....	458
Combinazioni litio-antidepressivo .....	458
Combinazioni integratori tiroidei-antidepressivi .....	461
Combinazioni di estrogeni, DHEA e testosterone con antidepressivi .....	464
Combinazioni di agonisti della dopamina e antidepressivi .....	466
Combinazioni tra precursori delle monoamine e antidepressivi .....	467
Combinazioni di SSRI .....	468
Combinazioni antipsicotici-antidepressivi .....	473
Altre combinazioni di TCA .....	475
Strategie di potenziamento/combinazione per il disturbo bipolare .....	477
Combinazioni di due o più stabilizzatori dell'umore .....	477
Combinazioni di stabilizzatori dell'umore e antipsicotici .....	479
Combinazioni di stabilizzatori dell'umore e antidepressivi .....	481
Stabilizzatori dell'umore e acidi grassi omega-3 .....	482
Strategie di potenziamento per la schizofrenia .....	483
Combinazioni di due antipsicotici .....	483
Combinazioni di antidepressivi e antipsicotici .....	484
Combinazioni di stabilizzatori dell'umore e antipsicotici .....	485
Altre strategie di potenziamento .....	487
Bibliografia .....	488
<b>10. Trattamento al pronto soccorso .....</b>	<b>501</b>
Agitazione e violenza .....	502
Depressione e rischio suicidario .....	506
Episodi psicotici acuti .....	511
Caratteristiche psicotiche miste .....	511
Psicosi schizofrenica, schizofreniforme e maniacale .....	511
Delirium .....	513
Ansia grave .....	514
Stupor e catatonia .....	515
Invii al pronto soccorso .....	516
Bibliografia .....	517

<b>11. Farmacoterapia per i disturbi da uso di sostanze</b> .....	521
Test antidroga .....	523
Stimolanti .....	523
Oppiacei .....	525
Disintossicazione .....	525
Trattamento di mantenimento .....	527
Sedativi e ipnotici .....	531
Disintossicazione .....	531
Benzodiazepine .....	532
Alcol .....	535
Disintossicazione .....	535
Trattamento di mantenimento .....	537
Nicotina .....	541
Cannabis .....	542
Allucinogeni .....	542
Fenciclidina .....	543
Bibliografia .....	544
<b>12. Farmacoterapia in situazioni particolari</b> .....	549
Gravidanza .....	549
Psicofarmacologia pediatrica .....	557
Stimolanti .....	558
Antipsicotici .....	562
Antidepressivi .....	566
Stabilizzatori dell'umore .....	569
Farmaci ansiolitici .....	571
Psicofarmacologia geriatrica .....	572
Antidepressivi .....	573
Ipnotici e ansiolitici .....	575
Stabilizzatori dell'umore .....	576
Antipsicotici .....	577
Farmaci per la demenza .....	578
Farmaci per l'agitazione .....	582
Disabilità intellettiva .....	584
Condizioni mediche .....	586
Disturbi psichiatrici derivanti da patologie mediche .....	587
Disturbi psichiatrici associati a farmaci non psichiatrici .....	589
Disturbi psichiatrici complicati da patologie mediche .....	590
Conclusione .....	599
Bibliografia .....	600
<b>Appendice. Letture consigliate</b> .....	615
<b>Indice analitico</b> .....	619



---

# Elenco delle tabelle

Tabella 2.1	Disturbi mentali elencati nella Sezione II del DSM-5 .....	20
Tabella 2.2	Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (DSM-5) .....	22
Tabella 2.3	Disturbi dell'umore (DSM-5) .....	23
Tabella 2.4	Disturbi d'ansia (DSM-5) .....	29
Tabella 2.5	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati (DSM-5) .....	31
Tabella 2.6	Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti (DSM-5) .....	33
Tabella 3.1	Inibizione degli enzimi del citocromo P450 da parte degli antidepressivi .....	60
Tabella 3.2	Farmacocinetica degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) .....	61
Tabella 3.3	Agenti farmacologici aggiuntivi per il trattamento della disfunzione sessuale indotta dagli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) .....	67
Tabella 3.4	Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) e altri antidepressivi disponibili: nomi, formulazioni e concentrazioni, dosaggi .....	75
Tabella 3.5	Antagonisti della serotonina <sub>2</sub> (5-HT <sub>2</sub> ) .....	92
Tabella 3.6	Effetti indesiderati comuni o fastidiosi di trazodone e nefazodone .....	95
Tabella 3.7	Effetti di blocco della ricaptazione della Noradrenalina (NE) e della serotonina (5-HT) degli antidepressivi non-IMAO .....	113
Tabella 3.8	Effetti relativi al blocco recettoriale degli antidepressivi .....	114
Tabella 3.9	Effetti collaterali comuni o fastidiosi di farmaci triciclici e tetraciclici .....	115
Tabella 3.10	Antidepressivi triciclici e tetraciclici: nomi, formulazioni e concentrazioni, dosaggi .....	117

Tabella 3.11	Range approssimativi relativi al livello serico terapeutico dei farmaci triciclici e tetraciclici .....	120
Tabella 3.12	Inibitori delle Monoamino Ossidasi (IMAO): nomi, formulazioni e concentrazioni, dosaggi .....	129
Tabella 3.13	Effetti collaterali comuni o fastidiosi degli Inibitori delle Monoamino Ossidasi (IMAO) .....	130
Tabella 3.14	Alimenti da evitare quando si assumono gli Inibitori delle Monoamino Ossidasi (IMAO) .....	133
Tabella 4.1	Farmaci antipsicotici: nomi, formulazioni e concentrazioni .....	169
Tabella 4.2	Potenza dei farmaci antipsicotici .....	183
Tabella 4.3	Raccomandazioni APA/ADA per lo screening dei pazienti che assumono antipsicotici di seconda generazione .....	209
Tabella 4.4	Linee guida per il monitoraggio della clozapina .....	210
Tabella 4.5	Farmaci antiparkinsoniani: nomi, formulazioni e concentrazioni, range dei dosaggi .....	241
Tabella 4.6	Criteri operativi per la diagnosi di sindrome neurolettica maligna .....	246
Tabella 5.1	Stabilizzatori dell'umore: nomi, formulazioni e concentrazioni .....	274
Tabella 5.2	Tossicologia degli stabilizzatori dell'umore .....	292
Tabella 5.3	Dosi degli anticonvulsivanti nella malattia bipolare .....	302
Tabella 5.4	Interazioni farmacologiche degli anticonvulsivanti stabilizzatori dell'umore .....	313
Tabella 5.5	Nuovi anticonvulsivanti .....	327
Tabella 6.1	Benzodiazepine: nomi, formulazioni e concentrazioni, range del dosaggio ansiolitico .....	365
Tabella 6.2	Benzodiazepine: assorbimento e farmacocinetica .....	368
Tabella 7.1	Ipnotici benzodiazepinici .....	414
Tabella 7.2	Altri agenti ipnotici notturni .....	424
Tabella 8.1	Stimolanti: nomi, formulazioni e concentrazioni .....	434
Tabella 9.1	Possibili agenti di potenziamento per gli antidepressivi .....	459
Tabella 9.2	Antidepressivi combinati confezionati: nomi generici, nomi commerciali, formulazioni e concentrazioni, dosaggi .....	474
Tabella 10.1	Opzioni farmacologiche per la rapida sedazione dei pazienti agitati (con somministrazioni ogni 30-60 minuti) .....	504
Tabella 10.2	Fattori di rischio a breve termine (da 6 a 12 mesi) per il suicidio nei pazienti depressi .....	507
Tabella 10.3	Sovradosaggi degli antidepressivi e loro gestione .....	509
Tabella 10.4	Complicanze d'emergenza associate all'uso di antipsicotici .....	513
Tabella 11.1	Segni obiettivi di astinenza da oppiacei .....	526

<b>Tabella 11.2</b> Strategie farmacologiche per la sola disintossicazione acuta dall'alcol .....	536
<b>Tabella 11.3</b> Effetti indesiderati comuni della terapia con naltrexone .....	539
<b>Tabella 12.1</b> Rischi teratogeni dei farmaci psicotropi .....	550
<b>Tabella 12.2</b> Dosi degli antipsicotici comuni nei bambini .....	564
<b>Tabella 12.3</b> Dosaggi degli antidepressivi comuni nei bambini .....	568
<b>Tabella 12.4</b> Dosaggi degli stabilizzatori dell'umore comuni nei bambini .....	570
<b>Tabella 12.5</b> Interazioni dei farmaci psicoattivi comunemente usati insieme ai farmaci cardiovascolari .....	595





---

# Elenco delle figure

Figura 3.1	Struttura chimica degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) .....	58
Figura 3.2	Struttura chimica degli Inibitori della Ricaptazione della Serotonina-Noradrenalina (SNRI) .....	80
Figura 3.3	Struttura chimica degli antagonisti della serotonina <sub>2</sub> (5-HT <sub>2</sub> ) .....	90
Figura 3.4	Struttura chimica del bupropione .....	98
Figura 3.5	Struttura chimica della mirtazapina .....	103
Figura 3.6	Struttura chimica degli antidepressivi triciclici e tetraciclici .....	112
Figura 3.7	Relazione sigmoidale tra risposta clinica e livelli plasmatici di imipramina + desipramina .....	118
Figura 3.8	Relazione curvilinea tra risposta clinica e i livelli plasmatici di nortriptilina .....	119
Figura 3.9	Struttura chimica degli Inibitori delle Monoamino Ossidasi (MAO) .....	128
Figura 4.1	Struttura chimica dei farmaci antipsicotici .....	172
Figura 5.1	Struttura chimica degli anticonvulsivanti timolettici .....	303
Figura 6.1	Struttura chimica delle benzodiazepine ansiolitiche .....	366
Figura 6.2	Struttura chimica del buspirone .....	393
Figura 7.1	Struttura chimica degli ipnotici benzodiazepinici .....	413
Figura 7.2	Struttura chimica degli ipnotici non benzodiazepinici: zolpidem, zaleplon ed eszopiclone .....	417
Figura 7.3	Struttura chimica degli ipnotici non barbiturici .....	423



---

# Premessa all'edizione italiana

Con intensa soddisfazione presento il secondo volume di questa collana: il *Manuale di Psicofarmacologia clinica* di Alan F. Schatzberg e Charles DeBattista, giunto ormai alla sua ottava edizione negli Stati Uniti d'America. Esso si conferma come un libro di grande successo, che gode di un largo consenso tra gli psichiatri di oltre Oceano e si caratterizza per lo stile con cui viene trattata una materia così complessa e in continua evoluzione, come la psicofarmacologia. Il rigore scientifico ineccepibile e un'impostazione orientata alla fruibilità delle informazioni e alla loro conseguente applicazione clinica ne fanno un prezioso strumento di lavoro e di studio.

Nell'impostazione del volume, gli Autori hanno voluto privilegiare i dati anziché le opinioni e il manuale è stato pensato piuttosto come una guida clinica, pratica e facilmente consultabile, un contributo per la scelta e la prescrizione di appropriate terapie farmacologiche sulla base dei risultati più consolidati e condivisi delle ricerche pubblicate sulla letteratura internazionale nonché della pratica clinica. Non è un mero lavoro di revisione e di analisi di articoli scientifici; pertanto, non tutte le affermazioni contenute nel testo sono circostanziate singolarmente. Sono tuttavia indicati i riferimenti bibliografici per gli argomenti trattati e i concetti chiave, e per ogni capitolo è proposto un elenco di articoli e libri rilevanti per coloro che desiderano approfondire quanto è contenuto nel testo.

Si tratta, indubbiamente, di uno strumento di sicura utilità non solo per gli psichiatri, ma anche per tutti i medici che prescrivono gli psicofarmaci nella loro pratica professionale o seguono persone in trattamento psicofarmacologico, e per gli studenti che vogliono avvalersi di un testo valido e aggiornato per la loro preparazione. Sappiamo quanto sia diffuso l'utilizzo degli psicofarmaci e quanta informazione, non sempre attendibile, abbia per oggetto i farmaci per l'ansia, la depressione e per le altre malattie mentali. Verosimilmente vi è un abuso nella prescrizione e nell'utilizzo degli psicofarmaci, e sappiamo anche che la loro prescrizione è diventata una prassi piuttosto comune anche tra i medici di base e, sciatamente, del "fai da te" farmacologico. Purtroppo tutto ciò, unitamente a certi

pregiudizi riguardo a ciò che concerne il trattamento farmacologico in psichiatria, ha alimentato considerazioni confuse in merito all'impiego e all'efficacia dei farmaci psicoattivi, tanto che spesso ci si imbatte tra un atteggiamento miracolistico, che attribuisce agli psicofarmaci poteri di guarigione forse sin troppo "assoluti" e un atteggiamento talvolta acriticamente negatorio (se non denigratorio) riguardo alla possibilità che tali farmaci incidano sul trattamento dei disturbi psichici. Allora ben venga tutto ciò che fa chiarezza su questa categoria di farmaci ed esorta a un uso razionale e informato, fondato su conoscenze scientifiche e su un impiego motivato e circostanziato degli stessi. Nel presente libro, con linearità e rigore scientifico, viene trattato il sapere attuale della farmacologia e delle applicazioni cliniche degli psicofarmaci, prendendo in esame per ciascuno di essi il meccanismo di azione e le conoscenze relative al loro funzionamento, il metabolismo, le vie di assorbimento e di eliminazione, gli effetti collaterali e la tossicità, l'impiego clinico ragionato e condiviso. Il volume, nonostante la complessità degli argomenti trattati, si presenta come un lavoro snello, di agile e facile consultazione.

Esso si articola in 12 capitoli, partendo dal primo, con i principi generali del trattamento farmacologico, del quale si consiglia un'attenta lettura per comprendere al meglio non solo i successivi contenuti tecnici, ma anche l'impostazione pratica e decisamente rigorosa, aderente ai dati scientifici e all'esperienza maturata nella realtà clinica.

Segue un capitolo dedicato ai criteri diagnostici e di classificazione dei disturbi psichiatrici, in cui è sottolineata l'importanza del momento valutativo e diagnostico quale presupposto irrinunciabile per impostare il trattamento più adeguato. Ovviamente si fa riferimento ai criteri di classificazione aggiornati, in particolare al DSM-5, che ha introdotto misure dimensionali relative a sintomi fondamentali (per esempio ansia e depressione) trasversali alle categorie diagnostiche, per descrivere meglio i disturbi dei pazienti. Nel manuale sono stati riesaminati l'attuale sistema (DSM-5) e i tassi di prevalenza attinenti alle principali categorie di disturbi psichiatrici che si manifestano negli individui adulti, oltre a evidenziare quali tipi di agenti psicofarmacologici si dimostrano più spesso di utile impiego in relazione a ciascuna categoria.

I capitoli successivi trattano delle varie classi di psicofarmaci: antidepressivi, antipsicotici, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici, ipnotici, stimolanti e altri farmaci ad azione rapida. Ogni capitolo descrive la composizione chimica delle molecole, il meccanismo di azione, la farmacocinetica, la farmacodinamica, gli impieghi terapeutici, gli effetti collaterali e indesiderati, le interazioni con altre sostanze. La descrizione è corredata di utilissimi e numerosi riferimenti bibliografici, nonché di esempi di applicazione clinica del farmaco descritto, con riferimenti a ricerche e studi aggiornati e scientificamente accreditati, dei quali è sempre citata la fonte. Un concetto che viene evidenziato in questi capitoli è quello della equivalenza terapeutica dei principi attivi appartenenti alla stessa classe di psicofarmaci. Ciò contrasta con la notevole disponibilità di farmaci in commercio e aiuta il medico a prendere dimestichezza con un numero limitato di principi attivi per ogni classe di psicofarmaci. Tale approccio favorisce un uso razionale della molecola e la corretta interpretazione non solo degli effetti terapeutici, ma anche di quelli collaterali e

della interazione con altri farmaci, dal momento che molti pazienti seguono, congiuntamente, anche altre terapie.

Al riguardo, molto utili e di lettura immediata sono le tabelle esplicative.

Segue un capitolo che tratta delle strategie di potenziamento per quei disturbi resistenti al trattamento, ove viene preso in esame il problema, alquanto delicato e complesso, della politerapia e della combinazione di farmaci, evenienza peraltro piuttosto frequente in psichiatria, specie nelle situazioni cliniche che non rispondono a un singolo farmaco. Si tratta di un capitolo stimolante e di grande attualità. Gli Autori, pur riconoscendo che la speranza condivisa da tutti i clinici è che i pazienti rispondano a un solo agente farmacologico, evidenziano come, nella pratica clinica, molti pazienti richiedano un trattamento simultaneo con diverse categorie di farmaci per ottenere una risposta adeguata. Raccomandano, tuttavia, la necessità di familiarizzare con un certo numero di combinazioni di farmaci o di regimi combinati che negli ultimi anni sono stati segnalati per la loro peculiare efficacia in specifiche situazioni cliniche, nonché la necessità di conoscere le combinazioni che possono generare difficoltà a causa delle interazioni farmacologiche o di effetti collaterali aggiuntivi. Le strategie di potenziamento e le combinazioni di farmaci sono esaminate con riferimento ad ogni categoria diagnostica ed efficacemente sintetizzate in chiare tabelle esplicative.

Fa seguito un interessante capitolo relativo al trattamento in pronto soccorso, dal taglio decisamente pratico e che passa in rassegna l'approccio al paziente in situazioni di emergenza. Come gli psichiatri ben sanno, il trattamento in contesti critici è sempre difficile e delicato e richiede non solo una grande padronanza della materia (e di se stessi), ma anche competenza sul tipo di farmaci da utilizzare e su quali non utilizzare, nella consapevolezza che anche nelle situazioni critiche prevale la centralità della personalità del paziente.

In situazioni di emergenza, gli psichiatri si trovano spesso a dover fronteggiare e gestire pazienti con sintomi acuti che richiedono una valutazione e un intervento immediati a tutela del paziente stesso. I casi riportati nel testo riguardano le situazioni più comunemente riscontrabili in un contesto di emergenza, come l'agitazione e il comportamento violento, con o senza segni di intossicazione da alcol o da altra sostanza, la depressione con ideazione o tentativo di suicidio, gli episodi psicotici acuti, l'ideazione paranoide, il delirium con o senza sintomi psicotici, l'ansia grave, lo stupor psicogeno.

Per ognuna di tali situazioni sono forniti gli elementi essenziali per una corretta valutazione e gestione farmacologica dei sintomi, sulla base dei dati scientifici disponibili, aiutando il lettore con interessanti schemi esemplificativi.

Vi è, a seguire, un capitolo dedicato alla farmacoterapia per i disturbi da uso di sostanze, argomento anch'esso di grande attualità, considerando la comorbilità delle condotte d'abuso con altre patologie psichiatriche, la diffusione di sostanze di abuso in una certa fascia di popolazione e le difficoltà di attuare terapie psicofarmacologiche in soggetti già alterati dagli effetti delle sostanze. Anche a tale riguardo, gli Autori offrono interessanti suggerimenti e strategie di intervento farmacologico, passando in rassegna i vari principi attivi oggi a disposizione.

Un ultimo capitolo, di grande utilità clinica, è dedicato alla farmacoterapia in situazioni particolari, ovvero: gravidanza, il delicato e discusso argomento della

psicofarmacologia pediatrica, la psicofarmacologia nell'anziano e quella relativa alle varie condizioni mediche. Gli Autori prendono in esame le diverse situazioni e, con spiccato taglio pratico, offrono una serie di indicazioni e suggerimenti, sempre clinicamente condivisi e approvati, che offrono davvero un utile contributo al professionista clinico, il quale si trova quotidianamente a dover fronteggiare le situazioni descritte, richiedenti una cautela particolare nella somministrazione e nella gestione di terapie psicofarmacologiche.

Segue poi un'appendice con le letture consigliate per approfondire gli argomenti di interesse trattati.

Insomma, un volume completo, aggiornato e decisamente stimolante.

Gli Autori, attraverso un'esposizione sempre chiara e fluida, offrono indicazioni sostenute da dati obiettivi, aggiornate e arricchite dalla propria esperienza sul campo; questo approccio pratico è un autentico valore aggiunto per comprendere al meglio il ruolo della terapia farmacologica nella gestione di un paziente, sottolineandone i vantaggi e anche i limiti, evitando di attribuire ad essa un ruolo sempre assolutistico ed esclusivo. Se è vero, infatti, che lo sviluppo della moderna psicofarmacologia ha condizionato in modo determinante la pratica psichiatrica negli ultimi cinquant'anni, mettendo a disposizione terapie farmacologiche efficaci e relativamente sicure per la maggior parte delle malattie mentali, è altrettanto vero che l'indirizzo esclusivamente biologico, e quindi "medico", della malattia mentale appare oggi piuttosto superato. In linea con tale concetto, si comprende l'intenzione degli Autori di evitare di sostenere il concetto secondo il quale il disturbo psichico possa risolversi mediante un esclusivo ricorso al farmaco, il che darebbe una visione riduttiva della sofferenza psichica e della sua corretta comprensione. Quello rivolto da Schatzberg e DeBattista agli operatori sanitari è semmai un invito a conoscere a fondo i complessi meccanismi che sottendono l'efficacia terapeutica del farmaco attivo sulle strutture cerebrali. In questo senso il volume si propone come impulso all'aggiornamento e come monito per un sempre più corretto uso dello psicofarmaco, ricordando che il presupposto di fondo rimane sempre l'incontro tra medico e paziente e che pertanto il farmaco rappresenta una parte, ancorché importante e significativa, di un più complesso trattamento terapeutico.

Il malato va compreso nella sua sofferenza, nelle cause di quest'ultima – biologiche, sociali, familiari o psicodinamiche che siano –, nella sua globalità di persona. Il fatto di conoscere bene gli psicofarmaci e di saperli utilizzare non esime il medico dall'impostare un'alleanza terapeutica tramite un approccio empatico e aperto alla comprensione di chi a lui si rivolge perché sta male. Il medico deve credere, e avere fiducia, nell'utilità ed efficacia degli psicofarmaci, ma anche il paziente, perciò il farmaco va saputo proporre e somministrare all'interno di una relazione di fiducia reciproca. Non è facile per una persona accettare di curarsi con gli psicofarmaci, magari per un periodo prolungato, e a maggior ragione per tutta la vita, e l'aspetto della corretta informazione e della motivazione a questo tipo di trattamento è fondamentale.

Un'accezione così ampia all'incontro stabilisce come esso sia la vera modalità di rapporto con la persona e la sua sofferenza. All'interno di tale relazione si possono configurare diverse modalità di intervento, e quindi anche quelle di tipo biologico

e psicofarmacologico in particolare. Comunque sia, il farmaco non dev'essere mai considerato come unica modalità di intervento, e, se usato, è necessario che l'operatore ne conosca a fondo le peculiarità farmacologiche che ne caratterizzano l'efficacia terapeutica e gli effetti sul comportamento della persona.

Sarebbe impossibile includere in un unico lavoro tutte le informazioni disponibili riguardo a ogni singolo farmaco, e infatti questo volume, sebbene assai articolato e ricco di informazioni, non ha la pretesa di essere onnicomprensivo. Il suo obiettivo è semmai quello di integrare la pratica clinica con il sapere scientifico accreditato e aggiornato nell'ambito della psicofarmacologia. Le fonti delle ricerche e degli studi, sempre di grande rilievo internazionale, e i generosi riferimenti bibliografici ne fanno anche uno strumento di notevole utilità per chi vuole approfondire gli specifici argomenti.

Una raccomandazione che va poi fatta anche al lettore italiano è di tenere presente che questo libro, nella sua versione originale, è destinato eminentemente a professionisti statunitensi. Pertanto esso comprende alcuni farmaci non disponibili in Italia e descrive posologie e indicazioni terapeutiche che potrebbero anche non essere approvate/raccomandate nel nostro Paese. Gli Autori hanno tenuto conto di ciò, e vi sono diverse note che richiamano questo concetto. Nei casi dubbi è tuttavia necessario fare comunque riferimento alla documentazione ufficiale italiana, riguardo alla specifica sostanza, al fine di verificarne le modalità con cui è ammesso l'uso della stessa. Un motivo in più, per il lettore, per sentirsi coinvolto nella lettura del volume e non deresponsabilizzato nel suo intendimento operativo.

La psicofarmacologia rappresenta una parte importante della psichiatria e l'intervento terapeutico che, più di altri, può contare su numerose evidenze scientifiche. Tuttavia lo studio degli psicofarmaci ne ha evidenziato la complessità e anche i limiti; infatti, le molecole non raggiungono solo il loro "bersaglio" a livello del Sistema Nervoso Centrale (SNC), ma si diffondono in tutto l'organismo, determinando pure effetti periferici, interazione con altri farmaci. Si tratta, insomma, di farmaci mai semplici da gestire. E difatti gli Autori scoraggiano un uso disinvolto degli psicofarmaci e insistono sulla necessità di ponderarne bene l'utilizzo in relazione alla diagnosi e alle condizioni del paziente, attendendosi agli impieghi per cui il farmaco è destinato e autorizzato. Anzi, invitano a porre attenzione agli usi e alle combinazioni farmacologiche inusuali e a prendere piuttosto dimestichezza con l'impiego convenzionale di uno psicofarmaco, così come, prima di procedere al potenziamento di un farmaco con un altro, si raccomanda di cimentarsi in maniera accurata con i singoli composti.

È bene che il medico, prima di sperimentare uno degli usi meno abituali dei farmaci descritti, come i dosaggi e le combinazioni farmacologiche inusuali, acquisisca familiarità con le indicazioni convenzionali. Inoltre, prima di procedere al potenziamento di un farmaco con un altro, è necessario acquisire la dovuta conoscenza ed esperienza su entrambi i composti. Chi somministra psicofarmaci deve ormai abituarsi ad approcciare il paziente non solo valutando gli effetti del farmaco sul comportamento e la sfera psichica, ma anche controllando regolarmente altri parametri, quali la pressione arteriosa, il peso corporeo e l'indice di massa corporea, che possono subire alterazioni a seguito della terapia psicofarma-

cologica. Spesso certi effetti collaterali del farmaco – pensiamo all'aumento ponderale – portano il paziente ad abbandonare la terapia. È quindi importante tener conto anche di questi effetti “somatici” per poterne parlare con lui e valutare, caso per caso, come procedere nella terapia, che resta l'obiettivo principale. La corretta pratica professionale impone poi di verificare le eventuali interazioni con altri farmaci che agiscono sul SNC e con quelli destinati al trattamento di altre patologie, ivi compresa qualunque terapia prescritta da altri medici, eventualità molto frequente, per esempio nei pazienti anziani, ma non solo.

Allo stesso modo, è opportuno che l'impiego dei farmaci fuori indicazione e il ricorso a dosaggi e terapie di combinazione non adeguatamente validati siano riservati unicamente allo specialista esperto, in grado di valutare i rischi e i benefici in presenza di evidenze talora imprecise e discordanti. Anche le donne in gravidanza o in allattamento e i pazienti con due o più disturbi psichiatrici, con abuso di sostanze e/o con patologie internistiche concomitanti, potrebbero essere candidati a una gestione specialistica. L'impiego di sostanze soggette a controllo da parte delle autorità sanitarie richiede anch'esso una competenza specifica. Gli Autori suggeriscono ai medici di utilizzare al meglio il proprio giudizio personale in base al livello di esperienza acquisito, ricordando che in questo campo in rapida evoluzione non si finisce mai di imparare. Spesso la pratica della medicina somiglia più a un'arte che a una scienza. Quando si cerca di aiutare pazienti gravemente ammalati e spesso difficilmente gestibili, ricorrendo a farmaci che talvolta possono alleviare le loro sofferenze e trasformare le loro vite, è importante mantenere il proprio operato sia entro i limiti delle terapie mediche standard per la patologia in questione sia entro i confini delle proprie competenze professionali.

Del resto, lo scopo essenziale di questo libro è quello di fornire un supporto scientifico a chi si occupa di psicofarmacologia clinica, dispensando informazioni accurate e aggiornate in linea con le procedure cliniche e gli standard più diffusamente accettati e accreditati al momento della stesura del volume. Pertanto, non si tratta di un “ricettario” da cui aspettarsi soluzioni preconfezionate da applicare passivamente o inconsapevolmente. Si sa che in medicina, e specialmente nell'ambito psichiatrico, ogni caso richiede un'attenzione particolare e le terapie vanno spesso personalizzate nelle modalità di somministrazione e nei dosaggi. Alla fine è il singolo operatore che, nei termini della sua pratica professionale, tenuto conto del suo sapere, delle competenze acquisite e della condizione da gestire, si assume l'onere e la responsabilità delle proprie scelte prescrittive.

L'uso di sostanze psicoattive in terapia non è certo un fenomeno recente, oggi l'utilizzo di questi farmaci è molto diffuso e la società ne è, in qualche modo, anche dipendente, sia per il sollievo immediato che queste sostanze forniscono a certi tipi di sofferenza (per esempio gli ansiolitici, gli ipnoinduttori) sia per gli effetti di miglioramento del tono dell'umore e del comportamento, nelle terapie prolungate per le condizioni psichiatriche più gravi.

Nell'ambito della psicofarmacologia, tutto il secolo scorso è stato caratterizzato da un rapido aumento dei farmaci psicoattivi che, quantunque efficaci nel trattamento di una psicopatologia, presentano – come prima evidenziato – il problema di una scarsa specificità: ogni farmaco è in grado di interagire con i



recettori di più neurotrasmettitori contemporaneamente, il che rende ragione degli effetti collaterali indesiderati e della conseguente necessità di correggerla con ulteriori farmaci. Se è vero che gli psicofarmaci rappresentano la risposta più immediata ed efficace a un disagio, o a un comportamento sintomatico, difficilmente uno psicofarmaco induce effetti di cura stabili al di fuori di un programma di intervento e di una relazione terapeutica. In seno alla relazione medico-paziente, la mera prescrizione farmacologica può comportare il rischio di instaurare un rapporto eccessivamente distanziato, magari per sfuggire a un coinvolgimento troppo diretto (da parte sia del medico sia del paziente) con la conseguenza – talvolta voluta – di evitare la presa di coscienza (e la mentalizzazione) della valenza psichica del malessere e spostando così quest'ultimo sul terreno culturalmente più accettabile e rassicurante della malattia organica, dove il paziente ha un ruolo meno attivo e responsabilizzato e il farmaco rappresenta la “cura” più accreditata, se non esclusiva. Tutto ciò induce a riflettere attentamente sul ruolo dello psicofarmaco nell'ambito del rapporto non solo medico-paziente, ma anche paziente-sistema in cui egli vive. Spesso nella famiglia del paziente o nell'ambiente di lavoro, il farmaco acquista valenze relazionali significative negli equilibri interpersonali, non sempre costruttivi e stabilizzanti.

Del resto, siamo esseri relazionali, la nostra mente è una mente relazionale, il nostro cervello è plastico e i nostri neuroni rispondono alla stimolazione, proveniente dal rapporto con noi stessi e con gli altri. Per questo ciò che conta è che il farmaco si collochi all'interno dell'alleanza terapeutica con il medico che lo prescrive e sia utilizzato come uno degli strumenti disponibili, con il pieno consenso e la completa informazione del paziente, ma anche dei familiari, stante che il ruolo della famiglia è necessario e/o determinante ai fini della terapia. Prescrivere un farmaco, dunque, non significa essere esonerati da quell'atteggiamento di accoglienza, comprensione e di empatia che caratterizza il rapporto medico-paziente in ambito psichiatrico, e non solo. È in una relazione che rispetti la centralità del paziente che è possibile stabilire un suo ruolo attivo nell'ambito in un percorso e programma terapeutici, ruolo che va a tutto beneficio degli esiti del trattamento.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito a una rottura degli schemi tradizionali di una psichiatria che si esauriva in una nosografia precisa e analitica e nella quale il ruolo del paziente era sovente secondario e passivo. Da tale crisi è nata una serie di modelli di lettura e di interventi sulla realtà comportamentale e sociale che, con alterne vicende, ha dominato la scena culturale e terapeutica degli ultimi anni. Queste diverse impostazioni hanno inevitabilmente generato conflitti, sia sul piano teorico che sul piano delle procedure e si è assistito, nell'approccio con il paziente psichiatrico, al dilagare dei diversi punti di vista e al disagio provocato dai vari tentativi, spesso fallimentari, di ridurre la sofferenza. Sono anche andati proliferando progetti di integrazione delle diverse visioni che il più delle volte sono la negazione dell'esistenza di realtà contrapposte, piuttosto che modelli funzionali di comprensione e di superamento dei conflitti.

A tutt'oggi lo psichiatra guarda all'uomo biologico, che è mosso da pulsioni dinamiche e da ideali e si sviluppa nell'ambito di una determinata realtà sociale e culturale, aspetto, questo, che ha acquisito un peso notevole negli ultimi anni, con

la globalizzazione e l'incremento dei flussi migratori, tanto da essere diventato una prospettiva di cui tener conto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie psichiatriche. E difatti la responsabilità clinica, cioè la necessità di curare, costringe a superare le distinzioni tra singolo e società, tra motivazioni personali e sociali, forse distorcendo e schematizzando il quadro composito della condizione umana: ma la nostra sensibilità impone di dimenticare le crisi interpretative e di "fare terapia". La psichiatria, con tutti i moderni criteri di scientificità che merita, deve comunque salvaguardare l'obiettivo primario di prendersi cura della persona come sistema vitale complesso, tenendo conto dei criteri umani e sociali, quindi anche morali, oltre a quelli scientifici, avendo la comprensione e l'umanità come guide principali dell'agire psichiatrico.

Questa logica, soprattutto se dotata pure di un atteggiamento prospettico, richiede almeno che i singoli strumenti utilizzati siano conosciuti, approfonditi e, dove possibile, migliorati. In particolare, per quanto riguarda i contenuti del presente volume, gli strumenti farmacologici, che così larga parte occupano nell'ambito della pratica psichiatrica, devono essere impiegati avendo presente la loro posizione tra i diversi approcci terapeutici e soprattutto ricordando che la visione sincretica delle alterazioni del comportamento e delle possibili terapie non deve servire come alibi per una conoscenza imperfetta, che autorizzi qualsiasi mezzo di intervento. Anzi, obbliga a maggiori approfondimenti culturali e di prassi.

L'obiettivo di questa ricerca continua permette, infatti, di comprendere non solo i danni e la patologia dei vari organismi (cervello) o di distinte funzioni, ma anche l'"essere nel mondo" dell'uomo. L'osservazione dell'uomo come "essere nel mondo" rompe gli schemi e impone l'attenzione a una storia e a un processo, senza accettare o rifiutare dualismi e contrapposizioni, ma tenendo in mano uno specchio critico della nostra realtà. Questa osservazione attenta è l'unico strumento che ci consente di uscire da quelle teorie sull'uomo e sul suo comportamento, fugaci, di scarsa durata storica e anche scientifica. Ritrovare nella "comprensione" dell'uomo la comprensione del suo "essere nel mondo". Così anche la malattia mentale cessa di essere un mito. Essa è tale solo per chi la racconta, per chi la immagina e per chi ne fa una teoria, mentre per gli altri, quelli che la vivono, in sé e nell'altro, la follia è vita personale e collettiva, caratterizzata da un passato, da un presente e da un futuro.

In particolare, questa impostazione impone di studiare con attenzione quelle serie di relazioni e di legami che si sviluppano tra l'individuo, il suo diventare "malato", l'uso di un farmaco, l'ambiente che caratterizza lo "stare male" e che può provocare lo "stare male", l'effetto dei farmaci sul comportamento sociale e l'interazione della cultura e dell'ambiente sull'azione dei medicinali.

Nella pratica psichiatrica, anche quando sia prevalentemente basata sull'uso dei farmaci, le componenti legate alle dinamiche dell'ambiente e della storia personale del paziente sono estremamente importanti. Questa impostazione non richiede una trasformazione di tutti gli operatori del settore in sociologi e psicoanalisti, ma rappresenta la base indispensabile per un corretto uso dei farmaci.

Se si vuole evitare l'uso di psicofarmaci come "camicie di forza chimiche", è necessaria la convinzione teorica e pratica che la biologia sia il substrato delle attività pensanti dell'uomo, le quali però raggiungono livelli di integrazione e di regolazio-

ne molto complessi, che tutti devono essere tenuti a conoscere, per realizzare una terapia efficace. È quindi negativo, anche dal punto di vista strettamente terapeutico, qualsiasi atteggiamento riduzionista nell'atto psichiatrico.

Queste indicazioni appartengono all'ambito del "far bene medicina" e quindi sono inutilmente ripetitive rispetto alla volontà e all'agire di gran parte degli operatori sanitari, medici e non medici; ma è sempre bene insistere su questo concetto. La distribuzione di "pillole per la mente" è un atto lesivo della dignità del paziente e del medico quando diviene una risposta automatica a determinati sintomi, mentre è un atto terapeutico quando si sviluppa nell'ambito di una relazione che tenga conto appunto di quell'"essere nel mondo" non solo del paziente ma anche del medico, il quale deve pure conoscere quanto pesano sulle "pillole" che egli prescrive, la sua cultura, la sua storia personale, la sua sofferenza.

*Filippo Di Pirro*



---

# Prefazione

Questa è l'ottava edizione del nostro *Manuale di Psicofarmacologia clinica*, che fu pubblicato per la prima volta nel 1986. Come per quella edizione e per tutte le successive, la nostra intenzione è stata quella di fornire una guida consultabile e aggiornata alla psicofarmacologia clinica. Le risposte fornite dai lettori nel corso degli anni ci fanno pensare che, in termini generali, il manuale abbia raggiunto l'obiettivo che ci eravamo posti in origine. Tuttavia, il numero crescente di agenti farmacologici disponibili, caratterizzati da indicazioni sempre più estese, ha comprensibilmente portato a edizioni più ampie del manuale. In questa, abbiamo cominciato a eliminare, o ad abbreviare, le sezioni dedicate agli agenti farmacologici che ormai vengono utilizzati meno comunemente (per esempio i barbiturici), per avere la possibilità di presentare informazioni riguardanti un certo numero di nuovi farmaci che sono stati approvati (per esempio la vortioxetina) o che riceveranno, presumibilmente, l'approvazione dalla US Food and Drug Administration (FDA). Come sempre, abbiamo cercato di mantenere lo stile informale e colloquiale che ha caratterizzato il manuale in tutte le sue edizioni. A tal proposito, continuiamo a fornire tabelle riassuntive contenenti le informazioni fondamentali sulle classi di agenti psicotropi, che possono servire da guide per una consultazione rapida.

Il manuale riflette le nostre idee più aggiornate su agenti farmacologici specifici, sulla loro efficacia, sui dosaggi, sugli effetti collaterali e così via. Gli argomenti sono in gran parte evidence-based, ma a questi aggiungiamo le nostre esperienze personali. Tali esperienze sono esposte nelle guide per la pratica del clinico. Incoraggiamo il lettore a effettuare controlli incrociati (soprattutto per quanto riguarda i dosaggi), considerando altri riferimenti e testi standard, in particolare l'ultima edizione del *Physicians' Desk Reference*.

Ci sono veramente molte persone da ringraziare quando si scrive un libro di questo genere. I nostri familiari si sono dimostrati forniti di pazienza e hanno compreso la nostra esigenza di investire del tempo in questo progetto.

Purtroppo, Jonathan Cole è venuto a mancare a metà del 2009, quando stava per essere pubblicata la precedente edizione del manuale. La psicofarmacologia ha

perso uno dei suoi pionieri più originali, un uomo di grande intelligenza e umanità. Dedichiamo a lui questa nuova edizione.

Robert Chew ha offerto numerosi suggerimenti editoriali che si sono rivelati preziosi. La redazione di American Psychiatric Publishing (APP) – John McDuffie, Bessie Jones, Greg Kuny, Tammy Cordova e Judy Castagna – merita grande riconoscenza per il sostegno, la lettura critica e il bagaglio di conoscenze tecniche che ha condiviso con noi. Bob Hales e Rebecca Rinehart, figure di spicco della APP, ci hanno accordato la loro fiducia, una cosa di cui siamo loro estremamente grati. Siamo riconoscenti anche nei confronti dei nostri colleghi e degli specializzandi della Stanford University. La nostra esperienza è stata arricchita dalle loro intuizioni. Infine, siamo debitori ai numerosi pazienti che abbiamo trattato negli ultimi decenni. Ci hanno insegnato molto sul trattamento farmacologico.

Ci auguriamo che il lettore troverà questa ottava edizione del manuale più informativa e utile delle precedenti, e non vediamo l'ora di ricevere i vostri riscontri, mentre pianifichiamo le future edizioni.

*Alan F. Schatzberg, M.D.*  
*Charles DeBattista, D.M.H., M.D.*  
Dicembre 2013

---

# Dichiarazione di interessi concorrenti

**Charles DeBattista, D.M.H., M.D.** – *Grant support:* Abbott, AstraZeneca, Cephalon, CNS Response, Corcept, Cyberonics, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, NARSAD, National Institute of Mental Health, Neuronetics, Novartis, Pfizer, Pritzker Foundation, Wyeth; *Speaker/Consultant:* Bristol-Myers Squibb, Cephalon, Corcept, Cyberonics, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Pfizer, Wyeth; *Stock:* Corcept.

**Alan F. Schatzberg, M.D.** – *Consultant:* BrainCells, Cervel, Depomed, Eli Lilly, Forum, Gilead, GlaxoSmithKline, Merck, Naurex, Neuronetics, Pfizer, Xhale; *Equity:* Cervel, Corcept (co-fondatore), Merck, Naurex, Neurocrine, Pfizer, Somaxon, Xhale; *Intellectual property:* indicato come inventore in brevetti di matrice farmacogenetica in relazione alla previsione della risposta agli antidepressivi e agli antagonisti dei glucocorticoidi nella depressione psicotica grave.

