



IRPPI

L'INTEGRAZIONE TRA PSICOTERAPIA E PSICOFARMACOTERAPIE PARTE GENERALE

Dr. Stefano Martellotti
Psicoterapeuta, Psichiatra,
Vicedirettore IRPPI

LAVORARE CON PAZIENTI MOLTO “SINTOMATICI”, PROTEGGERE L’ESPLORAZIONE IN PSICOTERAPIA



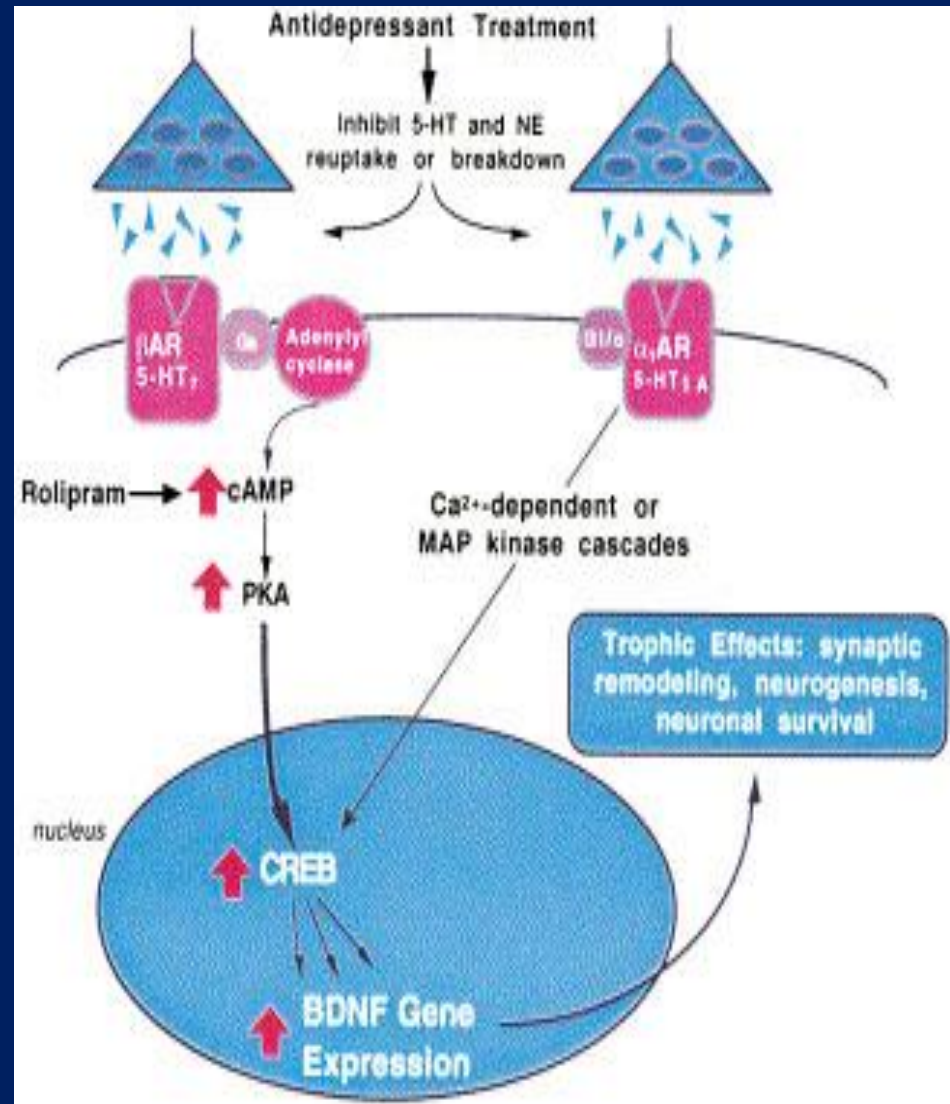
VANTAGGI DELL'INTEGRAZIONE

Efficacia

Contenimento livelli
angoscia durante
esplorazione

Difesa continuità
trattamento

Facilitazione
psicoterapia di ordine
neurobiologico,
connesso a aumento
plasticità neurale e
neurogenesi



POSSIBILI OSTACOLI CONNNESSI ALLA PRESENZA DEL FARMACO

Se paziente **molto difeso o alessitimico**

Fuga nella remissione sintomatologica come pretesto per evitare di mettere in discussione falso sé e vecchi equilibri

Assunzione ruolo del “malato” e coping passivo

Considerare **preferenze e aspettative** con cui è arrivato (si è rivolto innanzitutto ad uno psicologo aspettandosi una psicoterapia?...)



LE SFIDE PER IL TERAPEUTA

Valutazione
dell'impatto dei
trattamenti
farmacologici su
psicopatologia,
mentalizzazione-
difese, capacità di
collaborare ad
un'esplorazione
condivisa.



QUANDO PENSARE A INTEGRAZIONE TRA PSICOTERAPIA E PSICOFARMACI

Livello evolutivo borderline (anche “alto”) (secondo criterio dimensionale PPI, patologie gravi della personalità). Si consiglia impiego “Levels of Personality Functioning Scale del DSM-V)

Attacchi di panico frequenti e invalidanti

Depressione maggiore

Disturbi bipolari

Disturbi psicotici

Disturbi dissociativi

D.O.C.

Alterazione del funzionamento
(VGF) rilevante e cronico

Altri



UN MOMENTO DELICATO: LA PROPOSTA DELL'INVIO ALLO SPECIALISTA PSICHIATRA

In linea di massima,
dovrebbe essere
incorporato nella
restituzione iniziale
(dopo le prime
sedute)

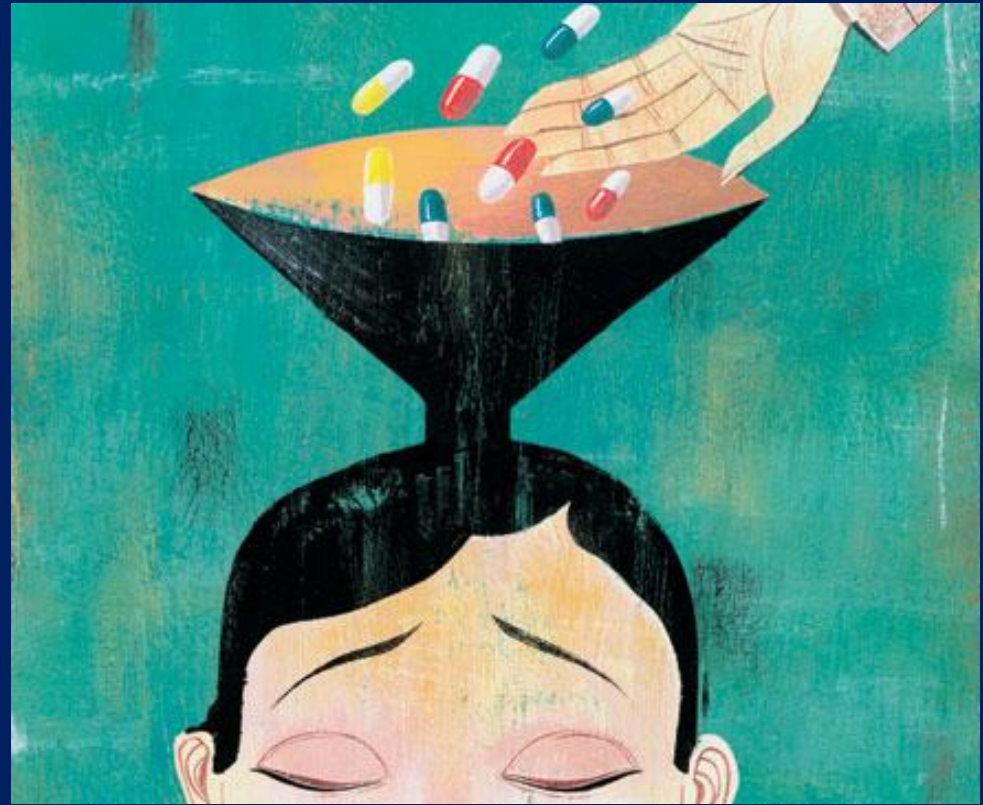
In caso di resistenze,
avvio negoziazione
collaborativa.



RESISTENZE

Far emergere
(e discutere)
pregiudizi culturali e
luoghi comuni

Far emergere (e
discutere) paure
irrazionali
consapevoli e/o
preconsce



ESEMPI ANSIE E VISSUTI CONNESSI A INVIO PRESSO PSICHIATRA

“Il mio terapeuta mi considera molto grave, un malato psichiatrico”

“Il mio terapeuta crede che io abbia un disturbo organico”.

“Il terapeuta non si fida abbastanza della psicoterapia”.

“Prendere psicofarmaci vuol dire aver perso”

“E se poi divento dipendente?”

“E se fosse tossico?”

“Non voglio diventare una specie di zombie!”



STILE ATTACCAMENTO, PERSONALITÀ E FARMACO

Stile d'attaccamento e stile di
personalità condizionano:

- la risposta ai trattamenti (incluso placebo),
- la percezione degli effetti avversi (incluso nocebo),
- Vissuti indotti da rapporto quotidiano con il farmaco
- la compliance,
- i vissuti nel corso delle ricadute o delle remissioni complete,
- lo sviluppo di fenomeni di farmadipendenza o farmacofilia, ecc.



L'INTEGRAZIONE TRA PSICOLOGO – PSICOTERAPEUTA E PSICHIATRA PRESCRITTORE

UNA PROPOSTA
METODOLOGICA

LE 5 FUNZIONI PRINCIPALI DEL TERAPEUTA IN RAPPORTO ALLA PSICOFARMACOTERAPIA

I FASE (Precomunicativa).

Diagnosi Asse I (o asse S PDM)

Diagnosi Asse II (P del PDM)

Diagnosi livello di funzionamento della
personalità

VGF attuale e VGF “media” degli ultimi 5 anni

LE 5 FUNZIONI PRINCIPALI DEL TERAPEUTA IN RAPPORTO ALLA PSICOFARMACOTERAPIA

FASE II

Da diagnosi a formulazione del caso , ossia:

descrizione narrativa dei diversi domini
strutturali e funzionali e delle loro interazioni
dinamiche

*(Identità, rappresentazioni d'oggetto, stile
attaccamento, funzionamento sociale, funzione
riflessiva del sé e dell'altro da sé, difese,
coping, sessualità, ecc.)*

LE 5 FUNZIONI PRINCIPALI DEL TERAPEUTA IN RAPPORTO ALLA PSICOFARMACOTERAPIA FASE III

RESTITUZIONE, SECONDO I PRINCIPI DI GRAHAM
(2000):

1. Comunicazione comprensibile, adeguata a soggetto.
2. No gergo
3. Sia aspetti positivi che negativi della personalità (equilibrio tra gli uni e gli altri)
4. Evitare “anormale”, “deviante”, “patologico”. Sintomi e caratteristiche negative sono condivise dalla maggior parte delle persone, ma non nella stessa misura da tutti.
5. Limitarsi alle cose più importanti.
6. Incoraggiare a commenti e domande
7. No discussioni con soggetto, no tentativi di convincerlo della bontà conclusioni.
8. Quando restituzione conclusa: chiedere al soggetto di riassumere i punti di maggior interesse.

LE 5 FUNZIONI PRINCIPALI DEL TERAPEUTA IN RAPPORTO ALLA PSICOFARMACOTERAPIA

FASE IV.

INVIO, CHIARIMENTI E RASSICURAZIONI

Specificità azione farmaci, specificità psicoterapia (esempio
antibiotico / sistema immunitario)

In che modo possono facilitare psicoterapia

Non significa “diagnosi grave”

Non significa avere “tara organica imm modificabile”

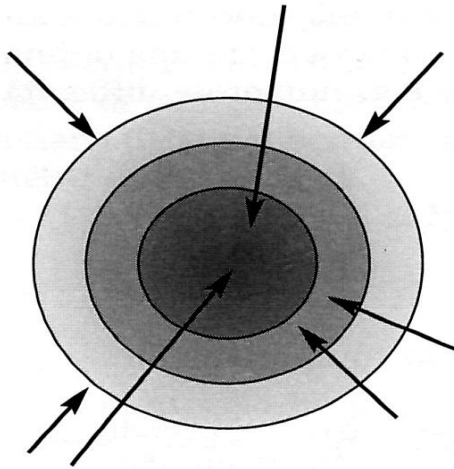
Non significa che uno “non ce la fa da solo” (esempio gamba
ingessata)

**Rassicurare su assenza rischio dipendenza (salvo, in modo non
accentuato, BDZ)**

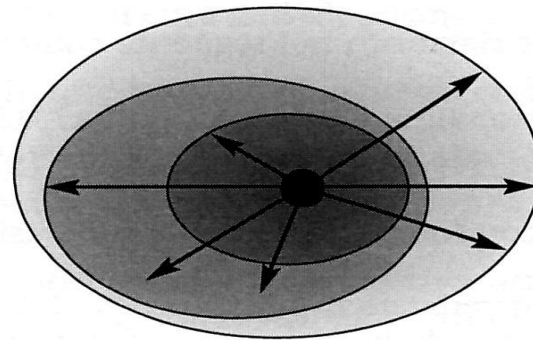
Rassicurare su bassissima “tossicità” (esempio - paragone
aspirina, ibuprofene,)

Hirschfeld e Shea, 1992

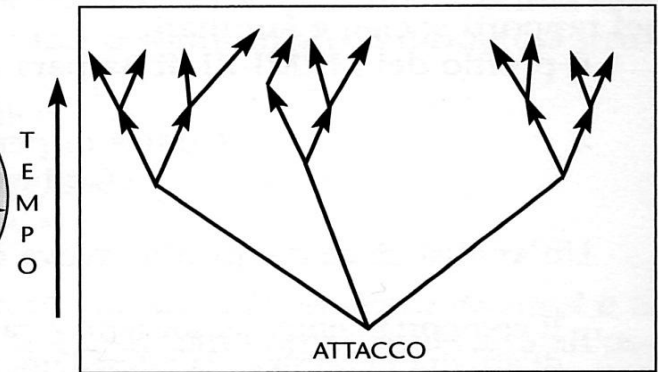
Figura 6-4
Possibili rapporti tra i disturbi in Asse II e in Asse I



Modello della vulnerabilità:
agenti stressanti psicosociali penetrano le difese della personalità a diversi livelli di profondità. Quando il soggetto non ha a disposizione risposte per far fronte al problema, si sviluppa un disturbo in Asse I



Modello della complicazione:
un disturbo in Asse I che perdura produce cambiamenti di personalità



Modello patoplastico:
sebbene la personalità non sia coinvolta nello sviluppo del disturbo in Asse I, una volta che quest'ultimo esiste, la personalità ne influenza il corso

Normalità

Tratti subclinici

Patologia in Asse I

Modello dello spettro:
la personalità normale, i tratti subclinici e la sindrome in Asse I sono disposti lungo un continuum

LE 5 FUNZIONI PRINCIPALI DEL TERAPEUTA IN RAPPORTO ALLA PSICOFARMACOTERAPIA

FASE 5.

TERAPEUTA COME CASE-MANAGER E LAVORO
PSICOTERAPEUTICO COME FATTORE DECISIVO PER LA RIUSCITA
DELLO STESSO INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO

COMPITI DELLO PSICOTERAPEUTA RISPETTO ALLA
FARMACOTERAPIA:

Psicoeducazione

Compliance

VALUTAZIONE CAMBIAMENTO STRUTTURE – FUNZIONI

(per orientamento su eventuale riduzione o sospensione dei
trattamenti farmacologici, da sottoporre a psichiatra)

Informazioni cliniche fondamentali per decisioni da parte
psicofarmacologo

Valutazioni psicometriche ripetute per verifica andamento

CONDIZIONI NECESSARIE PER EFFETTIVA INTEGRAZIONE

PSICHIATRA E PSICOTERAPEUTA:

stesso linguaggio,

diagnosi condivisa,

formulazione del caso condivisa,

obiettivi terapeutici condivisi (tattici e strategici),

comunicazione costante,

assenza dinamiche competitive,

basso livello narcisismo,

capacità di lettura relazione (alleanza, transfert, controtransfert) da parte di entrambi e letture condivise

Ruoli chiari, differenziati e concordati (tipologia e contenuti degli interventi dovrebbero essere condivisi e concordati – ruolo primario psicoterapeuta)