

PSICOFARMACOPSICOTERAPIA

SALVATORE FRENI

PSICOFARMACOPSICOTERAPIA

**PROSPETTIVA POSTMODERNA PER UNA
PRASSI PSICHIATRICA INTEGRATA**

2^a edizione



Salvatore Freni

Psicofarmacopsicoterapia
Prospettiva postmoderna per una prassi psichiatrica integrata

*Medico Chirurgo - Specialista in Psichiatria, Psicoanalista
già Professore presso l'Università degli Studi di Milano
Fondatore e Presidente del Centro Studi Inconscio e Civiltà.*

ISBN 10 - 88-7780-156-5

ISBN 13 - 978-88-7780-156-2

© 2013 GHEDIMEDIA® srl

Via Laghetto, 7

20122 Milano (Italy)

tel. (+39) 02 45 47 43 84 r.a.

fax (+39) 02 45 47 48 63

<http://www.ghedimedia.it> - e-mail: info@ghedimedia.it

È rigorosamente vietata la riproduzione totale o parziale del presente volume, in qualsiasi forma ottenibile, sia essa fotocopia, registrazione su dischi, nastri magnetici od altre, senza previa autorizzazione scritta dell'Editore.

1ª edizione maggio 1998 Edizioni La Vita Felice

2ª edizione maggio 2013 Ghedimedia - Milano

Nella revisione dei testi abbiamo riscontrato qualche errore e siamo certi, purtroppo, che qualcun altro ci sarà sfuggito.

Questo libro è realizzato secondo i criteri attuali del **Instant Book on Demand** e pertanto è possibile modificare, correggere ed integrare il testo e le immagini con eventuali modifiche.

La collaborazione dei lettori sarà gradita e prenderemo in esame ogni tipo di correzione, suggerimento ed integrazione che l'esperienza dei lettori potrà offrire per un sempre miglior arricchimento del libro e di una più corretta informazione, ringraziando sin d'ora tutti coloro che vorranno interagire.

I suggerimenti e le eventuali critiche potranno essere indirizzate a: info@ghedimedia.it

Indice

Integrazione psicoterapia-psicofarmacoterapia	11
Uso del farmaco e dinamica dei processi difensivi	25
Aggressività e violenza	27
Modello di evacuazione di elementi beta e dinamica di oggetti bizzarri	28
Terapia psicofarmacologica e terapia psicoanalitica	35
Esiti terapeutici; il problema dell'interpretazione e verifica	55
Psicofarmacoterapia, psicoterapia, psicofarmacopsicoterapia: aspetti ..	63
Livello teorico generale	66
Livello teorico clinico	70
Effetto placebo negativo	72
Abbattimento delle difese	72
Facilitazione dell'accessibilità alla psicoterapia	73
Miglioramento delle funzioni dell'Io	75
Psicoterapia intesa come riabilitazione	77
Livello clinico-pratico	79
Livello dei modelli di ricerca	86
Scala di valutazione dei meccanismi di difesa dell'Io	93
Disegno di una ricerca e procedure per la formazione del campione ..	97
Analisi statistica	102
Farmacoterapia psicodinamica applicata all'antipsicotico Clozapina ..	109
Valutazione empirica degli effetti psicodinamici e antipsicotici	123
Disegno della ricerca e Metodologia e strumenti	127
Selezione e caratteristiche del campione	129
Diagnosi e Età	130
Livello socio-culturale e Risultati	131
Applicazione del KAPP Profilo del Karolinska Institute	147
Materiali e metodi	150
Selezione e caratteristiche del campione	153
Modalità del trattamento con clozapina e Risultati Analisi statistica ..	154
Aspetti psicodinamici del paziente in trattamento con neurolettici ...	167

Introduzione

... conosco il rimedio per il mal di capo ... una certa erba, sulla quale c'era un carne magico, che se lo si cantava prendendo insieme quell'erba, il rimedio faceva guarire del tutto, ma senza quella magia, l'erba sola non serviva a nulla., questo carne non è capace di guarire la testa separatamente ...

PLATONE. CARMIDE.

La psichiatria che si affaccia al terzo millennio non può più eludere la soluzione di una questione centrale, sul piano del suo fondamento teoretico e soprattutto clinico pratico, che si trascina fin dalla notte dei tempi e che lo stesso Platone fa discutere a Socrate nel Carmide, il dialogo della saggezza. Si tratta della necessità di integrare in modo creativo nel campo della pratica clinica il sapere biologico e il sapere psicologico superando la ultramillenaria scissione e contrapposizione tra biologismo e psicologismo.

Scissione e contrapposizione già molto dannosa sul piano dell'avanzamento delle conoscenze rispetto al rapporto psiche/mente/ /anima/soma/cervello, ma ancor più sul piano della formazione dei professionisti della salute mentale capaci di utilizzare integrando al meglio, con agilità flessibilità e creatività i rimedi farmacologici e i rimedi psicologici.

È chiaro che il destinatario finale delle possibili conseguenze dannose di tale scissione e contrapposizione è il paziente che si trova esposto a danni iatrogeni sia che venga spinto verso una dipendenza da farmaci per tutta la vita sia che venga inutilmente curato in psicoterapia protraendo nel tempo il suo stato di sofferenza perché il suo terapeuta è contrario farmaco.

Ormai non è infrequente, a livello internazionale, sentire discutere tali problemi in ambienti giudiziari per accuse di "malpractice".

Se è vero che l'esigenza di integrare psicofarmacoterapia e psico-

terapia era stata già segnalata da alcuni autori fin dagli anni '60, è anche vero che essa si è posta come urgente grazie all'avvento dei nuovi psicofarmaci soprattutto nel campo degli agenti antipsicotici di cui la clozapina è diventata il paradigma di riferimento. Essi infatti essendo più efficaci e più "puliti" da effetti collaterali espongono il paziente a modificazione del loro assetto psicodinamico che potrebbero risultare dannose qualora non fossero assistite e metabolizzate attraverso un'accurata prestazione psicoterapeutica, nel senso generico o specifico del termine. Siamo quindi assistendo a un grande paradosso della psicofarmacologia uno psicofarmaco, più è efficace e più ha bisogno di assistenza psicoterapeutica.

Anche l'associazione americana dei direttori delle scuole di specializzazione in Psichiatria, in un documento del 1990, ha posto con grande preoccupazione l'irrinunciabile necessità di formare psichiatri capaci di integrare psicoterapia e farmacoterapia per scongiurare il pericolo di andare verso una "psichiatria senza mente" scissa e contrapposta a una "psichiatria senza cervello".

Anche la pubblicazione di manuali di psichiatria come quello di Gabbard, che è stato accolto con grande entusiasmo in tutto il mondo, si fonda su questa esigenza integrativa.

In realtà oggi, almeno sulla carta, gli ordinamenti didattici di quasi tutte le scuole di specializzazione in psichiatria dei paesi occidentali contengono programmi di insegnamento di psichiatria integrata capace di coniugare farmacoterapia e psicoterapia; tuttavia non si può nascondere l'estrema difficoltà di realizzare efficacemente un tale programma integrativo finché non sarà stato raggiunto un consenso inequivocabile su alcuni elementi essenziali affinché una formazione del genere si concretizzi nella pratica.

Voglio qui elencarne alcuni:

- 1) Fondamentale è considerare come fattore centrale specifico della clinica della psiche la specifica relazione del paziente psichico, con il terapeuta della psiche (non solo quindi relazione medico-paziente nel senso medico generico).

- 2) Assumere come fondamento della clinica psichiatrica la centralità e specificità dell'incontro clinico tra paziente e terapeuta (e dell'ambiente di cura in generale), fornisce una cornice di riferimento alla Cura nel suo complesso intesa come *prendersi-cura-di* in una dimensione relazionale improntata all'*esserci-per-l'Altro*. Dimensione che contrasta con la cacofonica espressione di presa in carico comunemente usata dai cosiddetti operatori della salute mentale per designare una prestazione di così alta rilevanza ontologica.
- 3) Rispetto a tale quadro di riferimento le tecniche farmacoterapeutiche e psicoterapeutiche assumono una valenza di rimedi operativi, efficaci solo se ben compresi ed elaborati all'interno del campo generale della Cura.
- 4) Una pratica così fondata non può sottrarsi a una accurata analisi fenomenologica di tutti gli eventi e accadimenti che vengono portati all'interno del campo generale della cura da tutti i personaggi che vi partecipano, comprendendo in essi anche il farmaco.
- 5) Naturalmente, in tale contesto, abbiamo bisogno di un metodo di lettura dei fenomeni osservati capace di creare e attribuire correttamente significato a ciò che altrimenti rimarrebbe una alienante condizione esperibile ma non conoscibile e condivisibile intersoggettivamente. Che tale piano di lettura appartenga storicamente alla psicoanalisi e alle psicoterapie da essa derivate è innegabile tenendo conto della prassi prevalente. Ciò però non va visto come un monopolio di conoscenze esclusivo ed escludente altri metodi e approcci che condividessero l'irrinunciabile fondamento sopra descritto.

In questa breve monografia sono raccolti alcuni scritti presentati in contesti di convegni e conferenze non ancora pubblicati su riviste che hanno come tema centrale la problematica dell'integrazione psicofarmacoterapia-psicoterapia sul piano teorico, clinico e di approccio alla ricerca scientifica.

Ho voluto mantenere il contenuto e lo stile originario senza apportare modifiche di alcun genere anche là dove, col senno di poi, avrei oggi modificato alcune affermazioni.

Ciò per dare il senso che qui si tratta di una linea di ricerca e di pratica molto aperta e su cui c'è bisogno di convergenza di risorse e conoscenze molteplici; la speranza è che questo contributo, ancora modesto, possa svolgere una funzione di stimolo in altri colleghi interessati a questo tema che dal mio punto di vista appare essere una sfida intellettuale nell'ambito della più ampia problematica del rapporto mente-cervello, che costituisce un'affascinante area di ricerca nel panorama scientifico contemporaneo.

Salvatore Freni

Milano, Febbraio 1998

S. Freni con la collaborazione di R. Ferrari

Integrazione psicoterapia-psicofarmacoterapia

Una necessaria utopia per la cura delle psicosi schizofreniche

La cura degli stati psicotici, negli anni '90 si caratterizza sempre di più per la sua forte tensione verso un approccio integrato rispetto ai problemi posti dalla complessità della realtà clinica, che, quotidianamente, ci costringe a rimettere in discussione le teorie già acquisite e le pratiche terapeutiche di routine, tuttora insoddisfacenti.

Tuttavia il concetto di integrazione è stato variamente inteso e a differenti livelli, tanto da rischiare di perdere la sua validità oscillando in una molteplicità di significati (associazione, combinazione, eclettismo, interdisciplinarietà) sia sul piano teorico che su quello operativo.

L'integrazione cercata a livello teorico o di confronto di teorie, appare ancora una mera utopia; forse è utile che le teorie e i fattori che le sostengono, mantengano la loro divergenza e un discreto stato di caos, come stimolo a ulteriori sviluppi.

È opportuno però un atteggiamento mentale di apertura verso l'ignoto in cui possano muoversi liberamente le persone più creative e quelle esperienze pilota, realizzate in ambienti di eccezionale dotazione organizzativa.

Sembra invece urgente stabilire un codice di integrazione minimale condivisibile e mediamente applicabile nei comuni contesti terapeutici, facilmente trasmissibile a operatori professionali con requisiti attitudinali e formativi mediamente adeguati.

In sostanza l'integrazione è un processo complesso che corrispon-

**Relazione al IX International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia, Torino, 14-17 settembre 1988.*

de a ciò che non riesce al soggetto schizofrenico e che i terapeuti sono chiamati a fare al suo posto, per lui, insieme a lui nella speranza che egli impari dall'esperienza terapeutica.

Perciò abbiamo bisogno di sviluppare una diagnostica ed una terapia fondate sull'esatto riconoscimento dei bisogni, delle risorse e dei deficit transitori e/o definitivi del paziente, della sua famiglia e del suo ambiente sociale, incluso quello preposto alla sua cura.

In tal senso sono preziosi i contributi di autori come: Ping-Nie-Pao,⁽¹⁹⁷⁹⁾ G. Benedetti,⁽¹⁹⁸⁰⁾ G. Zapparoli,^(1979,85) Schulz.^(1969,86)

Si rivelano di grande utilità pratica e meriterebbero una maggiore diffusione e conoscenza concetti e descrizioni cliniche relative a:

- a) nesso fisiognomico tra sintomi e storia premorboza su cui spesso insiste G. Benedetti;⁽¹⁹⁸⁰⁾
- b) struttura dei sintomi e gioco dinamico delle identificazioni (vedi Freeman, Th.)⁽¹⁹⁸⁵⁾
- c) differenziazione tra "equazione" ed "equivalenza" simbolica nel senso prospettato da Hanna Segal;
- d) differenziazione di autismo primario fisiologico e narcisismo (Tustin F.)^(1981,86) e autismo secondario patologico come struttura di condensazione di "oggetti bizzarri" (nel senso di Bion) anti-relazionali che parassitano e indeboliscono la parte sana della personalità e l'attraggono verso un'esistenza negativa, organizzandosi in sistemi deliranti irreversibili. Spesso molti errori di valutazione derivano dalla confusione fra struttura autistica e struttura narcisistica. Da tale tematica deriva la necessità di sviluppare una maggiore capacità terapeutica rispetto alla dinamica del masochismo. Nella formazione professionale si tende a enfatizzare gli aspetti violenti aggressivi del sadismo trascurando che è soltanto un polo della contrapposizione sadismo-masochismo asservita al mantenimento della omeostasi della struttura narcisistica (vedi Gear, M.C., Hill M.A., Liendo E.C.)⁽¹⁹⁸²⁾ Questo aspetto è particolarmente importante rispetto alla dinamica familiare e sociale del paziente come pure all'uso o abuso di farmaci o alla loro gestione

collusiva da parte dei familiari del paziente L'assunzione del farmaco potrebbe svolgere la doppia funzione di soddisfare le valenze masochistiche e sadiche del paziente, del suo gruppo familiare e talora dell'ambiente di cura appagate dal fatto che il malato, parte masochista del gruppo, sta nel ruolo "designato".

Una particolare attenzione andrà posta alla dinamica trasformativa degli oggetti nel mondo interno ed esterno del paziente psicotico schizofrenico condizionata dalla sua modalità di relazione fortemente scissa e ambivalente drammaticamente sottesa dal dilemma fondamentale che segna la sua esistenza tra bisogno e paura delle relazioni.

Oggetti morti, oggetti inanimati, oggetti animati, umani e non, caratterizzati da qualità buone e/o cattive, oggetti transizionali e relazionali, hanno bisogno di essere seguiti in tutti i loro movimenti trasformativi e accuratamente trattati.

Questa è una questione che riguarda sia la pratica psicoterapeutica che quella farmacoterapeutica.

Sebbene la tematica dell'integrazione riguardi tutto l'insieme dei rimedi terapeutici messi in atto nella cura delle psicosi schizofreniche (penso in particolare agli importanti sviluppi della terapia familiare, di gruppo, alle tecniche di riabilitazione sociale ecc.), ci occuperemo qui in modo particolare della relazione tra psicoterapia analitica individuale e psicofarmacoterapia.

C'è un parallelismo tra le conoscenze biologiche sulla schizofrenia legate all'avanzamento della psicofarmacologia e le conoscenze psicologiche legate alle numerose osservazioni provenienti soprattutto dalla pratica psicoanalitica.

La psicofarmacoterapia, associata o integrata con la psicoterapia individuale, costituisce di fatto il rimedio terapeutico più diffuso nella cura delle psicosi schizofreniche.

Attualmente si possono individuare le seguenti tendenze:

1) Molti psicoterapeuti-psichiatri prescrivono farmaci antipsicotici

nel corso del trattamento psicoterapeutico del paziente schizofrenico.

- 2) Molti pazienti schizofrenici vengono seguiti da uno psichiatra che prescrive farmaci antipsicotici e da uno psicoterapeuta di formazione analitica (in senso lato).
- 3) Gli psicofarmacologi clinici stanno riconoscendo l'influenza dei fattori non farmacologici nella risposta terapeutica al farmaco.

Tali fattori sono molteplici:

- a) di equilibrio difensivo intrapsichico legato alle dinamiche degli oggetti interni;
 - b) di relazione e interazione con il terapeuta, con l'ambiente familiare e con l'ambiente del reparto quando il paziente è ricoverato;
 - c) non trascurabile il significato simbolico di cui è investito il farmaco come oggetto inanimato o ambiguo o transizionale.
- 4) Gli psicoanalisti riconoscono sempre di più l'efficacia dei farmaci antipsicotici e la necessità e utilità del loro uso in determinate circostanze.

Già Freud nel *Compendio di Psicoanalisi*⁽¹⁹³⁸⁾ aveva anticipato che *«può darsi che in futuro qualcuno ci insegnerà come influenzare direttamente con speciali sostanze chimiche, le qualità energetiche e la loro ripartizione nell'apparato psichico. E forse verranno alla luce altre potenzialità della terapia che adesso non possiamo neppure sospettare»* (p. 609).

In una rassegna della letteratura scientifica si possono scorgere due tendenze di fondo raggruppate nella tabella 1.

Nel primo gruppo sono citati lavori che hanno tentato indagini standardizzate con elaborazione statistica dei dati seguendo i criteri della metodologia in uso nelle ricerche di psicofarmacologia, compresa la randomizzazione.

Lo schema di base di questi lavori è la divisione dei pazienti in

Tabella 1	gruppo 1	gruppo 2
Autori	<ul style="list-style-type: none"> - Hogarty (1973) - Goldberg (1973-74) - Schoofer (1974) - Goldstein (1978) - May (1968-76) - Grinspoon (1968) - Claghorn (1974) 	Psicoanalisti e psicoterapeuti: <ul style="list-style-type: none"> - Sarwer-Foner (1960-83) - Schulz-Kilgalen (1969) - Zapparoli (1974-79-85) - Feinsilver (1983-84) - Lambert (1986)
Caratteristiche	Attua ricerche randomizzate e standardizzate basate sull'elaborazione statistica dei dati.	Considera aspetti teorici, pratici e di ricerca soffermandosi sugli aspetti soggettivi non standardizzati.
Obiettivo	Maggiore omogeneità e affidabilità scientifica dei metodi farmacologici e psicologici.	Integrazione emotiva e culturale.

sottogruppi in funzione della terapia praticata (solo farmaco, solo psicoterapia, farmaco+psicoterapia, talora individuale, talvolta di gruppo o familiare o psicosociale).

L'obiettivo è quello di giungere a una omogeneità ed affidabilità dei metodi di valutazione dell'efficacia dei trattamenti. In questo tipo di lavori spesso la psicoterapia non è valutata per tempi lunghi e non sufficientemente specificata nella, sua modalità applicativa.

Sostanzialmente affrontano il problema dal punto di vista del trattamento associato secondo un modello additivo.

Giungono alla conclusione che farmacoterapia+psicoterapia è meglio che solo farmacoterapia o solo psicoterapia. Questi studi di fatto sono ancora lontani dal concetto di integrazione.

Il secondo gruppo di autori, costituito da psicoterapeuti e psicoanalisti si caratterizza per gli aspetti teorici, pratici e di ricerca, nei quali vengono sempre sottolineati gli elementi soggettivi ritenuti non misurabili.

Tutti si pongono il problema di come il farmaco si integri con la psicoterapia, ponendo l'accento sugli aspetti emozionali e sui risvolti rispetto alla dinamica del transfert e della relazione analitica. Vengono fatte varie considerazioni rispetto all'azione del farmaco: spostamento quantitativo di energie psichiche, spostamento da una posizione schizofrenica disorganizzata a una di tipo maniaco-depressivo meno regredita, modificazione dei meccanismi di difesa, rinforzo di alcune funzioni del Sé particolarmente debole e vulnerabile nel soggetto schizofrenico permettendo una migliore differenziazione mondo interno-mondo esterno (Kernberg).

Interessanti notazioni vengono fatte rispetto al dosaggio del farmaco, voluto sempre al minimo indispensabile rispetto alla situazione per cui è stato introdotto; anche l'opportunità di evitare trattamenti con più farmaci contemporaneamente o variazioni frequenti di dosaggio perché complicherebbero l'analisi dei mutamenti dell'ansia del paziente in relazione all'interazione psicoterapeutica e sociale (Kernberg).

Il valore fondamentale di questi studi consiste nel mettere in risalto l'aspetto dell'integrazione psicoterapia-psicofarmacoterapia sotto il profilo della relazione transfert/controllotransfert, implicando così un allargamento al farmaco del concetto di parametro nel senso di Eissler, (Zapparoli)^{1974,79,85} con tutte le conseguenze a esso legate, rispetto a cui l'interpretazione è lo strumento specifico, perché volta a ottenere quelle specifiche trasformazioni promosse dall'insight.

Anche Lambert⁽¹⁹⁸⁶⁾ ritiene che l'introduzione del farmaco richiede una modificazione ed un allargamento della nozione di setting inteso come un contenitore preposto a una funzione di "holding" nel senso di Winnicott, il cui fondamento è però l'elaborazione del transfert.

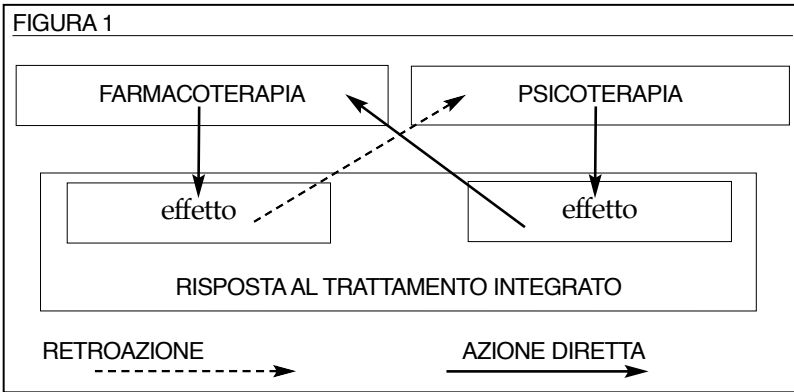
Da questi studi vengono anche preziose indicazioni sia rispetto alla tecnica psicoterapeutica sia rispetto ai tempi, modi, dosi, motivazioni della somministrazione del farmaco che trasformano la prescrizione in una alleanza. Il farmaco da elemento inanimato viene via via investito di abbozzi di significati ambigui, transizionali, per essere poi

disinvestito quando tali significati vengono elaborati nella relazione.

Il concetto di integrazione assume così una forte connotazione emotiva oltre che cognitiva e comporta profondi sentimenti positivi e negativi. Quest'ultimo punto è di particolare rilevanza quando il trattamento viene integrato attraverso la collaborazione tra psicoterapeuta e farmacoterapeuta. Seguendo il concetto di parametro nel senso stretto di Eissler^(1953,58) si può sostenere, almeno sul piano teorico, che dovrebbe essere lo stesso psicoterapeuta a prescrivere il farmaco. Rosenfeld⁽¹⁹⁷⁴⁾ che pianificava nella sua globalità il trattamento psicoanalitico delle psicosi, riconoscendo l'utilità e spesso la necessità dei farmaci neurolettici, suggeriva l'opportunità che la terapia farmacologica fosse gestita da uno psichiatra che non fosse l'analista del paziente, ma capace di comprendere il lavoro psicoanalitico. Zapparoli riporta esperienze di collaborazione con psichiatri che provvedono alla prescrizione del farmaco e a eventuali ricoveri.

Ritengo che la questione se debba essere lo psicoterapeuta a prescrivere il farmaco o se sia preferibile l'intervento di un altro professionista, anche se ricca di importanti implicazioni, è di secondaria importanza, perché può dipendere da fattori estranei alla specificità della relazione terapeutica (per esempio la formazione del terapeuta, la sua competenza nei due settori richiesti); spesso chi ha una formazione psicoterapeutica trascura le conoscenze farmacologiche o non è un medico, mentre lo psichiatra che conosce bene la psicofarmacologia può non conoscere altrettanto bene le implicazioni del lavoro psicoterapeutico. Questo è un problema che, a parer mio, andrebbe visto anche in una prospettiva di formazione. Se crediamo che possa essere più utile un professionista capace di erogare una psicofarmacopsicoterapia, integrata dentro di sé occorrerà modificare parecchi aspetti degli attuali training formativi sia in psicoterapia che in psicofarmacologia clinica. Questi cambiamenti hanno bisogno di tempi lunghi, forse di più generazioni, per dimostrare la loro validità o il loro fallimento.

Allo stato attuale abbiamo urgente bisogno, invece, di capire il



processo terapeutico nella sua globalità. Sono utili sotto questo profilo le descrizioni dettagliate di singoli casi da cui possa emergere la comprensione del processo terapeutico nei suoi aspetti di setting, di parametri e soprattutto di interazione comunicativi ivi comprese le interazioni e le comunicazioni più o meno verbalizzate o agite relative all'uso del farmaco. Ricordo qui Feinsilver D.B.,^(1983,84,86) Wylie e Wylie,⁽¹⁹⁸⁷⁾ Gutheil T.G.⁽¹⁹⁸²⁾

Si capisce così come trattamenti *combinati* e trattamenti *integrati* siano sostanzialmente differenti (Del Corno E., Lang M., Taidelli G.)¹⁹⁸⁶ I primi riguardano una modalità di associare due o più trattamenti distintamente considerati e che non si influenzano reciprocamente; i secondi sono distinti, ma interagenti avendo un comune riferimento alle qualità relazionali del processo terapeutico e alle sue trasformazioni interattive.

Si richiede quindi una disponibilità e una attitudine a modificare o riaggiustare nel qui e ora della relazione gli interventi in base alle risposte ottenute dall'una e dall'altra componente del trattamento come avviene in informatica in un sistema esperto (fig. 1).

L'integrazione si configura così come un unico processo, comprensivo di due momenti diversi, in cui si realizza analisi e sintesi. Il sinergismo, che ne deriva, idealmente non competitivo (la buona coppia genitoriale), non inibente, positivo in entrambe le modalità di cura,

può realizzarsi attraverso una interazione sia simultanea, sia sequenziale, perché lavorano lungo una linea di reciproco accrescimento come effetto di una stretta interdipendenza ed incorporazione di elementi nuovi in un sistema precedentemente costituito (Ferrari R.)⁽¹⁹⁸⁸⁾

La condotta farmacoterapeutica (Tab. 2) segue sostanzialmente due indirizzi: psicofarmacologico e psicodinamico, ciascuno con caratteristiche sue proprie e con premesse e prospettive terapeutiche differenti; nella tabella sono riportate a scopo esemplificativo alcune caratteristiche dei due indirizzi.

Il modello di farmacoterapia basato sugli assunti della psicofarmacologia clinica (Tab. 3) inseguirà la scomparsa del sintomo attraverso un criterio di dose ottimale controllata con metodi farmacocinetici e correggerà eventuali effetti indesiderati con altri farmaci; tale indirizzo terapeutico, strettamente medico, si fonda sulla obiettivazione dei sintomi e si ispira a modelli biochimici e neurofisiopatologici.

Il paziente è posto in una posizione di passività il modello è prescrittivo; la ricerca di alleanza è finalizzata all'ottenimento di una buona compliance; se questa non è ottenuta spontaneamente si ricorre a *lambda-acting* o a somministrazioni con metodi impositivi. Se il far-

Tabella 2 CONDOTTA FARMACOTERAPEUTICA SU BASE:	
PSICOFARMACOLOGICA	PSICODINAMICA
1) Misurazione quantitativa del sintomo.	1) Valutazione quantitativa e qualitativa del sintomo.
2) Efficacia in base a criteri di presenza/assenza dei sintomi.	2) Suo significato nella economia di relazione interna/esterna del soggetto
3) Prova dell'efficacia: Rating Scales prima/dopo.	3) Efficacia in base a criteri di equilibrio relazionale interno/esterno.
4) Ricerca di markers biologici.	4) Prova dell'efficacia in base all'evidenza clinica nella relazione terapeutica, convalidata dal lavoro di supervisione e analisi del processo terapeutico

Tab. 3; MODELLO DI FARMACOTERAPIA SU BASE PSICOFARMACOLOGICA	
PAZIENTE	TERAPEUTA
Presenza del sintomo	Somministrazione dello psicofarmaco a dose ottimale
Scomparsa o riduzione del sintomo originario: comparsa di altri sintomi: a) effetti collaterali del farmaco b) sintomi non necessariamente indotti dal farmaco (svuotamento, depressione, etc)	Prescrizione di farmaci atti a correggere i nuovi sintomi o riduzione della dose del primo farmaco
Comparsa di un nuovo sintomo o ricomparsa di quelli originari	Prescrizione di farmaci e inseguimento della METÀ IDEALE DELL'ASSENZA DI SINTOMI

maco non funziona o dà luogo a effetti paradossali si parla di farmacoresistenza intesa in senso generico e metabolico.

La dinamica del transfert/controtransfert e delle relazioni oggettuali sono estranee a questo modello; pertanto in una prospettiva terapeutica integrata non sarebbe utilizzabile se non come strumento di confronto nell'ambito della ricerca.

Non ci sorprenderemmo se ricerche accurate dimostrassero che questo modello di farmacoterapia, oltre a provocare danni iatrogeni contribuisca ad accelerare e/o aggravare il processo di cronicizzazione; non ci sorprenderemmo neanche se si dimostrasse che molti schizofrenici "iper-neurolettizzati", svuotati dei loro meccanismi difensivi, ridotti a zombi, trovino preferibile il suicidio, mentre altri potranno adattarsi a uno stato di demenziale beatitudine.

Il modello di farmacoterapia basato su un'osservazione psicomica partecipante (Tab. 4) rispecchia fundamentalmente i criteri della relazione psicoterapeutica; il farmaco è proposto in funzione di specifiche motivazioni ed è contenuto nell'ambito della relazione; l'alleanza è finalizzata alla soluzione di problemi ed alla promozione nel paziente di una capacità autoterapeutica fondata sul riconoscimento e la corretta valutazione dei propri bisogni.

Tabella 4; TIPO DI FARMACOTERAPIA SU BASE PSICODINAMICA	
PAZIENTE	TERAPEUTA
Presenza del sintomo	Valutazione della qualità aggressiva e/o protettiva del sintomo. Proposta di una farmacoterapia mirata.
Attenuazione dei sintomi disturbanti ma permanenza di sintomi da capire e interpretare.	Valutazione qualitativa e quantitativa dei cambiamenti e correlazione rispetto al vissuto del farmaco e alla relazione medico paziente. Interpretazione.
Tentativo di verificare la propria capacità autodiagnostica e autoterapeutica.	Supervisione della capacità autoterapeutica del paziente (autogestione del farmaco) in relazione alla sua capacità di valutare correttamente i propri bisogni.
Tentativo di affinare la propria capacità autoterapeutica e correlazione sintomo bersaglio farmaco dose utile	META IDEALE: sospensione del farmaco e aumento di una capacità autoterapeutica del paziente.

Il tempismo, la dose, la modalità di somministrazione, la scelta di uno specifico farmaco, di una specifica forma farmaceutica saranno sempre elaborati e valutati sulla base del significato che l'agente farmacologico assume nella rappresentazione mentale del paziente e nell'equilibrio dinamico della relazione psicoterapeutica generatrice di sentimenti transferali e controtransferali (spesso violenti e insopportabili) che comunque sono modificati dall'introduzione del farmaco. In quest'ottica l'esperienza psicoterapeutica diventa contenitore significativo del farmaco. La complessità degli elementi messi in gioco in tale procedura espongono a un alto rischio di errore anche perché il sospetto schizofrenico in virtù della sua onnipotenza-inanitaria, secondo l'espressione di Racamier,⁽¹⁹⁸⁰⁾ della sua paradossalità, delle sue identificazioni proiettive patologiche, dei suoi fenomeni di transivismo, farà di tutto per far sì che il farmacoterapeuta funzioni da psicoterapeuta e viceversa. Nella Tabella 5 sono riassunti per sommi capi alcuni caratteristici errori in cui possono incorrere due terapeuti che collaborano scorrettamente nella cura dello stesso paziente.

Tabella 5 ESEMPIO DI COLLABORAZIONE SCORRETTA TRA PSICOTERAPEUTA E FARMACOTERAPEUTA	
PSICOTERAPEUTA	FARMACOTERAPEUTA
1) Accetta di parlare del farmaco sul piano farmacologico (dosaggio, modifiche della terapia, etc, etc)	1) Esprime pareri sul significato di alcuni sogni
2) Interviene con consigli pratici su questioni che riguardano la sicurezza fisica (esami fisici, ricoveri, etc)	2) Non interviene attivamente sulle situazioni a rischio
3) Conduce una psicoterapia che ignora la presenza di una farmacoterapia in corso con altri	3) Conduce una farmacoterapia che ignora la presenza di una psicoterapia in corso con altri.

È chiaro che il verificarsi di simili circostanze, di fatto, segnala un impasse che va elaborato e chiarito tra i partecipanti alla cura.

Talora può essere necessaria una supervisione perché i due terapeuti si controidentificano proiettivamente con certi aspetti del paziente.

Una buona e corretta collaborazione, di cui in tabella 6 sono riasunte alcune caratteristiche, è quindi da considerare come un processo interattivo che richiede da parte dei terapeuti una attenta valuta-

Tabella 6 ESEMPIO DI COLLABORAZIONE CORRETTA TRA PSICOTERAPEUTA E FARMACOTERAPEUTA	
PSICOTERAPEUTA	FARMACOTERAPEUTA
1) Responsabilità del transfert.	1) Responsabilità della salute fisica del paziente.
2) Ricerca dei significati simbolici.	2) Rimanda alla psicoterapia eventuali fenomeni transferali.
3) Significato del farmaco.	3) Non fornisce interpretazioni di significato.
4) Non tocca questioni di suggerimenti farmacologici.	4) Conduce una farmacoterapia mirata a facilitare un equilibrio accettabile del paziente e compatibile col lavoro psicoterapeutico.

zione dei propri sentimenti controtransferali e la costante consapevolezza in ciascuno della presenza significativa dell'altro.

La supervisione del team dei curanti, costituito da medici, psicoterapeuti, infermieri, assistenti sociali e altri operatori si rivela utile, talora necessaria sia come momento di coordinazione e di apprendimento, sia come possibilità di individuare ed elaborare quegli aspetti malati e/o sani della che il paziente ha scisso, proiettato o evacuato nell'ambiente di cura.

In tutte queste vicissitudini un ruolo fondamentale è giocato dalla famiglia del paziente schizofrenico.

Da quanto detto finora si evince che quando un paziente è curato da un unico terapeuta con psicofarmaci, in una prospettiva integrativa, l'approccio farmacoterapico dovrà rispecchiare le caratteristiche fondamentali della relazione psicoterapeutica; in tal senso, un simile approccio si potrà definire "psicofarmacopsicoterapia".

Quando il paziente è curato da due o più persone sarà necessario pianificare un programma terapeutico accurato sulla base degli elementi emergenti dall'osservazione clinico-psicodinamica estesa alla famiglia e al contesto terapeutico (vedasi Ping-Nie-Pao).

In questa circostanza qualora il progetto terapeutico sia basato su una psicoterapia analitica questa assume significato di metodo terapeutico fondamentale in quanto specificamente volto a integrare attraverso la specificità del lavoro di interpretazione ed insight tutti quegli aspetti intrapsichici e interpersonali implicati nel fallimento della relazione intersoggettiva originaria. È il luogo del transfert rispetto a cui gli altri interventi potrebbero assumere connotati di transfert laterali "autorizzati" o di "parametri" nel senso di Eissler.

È anche il luogo che più di qualunque altro fornisce informazioni sulla psicopatologia del paziente utilizzabili come orientamento per gli altri interventi. In tal senso un trattamento terapeutico integrato della psicosi schizofrenica andrebbe considerato come un esempio di psicoanalisi applicata.

Il concetto di parametro di Eissler si rivela fruttuoso.

Come dice Eissler “i parametri necessari nella psicoanalisi della schizofrenia saranno molto ampi e numerosi”. È utile proteggere dal cadere nell’analisi selvaggia, cosa particolarmente facile e allettante nella schizofrenia.

È anche utile mantenere l’ideale di uno standard ottimale sia, pure come utopia da raggiungere, basato su elementi di provata validità generale; ciò serve a evitare che risultati eccezionalmente efficaci vengano assunti come standard, anziché come possibili varianti.

Esempi di provata e provabile validità potrebbero essere:

- 1) lo schizofrenico tipo I di Pao può essere curato con un trattamento psicoanalitico con scarse e sporadiche introduzioni di parametri;
- 2) i processi difensivi hanno un loro valore intrinseco protettivo mentre i loro effetti possono essere dannosi;
- 3) le difese dirette contro l’Io hanno un effetto deleterio di alterazione dell’Io (gli “oggetti bizzarri”, nella formulazione di Bion, impoveriscono l’Io).
- 4) Il “panico organismico” (vedi Pao) certifica uno stato di assenza di difese psicologiche.
- 5) Gli schizofrenici caratterizzati da una ricchezza affettiva rispondono meglio alla terapia di quelli caratterizzati da un forte appiattimento affettivo come espressione di una più marcata alterazione ed impoverimento dell’Io. Questa nozione è generalmente condivisa da tutti (psichiatri, psicoterapeuti).
- 6) In linea di principio l’introduzione di un parametro espone fortemente a un suo possibile uso collusivo che può coprire in psicoterapia una difficoltà a usare in modo appropriato l’interpretazione (per esempio l’assenza di working-through e interpretazione del significato del farmaco nell’ambito della relazione analitica), con notevoli perdite sul guadagno che farebbe la condotta farmacoterapeutica fondata su modelli di comprensione psicoanalitica e su come questo guadagno si riverbera positivamente sulla tota-

lità del processo terapeutico.

A scopo puramente esemplificativo citerò soltanto:

- 1) *dinamica dei processi difensivi*
- 2) *aggressività e violenza*
- 3) *evacuazione di "elementi beta" e dinamica degli "oggetti bizzarri" (nel senso di Bion).*

1. Uso del farmaco e dinamica dei processi difensivi

1.1 L'esempio classico è quello del soggetto psicotico con difese maniacali contro angosce suicidarie. Una farmacoterapia che mirasse ad annientare tali difese oltre che essere incompatibile con le finalità di un trattamento integrato metterebbe in serio pericolo di suicidio il paziente. Sarebbe opportuno fare degli studi accurati su pazienti suicidatisi in concomitanza con trattamenti psicofarmacologici; non ci stupiremmo se risultasse che un numero significativo di casi fosse "iper-neurolettizzato". La questione è ancora più grave quando tali difese maniacali hanno un legame con idee deliranti non distruttive o addirittura positive (idee di innamoramento, di gravidanza immaginaria, di poteri magici speciali e benefici ecc) facilmente contenibili sul piano psicologico-relazionale o con un approccio farmacologico delicatamente modulante.

1.2 Un altro esempio è relativo al tempo in cui intervenire con il farmaco rispetto alla dinamica delle difese.

Ha senso aspettare che il paziente regredisca, che corra il rischio di cadere nel "panico organismico"?

Anche qui può essere opportuno utilizzare un farmaco appropriato e a dosi minimali con lo scopo di sostenere temporaneamente l'elaborazione psicoterapeutica quando sussistano evidenti segnali di perdita catastrofica delle difese; se riteniamo utile per il paziente che ciò accada occorrerà pianificare il ricovero; nel caso che il paziente sia ricoverato sarà necessario un accordo nel team di curanti.

Ci sono casi opposti! Nel caso di un giovane schizofrenico, seguito in collaborazione da due colleghi che condividono la bontà del programma terapeutico integrato, una fortunata combinazione di due psicofarmaci (in passato ne aveva provate tante altre senza risultato) riuscì a dargli una sensazione di benessere così piacevole da desiderare di interrompere un trattamento analitico perché non ne vedeva l'utilità; metteva in atto una modalità di pensiero bidimensionale (nel senso di Meltzer) assumendo come benessere mentale gli stimoli somatici non comprendendone il legame con la terapia farmacologica. A quel punto l'unica possibilità di indurlo a proseguire la psicoterapia analitica sarebbe dipesa dal dargli la prova che il suo benessere era artificiale, modificando o sospendendo i farmaci; il farmacoterapeuta non fu disponibile a collaborare in questa direzione e fu deciso di interrompere la psicoterapia dopo circa sei mesi dall'inizio. Pare che tuttora, dopo anni, il paziente mantenga il suo apparente miglioramento e prosegua la cura farmacologica.

Rosenfeld (in un Seminario a Milano) si rammaricava del fatto che gli psicotici maniaco-depressivi, oggi ben curati con i sali di litio, non ricevessero dagli psichiatri il consiglio di sottoporsi al trattamento psicoanalitico; l'efficacia del farmaco avrebbe potuto consentire quella continuità relazionale richiesta dall'analisi con la speranza di ottenere cambiamenti strutturali della personalità e la conseguente ragionevole attesa di poter fare a meno del farmaco.

In quella occasione non venne approfondito il fatto che il soggetto maniaco-depressivo prova il sentimento doloroso di possedere una mente (nell'accezione psicoanalitica del termine) nei momenti in cui è esposto alle oscillazioni affettive; quando è stabilizzato, grazie al litio (investito di significati di saturazione di carenze psicobiologiche primarie), ricade in un soddisfatto stato di "normalità".

Numerose altre considerazioni potrebbero essere fatte relativamente a fattori di scelta del farmaco, dosaggio, tempi e modalità di somministrazione in funzione della dinamica dei processi difensivi; del resto uno dei primi studi di Sarwer-Foner⁽¹⁹⁵⁷⁾ fu proprio relativo

all'effetto paradossale provocato dai sedativi in soggetti maniacali, che acuiscono la loro sintomatologia. In linea generale si può quindi dire che *più le difese sono psicologizzate meno è opportuno intervenire con farmaci che le influenzano negativamente.*

2. Aggressività e violenza

Quasi sempre di fronte ad aggressività e violenza si risponde immediatamente con la medicazione neurolettica. Certamente esistono situazioni d'emergenza in cui tale intervento è l'unico disponibile, ma esistono anche altre possibilità: contenimento a scopo protettivo, uso di farmaci diversi dai neurolettici. Il problema di fondo rispetto all'aggressività è legato alla necessità di una accurata diagnosi differenziale tra una aggressività inderivabile, incomprensibile, impulsiva, primaria ed una aggressività che nasce ed è sostenuta dalla e nella relazione.

Confondere queste due condizioni è facile perché non abbiamo una sicura ed obiettivabile diagnostica differenziale; certo è che trattare l'una come l'altra genera delle situazioni di impasse, di agiti e controagiti, spesso caotici. Si può forse dire che l'aggressività primaria assomiglia, per il suo automatismo la sua stereotipia, agli accessi psicomotori e alle impulsività più tipiche di taluni soggetti epilettici temporali.

L'aggressività relazionale, invece, rimanda a una rigorosa, accurata indagine e supervisione della interazione comunicativa; una procedura di registrazione audiovisiva delle sedute potrebbe dare informazioni utili all'avanzamento della ricerca.

Sul piano farmacoterapico sarà utile trattare l'aggressività primaria con una accurata scelta di farmaci antiaggressivi, in dosi adeguate a modulare la sintomatologia. Negli ultimi anni suscita un certo interesse l'uso di neurolettici coartanti associati a farmaci in passato limitati al trattamento dell'epilessia (dintoina, carbamazepina, ac. valproico). L'aggressività secondaria e/o relazionale dovrebbe essere contenuta con metodi psicologici; un suo eventuale trattamento

farmacologico deve avere un carattere temporaneo, modulante, non repressivo; non riuscire a capirla ed elaborarla assieme al paziente può diventare l'ennesima prova di fallimento relazionale per il paziente schizofrenico con effetti a volte definitivamente limitativi sulla relazione transferale e sulle relazioni sociali in genere.

3. Modello della evacuazione di "elementi beta" e dinamica degli "oggetti bizzarri"

Pensare alla schizofrenia come l'espressione del fallimento della relazione umana intersoggettiva ci costringe a porre brevemente in risalto alcune formulazioni di Bion che potrebbero, a mio avviso, trovare un'estensione applicativa feconda nell'ambito dei trattamenti integrati delle psicosi schizofreniche.

Mi soffermerò soltanto sui concetti di "elementi beta" e di "oggetti bizzarri". Elemento beta è un tentativo di rappresentare la "primissima matrice dalla quale si può supporre che sorgano i pensieri. Essa partecipa delle qualità di oggetto inanimato e di oggetto psichico, senza alcuna forma di distinzione tra i due. I pensieri sono cose, le cose sono pensieri" (W.R. Bion,¹⁹⁶³ p. 33).

Definisce quel "qualcosa" che entra nella mente e prima di ricevere un nome si manifesta con reazioni somatiche; una condizione protomentale indifferenziata. Gli elementi beta tendono ad agglutinarsi più che a integrarsi e devono essere evacuati nella relazione intersoggettiva per essere trasformati in pensieri adatti alla comunicazione. L'agglomerato di elementi beta (*schermo beta*) a livello controtransferale provoca una forte reazione nel terapeuta (*forse l'atmosfera speciale di cui parla Pao*); in tal modo il soggetto psicotico riesce a provocare un coinvolgimento emotivo molto intenso.

L'espressione "oggetti bizzarri" viene usata da Bion per descrivere i fenomeni che si verificano allorché si distrugge e si inverte la funzione del pensare (*funzione alfa*) sotto la spinta di odio, invidia e intolleranza alle frustrazioni o dell'eccessiva esposizione a esse (fallimento della reverie materna).

Gli aspetti scissi e frammentati di sé vengono proiettati fuori di sé negli oggetti reali.

Gli “oggetti bizzarri” sono diversi dagli oggetti beta perché contengono frammenti della personalità, tracce di Io e Superlo. “Gli oggetti bizzarri sono quindi trattati dal soggetto psicotico contemporaneamente come parti di sé e oggetti esterni che vivono di vita propria con un funzionamento incomprensibile al soggetto. Il paziente avverte che ogni particella consiste di due parti: un nucleo costituito dall’oggetto reale ed un alone attorno a esso rappresentato dal frammento della propria personalità. La sostanza totale della particella dipenderà perciò sia dalla qualità dell’oggetto, facciamo conto un grammofono, sia dalla natura del frammento inglobante, poniamo la funzione visiva. Allora l’oggetto bizzarro che il paziente avrà nella sua percezione sarà un grammofono che lo sta spiando” (W.R. Bion,¹⁹⁵⁷ p. 81). Gli oggetti bizzarri esercitano quindi un continuo attacco ostile contro la “mente progenitrice che li espulse”.

Lo schizofrenico non avrebbe quindi una barriera di contatto interno/esterno, conscio/inconscio, non può né svegliarsi né dormire e così via.

Mi fermo a questi brevi accenni della formulazione bioniana perché sono sufficienti a darci un’idea delle intensità di sensazioni ed emozioni che si scatenano nella relazione terapeutica con il soggetto psicotico e la cui graduazione dipende da un lato dalla capacità di tolleranza alle frustrazioni del paziente e dall’intensità delle sue pulsioni distruttive e dall’altro lato dalla capacità del terapeuta di accogliere, contenere, elaborare e formulare in modo comprensibile, (sapendo che, comunque, la sua comunicazione verrà distorta dal paziente), una interpretazione dei fatti in grado di operare uno smontaggio degli “oggetti bizzarri”, a dare significato agli oggetti beta e costruire la barriera di contatto favorendo così la crescita del pensiero sano.

Le formulazioni di Bion ci permettono di capire come specialmente nella terapia dello schizofrenico l’intersoggettività della rela-

zione psicoterapeutica assuma una centralità straordinaria. Ci fa capire come la decisione circa il momento in cui introdurre un “parametro” non può essere standardizzata, ma valutata di volta in volta in relazione alla specificità della coppia terapeutica e della sua capacità di contenimento e di elaborazione. Ci fa anche capire che le intense relazioni transferali e controtransferali saranno strettamente dipendenti dalla massività dei fenomeni di scissione, proiezione ed evacuazione di elementi beta, costruzione e distruzione di oggetti bizzarri.

Dal punto di vista farmacoterapeutico questo modello è veramente prezioso perché chiarisce che cosa dobbiamo chiedere alla psicofarmacologia: *sostanze modulanti di elementi beta* e di *oggetti bizzarri*.

Neurolettici, benzodiazepine, antiepilettici, endorfine e tutte le sostanze chimiche che verranno, saranno preziosi strumenti di cura se usati con una mentalità e con delle aspettative *betamodulanti*; saranno dannose e distruttive se usate secondo il modello presenza/assenza sintomatica, cioè con una modalità *betabloccante*.

Bloccare l'elemento beta vuoi dire sottrarre alla cura psicoterapeutica e innanzitutto al paziente un'ultima chance di riparare il fallimento originario e costruire un abbozzo di pensiero adatto alla vita.

In tale prospettiva un uso eccessivo di farmaci neurolettici, soprattutto di long-acting, ci appare pericoloso perché motivato dal desiderio di bloccare radicalmente i sintomi del paziente ottenendone la garanzia in termini di compliance e di dose ottimale; spesso è motivato dal desiderio di sottrarre la gestione della terapia farmacologica alla famiglia del paziente che ne farebbe un uso improprio o al paziente stesso incapace di cooperare adeguatamente.

Riteniamo che il farmaco long-acting non vada respinto in modo pregiudiziale; se un paziente è incapace di assumere l'impegno di prendere i farmaci tradizionali per via orale o se l'ambiente familiare fa un uso scorretto del farmaco, la scelta a favore del long-acting può essere opportuna ma nei tempi, nelle dosi, nei ritmi di somministrazione che scaturiscono dalla comprensione del paziente tenen-

do conto di tutte le possibili implicazioni secondo i criteri di una farmacoterapia dinamicamente integrata.

Abbiamo voluto enfatizzare queste considerazioni, perché si riferiscono a una realtà clinica molto diffusa nei servizi psichiatrici territoriali dove ogni giorno c'è il problema di come migliorare il proprio lavoro. Considerando che in questi servizi sono presenti professionalità differenziate e che la formazione media degli operatori tende a migliorare, l'approccio terapeutico integrato nel trattamento degli schizofrenici può rappresentare una via sicuramente percorribile in quanto adeguata a un lavoro di équipe. Certo essa richiede una quantità e qualità di impegno emotivo che può a volte scoraggiare.

Un sostegno di supervisione sistematica all'équipe può essere di grande utilità nel superare le situazioni di impasse. In ogni caso, qualora sembrasse irrilevante o utopico il vantaggio che può derivare da un modello terapeutico integrato, bisognerebbe sempre ricordare che ogni giorno noi siamo confrontati con una utopia molto più grande: la guarigione della schizofrenia.

Bibliografia

- ANDREASEN N. C. (1983), *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SANS)*, trad. it. *Schizofrenia: scala, per la valutazione dei sintomi positivi e negativi*, Libreria Cortina, Milano.
- BENEDETTI G. (1980), *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- BION W. R. (1957), *Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica in Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma 1970.
- BION W.R. (1963), trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma 1979.
- BION W.R. (1967), *Second thoughts*, Heinemann, London; trad. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma 1970.
- CLAGHORN J. L., JOHNSTONE E.E., COOK T.H., ITSCHNER L. (1974), *Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics*, in *Arch Gen. Psychiatry*, 31
- DEL CORNO F., LANG M., TAIDEL GL. (1985), *Il medico, il paziente e le loro medicine. Psicologia dei farmaci*, Franco Angeli, Milano.
- DEL CORNO F., LANG M., TAIDEL GL. (1986), *Le terapie combinate in psichiatria*. Franco Angeli, Milano
- EISSLER K.R. (1958), *The effect of the structure of the Ego on psychoanalytic technique*, in *J. American Psychoanal. Ass.*, 1, pp. 104-43; trad. it. *L'effetto della struttura dell'io sulla tecnica psicoanalitica in Setting e processo psicoanalitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.

- EISSLER. K.R. (1958), *Remarks on some variations in psychoanalytical technique*, in *Int. J. Psychoanalysis*, 39; trad. it. *Osservazioni su alcune variazioni nella tecnica psicoanalitica in Setting e processo psicoanalitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- EISSLER. K.R. (1965), *Medical orthodoxy and the future of psychoanalysis*, IUP, New York; trad. it. *Ortodossia medica e futuro della psicoanalisi*, Armando, Roma 1979.
- FEINSILVER. D.B. (1983), *Applications on Pao's theories to a case study of the use and misuse of medications*, in *Psychoanal. Inq.* 3, pp. 125-44.
- FEINSILVER. D.B. (1984), *Combined use of psychotherapy and drugs in chronic treatment-resistant schizophrenic patients: a retrospective study*, *Journal of Nervous Mental Disorders*, 172, pp. 1-7.
- FEINSILVER. D.B. (1986), *Continuing towards a comprehensive model for schizophrenic disorders: conclusion and implications*, in *Towards a comprehensive model for schizophrenic disorders: psychoanalytic essays in memory of Ping-Nie Pao*, M.D. Hillsdale, The Analytic Press.
- FERRARI R. (1988), *Psicofarmacoterapia e psicoterapia analitica nel trattamento dei disturbi schizofrenici. Problemi di integrazione*, Tesi di laurea in medicina e chirurgia, Università degli Studi di Milano.
- FREEMAN T. (1985), *Nosography and Theory of the schizophrenia*, in *Int. J. Psycho-Anal.* 66, p. 237.
- FRENI S. (1984), *Approccio terapeutico integrato nel trattamento degli stati schizofrenici*. Comunicazione al "Satellite Meeting Schizophrenia: an integrative view", vol. II, pp. 215-26, Ghedini Editore, Milano.
- FRENI S. et al. (1988), *Implicazioni psicoterapeutiche in psicofarmacologia clinica: della prescrivibilità alla alleanza terapeutica*, in corso di pubblicazione presso *Psicoterapia e scienze umane*, Milano.
- FRENI S., GIORDANO P.L., LA BARBERA D. (1987), *Psicofarmacopsicoterapia: indicazioni cliniche*, in *Psichiatria e Medicina*, I, 3, 1987.
- FREUD S. (1938), *Compendio di Psicoanalisi*, in *OSF*, vol. II, pp. 562-609, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- GEAR M.C., HILL, LIENDO (1982), *Working through narcissism: treating its sado-masochistic structure*, J. Aronson, New York. 33
- GOLDSTEIN M.J., RODNICK E.H., EVANJ S.R., MAY P.R.A., STEINBERG M.R. (1978), *Drugs and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics*, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 35.
- GRINSPOON L., EWALT J.R., SHADER R.I. (1968), *Psychotherapy and pharmacotherapy in chronic schizophrenia*, in *Amer J. Psychiat.*, 124.
- GRINSPOON L., SHADER R.I. (1975), *Psychotherapy and schizophrenia*, in Greenblatt M. (ed.), *Drugs in combination with other therapies*, Grune & Stratton Inc., New York.
- GROTSSTEIN J.S. (1977a), *The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: The dilemma*, in *Int J. Psychoanal.* 58, pp. 403-25.
- GROTSSTEIN J.S. (1977b), *The psychoanalytic concept of schizophrenia, II: Reconciliation*, in *Int J. Psychoanal.* 58, pp. 427-52.
- GROTSSTEIN J.S. (1983), *Deciphering the schizophrenic experience*. *Psychoanal. Inquiry*, 3,1, pp. 37-69.
- GUTHEIL T.G. (1982), *The psychology of psychopharmacology*, in *Bullettin of Menninger*

Clinic 46/4, p. 321.

- HOGARTY G.E., GOLDBERS G.C., SCHOOLER N.R., THE COLLABORATIVE STUDY GROUP (1974b), *Drug and sociotherapy in aftercare of schizophrenic patients. Adjustment of nonrelapsed patients*, in Arch. Gen. Psychiatry 3, 1.
- HOGARTY G.E., GOLDBERS G.C., SCHOOLER N.R., THE COLLABORATIVE STUDY GROUP (1973), *Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. One year relaps rates*, in Arch. Gen. Psychiatry 2, 8.
- HOGARTY G.E., GOLDBERS G.C., SCHOOLER N.R., HULRICH R.F., THE COLLABORATIVE STUDY GROUP (1974a), *Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Two year relapse rates*, in Arch. Gen. Psychiatry 3, 1.
- KARASU T. B. (1982), *Psychotherapy and pharmacotherapy toward a 2 integrative model*, in American Journal of Psychiatry, 139, p. 9.
- KERNBERG O.F. (1974), *L'expérience du Menninger Memorial Hospital observation clinique concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement intensif des schizophrènes chroniques, in Traitement au long cours des états psychotiques*, Privat, Toulouse.
- LAMBERT P.A. (1984), *Medication psychotropes et relation thérapeutique*, in Psychologie Française, 29, 2 Juin.
- LAMBERT P.A. (1986), *A propos de psychothérapie d'inspiration psychanalytique chez des schizophrènes traités par neuroleptiques*, in Confrontation psychiatriques, 26
- LUBORSKY L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy A manual for Supportive-Expressive Treatment* Basic Book, Inc. Publishers, New York.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1976), *Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes?": in Evaluation of psychological therapies*, Edited by Stitzer R.L., Klein D. F. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- MAY P.R.A. (1968), *Treatment of schizophrenia: a comparative study of five treatment methods*, Science House, New York.
- MAY P.R.A. (1976), *Rational treatment for an irrational disorder: what does the schizophrenic patient need?* in American Journal of Psychiatry, 133.
- MAY P.R.A., TUMA A. H. (1976), *A follow-up study of the results of treatment of schizophrenia*, in Spitzler R.L., Klein D.F. (eds.), *Evaluation of psychological therapies*, The Johns Hopkins UP, Baltimore.
- PAO PING-NIE (1979), *Schizophrenic Disorders: Theory and Treatment from a psychodynamic point of view*, Intern. Univers. Press, New York; trad. It. *Disturbi Schizofrenici: Teoria e Trattamento da un punto di vista, psicoanalitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1984.
- RACAMIER P. C. (1980), trad. it. *Gli schizofrenici*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ROSENFELD H.A. (1974), *Notes sur le traitement psychanalytique des états psychotiques*, in *Traitements au long cours des états psychotiques*, Privat, Toulouse.
- SARWER-FONER G.J. (1957), *Psychoanalytic theories of activity-passivity conflicts and of the continuum of ego defenses*, in Arch. Neurol, Psychiatry, 78, .
- SARWER-FONER G.J. (1960), *The role of neuroleptic medication in psychotherapeutic interaction*, in *Comprehensive Psychiatry*, 1.
- SARWER-FONER G.J. (1960), *The dynamics of psychiatric drug therapy*. Springfield, Ill, Charles C Thomas. 35
- SARWER-FONER G.J. (1970), *Psychodynamic of psychotropic medication. An over-view*,

- in Di Mascio A., Shader R. (eds.), *Clinical Handbook of psychopharmacology*, Science House, New York.
- SARWER-FONER G.J. (1983), *An overview of combined psychopharmacology and psychotherapy*, in Greenhill M.H., Gralnick A., (eds.), *Psychopharmacology and psychotherapy*, The Free Press, New York.
- SCHEFLEN A.E. (1981), *Levels of schizophrenia*. New York, Brunner Mazel Inc.; trad. it. *I livelli della schizofrenia*, Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma.
- SCHULZ C.G. (1986), *Elements of Effective Psychotherapeutic Treatment with Schizophrenic Patients*, in *Towards a comprehensive model for schizophrenic disorders: Psychoanalytic essays in memory of Ping Nie-Pao*, M.D. Hillsdale, The Analytic Press, 1986.
- SCHULZ C.G., KILGALEN R. R. (1969), *Case studies in Schizophrenia*, Basic Books, New York; trad. it. *Casi clinici di Schizofrenia*, Casa Editrice Astrolabio, Ubaldini Editore, Roma.
- TUSTIN F. (1981), *Autistic states in children*, Routledge Kegan Ltd, London; trad. it. *Stati autistici nei bambini*, Armando Editore, Roma 1983.
- TUSTIN F. (1986), *Autistic Barriers in Neurotic Patients*, Karnac Books, London.
- WYLIE H.W., WYLIE M.L. (1987), *An effect of Pharmacotherapy; on the Psychoanalytic process: case report of a modified analysis*, in *American Journal of Psychiatry* 144,4, pp. 489-92.
- ZAPPAROLI G. C. (1974), *La farmacoresistenza come tossicofobia. Un contributo alla psicoterapia delle psicosi*, in Rossi R., Speziale Bagliacca R. (a cura di), *Dalla parte di Freud*, Etas Kompass, Milano.
- ZAPPAROLI G. C. (1979), *La paura e la noia. Contributo alla psicoterapia analitica delle psicosi*, Il Saggiatore, Milano.
- ZAPPAROLI G. C. (1985), *La psichiatria oggi: proposta di un modello integrato di intervento terapeutico*, Edizioni Stimmgraf, Verona.

Salvatore Freni

Terapia psicofarmacologica e terapia psicoanalitica

... quando quegli mi chiese se conoscevo il rimedio per il mal di capo in qualche modo, impacciato, ... gli dissi che era una certa erba, sulla quale c'era un carne magico, che se lo si cantava prendendo insieme quell'erba, il rimedio faceva guarire del tutto, ma senza quella magia, l'erba sola non serviva a nulla ... questo carne non è capace di guarire la testa separatamente; ma come forse anche tu sai per aver udito dei bravi medici se per esempio ci va o con male agli occhi, gli dicono che non si può cominciare a sanare gli occhi soli, ma che bisognerebbe curare anche la testa se si vuole guarire gli occhi; e dicono ancora che è una assurdità pensare di curare la testa per se stessa senza tenere conto dell'intero corpo... Lo stesso... con questo carne magico. L'ho imparato... da uno dei medici Traci di Zalmosside... diceva che i medici greci hanno ragione riguardo alle cose che mostravo ora; ma soggiungeva: «il nostro Zalmosside... vuole che come non si deve cominciare a sanare gli occhi senza tenere conto del capo, né il capo senza il corpo, così neppure si deve cominciare a sanare il corpo senza tenere conto dell'anima, anzi questa sarebbe proprio la ragione per cui tante malattie la fan franca ai medici greci, perché essi trascurano il tutto di cui invece dovrebbero prendersi cura, quel tutto che è malato e dunque non può guarire in una parte. In realtà... ogni cosa, il male o il bene, non irrompe nel corpo e in tutto l'uomo se non dall'anima, dalla quale tutto proviene, come dalla testa proviene tutto ciò che corre agli occhi; così che si deve cominciare a curare soprattutto quella, se si vuole che la testa e le altre parti del corpo stiano bene. L'anima ... si cura con certi carmi magici che sono poi i discorsi belli, dai quali cresce nelle anime la saggezza. Quando questa sia cresciuta e sia là presente, allora è facile dare salute al capo e al resto del corpo... che nessuno ci convinca a curare la propria testa con questa medicina, se prima non avrà affidato la sua anima alla cura dell'incantamento. Perciò anche ora si fa questo sbaglio fra gli uomini che taluni cercano di essere medici dell'una o dell'altra cosa

* *Relazione del 16 giugno 1994 al Centro Milanese di Psicoanalisi.*

separatamente, o della saggezza o della salute. E mi raccomandava con forza che nessuno, ricco, nobile o bello che fosse, mi convincesse a fare altrimenti. (PLATONE, Carmide, p. 119 ss.)

Con queste premesse, Socrate-Platone stimola la curiosità e l'entusiasmo del giovane Carmide, il quale, interessato ad apprendere il carne magico, si dispone a incontrare Socrate «per tanti giorni quanti, a tuo parere, bastino».

Socrate non gli darà l'erba per "il mal di capo" ma avvierà con la sua arte maieutica una proto-psicoanalisi a tempo indeterminato volta a costruire o accrescere un'utopica, dubbia saggezza.

Si potrebbe dire che il "mal di capo" di Carmide, bello, ricco, intelligente, sano, è l'espressione del turbamento affettivo del giovane, prossimo ad assumere le responsabilità che gli derivano dalla sua posizione sociale.

Forse, come Socrate, anche un analista contemporaneo sarebbe felice di avviare un lavoro psicoanalitico con un cliente come Carmide.

Ma Socrate avrebbe prescritto al giovane Carmide l'erba-farmaco se il suo mal di testa fosse consistito in una psicosi schizofrenica, un disturbo borderline di un disturbo ossessivo-compulsivo, un disturbo affettivo maggiore, un disturbo da attacchi di panico, un disturbo dell'alimentazione (anoressia o bulimia) ?

E Freud?

Appaiono certamente trionfalistiche le sue affermazioni circa l'efficacia del trattamento psicoanalitico che possiamo trovare in *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) dove si legge:

colui che nei rapporti col medico è ormai divenuto normale e non è più sospeso a spinte pulsionali rimosse, tale resterà anche nella vita privata, quando il medico sarà uscito di scena. (p. 593)

oppure:

con il superamento di queste resistenze, la vita psichica del malato viene mutata permanentemente, elevata a un grado superiore di sviluppo e preservata da nuove possibilità di malattia. (p. 600)

Nelle ultime sue opere, segnatamente in *Analisi terminabile e interminabile* (1937) e in *Compendio di psicoanalisi* (1938) troviamo una visione piuttosto pessimistica sui risultati dei trattamenti psicoanalitici.

Nel 1937 scrive:

si ha l'impressione che non avremmo il diritto di meravigliarci se alla fin fine risultasse che la differenza di comportamento fra una persona non analizzata e colui che si è sottoposto a un'analisi non è poi così radicale come vorremmo, come ci attenderemmo, e come affermiamo che in effetti sia. (p. 510)

...Johann Nestroy, ha detto una volta: "ogni progresso è sempre grande solo a metà di quanto è apparso all'inizio". (p. 511)

per concludere che:

...per il campo psichico, quello biologico svolge veramente la funzione di una roccia basilare sottostante. (p. 535)

Temi che vengono ripresi e conclusi nel *Compendio* così:

non è per noi motivo di disillusione, ma anzi troviamo comprensibilissimo, dover concludere che l'esito finale della lotta che abbiamo ingaggiato dipende da relazioni quantitative, dalle energie che riusciamo a mobilitare nel paziente in nostro favore, l'ammontare delle quali va messo a confronto con la somma energetica delle forze che combattono contro di noi. E ancora una volta Dio sta dalla parte dei battaglioni più forti; certo non sempre ci arride la vittoria, *ma almeno quasi sempre riusciamo a comprendere perché non abbiamo vinto*. Chi ha seguito la nostra esposizione per un puro interesse terapeutico, dopo questa ammissione ci volterà forse le spalle con sufficienza. Ma noi ci occupiamo qui di terapia solo nella misura in cui essa opera con mezzi psicologici; al momento non ne abbiamo altri. *Può darsi che in futuro qualcuno ci insegna come influenzare direttamente, con speciali sostanze cliniche, le quantità energetiche e la loro ripartizione nell'apparato psichico. E forse verranno alla luce altre potenzialità della terapia che adesso non possiamo neppure sospettare*, per ora non abbiamo nulla di meglio a disposizione che la tecnica psicoanalitica; per questo, nonostante i suoi limiti, non bisognerebbe disprezzarla. (p. 609, corsivo mio).

Le "speciali sostanze chimiche" si affacciarono alla medicina occidentale negli anni '50, con la scoperta fortuita della clorpromazina ad

opera di Henri Laborit, allora neurochirurgo, e le prime applicazioni nella cura della schizofrenia e della mania da parte degli psichiatri Jean Delay e Pierre Deniker.

Da allora ad oggi le scoperte e gli studi di psicofarmacologia hanno avuto, specialmente negli ultimi venti anni, uno sviluppo straordinario influenzando in maniera sostanziale le conoscenze delle neuroscienze nel loro complesso.

Ma le due discipline, psicoanalisi e psicofarmacologia, anziché mantenere una apertura di dialogo interdisciplinare, ciascuna rispettosa dei metodi di studio e dei vertici osservazionali dell'altra, sospendendo momentaneamente il giudizio sugli aspetti eziologici dei disturbi psichici, si sono di fatto contrapposte rigidamente. Infatti entrambe si sono organizzate come discipline autonome ciascuna dotata di un corpus dottrinario profondamente ancorato al campo clinico e alle sue giustificazioni. Tourney G.⁽¹⁹⁷⁸⁾ ha riconosciuto i termini della contrapposizione nel fatto che psicoanalisi e psicofarmacologia condividono premesse e finalità apparentemente simili come si può vedere nel seguente schema:

PSICOANALISI	PSICOFARMACOLOGIA
1) Metodo di indagine	1) Metodo di indagine
2) Gruppo di ipotesi esplicative del del comportamento umano	2) Gruppo di ipotesi esplicative del comportamento umano oltre all'azione del farmaco
3) Forma di terapia	3) Forma di terapia

Ma la divisione sugli aspetti di sintesi o antitesi delle due discipline dipenderà dall'aver liberato da ideologie e dogmatismi i rispettivi campi di indagine e dal favorire una conoscenza più integrata e scientificamente più adeguata alla realtà clinica.

Ancora il vecchio e noioso problema del rapporto mente-cervello, psiche-soma

I problemi teorico-scientifici più insormontabili nascono dal fatto

che la contrapposizione fra terapia psicoanalitica e terapia psicofarmacologica non si limita solo alle eventuali divergenze rispetto all'interpretazione dei meccanismi etiopatogenetici dei disturbi psichici ma si radica nell'irrisolvibile enigma del rapporto mente-corpo, psiche-soma, che il pensiero occidentale ha assunto in eredità fin da quando la sapienza greca si scisse in scienza e filosofia.

Le tendenze più attuali cercano di promuovere un paradigma psico-socio-biologico appoggiandosi ad una epistemologia della complessità rispetto alla quale la distinzione in scienze naturali e scienze spirituali appare fuorviante perché tratta come enti distinti aprioristicamente quelle differenze e diversità che potrebbero essere solo livelli e aspetti molteplici di una medesima realtà la quale si svela con caratteri di diversità in funzione dell'osservatore e dei suoi metodi e premesse osservazionali.

A proposito della concezione psicobiologica, Kohut⁽¹⁹⁸⁴⁾ sostiene: (non credo che abbiamo a che fare con due universi separati, quello biologico e quello psicologico, ma piuttosto con due modi di affrontare la realtà. Quando la scienza si accosta alla realtà - attraverso l'estrospezione (e l'estrospezione vicariante), parliamo di fisica o biologia; quando l'approccio è attraverso l'introspezione (e l'empatia) parliamo di psicologia (p. 56).

Credo che il paradigma psico-socio-biologico sarà un affascinante campo di indagine che, assieme alle realtà virtuali, il progetto genoma umano, la conquista dello spazio, impegnerà i ricercatori del terzo millennio verso il tentativo, oggi utopico, di mappare la mente (Levin F. M.).¹⁹⁹¹

Nel frattempo il «cimitero di "ismi"» di cui parla Edelman⁽¹⁹⁹²⁾ sembra destinato ad ingrandirsi sempre di più forse ospitando persino il "darwinismo neurale" proposto dal geniale autore.

Applicando la sua TSGN (Teoria della selezione dei gruppi neuronici) ai rapporti tra aspetti psicoanalitici e biochimico-psicofarmacologici del disturbo mentale, Edelman sostiene che « il solo uso di farmaci non può pertanto eliminare il compito di una comunicazio-

ne verbale o emotiva con il paziente. È tuttavia probabile che la maggior parte dei casi richieda l'abbinamento di farmaci e psicoterapia» (Edelman, p. 282).¹⁹⁹²

Arnold Modell, nel suo libro *Other Times, Other Realities*,⁽¹⁹⁹⁰⁾ si appoggia con molto entusiasmo alla teoria di Edelman per spiegare gli aspetti fondamentali del processo analitico, proteso a mettere in rilievo i molteplici livelli di realtà attraverso la concettualizzazione della memoria come ricategorizzazione.

La memoria categoriale sarebbe un principio biologico fondamentale responsabile di quei rapporti di identità percettiva tra oggetti del passato e oggetti del presente; e le singolarità di ciascuna soggettività in una specifica relazione interpersonale, in una data condizione spazio-temporale, dipenderanno dalle svariate e molteplici declinazioni e sfumature di categorie più generali, biologicamente fondate.

Modell, d'accordo con Thomä e Kächele,⁽¹⁹⁸⁸⁾ enfatizza il concetto di *Nachträglichkeit* intesa come *attribuzione retrospettiva di significato* quale principio regolatore del rapporto tra la rappresentazione di Sé memoria e vissuto del tempo in funzione dei diversi e molteplici livelli di realtà psichica via via emergenti nel "qui e ora" della relazione terapeutica.

In questo contesto non mi interessa approfondire il tema del rapporto mente-cervello, psiche-soma, perché come dicevo prima, sono convinto che allo stato attuale delle conoscenze sia irrisolvibile sul piano teorico-scientifico e destinato a rimanere forse ancora a lungo oggetto di ricerca interdisciplinare e di riflessione filosofica.

Ritengo però che gli accenni prima menzionati unitamente a numerose osservazioni provenienti dalla pratica clinica (in particolare nel trattamento di disturbi psicosomatici, psicotici, in occasione dell'emergenza di disturbi organici in corso di trattamenti psicoanalitici oppure di disturbi psichici nel corso di malattie organiche o anche in seguito ad uso e abuso di sostanze psicotrope) testimoniano l'evidenza euristica di un'area virtuale di interfaccia tra una pola-

rità organismica della mente e una polarità culturale-relazionale. Siamo costretti a convivere ancora a lungo sul piano teorico e ancor più nella prassi con molteplici e contemporaneamente attivi livelli di funzionamento della mente e relative loro concettualizzazioni.

Perciò credo che la psicoanalisi non debba ignorare la materia della mente, i processi organici di qualsiasi tipo che ne modificano le manifestazioni, e ancor meno le “speciali sostanze chimiche” che dimostrano degli innegabili e talora spettacolari effetti sulla vita psichica dell’uomo, sia sul piano comportamentale esteriormente osservabile, sia sul piano del vissuto soggettivo.

La psicofarmacologia dall’altro lato non può ignorare (e in realtà gli psicofarmacologi più illuminati non lo ignorano) il valore terapeutico delle trasformazioni simbolico-relazionali e la loro potenziale influenza sui processi biologici, quale portato della specificità del lavoro di rielaborazione psicoanalitica.

Qui non mi interessa tanto trattare gli aspetti più generali del significato dei farmaci in psicoanalisi e o dei problemi teorici ed operativi legati alla eventuale combinazione di terapia psicofarmacologica e terapia psicoanalitica. Per questo rimando a Del Corno, Lang, Taidelli^(1986a,b) o ai classici lavori di Ostow^(1962,79,93a,b,c) e di Sarwer-Foner^(1962,83) che giustamente sono considerati i pionieri dello studio di questa problematica alla quale hanno dedicato numerose pubblicazioni sempre citate da coloro che si occupano dei problemi del rapporto tra psicofarmacologia e psicoanalisi.

Necessità di costruire dei ponti concettuali tra psicofarmacologia e psico- analisi sulla base della pratica clinica

Voglio invece soffermarmi su taluni aspetti che sollecitano un dibattito più conforme alle esigenze del campo clinico e che riguardano l’atteggiamento di fondo della mentalità degli psicoanalisti nei confronti della psicofarmacologia e delle aspettative di cura nei casi in cui il paziente in analisi assuma anche psicofarmaci.

A mio parere, infatti, risultano insoddisfacenti e, per certi versi, fuorvianti quei resoconti clinici che spesso si leggono nelle riviste o nei libri di psicoanalisi o si ascoltano durante seminari clinici dove nulla si dice rispetto a tutti i problemi di rielaborazione dei vissuti transferali e controtransferali stimolati dall'uso del farmaco per se stesso, dalle modalità con cui viene gestito e dall'esito finale del processo terapeutico.

Penso pure che la mancanza di studi sistematici del rapporto tra psicofarmacoterapia e terapia psicoanalitica e la trappola della contrapposizione, in cui è caduta la stragrande maggioranza degli psicoanalisti, hanno privato la psicoanalisi della formidabile occasione di sviluppare in modo sistematico una linea di ricerca di sua specifica competenza rispetto alla fondazione di una psicologia della psicofarmacologia (Gutheil)^{1977,82} e più in generale di una *farmacoterapia-psicodinamica* (Gabbard)¹⁹⁹⁰ o di una vera e propria *psicofarmacopsicoterapia* (Freni et al.)^{1987,88}

Infatti la psicoanalisi dispone di modelli clinici e interpretativi adeguati a comprendere le variazioni dei vissuti soggettivi rispetto al farmaco, e, soprattutto, i movimenti transferali che il paziente sviluppa nei confronti del farmacoterapeuta e nei confronti del farmaco in se stesso; fenomeni questi che gli psicofarmacoterapeuti biologi tendono ad ascrivere a effetti di un malinteso placebo o di resistenza biologica disconoscendone il valore squisitamente psicodinamico, che, se correttamente utilizzato si apre ad un enorme potenziale psicoterapeutico. "Placebo" può essere l'espressione del desiderio del paziente di compiacere il terapeuta rispetto al desiderio di piacere al paziente che questi ha [che si tratti di transfert/controtransfert irreprensibile (non urtante)!?].

In una inchiesta informale ho rivolto a cinquanta colleghi la seguente domanda: "secondo te, Freud, per come lo hai interiorizzato sulla base della sua opera e delle varie testimonianze sul suo modo di lavorare, oggi prescriverebbe psicofarmaci ai pazienti qualora lo ritenesse opportuno ai fini del buon esito della terapia psicoa-

nalitica?”.

Il risultato è stato il seguente:

SI 60%, NO 20%, l'avrebbe fatto prescrivere da altri colleghi 20%.

Tali risposte erano indipendenti dall'età sesso e grado di carriera nell'ambito della Società Psicoanalitica e tipo di studi universitari.

Ostow (p. 162)^{1993c} riferisce di avere appreso dal dr. Herman Nunberg che Freud parlava del tempo in cui sarebbe stato possibile usare sostanze chimiche durante un'analisi terapeutica allo scopo di incanalare l'analisi in modi più fruttuosi.

Lipton⁽¹⁹⁸³⁾ riferisce di una lettera di Anna Freud nella quale essa si dichiarava sorpresa per il quasi completo rifiuto dei farmaci durante il trattamento psicoanalitico, mentre testimoniava di aver avuto un grande aiuto da parte di colleghi medici che avevano prescritto psicofarmaci a tre pazienti in grave stato di depressione. In nessun caso l'uso terapeutico dei farmaci aveva interferito in alcun modo con il progresso dell'analisi, ma, al contrario, aveva aiutato l'analisi a mantenersi durante certi momenti in cui altrimenti il paziente avrebbe potuto essere ricoverato.

In tutti gli autori kleiniani ricorre concordemente il concetto secondo cui *l'intolleranza della frustrazione, l'eccesso di invidia distruttiva*, insomma, le manifestazioni più virulente della pulsione di morte avrebbero un radicale biologico.

Rispetto all'uso dei farmaci, Rosenfeld⁽¹⁹⁷⁴⁾ che pianificava nella sua globalità il trattamento psicoanalitico degli stati psicotici, riconosceva l'utilità dell'uso dei neurolettici e suggeriva che la terapia farmacologica fosse gestita da uno psichiatra che non fosse l'analista del paziente, ma capace di comprendere il senso del lavoro psicoanalitico.

Ricordo che in uno dei suoi ultimi seminari tenuti a Milano si rammaricava del fatto che i pazienti maniaco-depressivi, oggi ben curati con i sali di litio, non fossero incoraggiati dagli psichiatri ad intraprendere il trattamento psicoanalitico; infatti l'efficacia del farmaco avrebbe potuto consentire quella continuità relazionale richiesta dall'analisi

con la speranza di ottenere cambiamenti strutturali della personalità e la conseguente ragionevole attesa di poter fare a meno del farmaco.

In quella occasione non venne approfondito il fatto che una delle ragioni per cui il paziente maniaco-depressivo, in trattamento con sali di litio ad effetto stabilizzante sull'umore, non va in analisi potesse dipendere dalla proprietà del farmaco di saturare bisogni fusionali o simbiotici o self-oggettuali (Kohut) o di creare uno stato di omeostasi narcisistica o sindrome della tranquillità narcisistica nel senso di Ostow.⁽¹⁹⁶⁷⁾ Nella nota al cap. 3 del suo libro *Impasse and Interpretation*⁽¹⁹⁸⁷⁾ Rosenfeld motiva in modo dettagliato alcune misure preventive da lui adottate prima di assumere in terapia psicoanalitica pazienti in cui vi fosse un sospetto di disturbo psicotico o borderline:

secondo la mia esperienza è importante e necessario, prima di iniziare il trattamento, predisporre il ricovero per tutti i casi in cui vi sia qualche sospetto che il paziente sia psicotico o borderline. Ciò eviterà una quantità di inutili angosce e difficoltà nel seguire il paziente a casa, qualora si manifesti uno stato psicotico e il paziente non sia più in grado di venire alle sedute. Come minimo bisogna prendere più tempestivamente possibile qualche contatto o accordo con il medico del paziente. Ciò è necessario non solo per il paziente, ma anche per proteggere la pace mentale dell'analista. Egli non può dedicarsi completamente al trattamento se si deve preoccupare oltre un certo limite di quel che accade al paziente dopo che lascia il suo studio. Secondo la mia esperienza, è anche importante e necessario raccogliere un'anamnesi il più particolareggiata possibile prima di cominciare l'analisi di uno psicotico, perché i pazienti portatori di psicosi acute, in genere non riferiscono fatti anamnestici e possono confondere facilmente passato e presente. Io cerco inoltre di valutare fin dall'inizio quali rapporti ha il paziente con l'ambiente esterno, come lo percepisce, come reagisce agli stimoli esterni, li stravolge o li nega. Anche se ha una famiglia che si occupa di lui, egli è spesso incapace di far fronte alle esperienze quotidiane durante certe fasi della sua malattia, e una grave angoscia potrà sorgere in coloro che gli sono vicini. Abbiamo visto nel caso di Sylvia come l'angoscia di non poter affrontare i problemi della vita quotidiana si trasferisca sui parenti, che cadono a loro volta in uno stato di grave angoscia e poi sentono di non essere più in grado di occuparsi del paziente, tenendolo in casa. Ciò provoca spesso la richiesta di un ricovero che è difficile predisporre in modo soddisfacente con un breve preavviso. (p. 271)

Nel corso di un recente seminario clinico (Maggio 1994) anche Salomon Resnik ha richiamato l'attenzione sulla necessità di osservare e denominare con molta attenzione e precisione tutti i possibili significati e movimenti transferali nei confronti del farmaco in sé manifestati da pazienti che assumono farmaci o sono dediti all'uso di sostanze psicotrope. Ciò al di là di una generica problematica oggetto buono, oggetto cattivo, farmaco salvavita, farmaco veleno, ma per gli intrinseci significati proto-simbolici che può assumere il farmaco in relazione a svariati fattori: nome del farmaco e suo significato etimologico, forma e colore della sua confezione, effetti oggettivi e soggettivi. Fattori su cui si era soffermato a lungo Gutheil.⁽¹⁹⁸²⁾ Per esempio, in un paziente in trattamento con metadone, il farmaco, usato come sostituto terapeutico per la disintossicazione da eroina, assume una serie di significati (mettere-smettere-donne, metà-donna mettersi tra donna e marito, curare la donna malata per essere stata privata del marito, ecc.). Oppure un altro paziente in cura con Haldol aveva organizzato il proprio vissuto soggettivo attorno all'idea che il farmaco andasse subito al dolore psichico. Un altro paziente in cura con Serenase attribuisce al farmaco il significato di qualcosa che protegge i pensieri da scariche elettriche, dove la difesa alternativa sarebbe allontanarsi dai pensieri così attaccati e "girare l'angolo".

Il "girare l'angolo" può essere cambiare vertice osservazionale o, al momento, non vedere, non pensare.

Mi viene in mente un brano di Bion tratto da *Cogitation*⁽¹⁹⁹²⁾ in cui dice:

"drugs [farmaco e/o droghe?] sono sostituti impiegati da coloro che non possono aspettare. Il sostituto è ciò che non può dare soddisfazione senza distruggere la capacità di discriminazione del real [reale, autentico, vero?] dal falso.

Qualunque cosa venga impiegata come un sostituto del reale è trasformata a causa di ciò in un veleno per la mente. La sostituzione di ciò che è marginale rispetto all'azione al posto di ciò che è centrale necessariamente produce squilibrio... Immaturità confusione, l'essere indifeso e l'impotenza sono rimpiazzati, in quelli che non tollerano la frustrazione, da prematurità, ordine, onnipotenza e potere" (1968, p. 299, traduzione personale; in parentesi quadra i dubbi del traduttore).

Ma in *Apprendere dall'esperienza*⁽¹⁹⁶²⁾ aveva detto: «la conclusione è che gli elementi beta sono cronologicamente anteriori agli elementi alfa. L'intolleranza della frustrazione può raggiungere un grado così elevato da aversi, attraverso un'evacuazione immediata degli elementi beta, un'esclusione della funzione alfa» (Bion, p. 71 sg.)¹⁹⁶²

È proprio il modello della dinamica elementi beta-elementi alfa-oggetti bizzarri, se correttamente applicato rispetto ai reali bisogni di cura (solo del paziente?), darebbe una base concettuale molto originale e profonda ad una psicofarmacopsicoterapia poiché separerebbe in modo netto i farmacoterapeuti che prescrivono i farmaci con una mentalità e una finalità beta-bloccante (bloccante degli elementi beta nel senso suddetto) da quelli che mettono in atto una mentalità e una finalità beta-modulante atta a favorire la funzione alfa.

Verso una psicofarmacoterapia psicodinamica o psicofarmacopsicoterapia

I primi non potrebbero collaborare in un lavoro psicoanalitico perché attaccano i sintomi svuotandoli di qualsiasi possibilità di significazione attraverso una precipitosa e grossolana biologizzazione nella spiegazione dei sintomi.

Bibring⁽¹⁹⁵⁴⁾ ha individuato tre tipi di interventi comunemente impiegati nella psicofarmacoterapia:

1. *suggestione*
2. *manipolazione*,
3. *errata interpretazione*.

Tramite la *suggestione* il terapeuta induce nel paziente, senza la sua partecipazione consapevole, una serie di credenze e una certa posizione emotiva verso il farmaco.

Come dice Nevins⁽¹⁹⁹³⁾ esso viene etichettato come *anti-depressivo*, piuttosto che con il termine più descrittivo *energizzante psichico*, *anti-psicotico*, invece del termine più neutrale *neurolettico* o *antimaniacale* al posto che col termine più fenomenologico *stabilizzante dell'umore*. Insomma il farmaco diventa un oggetto che si oppone ad una noxa patogena aliena rispetto alla soggettività del paziente che genera

depressione, mania, psicosi quali diabolici nemici che vanno debellati con una battaglia attraverso specifici farmaci antisintomo; un'espressione molto comune in psicofarmacologia è infatti quella di "sindrome bersaglio" rispetto a cui mettere alla prova la specificità del farmaco. Ma perché l'esorcismo avvenga "sono necessarie 3-4 settimane finché si raggiunga nel sangue il livello ottimale ed efficace della dose terapeutica".

L'utilizzo di espressioni mediche specialistiche e di biochimica del cervello vengono assunte dal paziente come verità concrete e non questionabili. Così le analogie "lei deve considerare il farmaco come il diabetico l'insulina" oppure "il litio è un costituente fisiologico dell'organismo umano che nel suo caso è carente o insufficiente; è necessario che lei prenda il litio per tutto il tempo che sarà necessario controllando periodicamente la litiemia in modo da essere sicuri che sia sufficiente". Queste e altre asserzioni rinforzano nel paziente la teoria inconscia e la credenza che il suo disturbo abbia una base -genetica e consista in un difetto fondamentale da controllare con i farmaci. Ciò può condurre o ad una acquiescenza passiva all'assunzione del farmaco che i farmacoterapeuti chiameranno "buona compliance" o ad un rifiuto che i farmacoterapeuti chiameranno "resistenza" sanzionandola come un atteggiamento negativo e autodistruttivo che potrà condurre ad un trattamento sanitario obbligatorio.

La *manipolazione* si verifica quando il clinico utilizza *sistemi emotivi esistenti nel paziente per ottenere atteggiamenti favorevoli verso la situazione di trattamento o per rimuovere tendenze ad ostacolare* (Bibring,¹⁹⁵⁴ pp. 750-51). Si possono così creare situazioni paradossali. Ad esempio in un paziente depresso, un cambiamento sintomatico, positivo su un piano descrittivo-fenomenico, può trasformarsi in una reazione terapeutica negativa inespressa, che conferma la difettosità e l'indegnità.

L'*interpretazione errata* in psicofarmacoterapia nasce da un errore epistemologico di base insito nella psicofarmacologia clinica. Essa infatti applica varie nozioni provenienti dai vari campi delle neuroscienze al campo clinico.

L'errore nasce dal fatto che ancora non è definitivamente dimostrata una farmacoterapia fondata sulla correlazione tra farmaco e "markers" biologici, a loro volta correlati con i sintomi; pertanto è dal dialogo col paziente che il farmacoterapeuta trae gli elementi di valutazione che lo portano a scegliere di prescrivere un farmaco piuttosto che un altro motivandolo con argomentazioni estranee ai vissuti emergenti dall'incontro dialogico.

Se siamo convinti che nella clinica psico(pato)logica umana la relazione dialogica paziente-terapeuta sia fondamento della clinica, qualsiasi intervento, sia sul piano formale sia sul piano del contenuto, si discostasse dalla forma e dal contenuto del dialogo tra i due o più soggetti in interazione nel campo clinico, assumerebbe di per sé un carattere di suggestione, manipolazione, inganno con inevitabili conseguenze iatrogene.

Naturalmente tutto ciò vale non solo per gli interventi farmacologici ma anche per quelli psicologici.

La clinica psicoanalitica ci insegna come fraintendimenti e malintesi, soprattutto nelle relazioni altamente significative, quasi sempre svolgono la funzione di matrice rispetto all'organizzazione dei sintomi e al loro aggravamento. Gli psicofarmacopsicoterapeuti o *farmacoterapeuti psicodinamici* assumono su di loro il difficilissimo compito di realizzare un rapporto *bimodale* inerente alla doppia funzione (Docherty et al.)¹⁹⁷⁷ perché contemporaneamente sono costretti a prendere in esame un sistema nervoso presunto alterato e la persona che partecipa all'intervento terapeutico.

Il farmaco quindi viene inserito in un contesto relazionale dialogico, motivato come un aiuto aggiuntivo rispetto al progetto terapeutico fondamentalmente psicologico, attraverso un approccio dinamicamente equilibrato, in cui il piano empatico-soggettivo integra in modo creativo il piano medico-oggettivo, tenendo sempre presenti i movimenti psicodinamici del paziente, del terapeuta e della coppia terapeutica nel suo insieme ed eventuali interferenze esterne. Si giunge così a concettualizzare il momento prescrittivo come *pre-*

scrizione partecipata (Gutheil)¹⁹⁸² o *alleanza terapeutica*. Si incoraggeranno i tentativi del paziente di correlare in modo più preciso i rapporti tra condizione sintomatica e bisogno del farmaco e suo dosaggio accettando la sua personale gestione del farmaco quando ne dimostra la capacità.

La “non-compliance” sarà interpretata nei suoi aspetti di dinamica transfert/resistenza. Sia che l’introduzione del farmaco venga concepita come un parametro nel senso di Eissler,^(1953,58) sia che venga concepita come *sostituti impiegati da coloro che non possono aspettare* (Bion),¹⁹⁶⁸ certamente segnala un fatto inequivocabile di cui la coppia al lavoro psicoanalitico e/o psicoterapeutico ad indirizzo analitico deve essere pienamente consapevole e responsabile: l’impossibilità o l’incapacità di far fronte alla situazione clinica con l’uso esclusivo del comprendere e del parlare psicoanalitici.

Questa impossibilità o incapacità potrà essere temporanea e/o definitiva; in ogni caso dovrà continuamente essere rielaborata nella dinamica transfert/controllotransfert se non si vorrà creare un’area di collusione iatrogena. Ciò indipendentemente dal fatto che il farmaco-parametro verrà sospeso o rimarrà definitivamente un elemento cui è affidata la cura. Quando prescrivo un farmaco nell’ambito di una psicoterapia analitica devo sempre considerare persino il fatto che il paziente si dispone ad assumerlo anche per me, *al posto mio*, cioè rispetto a zone cieche del *mio paziente* messo nel *paziente reale*.

L’esigenza di portare l’analisi a questi livelli, che possono apparire provocatoriamente estremi, si pone non solo nel caso che il farmaco venga prescritto dallo stesso psicoterapeuta ma anche nel caso in cui si crei il cosiddetto *triangolo terapeutico*.

In quest’ultima situazione, infatti i problemi non sono aprioristicamente più semplici come potrebbe sembrare, dato che è la pratica più diffusa. Al contrario potrebbero crearsi dei complessi problemi, legati alla inevitabile divisione del transfert, difficilmente risolvibili e che, comunque richiedono una collaborazione aperta, fiduciosa e autentica tra i due curanti. Bisogna tener presente che se includiamo

il farmaco tra gli oggetti di transfert, comunque interpretati secondo i soliti modelli psicoanalitici (oggetto autistico, fusionale, transizionale, oggetto-sé) in taluni pazienti il transfert verso il farmaco potrà essere molto più potente di quello verso lo psicoanalista. In sostanza uno *psicofarmacopsicoterapeuta* o uno psicoterapeuta/psicoanalista in collaborazione con un "farmacoterapeuta psicodinamico" sono chiamati a realizzare invece una integrazione ottimale di farmacoterapia e psicoterapia che secondo vari autori (cfr. in particolare, Karasu T.B.)¹⁹⁸² rappresenta l'approccio terapeutico migliore in quelle situazioni cliniche caratterizzate contemporaneamente da un disturbo di "stato" (tutti gli stati psicotici, la depressione e l'ansia generalizzata) dove gli psicofarmaci sarebbero più efficaci, e da un disturbo di "tratto" (nevrosi, disturbi del carattere e della personalità) dove sarebbe più efficace la psicoanalisi (Extein I., e Bowers M.B. Jr.)¹⁹⁷⁹

La distinzione tra *tratto* e *stato* seppure discutibile e insoddisfacente sul piano teorico-clinico ha un certo valore empirico-pratico; fanno eccezione quelle situazioni in cui c'è un rapido passaggio da un disturbo di *tratto* (come ad esempio ansia o un disturbo di deficit dell'attenzione) ad uno di *stato* (depressione grave, condotta impulsiva con agiti spesso imprevedibili, stati confusionali acuti). Spesso in tali situazioni cliniche *tratto* e *stato* sono così paradossalmente interconnessi da rafforzarsi reciprocamente e rendere difficile una fine discriminazione clinica capace di indicare il trattamento più adeguato.

A proposito di psicosi schizofrenica, Grotstein^(1977a,b,83) cercando di differenziare i vari aspetti del soggetto schizofrenico distingue una componente *psicosi* (nel senso di *stato* di malattia psichiatrica caratterizzata da deliri, allucinazioni, agitazione psicomotoria, afinalismo della condotta) da una componente *schizofrenia* intesa come *tratto* di personalità caratterizzato da gravi scissioni e frammentazioni dell'Io.

L'autore conclude per la necessità di trattare con psicofarmaci la componente *psicosi* intesa come una sorta di malattia psicosomatica del cervello non risolvibile con la parola psicoanalitica, mentre la

componente *schizofrenia* troverebbe nel lavoro di rielaborazione psicoanalitica e nell'esperienza di rispecchiamento e condivisione intersoggettivi propri della relazione psicoanalitica la possibilità di trasformazioni simbolico-relazionali più adeguate ai bisogni vitali del paziente.

Una buona psicoterapia integrata con una buona farmacoterapia beta-modulante rappresenterebbero sul piano terapeutico un approccio ottimale nel trattamento della schizofrenia, specialmente se attuato il più precocemente possibile rispetto ai primi segnali sintomatici che di solito precedono la loro esplosione nel senso psichiatrico (Freni S., Ferrari R.)¹⁹⁸⁸

Alcuni esempi di interrelazione tra terapia psicofarmacologia e terapia psicoanalitica tratti dalla Letteratura

Thomä e Kächele⁽¹⁹⁸⁸⁾ riferiscono di un paziente (Friedrich Y., p. 86 sg., p. 525 seg.) che inizia l'analisi dopo venti anni dall'esordio di un disturbo depressivo ricorrente trattato prima con antidepressivi e poi con litio.

Il trattamento farmacologico viene interrotto dopo un anno e mezzo di analisi con l'accordo consensuale dello psichiatra curante. Rispetto alla dinamica transferale e controtransferale, in questo caso il litio aveva svolto la funzione di "freno interno" quale sostituto di una madre repressiva. Gli autori sostengono:

Per comprendere la dinamica, del caso si devono considerare, come ulteriori fattori, gli effetti a lungo termine sulla personalità dell'assunzione di litio, finora scarsamente studiati (Ruger,^{1976,1986} Danckwardt,¹⁹⁷⁸ Schou)¹⁹⁸⁶ Un farmaco psicotropo ha inevitabilmente anche un effetto psicomotivo. Per questo paziente, il litio divenne l'emblema della proibizione materna. Egli era crollato dopo una fase ipomaniacale tipica dell'adolescenza, che era stata per lui un'esperienza sovraccaricante, e la terapia farmacologica era stata lo scudo protettivo infallibile. Quindi tecnicamente era importante che analista e paziente non si ponessero come obiettivo primario la riduzione del litio, ma l'elaborazione della problematica paterna, che era indirettamente all'origine dei disturbi del paziente sul lavoro (p. 91).

In un altro caso, una donna (Linda X) con una marcata dipendenza da benzodiazepine e tendenze suicidarie, gli autori scrivono:

Quanto alla prescrizione di psicofarmaci, venne raggiunto l'accordo che se ne sarebbe incaricato l'analista. In questo caso una tale decisione si è rivelata valida. È stato possibile risolvere in maniera costruttiva le complicazioni insorte nel transfert e nel controtransfert (Thomä e Kächele, ¹⁹⁸⁸ p. 132).

Invece, nel caso del paziente Christian Y., che presentava un grave stato di angoscia con somatizzazioni cardiache (gravi attacchi di tachicardia) per cui fu ricoverato per circa un anno e mezzo, gli autori dichiarano che si può sostenere

“a posteriori che l'analista curante si era sbagliato nel valutare la gravità della malattia ... l'analisi era iniziata circa venti anni fa, e la tecnica di allora aveva prodotto errori che ebbero conseguenze negative ... Al paziente fu troppo tempestivamente raccomandato di ridurre o eliminare i farmaci. Una migliore cooperazione con i medici curanti avrebbe potuto contribuire all'aumento della sicurezza del paziente e alla diminuzione del numero di ricadute, che provocavano un ulteriore abbassamento della sicurezza di sé e la predisposizione all'ansia”. (1988, p. 452).

Durante il ricovero Christian Y. era seguito intensivamente da tre medici perché

“era difficile controllare con i betabloccanti l'entità dei suoi attacchi di tachicardia ... il paziente - in seguito alla terapia psicoanalitica - aveva un atteggiamento ambivalente verso il trattamento farmacologico; sembrava che si fosse identificato con l'opinione apertamente espressa dall'analista che, se possibile, doveva farcela senza farmaci. Ma nello stesso tempo la fiducia nelle medicine rappresentava quell'aiuto diretto che non riceveva dall'analista”. (1988, p. 453).

Zapparoli. ^(1974,1979,1985,1992) certamente tra i primi psicoanalisti, in Italia, aperti alla necessità di una integrazione fra trattamento psicoanalitico e trattamento psicofarmacologico, ha sviluppato un modello di cooperazione tra psicoanalista, farmacoterapeuta e assistenza socio-riabilitativa nella cura degli stati psicotici molto creativo ed efficace. Ho avuto modo di apprezzare personalmente il valore di tale modello nel corso di due anni di studio trascorsi presso il Centro di

Psicologia Clinica da lui diretto. Il modello è essenzialmente basato sul riconoscimento puntuale del bisogno emergente nel paziente psicotico nel corso della relazione e sulla pronta risposta del terapeuta in termini reali. Ciò vuol dire qualche volta con la concreta iniziativa di provvedere ad una terapia farmacologica, ad un ricovero, ad un'assistenza domiciliare concordata e integrata con le figure professionali chiamate a partecipare al programma terapeutico.

Il paziente psicotico schiacciato dal dilemma "bisogno-paura", secondo Zapparoli,⁽¹⁹⁹²⁾ chiede di essere aiutato a sottrarsi alla "dittatura dei bisogni". Nel suo ultimo libro⁽¹⁹⁹²⁾ sono esposti una serie di esempi clinici molto illuminanti anche se rimane il dubbio che le soluzioni trovate dall'autore siano l'espressione della sua particolare abilità nell'interagire con il soggetto psicotico, piuttosto che modalità facilmente praticabili da un terapeuta mediamente preparato. Così i casi di Elisa, Filippo, Luigi e di tanti altri descritti dall'autore mi appaiono assai dimostrativi della sua capacità di cogliere la paradossalità della comunicazione del soggetto psicotico e trasformarla in senso positivo.

Le sue argomentazioni risultano molto convincenti rispetto al fatto che non si possano trattare i pazienti psicotici gravi avvalendosi dei modelli validi per i pazienti nevrotici e «alla necessità di impostare i nostri interventi sulle caratteristiche e i bisogni del paziente e non secondo un criterio "ideologico" personale; ad esempio quello per cui qualsiasi tentativo emancipativo è positivo» (1992, p. 78).

La disponibilità a trattare pazienti psicotici richiede quindi delle particolari attitudini, esperienza, creatività coraggio sperimentale e un training professionale specifico.

Alcune di queste cose si possono imparare, altre sono strettamente ed enigmaticamente legate alla personalità del terapeuta e alla sua capacità di ascoltare e agire a livelli molteplici di realtà psichica.

In tal senso egli deve essere ben consapevole del fatto che:

sia la farmacoterapia, sia la psicoterapia, si trovano, malgrado partano da premesse differenti, di fronte alla medesima realtà clinica: la resistenza che lo psicotico manifesta nei confronti dei loro interventi, che è sostanzialmente una resistenza a ogni sorta di cambiamento.

Lo psicotico cioè tradisce le aspettative del terapeuta, e il tradimento riguarda non solo le convinzioni teoriche, la certezza di poterlo capire e le aspettative di una sua modificazione, ma anche la pretesa di essere semplici spettatori partecipi; infatti il paziente psicotico non permette agli operatori di mantenere una posizione passiva, ma li coinvolge determinando degli agiti come risposta spesso inevitabile alla sua "stimolazione" (1992, p. 13).

Felix Loeb e Loretta Loeb⁽¹⁹⁸⁷⁾ riferiscono di sette pazienti maniaco-depressivi in trattamento psicoanalitico e/o psicoterapeutico ad indirizzo psicoanalitico contemporaneamente ad una farmacoterapia a base di litio. Essi ipotizzano sulla base del modello strutturale di Freud, che il disturbo psicologico primario nella malattia maniaco-depressiva per lo più, inconscio, consista in un incremento delle pulsioni sessuali falliche, biologicamente determinato; tale incremento è contrastato dal litio. Secondariamente, il paziente maniaco-depressivo utilizza i comuni meccanismi di difesa nevrotici per modificare i suoi processi di pensiero; impiega i suoi atti motori verbali e non verbali nello sforzo di appagare nella realtà i suoi bisogni fallici così incrementati, infine cerca di gratificare in fantasia i suoi bisogni fallici attraverso la distorsione della sua rappresentazione psichica della realtà (rappresentazione di cosa).

Gli autori concludono che la psicoanalisi non riduce la frequenza o l'intensità dei periodici episodi maniaco-depressivi caratterizzati dalla intensificazione di desideri sessuali fallici, ma essa rende i pazienti più consapevoli dei loro sottostanti impulsi inconsci e delle loro difese contro di essi.

Ciò li rende più capaci di prevenire franchi attacchi maniacali attraverso un uso più consapevole e responsabile del litio.

Harold Wylie e Mavis Wylie⁽¹⁹⁸⁷⁾ riportano un caso di una donna di 30 anni con una forma di depressione atipica che nel corso del trattamento psicoanalitico sembrava irrimediabilmente bloccata e inca-

pace di sviluppare un transfert analizzabile. L'analista le prescrive dopo 18 mesi di analisi un farmaco imao (fenelzina) fino a 45 mg al giorno. La paziente presentò un notevole miglioramento e poté proseguire l'analisi in modo soddisfacente.

Il farmaco venne sospeso dopo 10 mesi dalla prescrizione.

Esiti terapeutici; il problema dell'interpretazione e verifica

Voglio evitare di appesantire ulteriormente e inutilmente questo scritto citando altri casi pubblicati o miei personali. Preferisco invece soffermarmi brevemente su alcuni aspetti relativi ai risultati terapeutici, alle loro interpretazioni e al problema della loro verifica.

È qui indispensabile una premessa fondamentale: esiste tra psicofarmacologia e psicoanalisi un divario forse incolmabile nel modo di intendere i risultati terapeutici.

La prima è infatti attenta soltanto alla scomparsa dei sintomi manifesti come criterio di valutazione e utilizza criteri del modello medico-biologico come giustificazione. La seconda, conformemente al suo metodo che si occupa del corpo come immagine del corpo, vissuto del corpo, non può rinunciare a criteri di valutazione soggettivi e specifici di ciascuna coppia terapeutica.

È tuttavia innegabile che i casi qui riferiti e una serie di studi di meta-analisi delle casistiche riportate in letteratura relative a vari trattamenti con psicoterapia analitica più o meno associata a farmaci portano alle seguenti considerazioni:

- 1) nei casi caratterizzati da disturbi di "tratto" la farmacoterapia è inutile mentre la psicoanalisi è più appropriata;
- 2) nei casi caratterizzati da disturbi di "stato" la psicoanalisi, in quanto a risultati terapeutici, è inefficace anche se preziosa a livello di comprensione e di qualità relazionali, mentre la farmacoterapia risulta più efficace;
- 3) nei casi in cui convivano disturbi di *tratto* e disturbi di *stato*, che costituiscono la maggioranza dei problemi clinico-psicopatologi-

ci, il trattamento combinato (farmacoterapia-psicoterapia-rimedi educativi e socio-assistenziali-riabilitativi) risulta essere il più efficace con il vantaggio di un uso più appropriato e minimale del farmaco;

- 4) L'opportunità che il farmaco venga prescritto dallo stesso analista (qualora avesse competenze farmacologiche) come sostiene Ostow e altri o piuttosto da un farmacoterapeuta costituendo così un "triangolo terapeutico", allo stato attuale delle conoscenze, è discutibile perché sia l'una che l'altra formula presentano vantaggi e svantaggi. Pertanto una posizione nomotetica e nomopragmatica appare infondata scientificamente e aprioristicamente ideologica. Forse il criterio "caso per caso" andrà meglio chiarito e approfondito.

È evidente che "una seria considerazione delle malattie somatiche, invece della loro psicologizzazione in un irrealistico pansichismo, e l'elaborazione psicoanalitica delle loro teorie soggettive del paziente sulle malattie danno un ampio campo d'azione al metodo psicoanalitico. Partendo da come si sente il paziente e dalla sua immagine corporea, per quel che riguarda l'assistenza alle malattie somatiche, l'analista può andare ben oltre quanto permetta una falsa comprensione del principio di astinenza e di neutralità. Molto frequentemente, durante il trattamento di gravi disturbi d'ansia, di casi borderline e psicotici, l'analista deve confrontarsi con il problema della prescrizione di psicofarmaci. Anche gli analisti esperti in farmacoterapia esitano a prescrivere un betabloccante o un preparato benzodiazepinico a un nevrotico ansioso.

Nel timore che una prescrizione possa influenzare il transfert in modo non analizzabile, non si considera che anche il rifiuto di tale prescrizione potrebbe avere sfavorevoli e persistenti effetti collaterali. Soprattutto nei pazienti che presentano processi di scissione, la suddivisione delle funzioni mediche tra diverse persone comporta problemi supplementari. (Thomä e Kächele,¹⁹⁸⁸ p. 516).

Anche nell'interpretazione del farmaco spesso si registrano i soliti stereotipi presenti in letteratura psicoanalitica. Così i cosiddetti freudiani ortodossi parleranno di economia della libido, quantità di energia, di investimenti pulsionali (cfr. ad es. Ostow), i winnicottiani

parleranno di oggetti transizionali, i kohutiani di “oggetto-sé”; Kohut, ad esempio nella nota 19 del capitolo secondo del suo libro *La cura psicoanalitica*⁽¹⁹⁸⁴⁾ spiega così l'efficacia della terapia psicofarmacologica nell'agorafobia:

Parallelamente, vorrei ricordare che l'efficacia della psicofarmacologia dell'agorafobia, e in particolare l'uso di triciclici, può ben essere spiegata psicologicamente nel quadro concettuale della psicologia del Sé, che considera come malattia centrale la mancanza di strutture idealizzate tranquillizzanti, in grado di placare l'angoscia.

Questi farmaci, come l'accompagnatrice, prendono il posto dei precursori della struttura psicologica, cioè dell'oggetto-Sé arcaico idealizzato, con la cui calma e forza il Sé può fondersi. Ma poiché in nessuna di queste due strategie vengono attivati i processi di elaborazione, non si formano strutture con effetto calmante e persiste la dipendenza, simile a una “dedizione”, dal farmaco o dall'accompagnatrice (p. 274).

Si forza così il materiale clinico e l'interpretazione del farmaco ad aderire al modello metapsicologico preferito dall'autore.

Il problema è che l'impostazione tradizionale dei resoconti clinici basati su *vignette* e brevi ricostruzioni sono fondamentalmente insufficienti.

È necessario un impianto metodologico basato su una rigorosa correlazione tra processo terapeutico ed esito in grado di formalizzare ipotesi interpretative predittive confutabili da ipotesi avverse.

La verifica delle ipotesi è un campo che solo da poco tempo si è aperto alla ricerca psicoanalitica e promette entusiasmanti possibilità esplicative atte a discriminare la specificità della terapia psicoanalitica rispetto ad altre terapie.

Altrimenti sarà difficile contestare il verdetto “uccello Dodo” che in *Alice nel paese delle meraviglie* dice: «tutti hanno vinto e tutti devono avere un premio». Questa citazione cara a Rosenzweig, a Luborsky e ad altri ricercatori suona come un monito alla psicoanalisi che si affaccia al terzo millennio.

Infatti, è necessario chiedersi se allora sarà ancora possibile, di fronte alla scarsità di dati e casistiche adeguati a dare prove della efficacia della terapia psicoanalitica, accontentarsi come sembra fare Freud⁽¹⁹³⁸⁾ quando dice «ma almeno quasi sempre riusciamo a comprendere perché non abbiamo vinto» (p. 609).

Si introduce così un argomento *post hoc ergo propter hoc* difficilmente sostenibile e credibile.

Bisogna che gli analisti abbiano il coraggio di pubblicare le loro casistiche motivando correlativamente processo ed esito. È necessario rispondere in modo esplicito e condivisibile da tutta la comunità scientifica, non solo quella psicoanalitica, a domande del tipo: riteniamo riuscita un'analisi che finisce senza risoluzione dei sintomi? È accettabile rispondere che l'analisi non è terapia ma conoscenza?

Edoardo Weiss,⁽¹⁹⁶⁴⁾ citato da Klein e Liebowitz,⁽¹⁹⁸³⁾ aveva osservato che la prognosi nell'agorafobia spesso era sfavorevole; alcuni pazienti erano stati analizzati fino a 10 o 15 anni con poco o nessun miglioramento.

Weinstock,⁽¹⁹⁵⁹⁾ ha riportato dati catamnestici su di un gruppo misto di 46 pazienti fobici che avevano completato la psicoanalisi, trovando che solo 6 (13%) erano liberi da sintomi.

L'orientamento di ricerca attuale, tuttavia, ritiene insufficiente la presentazione di tali casistiche. È necessario pensare a protocolli di ricerca che diano la possibilità di comprendere esattamente le procedure diagnostiche, i modelli interpretativi utilizzati, gli elementi caratterizzanti il processo terapeutico e criteri di valutazione dei risultati. Oppure bisognerebbe pubblicare "casi singoli" descritti per esteso e motivando i singoli passaggi con riferimenti modellistici chiari e ben documentati.

Conclusioni

Più che di conclusioni sarebbe opportuno qui parlare di aperture. Infatti credo che la psicoanalisi, in futuro, potrà esprimere pienamente le sue potenzialità ed entrare a pieno titolo e autorevolmente nel-

l'ambito della medicina e delle scienze umane, se riuscirà a far comprendere le sue ragioni attraverso una coraggiosa apertura alla collaborazione e alla ricerca interdisciplinare superando la storica chiusura giustificabile nei tempi pionieristici come difesa dall'inquietante novità che proponeva: la dimostrazione scientifica della dinamica dell'inconscio e la sua incidenza nell'ambito della psicopatogenesi e della terapia.

Ormai in ambito psichiatrico (almeno nelle grandi città) operano circa il 25% di professionisti che hanno una formazione psicoanalitica (sia pure di varie scuole).

In vari settori della medicina specialistica sono apprezzate e richieste a psicoanalisti consulenze e collaborazioni di ricerca. Essi sono rispettati come esperti nel campo della cosiddetta medicina psicosomatica, nella assistenza ai malati cronici e terminali, nel campo di trapianti e donazioni di organi, nell'addestramento del personale sanitario a comprendere le dinamiche relazionali coi pazienti e tra gli operatori.

Nel campo della psicofarmacoterapia, specialmente nei pazienti seguiti in psicoterapia o in psicoanalisi, la psicoanalisi ha la possibilità storica di portare il suo contributo di comprensione rispetto alla psicodinamica del rapporto terapeuta-paziente-farmaco, restituendo umanità e maggiore precisione nell'uso del farmaco, opponendosi ad una psicofarmacologia che appare spesso rozza e bugiarda rispetto ai bisogni soggettivi del paziente.

Senza rinunciare al suo metodo, deve però contestualizzarlo rispetto alle diverse realtà in cui è chiamata a collaborare.

Perché ciò si realizzi è indispensabile aprirsi a modelli di ricerca diversi da quelli praticati all'interno della stanza di analisi e che rispondano ai criteri minimali richiesti oggi nell'ambito dei vari settori della ricerca.

Come in tutte le attività rivolte alla cura, dovremmo evitare gli inganni delle adesioni eccessivamente dogmatiche ai modelli teorici che più ci piacciono e mantenere il principio guida di aiutare le per-

sone che si rivolgono a noi, *arrangiarsi alla meno peggio per fare il meglio di un brutto lavoro* (secondo i suggerimenti di Bion) e per fornire caso per caso il migliore dei trattamenti possibili, come vorremmo per noi e per i nostri famigliari.

Bibliografia

- BIBRING E. (1954), *Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies* in: J.A.P., II, pp. 745-70.
- BION W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, ed. it. Armando, Roma, 1972.
- BION W.R. (1968), *Cogitations*, Karnac Books Londra 1992.
- DEL CORNO F., LANG M., TAIDELLI G., (1986a), *Il medico, il paziente e le loro medicine: psicologia dei farmaci*, Franco Angeli, Milano.
- DEL CORNO F., LANG M., TAIDELLI G. (1986b), *La terapia combinata in psichiatria*, Franco Angeli, Milano.
- DOCHERTY J.P., MARDER S.R., VAN KAMMEN. D.P. et al. (1977), *Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues*, in: Am. J Psychiatry 134, pp. 529-33.
- EDELMAN G.M.(1992), BRIGHT AIM, BRILLIANT FIRE, *On the matter of the Mind*. trad. it. *Sulla materia della Mente*, Adelphi edizioni, Milano 1993.
- EISSLER. K.R. (1953), *The effect of the structures of the Ego on psychoanalytic technique*, in: Am. Psychoanal Assn, 1, pp. 104-43; trad. it. *L'effetto della struttura dell'Io Sulla tecnica psicoanalitica in Setting e Processo Psicoanalitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- EISSLER. K.R. (1958), *Remarks on some variation in psychoanalytical technique*, in: Int J Psychoanal 39, trad. it. *Osservazioni su alcune variazioni nella tecnica psicoanalitica in Setting e Processo Psicoanalitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- EXTEIN I., BOWERS M.B.jr. (1979), *State and trait in psychiatric practice*, in Am J Psychiatry, 136, pp. 690-93.
- FRENIS.,GIORDANO P., LA BARBERA D. (1987), *Psicofarmacopsicoterapia: indicazioni cliniche*, in Psichiatria e Medicina, 1, 3, 7, p. 10.
- FRENIS. BASILE R., BRAMBILLAS., BUCCIO M., LINGIARDI V., MELORIO T. (1988), *Implicazioni psicoterapeutiche in psicofarmacologia clinica*, in: Psicoterapia e Scienze Umane, 4, pp. 106-20.
- FRENIS., FERRARI R., (1988), *L'integrazione psicoterapia-psicofarmacoterapia: una necessaria "utopia" per la cura delle psicosi schizofreniche*, relazione al IX Symposium Internazionale sulla Psicoterapia della Schizofrenia, Torino, 1988.
- FREUD S. (1915-17), *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti*. Opere di Sigmund Freud vol. 8, Boringhieri, Torino 1976.
- FREUD S. (1937), *Analisi terminabile interminabile*, in OSF 1930-38, vol. 11, Boringhieri, Torino 1979.
- FREUD S. (1938), *Compendio di psicoanalisi*, in OSF 1930-38, vol. 11, Boringhieri, Torino 1979.
- GABBARD G. O. (1990), *Psychiatry Clinical Practice*, American Psy Press; Trad. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1992.
- GROISTEIN J. S. (1977a), *The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma*, in: Int J

- Psycho-Anal, 58, pp. 403-25.
- GROISTEIN J. S. (1977b), *The psychoanalytic concept of schizophrenia, II; reconciliation*, in Int J Psycho-Anal, 58, pp. 427-52.
- GROISTEIN J. S. (1983), *Deciphering the schizophrenic experience*, in: Psychoanal Inquiry, III, 1, pp. 37-69.
- GUTHEIL T. G. (1977), *Improving Patient Compliance: Psychodynamics in Drug Prescribing*, in Drug Ther VII, 7.
- GUTHEIL T. G. (1982), *The psychology of psychopharmacology*, in, Bulletin of Menninger Clinic XLVI, 4, pp. 321-30.
- KARASU T. B. (1982), *Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model* in Am J Psychiatry, 139, pp. 1102-13
- KLEIN D. F., LIEBOWITZ M. R. (1983), *Psychotherapeutic Attitudes in the Drug Treatment of Anxiety and Phobic Reactions*, in M.H. Greenhill, A. Gralnick (a cura di), *Psychopharmacology and Psychotherapy*, cap. 10, The Free Press, New York.
- KOHUT H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, The University of Chicago Press; trad. it. *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1986.
- LEVIN FRED M. (1991), *Mapping the mind: the Intersection of psychoanalysis and neuroscience*, The Analytic Press, Hillsdale, N. Y.
- LIPTON MA. (1983), *Editorial: a letter from Anna Freud*, in «Am J Psychiatry, 140, pp. 1583-84.
- LOEB F.F.jr., LOEB L.R. (1987), *Psychoanalytic observations on the effect of Lithium on manic attacks*, in J Psychoanal Ass 35, pp. 877- 902.
- MODELLA (1990), *Other Times, Other Realities: Towards a theory of Psychoanalytic Treatment*, Harvard University Press Cambridge, Mass.
- NEVINS B. D. (1990), *Psychoanalytic Perspectives on the use of medication for mental illness*, in M. Schachter (a cura di), *Psychotherapy and medication: a dynamic integration*, cap. 15, pp. 239-54, Jason Aranson Inc., N. Y. 1993.
- OSTOW M. (1962), *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, Books, New York.
- OSTOW M. (1967), *The Syndromes of narcissistic tranquillity*, in: Int. J. Psycho-Anal 48, pp. 573-83.
- OSTOW M. (1979), *The Psychodynamic Approach of Psychiatry Drug therapy*, Psychoanalytic Research and Development Fund.
- OSTOW M. (1987), *How does psychiatric drug therapy work?*, in M. Schachter, *Psychotherapy and Medication: a dynamic integration*, Jason Aranson Inc, N. Y. 1993, p. 121.
- OSTOW M. (1987), *Comments on the Pathogenesis of the Borderline Disorder*, in M. Schachter, *Psychotherapy and Medication: a dynamic integration*, Jason Aranson Inc., p. 135.
- OSTOW M. (1990), *On Beginning with Patients who Require Medication*, in M. Schachter, *Psychotherapy and Medication: a dynamic integration*, Jason Aranson Inc., 1993, p. 161.
- PLATONE Carmide, in *Opere Complete*, Biblioteca Universale Laterza, 3a edizione, vol. 4, Editori Laterza, 1992, pp. 113-43.
- ROSENFELD H. (1974), *Notes sur le traitement psychanalytique des états psychotiques*, in *Traitements a long course des états psychotiques*, Privat, Toulouse.
- ROSENFELD H. (1987), *Impasse and Interpretation*, Tavistock Publications, London; trad. it. *Comunicazione e Interpretazione*, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

- SARWER-FONER G.J. (1962), *The Dynamics of Psychiatric Drugs Therapy*. Springfield, Ill.: Charles, C. Thomas.
- SARWER-FONER G.J. (1983), *An overview of Combined Psychopharmacology and Psychotherapy: Summing up and Critical Comments*, in M.H. Greenhill, A. Gralnick, *Psychopharmacology and Psychotherapy*, The Free Press, New York, p. 165.
- THOMAS H., KACHELE H. (1988), *Leribuch der Psychoanalytischen Therapie*, 2 Praxis, trad. it. *Trattato di terapia psicoanalitica 2: Pratica Clinica* Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- TOURNEY G. (1978), *Introduction: psychopharmacology and psychotherapy*, in N. Rosenzweig, H. Grison, *Psychopharmacology and Psychotherapy Synthesis or Antithesis?*, Human Sciences Press, New York, pp. 17-37.
- WEINSTOCK H. (1959), *Phobias and Their Vicissitudes*, in *J Amer Psychoanal Ass*, 7 pp. 182-92.
- WEISS E. (1964), *Agoraphobia in the light of Ego psychology*, Grune e Stratton, New York, p. 64.
- WYLIE H.W., WYLIE M.L. (1987), *An effect of Pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis*, in: *Am J Psychiatry*, 144, pp. 489 - 92
- ZAPPAROLI G.C. (1974), *La farmacoresistenza come tossicofobia. Un contributo alla psicoterapia delle psicosi*, in R. Rossi, R. Speciale Bagliacca, *Dalla parte di Freud*, Etas Kompass, Milano.
- ZAPPAROLI G.C. (1979), *La paura e la noia. Contributo alla psicoterapia analitica delle psicosi*, Il Saggiatore, Milano.
- ZAPPAROLI G.C. (1985), *La psichiatria oggi: proposta di un modello integrato di intervento terapeutico*, Edizioni Stimmgraf, Verona, edito nel A 1988 da Bollati Boringhieri, Torino.
- ZAPPAROLI G.C. (1992) *Paranoia e tradimento*, Bollati Boringhieri, Torino.

Salvatore Freni •

PSICOFARMACOPsicOTERAPIA

Prospettiva postmoderna per una prassi psichiatrica integrata

Chedimedia Editore

S. Freni, A. Crico, M. Verga

Psicofarmacoterapia, psicoterapia, psicofarmacopsicoterapia: *aspetti teorico-clinici e strategie di ricerca*

Premessa

Questo contributo è la sintesi di due relazioni non pubblicate tenute da Salvatore Freni in occasione di due congressi e che trattavano essenzialmente lo stesso tema. La prima, dal titolo *Psicofarmacoterapia, Psicoterapia, Psicofarmacopsicoterapia*, presentata al VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Medica (SIPM) *Comorbidità depressione e malattie organiche*, Milano 1-3 marzo 1996; la seconda, dal titolo *Integrazione Psicoterapia-Psicofarmacoterapia: aspetti clinici e di ricerca*, presentata al XXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, sezione della Società Italiana di Psichiatria: *Psicoterapia e psicofarmaci*, Bari 25-26 maggio 1996.

Nel dibattito scientifico contemporaneo relativo alla opportunità utilità o necessità di associare, combinare, integrare il trattamento psicofarmacoterapeutico con quello psicoterapeutico (prescindendo per ora dal suo indirizzo teorico-clinico e tecnico) raramente si registrano posizioni di radicale opposizione quando si tratta di condizioni psicopatologiche caratterizzate da una sintomatologia manifestamente invalidante, indipendentemente dalla loro appartenenza ai tre fondamentali campi clinico-nosografici: nevrotico, borderline, psicotico.

.....
*Cattedra di Psicoterapia, Istituto di Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Milano -
Ospedale Maggiore di Milano, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS)*

Anche se appare impossibile, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, realizzare sul piano teorico l'integrazione tra conoscenze psicoanalitiche e conoscenze neurobiologiche data la dicotomia epistemologica per ora irriducibile relativa al rapporto psiche-soma, mente-cervello, è anche vero che quando ci spostiamo dal piano delle riflessioni teoriche a quello teorico-clinico e soprattutto clinico-pratico, la Clinica è chiamata a risolvere in qualche modo tale dicotomia per l'innegabile evidenza di un miglior risultato terapeutico derivante dall'associazione, combinazione, integrazione di trattamento psicofarmacologico e trattamento psicoterapeutico.

Oggi è quasi universalmente condivisa l'opinione secondo la quale l'associazione (meglio l'integrazione) psicoterapia-psicofarmacoterapia è il trattamento migliore per la cura degli stati psicopatologici clinicamente rilevanti.

È però necessario ricordare che tale consenso proviene da una sorta di *guerra dei 30 anni*, iniziata attorno agli anni '60, caratterizzata da un forte contrasto, per lo più basato su pregiudizi ideologici.

Tra i pionieri più noti della "lunga marcia" di avvicinamento tra psicoterapia e psicofarmacoterapia vanno ricordati sicuramente Sarwer-Foner^(1956,57,60) e Ostow.^(1962,67) Essi segnalavano subito la necessità di studiare e valorizzare le spettacolari trasformazioni psicodinamiche indotte dagli psicofarmaci (sia in termini di modificazioni dei meccanismi di difesa dell'Io sia in termini di ristrutturazione dell'omeostasi narcisistica) e la loro rilevanza nella relazione medico-paziente o, meglio, medico-paziente-psicofarmaco.

Un segnale forte di come oggi sia avvertita l'urgenza di approfondire gli studi dei rapporti di reciprocità tra psicofarmacoterapia e psicoterapia, a nostro avviso, si può anche cogliere dal fatto che nel corso degli ultimi anni sono aumentate in modo progressivamente crescente le pubblicazioni inerenti a tale tematica.

Probabilmente il consenso sulla opportunità di associare psicofarmacoterapia e psicoterapia è pressoché unanime, perché condizionato dalla necessità di rispondere ai vari bisogni dei pazienti, più

che da un autentico convincimento teorico-scientifico, empiricamente fondato, da parte dei professionisti della salute mentale.

Da alcuni anni, infatti, l'evidenza clinica e gli studi di follow-up prospettici e retrospettivi hanno dimostrato che, in psichiatria, tutte le attività di Cura sono fortemente esposte al fallimento allorché i dati clinici vengono forzati ad una ingannevole adesione dogmatica ai modelli teorici preferiti da ciascun professionista; le cose funzionano meglio quando, con duttilità flessibilità e creatività si riesce a mantenere (motivandolo) il principio guida di aiutare, caso per caso, i pazienti fornendo, di volta in volta, il miglior trattamento contestualmente praticabile, accogliendo il suggerimento di Bion di "arrangiarsi alla meno peggio per fare il meglio di un brutto lavoro". Tuttavia, quando ci accostiamo allo studio della integrazione di trattamenti diversi con criteri scientifici, incontriamo una moltitudine di difficoltà.

Così il concetto di integrazione tra farmacoterapia e psicoterapia rischia di scadere in un mero slogan, svuotato di tutto il suo valore cognitivo-affettivo legato alla grande complessità che esso comporta. Complessità che possiamo individuare a tutti i livelli implicati dall'esigenza di integrare psicoterapia, psicofarmacoterapia e altre attività finalizzate alla Cura dei disturbi psichici.

Schematicamente proponiamo di esaminare i seguenti livelli, allo scopo di individuare meglio i problemi relativi a ciascuno di essi nell'ambito più generale di tale complessità limitandoci al rapporto psicofarmacoterapia-psicoterapia (tab. I).

Livello teorico generale

Potremmo concludere la discussione di questo punto prima di aprirla per il semplice fatto che non disponiamo ancora di una concezione della mente universalmente condivisa. Se poi pretendessimo di differenziare mente, psiche, anima cadremmo inevitabilmente nell'ineffabile o, se si preferisce, nella Fede.

Malgrado gli straordinari progressi delle neuroscienze degli ulti-

Tabella 1: LIVELLI DI COMPLESSITÀ NELLO STUDIO DEL RAPPORTO PSICOFARMACOTERAPIA/PSIKOTERAPIA	
LIVELLI	
1 TEORICO GENERALE	dicotomia mente/cervello incompatibilità dei linguaggi relativi
2 TEORICO CLINICO	paradigma medico-biologico paradigma psicologico paradigma bio-psico-sociale
3 CLINICO PRATICO	associazione/integrazione compliance/non-compliance "rationale" del trattamento e sue conseguenze
4 DEI MODELLI DI RICERCA	modello per gruppi di confronto modello single-case modello naturalistico-longitudinale

mi anni, che, di fatto, rifondano la psichiatria biologica su una base di psicosomatica del cervello, istituendo una correlazione tra stimoli psico-comportamentali e modulazione plastica dei processi biodinamici del cervello (M. Biondi),¹⁹⁹⁵ la dicotomia mente-cervello è destinata a permanere almeno sul piano epistemologico. Come osserva A. Civica, nel suo *Saggio sul cervello e la mente*,⁽¹⁹⁹³⁾ siamo di fronte ad un dualismo epistemologico determinato da una differenza di linguaggi per ora insuperabile. Cioè il linguaggio e i relativi concetti con i quali ci riferiamo alle funzioni del cervello sono radicalmente diversi da quelli con i quali ci riferiamo a relazioni, sentimenti, pensieri.

Sembra che lo psicofarmaco, in quanto influenza processi neurochimici e comportamenti correlati, ci sfida a trovare una sorta di "super-linguaggio", in grado di unificare i due universi linguistici. Compito epistemologicamente impossibile e ampiamente esposto a gravi rischi di onnipotenza e onniscienza.

Appare invece più fruttuoso sviluppare una migliore delimitazione e definizione dei due livelli di discorso.

Si tratta di differenziare, in una dimensione di reciproco rispetto, il piano della psicofarmacologia-clinico-biologica affidata a rigorosi criteri di correlazione tra farmaco, modificazioni biodinamiche e

comportamenti descrivibili obiettivamente (presenza/assenza di uno specifico sintomo, comportamenti motori), in sostanza i criteri tradizionali della psicofarmacologia applicata all'animale di laboratorio, e il piano della psicologia della persona trattata con psicofarmacoterapia (Gutheil)¹⁹⁸² secondo i criteri derivati tradizionalmente dalla pratica psicoterapeutica e psicoanalitica in particolare [vissuto soggettivo del farmaco, sue capacità trasformative rispetto all'economia delle relazioni oggettuali interne/esterne, ai mutamenti dei meccanismi di difesa dell'Io, ai cambiamenti del pensiero lungo l'asse concreto/simbolico (o, se si preferisce, lungo l'asse β/α postulato da Bion) all'articolazione della dinamica oggettuale (oggetto-Sé nel

Tabella 2	
LINGUAGGIO DEL CERVELLO PARADIGMA MEDICO-BIOLOGICO	LINGUAGGIO DELLA MENTE PARADIGMA PSICOLOGICO
DISTURBI DA ATTACCHI DI PANICO (DAP)	DAP
Charney et al. (1982), il locus coeruleus è associato ad ansia e attacchi di panico. Sostanze che stimolano il L.C. provocano panico nei pazienti che soffrono di attacchi di paura. Farmaci efficaci nel DAP riducono l'attività L.C.	Pazienti che non mantengono una immagine mentale rassicurante del loro terapeuta durante una separazione di fine settimana o più prolungata possono sviluppare una reazione di panico. Una eccessiva iperattivazione del L.C. può corrispondere al vissuto soggettivo di terrore per la fantasia che il terapeuta sia morto. L'ascolto della voce del terapeuta per telefono riduce immediatamente il terrore.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (OCD)	OCD
Più diffuso in gemelli monozigoti. Più diffuso in pazienti con S. di Tourette. Risposta positiva a clorimipramina a psicotomia (Elkins et al. 1980, Lieberman 1984; Turner et al. 1985). Alla TAC minor volume del nucleo caudato (Luxemberg et al. 1988). Nessuna risposta a placebo (Mavissakalian et al. 1990).	OCD come formazione di compromesso, cioè espressione diretta di un desiderio vietato e difesa contro tale desiderio (Brenner, 1982). Posto in situazione relazionale diversa il paziente migliora (cfr. Caso di Mr A. in Gabbard 1994, pp.19-21). In uno studio comparativo tra OCD trattati con fluoxetina e OCD trattati con terapia comportamentale dopo 10 settimane entrambi i gruppi dimostravano significativa riduzione dell'attività del nucleo caudato destro (Baxter et al. 1992).

SCHIZOFRENIA	SCHIZOFRENIA
<p>Recenti dati neurobiologici (Weinberger nario D.R., Lipska B.K., 1995) attribuiscono ad una sconnessione della corteccia temporo-limbica prefrontale il danno biologico della schizofrenia, con il nucleo accumbens come luogo di convergenza di tali connessioni, chiamato a modulare. I nuovi farmaci antipsicotici, in particolare la clozapina, agirebbero in virtù di una capacità di modulazione della trascrizione genica all'interno dei neuroni, raggiungendo topograficamente le connessioni tra nucleo accumbens e corteccia prefrontale. Tali strutture sembrano scarsamente influenzate o non influenzate dai neurolettici tradizionali.</p>	<p>Il futuro schizofrenico è un bambino iperirritabile e ipersensibile esposto precocemente ad una iperstimolazione nella fase più precoce dello sviluppo; soffre di una marcata intolleranza alla frustrazione; non sopporta la separazione dall'oggetto materno cui è attaccato da un legame simbiotico; non riesce a dilazionare la soddisfazione dei propri desideri; presenta un grave deficit dei processi di simbolizzazione associato a difficoltà di apprendimento scolastico soprattutto nelle materie che richiedono capacità di astrazione; non riesce a partecipare ai giochi in modo spontaneo e creativo e vive immerso in un "reale" minaccioso, incomprensibile e persecutorio; le relazioni sentimentali e sessuali sono vissute come catastrofiche per la mancanza di una stabile e coerente identità e immagine di sé.</p>
<p>La sindrome negativa sarebbe scarsamente influenzata in quanto deficit cognitivo originario.</p>	<p>La terapia cognitiva o psicoanalitica che sappia valutare e differenziare il deficit biologico da quello psicoeducazionale crea possibilità alternative e contiene gli effetti del danno biologico (Grotstein, 1995).</p>

PARADIGMA BIO-PSICO-SOCIALE

Si postula, anche se non dimostrata in modo univoco, una relazione di reciprocità trasformativa tra funzionamenti neurodinamici, psicodinamici e sociodinamici; stimoli patogeni psicologici e ambientali (famiglia, gruppo, ecc.) arrivano i danni neurobiologici sottostanti. Una corretta psicoterapia (cognitivo comportamentale, supportivo-espressiva, psicoeducazionale) migliora lo stato biologico e migliora la compliance farmacologica. Una buona farmacoterapia migliora il funzionamento mentale rendendo i pazienti più accessibili alla psicoterapia. Il fenomeno del KINDLING può illuminare alcuni processi coinvolti nella stimolazione di meccanismi neuronali tramite fattori eziopatogenetici psicologico-ambientali. Glold et al. (1988a,b) sulla base del lavoro di Post (1982) hanno postulato che eventi molto dolorosi, quali separazioni o perdite precoci, possono sensibilizzare i siti recettoriali determinando una vulnerabilità per depressione ricorrente nella vita adulta.

senso di Kohut, oggetto transizionale nel senso di Winnicott, oggetto altro da Sé) la specificità o meno della sua azione rispetto al controllo delle pulsioni autodistruttive, alla tolleranza delle frustrazioni, e alla sua capacità di favorire o contrastare il piano terapeutico conscio/inconscio del paziente, basato sulle sue teorie conscie/incon-

sce della propria malattia (nel senso del modello teorico-clinico, empiricamente testato, di Weiss, Sampson⁽¹⁹⁸⁶⁾ ed il loro gruppo di ricerca del Mount Zion Hospital).

Tutto ciò ed eventualmente altro (ad esempio, la dinamica della famiglia e dell'èquipe terapeutica rispetto al farmaco e, più in generale, rispetto alla Cura nel suo complesso), rielaborato all'interno della relazione paziente-terapeuta. Secondo i principi psicodinamici ormai definitivamente acquisiti (anche se non applicati da tutti) nel patrimonio del sapere clinico-psicologico dei professionisti della salute mentale (alleanza terapeutica/transfert-controllotransfert/resistenza-insight/relazione reale/empatia).

Questo piano, che con Gabbard, pp. 131-39,⁽¹⁹⁹⁴⁾ definiamo *farmacoterapia psicodinamica*, assume in sé la contraddizione epistemologica di cui parlavamo prima, spostandola sul livello teorico-clinico e soprattutto clinico-pratico dove la possibile connessione di modelli esplicativi paralleli, neurobiologici e psicodinamici, appare agli occhi del clinico affascinante e fondamentale compatibile (sia pure nella grave carenza di adeguati ponti concettuali) e si presta nella pratica clinica della psichiatria contemporanea alla realizzazione di terapeutici integrati, più efficaci di ciascun trattamento isolatamente considerato. Nella tabella 2 sono riassunte, in *parallelo*, alcune esemplificazioni.

Così la responsabilità finale di gestire la contraddizione epistemologica (con tutto il peso delle sue conseguenze, non ultime quelle di ordine medico-legale) viene assunta dal clinico pratico, impegnato in un rapporto *bimodale* (Docherty et al.),¹⁹⁷⁷ inerente al doppio ruolo di colui che prescrive il farmaco e si assume la responsabilità di guidare un processo terapeutico confidando nella specificità della relazione che intrattiene con il paziente.

Tale terapeuta, di fatto, esercita una complessa funzione di psicofarmacopsicoterapia (Freni, Giordano, La Barbera).¹⁹⁸⁷

Come dice Gabbard, p. 138,⁽¹⁹⁹⁴⁾ "il paziente deve essere visto contemporaneamente come una persona disturbata e come un sistema

nervoso centrale malato. Dal primo punto di vista, il paziente necessita di un approccio empatico-soggettivo, dal secondo necessita di un modello d'approccio medico-oggettivo. Il terapeuta deve essere in grado di spostarsi dall'una all'altra di queste modalità con tatto rimanendo sempre in sintonia con l'effetto che il suo spostarsi ha sul paziente".

Livello teorico clinico

Stiamo forse descrivendo l'immagine di un clinico onnipotente, vittima di una concezione eclettica ingenua priva di alcun fondamento teorico e debole in rigore logico? E comunque la formazione di un tale terapeuta sarebbe di una complessità enorme perché richiederebbe un radicale cambiamento degli attuali programmi formativi sia in psicoterapia che in psicofarmacoterapia. Egli deve avere la consapevolezza estrema che nel momento in cui prescrive farmaci sta di fatto sospendendo la psicoterapia e sta introducendo un elemento estraneo alla procedura tradizionalmente standardizzata, rispetto a cui si configura un agito molto importante.

Come farà a discriminare se agisce sotto l'influenza di una propria incapacità o cecità teorico-tecnica o per una insopportabile pressione transferale/controtransferale? La soluzione più consigliata di affidare la cura del paziente a due terapeuti, farmacoterapeuta e psicoterapeuta, appare più rassicurante, ma non è certamente priva di difficoltà e complicazioni di vario genere; che grado e tipo di consapevolezza hanno i due terapeuti del fatto che comunque viene legittimata una suddivisione del campo generale di Cura? Si configura un *campo generale* in cui interagiscono paziente, farmacoterapeuta, psicoterapeuta e, di solito, familiari del paziente; nel suo ambito si vengono a delimitare: un *campo rappresentato da psicoterapeuta e paziente legittimato all'uso dello psicofarmaco e comunque influenzato dal suo innegabile effetto* (per ora non importa se buono o cattivo, positivo o negativo ecc.) e *da interventi, in genere sporadici, dei familiari del paziente e, meno sporadici, concordati o no, del farmacoterapeuta*; e un *campo rappresentato da farmacoterapeuta e paziente legittimato alla cura psicoterapeutica e comunque influenzato dal*

suo innegabile effetto (per ora non importa se buono o cattivo, positivo o negativo ecc.) e da interventi, in questo caso generalmente frequenti, dei familiari del paziente, e, più o meno sporadici a seconda del caso, concordati o no, dello psicoterapeuta. Quali sono i rapporti di reciprocità di scambio, di parziale intersecazione di questi campi relazionali? Come vengono gestiti dai vari personaggi coinvolti? L'unica cosa certa è che, comunque, in ciascuno di questi campi relazionali e rispetto a ciascun elemento messo in gioco in essi, si svilupperanno quei processi psichodinamici consci ed inconsci prima accennati, che chiameranno sulla scena terapeutica i personaggi interagenti, indipendentemente dal fatto che ne siano consapevoli o meno, ciascuno con le proprie aspettative conscie ed inconscie rispetto al campo generale di Cura. Il farmaco stesso, considerato in sé esso stesso personaggio, indipendentemente dal fatto che sia attivo o inattivo, benefico o dannoso, diventa oggetto di rappresentazioni fantasmatiche, seguendone i percorsi e le dinamiche relative. Per questo, almeno in psicopatologia, non è più accettabile il concetto di farmaco-placebo, nel vecchio senso della ricerca farmacologica a "doppio cieco", cioè di una sostanza inerte e quindi di nessuna rilevanza in ordine alla valutazione di una sua reale incidenza rispetto al risultato terapeutico, positivo o negativo, aspecifico o specifico.

Gerald L. Klerman,^(1972,75,82,94) che è stato uno dei ricercatori più eminenti in questo campo, morto prematuramente all'età di 63 anni nel 1992, ha individuato 12 possibilità di effetti benefici o deleteri derivanti dalla combinazione di psicofarmaci e psicoterapia, schematicamente riassunti nella Tab. 3a/b.

Tabella 3a; EFFETTI della PSICOFARMACOTERAPIA sulla PSICOTERAPIA	
NEGATIVI	Positivi
1. Effetto placebo negativo	1. Facilitazione dell'accessibilità alla psicoterapia
2. Riduzione o scomparsa del sintomo porta all'interruzione della psicoterapia	2. Miglioramento delle funzioni dell'io
3. Abbattimento delle difese	3. Effetti abreattivi dei farmaci
4. Effetto deleterio sulla aspettativa di psicoterapia	4. Effetto placebo positivo

Tabella 3b; EFFETTI della PSICOTERAPIA sulla PSICOFARMACOTERA-	
NEGATIVI	POSITIVI
1. Fallimento della reintegrazione biochimica	1. Psicoterapia intesa come riabilitazione
2. Frammentazione dei sintomi	2. Facilitazione: migliora la relazione medico/paziente e la compliance del farmaco

Effetto placebo negativo

È la vecchia critica negativa degli psicoterapeuti diffusa fino agli anni '60 e tuttora presente in gran parte degli psicoterapeuti. L'atto stesso di assumere la pillola, indipendentemente dalla specifica sostanza farmacologica, ha potenti effetti sulla relazione psicoterapeutica; la indebolisce promuovendo un atteggiamento autoritario nello psichiatra e un atteggiamento di dipendenza nel paziente che si affida ad un pensiero magico.

Si riteneva allora (e tuttora secondo alcuni) che la psicofarmacoterapia disturba la dinamica di transfert/controtransfert agendo contro lo sviluppo dell'insight e il disvelamento delle difese.

Riduzione o scomparsa dei sintomi porta all'interruzione della psicoterapia

L'effetto positivo dei farmaci demotiva alla prosecuzione del trattamento psicoterapeutico in seguito alla scomparsa di ansia e depressione. Questa critica rimane valida, quando la farmacoterapia è tesa a sradicare i sintomi anziché a modularli rendendoli accessibili ad una rielaborazione psicoterapeutica.

Abbattimento delle difese

La remissione dei sintomi modifica radicalmente e prematuramente le difese e potrebbe condurre ad una sostituzione dei sintomi.

Alcune critiche di terapeuti cognitivo-comportamentali hanno rile-

vato che la scomparsa dell'ansia modifica le distorsioni cognitive e impedisce l'effetto positivo del trattamento cognitivo-comportamentale, determinando o la comparsa di nuovi sintomi prima che il nuovo assetto difensivo si sia strutturato o successive ricadute. Fava G.A.⁽¹⁹⁹⁴⁾ ha posto il problema di se e come l'uso cronico di ansiolitici e antidepressivi incrementi la cronicità nei disturbi affettivi. Anche il problema della cosiddetta "pseudo-demenza" dei pazienti trattati per molti anni con antidepressivi rientra in questa area di dibattito clinico.

Effetto deleterio sulla aspettativa di psicoterapia

Quando un paziente si aspetta un trattamento psicoterapeutico e invece riceve farmaci si può creare un effetto negativo. Tale paziente può vivere la prescrizione come una sua definizione di paziente "meno interessante", non idoneo a capire e il farmaco come una stampella, una protesi.

Facilitazione dell'accessibilità alla psicoterapia

Secondo questo modo di vedere la remissione di sintomi come ansia e depressione può rendere il paziente più capace di affrontare

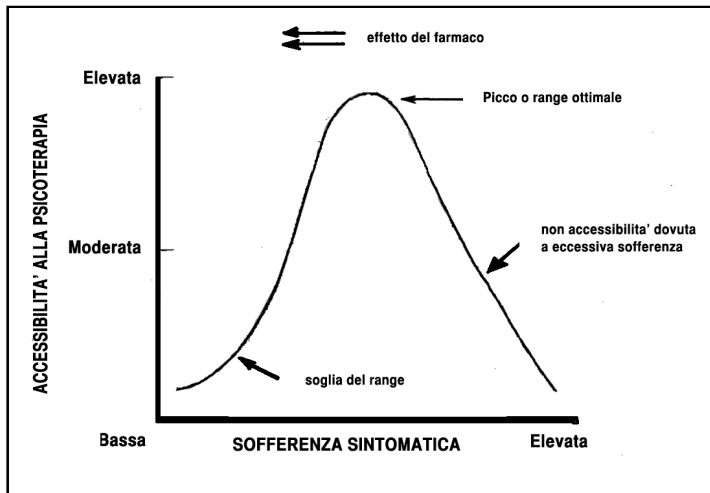


Figura 1

il lavoro psicoterapeutico. Tradizionalmente per giustificare tale procedura viene utilizzato il seguente grafico (Fig. 1), soprattutto dagli psichiatri ad indirizzo biologico.

Essi differenziano una soglia di sofferenza elevata rispetto a cui l'unico approccio possibile è il farmaco da una soglia ottimale in cui è possibile introdurre la psicoterapia; in genere, in caso di ansia e depressione, quella più consigliata è la psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Nella prospettiva della psicofarmacopsicoterapia tale procedura sembra artificiosa e sostanzialmente errata perché fin dal primo incontro con il paziente, viene messo in atto quell'approccio bimodale di cui si parlava prima, rispetto a cui il successivo sviluppo prevalentemente o esclusivamente psicoterapeutico (in funzione di una specifica forma di psicoterapia) verrà desunto dal naturale sviluppo della relazione medico-paziente.

In sostanza, ci sembra errato affidare la Cura in prima istanza solo alla prescrizione farmacologica ed eventualmente dopo (quando il paziente soffrirà meno) alla psicoterapia da sola o associata alla farmacoterapia riteniamo più corretto fondare la centralità della Cura nella ottimale relazione medico-paziente all'interno della quale farmacoterapia e psicoterapia sono chiamate ad integrarsi come prestazioni tecnico professionali in parte sovrapponibile, in larga parte distinte, essendo ciascuna di esse dotata di una propria specificità.

Che la contemporaneità di psicoterapia e farmacoterapia non risulti disturbante è stato recentemente messo in evidenza da Donovan e Roose.⁽¹⁹⁹⁵⁾ Essi hanno riportato il risultato di una indagine mediante questionario inviato a 45 psicoanalisti didatti della Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research. Da questa ricerca risulta che negli ultimi 5 anni il 18% dei pazienti in analisi assumevano anche psicofarmaci. Nell'84% dei casi i pazienti erano migliorati sia sul piano dell'umore che nel progresso del processo psicoanalitico.

In una ricerca simile sui casi trattati da candidati in training psicoanalitico Steven Roose e Robin Horwitz Stern⁽¹⁹⁹⁵⁾ dimostrano come nel 29% dei casi la farmacoterapia è associata alla psicoanalisi. Il farmaco,

quindi, non soltanto non disturba il processo psicoanalitico (anzi lo agevola) mentre, nel contempo, il processo psicoanalitico favorisce un uso più corretto e ottimale del farmaco da parte del paziente.

Miglioramento delle funzioni dell'Io

È una variante più specifica della precedente argomentazione; l'effetto terapeutico dello psicofarmaco individuabile in un miglioramento di capacità di verbalizzazione, memoria, attenzione e concentrazione favorisce il processo terapeutico. Anche in ambito psicoanalitico sono riferiti casi in cui l'introduzione del farmaco ha consentito la mobilitazione del transfert (ad es. Wylie H.W. e Wylie M.C.⁽¹⁹⁸⁷⁾)

Effetti abreattivi dei farmaci

L'abreazione è stata una delle prime tecniche psicoterapeutiche usata dagli ipnotisti; consiste essenzialmente nella esteriorizzazione spontanea (in stati particolari di stress o di abuso di sostanze psicoattive) o provocata (attraverso tecniche psicologiche o anche farmacologiche di stati affettivi repressi e/o rimossi che così raggiungono la coscienza, realizzando una sorta di catarsi. Numerosi farmaci (barbiturici, anfetamina, benzodiazepine, ecc.) iniettati per via endovenosa possono provocare questo effetto. La cosiddetta "narcoanalisi", oggi sostanzialmente abbandonata, rientra in queste tecniche abreattive.

Effetto placebo positivo

Al contrario dell'effetto negativo, esiste la possibilità che, indipendentemente dall'effetto del farmaco, la prescrizione possa indurre l'aspettativa di un ulteriore miglioramento e può agire come veicolo tramite il quale il paziente arriva infine alla psicoterapia.

Fallimento della reintegrazione biochimica

Dal punto di vista dello psicofarmacoterapeuta, gli psicofarmaci determinano in alcuni disturbi la reintegrazione e correzione di un danno biochimico. Tale danno si potrebbe aggravare qualora venisse

Tabella 4:

COMPLIANCE: LA SPINA NEL FIANCO DELLA PSICOFARMACOTERAPIA

Il 50% dei pazienti ad un certo punto nel corso della terapia rifiuta i farmaci (Jamison et al.)¹⁹⁷⁹ (Van Putten)¹⁹⁷⁵

Pazienti schizofrenici:

48% risultano noncompliant entro il primo anno di trattamento per raggiungere il 74% entro i due anni di terapia farmacologica (Corrigan et al.)¹⁹⁹⁰.

Tra il 25% e il 94% dei pazienti in terapia ambulatoriale non assume i farmaci secondo prescrizione (Backeland, Lundwall)¹⁹⁷⁵ Eisenthal et al.⁽¹⁹⁷⁹⁾

Inoltre bisogna tenere presente che circa il 57% dei pazienti schizofrenici presenta un disturbo di personalità sull'asse II.

Abbandonare il paziente esclusivamente al farmaco gestito con un generico, episodico e breve controllo clinico rappresenta un grave errore metodologico e soprattutto etico esponendo a gravi conseguenze il paziente, i suoi familiari, gli stessi curanti accusati spesso di "malpractice".

I farmaci o un generico superficiale sostegno non possono sostituire l'esperienza dell'essere compreso da un essere umano in una relazione significativa.

La non compliance viene di solito compresa con l'aiuto dei principi psicodinamici: transfert, controtransfert, resistenza, meccanismi di difesa dell'Io (da Gabbard, p. 131)¹⁹⁹⁴.

offerta la psicoterapia anziché il farmaco; e può anche accadere che una buona farmacoterapia renda non necessaria la psicoterapia una volta reintegrato il danno biochimico. I farmacoterapeuti che sostengono queste posizioni fanno delle analogie semplicistiche (e bugiarde sul piano della relazione con il paziente) tra trattamento psicofarmacologico e trattamenti ormonali sostitutivi di una carenza (ad es. insulina-diabete) o ispirate al modello antibiotico-agente infettivo.

Frammentazione dei sintomi

Alcuni farmacoterapeuti sostengono che la psicoterapia può avere un effetto di smembramento sul piano sintomatico. I sintomi sarebbero aggravati e parcellizzati dalla intensa esposizione del paziente all'operazione esplorativa della psicoterapia.

Psicoterapia intesa come riabilitazione

La psicoterapia agirebbe per via secondaria in senso migliorativo. Spesso si ritiene che la psicoterapia agisca non tanto sul nucleo primario del processo psicopatologico, ma correggendo le difficoltà secondarie che si manifestano nelle relazioni interpersonali e nelle funzioni psicologiche conseguenti ad una malattia (ad es. depressione).

La psicoterapia viene considerata come una terapia riabilitativa piuttosto che come una terapia eziologica e/o patogenetica; in tal senso viene giustificata da taluni farmacoterapeuti.

Facilitazione

La psicoterapia agevola il trattamento farmacologico perché aiuta a stabilire una buona relazione medico-paziente e migliorare la frequenza sia alle sedute di psicoterapia che ai controlli farmacoterapeutici.

Questa è la tematica della *compliance* che rappresenta la preoccupazione principale dello psicofarmacologo clinico. Rispetto ad essa è utile riflettere su alcuni dati sintetizzati in Tab. 4, tratti da Gabbard.⁽¹⁹⁹⁴⁾

Molte delle asserzioni sopra riportate, talora sostenute da clinici e ricercatori illustri e autorevoli, derivano da pre-giudizi legati ad una adesione fideistica al paradigma di appartenenza di scuola con cui ciascuno si identifica. Ormai è diventato a tutti evidente come un'adesione cieca ad un modello, una teoria, ad un paradigma, come si usa dire, crei gravi conseguenze iatrogene allorché il campo della pratica venga costretto ad assoggettarsi ad essi. Così un'applicazione rigida di un modello esclusivamente biologico in psichiatria con il relativo "rationale" di trattamento, denominato *psichiatria medica*, non si integra con le esigenze del lavoro psicoterapeutico. Infatti il disturbo psichico, in tale contesto dottrinale, viene interpretato esclusivamente in chiave medico-biologica e la terapia e l'aspettativa di guarigione sono intese come annientamento e sradicamento del sintomo da perseguire con mezzi e metodi fisico-chimici.

Al polo opposto, una psichiatria fondata esclusivamente su un paradigma psicologico, potrebbe ignorare pericolosamente o avvertire gli aspetti biologici della psicopatologia umana, esponendo i pazienti a gravi rischi o a inutili sofferenze di solito attenuabili da un uso modulato e ottimale di mezzi terapeutici biologici. Ed anche in tale contesto sono possibili gravi conseguenze iatrogene allorché si costringesse la pratica clinica ad adeguarsi a un modello teorico aprioristicamente preferito dal curante; un classico errore in tal senso deriva dal fondare il lavoro di comprensione basandosi esclusivamente sull'applicazione stereotipata di concetti e metodi appresi all'interno di una determinata scuola di pensiero. Ad esempio, non è infrequente attribuire al farmaco un significato simbolico preconstituito; così un professionista che mette in pratica il pensiero di Winnicott parlerà di farmaco come oggetto transizionale, un altro che segue Kohut parlerà del farmaco come oggetto sé un altro ancora sulla scia di Melanie Klein parlerà del farmaco all'interno della dinamica oggetto-buono/oggetto-cattivo e così via.

Noi riteniamo che il farmaco, in quanto oggetto concreto, dotato di effetti chimico-biologici, non ha di per sé un significato simbolico predefinito o prevedibile; ma lo assumerà in varie forme e articolazioni e con proprie peculiarità e potenzialità terapeutiche nel processo (psico)terapeutico che, lo si voglia o no, si sviluppa all'interno della relazione medico-paziente indipendentemente dal fatto che si avvii una specifica forma di psicoterapia. È chiaro che pensare e praticare la farmacoterapia con un atteggiamento relazionale e una comprensione psicoterapeutici faciliterà l'espressione e l'elaborazione di tutti quegli aspetti immaginari e simbolici legati all'assunzione del farmaco e alle modificazioni dell'assetto psicodinamico del paziente da esso prodotto; per questo, quando si verifica tale condizione, ci sembra più appropriato definirla *psicofarmacopsicoterapia*.

Ci rendiamo conto che tale espressione può apparire infondata sul piano logico, tuttavia ci sembra realizzare sul piano della pratica clinica ciò che sul piano teorico viene definito "*paradigma biopsico-sociale*" in psichiatria (e forse estensibile a tutto il campo medico).

Non c'è dubbio che tale paradigma attualmente stia riscuotendo un grande consenso forse perché corrisponde allo spirito del tempo fortemente contrassegnato dall'epistemologia della complessità. È superfluo dire che la sua assunzione piena sia sul piano teorico che, soprattutto, su quello pratico, comporta delle enormi difficoltà per quanto riguarda la formazione di operatori capaci di realizzarlo efficacemente. Infatti in tale contesto operativo diventa centrale la figura del professionista e il contributo che egli dà al processo terapeutico nel suo complesso e più specificamente rispetto alla consapevolezza che egli realizza a tutti i livelli mentali e relazionali implicati dal processo stesso. Cioè, non è più concepibile che vi siano psichiatri che non sanno nulla di psicologia clinica e di psicoterapia e psicoterapeuti che non sanno nulla di psicofarmacologia e di psicobiologia!

Livello clinico-pratico

Ma è il piano della pratica clinica quotidiana che ci costringe a confrontarci con la complessità, quasi impossibilità, del nostro lavoro di psichiatri; specialmente quando ci lasciamo appiattare da una prassi stereotipata in quanto dominati o dal paradigma biologico o da quello psicologico.

Nel primo caso praticheremo una psichiatria "dementalizzata", o se si preferisce "deanimata", nel secondo una psichiatria "decerebrata".

Le conseguenze sul piano clinico-pratico della adesione rigida e aprioristica a modelli teorici o di ricerca più congeniali al clinico, possono essere molto gravi per le seguenti ragioni:

- si verifica una grave confusione tra piano della pratica clinica e piano della teoria e della ricerca nel senso che la complessità dei fenomeni legati all'incontro clinico viene ridotta all'applicazione di alcuni dati provenienti da ricerche di vario genere (biochimiche, farmacologiche, epidemiologiche, ecc.);
- il "rationale" del trattamento una volta conformato al modello teorico preferito diventa incompatibile con altri modelli esplicativi e non più in grado di comprendere quei numerosi fenomeni,

sempre presenti nella pratica, non previsti e non prevedibili dal punto di vista del razionale adottato;

- ma l'aspetto più grave è rappresentato dal fatto che modelli teorici, dati di ricerca, razionale terapeutico, possono venire usati come razionalizzazione, intellettualizzazione e più in generale meccanismi di difesa dell'Io del curante contro il terrore e/o l'odio controtransferale suscitato in lui dall'incontro clinico col paziente. Una pratica clinica che non tenesse conto di questa evenienza può pericolosamente ottundere o accecare la capacità clinica stessa determinando delle situazioni di stallo del processo terapeutico con tutte le conseguenze che ciò può comportare a tutti i livelli (il paziente stesso, la sua famiglia, la dinamica istituzionale dell'ambiente di cura, eventuali complicazioni medico-legali, ecc.).

In conclusione si può sostenere che allorché la pratica clinica della *Cura di Psiche* si discosti dalla centralità della relazione medico-paziente come suo fondamento e dalla comprensione accurata di tutti i fenomeni consci e inconsci che appaiono nel suo campo osservazionale, si rischia di confondere la Cura con una specifica tecnica terapeutica che presa a sé può anche essere adeguata, risultando però decontestualizzata rispetto alle esigenze di Cura nel suo insieme.

È quindi necessario sviluppare e mantenere una visione bi-oculare (uno sguardo alla cura nel suo insieme, uno sguardo alle singole componenti tecnico-operative che vi concorrono) per potere comprendere tutta quella serie di fenomeni spesso ritenuti bizzarri o irrazionali che inevitabilmente si riscontrano nella maggior parte dei trattamenti psichiatrici e genericamente riassunti nella dialettica compliance/non compliance.

È frequente osservare pazienti che alterano le prescrizioni ricevute dal curante o che attribuiscono in modo erroneo ad un farmaco l'effetto farmacologico più proprio di un altro (un classico esempio, il paziente schizofrenico che attribuisce l'effetto antipsicotico a un farmaco anticolinergico piuttosto che al neurolettico); oppure pa-

zienti che sospendono il trattamento proprio quando ne hanno ricevuto i migliori risultati; pazienti che stanno meglio con dosi minime di farmaco, ritenute non terapeutiche secondo criteri rigorosamente farmacologici.

Anche la questione dell'associazione/integrazione di più trattamenti assume una diversa rilevanza all'interno di tale visione complessiva. Infatti una cosa è associare farmacoterapia e psicoterapia in una ottica di due trattamenti scissi tra loro e non comunicanti fino al punto da rischiare di lavorare l'un contro l'altro, altra cosa integrare in modo autentico i due trattamenti in una logica complessiva della Cura, indipendentemente dal fatto che tale integrazione sia il risultato della collaborazione di due terapeuti o di un unico terapeuta in grado di dare farmaco e psicoterapia.

Secondo noi, rispetto a tale problematica, andranno approfonditi gli studi, esaminando le situazioni caso per caso, per non rischiare di incorrere in generalizzazioni aprioristiche ideologicamente fondate. È tuttavia possibile intravedere delle generiche e possibili linee guida rispetto all'opportunità di separare i due trattamenti nelle seguenti circostanze:

1. lo psicoterapeuta non è medico psichiatra, né psicologo medico, quindi non abilitato alla prescrizione di farmaci;
2. lo psicoterapeuta pur essendo medico sente di non avere una sufficiente competenza nell'uso dello psicofarmaco;
3. la gravità delle condizioni psicopatologiche del paziente, indipendentemente dalla classe nosografica di appartenenza, può richiedere interventi molto attivi (sul piano farmacologico, familiare, dell'amministrazione della vita quotidiana del paziente, di possibili provvedimenti di ricovero) tali da essere incompatibili con il raggiungimento e mantenimento dell'assetto mentale adeguato al lavoro psicoterapeutico. In tale circostanza si impone la necessità di progettare una collaborazione tra psicoterapeuta e psichiatra, tenendo conto che il fondamento di tale collaborazione risiede nella condivisione della concezione della Cura nel suo

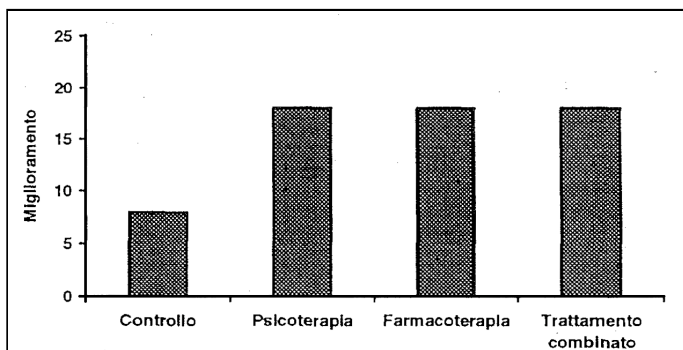


Figura 2; esito trattamenti associati: nessun effetto terapeutico aggiuntivo

complesso da parte dei due terapeuti;

4. in presenza di una psicoterapia analitica intensiva, questa si troverà inevitabilmente ad occupare una posizione centrale nel processo di cura e la farmacoterapia dovrà tener conto di tutti i cambiamenti psicodinamici correlabili in qualche modo con il processo psicoterapeutico;
5. anche lo psicoterapeuta quantunque non abilitato alla prescrizione di psicofarmaci non può non riconoscerne gli effetti e differenziarli assieme al paziente da quelli più specificamente legati al processo psicoterapeutico perché l'elaborazione del vissuto che il paziente porta relativamente al farmaco è di sua specifica competenza.

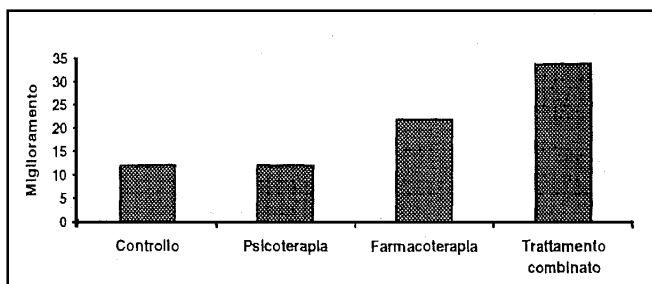


Figura 3; esito trattamenti combinati: effetto positivo-facilitante

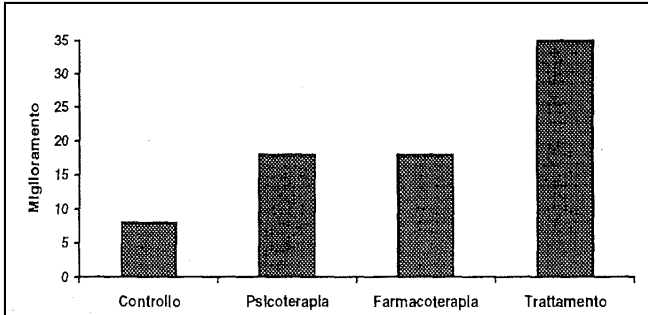


Figura 4; esito trattamenti combinati: effetto positivo-additivo

Queste sono delle semplici considerazioni di ordine generale e sarà necessario svolgere studi accurati per approfondire questa tematica del rapporto farmacoterapia/psicoterapia (*essendo i due trattamenti fondamentali della cura psichiatrica*) nella auspicabile prospettiva di una pratica /psicofarmacopsicoterapeutica.

Sul piano della ricerca rispetto alla questione associazione/combinazione/integrazione di psicoterapia e psicofarmacoterapia è possibile prospettare le seguenti eventualità rappresentate rispettivamente nelle figure 2, 3, 4 e 5.

Potrebbe accadere che venga dimostrato che l'associazione dei due trattamenti non abbia un'efficacia maggiore di quella di ciascun

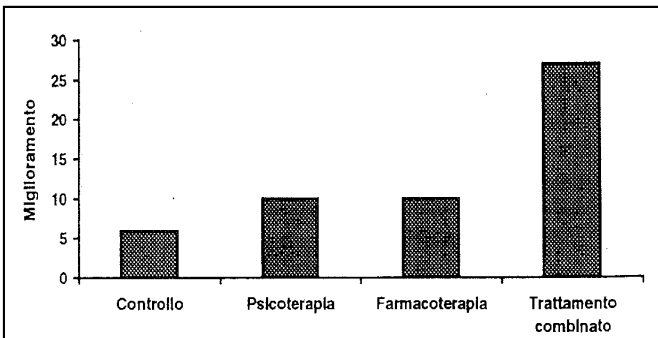


Figura 5; esito trattamenti combinati: effetto positivo-sinergico

trattamento singolarmente considerato (Fig. 2). Questo risultato è stato segnalato da studi di comparazione tra psicoterapia cognitiva e farmacoterapia e tra psicoterapia interpersonale e farmacoterapia nel campo della depressione di grado moderato, mentre nella depressione grave la farmacoterapia risulterebbe più efficace della psicoterapia.

Un'altra possibilità deriva dall'effetto positivo facilitante come conseguenza della interazione che si determina nell'associazione di

Tabella 5; STRATEGIE DI RICERCA NELLA VALUTAZIONE della PSICO-FARMACOTERAPIA/PSICOTERAPIA

<ul style="list-style-type: none"> • Modelli a due gruppi di confronto (inadeguati). Rush, Beck, Kovacs, Hallon (1977). Terapia cognitiva e amitriptilina. • Modelli a tre gruppi: psicoterapia farmacoterapia gruppo di controllo. • Modelli a quattro gruppi di confronto es. Elkin, Parloff, Hadley e Autry (1985). - NIMH studio collaborativo per il trattamento della depressione. - Due psicoterapie brevi, cognitivocomportamentale, psicoterapia interpersonale confrontate a: <ul style="list-style-type: none"> a) imipramina + gestione psicologica-clinica b) placebo + gestione psicologica clinica <p>Questo modello si rivela inadeguato per lo studio delle interazioni farmacoterapia /psicoterapia</p>	<p>STRATEGIE COSTRUTTIVE Adatte a studiare trattamenti combinati e chiarire possibili interazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modello fattoriale a quattro gruppi. È il modello di ricerca minimale adatto a valutare un trattamento combinato di due farmaci, ad esempio un triciclico e una benzodiazepina, oppure un farmaco più psicoterapia, ad esempio amitriptilina più psicoterapia interpersonale. Entrambi i trattamenti vengono valutati singolarmente l'uno rispetto all'altro, rispetto ad un gruppo di controllo, e rispetto alla loro combinazione. • Effetto placebo, selezione del gruppo di controllo e necessità di un modello complesso. Nella ricerca in psicoterapia non c'è accordo su cosa costituisca un gruppo di controllo standard o standardizzato. Rispetto alla questione del placebo c'è una radicale differenza nel modo di concepire tutti i fattori "terapeutici aspecifici" complessivamente definiti "effetto placebo". Forse il modello più adatto per valutare il trattamento combinato è quello a sei gruppi impiegando un gruppo di controllo senza alcuna somministrazione. • Terapia standard come controllo rispetto a psicoterapia o farmacoterapia come trattamento aggiuntivo.
<p>Modelli di ricerca singlecase - Modelli di ricerca naturalistico-longitudinale</p>	

farmacoterapia e psicoterapia (Fig. 3). In tal caso l'assunto è che la psicoterapia da sola sarebbe inefficace, la farmacoterapia sarebbe efficace, l'associazione farmacoterapia-psicoterapia risulterebbe più efficace della sola farmacoterapia. Questa evenienza è stata descritta

Tabella 6: STRATEGIE COMPARATIVE: MODELLO A QUATTRO GRUPPI

Trattamento sperimentale 1	Trattamento sperimentale 2	Trattamento standard	Gruppo di controllo
Terapia cognitivo-comportamentale	Terapia interpersonale	Imipramina e comune gestione psicologica	Placebo e comune gestione psicologica

Da: "NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Project" Elkin, Parloff, Hadley e Autry, in *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, pp. 305,316.

Tabella 7 STRATEGIE COSTRUTTIVE: MODELLO A 6 GRUPPI PER VALUTARE

		Psicoterapia	
		Presente	Assente
Farmacoterapia	Farmaco Placebo	Psicoterapia e amitriptilina	Amitriptilina
	Nessuna somministrazione	Psicoterapia e placebo	Placebo
		Psicoterapia e nessuna somministrazione	Non psicoterapia e nessuna somministrazione

Da: "Treatment of depression by drugs and psychotherapy", G'.L. Klerman, A. Di Mascio, M.M. Weissman, B. Prusoff e E. Paykel, in *American Journal of Psychiatry*, 131, 1972, pp. 186-91

in studi di schizofrenici ricoverati trattati con farmacoterapia e psicoterapia. La circostanza avversa, ancora non del tutto dimostrata, si riscontra quando la farmacoterapia risulta inefficace o peggiorativa per ragioni di non compliance, la psicoterapia risulta efficace, l'asso-

ciazione farmacoterapia-psicoterapia risulta più efficace della psicoterapia. Tale evenienza viene spiegata dal fatto che grazie alla psicoterapia vengono risolti i problemi di non compliance.

Un'altra condizione è rappresentata dall'effetto positivo-additivo (Fig. 4) in cui il risultato dell'associazione farmacoterapia-psicoterapia equivarrebbe alla somma dei due trattamenti singolarmente considerati. E infine potremo attenderci anche un effetto positivo-sinergico (Fig. 5) in cui il risultato della associazione (stavolta è più opportuno dire integrazione) di farmacoterapia e psicoterapia è maggiore della somma dei due trattamenti singolarmente considerati. È evidente che la condizione positivo-additiva rispecchierebbe una speranza di un semplice effetto quantitativo di sommazione degli effetti di ciascun trattamento singolarmente considerato. Invece la condizione di un effetto positivo-sinergico rappresenta la sfida intellettuale e di ricerca che si prospetta nel campo dell'integrazione di farmacoterapia e psicoterapia legittimando su basi scientifiche la pratica della psicofarmacopsicoterapia.

Livello dei modelli di ricerca

Allo scopo di dimostrare i possibili risultati suaccennati sono stati immaginati vari modelli, metodologie, strategie di ricerca, alcuni dei quali sono qui riassunti nella tabella 5.

A scopo puramente esemplificativo abbiamo voluto riportare qui gli schemi di alcuni modelli di ricerca presenti in letteratura scientifica, tratti da Klerman et al., pp.734-782⁽¹⁹⁹⁴⁾ e illustrati rispettivamente nelle tabelle 6, 7, 8 e 9.

Gli esempi citati, nel tempo in cui sono stati proposti, rappresentano sicuramente degli studi molto importanti però limitati rispetto alle esigenze conoscitive poste dall'integrazione tra farmacoterapia e psicoterapia e ancor di più da una pratica psicofarmacopsicoterapeutica.

Uno dei limiti che si attribuisce a tali modelli di ricerca deriva dalla particolare situazione statunitense troppo condizionata dal cri-

Tabella 8; STRATEGIE COSTRUTTIVE: MODELLO FATTORIALE A QUATTRO GRUPPI PER VALUTARE IL TRATTAMENTO COMBINATO

		Psicoterapia Farmacoterapia	
Farmacoterapia		Trattamento sperimentale	Trattamento di controllo
	Trattamento sperimentale	Gruppo con trattamento combinato	Gruppo con trattamento psicoterapeutico
	Trattamento di controllo	Gruppo con trattamento farmacologico	Gruppo di controllo

Tabella 9; STRATEGIE COSTRUTTIVE: TRATTAMENTO STANDARD COME CONTROLLO E TRATTAMENTI SPERIMENTALI COME SUPPLEMENTI

Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Nessun trattamento supplementare	Terapia Cognitivo Comportamentale	Psicoterapia Supportivo-espressiva
Trattamento standard: Methadone e gruppi di autoaiuto		

Da: "Psychotherapy for opiate addicts: Does it help?" G.E. Wody, L. Luborsky, T. McLellan, C.P. O'Brien, A.T. Beck, J. Blaine, I. Herman e A. Hole, in *Archives of General Psychiatry* 40, 1983, pp. 639-645

terio di maggiore efficacia nel più breve tempo possibile a più basso costo possibile. Può essere questo un criterio adeguato a confrontare la psicofarmacoterapia con la psicoterapia? Può una psicoterapia fondarsi su un numero di sedute tra le dodici e le venti di media? Può affidarsi ad una distribuzione a random un processo psicoterapeutico? Possono modelli creati artificialmente essere assunti come rappresentanti la complessità della pratica clinica come si verifica in condizioni naturali? Oggi sappiamo come una psicoterapia per quanto breve possa essere (come numero di sedute) richiede comunque una proiezione temporale (durata) non certamente limitabile a tre, quattro settimane; anche gli studi basati sul gado di soddisfazione degli utenti confermano che le psicoterapie più soddisfacenti

hanno una durata non inferiore a due anni.

Nel nostro modo di intendere il lavoro psicoterapeutico, soprattutto i suoi aspetti etici indissolubilmente legati alla relazione che si istituisce fra la persona del terapeuta e la persona del paziente, siamo convinti della inapplicabilità di studi che pretendano assegnazione dei pazienti a random in un eventuale progetto di ricerca né tantomeno durata di trattamento artificialmente predeterminata. In una prassi psicofarmacopsicoterapeutica, ugualmente, risulterebbe molto difficile sostenere nella relazione psicoterapeutica una eventuale somministrazione del farmaco secondo il criterio del "doppio cieco".

Per queste ed altre ragioni la nostra preferenza va sicuramente verso modelli di ricerca naturalistico longitudinali dove i pazienti vengono studiati disturbando il meno possibile il contesto di cura con strumenti sensibili, ma non troppo intrusivi, confrontando campioni di pazienti il più possibile omogenei, ma radicalmente diversi modalità di trattamento (per esempio un farmaco diverso da un altro oppure, nell'ambito della stessa farmacoterapia, la presenza o meno di specifiche forme di psicoterapia e/o di pratiche riabilitative). Nel contesto naturalistico longitudinale riteniamo che vada data molta rilevanza agli studi single case attraverso osservazioni accurate e ripetute numerose volte nel tempo allo scopo di individuare in modo sensibile i cambiamenti legati alla farmacoterapia, alla psicoterapia o a entrambi i metodi di trattamento attraverso una accurata selezione e integrazione di strumenti di valutazione in grado di cogliere oltre alle variazioni dei sintomi (come avviene con le scale di valutazione dei sintomi comunemente usate) la variazione di taluni parametri psicodinamici, cognitivi, metacognitivi e psicosociali in grado di rilevare gli elementi distintivi di qualità di vita.

È chiaro che tale approccio alla ricerca applicata in psicofarmacologia clinica può riguardare solo i farmaci già registrati e presenti in commercio; ci sembra altrettanto chiaro che qualora prendesse piede questa linea di ricerca si verrebbero a costituire due modi di pensare

la ricerca in *psicofarmacologia clinico-medica*, *psicofarmacologia clinico-psicodinamica*; la prima, più adatta a portare il farmaco alla registrazione secondo i criteri di ricerca più tradizionali, è volta a verificare che il farmaco funziona e non danneggia l'organismo (in tal senso clinico-medica); la seconda, più adatta a verificare nel lungo termine la farmacoterapia o a confrontarla con altre nel contesto naturale della cura in associazione, integrazione con psicoterapie e/o pratiche riabilitative, è volta a verificare la rilevanza del farmaco nell'ambito del processo terapeutico rispetto agli altri fattori terapeutici che vi partecipano più o meno attivamente (clinico-psicodinamica in questo senso).

Bibliografia

- BACKELAND F., LUNDWALL L. (1975), *Dropping out of treatment: a critical review*, in Psychol. Bull. 82, pp. 738-83.
- BAXTER L.R., SCHWARTZ J.M., BERGMAN K.S. et al. (1992), *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder*, in Arch Gen Psych, 49, 1992, pp. 681-89.
- BIONDI M. (1995), *Beyond the Brain-Mind Dichotomy and Toward a Common Organizing Principle of Pharmacological and Psychological Treatments*, in Psychother. Psychosom., 64, pp. 1-8.
- BRENNER (1982), *The Mind in Conflict* International Universities Press, New York.
- CHARNEY D.S., HENINGER G.R., STERNBERG D.E. (1982), *Assessment of alpha-II adrenergic autoreceptor functions in humans: effects on oralyohimbine*, in Life Sciences 30, pp. 2033-41.
- CIVITA A. (1993), *Saggio sulla mente e sul cervello*, ed. Guerini e Ass., Milano 1993.
- CORRIGAN P.W., LIBERMARN. R.P., ENGEL J.D. (1990), *From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia*, in Hosp Community Psychiatry, 41, 1990, pp. 1203- 11.
- DOCHERTY S.P., MARDER S.R., VAN KAMMEN D.P. et al., (1997), *Psychotherapy and Pharmacotherapy: conceptual issues*, in Am J. Psychiatry 134, pp. 529-33.
- DONOVAN S.J., ROOSE S.P. (1995), *Medication use during psychoanalysis: a survey*, in Clin. Psychiatry LVI, 5, pp. 176-78.
- EISENTHAL S., EMERY R., LAZARE A., et al., (1979), *"Adherence" and the negotiated approach to patienthood.*, in Archives of General Psychiatry 36, pp. 393-98.
- ELKIN I, PARLOF M.B., HADLEY. S.W. et al. (1985), *NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*, in Archives of General Psychiatry 42, pp. 305-16.
- ELKINS R., RAPOPORT J.L, LIPSKY A. (1980), *Obsessive-compulsive disorder of childhood and adolescence: a neurobiological viewpoint*, in Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19, pp. 511-24.
- FAVAG.A. (1994), *Do antidepressant and antianxiety drugs increase chronicity in affective disorders?*, in Psychother Psychosom, 61, pp. 125-31.

- FRENI S., GIORDANO E., LA BARBERA D. (1987), *Psicofarmacopsicoterapia: indicazioni cliniche*, in «Psichiatria e Medicina» I, 3, pp. 7-10.
- GABBARD G.O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Inc. 1994.; trad. it. *Psichiatriapsicodinamica*, nuova edizione basata sul DSM-IV, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- GOLD P.W., GOODWIN F.K., CHROUSOS G.P. (1988a), *Chemical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress I*, in *New Engl. J. Med.* 319, pp. 348-53.
- GOLD P.W., GOODWIN F.K., CHROUSOS G.P. (1988b), *Chemical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress II*, in *New Engl. J. Med.* 319, pp. 413-20.
- GROTSTEIN J. S. (1999), *Orphans of the "Real": I. Some modern and postmodern perspectives on the Neurobiological and psychosocial dimensions of psychosis and other primitive mental disorders*, in: *Bulletin of Menninger Clinic*, vol. 59, No 3, pp. 287-311, estate 1995.
- GUTHEIL T. G. (1982), *The psychology of psychopharmacology* in *Bulletin of the Menninger Clinic*, 46, 1982, pp. 321-30.
- JAMISON K.R., GERNER R.H., GOODWIN F.K. (1979), *Patient and physician attitudes toward lithium*, in *Archives of General Psychiatry*, 33, pp. 866-69.
- KLERMAN G.L. (1975), *Combining drugs and psychotherapy in the treatment of depression*, in Greenblatt M. (ed.), *Drugs in Combination with other Therapies*, NY Grune & Stratton, New York, pp. 67-81.
- KLERMAG N.L., DI MASCIÒ A., WEISSMAN M.M. et al. (1972), *Treatment of depression by drugs and psychotherapy*, in *Am. J. Psychiatry*, 131, pp. 186-91.
- KLERMAG N.L., SCHECHTEGR. (1982), *Drugs and psychotherapy*, in Paykel E.S. (ed.), *Handbook of Affective Disorders*, 1st Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, United Kingdom, pp. 329-37.
- KLERMAG N.L., WEISSMAN M.M., MARKOWITZ J. et al. (1994), *Medication and Psychotherapy*, in Bergin A.E. & Garfield S.E. (ed), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, cap. 18, John Wiley & Sons Inc. New York, pp. 734-82.
- LIEBERMAN J. (1984), *Evidence for a biological hypothesis of obsessive-compulsive disorder*, *Neuropsychobiology*. 11(1):14-21.
- LUXEMBERG J.S., SWEDO S.E., FLAMENT M. F. et al. (1988), *Neuroanatomical abnormalities in obsessive compulsive detected with quantitative X-ray computed tomography*, in *Am J. Psychiatry*, 145, pp. 1089-93.
- MAVISSAKALIMA. NR., JONES B., OLSON S. (1990), *Absence of placebo response in obsessive-compulsive disorder*, in *Am. J. Nerv. Ment. dis.*, 178, pp. 268-70.
- OSTOW M. (1962), *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, Basic Book, New York 1962.
- OSTOW M. (1967), *The syndrome of narcissistic tranquillity*, in *Int. J. Psychoanalysis*, 48, pp. 573-83.
- POST R.M., BALLENGER J.C., UHDE T.W., et al. (1982), *Kindling and drug sensitization: implications for the progressive development of psychopathology and treatment with carbamazepine*, in M. Sandler (a cura di), *Psychopharmacology of Anticonvulsants*, Oxford University Press, Oxford, pp. 27-53.
- ROOSE S.P., HORWITZ STERN R. (1995), *Medication use in training case; a survey* in: JAPA,

XLIII, 1, p. 163.

- RUSH A.J., BECK A.T., KOVACS M., HOLLON S. (1977), *Comparative efficacy of cognitive therapy in the treatment of depressed outpatients*, in *Cognitive Therapy and Research*, 1, pp. 17-23.
- SARWER-FONER G.J., OGLE W. (1956), *Psychoses and enhanced anxiety produced by reserpine and chlorpromazine*, in *Canadian Medical Association Journal* 74, 1956, pp. 526-32.
- SARWER-FONER G.J. (1957), *Psychoanalytic theories of activity-passivity conflicts and of the continuum of ego defenses: experimental verification, using reserpine and chlorpromazine*, in *Archives of Neurology and Psychiatry*, 78, 1957, pp. 413-18.
- SARWER-FONER G.J. (1960), *Recognition and management of drug induced extrapyramidal reactions and "paradoxical" behavioral reactions in psychiatry*, in *Canadian Medical Association Journal*, 1960.
- TURNER S.M., BEIDEL D.C., NATHAN R.S. (1985), *Biological factors in obsessive-compulsive disorder*, in *Psychol. Bull.*, 97, pp. 430-50.
- VAN PUTTEN (1975), *Why do patients with manic-depressive illness stop taking their lithium?*, in *Comp Psychiatry*, 16, pp. 179-83.
- WEINBERGER D.R., LIPSKA B.K. (1995), *Cortical maldevelopment, antipsychotic drugs, and schizophrenia: a search for a common ground*, in *Schizophrenia Research*, 16, 1995, pp. 87-110.
- WEISS J., SAMPSON H & THE MOUNT ZION PSYCHOTHERAPY RESEARCH GROUP (1986), *The psychoanalytic process: Theory clinical observation, and empirical research*, Guilford Press, New York.
- WODYG E.L., LUBORSKY T., MCLELLAN C. P., O'BRIEN A.T., BECK J., BLAINE I. HERMANE A. HOLE (1983), in *Archives of General Psychiatry* 40, pp. 639-45.
- WYLIE H.W. & WYLIE M.L. (1987) *An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis*, in *Am. J. Psychiatry*, 144, pp. 489-92.

G. Jannuzzi, M. Verga, D. Viganò, P. Azzone, S. Freni

Scala di valutazione dei meccanismi di difesa dell'Io in psicofarmacoterapia

Introduzione

Questo lavoro si occupa della valutazione empirica dei meccanismi di difesa dell'Io in pazienti psichiatrici ricoverati in un S.P.D.C. di Milano (Ospedale Maggiore, padiglione Guardia II).

Si tratta di una ricerca ancora in corso sul modello degli open trials psicofarmacologici.

In tempi recenti l'interesse per i meccanismi di difesa è andato estendendosi al di fuori dell'ambito psicodinamico, coinvolgendo clinici e ricercatori di varia formazione; il DSM-IV, manuale concepito per essere usato da operatori di ogni orientamento e indipendentemente dal setting, contiene la proposta di un sesto asse per la valutazione delle difese, la cui bozza è stata presentata da J.C. Perry al congresso dell'American Psychiatric Association nel 1993.

In letteratura questo interesse si è espresso con studi sulla relazione tra Meccanismi di difesa e diagnosi, mentre a tutt'oggi sono stati condotti pochi studi riguardo l'evoluzione di questo parametro in rapporto alle terapie farmacologiche e all'ospedalizzazione.

Nonostante il largo consenso sull'importanza rivestita dall'assetto difensivo del paziente ai fini della pianificazione e della valutazione degli interventi terapeutici la pratica della ricerca empirica in questo campo non si è ancora diffusa. Ciò è vero soprattutto per quanto concerne il tema del presente lavoro, cioè, gli effetti di interventi psicofarmacologici o interventi non specificamente psicoterapeutici sui meccanismi di difesa di pazienti gravemente disturbati.

La bibliografia ragionata contenuta nel libro della Cramer,⁽¹⁹⁹³⁾ straordinariamente completa e analitica, riporta solo tre studi sull'evoluzione delle difese in relazione alle terapie, uno dei quali (Semrad e altri)⁽¹⁹⁷³⁾ riguarda un singolo caso di schizofrenia. Le due uniche ricerche condotte su di un campione statisticamente significativo sono il lavoro di Ablon e altri⁽¹⁹⁷⁴⁾ su pazienti maniaco-depressivi e lo studio condotto da Vaillant su eroinomani ricoverati; entrambi gli autori riscontrano una correlazione tra miglioramento clinico e minor uso di difese immature. Tutte queste ricerche hanno valutato i meccanismi di difesa in base a materiale ricavato da colloqui clinici.

Non sono molti neppure gli studi di cui la bibliografia della Cramer non ha potuto render conto per ragioni cronologiche.

Nel 1991 la "Zeitschrift fur psychosomatische Medizin" pubblica una ricerca di Liedtke, Lempa e Kuensebeck mirata alla valutazione dell'efficacia nel tempo della terapia ricevuta da pazienti con patologie prevalentemente psicosomatiche; in essa trova conferma la relazione tra miglioramento sintomatologico o maturazione dell'assetto difensivo. Ai 50 pazienti del campione (13 con alterazioni psicogene di funzioni fisiologiche, 14 con disturbi alimentari, 10 con malattie psicosomatiche d'organo e 13 classificati come nevrotici) viene somministrato, durante un breve periodo di ricovero ed un anno dopo, un questionario (FKS) che consente la misura dei 5 clusters difensivi di Ihilevic e Gleser.⁽¹⁹⁸⁶⁾ Al follow-up la gravità complessiva dei sintomi risulta significativamente ridotta, così come ridotto appare il ricorso alla proiezione e ad altre difese immature; aumentato invece è l'uso della razionalizzazione e dell'isolamento.

Un lavoro di maggior rilevanza per l'argomento di questa ricerca esce ad opera di Akkerman, Carr e Lewin su "The Journal of Nervous and Mental Disease" nell'ottobre 1992: in esso, per usare le parole degli autori, "viene dimostrato per la prima volta un mutamento a breve termine nello stile difensivo di un gruppo relativamente omogeneo di pazienti psichiatrici", nel corso di una terapia prevalentemente farmacologica e che ha portato ad un radicale miglioramento

del quadro sintomatologico. Al momento dell'inizio della terapia e circa due mesi dopo vengono valutate con una versione abbreviata del DSQ di Bond - le difese di 37 pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore (21 dei quali ricoverati). Quando il secondo questionario viene somministrato, nessuno dei pazienti soddisfa più i criteri del DSM III-R per il disturbo depressivo maggiore e tutti hanno un punteggio inferiore a 18 sulla scala Hamilton della depressione; le difese mature e quelle nevrotiche non hanno subito mutamenti di rilievo, mentre l'uso di quelle immature risulta decisamente calato.

Nel 1993 "The Journal of Psychotherapy - Practice and Research" pubblica un contributo di Lieberman e altri sui risultati clinici di brevi periodi di ricovero presso le unità psichiatriche di un ospedale generale statunitense; su di un campione di 217 pazienti vengono effettuati, all'ingresso e all'uscita dal reparto, vari tests psicometrici e valutazioni cliniche, tra cui il DSQ di Bond e la BPRS. Vengono individuati diversi fattori correlati al miglioramento sintomatologico-quantificato mediamente in 8,5 punti BPRS, tra i quali una diminuzione delle difese immature (come nello studio di Akkerman non si riscontrano invece mutamenti nella frequenza dei meccanismi difensivi nevrotici e maturi).

Un altro metodo per la valutazione delle difese, uno strumento proiettivo basato sulle risposte a tre tavole del TAT, viene impiegato da Cramer e Blatt⁽¹⁹⁹³⁾ per una ricerca sui mutamenti dei meccanismi di difesa dopo un anno circa di ricovero in un piccolo ospedale psichiatrico aperto e psicoanaliticamente orientato. Nei 90 pazienti del campione (30% psicotici, 10% depressi o nevrotici, 60% disturbi della personalità gli autori hanno riscontrato un calo nell'uso di tutti i tipi di difese, correlato al miglioramento del quadro clinico.

Su questo sfondo trova quindi il suo significato un'indagine volta ad individuare un possibile nesso tra l'evoluzione dei meccanismi di difesa e il trattamento che si effettua durante un ricovero.

Si tratta di determinare, secondo criteri quanto più possibili oggettivi, le variazioni di un parametro psicodinamico in pazienti che

durante il ricovero non hanno ricevuto alcun trattamento psico terapeutico: è stato quindi necessario intervistare appositamente i pazienti per avere il materiale in base al quale valutare le difese.

La ricerca empirica in psicoterapia ha avuto modo di verificare l'attendibilità e l'oggettività di strumenti per la misura di parametri psicodinamici, analoghi al transfert ed ai meccanismi di difesa; si tratta però di strumenti che vanno applicati o su trascrizioni di sedute o su interviste cliniche psicodinamiche effettuate da personale formato; in mancanza di tale materiale si è quindi dovuto fare ricorso, introducendovi le necessarie modifiche, ad un modello di intervista semi-strutturata, l'intervista Paradigma di Aneddoti Relazionale, (RAP), originariamente concepito da Luborsky nel 1978 per raccogliere episodi relazionali ai fini della valutazione del cliché transferale.

Per la misura dei meccanismi di difesa ci si è serviti della *Scala di Valutazione dei Meccanismi di Difesa* elaborata da J.C. Perry nel 1990.

I pazienti del campione si trovano al momento del loro ingresso in ospedale in una condizione di grave scompenso psicopatologico: si tratta di bipolari in fase maniacale, di giovani all'esordio che saranno diagnosticati schizofrenici o di persone con lunga storia psichiatrica, già da tempo diagnosticate come psicotici cronici.

Durante il ricovero queste persone si trovano, per un breve periodo in un ambiente protetto che ha una funzione di contenimento di ciò che il paziente, data la sintomatologia acuta, non è più in grado di controllare. Nel reparto ci si propone di ottenere, utilizzando principalmente terapie di tipo farmacologico, una remissione dei sintomi acuti ed un miglioramento del quadro psicopatologico che consentano al paziente un inserimento anche al di fuori dell'ospedale. Essendo uno degli scopi di questo lavoro la verifica di una relazione tra eventuale modificazione dei meccanismi difensivi e remissione dei sintomi, questi ultimi sono stati valutati, all'ingresso e all'uscita, con una scala largamente usata, la *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall J.E. e Gorham D. R.),¹⁹⁶² si è inoltre tenuta accurata nota dei farmaci assunti dai pazienti durante tutto il periodo di ricovero.

Disegno di una ricerca e procedure per la formazione del campione

Come si è visto in precedenza, la letteratura sui meccanismi di difesa in ambiente ospedaliero è nel suo insieme, assai scarsa.

Ciò è particolarmente vero per quanto concerne la relazione tra questi parametri psicodinamici e la terapia farmacologica somministrata durante un periodo di ricovero, ed il nostro studio è stato condotto in un reparto in cui la farmacoterapia costituisce un momento essenziale delle cure prestate.

Questa ricerca non può mirare alla conferma di ipotesi preformulate, ma intende essenzialmente verificare l'applicabilità di metodi per l'osservazione di eventuali correlazioni significative tra l'assetto difensivo di ciascun paziente e le cure da lui ricevute.

A questo fine si sono valutati i meccanismi di difesa dei pazienti del campione al momento dell'entrata in reparto e alla dimissione, registrando contemporaneamente i sintomi mediante la BPRS; si è inoltre tenuta nota dei farmaci assunti da ciascuno durante il ricovero e della diagnosi formulata al momento della dimissione.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è il dispositivo, istituito nel 1978, che ha sostituito il ricovero manicomiale. In esso vengono ricoverati pazienti sia volontari che in Trattamento Sanitario Obbligatorio.⁽¹⁾ Durante il ricovero i malati vengono osservati per poter formulare una diagnosi e quindi impostare una terapia ed in seguito dimessi.

Nel periodo in cui ha avuto luogo la presente ricerca 163 persone diverse, di età compresa tra i 19 e i 65 anni, sono state ricoverate nel reparto maschile.

Trentacinque di loro hanno avuto due o più periodi di degenza; il numero totale di accettazioni è stato di 218. (Tabella n. 1) La durata media dei ricoveri ammonta a 24,99 giorni: 23 degenze sono durate meno di una settimana, mentre la stragrande maggioranza dei periodi di ricovero, circa 140, è compresa tra gli otto giorni ed il mese; sulla media influiscono pesantemente 10 ricoveri lunghissimi, due dei

Tabella 1; CARATTERISTICHE DEI RICOVERI IN SPDC DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLA RICERCA (1 ANNO)		
N° RICOVERI	218	
N° PAZIENTI RICOVERATI	163	
N° PAZIENTI PLURIRICOVERATI (%)	35	(21,5)
N° DURATA MEDIA DELLA DEGENZA (GG.)	25	
N° DI T.S.O (%)	87	(39,9)

quali superano i quattro mesi.

Le diagnosi formulate alle dimissioni sono riconducibili a quattro gruppi:⁽²⁾ I° gruppo: schizofrenia, disturbo delirante e altri disturbi psicotici; II° gruppo: disturbo dell'umore, IV° gruppo: disturbo d'ansia e altro; IV° gruppo: disturbo di personalità.

Le diagnosi che ricorrono con maggior frequenza (60%) sono quelle del primo gruppo; i disturbi di personalità ammontano a circa il 20%, mentre i disturbi dell'umore e le diagnosi del secondo gruppo rappresentano il 10% ciascuno. Circa il 40% dei ricoveri sono trattamenti sanitari obbligatori; in alcuni casi i pazienti sono giunti in pronto soccorso in conseguenza di questa procedura, in altri il TSO è stato richiesto e convalidato nel corso della degenza.

Come si è già avuto modo di sottolineare, la rarità degli studi empirici sull'evoluzione dei meccanismi di difesa in rapporto all'andamento di un ricovero psichiatrico non poteva non influire sul disegno di una ricerca in questo campo. Questo fattore, la necessità di avvalersi di strumenti utilizzabili da personale non psicoanaliticamente addestrato e le caratteristiche della popolazione considerata hanno da un lato condotto a scelte obbligate per quanto concerne gli strumenti da adottare e dall'altro non hanno consentito di stabilire a priori quali fossero le correlazioni più significative da investigare.

Si è deciso di valutare all'ingresso e all'uscita in reparto l'assetto difensivo di ciascun paziente mediante uno strumento già utilizzato più volte in ricerche condotte dal Servizio di Psicoterapia, la scala di Perry.

Tabella 2;

Età media del campione	34,75 (DS \pm 12,22)
No pazienti pluricoverati (%)	7 (35%)
Durata media della degenza	22,85
No di T.S.O.	11 (55%)

Per la raccolta del materiale necessario si è fatto uso di un'intervista semistrutturata, che veniva audioregistrata e poi trascritta per essere sottoposta alla valutazione indipendente di vari giudici che concordavano poi tra loro la siglatura definitiva.

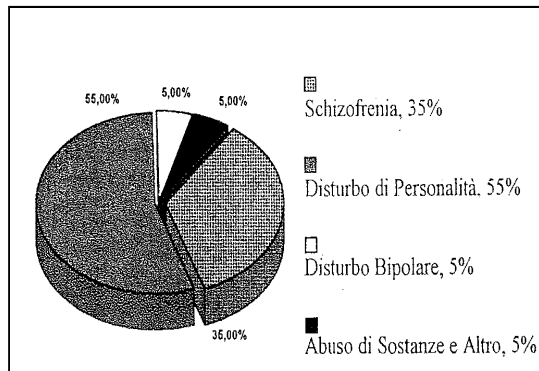
Contemporaneamente a ciascuna intervista si sono misurati i sintomi attraverso la BPRS.

La diagnosi, i dati personali, la terapia farmacologica, gli eventuali interventi riabilitativi e gli altri dati utilizzati per questa ricerca sono stati ricavati dalle cartelle cliniche.

Selezione del campione e strumenti

Per la selezione del campione non è stata seguita alcuna procedura formalizzata: tutta la popolazione è stata presa in considerazione a questo fine e si sono intervistati tutti i pazienti coi quali ciò è stato possibile, indipendentemente dalla diagnosi di accettazione, dall'età

Tabella 3; Le diagnosi relative al campione
 Schizofrenia 35%
 Disturbo di Personalità 55%
 Disturbo Bipolare, 5%
 Abuso di Sostanze e Altro. 5%



e dalla storia psichiatrica pregressa.

Benché molti pazienti siano stati ricoverati più volte nel lasso di tempo in cui la ricerca è stata condotta, essi sono stati ovviamente presi in considerazione una volta sola ai fini della costituzione del campione.

Non sono stati intervistati pazienti particolarmente sofferenti o aggressivi, per timore di aggravare situazioni psicopatologiche di difficile gestione anche all'interno di un reparto psichiatrico chiuso.

Si è anche ritenuto che ricoveri di durata inferiore alle due settimane non consentissero di valutare attendibilmente l'evoluzione delle difese.

Fondamentale per includere un paziente nel campione è stato il criterio del "consenso": a ciascuno è stato spiegato nel modo più esplicito possibile quale fosse lo scopo di questo lavoro, precisando sempre che le interviste non costituivano in alcun modo interventi terapeutici, bensì erano momenti di una ricerca clinica riguardante un parametro psicodinamico quale i meccanismi di difesa.

Ciò ha determinato un campione meno numeroso, in quanto non tutti i pazienti erano disposti a collaborare ad una indagine riguardante aspetti della loro personalità tuttavia si è mantenuta questa linea di condotta fino al termine della ricerca, non solo per motivi etici, ma anche perché ci si è accorti di come questa chiarezza aiutasse noi a raggiungere il nostro scopo e al tempo stesso fosse di aiuto anche al paziente a non essere inibito nel riferire episodi della propria vita di fronte ad un registratore.⁽³⁾

Numerosi pazienti, dodici, (7%) che avevano acconsentito alla prima intervista si sono rifiutati di sottoporsi alla seconda, mentre, quattordici pazienti, (8,5%) si sono rifiutati di fare anche la prima intervista. Circa quindici pazienti (9,2%), particolarmente sofferenti o aggressivi, non sono stati intervistati, mentre ventitré pazienti (14%) hanno avuto una degenza <di 2 settimane, periodo considerato troppo breve per eventuali modifiche dell'assetto difensivo.

In oltre il 20% dei casi l'operatore non è riuscito a seguire il mo-

dello della intervista RAP e quindi a raccogliere un numero sufficiente di episodi relazionali: soprattutto per quanto riguarda la prima intervista si sono incontrate notevoli difficoltà a far capire al paziente ciò che gli veniva richiesto, cioè di raccontare episodi reali della sua vita e non di dare una descrizione dettagliata dei propri sintomi o dell'evento da lui ritenuto causa del suo ricovero.

Tabella 4; Distribuzione di frequenza dei giorni di ricovero nel campione

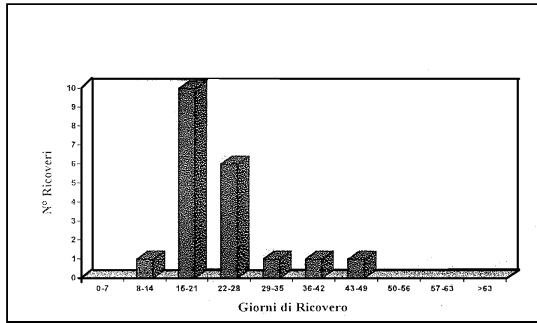


Tabella 5; BPRS all'ingresso e alle dimissioni

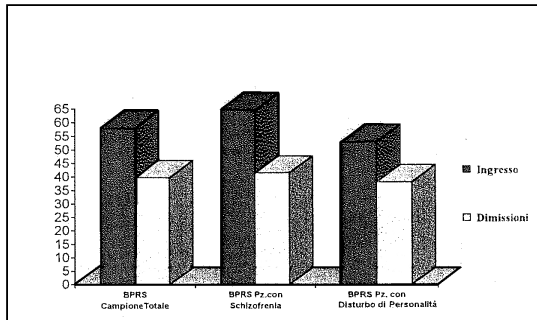
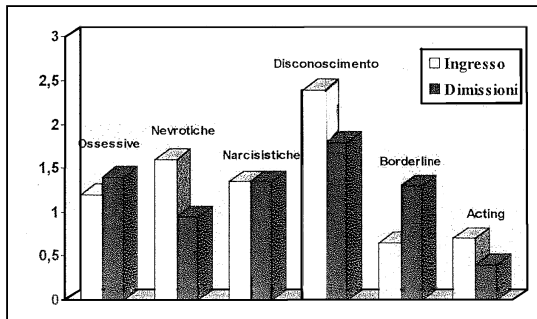


Tabella 6; Media delle difese all'ingresso e alle dimissioni



Il fatto che i pazienti descrivessero comunque in questo modo il loro stato di malessere riflette chiaramente quanto essi si attendevano che il personale del reparto chiedesse loro.

Al termine del periodo dedicato alla raccolta del materiale si sono ottenuti dati completi per un campione di venti pazienti (vedi tab. 2).

Il campione è composto da venti persone le cui diagnosi sono così distribuite:

I° gruppo: 5 diagnosi di schizofrenia indifferenziata,
1 di disturbo schizoaffettivo ed
1 di disturbo psicotico NAS;

II° gruppo: 1 disturbo bipolare;

III° gruppo: 1 abuso di sostanza;

IV° gruppo: 6 disturbi borderline di personalità,
3 disturbi di personalità NAS,
1 disturbo paranoide di personalità,
1 disturbo schizoide di personalità (vedi tabella 3).

La durata media dei ricoveri è stata di 22,85 giorni con una deviazione standard di 8,26, contro i 24,99 della popolazione, 55% dei ricoveri sono trattamenti sanitari obbligatori contro il 40% circa della popolazione; 10 pazienti sono stati ricoverati più di una volta nel considerato contro le 35 persone pluri-ricoverate della popolazione (tab. n. 4).

I sintomi sia all'ingresso che alla dimissione sono stati valutati mediante la BPRS (vedi tabella 5).

I meccanismi di difesa sia all'ingresso che alla dimissione sono stati valutati con la scala di Perry (DRMS) (tabella 6).

Analisi statistica

Analisi multivariata:

L'analisi multivariata permette di verificare ipotesi statistiche sulla base di osservazioni campionarie. Essa non è una semplice estensione delle tecniche univariate dato che nella maggioranza delle applica-

TABELLA 7; Fatt. 2 eigenvalues= 1.5886 % varianza totale = 26.47	
VARIABILI	MARKED LOADINGS
N. GIORNI	827776
ANTIPSIKOTICI	- 883170

TABELLA 8; Fatt. 3 eigenvalues= 1.1128 % varianza totale = 18.85	
VARIABILI	MARKED LOADINGS
STABILIZZATORI	804008
D. BPRS	- 858402

zioni, le variabili risultano essere tra loro interdipendenti.

Quando le variabili misurate sono numerose più analisi univariate applicate a singole variabili o a coppie di esse può portare a serie distorsioni nella comprensione del sistema di covariazione nella sua interezza cioè del reale andamento del fenomeno studiato o del risultato dell'esperimento.

I principali campi di applicazione dell'analisi multivariata si possono distinguere in due metodi:

- 1) Metodi atti alla verifica di ipotesi relative a campioni appartenenti a popolazioni diverse;
- 2) Metodi per la verifica di ipotesi relative a campioni estratti da una stessa popolazione ed adatti a chiarire i rapporti esistenti tra le variabili rilevate.

Nel nostro caso si tratta di unità di osservazione appartenenti ad una sola popolazione, le ipotesi di interesse riguardano le relazioni esistenti tra le variabili misurate sugli oggetti stessi più che la verifica delle differenze tra popolazioni. Si è reso necessario, ricorrendo all'analisi delle componenti principali, ridurre le dimensioni cioè il numero di variabili necessario a descrivere il campione, senza diminuire o almeno riducendo al minimo la quantità globale di informazioni: questo permette di analizzare più facilmente il fenomeno nel suo insieme, eliminando le informazioni ridondanti, e di maneggiare più

facilmente i risultati graficamente ottenendo una rappresentazione degli oggetti in poche dimensioni. Analisi delle componenti principali significa ricorrere a combinazioni lineari delle variabili misurate che rappresentano efficacemente la maggior parte del sistema di covariazione descrivendo in modo efficace gli oggetti del campione.

In questo studio abbiamo valutato l'evoluzione dei meccanismi di difesa in pazienti psichiatrici ricoverati. Lo scopo è quello di verificare, secondo criteri quanto più possibile oggettivi, delle correlazioni tra un parametro psicodinamico, i meccanismi di difesa, e l'ospedalizzazione di pazienti che ricevono un trattamento principalmente di tipo farmacologico e nessun trattamento psicoterapico.

Gli obiettivi sono:

- 1) Verificare la presenza di una possibile correlazione tra la durata del ricovero, la dose e la classe di un farmaco ed i sintomi misurati con la BPRS.
- 2) Correlare le variabili viste con la variazione dei meccanismi psicologici di difesa dell'Io misurati tramite la scala di Perry (DMRS).

Entrambe le ipotesi sono state valutate attraverso l'analisi delle componenti principali. Il numero di fattori individuato è stato ottenuto tramite il metodo dello scree-test e le variabili considerate presentano un marked loading $> .5$.

Risultati e conclusioni

Per verificare la prima ipotesi è stata fatta un'analisi delle componenti principali sulle seguenti variabili:

- 1) Durata del ricovero
- 2) Variazione della BPRS, cioè la differenza tra il punteggio all'ingresso e alla dimissione. Un valore negativo, quindi, indica un peggioramento della sintomatologia misurata tramite la BPRS.
- 3) Presenza dei farmaci (antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine, stabilizzanti del tono dell'umore.)

L'estrazione di tre fattori consente di valutare complessivamente il 77.9% della varianza totale del campione in esame.

Particolarmente interessanti risultano il secondo e il terzo fattore:

- dal secondo fattore (vedi tab. 7) si può osservare che la durata del ricovero è inversamente correlata alla dose di antipsicotico somministrata. Maggiore è la dose di neurolettico, minore è la durata del ricovero. Nessuna correlazione con la variazione della BPRS;
- dal terzo fattore (vedi tab. 8) si osserva una correlazione positiva tra lo stabilizzante dell'umore e la variazione della BPRS (miglioramento sintomatologico)

Per verificare la seconda ipotesi è stata fatta un'analisi delle componenti principali sulle seguenti variabili:

- 1) durata del ricovero;
- 2) variazione della BPRS;
- 3) presenza di farmaci. (Queste tre variabili sono state usate anche precedentemente);
- 4) variazione dei clusters delle difese. Per variazione si intende la differenza tra le difese all'ingresso e quelle alla dimissione. Un valore negativo significa che, al momento della dimissione, i meccanismi di difesa di quel determinato cluster erano meno presenti rispetto all'ingresso, viceversa se si ottiene un valore positivo cioè maggior presenza di difese alla dimissione rispetto all'ingresso.

Illustriamo il primo e il secondo fattore: dal primo fattore (vedi Tab 9) si può osservare come una bassa dose di benzodiazepine correlata ad una maggior presenza di difese narcisistiche e di acting alla

TABELLA 9; Fatt. 1		eigenvalues= 2.9863	% varianza totale = 24.88
VARIABILI	MARKED LOADINGS		
BENZODIAZEPINE			-.804434
NARCISISTICHE			.644256
BORDELINE			-.664782
ACTING			.640782

TABELLA 10; Fatt. 2 eigenvalues= 2.1758 % varianza totale = 18.13	
VARIABILI	MARKED LOADINGS
N. GIORNI	748469
ANTIPSIKOTICI	-.6548 14
OSSESSIVE	-.735855
DISCONOSCIMENTO	,762488

dimissione rispetto all'ingresso, viceversa sono meno presenti difese di tipo borderline sempre alla dimissione rispetto all'ingresso (queste ultime, infatti, hanno un valore negativo).

Ciò è stato originariamente sottolineato da Gardner e Cowdry (1985) che notarono che pazienti con disturbo borderline di personalità in trattamento con benzodiazepine (alprazolam), mostravano un marcato incremento della perdita del controllo.

Questa perdita di controllo è simile alla perdita dell'inibizione del comportamento aggressivo prodotta dalle benzodiazepine, osservata spesso nella pratica clinica.

Dal secondo fattore (vedi Tab. 10) si può osservare che un ricovero lungo è correlato con bassa dose di antipsicotico e con una minor presenza di difese di disconoscimento e di difese ossessive (sia le difese di disconoscimento che quelle ossessive hanno un valore negativo, ciò significa che al momento della dimissione erano meno presenti rispetto all'ingresso). Nessuna correlazione con la BPRS. Uno dei dati importanti emerso da questa ricerca è che il cambiamento dei parametri psicodinamici avviene indipendentemente dal cambiamento sintomatologico. Appare quindi giustificato l'utilizzo di indicatori diversi oltre quelli comunemente usati nella ricerca psicofarmacologica. Lo studio delle variabili psicodinamiche permette una comprensione migliore non solo del vissuto soggettivo del paziente ma consente anche una gestione più consapevole del trattamento farmacologico.

(1) Essendo scomparso ogni riferimento alla pericolosità sociale del malato di mente dal dispositivo legislativo che consente di ricoverare coattivamente il malato, le ragioni del ricovero possono essere solo strettamente sanitarie: necessità terapeutiche del ricovero stesso, impossibilità di trattare diversamente il paziente, suo rifiuto di farsi ri-

coprire pur avendone bisogno. La responsabilità attuativa del ricovero coatto spetta al sindaco, che provvede, dietro certificazione medica, a fare eseguire il ricovero stesso. Un sistema di controlli da parte della magistratura è prescritto al fine di evitare abusi.

- (2) Raggruppamenti diagnostici secondo Vaillant (1992).
- (3) Il registratore è stato un ostacolo insuperabile solo con pazienti affetti da patologie deliranti di tipo paranoide, per i quali lo strumento utilizzato assume un significato persecutorio.

Bibliografia

- ABLON S., CAUSON G.A., GOODWIN F.K. (1974), *Ego defense patterns in manic-depressive illness*, in *American Journal of Psychiatry* 131, pp. 803-07.
- AKKERMAN K., CARR P., LEWIN S. (1992), *Changes in ego defenses with recovery from depression*, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 10, pp. 43-52.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV*, in American Psychiatric Association, Washington.
- COOPER S.H., PERRY J.C., ARNOW D. (1988), *An empirical approach to the study of defense mechanism - Reliability and preliminary validity of the Rorschach defense scale*, in *Journal of Personality Assessment*, 52, pp. 187-203.
- CRAMER P. (1993), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology*, Springer, New York-Berlin.
- CRAMER P., BLATT S.J. (1993), *Change in defense mechanisms following intensive treatment...*, in CRAMER P., (1993).
- GARDNER D.L., COWDRY R.W. (1985), *Alprazolam induced dyscontrol in borderline personality disorder*, in *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 98-100.
- IHILEVICH D., GLESER G. (1986), *Defense mechanisms - Their classification, correlates and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*, DMI Associates, Owosso (MI).
- LIEBERMAN P.B., VON REHN S, et al. (1992). *Therapeutic effects of brief hospitalization : the role of a therapeutic alliance*. *J Psychother Pract Res* 1 (1): 56-63.
- LIEDTKE P., LEMPA E., KUENSEBECK N. (1991), *Aenderung der Konflikt bewaeltigung waehrend stationaerer Psychotherapie*, "Zeitschrift fur psychosomatische medizin" 36, pp. 79-88.
- LINGIARDI V., MADEDDU F. (1994) *I meccanismi di difesa - teoria clinica e ricerca empirica*, Cortina, Milano.
- LUBORSKY L. (1978), *The relationship anecdotes paradigm (RAP) interview: a TAT -like method using actual narratives*, unpublished manuscript.
- PERRY J.C. (1990) *Psychological defense mechanisms and the study of affective and anxiety disorders*, in Maser G.D., Colninger, C.R. (eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*, American Psychiatric Press, Washington.
- PERRY J.C. (1993), *An axis for defenses - a field trial at three sites*, in 146th annual meeting American Psychiatric Association, San Francisco, 22-27 maggio 1993, APA, Washington, pp. 215-16.
- PERRY J.C., COOPER S.H. (1985) *Psychodynamics symptoms and outcome in borderline and antisocialpersonality disorders and bipolar type II affective disorder*, in McGlashan, Th.

- (ed.), *The Borderline: Current empirical research*, American Psychiatric Press, Washington, pp. 19-41.
- PERRY J.C., COOPER S.H. (1986), *A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder*, in *Journal of American Psychoanalytic Association* 34, pp. 865-95.
- PERRY J.C., COOPER S.H. (1989) *An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and live vignette ratings*, in *Archives of General Psychiatry* 46, pp. 444-52.
- PLUTCHIK R., KELLERMAN N., CONTE H.R. (1979), *A structural theory of Ego defenses and emotions*, in Izard, C.E. (ed.), *Emotions in personality and psychopathology*, Plenum Press, New York, pp. 229-57.
- POLLOCK C., ANDREWS G. (1989), *Defense styles associated with specific anxiety disorders*, in *American Journal of Psychiatry*, 146, 11, pp. 51-60.
- SCHUELER D.E. et al. (1982), *Defense mechanisms in reactive and process schizophrenics*, in *Journal of Clinical Psychology*, 38 pp. 486-89.
- SEMRAD E.V., GRINSPOON L., FIENBERG S.E. (1973), *Development of an Ego Profile Scale*, in *Archives of General Psychiatry*, 28, pp. 70-77.
- SKODOL A.E., PERRY J.C. (1993), *Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV*, in *Comprehensive Psychiatry* 34, 2, pp. 108-119.
- TAUSCHKE E., HELMES E., MERSKEY H. (1991), *Evidence that defense mechanisms are more related to personality than to symptoms*, in *British Journal of Medical Psychology*, 64, 2, pp. 137-46.
- VAILLANT G.E. (1975), *Natural history of male psychological health III - Empirical dimensions of mental health*, in *Archives of General Psychiatry* 32, pp. 420-26.
- VAILLANT G.E. (1976), *Natural history of male psychological health V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment*, in *Archives of General Psychiatry* 33, pp. 535-45.
- VAILLANT G.E. (1983), *Childhood environment and maturity of defense mechanisms*, in Magnusson D., Allen V.L. (eds.), *Human development: an interactional perspective*, Academic Press, New York, pp. 343-52.
- VAILLANT G.E. (ed.) (1986), *Empirical studies of ego mechanisms of defense*, American Psychiatric Press, Washington.
- VAILLANT G.E. (ed.) (1992), *Ego mechanisms of defense - A guide for clinicians and researchers*, American Psychiatric Press, Washington.
- VAILLANT G.E. (1985), *Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis II personality disorders*, in *Archives of General Psychiatry* 42, pp. 597-601.

Salvatore Freni

Elementi di Farmacoterapia psicodinamica applicata all'antipsicotico Clozapina*

Per chi mi conosce e ha frequentato i miei seminari clinici, penso che le cose che dirò siano note.

Vorrei partire da alcune considerazioni generali, che si possono trovare in Gabbard o in altri testi che cominciano a circolare anche in Italia. Vorrei partire dalla questione della "compliance" che nella pratica della psicofarmacoterapia rimane un grave problema, visto che, tra i pazienti schizofrenici, circa il 48% abbandona le terapie farmacologiche nel primo anno di trattamento e che la percentuale sale al 74% entro i primi due anni. Si è anche visto che in generale i pazienti seguiti ambulatorialmente non seguono la terapia, secondo prescrizione, in una percentuale che oscilla dal 25 al 94%.

Perché ho voluto citare questi dati? Perché l'efficacia della farmacoterapia può essere accresciuta da una comprensione psicodinamica del processo terapeutico, perché si pongono problemi non tanto sull'azione del farmaco, ma su come il paziente lo vive, come risponde soggettivamente all'impatto con il farmaco e con la procedura con cui esso viene prescritto, sulle reazioni dei familiari o comunque sull'economia generale del disturbo psichico.

Per fare un discorso del genere bisogna però partire un po' più da lontano e prendere atto del fatto che oggi l'antica querelle *biologismo contro psicologismo viceversa* si è rivelata sterile e dannosa.

Luborsky esaminando 26 studi di ricerca che valutavano il trattamento combinato, ha trovato che l'approccio combinato era più effi-

* Intervento al "Seminario di aggiornamento degli operatori psichiatrici" della Unità Operativa di Psichiatria USSL n. 29 di Monza, 29.10.1996.

cace della sola psicoterapia o della sola farmacoterapia. Sul piano scientifico si dimostra sempre di più soprattutto nel campo della schizofrenia, che siamo di fronte a patologie estremamente complesse dove elementi biologici, intrapsichici, relazionali, legati alle prime esperienze di attaccamento e di apprendimento, si interconnettono in modo molto complesso ed estremamente difficile da districare.

Non c'è alcun dubbio che i farmaci neurolettici siano di importanza fondamentale nel trattamento della schizofrenia. Dubito che oggi chiunque possa dire di poter trattare uno schizofrenico, nel senso stretto e rigoroso del termine, senza l'aiuto dei farmaci antipsicotici.

Essi hanno dimostrato di ridurre i sintomi psicotici, riducono le probabilità di ricadute (le ricadute avvengono quasi sempre in relazione a sospensione dell'assunzione dei farmaci o a un uso scorretto dei farmaci stessi) e riducono la durata dei ricoveri. Detto questo, però, non c'è alcun dubbio che una serie di effetti collaterali, che possono anche portare alla sospensione del farmaco, sia da parte del paziente, sia da parte del prescrittore, non sono attribuibili al fattore biologico, alla farmacodinamica o alla farmacocinetica.

Negli anni '60-70 si tendeva ad attribuire a problemi legati al metabolismo del farmaco il fatto che esso non venisse utilizzato come doveva. In realtà questa visione non ha ricevuto sostanziali conferme se non in casi eccezionali. Si è invece sviluppato un filone di ricerca che origina da Sarwer-Foner, verso la fine degli anni '50 (allora il farmaco di riferimento era la clorpromazina) e che è continuato con Ostow e altri. Sono stati ricercatori veramente molto coraggiosi, perché erano psichiatri con formazione psicoanalitica che già allora segnalavano alla comunità scientifica psicoanalitica e psichiatrica la necessità di studiare psicoanaliticamente i farmaci, sostenendo anche l'opportunità di usarli.

Queste ricerche hanno evidenziato che gli effetti collaterali quasi sempre danno lucido a un vissuto sgradevole nel paziente, modificano un certo assetto mentale che, in modo, è ego-distonico rispetto a un'identità raggiunta oppure a un modo di essere o a un profilo dina-

mico del paziente. Quasi sempre questi pazienti tendono a sospendere la farmacoterapia o a farla male e diventano altamente psicotici. Sembra quasi che l'aspetto psichico nel senso più soggettivo del termine, dello schizofrenico che, come dice Gabbard, è il bersaglio su cui andrà a finire il farmaco e da cui poi ci attendiamo una risposta e in base a cui valutiamo anche gli effetti del farmaco, non esista. Non sono stati adeguatamente indagati i fattori intrapsichici che portano alla sospensione dei farmaci né quelli che giustificano le variazioni, soprattutto le meno attese, in conseguenza di una farmacoterapia.

Sarwer-Foner fu il primo che notò il cosiddetto effetto paradosso da fenotiazine che si verifica nei pazienti maniacali trattati con forti dosi di clorpronazina. Questi anziché sedarsi si eccitano ancor di più perché gli agitati, irrequieti, eccitati, trattati con fenotiazine, tendono ad avere una risposta paradossale che si manifesta con maggiore eccitazione?

Sono i pazienti che bevono tanti caffè, che vogliono andar fuori e a volte scappano, si stremano, ma resistono al sonno. Ciò è dovuto al fatto che il paziente maniacale ha un'immagine grandiosa di sé ha dei meccanismi di difesa di tipo diniego, negazione, che servono a contrastare una condizione interiore scissa e negata di debolezza e di terrore della morte. Nel momento in cui si sente coartato e represso si sente costretto ad una condizione depressiva, che, appunto, contrasta con l'immagine di sé difensivamente grandiosa. Da qui il problema dei suicidi di pazienti molto sedati. Si è visto in un lavoro (Van Putten et al.)¹⁹⁷⁶ che i pazienti schizofrenici che abbandonano i farmaci sono quelli che hanno un nucleo grandioso, maniacale, onnipotente e che vivono il farmaco come un oggetto estraneo che spegne questa condizione per loro essenziale; vivono in senso ego-distonico il trattamento e, per loro, è solo uno pseudo-miglioramento quello che agli altri appare un grande miglioramento, perché tentano disperatamente di attaccarsi a questi nuclei grandiosi del sé.

Quindi i pazienti trattati con neurolettici, all'uscita dalla guarigione psichiatrica, ammesso che di guarigione si tratti, presentano spes-

so reazioni depressive, talvolta gravi, associate a un sentimento di svuotamento di sé e, molte volte, i tentativi di suicidio o i suicidi avvengono in queste condizioni.

Per valutare attentamente le situazioni legate al trattamento farmacologico è indispensabile andare a studiare l'organizzazione difensiva del soggetto, le sue relazioni oggettuali, le interferenze che il farmaco comporta nel momento della riparazione e della reintegrazione del Sé. Il paziente può perfino rifiutare il farmaco perché non sopporta un eccesso di guarigione; è come se realizzasse un insight spaventoso del proprio passato, della propria storia di malattia, in un momento in cui ormai la malattia è diventata uno stile di vita e appare improponibile un cambiamento. E come se dovesse rinascere una nuova persona, risvegliandosi da uno stato ipnotico che dura fin dall'età infantile.

Non vanno poi sottovalutati i significati simbolici del farmaco stesso che hanno i caratteri del transfert, per cui dobbiamo pensare l'oggetto farmaco come un oggetto di transfert.

Questo oggetto, considerato in sé dal punto di vista psicologico e relazionale, è un oggetto sconosciuto, perché il farmaco è un oggetto chimico che ha degli effetti noti attraverso gli studi biologici e di psicofarmacologia clinica; ma nella relazione soggettiva è sconosciuto.

Sul piano soggettivo, cioè quando parlo con il paziente fondando il mio dialogo sul sapere che scaturisce dalla nostra relazione, io sul farmaco non posso dire niente; posso solo dire che gli studi provenienti da altri modi di conoscere dicono che potrebbe funzionare così ma nel sapere che nasce dal nostro rapporto il farmaco rimane un oggetto ignoto, sconosciuto, che dovremo imparare a conoscere insieme col paziente nel corso del processo terapeutico avviato dalla nostra relazione.

È un oggetto muto, molto potente, che per larga parte agisce indipendentemente da me, dal paziente, quindi non c'è alcun dubbio che verrà investito di tutta una serie di significati benefici, "maligni, farmaco salvavita/farmaco veleno" e tutte le altre cose che la mente

umana può immaginare. Oggi dire che un farmaco modifica l'assetto difensivo della persona, che in qualche modo interferisce con tutta l'area della pulsionalità e quindi delle modulazioni emozionali, non scandalizza nessuno.

Un altro problema molto importante, specifico per i neurolettici, è che i neurolettici, nella misura in cui dimostrano dei grossi effetti sulla cenestesi, sulla motricità cambiano di per sé l'immagine corporea del soggetto. Un soggetto schizofrenico, che magari ha già sintomi di depersonalizzazione, sotto l'effetto di farmaci neurolettici subisce una serie di trasformazioni dell'immagine di sé che può acuire la depersonalizzazione, la può anche migliorare, comunque altera l'immagine corporea che il paziente ha di se stesso.

È molto importante considerare molto attentamente tutte queste cose perché il problema finale che ne deriva è come esse verranno incorporate nei sistemi intrapsichici del paziente, rispetto al tipo di credenze che il paziente svilupperà consciamente o inconsciamente, in relazione a tali modificazioni di cui è oggetto.

Queste considerazioni indicano l'importanza del fatto che il trattamento neurolettico debba essere meno costrittivo, meno coartante, più modulato e progressivo.

Gli studi sulla compliance della clozapina indicano che essa è migliore rispetto a quella dei neurolettici tradizionali. Su questo incide certamente il fatto che la terapia con clozapina è molto più "assistita". La cosa che colpisce è che, mentre c'è una vastissima letteratura sulle variazioni biochimiche, sociali, sintomatiche, descrittive di effetti collaterali, c'è pochissima letteratura sugli aspetti psicodinamici del paziente in trattamento con clozapina.

Di fronte a un farmaco come la clozapina, che sembra essere più dolce, più modulante, meglio tollerato sul piano neurologico, con una sedazione più tollerata, ci si può aspettare una minore costrizione ed evitare uno svuotamento totale.

Questa primavera, in occasione di una conferenza tenuta da Weinberger, che è un ricercatore neurobiologo molto noto, con cui

uno psicoanalista può interloquire in modo creativo, si è convenuto sul fatto che la clozapina si configura come un farmaco antipsicotico a sé rispetto ai neurolettici tradizionali sia per i differenti meccanismi e siri neurobiologici di azione, sia per la netta e superiore efficacia, sia, infine, per le diverse risposte psicodinamiche presentate dai pazienti. La letteratura più divulgata indicherebbe che tutto questo sarebbe legato al maggiore e ampio spettro recettoriale di questo farmaco. Tuttavia tale spiegazione non mi sembra soddisfacente perché anche ricorrendo ad associazioni di farmaci diversi, attivi su siti recettoriali diversi, non si determina un analogo risultato. Ed io sono grato a Weinberger, ha dato una spiegazione topologica alla mia ragionevole insoddisfazione; secondo i suoi dati di ricerca con tecniche di brain-imaging, la clozapina è diversa dagli altri farmaci soprattutto perché si va a situare nelle vie che dai nuclei sottocorticali si irradiano alla corteccia prefrontale, mentre gli altri farmaci sembrano disporsi in modo diverso e comunque non raggiungono le stesse strutture. Ritengo questo dato molto prezioso perché oltre alla modulazione della pulsionalità ci fornisce, per ragionevole inferenza, una possibile spiegazione della modulazione degli assetti affettivo-ideativi e del fatto che il farmaco sembra in modo migliorare anche le funzioni cognitive. Questo dato potrebbe fare preferire un razionale terapeutico su base puramente neurobiologica.

Alla domanda se in questo modo il salto invalicabile tra le spiegazioni biologiche e quelle psico-analitiche che attribuiscono molta responsabilità della psicosi a un grave deficit dei processi di simbolizzazione, non poteva, a questo punto, essere visto in una visione bioculare un po' più articolata, Weinberger rispondeva che trovava molto interessante questa prospettiva, anche se lui di psicoanalisi e di simbolizzazione non se ne intende; ma comunque trovava ragionevole ipotizzare che i deficit cognitivi descritti potessero avere a che fare con questa ipotesi.

Un Autore che mi ha molto influenzato e sostenuto in tale convinzione è Grotstein, che ha pubblicato due articoli che io ritengo straordinari nella prospettiva dell'integrazione del trattamento delle psico-

si e che mostrano come noi spesso, nei confronti dei pazienti schizofrenici, abbiamo un atteggiamento sbagliato che parte da pregiudizi ideologici.

Se pensiamo che la schizofrenia è un danno puramente psicologico, abbiamo un'aspettativa di guarigione dal lavoro psicoterapeutico, se invece partiamo dall'idea di un danno biologico pensiamo che non ci sia niente da fare. Ed invece dobbiamo pensare di stare trattando un soggetto che probabilmente è portatore di un deficit biologico specifico, che Grotstein chiama danno neurodinamico e che distingue dai danni psicodinamici, per cui è possibile influenzare psicodinamicamente non tanto la guarigione del danno neurodinamico, ma la possibilità che il soggetto ha di potervi far fronte. Utilizza la metafora della fisioterapia: il fisioterapista prende atto e discrimina i vari tipi di danno e aiuta il paziente a sviluppare una capacità protesica che gli consente di funzionare al meglio, pur in presenza di deficit definitivi. Un modello di questo genere vanifica la distinzione tra schizofrenici da curare o da non curare, tra indicazioni e controindicazioni, mentre richiede la necessità di un atteggiamento più corretto dal punto di vista sia concettuale, che relazionale. In questi anni molti psicoanalisti e psicoterapeuti hanno sposato l'idea della integrazione farmacoterapia-psicoterapia.

Io stesso ho usato l'espressione psicofarmacopsicoterapia per definire la situazione che si crea quando lo stesso terapeuta, o anche due che collaborano, dà farmaci e psicoterapia contemporaneamente. Quello che invece bisogna ricercare è un atteggiamento relazionale diverso, come segnala Grotstein, che si esprime nella capacità di praticare una clinica molto più raffinata, capace di differenziare questi diversi aspetti, cosa che la psichiatria del DSM non può consentire, perché è molto grossolana rispetto a questa sorta di microscopia diagnostica.

In questa prospettiva la storia della clozapina ha ribaltato le posizioni, in quanto era stata presentata dagli psichiatri biologisti e dalle stesse aziende (*le aziende farmaceutiche sono biologiste!*) come il farma-

co che avrebbe risolto la schizofrenia, per cui la psicoterapia sarebbe stata spazzata via. Ma le limitazioni ematologiche ed i rischi connessi hanno indotto, rispetto a questo farmaco, anche nei protocolli di ricerca, cosa che non era mai accaduta prima, un'assistenza relazionale così intensiva da configurare quasi una psicoterapia, inconsciamente parlando, cioè psichiatri costretti a vedere almeno settimanalmente il paziente e nei casi iniziali di ricovero tutti i giorni.

Allora il paradosso qual è ? *il farmaco più potente ha richiesto un'assistenza psicologica più intensiva* ! È un paradosso come quello descritto da Sarver-Foner per cui un neurolettico induce un maggiore eccitamento maniacale; in questo caso un farmaco induce nel terapeuta una prestazione psicologica più intensiva. È un fatto straordinario e lo dico anche con una certa ironia, sono sorti una serie di problemi di compliance e di rifiuto da parte dei biologi, molti dei quali stanno cominciando a rigettare il farmaco perché non intendono, non sanno, non possono, non sopportano di avere una relazione più vicina con i loro pazienti. I biologi sono abituati a dare una ricetta e a vedere il paziente dopo quindici giorni, dopo un mese; lo psicoterapeuta invece sa vedere i pazienti non meno di una volta alla settimana, gli psicoanalisti li vedono 4-5 volte alla settimana, quindi è chiaro che viaggiamo su pianeti diversi, in quanto a relazioni con i pazienti. Il fatto straordinario è che un farmaco richieda relazioni, che vanno ben al di là della faccenda della agranulocitosi. Da questa prospettiva, essa, oltre a rappresentare una doverosa e puntuale preoccupazione per la salute del paziente, rischia di diventare una grave razionalizzazione che maschera la paura, l'angoscia dello psichiatra rispetto alla propria difficoltà a stabilire e mantenere una relazione psicoterapeutica col paziente. Quindi assieme al transfert che il paziente mette in atto rispetto al farmaco in sé o al farmaco in quanto sostituto o derivato del terapeuta o di altre figure, dei suoi personaggi interni ed esterni, esiste tutta una problematica controtrasferale delle persone che si occupano dei pazienti in clozapina, legate da un lato all'angoscia dell'evento fatale, alle preoccupazioni biologiche, ai granulociti, ma, dall'altro, fundamentalmente legato a tutto

l'insieme delle variazioni che ho descritto all'inizio del mio discorso, rispetto alle quali questo farmaco sembra essere molto più ricco e variegato dei farmaci tradizionali.

Vi cito il caso di uno dei primi pazienti che abbiamo trattato con clozapina: un giovane di 33 anni con un delirio molto radicato, sistematico; credeva di essere figlio di marziani, per cui lui non è di questa terra; da qui probabilmente poi scantonava sull'idea di essere Gesù Cristo, anche se, palesemente, non lo ha verbalizzato. La sua biografia invece qual era? Era stato un bambino abbandonato dalla madre e cresciuto in ambienti istituzionali. Era stato trattato con aloperidolo e con numerosi altri farmaci, era stato ricoverato in un reparto di lungodegenza da dove era stato inviato a noi per una riabilitazione, in regime di trattamento sanitario obbligatorio. Il paziente aveva questa immagine di sé grandiosa, onnipotente, che gli consentiva appunto di pensarsi in una dimensione di sé potente e straordinaria; quindi reagiva male a tutti questi farmaci, si arrabbiava, scappava, coerentemente con quanto descritto da Sarwer-Foner, da Van Putten e da altri sulla influenza dei fattori soggettivi nella risposta al farmaco. Abbiamo deciso di dargli la clozapina e nell'arco di tre settimane, un mese, il paziente ha avuto un cambiamento straordinario: non delirava più! Dopo di che ha cominciato a piangere, a disperarsi perché voleva cercare la mamma che lo aveva abbandonato; ha avuto un insight folgorante che lui, altro che marziano, era stato un bambino abbandonato e non poteva tollerare questa condizione, per cui doveva scappare per andare a cercare questa madre e chiederle per quali ragioni l'avesse abbandonato. È stato un impatto molto angosciante per noi; una volta preso atto che noi non potevamo fornirgli una madre sostitutiva, abbiamo deciso di sospendere il farmaco a questo paziente, il quale poi è tornato a delirare come prima e quindi a non cercare più la madre. Una terapia del genere si giustifica solo se noi riusciamo a creare una madre sostitutiva. Per creare una madre sostitutiva con un paziente del genere occorre un terapeuta, possibilmente una donna, che si dedichi quasi

intensivamente a lui, creando un transfert massiccio con tutti i rischi che questo comporta. Oppure bisogna creare una rete di contenimento sempre disponibile 24 ore su 24 ad accogliere le nuove insistenti domande del paziente. Si è trattato di un caso limite anche per gli psicoterapeuti che pure sanno che cosa comportano casi simili in termini di prestazioni, di drammi umani, personali e familiari.

In altri pazienti invece, che avevano lunghi anni di malattia con discinesie tardive, abbiamo avuto risultati splendidi sia sul piano delle discinesie, sia sul piano sintomatico e, contrariamente ai farmaci tradizionali che danno un senso di svuotamento, i pazienti sotto clozapina non sembrano andare incontro a questa condizione e quindi anche l'umore si mantiene a livelli sintonicamente accettati dal paziente.

Ricordo un caso che era emblematico di mezza psichiatria milanese; un omaccione grande e grosso, che si aveva tentato anche d'impiccarsi vent'anni prima, con una lunga storia psichiatrica di oltre 25 anni e con una famiglia molto ambivalente che lo voleva a casa, ma che non sopportava l'aggressività del paziente, trattato con i farmaci più disparati con scarsissimi risultati. Ebbene, in clozapina questo paziente ha avuto un grosso miglioramento, soprattutto per quanto riguarda una sorta di stabilizzazione della sintonia emotiva rispetto ai suoi deliri. In questo paziente il delirio non era sistematizzato, lui pensava di ricevere raggi, comunicazioni, influssi da parte dei marziani; disegnavo, era stato un disegnatore, dei fumetti con storie di marziani, uomini robotici, esseri corazzati (*forse una descrizione dei curanti incontrati?*); era molto bello questo perché aveva questo strano rapporto egosintonico con questo mondo interno così popolato; però sotto l'effetto dei farmaci tradizionali, all'improvviso, veniva a dire: « dottore, allora dobbiamo morire oggi, domani, muoio prima io o prima lei? » All'improvviso, queste angosce di morte! Con la clozapina questo specifico elemento è andato gradualmente a scomparire e questo fatto ha reso possibile ai vecchi genitori di riprenderlo in casa, mentre prima lo rifiutavano.

Prima, ad esempio, andava dalla madre per controllare se era viva o morta scuotendola, e questo fatto alla lunga diventava intollerabile; solo l'aver ottenuto dei risultati in questa area circoscritta ha reso possibile la convivenza in casa di questo paziente.

Un'altra paziente di 30 anni, che dall'età di 18 aveva un quadro schizoaffettivo, con ricadute piuttosto frequenti, un ambiente familiare molto disturbante, trattata con litio più o meno associato a neurolettici, quand'era su, antidepressivi quando era giù con viraggi improvvisi. Quando giunse da me, mandatami da una psicoterapeuta, decisi di trattarla con litio e clozapina a bassi dosi. Da allora non ha più avuto nessuna ricaduta, continua la sua terapia, i familiari si sono tranquillizzati perché non più esposti a tali cambiamenti così incomprensibili; ha dei gravi deficit cognitivi e soprattutto metacognitivi molto resistenti e difficili da superare. Io temo che la psicoterapeuta che se ne sta occupando, non tenesse in seria considerazione il suggerimento di Grotstein, potrebbe trovarsi di fronte ad un grave impasse del processo psicoterapeutico, perché potrebbe aspettarsi dei grandi cambiamenti delle capacità cognitive di questa persona, mentre essa sente di non poter realizzare più di tanto.

Se riuscisse a lavorare come suggerisce Grotstein, probabilmente otterrebbe risultati migliori, in quanto aiuterebbe la paziente a prendere in esame i propri deficit e attivare le sue risorse autodiagnostiche e autoterapeutiche rispetto alla gestione dei farmaci e di altri rimedi, imparando così a differenziare meglio ciò che può ragionevolmente ottenere dagli aiuti socio-riabilitativi e psicoterapeutici e ciò che può ottenere dai farmaci usati in modo corretto.

Grotstein usa una metafora molto efficace descrivendo questi pazienti come "orfani del reale". Vuol significare che il paziente psicotico, già da bambino, vive come immerso in un mondo iperreale che non comprende, perché incapace di simbolizzare. In mancanza della capacità di simbolizzazione il mondo appare ai loro occhi popolato da oggetti e personaggi che li investono, li attraversano, li perseguitano. Non giocano con gli altri bambini, non sanno giocare, imitano

il gioco degli altri, ma non sentono il sentimento del gioco, non sentono il gioco come una espressione di creatività che promana dal mondo interno.

Perché si scompensano a 13, 16, 20 anni? Forse per ragioni legate all'espressività genetica come suppone la psichiatria biologica. Forse, anche perché è l'età della sessualità, delle relazioni sentimentali, che richiedono capacità di intimità di espressione degli affetti, cose per le quali non sono sufficientemente attrezzati.

È molto frequente riscontrare nella pratica clinica una difficoltà nel gestire una relazione sentimentale-sessuale tra i fattori scatenanti l'esordio della malattia nel senso psichiatrico del termine.

Nella psichiatria biologico-descrittiva tali elementi sono ritenuti di scarsa rilevanza, mentre la psichiatria psicoanalitica sa quanto peso abbiano in termini di stima di sé, di immagine di sé, di capacità relazionale e così via. Quello che noi vediamo in psichiatria, quando il paziente è francamente psicotico, non è altro che la rottura finale di un processo psicopatogenetico che ha già avuto un suo lungo iter. E allora perché aspettare, per dare un certo farmaco, che tutti gli altri non funzionino, perché aspettare anni in compagnia di terapie spesso inefficaci?

Oggi disponiamo di conoscenze che fungono da criteri guida sufficientemente raffinati sul piano clinico per poter definire, di fronte ad un soggetto psicotico, il trattamento elettivo capace di dare il miglior risultato rispetto ad una specifica condizione. Però per quanto riguarda la clozapina ritorna ancora una volta la questione dell'agranulocitosi. Vedremo quali razionalizzazioni costruiremo quando e se faranno il loro ingresso, sul mercato, farmaci più potenti della clozapina o potenti a pari merito, ma privi di effetti collaterali così inquietanti come il rischio di agranulocitosi; può darsi che allora la clozapina scomparirà dal mercato.

Scomparirà o perderà di importanza la necessità di andare verso una farmacoterapia psicodinamica o psicofarmacopsicoterapia?

Il caso “clozapina”, in conclusione, ci insegna che in futuro, più i farmaci saranno potenti e specifici, più avranno bisogno di assistenza psicoterapeutica o comunque di psichiatri che, pur senza mettere in atto una vera e propria psicoterapia, sappiano capire il transfert, il controtransfert, anche quello legato all’atto stesso della prescrizione del farmaco.

Il paradosso della psicofarmacologia contemporanea risiede nel fatto che un farmaco più è potente più ha bisogno di assistenza psicologica. Così è proprio questa psicofarmacologia che dà una straordinaria conferma al fondamento dell’interpretazione psicoanalitica del sintomo: esso è al contempo l’espressione di un deficit, una disfunzione (*in varia misura biologica, psicologica e sociale*) e un tentativo sia pure mal riuscito di darsi un equilibrio, una identità a cui il paziente si aggrappa affermando il proprio diritto ad essere folle per sottrarsi alla disperazione e/o al suicidio.

Bibliografia

Questo scritto proviene dalla trascrizione di un nastro magnetico che aveva registrato una presentazione orale guidata da una semplice traccia scritta. Ho preferito mantenere il tono colloquiale del mio intervento; pertanto questo è uno scritto un po’ anomalo rispetto agli standard richiesti dalle presentazioni in forma scritta destinata ai congressi o alla pubblicazione su riviste scientifiche. Fatta questa premessa mi limiterò a fornire le seguenti voci bibliografiche:

GABBARD G., (1994), *Psychiatry in Clinical Practice*, American Press, nuova edizione basata sul DSM-W, edizione italiana: *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

GROTSTEIN J. S., (1995), *Orphans of the “Real”*: I, *Some modern and post-modern perspectives on the neurobiological and psychosocial dimensions of psychosis and other primitive mental disorders*, in *Bulletin of the Menninger Clinics*, 59, 3, pp. 287-311.

S. Freni, A. Crico, M. Verga, G. Jannuzzi, D. Viganò, G. Penati

Valutazione empiricamente fondata degli effetti psicodinamici dei farmaci antipsicotici

Questo studio è nato dall'esigenza di verificare la fattibilità di una procedura di valutazione del trattamento con neurolettici che integrasse i comuni criteri della ricerca psicofarmacologica clinica, essenzialmente basata sull'uso di rating scales sintomatologiche e sulla diagnosi secondo il DSM-IV grazie all'utilizzo di modelli indicatori di cambiamento derivati dalla ricerca empirica in psicoterapia; in particolare i modelli relativi ai conflitti relazionali del paziente più ricorrevoli (CCRT, Luborsky)¹⁹⁹⁰ e ai meccanismi di difesa dell'Io (DMRS, Perry)¹⁹⁹⁰ già utilizzati a livello internazionale e che hanno prodotto risultati quantificabili, attendibili e replicabili (Bergin, Garfield).¹⁹⁹⁴ Scopo di tale approccio è quello di valutare gli effetti dei farmaci sul piano psicodinamico.

La somministrazione ulteriore di due questionari, la ROMI (Weiden et al.)¹⁹⁹⁴ per le influenze relazionali, familiari, culturali sull'accettazione della terapia e la Scheda per la valutazione delle tre componenti della consapevolezza di malattia (David)¹⁹⁹⁰ tradotte per l'occasione in italiano e utilizzate a scopo personale, ha permesso un'indagine più approfondita all'interno del vissuto del farmaco nel paziente schizofrenico.

Tale razionale che ha guidato questo studio di fattibilità come proposta di ricerca integrata è legato a diversi presupposti.

Innanzitutto il problema "ancora aperto" (Pancheri)¹⁹⁹⁶ del non mantenimento del trattamento psicofarmacologico mai indagato adeguatamente dalla ricerca in psicofarmacologia clinica come hanno sot-

Cattedra di Psicoterapia Istituto di Clinica Psichiatrica Università degli Studi di Milano-Ospedale Maggiore di Milano Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

tolineato Kemp e Hayward et al.⁽¹⁹⁹⁶⁾ vista la scarsità della letteratura riguardo alle problematiche inerenti alla non compliance dei pazienti psicotici.

Infatti, data l'efficacia ormai nota della terapia con neurolettici nei disturbi psicotici (Davis et al.)¹⁹⁸⁷ e le conseguenze potenzialmente devastanti delle riacutizzazioni (Cold),¹⁹⁹⁴ la non compliance rappresenta una delle maggiori cause prevenibili di morbidità psichiatrica (Kane).¹⁹⁸³

Tra i più potenti fattori predittivi della compliance vi sono l'atteggiamento verso il trattamento e la consapevolezza della malattia (Marder et al.);¹⁹⁸³ (Kelly et al.)¹⁹⁸⁷ aspetti culturali e il gruppo etnico di appartenenza (Selwood, Tarrier),¹⁹⁹⁴ la risposta al trattamento, gli effetti collaterali, i sintomi (ad es. deliri sui farmaci, o di grandezza) (Van Putten),¹⁹⁷⁴ (Van Putten, Crumpton)¹⁹⁸⁷ e la relazione tra paziente e curanti (alleanza terapeutica).

Sono state proposte molte strategie per migliorare la compliance Falloon,¹⁹⁸⁴ Goldstein¹⁹⁸⁷ e Kemp¹⁹⁹⁶ nota, citando alcuni studi (Eckman et al.^{1990,92} Streicker et al.¹⁹⁸⁶ Boczkowski et al.¹⁹⁸⁵) come sia necessario l'utilizzo di principi psicodinamici per comprendere e migliorare la compliance nei pazienti psicotici.

In un loro lavoro di ricerca Kemp et al.⁽¹⁹⁹⁶⁾ hanno misurato la compliance prima e dopo un intervento cognitivo-comportamentale teso a migliorare l'insight e l'assunzione della terapia nel paziente (*Compliance therapy*).

In questo studio abbiamo cercato di mettere in luce talune caratteristiche proprie del paziente prima e dopo l'intervento farmacologico in un normale medio regime di ricovero ospedaliero, cercando le possibili correlazioni tra il piano clinico sintomatologico e quello psicodinamico portando così a livello di ricerca la problematica ormai diffusa sul piano della pratica clinica relativa al trattamento terapeutico integrato che noi definiamo "*psicofarmaco-psicoterapia*".

Infatti considerare e rielaborare assieme al paziente la funzione del farmaco sia nei suoi aspetti di oggetto chimico-biologico sia nei suoi

aspetti più propriamente fantasmatici all'interno di una cornice relazionale terapeutica che assume i connotati di setting tradizionalmente attribuiti alla tradizione psicoterapeutica, migliora la compliance e l'esito stesso della terapia con neurolettici come ben è descritto in Gabbard,⁽¹⁹⁹⁴⁾ oltre che da Klerman,⁽¹⁹⁹⁴⁾ Kaplan & Sadock⁽¹⁹⁹⁶⁾ e da altri autori.

Questa ricerca una volta dimostrata la sua effettiva fattibilità potrebbe permettere quindi un'indagine più complessa di ciò che cambia in un trattamento basato quasi esclusivamente su un approccio farmacologico, orientando verso nuove ipotesi esplicative utili per l'applicazione su vasta scala di un approccio che integri le esigenze di una psicofarmacologia clinico-medica con l'esigenza di una psicofarmacologia psicodinamica finalizzata al miglioramento complessivo della cura. In questa ricerca abbiamo voluto confrontare il vissuto dei pazienti schizofrenici in trattamento con clozapina con quello di pazienti in trattamento con aloperidolo. La clozapina, farmaco atipico, di efficacia dimostrata su pazienti *non o partial responder* rispetto agli antipsicotici tradizionali, con un buon effetto sulla sintomatologia negativa, ha spiazzato l'ipotesi dopaminergica della schizofrenia e stimolato le successive scoperte in campo neuro-biologico soprattutto in vivo con l'utilizzo di tecniche di neuroimaging abbinata a test neuro-psicologici per la valutazione dei miglioramenti cognitivi.

Se il trattamento con antipsicotici non è mai sufficiente, questo risulta ancora più evidente se si sposta il target della terapia farmacologica dal sintomo allo spettro delle funzioni cognitive assai compromesse nella schizofrenia per definizione legata ad un deterioramento progressivo.

Ormai sembra comprovato da diverse ricerche che l'efficacia particolare della clozapina, a differenza degli antipsicotici tradizionali, risiede anche in un miglioramento cognitivo-affettivo.

Questo confermerebbe le ipotesi di un maggiore coinvolgimento delle aree prefrontale e mesolimbica, influenzate direttamente dalla clozapina, nella patofisiologia della malattia spostando a livello cor-

ticale la possibile soluzione del problema per anni confinata soprattutto a livello sottocortice, bersaglio dei primi farmaci antipsicotici e causa degli spiacevoli effetti collaterali (Pancheri).¹⁹⁹⁶

Un'indagine di valutazione in senso psicodinamico del trattamento con clozapina potrebbe portare ad una migliore comprensione della sua peculiarità e questo principalmente per due ordini di motivi.

Il primo riguarda anche il trattamento con neurolettici tradizionali e rimanda al problema del mantenimento della terapia. La letteratura clinica spesso riporta descrizioni di comportamenti particolari, paradossali, non spiegabili in chiave biochimica o non ritenuti di rile-

OBIETTIVI DELLA RICERCA
• le verifiche della effettiva possibilità di una tale metodologia di ricerca
• ricerca di correlazioni tra le diverse variabili clinico-descrittive e psicodinamiche sulla base del trattamento farmacologico ospedaliero.
• ricerca di correlazioni tra cambiamenti psicodinamici nei due cluster di pazienti in trattamento con farmaci tipici e atipici.
• individuazione di correlazioni con caratteristiche di compliance e noncompliance.
• verifica dell'applicabilità del metodo riguardo a: costi e tempi della sua attuazione.

vanza particolare e delegati ad un intervento riabilitativo successivo. D'altra parte diversi autori si sono soffermati su queste considerate come reazioni alla terapia, considerando una possibile interpretazione secondo modelli psicodinamici riguardanti il vissuto del paziente nel rapporto psichiatra-farmaco-paziente, la peculiarità dei meccanismi di difesa dell'Io schizofrenico, i conflitti relazionali riproposti in ambito ospedaliero, la non risposta farmacologica per "effetti psicodinamici avversi" (Nevins).¹⁹⁹⁰

In secondo luogo le difficoltà rilevate nel trattamento con clozapina, dovute al continuo monitoraggio ematico e alle preoccupazioni relative al possibile manifestarsi di un'agranulocitosi, hanno sottolineato l'importanza di una collaborazione più stretta tra curante e

paziente che comprendesse l'oggetto farmaco ed i vissuti transferali e controtransferali da esso suscitati.

L'indagine degli aspetti psicodinamici del trattamento con clozapina potrebbe quindi rilevare modificazioni nelle capacità relazionali e comportamentali utili al mantenimento e all'esito della terapia farmacologica stessa perché utilizzabili in un intervento psicoterapeutico volto ad aiutare il paziente a rielaborare e dotare di senso e significato la nuova condizione che si crea nel suo mondo interno e nei suoi rapporti col mondo esterno sotto l'influenza del farmaco.

Ai fini di questo studio abbiamo utilizzato alcuni modelli applicati nel campo della ricerca in psicoterapia: il Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) di Luborsky^(1984,1990) e la scala di valutazione dei meccanismi di difesa dell'Io (DEFENSE MECHANISMS RATING SCALE) di Perry,⁽¹⁹⁹⁰⁾ entrambi già tradotti in italiano e validati.

Disegno della ricerca

Si tratta di una ricerca ancora in corso sul modello degli open trials psicofarmacologici, quindi sulla base di uno studio naturalistico che non necessita di un gruppo di controllo.

Metodologia e strumenti

Lo studio di ricerca è stato effettuato presso il reparto maschile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Sono stati selezionati pazienti ricoverati con diagnosi di Schizofrenia e Disturbi Correlati (DSM-IV) previo loro consenso, di età compresa tra i 18 e 65 anni, di sesso maschile, in trattamento con neurolettici.

- *Al momento del ricovero o entro due giorni dall'ingresso:*
 - 1) Sono stati registrati i dati anamnestici su schede standardizzate.
 - 2) Per la valutazione dei sintomi è stata somministrata la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*; Kay et al.),¹⁹⁸⁷ mediante un'in-

intervista semistrutturata integrata con la consultazione dei medici curanti e delle cartelle cliniche.

- 3) Per la valutazione dei meccanismi di difesa e del CCRT è stata somministrata la RAP (Relationship anedoctes paradigm interview, Luborsky),¹⁹⁹⁰ un'intervista semistrutturata audioregistrata.
- 4) Infine è stata utilizzata la ROMI (Rating of Medication Influences) di Weiden et al.⁽¹⁹⁹⁴⁾ intervista semistrutturata per i fattori che influenzano il vissuto del farmaco:
 - si è registrata la media dei dosaggi dei neurolettici (aloperidolo e clozapina) assunti durante il ricovero mediante i dati ottenuti dalle cartelle cliniche;
 - al momento delle dimissioni a ciascun paziente sono state somministrate nuovamente le scale PANSS. e la RAP audioregistrata. Inoltre per la valutazione delle tre componenti di consapevolezza della malattia è stata utilizzata la scheda apposita di David,⁽¹⁹⁹⁰⁾
 - la valutazione dei meccanismi di difesa e del CCRT è stata eseguita sulle trascrizioni delle interviste RAP audioregistrate da due gruppi indipendenti di valutatori esperti.

Il Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) di Luborsky⁽¹⁹⁹⁰⁾ è un modello operativo empiricamente fondato correlato al transfert inteso come ripetizione di cliché di transfert che si sono configurati nelle relazioni precoci e si ripetono nelle relazioni significative della vita attuale. Si tratta cioè di un modello di conflitto relazionale caratteristico della persona individuato sulla base delle sue componenti: desideri, bisogni, intenzioni (W), risposte dell'oggetto a questi desideri (RO) e risposte del Sé (RS).

La Scala di Valutazione dei Meccanismi di Difesa dell'Io (DMRS) di Perry⁽¹⁹⁹⁰⁾ che comprende sette clusters di difese (ACTING, BORDERLINE, NEGAZIONE, NARCISISTICHE, altre NEVROTICHE, OSSESSIVE, MATURE) per un totale di 28 meccanismi di difesa, organizzati e valutati secon-

do una gerarchia sulla base del grado di adattività proprio di ciascuna difesa.

La valutazione dei parametri psicodinamici è stata realizzata sulle trascrizioni delle interviste RAP audio-registrate, da valutatori esperti, utilizzando apposite schede standard secondo le istruzioni dei rispettivi autori.

La PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*; Kay et al.),¹⁹⁸⁷ è organizzata secondo 30 item su tre scale distinte: 7 item per i sintomi positivi, 7 item per i sintomi negativi, e 16 item per i sintomi psicopatologici generali. La scala dei sintomi generali è stata realizzata per studiare quella componente della sintomatologia psicopatologica che non risulta inquadrabile mediante l'adozione di un semplicistico criterio di negativo-positivo.

Per la valutazione del vissuto del farmaco in relazione alla compliance e alla non-compliance del paziente è stata utilizzata la Rating of Medication Influences (ROMI; Weiden et al)¹⁹⁹⁴ costituita da un questionario in due parti (compliance e non compliance) per un totale di 20 domande, riguardanti: la situazione abitativa, il luogo di trattamento, il regime dei farmaci prescritti, l'atteggiamento globale del paziente verso il trattamento e i farmaci, l'atteggiamento globale della famiglia e dello staff che si prende cura del paziente, verso il trattamento e i farmaci.

La scheda per la valutazione delle tre componenti di consapevolezza di malattia (David)¹⁹⁹⁰ è un questionario in otto domande atto a valutare: la consapevolezza della malattia, la capacità di riconoscere le esperienze psicotiche come abnormi ed il mantenimento della terapia (compliance).

Selezione e caratteristiche del campione

Per la selezione del campione sono stati presi in considerazione solo i pazienti diagnosticati all'accettazione con diagnosi di Schizofrenia o Disturbi Psicotici correlati di età compresa tra i 18 e i 65 anni.

Fondamentale per includere un paziente nel campione è stato il criterio del “consenso”.

Il campione è costituito da 14 pazienti di sesso maschile con diagnosi di Schizofrenia o Disturbi Correlati, ricoverati presso il Padiglione Guardia II dell’Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nel periodo fra il 30 maggio 1996 e il 7 febbraio 1997. Durante questo periodo sono stati individuati 24 pazienti con i requisiti richiesti (età, diagnosi), di questi, 7 hanno rifiutare la registrazione della prima intervista RAP; 3 hanno rifiutato di completare lo studio di ricerca.

Diagnosi

Per i 14 pazienti formanti il campione è stata formulata la diagnosi seguente da parte dei responsabili del reparto:

- 5 (35,7%) Schizofrenia Indifferenziata, 295,9
- 3 (21,4%) Disturbo Psicotico Breve, 295,8
in Disturbo di Personalità Borderline 301,83
- 3 (21,4%) Schizofrenia Paranoide 295,3
- 2 (14,2%) Schizofrenia Residua 295,6
- 1 (7,1 %) Schizofrenia Disorganizzata 295,1

La causa del ricovero per 12 pazienti è stata la riacutizzazione della sintomatologia psicotica, per 2 pazienti il tentato suicidio.

Età

I pazienti, tutti maschi, celibi, hanno un’età compresa tra i 28 e i 48 anni, con una media di 35,74 (DS 5.32). L’età di esordio della malattia è compresa tra i 17 e i 29 anni con una media di 21,07 (DS 4.04).

TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)

Cinque (35,7%) pazienti sono stati ricoverati con TSO, gli altri 9 con ammissione volontaria.

Durata del ricovero

La durata del ricovero oscilla tra i 14 e gli 80 giorni, con una media di 34,64 giorni (DS 21.23).

Livello socio-culturale

Tutti i pazienti sono celibi, 10 vivono presso la famiglia d'origine, 4 vivono da soli. Tre pazienti sono laureati, quattro hanno conseguito il diploma di maturità, due il diploma di scuola professionale, due pazienti hanno terminato le scuole medie inferiori, uno non le ha terminate. Solo due pazienti continuano a lavorare (come pranoterapeuta e impiegato).

Risultati

I pazienti componenti il campione sono stati divisi di volta in volta in diversi gruppi o clusters ai fini della correlazione statistica:

1. Sintomatologia prevalente: P-Positivo/N-Negativo/X-Indifferenziato
 2. Farmaci assunti durante il ricovero: Tipico (Aloperidolo) - Atipico (Clozapina)
 3. Valori della ROMI (influenze sul farmaco): Compliance/Non-compliance
 4. Risposta al trattamento farmacologico (> 30% di diminuzione sulla PANSS totale): Responder/Nonresponder
- 1) È stata considerata la dimensione psicopatologica sulla base delle indicazioni del manuale della PANSS (Pancheri et al)¹⁹⁹⁵ che ha permesso l'individuazione di tre dimensioni (Tabella I):

TAB I: DELLA SCHIZOFRENIA (P/N/X) e CATEGORIE DIAGNOSTICHE (DSM-IV)					
cluster P		cluster N		cluster X	
n= 1	295.9	n= 1	295.9	n= 3	295.9
n= 3	295.8	n=2	295.6	n= 1	295.3
n= 1	295.1				
n= 2	295.3				

- **POSITIVA (P):** pazienti con un punteggio all'ingresso $> 0 = 4$ in almeno 3 item della scala positiva della PANSS e con tutti gli item della scala negativa < 4 ;
- **NEGATIVA (N):** pazienti con un punteggio all'ingresso $> 0 = 4$ in almeno 3 item della scala negativa della PANSS e < 4 in tutti gli item della scala positiva;
- **INDIFFERENZIATA (X):** i pazienti non classificabili nelle altre due dimensioni

Dalla classificazione ulteriore dei pazienti schizofrenici secondo le dimensioni individuate tramite i punteggi della PANSS valutata all'ingresso (Tab. I) risulta evidente come parlare di schizofrenia spesso sia fuorviante e come la pratica clinica e il trattamento farmacologico spingano la ricerca a considerare i singoli aspetti psicopatologici del processo morboso anche con l'utilizzo di strumenti specifici atti alla valutazione del funzionamento mentale dei gradienti di simbiosi o della condizione autistica, dei processi di simbolizzazione.

Tabella II: CONFRONTO TRA PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON ALOPERIDOLO (TIPICO) E CLOZAPINA (ATIPICO)

	TIPICO: n = 9	ATIPICO: n = 5
Diagnosi (DW-IV)	n= 3: Schiz. Indifferenziata 295.9 n= 1: Schiz. Residua 295.6 n= 2: Schiz. Paranoidea 295.3 n= 3: Dist. Psicotico Breve 295.8	n= 2: Schiz. Indifferenziata 295.9 n= 2: Schiz. Disorganizzata 295.1 n= 1: Schiz. Residua 295.6 n= 1: Schiz. Paranoidea 295.3
Durata trattamento (Media \pm DS)	28,8gg. \pm 14,3	45,2 gg. \pm 28,9
Terapia (dosi \pm medie)	Aloperidolo (4,5 - 5,5 - 6 - 6 - 8 - 8 - 12 - 12,5 mg)	Clozapina (300-400-400-400-400 mg)
PANSS TOTALE (t2-t1)	-31,9 \pm 7,8	-30,55 \pm 3,4
PANSS item sint Positivi	-45,1 \pm 10	-38,4 \pm 3
item sint. NEGATIVI	-15,3 \pm 6,5	-20 \pm 2,6
item sint. Psicop. Generale	-30,4 \pm 5,8	-31,8 \pm 1,7
GMS2 - GMS1	-0,4 \pm 0,8	+0,34 \pm 0,1
Meccanismi di difesa (r2-r1)		
Cluster 1 - Acting out	-0,1 \pm 1,9	-1,6 \pm 0,8
Cluster 2 - Boredine	-0,55 \pm 2,1	-0,6 \pm 1,3
Cluster 3 - Diniego	-0,77 \pm 2,2	-1,6 \pm 1,1
Cluster 4 - Narcisistiche	-0,1 \pm 2,1	-0,8 \pm 2
Cluster 5 - Ossessive	-0,1 \pm 2	-1,6 \pm 1,6
Cluster 6 - Altre nevrotiche	-0,45 \pm 2	-0,4 \pm 0,3
Cluster 7 - Mature	-0,11 \pm 0,6	-0,2 \pm 0,4

2) I 14 pazienti sono stati trattati con neurolettici TIPICI (aloperidolo) e ATIPICI (clozapina). Nella Tabella II sono riportati in sintesi la diagnosi, la terapia, il miglioramento sintomatologico medio valutato sulla PANSS e le variazioni medie della maturità globale dei meccanismi di difesa (GMS) e dei singoli meccanismi di difesa dell'Io secondo la DMRS di Perry⁽¹⁹⁹⁰⁾ dei pazienti trattati con aloperidolo e clozapina.

Come si può notare dalla tabella II i dati più interessanti che emergono dal confronto tra i due campioni di pazienti mostrano come ad un decremento della sintomatologia quasi sovrapponibile tra i due cluster corrisponda invece una diversa risposta psicodinamica al trattamento. Il gruppo di pazienti trattati con clozapina presenta infatti una diminuzione dei meccanismi di difesa più primitivi (Acting out, Borderline e Diniego) e un aumento del punteggio di maturità (GMS) dei meccanismi di difesa utilizzati, indice questo di un maggior grado di adattamento, non riscontrabile nei pazienti che hanno assunto aloperidolo. Nei pazienti del cluster Tipico si ha infatti una tendenza all'aumento dei meccanismi di difesa più primitivi e disadattivi (cluster 1, 2, 3), sottolineata dalla diminuzione della maturità globale (GMS), segno questo sul quale torneremo più avanti, che può essere spiegato nei termini di un effetto coartante e regressivante prodotto dal farmaco antipsicotico.

Questo tipo di analisi ha un valore puramente descrittivo visto il campione ancora ridotto di pazienti e l'eventuale disomogeneità

Tabella III: valori di compliance e non compliance (romi) delle tre componenti di consapevolezza di malattia (scheda di david; 1990) in pazienti in trattamento con clozapina e aloperidolo

	ROMI Compliance	ROMI Non Compliance	Consapevolezza
Atipico (media $\hat{\pm}$ DS)	13 \pm 2,9	23,4 \pm 4,9	6,4 \pm 2,3
Tipico (media $\hat{\pm}$ DS)	15 \pm 3,3	21,6 \pm 3	7,5 \pm 4,3

delle diagnosi cliniche; tuttavia confrontata con i risultati dell'analisi statistica mostra una tendenza per noi molto incoraggiante ai fini di proseguire la ricerca.

- 3) Le caratteristiche dei valori della ROMI (*punteggi di compliance e non compliance*), e della Scheda per le tre componenti della consapevolezza di malattia non hanno dato risultati particolarmente significativi (Tab. III) nel confronto fra i due gruppi di pazienti in trattamento con farmaco tipico e atipico.
- 4) Sulla base della risposta sintomatologica al farmaco valutata sul miglioramento nel punteggio globale della PANSS del 30% (Pancheri et al)¹⁹⁹⁵ si sono potuti dividere i pazienti in due cluster responder e non responder (Tab. IV).

Analisi statistica

Nonostante il campione ridotto abbiamo cercato di correlare i dati per testare le possibilità della metodologia di ricerca e per convalidare ulteriormente il razionale che l'ha guidata.

Le indagini sono state svolte in quattro direzioni:

a) Correlazione significativa tra sintomatologia e variabili psicodinamiche

È stata eseguita una analisi di correlazione semplice di Pearson ($p < 0.05$) tra: variazioni corrette delle variabili sintomatologiche (T2 - T1/T3) relative ai punteggi della PANSS totale, e variazioni (T2 - T1) delle variabili psicodinamiche, cioè clusters 1-7 dei meccanismi di dife-

Risposta > 30% alla PANSS totale	Responder > 30%	Non Responder < 30%
PAZIENTI TOTALI	7 (50%)	7 (50%)
ATIPICO (clozapina)	3 (60%)	2 (40%)
TIPICO (aloperidolo)	4 (44,4%)	5 (55,5%)

Tabella V; Variabili psicodinamiche in aumento in correlazione significativa ($p=0,05$) con miglioramento della sintomatologia (PANSS)

CLUSTER 2 (DIFESE BORDERLINE: scissione, identificazione proiettiva)

W1	Impormi, essere indipendente	W 8	Riuscire ad aiutare gli altri
RO 3	Sconvolto, ferito, ansioso, non controllabile	RO 6	Disposto ad aiutarmi, collaborante
RS 3	Rispettato e accettato	RS 4	Ostacolo gli altri e li ferisco

sa dell'Io, clusters delle componenti del CCRT: Desideri (W1- 8). Risposte dell'Oggetto (RO 1-81). Risposte del Sé (RS1-8). Si è rilevato che il miglioramento dei sintomi misurato dal punteggio globale della PANSS, è correlato con la diminuzione di quasi tutte le variabili psicodinamiche (Global Maturity Score (GMS) diminuisce). Il miglioramento globale dei sintomi alla PANSS totale mostra una correlazione significativa con l'aumento delle variabili illustrate nella Tabella V.

b) Confronto tra cluster di pazienti: TIPICO vs ATIPICO

Analisi t-test per gruppi indipendenti: farmaci atipico vs tipico

Sono state confrontate le medie nelle modificazioni delle variabili psicodinamiche per ciascuno dei due cluster di pazienti: ATIPICO (clozapina), TIPICO (aloperidolo) ($P < 0,05$)

Gli unici valori risultati significativi nel confronto risultano essere anelli relativi a:

- CLUSTERS 3 DIFESE DI DINIEGO (negazione, proiezione, razionalizzazione)
- RO1 (l'altro è visto come: FORTE DISTACCATO E INDIPENDENTE)

RS5 (Risposta del Sé dotato di autocontrollo) risulta essere correlato allo stesso modo ma non in maniera significativa ($p=.052128$). Nel cluster ATIPICO si ha una diminuzione delle difese del CLUSTER 3 di RO1 (e RS5) mentre nel cluster TIPICO si ha un mantenimento o lieve aumento delle stesse variabili. Un'analisi della varianza ha confermato questi dati come significativi (vedi Fig. 1).

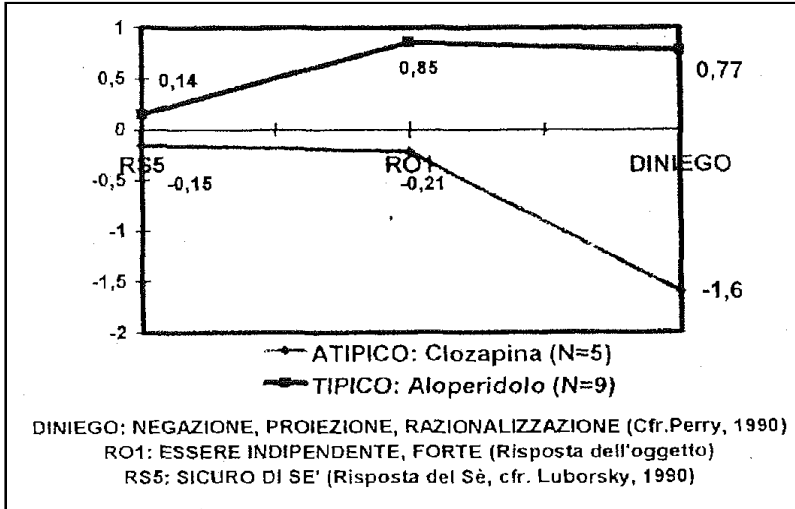


Fig. 1; confronto medie (T-test) nella variazione dei parametri psicodinamici in pazienti trattati con Clozapina (atipico) Aloperidolo (tipico)

c) Correlazione significativa tra sintomatologia valori ROMI all'ingresso

Dall'analisi delle correlazioni semplici tra decremento della sintomatologia e valori di compliance e di non-compliance della ROMI (Rating of Medication Influences) somministrata all'ingresso si sono avuti i valori significativi illustrati nella Tabella VII.

Dalla correlazione semplice ($p < 0.05$) tra: i valori della ROMI relativi ai punteggi totali ottenuti nei questionari per la COMPLIANCE e per

Tabella VI; Valori significativi al confronto tra le medie (T-Test) delle variabili psicodinamiche nei gruppi di pazienti trattati con clozapina (Atipico) e Aloperidolo (Tipico)				
Variabile psicodinamica	ATIPICO	TIPICO	t-value	p=
CLUSTER 3	- 1.6	,77778	t-value -2.20740	p=.047502
RO1	- 2.1717	,08556	t-value -2.77934	p=.016671

Tab. VII: Correlazione significativa tra sintomatologia e valori romi all'ingresso

ROMI (ingresso)	PANSS Totale	Positiva	Negativa	Psicopatologia generale
Compliance	-.1862* p=.000	-.2413* p=.000	.1491* p=.000	-.0261 p=.312
Non Compliance	-.4071* p=0.00	.1032* p=.000	-.5374* p=.000	-.5201* p=.000

la NON COMPLIANCE (valori +) e i valori di miglioramento (T2 - T1 /T1) dei punteggi della PANSS totale, positiva, negativa e di psicopatologia generale (valori -) è stato rilevato che: pazienti con alti punteggi per la ROMI Compliance all'entrata correlano positivamente con il miglioramento della sintomatologia positiva e negativamente con la PANSS negativa. Pazienti con all'ingresso alti valori nel punteggio della ROMI NON COMPLIANCE correlano positivamente con un miglioramento dei sintomi negativi oltre che nella PANSS totale.

Sembrirebbe che una buona risposta dei sintomi negativi al trattamento corrisponda a priori con alti valori della NON COMPLIANCE che potremmo considerare come vissuto soggettivo del farmaco prima del trattamento ospedaliero risultante dal questionario ROMI somministrato all'ingresso.

d) Confronto tra cluster di pazienti: RESPONDER/NON RESPONDER; P/N/X

Non si sono avuti valori significativi nelle seguenti ricerche:

- Analisi discriminante per la ricerca di correlazioni tra i 2 cluster RESPONDER/NON RESPONDER e i cluster 1-7 dei meccanismi di difesa dell'Io e la GMS relativi all'ingresso.
- T-test per gruppi indipendenti: confronto tra le medie delle modificazioni nelle variabili psicodinamiche del CCRT nei due clusters RESPONDER vs NON RESPONDER. L'essere responder o non responder non sembra quindi correlabile con la risposta psicodinamica.
- L'analisi della varianza per la ricerca di fattori predittivi legati alla sintomatologia prevalente P/B/X e le variazioni psicodinamiche

ha mostrato che non c'è alcuna correlazione tra P/B/X e risposte psicodinamiche.

Interpretazione dei dati e discussione

I risultati ottenuti non sono chiaramente conclusivi in quanto rappresentano l'elaborazione dei primi dati di una ricerca ancora in corso. Tuttavia le ipotesi esplicative che ne derivano e che rappresentano una chiave di lettura, appaiono confermare le evidenze cliniche riportate in letteratura sia psicofarmacologica sia legata alla psicodinamica degli effetti del farmaco e possono essere riassunte in quattro punti:

- a) aumento di difese borderline, ambivalenza al CCRT e miglioramento sintomatologico;
- b) diminuzione e difese di diniego specifica per il cluster ATIPICO (clozapina);
- c) miglioramento dei sintomi negativi per alti valori di non-compliance (ROMI) all'ingresso;
- d) diagnosi e risposta al farmaco non sono correlabili con le variazioni psicodinamiche.

Aumento di difese borderline, ambivalenza al CCRT e miglioramento sintomatologico

Dalla correlazione tra variazioni sintomatologiche e psicodinamiche risulta infatti che al decremento della sintomatologia si correlano un aumento delle difese BORDERLINE (scissione ed identificazione proiettiva) e delle componenti del CCRT W1, W8, RO3, RO6, RS3, RS4 che mostrano una particolare ambivalenza tipica della persona affetta da schizofrenia. La regressione dell'assetto difensivo totale (GMS) a difese più primitive, in pazienti trattati con aloperidolo, neurolettico tradizionale, conferma la letteratura (Nevins,¹⁹⁷⁷ Jacobson,¹⁹⁷¹ Arlow & Brenner,¹⁹⁶⁹; Federn,¹⁹⁵⁰).

Un'ipotesi dell'aumento dei meccanismi di scissione in seguito al

trattamento con neurolettici tradizionali o tipici potrebbe derivare dal vissuto negativo degli effetti del farmaco, il quale coartando gli aspetti cognitivo-affettivi del paziente lo priverebbe della di delirare o allucinare, comportando la presenza di uno stato trasformato, diverso, più vulnerabile e mal sopportabile.

Diminuzione delle difese di diniego nel cluster "atipico" (clozapina)

In seguito all'introduzione dei primi antipsicotici diversi autori (Sarwer-Foner,^{1957,60} Azima & Sarwer-Foner,¹⁹⁶⁰ Kline,¹⁹⁵⁶ Nevins,^{1977,90}) notarono come l'assunzione di una terapia neurolettica provocasse un cambiamento nell'assetto difensivo e questo, secondo Nevins, è particolarmente vero per alcune difese primitive come il diniego.

Le difese di DINIEGO (proiezione, razionalizzazione, negazione, secondo Perry,⁽¹⁹⁹⁰⁾ introdotte da Freud in La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi⁽¹⁹²⁴⁾ permetterebbero al soggetto psicotico di "rin-negare la realtà cercando di rimpiazzarla" (p. 41), rappresentando una reazione forte, aggressiva nei confronti di quei sentimenti di perdita, impoverimento, mancanza d'aiuto propri del paziente psicotico soprattutto se viene sottratta o smontata con un artificio biochimico (il farmaco) la possibilità di sopravvivere in una propria realtà delirante (Nevins).¹⁹⁹⁰ Attraverso la negazione della malattia, il paziente schizofrenico desidera essere pazzo (Van Putten)¹⁹⁷⁶ e ciò, spesso rappresenta l'unica via verso la salvezza: "pazzo ma salvo" (Grotstein).¹⁹⁹⁵

- 1) Correlando i risultati statistici con quelli clinici relativi al trattamento con un farmaco TIPICO tradizionale (aloperidolo) si può notare che la risposta sulla PANSS relativa alla sintomatologia positiva è in media più alta sia per l'effetto coartante del farmaco stesso sia per la particolarità di alcuni pazienti presenti nel cluster Tipico con diagnosi di Disturbo Psicotico Breve in personalità Borderline. In questo cluster in media, si è osservato un innalzamento delle difese BORDERLINE (scissione e identificazione proiettiva) e una diminuzione della maturità globale dei meccanismi di difesa (GMS) e quindi del grado di adattività all'ambiente esterno,

facilitando in questo modo l'espressione di impulsi aggressivi emergenti (difese di acting out) (Kline)¹⁹⁵⁶. Il neurolettico TIPICO, diminuendo l'iper-suscettibilità e l'ipervulnerabilità costituzionale tipiche del paziente schizofrenico, porterebbe ad una diminuzione brusca dei sintomi positivi, deliri e allucinazioni comunque avvertiti dal paziente come utili nel mantenimento della sua omeostasi intrapsichica. L'incapacità di organizzare un delirio può essere sentita come una perdita debilitante e quindi come un vissuto del farmaco negativo con conseguente aumento dei meccanismi di scissione delle parti cattive e proiezione di queste sulle figure terapeutiche del reparto ospedaliero. Si verrebbe così ad avere una "reazione psicodinamica avversa" (Nevins)¹⁹⁷⁷ evidenziata dal CCRT sul piano relazionale (l'altro visto come forte, intrusivo), con una tendenza a negare (difese di DINIEGO) il proprio stato di malattia e a complicare la già complessa relazione paziente-farmacoterapeuta e le effettive possibilità di intervento riabilitativo.

- 2) La Clozapina (ATIPICO) sembrerebbe agire diversamente soprattutto sul piano psicodinamico (Fig. 1). La diminuzione delle difese di DINIEGO, di RO1 (l'altro visto come forte, indipendente) e di RS5 (ho autocontrollo) confermerebbero i dati dell'osservazione clinica sull'efficacia della clozapina (maggiormente rappresentata nel cluster atipici). Infatti l'effetto più modulato di questo anti-psicotico, meglio sopportato dal paziente che spesso *appare più vivo* (Green,¹⁹⁹⁶ Meltzer,¹⁹⁹⁶) è legato ad una sua probabile maggior attività a livello della corteccia prefrontale (Weinberger & Lipska,¹⁹⁹⁵ Pancheri,¹⁹⁹⁶) corrisponderebbe alla diminuzione delle difese che tendono a mantenere lo status quo più adattivo per il paziente (delirio, allucinazioni, sé grandioso onnipotente) portando ad una maggior disponibilità (diminuzione di RO1 e RS5 aumento di GMS) a farsi curare. La significativa riduzione del DINIEGO infatti comporta una maggiore capacità di insight e una migliore disposizione ai rapporti oggettuali oltre che una maggiore capacità espressiva.

Miglioramento dei sintomi negativi per alti valori di non-compliance all'ingresso

I punteggi di NON-COMPLIANCE correlano con il decremento della sintomatologia globale ma soprattutto di quella negativa considerata difficilmente attaccabile dalla terapia con neurolettici. In altre parole un paziente con alti punteggi di NON-COMPLIANCE alla ROMI, somministrata all'ingresso, correla in maniera significativa con una diminuzione della sintomatologia negativa. Ci si potrebbe domandare allora se la definizione di sintomi negativi sia la più appropriata. In questo caso un'ipotesi in chiave psicodinamica potrebbe considerare le caratteristiche di NON-COMPLIANCE al trattamento come legate ad una "controreazione" descritta tra gli *effetti psicodinamici collaterali* da Nevins.⁽¹⁹⁹⁰⁾ Questa controreazione all'effetto del farmaco sposterebbe il paziente dalla dimensione negativa, autistica, a quella più positiva, delirante, con incremento delle difese di DINIEGO caratteristiche di un atteggiamento di non compliance.

Diagnosi e risposta al farmaco non sono correlabili con le variazioni psicodinamiche

Per ciò che riguarda invece la possibilità di correlazioni tra variabili psicodinamiche e clusters sintomatologici secondo le direttive della scala PANSS e/o clusters RESPONDER/NON RESPONDER non si sono avuti dati rilevanti. Questi risultati confermano la letteratura dove è stato dimostrato empiricamente che non esiste alcuna correlazione univoca tra difesa e conflitto psichico e tra difesa e assetto diagnostico (Skodol, Perry)¹⁹⁹³

Bond e Vaillant⁽¹⁹⁸⁶⁾ che sono stati tra i primi a sviluppare intensivamente la ricerca empirica con modelli psicodinamici, sostengono che le difese si riferiscono ad un aspetto del funzionamento umano indipendente da quello indicato dalla diagnosi. Secondo Bond et al.⁽¹⁹⁸³⁾ tentare una associazione tra processo difensivo e disturbi psicopatologici specifici può creare confusione, in quanto la difesa si riferisce a una modalità particolare di affrontare il conflitto e lo stress,

mentre la diagnosi riflette una costellazione di sintomi e segni. Ciò confermerebbe che siamo di fronte a due dimensioni indipendenti e che come hanno sottolineato altri ricercatori (Karasu, Skodol,¹⁹⁸⁰ Strayhorn,¹⁹⁸³), il DSM, non fornendo indicazioni psicodinamiche, dà una visione parziale e riduttiva del disturbo mentale.

Conclusioni

Il campione del nostro studio è ancora troppo esiguo e non ci permette altre considerazioni generalizzabili. Crediamo tuttavia che il lavoro intrapreso soddisfi alcune esigenze per noi fondamentali:

- 1) la praticabilità di un approccio clinico-psicodinamico in psicofarmacologia a livello di ricerca empiricamente fondata, quale complemento sul piano della pratica clinica di una farmacoterapia psicodinamica;
- 2) la fattibilità metodologica e procedurale di un protocollo di ricerca fondato su modelli operativi finora impiegati nella ricerca empirica in psicoterapia.

Per quanto riguarda gli aspetti specifici del rapporto tra effetto dei farmaci e modificazioni degli indicatori psicodinamici ci sembrano preziosi i dati emersi (preziosi in quanto empiricamente fondati!), sia perché confermano rilievi clinici già descritti in letteratura sia perché di fatto portano un contributo per una “psicofarmacologia psicodinamica”.

Il miglioramento dei sintomi, correlato con un aumento di difese borderline, di diniego e con pattern relazionali ambivalenti in pazienti trattati con aoperidolo, sembra corrispondere all'ipotesi clinica per cui il neurolettico tipico stabilizza, bloccandolo in qualche modo, il processo patogenetico. La diversa risposta della clozapina agli indicatori psicodinamici, soprattutto l'evidente cambiamento dell'area del diniego fornisce una prova dell'ipotesi clinica per cui il nuovo neurolettico atipico sembra smontare il processo patogenetico. Il paziente realizza una migliore disponibilità alla relazione, ha

più consapevolezza della propria condizione di malattia, una migliore immagine di sé premesse fondamentali per un lavoro psicoterapeutico proficuo.

Se i dati su esposti saranno confermati con una casistica adeguata, sia sul piano di una procedura più accurata nella raccolta dei dati, dell'utilizzo integrato di diversi modelli operativi e nel campionamento per gruppi omogenei di pazienti che ricevono trattamenti farmacologici diversi, la pratica clinica compendiata dall'espressione "psicofarmacopsicoterapia" disporrà di fatto della sua necessaria integrazione sul piano della ricerca empiricamente fondata.

Bibliografia

- ARLOW J.A., BRENNER C., *The psychopathology of the psychosis: a proposed revision*, in International Journal of Psycho-Analysis 50, 1969, pp. 5-14.
- AZIMA H., SARWER-FONER G.J., *Psychoanalytic formulations on the effect of drug in pharmacotherapy*, in International Symposium on the Extrapramidal Reactions and Neuroleptics, ed. Psychiatrique, Montreal 1960.
- BERGIN A.E., GARFIELD S.L., *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, John Wiley and Sons, New York 1994.
- BOND M., GARDNER S.T., CHRISTIAN J., SIGAL J.J., *Empirical study of self-related defense styles*, in Arch Gen. Psych. 4, 0, 1983, pp. 333-38.
- BOND M., VAILLANT G.E., *An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style*, in Arch Gen. Psych. 1986.
- COLD J.W., *The Christopher Clumis enquiry*, in Psychiatry Bulletin, 18, 1994, pp. 449-52.
- DAVID A.S., *Insight and Psychosis*, Br. J. Psych., 156, 1990, pp. 798-808.
- DAVIS J.M., ANDRUKAITIS S., *The natural course of schizophrenia and effective maintenance drug treatment*, in J Clin. Psychopharmacol., 1986, 6 (suppl 1), pp. 2- 10.
- FALON I.R.H., *Developing and maintaining adherence to long term drug taking regimens*, in Schizophr. Bull., 10, 1984, pp. 412-7.
- FEDERN P., *Ego Psychology and the Psychoses*, Basic Books, New York 1950; trad.it. *Psicosi e psicologia dell'io*, Bollati Boringhiesi, Milano 1976.
- FREUD S. (1924), *La perdita della realtà nella neurosi e nella psicosi*, vol. 10, pp. 39-43, in Freud S., *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- GABBARD G.O., *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Inc. 1994; trad. it. *Psichiatria psicodinamica, nuova edizione basata sul DSM-IV*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- GOLDSTEIN M.J., *Psychosocial Strategies for maximising the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder*, in Psychopharmacology Bull. 28, 1992, pp. 237-40.
- GREEN A.I., *Response to Clozapine: Outcomes*, in Am. Clin. Psych. Monograph., 14, 2 aprile

- le 1996, pp. 20-21.
- GROSTSTEIN J.S., *Orphans of the "Real": I. Some modern and postmodern perspectives on the neurobiological and psychosocial dimensions of psychosis and other primitive mental disorders*, in *Bulletin of the Menninger Clinic* vol.59, N° 3, estate 1995, pp. 287-311.
- GUTHEIL T.G., *The psychology of psychopharmacology*, in *Bulletin of the Menninger Clinic*, 46, 1982, pp. 321-30.
- KAY S.R., OPLER L.A., LINDENMAYER J.P., *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). rationale and standardization*, *Br. J. Psych.*, 155 (suppl. 7), 1989, pp. 59-65.
- KANE J.M., *Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia*, in *J. Clin. Psychiatry*, 44, 1983, pp. 3-6.
- KAPLAN H.I., SADOCK B.J., *Pocket Handbook of Psychiatry Drug Treatment*, Williams & Wilkins, Baltimore 1996.
- KARASU T.B., SKODOL A.E., *VI Axis for DSM-III: psychodynamic evaluation*, in *Am. J. Psych.* CXXXVII, 3, 1980, pp. 607-10.
- KELLY G.R., MAMON J.A., SCOTT J.E., *Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric out patients*, in *Soc Sc. Med.* 11, 1987, pp. 1205-11.
- KEMP R., HAYWARD. P., APPLEWHATTE G., EVERITT B., DAVID A., *Compliance therapy in psychotic patients: a randomised controlled trial*, in *Br. Med. Journal* 312, 1996, pp. 345-49.
- KLINE N.S., *Pharmacology*, Publication N° 42 of the American Association for the Advancement of Science, Washington DC, 1956, p. 87.
- KLERMAN G.L., *Medication and psychotherapy*, Chap. 18 in Bergin A.E., Garfield S.L., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley and Sons, New York 1994.
- JACOBSON E., *Psychotic Conflict and Reality*, International Universities Press, New York 1967.
- LUBORSKY L., *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, 1984, trad. it. *Principi di psicoterapia psicoanalitica* Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., *Understanding Transference* 1990, trad. it. *Capire il transfert*, R. Cortina Editore, Milano 1992.
- MARDER S.R., MEBANE A., CHIEN C.P., VAN PUTTEN T., *A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment*, in *Am. J. Psychiatry*, 140, 1983, pp. 470-72.
- MELTZER H.Y. *Clozapine: A 5-year Perspective and Clinical Recommendations*, in *J. Clin. Psych. Monograph*. XIV, 2; aprile 1996, pp. 1-32.
- NEVINS D.B. (1977), *Adverse Response to Neuroleptics in Schizophrenia*, in *Psychotherapy and Medication. A dynamic integration*, Schechter M. ed. Jason Aronson Inc., New Jersey 1993.
- NEVINS D.B., *Psychoanalytic Perspectives of the Use of Medication for Mental Illnesses*, 1990, in *Psychotherapy and Medication. A dynamic integration*, Schechter M, ed. Jason Aronson Inc. N J 1993
- PANCHERI P., *Farmacoterapia del disturbo schizofrenico: tattica e strategia*, Scientific Press, Firenze 1996.
- PANCHERI P., BRUGNOLI R. , CARILLI L., DELLE CHIAIE R. et al., *Valutazione dimensionale della sintomatologia schizofrenica. Validazione della versione italiana della Scala per la valutazione dei Sintomi Positivi e Negativi (PANSS)*, in *Giorn. It. Psicopat.*, 1-3,

- 1995, pp. 60-75.
- PANCHERI P., MARCONI P.L., *Le dimensioni della schizofrenia* Giorn. Ital. Psicopat., 2, 1996, pp. 10-41.
- PANCHERI P., *Fattori predittivi della risposta favorevole al trattamento della Schizofrenia con clozapina*, in Giorn. Ital. Psicopat., 3, 1996, pp. 289-300.
- PERRY J.C., *Defense Mechanism Rating Scale*, 1990, in Lingiardi V., Madeddu F., *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*, R. Cortina Editore, Milano 1994.
- SARWER-FONER G.J., *Psychoanalytic theories of activity-passivity conflicts and of the continuum of ego defenses: experimental verification, using reserpine and chlorpromazine*, in Archives of Neurology and Psychiatry, 78, 1957, pp. 413-18.
- SARWER-FONER G.J., *Recognition and management of drug induced extrapyramidal reactions and "paradoxical" behavioral reactions in psychiatry*, in Canadian Medical Association Journal, 1960.
- SCHECHTER M. eds, *Psychotherapy and Medication. A dynamic integration...*, Jason Aronson Inc., N J 1993.
- SKODOL A.E., PERRY J.C., *Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV?*, in Comprehensive Psychiatry, XXXIV, 2, 1993, pp. 108-99.
- STRAYHORN G., *A diagnostic axis relevant to psychotherapy and preventive mental health*, in American Journal of Orthopsychiatry 53, 1983, pp. 677-96.
- VAILLANT G.E., DRAKE R.E., *Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder*, in Archives of General Psychiatry, 42, 1985, pp. 597-601.
- VAILLANT G.E., (ed.) (1986), *Empirical studies of ego mechanisms of defense* American Psychiatric Press, Washington.
- VAN PUTTEN T. *Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?*, in Arch. Gen. Psychiatry, 31, 1974, pp. 67-72.
- VAN PUTTEN T., CRUMPTON E., YALE C., *Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy*, in Arch. Gen. Psychiatry, 33, 1, 1976, pp. 443-6.
- WEIDEN E., RAPKIN B., MOTT T., ZYGMUNT A., GOLDMAN D. et al., *Rating of Medication Influences Scale in Schizophrenia*, in Schizophr. Bull. XX, 2, 1994, pp. 297-310.
- WEINBERGER D.R., LIPSKA B.K., *Cortical maldevelopment, antipsychotic drugs and schizophrenia: a search for a common ground*, in Schizophrenia Research, 16, 1995, p. 87.

**S. Freni, S. Vhynalkova*, A. Crico, D. Viganò, E Azzone,
M. Verga**

Applicazione del KAPP

*Profilo Psicodinamico del Karolinska Institute nella
valutazione di un campione di pazienti in trattamento con Clozapina*

In questo studio viene presentato, nell'ambito di un approccio integrato nella ricerca clinico-psicofarmacologica, un primo tentativo di valutazione di un gruppo di 19 pazienti all'inizio e dopo sei mesi di trattamento con clozapina, affiancando agli strumenti con caratteristiche clinico-descrittive (BPRS, SANS e SAPS) un profilo psicodinamico, il KAPP (Karolinska Psychodynamic Profile, Weinryb, Rossel)¹⁹⁹¹ costruito su concetti psicodinamici, per la definizione qualitativa e quantitativa delle caratteristiche strutturali della personalità valutato attraverso un'accurata intervista semistrutturata; abbiamo utilizzato, inoltre, una scala proposta da David⁽¹⁹⁹⁰⁾ allo scopo di valutare il rapporto tra consapevolezza di malattia, capacità di critica durante uno stato psicotico e compliance farmacologica.

Ormai si può sostenere con sicurezza che c'è un consenso unanime sul fatto che la clozapina abbia dimostrato una maggiore efficacia rispetto ai farmaci antipsicotici tipici nella riduzione della sintomatologia positiva e negativa in pazienti schizofrenici resistenti al trattamento (Juul Polvsen, Noring, Fog et al.,¹⁹⁸⁵ Lindstrom,¹⁹⁸⁸ Kuha, Miettinen,¹⁹⁸⁷ Kane et al.,¹⁹⁸⁸ Meltzer et al.,¹⁹⁸⁹). Tuttavia sono disponibili solo pochi studi riguardo ai cambiamenti qualitativi e soggettivi rilevabili dal comportamento, dal funzionamento affettivo e relazio-

*Cattedra di Psicoterapia Istituto di Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Milano,
Ospedale Maggiore di Milano, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).
Psichiatra presso l'Unità Operativa di Psichiatria di Albino (Bg)**

nale di pazienti nel corso di trattamento a breve e a lungo termine con clozapina.

Alcuni lavori (Lamb et al.,¹⁹⁷¹ Strauss, Carpenter,¹⁹⁷² Schwartz, Myers, Astrachan,¹⁹⁷⁵) hanno mostrato come per i pazienti schizofrenici, la gravità della sintomatologia, il funzionamento sociale, la capacità di lavorare o studiare e la riospedalizzazione siano poco correlati tra loro e secondo Meltzer et al.⁽¹⁹⁹⁰⁾ questi fattori potrebbero essere considerati come variabili “quasi indipendenti” dell’esito del trattamento, vista l’influenza di molteplici e differenti fattori biologici e psicosociali su ciascuna di queste misure. Di conseguenza nella valutazione dell’esito del trattamento non sarebbero sufficienti i miglioramenti ottenuti nella valutazione della sintomatologia ma occorrerebbero ulteriori approfondimenti per una maggiore definizione dei cambiamenti all’interno della personalità del vissuto, dello spettro cognitivo-affettivo del paziente schizofrenico.

Le caratteristiche di efficacia e tollerabilità della clozapina rendono questo farmaco particolarmente interessante in prospettiva del trattamento integrato della schizofrenia. Infatti la bassa incidenza di sintomi extra-piramidali comporta una migliore performance psicomotoria e una migliore compliance, la maggiore efficacia sui sintomi negativi e sui disturbi cognitivi favorisce la performance relazionale.

I dati riportati dalla letteratura internazionale riguardo al trattamento con clozapina esprimono oltre all’efficacia sui sintomi positivi e negativi, una spiccata diminuzione dell’aggressività e dell’ostilità (Pancheri et al),¹⁹⁹⁶ una particolare valenza sullo spettro cognitivo (Hagger et al.,¹⁹⁹³ Meltzer,¹⁹⁹² Goldberg, Weinberger),¹⁹⁹⁴ con inaspettati “risvegli” (Schwartzberg et al.)¹⁹⁹⁶ aumento della consapevolezza e delle capacità relazionali (Green)¹⁹⁹⁶ della qualità della vita (Meltzer et al)¹⁹⁹⁰ che se non indagate nella specificità del vissuto del singolo paziente all’interno della relazione terapeutica, rischiano di estinguersi in un ritorno alla condizione psicotica precedente, nella non compliance o nel vissuto catastrofico della realtà a lungo negata con “depressione esistenziale” e suicidio (Schwartzberg et al.)¹⁹⁹⁶

D'altra parte questi dati riportati in letteratura sembrano essere confermati da una risposta al farmaco diversa rispetto a quella relativa al trattamento con neurolettici tradizionali anche sul piano familiare. È ben noto come le famiglie dei pazienti schizofrenici percepiscano un *carico* (Meltzer)¹⁹⁹² che si manifesta il dispiacere per le conseguenze della malattia, lo stigma, l'ansia e la colpa riguardo al loro ruolo nell'eziologia della malattia, la perdita economica. Questo vale soprattutto per i familiari dei pazienti resistenti al trattamento.

Gli effetti del trattamento con la clozapina sulla famiglia richiedono una particolare attenzione soprattutto per la spesso citata facilità di indurre difficoltà di adattamento (Conley, Baker),¹⁹⁹⁰ o di far precipitare situazioni già problematiche (Kotcher, Smith).¹⁹⁹³ Si tratta degli effetti indubbiamente destabilizzanti del farmaco a livello di situazioni cliniche da tempo *cronicizzate* che possono determinare; se non accompagnate da necessari presupposti psicoeducativi, un adattamento familiare paradossalmente contrario alle aspettative (Mason et al.).¹⁹⁹⁰

Tuttavia l'effetto del farmaco progressivamente favorevole sul carico familiare riduce comunque i livelli d'ansia e di aggressività reciproca, aumenta l'empatia del malato verso l'ambiente e, conseguentemente, migliora la risposta emotiva dei congiunti (Wolfson, Paton),¹⁹⁹⁶ ed amplifica l'autonomia sociale del nucleo familiare. Buona parte dei vantaggi riscontrati a questi livelli risultano da un diminuito bisogno di ospedalizzazione e la concordanza tra la valutazione dei familiari e quella dei pazienti su questi aspetti è decisamente alta, in genere maggiore di quella tra operatori e familiari (Dikson et al.).¹⁹⁹⁵ Tale concordanza di opinioni positive riguarda soprattutto il miglioramento dei sintomi, il funzionamento psicosociale e le relazioni familiari, aree queste percepite come le più influenzate dalla terapia con clozapina.

Un altro aspetto interessante riscontrato nel trattamento con clozapina è che questo tipo di intervento tiene alto il livello dei contatti con i curanti e delle prestazioni erogate (monitoraggio della crisi ematica, osservazione clinica intensiva) invertendo quello che spes-

so è l'andamento "storico" del processo di cronicizzazione di questi pazienti e, in parallelo, delle loro famiglie che, non di rado, riferiscono di veder diminuire progressivamente l'impegno del Servizio nei programmi di riabilitazione qualora i risultati delle terapie si mantengano scarsamente produttivi.

Un approccio integrato, quindi, alla valutazione a lungo termine del trattamento con clozapina si pone come strumento ulteriore per la comprensione delle dinamiche che vengono a crearsi tra cambiamento dell'assetto sintomatologico e psicodinamico del paziente, vissuto del farmaco, rapporti con i familiari, comportamento ed adattamento della famiglia e dei curanti, essendo questi ultimi sottoposti ad un maggiore "carico" controtransferale per i pericoli e le aspettative relativi al trattamento.

In questo studio di valutazione a sei mesi del trattamento farmacologico con clozapina abbiamo utilizzato, in una prospettiva integrata, il KAPP, un profilo psicodinamico di dimostrata attendibilità (Weinryb, Rossel),¹⁹⁹¹ ricercando le possibili correlazioni sul piano psicopatologico al fine di una migliore definizione del processo del trattamento a lungo termine e dei possibili sviluppi nella cornice relazionale psichiatra-farmaco-paziente.

Gli obiettivi della ricerca possono essere così sintetizzati:

- ricerca di correlazioni tra sintomatologia e caratteristiche strutturali di personalità Ricerca di correlazioni tra esito al KAPP e dosaggio farmacologico;
- ricerca di correlazioni tra insight, assetto sintomatologico profilo psicodinamico e dose del farmaco;
- individuazione di fattori predittivi psicodinamici dell'esito della terapia con clozapina.

Materiali e metodi

Questa ricerca è stata progettata sul modello degli open trials farmacologici, modello di osservazione aperta, naturalistica delle modi-

ficazioni avvenute nei pazienti durante il trattamento farmacologico senza l'utilizzo di un gruppo di controllo.

Lo studio è stato effettuato presso l'unità operativa psichiatrica dell'azienda USSL N. 10 di Albino. I pazienti presi in esame sono in carico presso le strutture ambulatoriali (CPS) oppure residenziali (Centro Residenziale delle Terapie Psichiatriche, Comunità Protetta, SPDC).

Il gruppo di pazienti, prima di iniziare la terapia con clozapina è stato valutato utilizzando le scale sintomatologiche (BPRS, SANS e SAPS) Il profilo psicodinamico è stato valutato con il KAPP.

Sono stati successivamente selezionati i pazienti che hanno avuto una risposta positiva al trattamento con clozapina a distanza di sei mesi, valutata come diminuzione del punteggio della BPRS di almeno il 20% rispetto al punteggio iniziale (Kane et al.).¹⁹⁸⁸

A questo gruppo di pazienti sono state somministrate nuovamente le scale SANS, SAPS e il profilo psicodinamico KAPP.

Inoltre è stata somministrata una scheda apposita per la valutazione delle tre componenti di consapevolezza di malattia (David).¹⁹⁹⁰

Nel paragrafo seguente riassumiamo le principali caratteristiche degli strumenti di valutazione utilizzati.

- BPRS (*Brief Psychiatry Rating Scale Overall, Gohram*):¹⁹⁶² è uno strumento di valutazione derivato dalla In patient Multidimensional Psychiatric Scale (Lorret al.),^{1952,66} ma più agile e rapido come tempi di somministrazione, a 16 items poi ampliati a 18 nel 1967.
- SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms; Andreasen*):¹⁹⁸³ è una scala costituita da 4 clusters per i sintomi definiti positivi come le allucinazioni, i deliri, i disturbi formali positivi del pensiero e i comportamenti bizzarri.
- SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms Andreasen*):¹⁹⁸³ è uno strumento che valuta invece 5 aree definite negative come l'appiattimento affettivo, l'alogia, l'assenza di volizione-apatia, l'anedonia-asocialità e la compromissione dell'attenzione.

- KAPP (*Karolinska Psychodynamic Profile*) di Weinryb e Rossel,⁽¹⁹⁹¹⁾ è uno strumento psicodinamico finalizzato ad una valutazione globale della personalità e delle modalità di funzionamento mentale relativamente stabili quali risultano dall'immagine che il paziente ha di sé e dai suoi rapporti con gli altri. Il profilo si basa su sei aree e diciotto sottoscale (vedi Tab. 1). Le informazioni necessarie alla valutazione delle sottoscale sono tratte da un'intervista semi-strutturata derivata dall'intervista strutturale di Kernberg.⁽¹⁹⁸⁴⁾ Questa procedura è stata poi integrata da ulteriori domande che approfondissero i relativi items. Per la valutazione sono comprese oltre alle espressioni verbali anche quelle non verbali e l'insieme delle interazioni tra paziente e intervistatore.
- *Scheda per la valutazione delle tre componenti di consapevolezza di malattia (Schedule for assessing the three components of insight, David).*¹⁹⁹⁰

Tabella 1; KAROLINSKA PSYCHODYNAMIC PROFILE (Weinryb, Rossel)¹⁹⁹¹	
AREE E SOTTOSCALE.	
Area 1 Relazioni interpersonali	1 Intimità e reciprocità
	2 Dipendenza e separazione
	3 Bisogno di controllo
Area 2 Aspetti specifici del funzionamento della personalità	4 Tolleranza alla frustrazione
	5 Controllo degli impulsi
	6 Regressione al servizio dell'io
	7 Gestione dei sentimenti aggressivi
Area 3 Capacità di provare ed esprimere affetti	8 Tratti alexitimici esprimere affetti
	9 Tratti normopatici
Area 4 Importanza data al corpo come fattore di autostima	10 Concezione del proprio aspetto fisico
	11 Concezione del proprio funzionamento corporeo
	12 Attuale immagine corporea
	13 Funzionamento sessuale
Area 5 Funzionamento e appagamento della sessualità	14 Soddisfazione sessuale
	15 Senso di appartenenza della propria importanza
Area 6 Percezione individuale della propria importanza a livello sociale	16 Sensazione di essere necessario a livello sociale
	17 Disponibilità di consigli e di aiuti
	18 Descrizione globale della struttura della personalità

David sostiene che la consapevolezza di malattia (insight) comprende un concetto centrale per la conoscenza delle psicosi con importanti implicazioni per il trattamento, ed ha proposto questa scheda per la valutazione della consapevolezza di malattia, della capacità di riconoscere le esperienze psicotiche come abnormi, del mantenimento della terapia.

Selezione e caratteristiche del campione

È stata considerata una serie consecutiva di 20 pazienti con diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo ai quali è stato proposto un trattamento con clozapina perché non responder o non tolleranti rispetto ai trattamenti precedenti con neurolettici tradizionali, previo loro consenso alla ricerca. Nel gruppo originario di 20 pazienti, una paziente non ha mostrato una risposta sufficiente alla terapia e non è stata inclusa nel campione esaminato.

Questa paziente presentava le seguenti caratteristiche: sesso femminile, età 55 anni, diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo (DSM IV), durata della malattia di 25 anni, non responder a terapie precedenti,

Tabella 2; Caratteristiche dei Pazienti formanti il campione		
Totale pazienti	19	
Sesso maschile	9	
Sesso femminile	10	
Età (anni)	33,2 ± 6,1*	
Diagnosi secondo i criteri del DSM-IV	Schizofrenia Paranoide	N° = 9
	Schizofrenia Disorganizzata	N° = 6
	Schizofrenia Indifferenziata	N° = 2
	Schizofrenia Residuale	N° = 2
Durata della malattia (anni)	11,3 ± 6*	
Numero di ricoveri precedenti	17,3 ± 4,8*	
Pazienti resistenti alla terapia precedente	15	
Pazienti intolleranti agli effetti collaterali	4	
In cura presso il servizio ambulatoriale	10	
In cura presso struttura residenziale (CRT, CP)	9	
* Media ± DS		

massimo dosaggio raggiunto di clozapina di 600 mg con dosaggio plasmatico di 827 ng/ml.

Il gruppo di pazienti con risposta positiva a sei mesi è quindi costituito da 19 pazienti con le caratteristiche riassunte nella tabella 2.

Modalità del trattamento con clozapina

La sospensione graduale delle terapie precedenti e l'introduzione del trattamento con clozapina è avvenuto per tutti i pazienti durante il regime di degenza ospedaliera nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Alzano Lombardo (Bg).

Il dosaggio di clozapina è stato incrementato gradualmente a partire da 25 mg/die, secondo uno schema posologico sulla base della condizione clinica del paziente, fino alla dose terapeutica ottimale.

Il dosaggio medio di clozapina a sei mesi è di 360,5 mg/die (range 250-500 mg/die).

Il monitoraggio farmacologico non ha evidenziato nessun caso di granulocitopenia. Raggiunta la dose minima efficace e la stabilizzazione del quadro clinico, i pazienti sono stati dimessi per essere accolti in famiglia o presso una struttura intermedia di riferimento (CRT, Comunità Protetta).

Risultati

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati secondo le seguenti prospettive:

1. L'effetto del trattamento con clozapina sulle differenti aree sintomatologiche e psicomotriche è stato indagato tramite il confronto tra le medie (*t-test*), al momento iniziale ed a 6 mesi di trattamento, delle singole sottoscale ed il punteggio totale della SAPS e della SANS e delle singole sottoscale del KAPP.
2. Allo scopo di verificare se il miglioramento del punteggio individuato potesse essere interpretato come secondario al miglioramento sintomatologico, o piuttosto attribuibile ad una azione

diletta dei farmaci, è stato calcolato il coefficiente di correlazione (Pearson) tra la variazione a 6 mesi al KAPP e la variazione ai 6 mesi alla SAPS e alla SANS. Per le correlazioni sono state utilizzare le singole sottoscale della SAPS e della SANS le singole aree del KAPP, nonché i punteggi totali.

3. Per valutare se l'effetto della clozapina sui parametri dinamici fosse in qualche misura dose-dipendente è stata condotta una correlazione tra la variazione ai 6 mesi al KAPP nelle singole sottoscale e la dose di clozapina assunta.
4. Per stabilire quanto i vari aspetti del disturbo possono influenzare la capacità di mantenere una adeguata consapevolezza di malattia è stata condotta una correlazione, al termine di 6 mesi, tra il punteggio della scheda "Insight" e il punteggio della SAPS, della SANS, del KAPP e la dose del farmaco assunta.
5. L'ipotesi che l'assetto psicodinamico possa essere predittivo della risposta farmacologica stata verificata attraverso una correlazione tra il punteggio iniziale al KAPP ed il miglioramento alla SAPS e alla SANS espresso come la differenza tra il punteggio iniziale e quello a 6 mesi.

	Media TO	DS TO	Media T1	DS T1	t	p
Allucinazioni	7,34	7,09	3,10	5,08	4,554	.0002
Deliri	16,89	9,15	6,52	5,90	7,037	.0000
Comportamento bizzarro	7,00	4,33	1,68	2,38	5,443	.0000
Disturbo formale del pensiero	16,21	9,64	9,26	9,27	5,858	.0000
Totale	48,21	19,33	20,57	15,73	9,446	.0000

	Media TO	DS TO	Media T1	DS T1	t	p
Appiattimento affettivo	13,15	8,67	7,94	7,68	4,897	.0001
Alogia	8,00	5,09	6,57	4,89	3,432	.0029
Apatia	9,63	4,31	4,47	4,10	5,651	.0000
Anedonia - Asocialità	16,00	5,76	12,36	6,22	4,892	.0001
Commissione attenzione	7,52	5,47	4,63	4,29	4,560	.0002

	Media TO	DS TO	Media T1	DS T1	<i>t</i>	<i>p</i>
1 Relazioni interpersonali	7,84	0,81	7,26	1,07	4,323	.0004
2 Personalità	10,84	1,29	7,60	1,18	11,376	.0000
3 Affetti	4,60	1,07	4,57	1,09	1	.3305
4 Corpo	6,26	1,60	6,10	1,73	1,678	.1105
5 Sessualità	5,71	0,73	5,60	0,35	1,455	.1628
6 Livello sociale	8,18	0,83	6,23	1,45	7,776	.0000

Risultati e discussione

Confronto tra medie delle sottoscale SAPS, SANS e KAPP.

A distanza di 6 mesi è stato osservato un miglioramento significativo di tutte le sottoscale e del punteggio totale della SAN e della SANS. I valori medi del punteggio totale e delle singole sottoscale della SAPS e della SANS vengono riportate rispettivamente nelle tabelle 3 e 4.

È stato altresì osservato un miglioramento significativo di alcune sottoscale del KAPP (Tab. 5). A livello del KAPP è migliorata in modo significativo l'area "relazioni" (indicativa della capacità di stabilire e mantenere relazioni interpersonali mature), l'area "funzionamento della personalità - difese" (indicativa della capacità di tollerare l'impossibilità di soddisfare i propri desideri, di contenere affetti, desideri e bisogni pressanti di natura sessuale, aggressiva o narcisistica, di differenziare ed esprimere i sentimenti aggressivi, trasformandoli in attività adattive e Finalizzate e la capacità di esprimere fantasie e desideri piacevoli in forma sublimata) e infine l'area "percezione delle relazioni sociali" (indicativa degli atteggiamenti che riflettono l'esperienza di appartenere ad un gruppo, l'intima sensazione di disporre di strette relazioni interpersonali su cui poter contare per un aiuto in caso di bisogno e del sentirsi importante per qualcuno).

Questi dati indicano con chiarezza che nel corso del trattamento con clozapina di pazienti responders in termini di sintomatologia

TAB. 6 Correlazione della variazione ai 6 mesi alla KAPP e dose di Clozapina assunta

	Relazioni interpersonali	Personalità	Affetti	Corpo	Sessualità	Livello sociale
Dosaggio	-0.1495	0.2749	-0.1987	0.0338	-0.0503	-0.5966
clozapina	p = ,541	p = .25 j	p = .41 5	p = .891	p = .838	p = .007

descrittiva si verificano sensibili cambiamenti di aspetti della personalità rilevanti sul piano psicodinamico. Questo dato è compatibile con l'ipotesi che la clozapina sia in grado di migliorare il decorso della schizofrenia anche su dimensioni che non sono comunemente obiettivi specifici del trattamento farmacologico.

Correlazione della variazione a 6 mesi alla KAPP e alla SAPS e SANS.

Non è stata trovata nessuna correlazione significativa tra il miglioramento del punteggio totale della SAPS e della SANS ed il miglioramento delle singole aree del KAPP. Apparentemente la sintomatologia e l'assetto psicodinamico cambiano in modo indipendente.

È possibile dunque che l'effetto della clozapina su aree della personalità come le relazioni oggettuali, il funzionamento della personalità (difese) e la percezione delle relazioni sociali debba essere interpretata come un effetto diretto del farmaco o comunque non mediato dal miglioramento sintomatologico.

Correlazione tra variazione ai 6 mesi alla KAPP e la dose di clozapina assunta.

È stata trovata una correlazione negativa tra il dosaggio della clozapina e il livello del funzionamento nell'area "percezione delle relazioni sociali". Il dosaggio maggiore di clozapina si correla con peggiore funzionamento in tale area (Tab. 6).

Questa correlazione potrebbe essere spiegata nel modo seguente: da un lato la clozapina a dosaggi più alti potrebbe esplicare maggiori effetti collaterali come la sedazione con una successiva inibizione

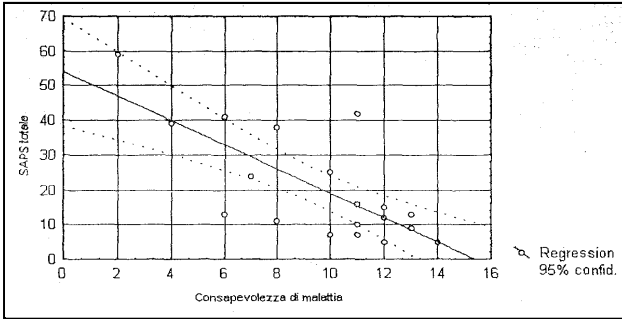


Fig. 1; Consapevolezza di malattia vs SANS totale - CORRELATION: $R = -.7317$ ($P = .000$)

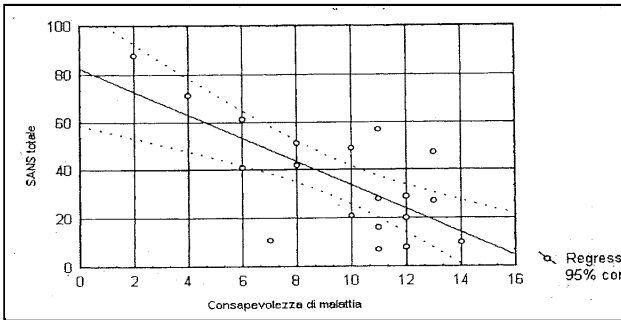


Fig. 2; Consapevolezza di malattia vs SANS totale - CORRELATION: $R = -.6951$ ($P = .001$)

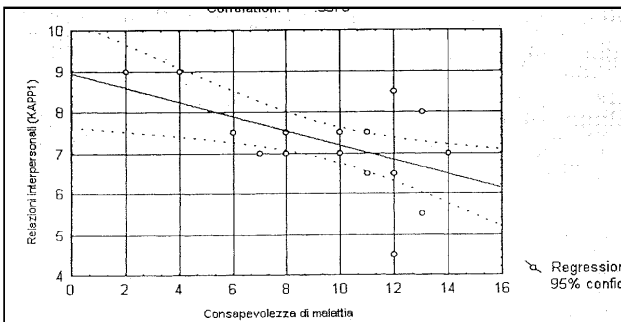


Fig. 3; Consapevolezza di malattia vs relazioni interpersonali - CORRELATION: $R = -.3578$

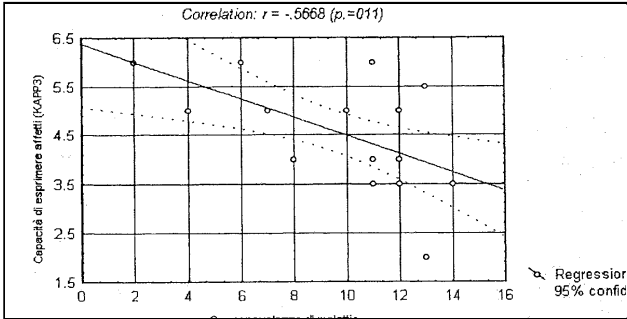


Fig. 4; Consapevolezza di malattia vs Capacità di esprimere affetti
Correlation: $r = -.5668$ ($p = .011$)

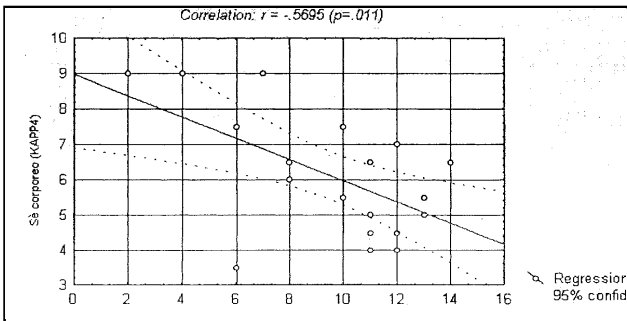


Fig. 5; Consapevolezza di malattia vs Sé corporeo Correlation: $r = -.5668$ ($p = .011$)

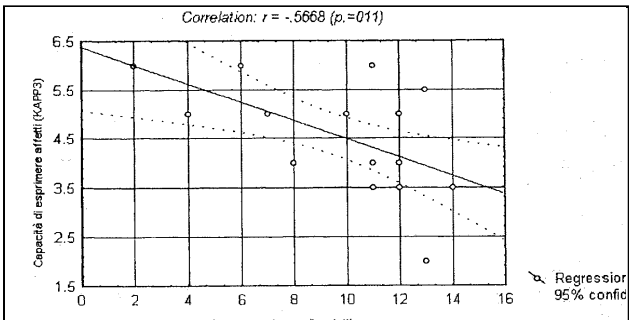


Fig. 6; Consapevolezza di malattia vs Relazioni sociali Correlation: $r = -.6827$ ($p = .011$)

.dose	SAPS	SANS	KAPP 1	KAPP 3	KAPP 4	KAPP 6	
farmaco	totale	totale					
insight	-0.2073	-0.7317	-0.66951	-0.5378	-0.5668	-0.5695	-0.6827
	$p = .394$	$p = .000$	$p = .001$	$p = .018$	$p = .011$	$p = .011$	$p = .001$

anche a livello relazionale. D'altra parte potremmo anche pensare che ai pazienti con sintomatologia più severa viene somministrato il farmaco in un dosaggio più elevato. Quindi questa correlazione non rifletterebbe altro che una maggiore gravità della malattia. Oppure si potrebbe trattare di pazienti di struttura autistica di base accentuata dalla modifica delle difese indotta dal farmaco.

Correlazione tra il punteggio della scheda "Insight" e il punteggio della SAPS e SANS totale, KAPP e dose di farmaco.

Alla maggiore capacità dell'insight corrisponde una minore "gravità" a livello psicopatologico (i bassi punteggi totali alla SAPS e alla SANS sono correlati in modo significativo con elevati punteggi della scheda "Insight") (cfr. Fig. 1, 2), e un migliore funzionamento nelle aree relazioni interpersonali" (Fig. 3), capacità di esprimere e "percezione delle relazioni sociali" (Fig. 6) del KAPP.

Non è stata trovata nessuna correlazione significativa con la dose della clozapina (Tab. 7).

La correlazione tra il punteggio più alto della scheda *Insight* che comprende l'accettazione del trattamento farmacologico, la consapevolezza di essere affetti da una malattia mentale, la capacità di riconoscere le esperienze psicotiche come abnormi e la minore gravità a livello sintomatologica (la SAPS e la SANS) è coerente con quanto afferma Meltzer.⁽¹⁹⁹²⁾ Secondo questo ricercatore il miglioramento psicopatologico è predittivo di benefici anche ad altri livelli. Il miglioramento delle funzioni cognitive (Hagger et al.,¹⁹⁹³ Meltzer,¹⁹⁹² Goldberg e Weinberger,¹⁹⁹⁴) nel corso della terapia con la clozapina, il risveglio

TAB. 8: Correlazione tra il punteggio KAPP iniziale e il cambiamento alla SAPS e SANS

KAPP totale	Δ SAPS totale	Δ SANS totale
1 Relazioni interpersonali	0.1738	0.1673
	$p = .477$	$p = .494$
2 Personalità	-0.3917	0.0722
	$p = .097$	$p = .769$
3 Affetti	-0.2869	-0.2447
	$p = .234$	$p = .313$
4 Corpo	-0.0943	0.0918
	$p = .701$	$p = .709$
5 Sessualità	0.2973	-0.4967
	$p = .216$	$p = .031$
6 Livello sociale	-0.5087	0.3297
	$p = .026$	$p = .168$

(Schwartzberg et al.),¹⁹⁹⁶ non di rado osservato nei pazienti in terapia con clozapina, la sensazione di maggiore libertà soggettiva potrebbe essere all'origine della maggiore capacità di riflessione riguardo alla propria condizione e riguardo all'esperienza di malattia. Awad⁽¹⁹⁹³⁾ afferma che le esperienze soggettive dei pazienti trattati con neurolettici correlano marcatamente con la compliance al trattamento e con un migliore esito. Inoltre il buon livello dell'insight è correlato con il buon funzionamento nelle aree 1, 3, 4 e 6 del KAPP. Queste aree descrivono la capacità di stabilire e mantenere relazioni interpersonali, di provare e descrivere affetti e gli stati affettivi sia propri che altrui, aspetti che riguardano concetti personali consci ed inconsci relativi all'immagine ed al funzionamento corporeo e le modalità con cui questi influiscono sulla propria autostima ed atteggiamenti che riflettono la percezione delle relazioni sociali. Sembra dunque che il raggiungimento di un più adeguato insight di malattia sia legato a migliori capacità di relazioni interpersonali e ad una minore conflittualità rispetto all'immagine di sé.

Correlazione tra. il punteggio KAPP iniziale ed il cambiamento alla SAPS e SANS.

Un migliore profilo iniziale nell'area 6 del KAPP *percezione delle relazioni sociali* è correlato in modo significativo con una migliore risposta farmacologica alla SAPS. Un migliore funzionamento iniziale nell'area 5 del KAPP *sessualità* è correlato in modo significativo con una migliore risposta farmacologica alla SANS (Tab. 8).

Si tratta di due parametri che potrebbero avere lo stesso denominatore nella "maggiore disponibilità emotiva" (Keefe, Harvey).¹⁹⁹⁴ Le tre sottoscale dell'area 6 del KAPP valutano il sentimento di appartenenza, quello di essere necessario e quello di poter contare sul supporto e sull'aiuto delle persone vicine. Sono caratteristiche che indicano anche la capacità del paziente di porsi in una relazione d'aiuto. Maggiore è il dialogo e la comprensione che si instaura nella relazione medico - paziente, maggiore è la probabilità che il paziente collabori attivamente alla terapia e ottenga i risultati validi. La correlazione tra il migliore funzionamento iniziale nell'area "sessualità" e la risposta farmacologica alla SANS potrebbe indicare la difficoltà di accedere ad un percorso riabilitativo per quei pazienti che sono privi di una adeguata riserva pulsionale.

La sessualità è una componente essenziale dell'identità di ogni individuo ed ha un'importanza cruciale nei suoi rapporti con gli altri. Nei pazienti con disturbi più severi si assiste generalmente all'inibizione dell'attività sessuale e questo potrebbe riflettere una più generale carenza motivazionale che renderebbe difficile impegnare il paziente in attività risocializzanti di vario genere.

Conclusioni

La clozapina ha stimolato la formulazione di nuove ipotesi nella patofisiologia come nella clinica della malattia schizofrenica.

Ormai è un dato consolidato che la clozapina agisce in modo diverso non solo a livello farmacodinamico e sintomatologico, ma anche nel vissuto del paziente che può apparire meno coartato e più pre-

sente dal punto di vista cognitivo-affettivo. Green⁽¹⁹⁹⁶⁾ afferma come siano necessari molti studi ancora, ma che, in una prospettiva clinica, chi lavora con pazienti trattati con clozapina spesso ha notato un miglioramento dell'interazione sociale e che dopo il trattamento questi pazienti sembrano "più vivi". Lo studio delle variabili psicodinamiche quindi non solo permetterebbe una comprensione migliore del vissuto soggettivo del paziente ma consentirebbe anche una gestione più consapevole e mirata del trattamento farmacologico.

Un dato importante emerso da questa ricerca è che il cambiamento dei parametri psicodinamici avviene indipendentemente dal cambiamento sintomatologico. Appare quindi giustificato l'utilizzo di indicatori diversi oltre a quelli comunemente usati nella ricerca in psicofarmacologia clinica.

Mentre esistono diversi lavori e rassegne che studiano i fattori predittivi dell'esito del trattamento con clozapina (Lieberman et al.,¹⁹⁹⁴ Pancheri,¹⁹⁹⁶) incentrati su caratteristiche nosografiche, non vale lo stesso riguardo per i fattori predittivi di tipo psicodinamico. In questo lavoro abbiamo tentato di muoverci in questa direzione individuando nella "maggior disponibilità emotiva" un possibile fattore predittivo dell'esito del trattamento farmacologico con clozapina.

La mancanza del gruppo di controllo non permette di trarre conclusioni definitive rispetto alla domanda se siamo di fronte all'effetto specifico della clozapina. Tuttavia questa ricerca rappresenta un tentativo realizzato nella direzione dell'integrazione tra sapere biologico e psicodinamico e incoraggia ulteriori approfondimenti anche con l'utilizzo di altri indicatori psicodinamici.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-IV *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, 1994. International Version with ICD-10 codes, 1995, trad. it. *DSM-IV manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996.
- ANDREASEN N.C., *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*, 1983, trad. it. Andreasen N.C. *Schizofrenia. Scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi*, a cura di Moscarelli M.

- e Maffei C., R. Cortina Ed., Milano 1987.
- AWAD A.G., *Subjective response to neuroleptics in schizophrenia*, in *Schizop. Bull.*, 1993, XIX, 3, pp. 609-18.
- DAVID A.S., *Insight and Psychosis*, in *Br. J. Psych.*, 156, 1990, pp. 798-808.
- DICKSON R.A., WILLIAMS R. et al., *The clozapine experience from a family perspective*, in *Can. J. Psych.*, 40, 1995, pp. 627-629.
- GOLDBERG T.E., WEINBERGER D.R., *The effects of clozapine on neurocognition: an overview*, in *J. Clin. Psych.*, LV, 9, 1994, pp. 88-90.
- GREEN A.I., *Response to Clozapine: Outcomes*, in *J. Clin. Psych.*, Monograph 14, 2 aprile 1996, pp. 20-21.
- HAGGER C., BUCKLEY P., KENNY J.T. et al., *Improvement in cognitive functions and psychiatric symptoms in treatment refractory schizophrenic patients receiving clozapine*, in *Biol. Psychiatry*, XXXIV, 10, 15 novembre 1993, pp. 702-12.
- JUUL POVLSEN U., NORING U., FOG R. et al., *Tolerability and therapeutic effect of clozapine: a retrospective investigation of 216 patients treated with clozapine for up to 12 years*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 1985, pp. 176-185.
- KANE J., HONIGFELD G., SINGER J. et al., *Clozapine for treatment resistant schizophrenic: a double blind comparison with chlorpromazine*, in *Arch. Gen. Psych.*, 45, 1988, pp. 789-796.
- KEEFE R.S., HARVEY P.D. et al., *Performance of nonpsychotic relatives of schizophrenic patients on cognitive test*, in *Psychiatry Res*, luglio 1994, LIII, 1, pp. 1-12.
- KERNBERG, O., trad. it. *Disturbi gravi della personalità* Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- KOTCHER M., SMITH T.F., *Three phases of dozapine treatment and phase specific issues for patients and families*, in *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1993, pp. 744-47.
- KUHAS, MIETTINEN E., *Long-term effect of clozapine in schizophrenia: a retrospective study of 108 chronic schizophrenics treated with clozapine for up to 7 years*, in *Nordisk Psykiatriske Tidsskrift*, 40, 1987, pp. 225-30.
- LAMB H.R., GOERTZEL V., *Discharged mental patients are they really in the community?*, in *Arch. Gen. Psych.*, 24, 1971, pp. 29-34.
- LIEBERMAN J.A., KANE J.M. et al., *Predictors of response to clozapine*, in *Am J Clin. Psych.*, LV, 9, 1994, pp. 126-28.
- LINDSTROM L.H., *The effect of long term treatment with clozapine in schizophrenia: a retrospective study in 96 patients treated with clozapine for up to 13 years*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 1988, pp. 524-29.
- LORR M., MC NAIR D.M., KLETT C.J., LASKY J.J., *In patient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)*, Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California 1966.
- MASON S.E. et al., *Patients' and caregivers' adaptation to improvement in schizophrenia*, in *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1990, pp. 541-44.
- MELTZER H.Y., BASTANI B., YOUNG K.K. et al., *A prospective study of clozapine in treatment-resistant schizophrenic patients. I: preliminary report*, in *Psychopharmacology*, 1989, 99 (suppl.), pp. 68-72.
- MELTZER H.Y., BURNETT S., BASTANI B., RAMIREZ L.F., *Effects of Six Month of Clozapine Treatment on the Quality of Life of Chronic Schizophrenic Patients*, in *Hospital and Community Psychiatry* XLI, 8, 1990, pp. 891-97.
- MELTZER H.Y., *Dimensions of outcome with clozapine*, in *Br. J. Psych.*, 160, 1992, pp. 46-53.

- OVERALL J., GORHAM D., *Brief Psychiatric Rating Scale Psychological Reports*, 10, 1962, pp. 799-812.
- PANCHERI P., *Farmacoterapia del disturbo schizofrenico: tattica e strategia*, Scientific Press, Firenze 1996.
- PANCHERI P., *Fattori predittivi della risposta favorevole al trattamento della Schizofrenia con clozapina*, in *Giorn. Ital. Psicopat.*, 3, 1996, pp. 289-300.
- PANCHERI P., MARCONI P.L., *Le dimensioni della schizofrenia*, in *Giorn. Ital. Psicopatol.*, 2, 1996, pp. 10-41.
- SCHWARTZBERG S., WHEELIS J., ZARATE C.A., *The Danger of Hopefulness: A clozapine "Cure" of chronic psychosis*, in *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 1996, pp. 146-52.
- SCHWARTZ C.C., MYERS J.A., ASTRACHAN B.M., *Concordance of multiple assessment of outcome of schizophrenia*, in *Arch. Gen. Psych.* 32, 1975, pp. 1221-27.
- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. jr., *The prediction of outcome in schizophrenia, I: characteristics of outcome*, 27, 1972, pp. 739-46.
- WEINRYB R.M., ROSSEL J., *Karolinska Psychodynamic Profile KAPP*, *Acta Psych. Scand.* 83, 1991, suppl. 363; trad. it. a cura di Nese G, Voria F et al., *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, XII, 2, 1993, pp. 85-114.
- WOLFSON P.M., PATON C., *Clozapine audit: what do patients and relatives think?* in *J. Mental Health*, V, 3, 1996, pp. 267-73

Salvatore Freni

Aspetti psicodinamici del paziente in trattamento con neurolettici tipici e atipici: *rilievi clinici e di ricerca**

È veramente inquietante constatare come, a front della sterminata letteratura scientifica sugli aspetti biologici, farmacocinetici, clinico-farmacoterapeutici basati sull'applicazione di rating scales prima e dopo il trattamento, siano veramente scarsi i contributi relativi agli aspetti psicodinamici (vissuto soggettivo, cambiamenti dell'assetto difensivo, modificazioni dell'immagine di sé ecc. ecc.) dei pazienti in trattamento con neurolettici.

Dopo gli studi pionieristici di Sarwer-Foner^(1962, 83) e di Ostow,^(1962, 93) i quali, negli anni '50-60, avevano messo in evidenza gli aspetti paradossali della risposta alla clorpromazina nei pazienti maniacali, legata ai cambiamenti dei meccanismi di difesa dell'Io indotti dal farmaco e, più in generale, all'influenza diretta degli psicofarmaci sulla omeostasi narcisistica del soggetto, non si è adeguatamente sviluppata questa linea di ricerca integrativa tra psicofarmacologia e psicoanalisi.

Certamente la ragione di tale grave carenza va ricercata nella sterile contrapposizione tuttora non del tutto risolta tra psicofarmacologia e psicoanalisi (e più in generale la psicoterapia) perché entrambi i campi disciplinari si sono proposti come sistemi autosufficienti ed esaustivi rispetto ad una teoria generale della personalità e all'eziologia, patogenesi e terapia dei disturbi mentali.

Cattedra di Psicoterapia-Istituto di Clinica Psichiatrica-Università degli Studi di Milano - Ospedale Maggiore di Milano-Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

** Relazione alla Tavola Rotonda Psicofarmacopsicoterapia: paradigma della complessità nella relazione terapeutica, XL Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria. Palermo, 18-24 ottobre. 1997.*

Da alcuni anni, tuttavia, si avverte sempre di più l'esigenza di integrare, sia nella teoria e nella ricerca sia, ancora di più ¹ nella pratica clinica, il piano della cosiddetta psicofarmacologia clinica con quello della comprensione psicodinamica del farmaco o farmacoterapia psicodinamica (Gabbani)¹⁹⁹⁴ secondo un approccio bimodale (Docherty et al.)^{1977,85} che realizza di fatto nella pratica clinica una vera e propria psicofarmacopsicoterapia (Freni et al.)¹⁹⁸⁷ con tutti i problemi epistemologici e di formazione dello psichiatra e dello psicoterapeuta che da essa derivano.

A mio avviso, tale esigenza è stata indotta fundamentalmente dalle seguenti circostanze:

Si è reso sempre più evidente che il fenomeno della compliance / non compliance è essenzialmente un fenomeno psicologico che può essere compreso soltanto qualora si applichino al processo farmacoterapeutico i modelli più tipici della relazione psicoanalitica (transfert/controllotransfert, resistenza, meccanismi di difesa dell'Io, ecc. ecc.) a tutti gli oggetti, personaggi e modalità relazionali messi in campo dal processo terapeutico che si sviluppa a partire dal farmaco: vale a dire, il farmaco in sé come oggetto di investimento fantasmatico (il suo nome commerciale, forma, colore, confezionamento, i suoi effetti positivi e negativi, la sua valenza di rappresentante del prescrittore) oltre che come sostanza chimica con suoi effetti più o meno specifici sulla economia generale affettivo-cognitiva del paziente; la figura del prescrittore e le sue modalità di proporre il farmaco all'interno della relazione terapeutica (cfr. Freni et al.)^{1988a,b} la cornice terapeutica (il cosiddetto setting) in cui si iscrive la relazione stessa e il suo declinarsi lungo un asse verità /bugie nello stile, forma e contenuto della comunicazione tra psichiatra e paziente.

Sono cresciute in misura prima imprevedibile la domanda e offerta di individuale, gruppale e familiare in condizioni clinico-psicopatologiche (ad esempio gravi disturbi di personalità borderline del versante psicotico, stati schizofrenici, schizo-affettivi e schizo-freniformi) ritenuti in passato (e secondo alcuni illustri psichiatri tuttora) non trattabili con psicoterapia.

Ciò ha reso urgente l'attivazione di una diversa strategia del trattamento attraverso un approccio combinato, integrato, di farmacoterapia, psicoterapia, tecniche di riabilitazione e un più attento management psichiatrico generale.

L'affermarsi sul mercato dei farmaci antipsicotici dei cosiddetti neurolettici atipici, il cui prototipo tuttora non superato per efficacia e spettacolarità degli effetti è certamente la clozapina. Questo farmaco ha di fatto costretto gli psichiatri e le équipes psichiatriche operanti nel territorio a cambiare radicalmente alcuni stereotipi sui quali si era adagiata, quasi rassegnata, una certa prassi psichiatrica mediamente e diffusamente basata sull'utilizzo dei neurolettici long-acting con le loro somministrazioni mensili quasi coatte o sull'uso dei neurolettici tipici per via orale con la puntuale caduta di compliance a breve, media o relativamente lunga distanza dalla prima prescrizione, conseguente fenomeno della revolving door e palleggiamento dei pazienti tra Centri Psico-Sociali e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

La diffusione della prospettiva della riabilitazione psichiatrica che ha consentito l'ingresso nell'area della psichiatria di nuove figure

Tabella 1 Compliance: la spina nel fianco della psicofarmacoterapia

- Il 50% dei pazienti ad un certo punto nel corso del trattamento rifiuta i farmaci (Jamison et al., 1979, Van Putten, 1975).

pazienti schizofrenici

- 48% risultano noncompliance entro il primo anno di trattamento per raggiungere il 74% entro i due anni di terapia farmacologica (Corrigan et al., 1990).
- Tra il 25% e il 94% dei pazienti in terapia ambulatoriale non assume i farmaci secondo prescrizione (Baekeland, Lundwall, 1975; Eisenthal et al., 1979).
- Inoltre bisogna tener presente che circa il 57% dei pazienti schizofrenici presenta un disturbo di personalità sull'asse II.
- Abbandonare il paziente esclusivamente al farmaco gestito con un generico, epistodico e breve controllo clinico rappresenta un grave errore metodologico e soprattutto etico esponendo a gravi conseguenze il paziente, i suoi familiari, gli stessi curanti accusati spesso di "malpractice".

I farmaci o un generico superficiale sostegno non possono sostituire l'esperienza dell'essere compreso da un essere umano in una relazione significativa.

professionali (educatori, arte-terapeuti, musico-terapeuti) il cui contributo terapeutico mal si concilia con l'eccessiva coartazione del paziente derivante dalla cosiddetta iper-neurolettizzazione, mentre risulta preferibile un uso discreto dei farmaci e tra questi di quelli con effetti più modulati, meno coartanti e più capaci di promuovere nel paziente una migliore capacità di introspezione, una maggiore stabilità emotivo-affettiva, e, possibilmente, una migliore capacità cognitiva e metacognitiva.

La ripresa di interesse, da parte di psicofarmacologi clinici illuminati, allo studio degli aspetti soggettivi della risposta ai neurolettici, anche se finalizzato alla problematica della compliance/non-compliance. Parallelamente a questo indirizzo di ricerca sta crescendo una maggiore attenzione alla psicofarmacoterapia da parte di psicoterapeuti di varia formazione e la costituzione di gruppi di ricerca composti da psichiatri, psicologi clinici, psicoterapeuti, psicofarmacologi interessati ad una comprensione più accurata del rapporto tra effetti obiettivi e soggettivi degli psicofarmaci, dei neurolettici in particolare data la loro incisività di azione non sempre vissuta come terapeutica dal paziente (cfr. ad esempio Weiden et al.,¹⁹⁹⁴ Hogan et al.,¹⁹⁹² Kelly et al.,¹⁹⁸⁷ Lin. et al.,¹⁹⁷⁹ Marder et al.,¹⁹⁸³ McEvoy et al.,¹⁹⁸⁹ Van Putteren,^{1976,78}).

L'avanzamento delle conoscenze neurobiologiche (come ad esempio il modello delle reti neuronali o le tecniche di brain imaging associate a test di performance cognitiva) ha creato le basi, soprattutto nel campo della schizofrenia (cfr. Weinberger e Lipska),¹⁹⁹⁵ per un creativo dialogo integrativo tra modelli neurobiologici e modelli e tecniche psicoanalitiche (cfr., Robbins,^{1993,94} Grotstein,¹⁹⁹⁵).

A proposito di compliance, è utile riflettere attentamente su alcuni dati riportati in letteratura, qui compendati nella tabella 1.

Negli ultimi due anni, in occasione di meeting locali organizzati da vari colleghi in diverse località del centro-nord, ho avuto la fortuna di esaminare numerose casistiche di pazienti schizofrenici trattati con clozapina.

Da questa esperienza sono emersi i seguenti rilievi:

in contesti in cui il farmaco è gestito con le tradizionali e mediamente diffuse modalità (controlli di breve durata, distanziati nel tempo e così via) si registra nel corso di pochi mesi dall'inizio del trattamento un rifiuto o un insoddisfacente uso del farmaco in circa il 30% dei pazienti. L'aspetto più paradossale è che la conseguente sospensione del farmaco avviene solo in circa 2-3% per motivi di ordine medico, mentre in circa il 18% avviene per iniziativa del paziente che non tollera le trasformazioni soggettive indotte dal farmaco e nel 9-10% per una sorta di eccesso di guarigione mal tollerata in tali contesti assistenziali dai familiari e dagli stessi curanti, perché questi pazienti pongono una domanda di relazioni terapeutiche insostenibili. È come se all'improvviso questi pazienti, di solito prima iper-neurolettizzati dai long-acting, si svegliassero da una sorta di letargo, da una condizione di vita da zombie, manifestando bisogni, angosce, richieste di relazioni, prima sopite. Sentono perdere una identità sia pure folle, che si erano faticosamente costruita; si sentono più vivi, ma immersi in un mondo che non comprendono, fino a preferire la condizione precedente affermando così il loro diritto di rimanere *pazzi*.

In contesti in cui il farmaco è gestito all'interno di una rete assistenziale intensiva, psicoterapeutica e/o riabilitativa la compliance è quasi totale, la sospensione del farmaco avviene in pochi casi per giustificati motivi di ordine medico-biologico. In tali situazioni si registrano casi di straordinari cambiamenti positivi, prima impensabili, che vengono opportunamente guidati e accompagnati dalle varie figure professionali (psichiatri, psicoterapeuti, riabilitatori ecc. ecc.) coinvolte nella gestione clinica complessiva e integrata di tali pazienti.

Applicando i principi della diagnostica psicodinamica si rivela infondato il *rationale* secondo il quale la clozapina vada prescritta dopo aver verificato l'inefficacia dei neurolettici tipici.

Infatti noi possiamo differenziare già al primo esordio, o anche prima, schizofrenici con deliri e allucinazioni semplici e schizofrenici portatori di organizzazioni allucinatorio-deliranti sistematizzate.

In questi ultimi (i più numerosi) il neurolettico tipico sembra bloccare il processo patogenetico impedendo ogni possibilità di elaborazione, mentre la clozapina sembra smontare il sistema delirante riconducendo il soggetto alla condizione originaria da cui parti per costruire il suo sistema delirante. A mio avviso, questo è il motivo fondamentale per cui il paziente in trattamento con clozapina pone in modo drammatico la domanda di psicoterapia.

Il neurolettico tipico, specialmente se usato ad alti dosaggi, spegne la domanda.

Sulla base di tali premesse diventa subito evidente che l'inibizione a prescrivere clozapina giustificata dalla paura dell'agranulocitosi appare eccessiva anche se apparentemente corretta sul piano razionale. Tale eccesso rappresenta infatti un vero e proprio meccanismo di difesa del curante nei confronti di un metodo di cura che richiederà un maggiore impegno relazionale e una competenza clinico-psicoterapeutica.

È chiaro quindi che nella valutazione dell'effetto dei farmaci neurolettici, tipici e atipici, è necessario prendere in seria considerazione, oltre agli aspetti prettamente biologici e farmacologici, tutto quell'insieme di fenomeni inequivocabilmente di natura psicodinamica che rimandano alle singolarità dei pazienti e dei loro curanti e che possono essere comprese quando si applicano al processo terapeutico nel suo insieme i modelli e i concetti teorico-clinici e tecnici, largamente consolidati nella teoresi e nella prassi psicoanalitiche, senza necessariamente dover dar luogo ad una specifica cura psicoanalitica.

In sostanza si tratta di differenziare in modo sensibile e accurato assieme ai nostri pazienti gli aspetti legati ad un presunto o accertato danno neurobiologico rispetto a cui la risposta più adeguata è il farmaco dagli aspetti più vistosamente psicodinamici che richiedono una solida relazione terapeutica, una comprensione ed elaborazione dei fenomeni che si sviluppano nel campo di tale relazione, in cui viene consensualmente inclusa l'utilità o meno del farmaco.

In assenza di un approccio così fondato si viene a creare di fatto

una situazione fortemente paradossale e fondamentalmente bugiarda: la psiche del paziente, l'organo virtuale bersaglio del trattamento farmacologico viene semplicisticamente assimilata al cervello presunto portatore di un danno neurodinamico; viene esclusa la sua singolarità soggettiva; il dialogo clinico, quale medium su cui si fonderanno la diagnosi e la decisione del trattamento, si riduce ad una semplice rassegna della lista dei sintomi adeguata a giungere ad una diagnosi standardizzata o al giudizio dei punteggi da attribuire alle scale sintomatologiche seguendo un modello medico piuttosto semplicistico nella valutazione. Si rinuncia alla ricchezza dei significati insiti nel campo inter-soggettivo che si crea nell'incontro clinico e che riguarda tutti i partecipanti ad esso, laddove un ascolto attento ed esperto cerca di cogliere tutti quegli aspetti (gravi deficit dei processi di simbolizzazione, distorsioni delle relazioni oggettuali interne/esterne, equazioni simboliche ecc.) ben noti nella letteratura clinico-psicoterapeutica relativa agli stati psicotici. In sostanza si crea una condizione di relazione bugiarda, oltre che un grave errore epistemologico di fondo, per cui di fatto la psiche dell'individuo osservato e la psiche dell'individuo osservatore non si vedono, non si incontrano, non si riconoscono.

Ma vediamo insieme con Nevins,⁽¹⁹⁹³⁾ integrandolo dove occorre, alcuni dei cambiamenti intrapsichici indotti dai farmaci neurolettici, che si manifestano nell'osservazione clinica secondo una prospettiva psicodinamica e che possono essere determinanti rispetto alla riuscita del trattamento farmacologico o al rifiuto del farmaco e della relazione psicoterapeutica.

Alcuni di essi, i più appariscenti secondo un'ottica osservazionale psicodinamicamente fondata, possono essere così riassunti. (tab. 2)

Ho voluto tracciare per grandi linee alcuni aspetti rilevabili ad una osservazione clinico-psicodinamica dei pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici; teoricamente, sono infinite le osservazioni che si possono trarre da un trattamento intensivo e sufficientemente prolungato in un setting psicoterapeutico di tali condizioni.

Tab. 2; Cambiamenti indotti dai neurolettici osservabili a livello psicodinamico

Nell'assetto difensivo: cambiamenti nell'economia **per ale** delle attività difensive possono accompagnare o rappresentare l'esito del trattamento neurolettico. Ciò è particolarmente evidente per le difese più primitive quali il DINIEGO.

L'improvvisa consapevolezza di malattia che ne deriva fa sentire il paziente depresso e lo induce al ritiro; in un primo momento i pazienti cercano di contrastare l'effetto del farmaco cercando di eccitarsi con l'uso eccessivo di caffè di tabacco e/o con irrequietezza motoria. Il paziente si sente oppresso da forze che lo sovrastano. Specialmente nei casi in cui la motricità e la forza fisica viene usata come difesa da sottostanti angosce omosessuali o di passivizzazione femminile, i pazienti lamentano sensazioni di impotenza e di possibili minacce alla loro integrità fisica.

Nelle relazioni oggettuali: si può constatare un miglioramento del senso di realtà associato a riduzione dell'ostilità atteggiamento di non collaborazione, isolamento sociale, ritiro francamente autistico che influenzano negativamente le relazioni prima non conflittuali, comprese eventuali attività eterosessuali od anche masturbatorie. può emergere la sensazione di essere "asessuato", depresso, o anche depersonalizzato.

Interferenza con la fase di recupero dalla psicosi: il paziente può attribuire al farmaco sentimenti di depressione, impotenza, perdita delle proprie capacità e poteri, rallentamenti e debolezze psicomotorie, mentre sarebbe più pertinente mettere in connessione tutto ciò con la perdita del senso di onnipotenza e onniscienza che caratterizzava la sua sintomatologia prima del trattamento farmacologico.

Minaccia Fisica: per il paziente, il farmaco può rappresentare una minaccia al proprio corpo con conseguente perdita dei suoi poteri. Ad esempio, un paziente credeva che il liquido lattiginoso del long-acting iniettatogli dall'infermiere fosse dello sperma e si sentiva costretto ad una condizione omosessuale.

Interferenza nell'uso della realtà estrema: il paziente può utilizzare la realtà esterna per tenere a bada i suoi conflitti psicotici ed ulteriori disintegrazioni psicotiche. Poiché il neurolettico rallenta, inibisce

3 blocca l'accesso ai processi primari, il paziente non dispone di quel repertorio immaginifico da spendere nelle relazioni per suscitare ammirazione, attrazione o consenso.

Significati simbolici: il farmaco può assumere per il paziente i più svariati e spesso imprevedibili significati simbolici che vengono incorporati nei suoi sistemi di credenze patologiche relative alla propria autodiagnosi e alla propria autoterapia.

Alterazione dell'immagine corporea: a causa dei numerosi effetti collaterali su vari organi e tessuti periferici, i neurolettici possono alterare la rappresentazione della propria immagine corporea, distorcere il senso di realtà così contrazioni muscolari, ginecomastia, sedazioni egodistoniche, diventano l'espressione di gravi malattie o la prova di influenze nefaste sul proprio corpo da parte di forze aliene, diaboliche o la prova di vendette da parte di personaggi ostili, compresi i familiari e i curanti.

**Intolleranza alle frustrazioni – ipersensibilità agli stimoli interni/esterni
incapacità di differire l'azione con conseguente impulsività:**

da sempre nel pensiero psicoanalitico, tali caratteristiche sono state attribuite a presunti danni biologici. Lo schizofrenico sarebbe privo di una valida barriera protettiva rispetto alle stimolazioni interne ed esterne, tratta la realtà esterna come quella interna (cfr. Bion, ^{1965, 1967}; Robbins, ^{1993, 1994}; Meltzer, ¹⁹⁶⁶). Il risultato è che vive perennemente immerso in una atmosfera iper-reale, alle prese con una realtà che non comprende perché non riesce a coglierne i significati simbolici; è una situazione paradossale, perché non riuscire a tradurre in termini simbolici il reale determina una esclusione dalla possibilità di una efficace fruizione. La felice, sia pur drammatica, espressione utilizzata da Grotstein (¹⁹⁹⁵) nel descrivere questi pazienti come "orfani del reale", vuole enfatizzare questo aspetto di ipersensibilità, vulnerabilità dei pazienti che si trovano alle prese con una realtà minacciosa e persecutoria, perché privi delle protezioni dell'immaginario e del simbolico. Il farmaco neurolettico prescritto con una mentalità acceso/spento, presenz-dassenza del sintomo trasforma una presenza di sintomi legata ad una assenza di barriere protettive in una presenza di rigide barriere pseudoprotettive con assenza di sintomi ma anche di procopensieri utili alla costruzione del pensiero. Il farmaco neurolettico offerto con la finalità di modulare la barriera agli stimoli o dotato esso stesso di tale capacità modulante permette la costruzione di una sorta di membrana semipermeabile che consente la nascita di pensieri pensabili ed elaborabili nel processo psicoterapeutico. In gergo Bioniano, si potrebbe dire che il soggetto schizofrenico vive perennemente immerso in un mondo di "oggetti bizzarri", costituiti da elementi beta (precursori non ancora adatti a pensare) e brandelli di elementi alfa (pensieri pensabili). Il processo evacuativo impoverisce il paziente fino a farlo apparire affetto da demenza precoce. Una neurolettizzazione massiccia, blocca o smonta il delirio in quanto disturbo del pensiero, ma blocca e spegne anche la sorgente del pensiero. In sostanza, si conferma uno degli assiomi irrinunciabili della teoria clinica e della pratica terapeutica della psicoanalisi e delle psicoterapie da essa derivate, da Freud ad oggi: il sintomo è al contempo l'espressione di un deficit e/o di un conflitto di tentativi malriusciti di fronteggiarlo.

Una farmacoterapia tesa a eradicare il sintomo, anche se temporaneamente sembra dare risultati miracolosi, nel trascorrere del tempo, può causare più danni di quanti ne ripara; una farmacoterapia tesa a correggere il supposto deficit e a modulare i tentativi inefficaci per farvi fronte è un aiuto prezioso per un processo riparativo di ordine psicoterapeutico.

Consegnare il paziente soltanto al farmaco è per dirlo con Robbins, (¹⁹⁹³) come trattare un obeso sedentario, con l'uso esclusivo e cronico di farmaci finalizzati a tenere sotto controllo la pressione, ridurre il colesterolo, migliorare la funzionalità cardiaca, senza aver mai verificato l'effetto terapeutico di una dieta adeguata, di un programma di esercizi fisici e della riduzione dei fattori di stress.

Qui però sono più interessato a mettere in evidenza gli aspetti più paradossali degli effetti dei neurolettici e delle conseguenze che da essi derivano. Penso si possa tranquillamente sostenere quanto segue:

Quanto più è potente ed efficace un neurolettico nella sua capacità di smontare un sistema allucinatorio-delirante tanto più ha bisogno di assistenza psicoterapeutica. Credo sia questo il più straordinario paradosso della psicofarmacologia contemporanea in un momento in cui ci mette a disposizione farmaci sempre più potenti ed efficaci. Non a caso tale problematica è emersa in modo drammatico proprio dalle riflessioni retrospettive a cui ci ha costretto l'uso della clozapina, che da questo punto di vista potrebbe essere definito, ancora paradossalmente, un farmaco amico della psicoterapia.

Quanto più un farmaco presenta effetti collaterali egodistonici, tanto più si presta ad essere incorporato nei sistemi di credenze patologiche inconscie del paziente rinforzandone lo stato psicotico e stabilizzandolo in senso negativo.

Una farmacoterapia che non prendesse in serio esame le implicazioni psicodinamiche insite nel processo farmacoterapeutico è destinata all'insuccesso e comunque ad una grave caduta di compliance.

Una psicoterapia che non si occupasse in modo accurato del significato soggettivo che il farmaco ha per il paziente e non valutasse e discriminasse quanto è dovuto al farmaco e quanto all'evoluzione psicologica del paziente, è fortemente esposta all'insuccesso.

Una psicoterapia che si concludesse senza aver svolto un tale minuzioso lavoro demandando alla farmacoterapia tale competenza può di fatto, essere dichiarata fallita perché potrebbe cadere nella trappola di considerare come risultato proprio l'eventuale effetto benefico del farmaco.

Ma come dare prova di tutto ciò sul piano scientifico, cioè con procedure e metodi in grado di corrispondere ai criteri minimali di scientificità nel senso comunemente inteso di misurabilità attendibilità replicabilità ?

Io e i miei collaboratori pensiamo che la via migliore sia quella di applicare alla valutazione del processo terapeutico (farmacoterapeutico o psicoterapeutico o entrambi) le procedure e i modelli utilizzati nella ricerca scientifica in psicoterapia in aggiunta ai protocolli comunemente utilizzati in psicofarmacologia clinica.

In tal senso abbiamo iniziato degli studi di fattibilità applicando ad esempio la scala dei meccanismi di difesa dell'Io, elaborata da Perry,⁽¹⁹⁹⁰⁾ il modello del CCRT (tema relazionale conflittuale centrale) di Luborsky, l'attività referenziale di Wilma Bucci, la scala dell'alleanza terapeutica, il profilo psicodinamico KAPP elaborato da Weinryb e Rossel⁽¹⁹⁹¹⁾ la scala di consapevolezza di malattia (David)¹⁹⁹⁰ e così via. I primi dati emersi da tale approccio ci sembrano molto promettenti e ci incoraggiano a proseguire su questa linea di ricerca.

Nello studio qui presentato nel capitolo 5 (Freni, Crico et al.)¹⁹⁹⁷ sono stati confrontati due gruppi di pazienti trattati con neurolettici tipici e atipici in un comune regime di ricovero ospedaliero (aloperidolo versus clozapina).

In entrambi i gruppi, nei punteggi delle ratings scales per la schizofrenia (SANS e PANS) non si notano differenze significative; nella scala dei meccanismi di difesa dell'Io di Perry si registra una differenza significativa soprattutto nell'area del diniego, ritenuto da sempre un meccanismo di difesa psicotico per eccellenza. Il gruppo dei pazienti trattati con clozapina presenta una marcata riduzione del diniego dando una conferma empiricamente fondata di quanto tutti noi riconosciamo clinicamente. Nella scala ROMI (rating of medication influences) proposta da Weiden et al.⁽¹⁹⁹⁴⁾ per lo studio della compliance si vede che la migliore compliance si trova nei pazienti che hanno il miglior punteggio nelle scale dei sintomi; questo dato è noto nella letteratura psicoterapeutica sotto forma di aforisma attribuito a Luborsky secondo cui "in psicoterapia i più ricchi diventano più ricchi", i pazienti che stanno meglio ottengono migliori risultati.

In un altro studio (cfr. cap. 7) abbiamo provato cosa succede applicando il KAPP ad un gruppo di pazienti in trattamento con clo-

zapina, confrontando il KAPP con la scala di consapevolezza di malattia di David. A fronte di un cambiamento positivo a distanza di 6 mesi di trattamento nei punteggi nelle scale SANS e SAPS e dei punteggi medi nel KAPP abbiamo trovato correlazioni significative tra miglior consapevolezza di malattia e, rispettivamente, miglior punteggio alla SANS, alla SAPS, nelle relazioni oggettuali, nelle relazioni sociali, nella capacità di esprimere affetti e nell'immagine del Sé corporeo, quali items significativi del KAPP.

Naturalmente si tratta di primi approcci, volti a verificare l'applicabilità dei metodi e la loro capacità di fornire informazioni aggiuntive rispetto alle tradizionali scale dei sintomi. La nostra impressione è che questo primo obiettivo sia discretamente raggiunto e pensiamo di poter procedere ad un protocollo di ricerca meglio strutturato con tutti gli accorgimenti procedurali richiesti da tali metodi, in verità molto complessi e dispendiosi, ma capaci di cogliere e alcune caratteristiche psicodinamiche che di solito sono raccontate dai terapeuti a livello clinico-descrittivo.

Vorrei concludere con le seguenti considerazioni.

Mi sembra che, grazie nuovi farmaci, all'impegno di psicofarmacologi clinici interessati alla comprensione degli effetti soggettivi dei farmaci sia pure dal punto di vista della compliance, all'avanzamento delle conoscenze neurobiologiche, a psicoanalisti come Sarwer-Foner, Ostow, Robbins, Grotstein, Gabbard e altri sensibili alla necessità di aprirsi alla comprensione degli aspetti psicodinamici dei farmaci; grazie anche ai progressi della ricerca empirica in psicoterapia che ha saputo approntare modelli operativi di indagine validi, si stiano creando le premesse per un modo nuovo e creativo di trasferire sul piano della ricerca le esigenze, non più differibili sul piano clinico-pratico, della integrazione tra psicoterapia e farmacoterapia. In tale prospettiva è molto probabile che bisognerà differenziare una ricerca di psicofarmacologia clinico-medica volta a verificare che i farmaci siano efficaci, non dannosi per l'organismo, secondo la metodologia consueta del trial finalizzato alla registrazione e commercia-

lizzazione dei farmaci (doppio cieco, scelta randomizzata dei campioni di pazienti) da una ricerca di psicofarmacologia clinico-psicodinamica finalizzata a verificare l'impatto del farmaco nel vissuto del paziente, al confronto tra farmaci diversi associati o meno a trattamenti riabilitativi o più specificamente psicoterapeutici, attraverso la metodologia di studi single-case o di gruppi di confronto il più possibile omogenei secondo un disegno sperimentale di tipo naturalistico longitudinale. Il corrispettivo clinico-pratico di tale approccio di fatto realizza una complessa, apparentemente contraddittoria sul piano epistemologico, prassi di psicofarmacopsicoterapia perché il farmaco, visto in un'ottica bioculare di oggetto fisico-chimico e di oggetto psicologico, viene incluso all'interno di una relazione altamente significativa con i caratteri tradizionalmente tipici della relazione psicoterapeutica.

Se tale prospettiva si realizzerà come io credo, sarà necessario rivedere i processi di formazione degli psichiatri affinché diventino osservatori-partecipi sempre più esperti della dinamica relazionale con il paziente in trattamento farmacologico capaci di comprendere le ragioni e la realtà della psicoterapia; e degli psicoterapeuti affinché comprendano la realtà e le ragioni della farmacoterapia e della neurobiologia nell'ambito del trattamento psicoterapeutico. È chiaro che in tale prospettiva la questione dell'integrazione dei trattamenti intesa nel senso più semplicistico della partecipazione alla cura di due o più figure professionali è di ordine secondario, sia perché andrà valutata caso per caso, sia perché ai fini della formazione, tutti i partecipanti coinvolti nel processo terapeutico sono chiamati a condividere e operare, sia pure con funzioni differenziate, lo stesso paradigma teorico-clinico e terapeutico.

Bibliografia

- BAEKELAND F., LUNDWALL L. (1975), *Dropping out of treatment: a critical review*, in Psychol. Bull. 82, pp. 738-83.
- BION W.R. (1965), trad. it. *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Editore Armando, Roma 1973.
- BION W.R. (1967), trad. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Editore

- Armando, Roma 1970.
- CORRIGAN P.W., LIBERMAN R.P., ENGEL J.D. (1990), *From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia*, in *Hosp. Community Psychiatry*, 41, pp. 1203-11.
- DAVID A.S. (1990), *Insight and Psychosis*, in *Br. J. Psych.*, 156, pp. 798-808.
- DOCHERTY J.P., MARDER S.R., VAN KAMMEN D.P. et al. (1977), *Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues*, in *Am. J. Psychiatry*, 134, pp. 529-33.
- DOCHERTY J.P., FIESTER S.J. (1985), *The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology*, in Hales R. E., Frances A.J. (a cura di), *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*, vol. 4, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- EISENTHAL S., EMERY R., LAZARE A., et al. (1979), *Adherence and the negotiated approach to patienthood*, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, pp. 393-98.
- FRENI S., GIORDANO P., LA BARBERA D. (1987), *Psicofarmacoterapia: indicazioni cliniche* in *Psichiatria e Medicina*, I, 3, pp. 7-10.
- FRENI S., BASILE R., BRAMBILLA S., BUCCIO M., LINGIARDI V., MELORIO T. (1988a), *Implicazioni psicoterapeutiche in psicofarmacologia clinica*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, pp. 106-20.
- FRENI S., FERRARI R. (1988b), *L'integrazione psicofarmacoterapia-psicoterapia: una necessaria "utopia" per la cura delle psicosi schizofreniche*. Relazione al IX Symposium Internazionale sulla Psicoterapia della Schizofrenia, Torino 1988.
- FRENI S., CRICO A., VERGA M., JANNUZZI G., VIGANO' D., PENATI G. (1997), *Psicofarmacologia psicodinamica: verso un'integrazione nella valutazione del trattamento farmacologico dei disturbi psicotici*, Comunicazione al I° Congresso Nazionale sulla Ricerca in Psicoterapia della SPR-Italia (sezione italiana della Society for Psychotherapy Research), Tabiano Terme, 5-7 settembre 1997.
- GABBARD G. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Inc.; trad. it. (a cura di Salvatore Freni), *Psichiatria psicodinamica, nuova edizione basata sul DSM-IV*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- GROSTSTEIN J.S. (1995), *Orphans of the "Real": I. Some modern and postmodern perspectives on the new biological and psychosocial dimension of psychosis and other primitive mental disorders*, in *Bulletin of the Menninger Clinic* LIX, 3, pp. 287-311.
- HOGAN T. P., AWAD A.G. (1992), *Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: A re-examination comparing two measures*, in *Psychological Medicine*, 22, pp. 347-52.
- JAMISON K.R., GERNER R.H., GOODWIN F.K. (1979), *Patient and physician attitudes towards lithium*, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, pp. 866-69.
- KELLY G.R., MAMON J.A., SCOTT J.E. (1987), *Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric out-patients*, in *Social Science and Medicine*, 25, 1205-11.
- LIN I.F., SPIGAR, FORTSHCH W. (1979) *Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics*, in *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, pp. 430-32.
- MARDER S.R., MEBANE A., CHIEN C.P., WINSLADE W.J., SWANN E., Van PUTTEN T. (1983), *A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment*, in *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 470-72.
- MCEVOY J.P., FRETHER S., EVERETT G., GELLER G.L. (1989), *Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients*, in *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, pp. 48-51.

- MELTZER D. (1986), *Studies in extended Metapsychology*, trad. it. *Studi di metapsicologia allargata*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1987.
- NEVINS D.B. (1993), *Adverse Response to Neuroleptics in Schizophrenia*, in Meri Schachter (a cura di), *Psychotherapy and Medication - A Dynamic Integration*, Jason Aronson Inc., 1993.
- OSTOW M. (1962), *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- OSTOW M. (1993), *How does psychiatric drug therapy work?*, in Meri Schachter (a cura di), *Psychotherapy and Medication: a dynamic integration*, Jason Aronson Inc., p. 12 1.
- PERRY J.C. (1990), *Defense Mechanism Rating Scale*, trad. it. di Lingiardi V, Madeddu F., *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.
- ROBBINS M. (1993), *Experiences of schizophrenia. An integration of the Personal, Scientific and Therapeutic*, Guilford Press, New York-London.
- ROBBINS M. (1994), *Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia*, in J. Amer. Psychoanal. Assn., 40, pp. 425-54.
- SARWER-FONER G.J. (1962), *The dynamics of Psychiatric drug Therapy*, Springfield, Ill. Charles, C. Thomas.
- SARWER-FONER G.J. (1983), *An overview of Combined Psychopharmacology and Psychotherapy: Summing up and Critical Comments*, in Greenhill M. H., Gralnick A. (a cura di), *Psychopharmacology and Psychotherapy*, The Free Press, New York,
- VAN PUTTEN, T. (1975), *Why do patients with manic-depressive illness stop taking their lithium?*, in Compr. Psychiatry, 16, pp. 179-83.
- VAN PUTTEN T., CRUMPTON E., YALE C. (1976), *Drug refusal in schizophrenics and the wish to be crazy*, in Archives of General Psychiatry, 33, pp. 1443-6.
- VAN PUTTEN T., MAY P.R.A. (1978), *Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy*, in Archives of General Psychiatry, 35, pp. 477-80.
- WEIDEN P., MOTT T., ZYGMUNT A., GOLDMAN D., HORVITZ-LENNON M., FRANCES A. (1994), *Rating of Medication Influences (ROMI) Scale in Schizophrenia Bulletin XX, 2, pp. 297-310.*
- WEINBERGER D.R., LIPSKA B.K. (1995), *Cortical maldevelopment, anti-psychotic drugs and schizophrenia: a search for common ground*, in Schizophrenia Research, 16, pp. 87-110.
- WEINRYB R.M., ROSSEL J. (1991), *Karolinska Psychodynamic Profile KAPP*, Acta Psych. Scand. 83, suppl. 363, trad. it. di Nese G., Voria F. et al. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, XII, 2, 1993, pp. 85-114.