

*Articolo***Psicoterapia e psicofarmaci. una proposta metodologica**

Psychotherapy and Psychopharmacology: A Methodological Proposal for Integrated Treatment

Martellotti S.¹

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riassunto

La psicoterapia integrata alle cure psicofarmacologiche è una pratica diffusissima, che riguarda una frazione ormai considerevole di pazienti. Eppure, in proporzione, appaiono scarse le proposte metodologiche chiare e applicabili che guidino a pratiche d'integrazione capaci di rendere davvero sinergici i due interventi. Il presente capitolo mira proprio a colmare questo gap: il tentativo è di chiarire il tema e l'applicazione della terapia integrata da diverse prospettive d'osservazione. Il "cosa": quali parametri definiscono la terapia integrata rispetto a pratiche che semplicemente sommano i due interventi; il "chi": quali sono le competenze tecniche e trasversali che i due partecipanti (psicologo-psicoterapeuta e psichiatra) sono chiamati ad acquisire; il "perché": quali sono gli effettivi vantaggi del trattamento combinato e integrato e come psicofarmaci e psicoterapia possono aiutarsi a vicenda; il "quando": in quali casi e in quale momento del percorso psicoterapeutico inviare il paziente per un consulto psichiatrico; il "come": i paragrafi successivi si occuperanno di chiarire le buone pratiche, ossia il "che fare" consigliabile per rendere possibile e maggiormente efficace l'integrazione.

Infine, cercheremo di presentare le condizioni in cui gli psicofarmaci possono potenzialmente ostacolare la psicoterapia, senza tralasciare i possibili rimedi a queste insidie. In appendice, viene presentata la brochure informativa destinata ai pazienti in psicoterapia candidati all'integrazione con psicofarmacoterapia, che cerca di tradurre in un linguaggio accessibile ai non addetti ai lavori i principi più importanti espressi nel capitolo.

Abstract

The integration of psychotherapy with psychopharmacological treatment has become widespread in contemporary clinical practice and now involves a considerable proportion of patients. Nevertheless, clear and practically applicable methodological frameworks capable of fostering genuine synergy between these two interventions remain relatively scarce. This chapter aims to address this gap by providing a comprehensive methodological proposal for integrated treatment from multiple perspectives. It examines what distinguishes integrated therapy from the mere combination of psychotherapy and medication; who, namely the technical and interpersonal competencies that psychologists, psychotherapists and psychiatrists should acquire to work collaboratively; why integrated treatment may offer significant clinical advantages and how psychotherapy and psychopharmacology can mutually enhance their therapeutic effects; when patients should be referred for psychiatric consultation during the course of psychotherapy; and how effective collaborative practice can be implemented through practical recommendations designed to maximise treatment integration. Finally, the chapter discusses the circumstances in which psychotropic medication may interfere with the psychotherapeutic process, together with possible strategies for preventing or overcoming these difficulties. An appendix includes an information leaflet for patients undergoing psychotherapy who are candidates for integrated psychopharmacological treatment, presenting the key principles of the proposed methodology in language accessible to non-specialists.

1. Definizione di terapia integrata

In questo capitolo si farà principalmente riferimento al caso di trattamenti che implicano una collaborazione tra uno psicoterapeuta che conduce la terapia psicologica e uno psichiatra che somministra i farmaci, modalità che in letteratura viene definita “split/collaborative”.

Il termine “terapia integrata”, che verrà citato più volte in questo capitolo, può essere definito come una metodologia di combinazione tra psicoterapia e psicofarmaci, nel cui contesto i due clinici:

- a) Riescono a sviluppare un'idea comune della diagnosi, della formulazione del caso e degli obiettivi di trattamento;
- b) Hanno una visione chiara delle differenze fondamentali tra i principali target della psicoterapia e degli psicofarmaci, collocabili, rispettivamente, nelle dinamiche stabili di personalità (e sviluppo di competenze mentali) e nella sintomatologia emergente;
- c) Sono in grado di restituire in modo efficace tale visione al paziente;
- d) Collaborano fattivamente sia tra loro che con il paziente, sapendolo reclutare sapientemente nel "team di lavoro";
- e) Sanno monitorare l'impatto del trattamento in tutte le sue fasi cogliendo sul nascere i segnali di scompenso, anche in virtù della capacità di coinvolgere attivamente il paziente come "esperto della sua esperienza interna" (cfr. Miller & Rollnick, 2013), nella rilevazione dei segnali interni "sentinella";
- f) Sanno affrontare e discutere le preoccupazioni e le fantasie del paziente rispetto ai farmaci mutandole da possibili fonti di rottura a opportunità d'insight e riparazione dell'alleanza terapeutica.

In questo capitolo, cercheremo di delineare una metodologia che aspira a superare la mera logica sommatoria delle terapie combinate (implicita in gran parte della letteratura sull'argomento), potenziando gli effetti terapeutici, limitando acting-out e drop-out, contrastando le triangolazioni tra i diversi attori del percorso, migliorando la compliance e restituendo al paziente un senso realistico e "integrato" delle proprie problematiche e della logica stessa del percorso. La metodologia di questa forma d'integrazione pone l'accento sul coinvolgimento proattivo e consapevole del paziente, limitando il rischio che questi sviluppi una passività regressiva rispetto a figure terapeutiche e terapie.

2. Competenze necessarie ai clinici in terapia integrata

Le competenze nei rispettivi campi applicativi sono necessarie ma non necessariamente sufficienti alla gestione della terapia integrata. In questo paragrafo divideremo, a scopo illustrativo, le competenze da acquisire in due categorie: le competenze relazionali e le competenze tecnico-procedurali.

2.1. Competenze relazionali-trasversali

Partiamo dalle competenze relazionali e trasversali. Una prima competenza relazionale-trasversale è costituita dalle buone abilità negoziali. I due clinici coinvolti devono possederle nell'ambito dei rapporti professionali, ma più in generale un po' in tutti i contesti relazionali. Divergenze tra punti di vista, malintesi, dubbi sul trattamento condotto dal collega sono molto comuni. In questi casi, è bene non saltare alle conclusioni, provando a esporre con calma e chiarezza le proprie percezioni e riflessioni al collega, senza toni supponenti o cattedratici. Le abilità negoziali vedono in una sana assertività e in un'apertura a punti di vista divergenti le proprie fondamenta funzionali. Le capacità di discernimento sociale (identificazione del significato interpersonale dei comportamenti propri e altrui) e di discernimento cognitivo (distinguere i fatti dalle interpretazioni) sono indispensabili alla creazione di collaborazioni funzionali in terapia integrata.

Un'altra competenza è l'umiltà epistemica; concetto collegato a quello di discernimento cognitivo, può essere definita come la capacità di sottoporre ad un accurato vaglio critico le proprie impressioni e convinzioni. Tale qualità si sostanzia nella capacità di porsi domande socratiche, di riconoscere e depotenziare bias cognitivi come quello di conferma, di selezione e della disponibilità (Kahneman, 2012), nonché di sopportare la tensione del dubbio e la sospensione del giudizio.

Una terza competenza relazionale-trasversale è l'ascolto attivo (Rogers & Farson, 1957; Gordon, 2002). Questa competenza, tutt'altro che scontata, è essenziale per favorire l'espressione dei vissuti e dei pensieri che ruotano attorno alla questione farmaco e alle rotture della compliance; tale competenza si può considerare centrale tanto per lo psicoterapeuta quanto per lo psichiatra prescrittore. La pratica dell'ascolto attivo limita il rischio di scivolare in atteggiamenti verticali *ex cathedra* o paternalistici. L'empatia e gli interventi verbali connessi (come domande aperte, prompt, riflessioni del sentimento e riformulazioni del contenuto) incoraggiano il paziente a far emergere

l'eventuale disagio o i dubbi sui trattamenti, senza che ciò evochi critica o giudizio da parte del clinico (Unconditional Positive Regard: Rogers, 1957).

Un'ulteriore competenza relazionale che vorrei citare riguarda le tendenze antagonistiche e competitive. La gestione di queste istanze è fondamentale per contenere la spinta a intestarsi il successo, quando le cose vanno bene, o a esternalizzare l'origine dei problemi quando vanno male. Rendersi consapevoli dello switch da un dialogo fondato sul sistema motivazionale cooperativo ad uno influenzato dall'attivazione del sistema di rango (Liotti, 2008) è una dotazione professionale chiave sia nei colloqui clinici che negli scambi comunicativi tra colleghi. In termini psicodinamici, la percezione del proprio controtransfert consente di evitare agiti non mentalizzati o di cadere in trappole relazionali quali identificazioni proiettive, collusioni e triangolazioni. La corretta identificazione del proprio controtransfert è essenziale anche nei dialoghi tra professionisti. Possono esserci idealizzazioni, svalutazioni, sensazione di essere squalificati o trattati in modo sbrigativo. Non di rado, subentrano anche dinamiche legate alle differenze di ruolo o all'anzianità di servizio che possono gradualmente erodere la qualità della collaborazione tra clinici (Kahn, 1991). In ultimo, ma non in ordine d'importanza, se uno o entrambi i clinici sono condizionati da un'aderenza di tipo ideologico al proprio orientamento, il rischio di "scissione terapeutica" conflittuale è ancora più accentuato.

È interessante notare che le competenze relazionali sin qui esposte coincidono con le qualità personali del modello di salute relazionale-comunicativa che si vorrebbe trasmettere al paziente. Mettere in atto il modello di salute che si sta proponendo può facilitarne l'integrazione e, dunque, promuovere la cura. Questa affermazione è suffragata da una vasta schiera di contributi teorico-metodologici come quelli sul modeling (Bandura, 1977), sull'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946) e sull'alleanza terapeutica (Bordin, 1979; Safran e Muran, 2003).

2.2 Competenze tecnico-procedurali

È necessario che i due clinici coinvolti nella terapia integrata siano in possesso di una serie di competenze specifiche di tipo tecnico e procedurale.

Una delle competenze cardine è la capacità di uscire dal gergo ristretto del proprio orientamento teorico attraverso l'adozione di un linguaggio comune fondato su terminologie diagnostiche diffuse, come il DSM-5 (APA, 2022), inclusa la scala dei livelli di funzionamento della personalità (LPFS), o il PDM-3 (Lingiardi & McWilliams, 2025). Per riuscire nell'intento, non è sufficiente possedere e conoscere i manuali, serve anche integrarli in modo fluido nella propria pratica, senza per questo abbandonare la prospettiva del proprio metodo di riferimento.

È dunque necessario effettuare una diagnosi su tre livelli: il livello dei quadri clinici sindromici (ad esempio, disturbo persistente dell'umore, disturbo di panico, disturbo bipolare II, ecc.), il livello del funzionamento della personalità, valutabile attraverso la LPFS (Levels of Personality Functioning Scale) del DSM-5 AMPD (APA, 2022) o il PDM-3 (Parte I dell'asse P) (Lingiardi & McWilliams, 2025), il livello dei fattori di stress e delle risorse esterne. La tendenza dei sintomi a persistere o aggravarsi è inversamente proporzionale al livello di funzionamento della personalità e al supporto sociale; per converso, i quadri clinici sintomatici sono spesso complicati o resi resistenti al trattamento dalla gravità/persistenza dei fattori di stress. Per queste ragioni, quadri clinici sintomatici, livello di funzionamento della personalità, fattori di stress e risorse esterne sono elementi di un approccio diagnostico multisistemico finalizzato all'efficacia e sicurezza dei trattamenti. Pur considerando i limiti intrinseci a qualsiasi manualizzazione categoriale dei disturbi mentali, non possiamo aggirare l'adozione di un linguaggio convenzionale nella fase di definizione diagnostica.

Un'altra competenza, strettamente collegata alle prime due, risiede nella conoscenza da parte dei due clinici dei principali strumenti psicodiagnostici. La conoscenza dell'ambito dovrebbe estendersi a tutte le diverse fasi di una valutazione psicodiagnostica: somministrazione, scoring, interpretazione, restituzione. Inoltre, i due dovrebbero possedere una sufficiente confidenza con strumenti orientati a valutare una singola area sintomatologica (ad esempio, BDI-II per la depressione), con quelli che consentono valutazioni più estensive (come SCL-90r, PAI, MMPI) e, ancora, con quelli orientati allo studio della personalità (MCMI-III e PID-5). I risultati alle valutazioni psicodiagnostiche si esprimono a tutti gli effetti con un linguaggio comune a chiunque ne possieda i rudimenti. Un'ulteriore conoscenza, inseparabile da quella appena descritta, consiste nella capacità di inserire in

modo fluido nel dialogo clinico alcuni dei risultati ottenuti dalle valutazioni diagnostiche, per scopi di approfondimento collaborativo e psicoeducazione ai disturbi psichici e al processo di cura.

Rimaniamo per un momento nell'ambito delle competenze linguistiche. Psichiatri e psicologi psicoterapeuti devono avere una tale confidenza con la cornice neurobiologica e metodologica che unisce i due interventi da saperla restituire in modo chiaro ai propri pazienti, impiegando un lessico prossimo all'esperienza interna di questi ultimi. Esiste infatti la possibilità che una divergenza nei linguaggi dei due curanti si traduca in confusione e disorientamento nella mente del paziente; il disorientamento conduce a una difficoltà nel riconnettere le parti della propria esperienza interna in una narrazione coerente e funzionale all'integrazione dei diversi insight. La premessa necessaria di un buon lavoro psicoeducativo sul trattamento integrato è rappresentata dalla capacità dei clinici di riconoscere quali tessere del puzzle terapeutico complessivo appartengano al proprio intervento e quali siano più caratteristiche dell'intervento del collega. Entrambi devono, quindi, disporre di un buon livello di conoscenza relativo alle componenti del lavoro terapeutico della controparte.

La frequente compartimentazione dei linguaggi esita in una disorganizzazione dei processi di psicoeducazione, con la conseguente difficoltà per il paziente di integrare la storia del disturbo e delle cure in una visione integrata di sé. È come se nella mente del paziente si riproducesse tutta la fuorviante faziosità del dualismo tra “cura della mente” e “cura del cervello”, gravemente responsabile del ritardo nell'acquisizione di protocolli terapeutici integrati funzionali e aggiornati al modello bio-psico-sociale (Engel, 1977). Se un paziente non comprende quale parte della propria esperienza interna venga modulata dai farmaci, quali competenze personali vengano promosse dalla psicoterapia e, infine, quali siano le intersezioni evidenziabili tra i due livelli d'intervento, come farà a comprendere il senso di continuare a investire in un trattamento integrato? Come riuscirà a comprendere le comunicazioni dei due clinici quando proporranno l'eventualità di ridurre uno dei due trattamenti e proseguire con uno soltanto dei due? Come potrà mettere a fuoco quali aspetti della propria esperienza interna dovranno essere monitorati quando, ad esempio, si sospenderà un farmaco? Come farà a integrare le conoscenze maturate in psicoterapia per regolare quegli stessi stati emotivi, impulsi, schemi maladattivi che prima venivano moderati dalla presenza del medicinale? La scarsa consapevolezza dei clinici del punto d'ingresso del proprio intervento nel complesso psico-biologico del paziente rende improponibile una buona opera divulgativa nelle

sedute e, come conseguenza finale, limita l'integrazione delle conoscenze maturate nel percorso e la loro traduzione in strumenti autonomi di conoscenza e regolazione del mondo interno e interpersonale.

Come già accennato, non è affatto trascurabile che entrambi i clinici conoscano il razionale, i metodi e le finalità del trattamento svolto dal proprio collega, per comprendere più a fondo le comunicazioni di quest'ultimo e del paziente stesso. Solo a titolo d'esempio, va ricordato quanto sia difficile differenziare la misura in cui il disagio del paziente verso uno dei due trattamenti sia dovuto a un problema di relazione con il collega o faccia parte integrante e prevedibile del percorso di cura stesso. È il caso degli effetti collaterali dei farmaci, da differenziare rispetto all'effetto nocebo (condizionato anche dalla qualità della relazione medico-paziente). Per fare invece un esempio relativo al campo contrapposto, alcuni pazienti potrebbero riferire allo psichiatra la sensazione di uscire da alcune sedute di psicoterapia con più dubbi o turbamenti di quando vi erano entrati; lo psichiatra in quel caso sarà chiamato a non ricondurre automaticamente quei vissuti a errori tecnici del collega o all'incompatibilità del paziente con quella forma di trattamento, trattandosi piuttosto di un fenomeno assolutamente naturale che si verifica al termine di sedute che hanno affrontato per la prima volta tematiche dolorose oppure a seguito di temporanee e fisiologiche rotture dell'alleanza. Per non parlare della difficoltà nel differenziare quanto una variazione nella sintomatologia, positiva o negativa, sia da ricondurre a un intervento psicoterapeutico o piuttosto all'impatto di un farmaco di recente introduzione.

Non va infine dimenticata una competenza sempre più necessaria considerando lo scenario lavorativo contemporaneo. Ritmi forsennati di lavoro e l'elefantica mole di adempimenti amministrativi e burocratici in cui sono immersi psichiatri e psicologi rendono difficile riservarsi del tempo per lunghe conversazioni telefoniche a proposito dei casi comuni. Salvo, come vedremo, in fasi delicate, come la presa in carico, il retest, le variazioni significative del regime farmacologico, ecc., un'alternativa elegante e parsimoniosa alla comunicazione telefonica consiste nel redigere report via mail caratterizzati da brevità, chiarezza ed essenzialità, senza rinunciare a trasmettere l'essenziale (Riba et al., 2018). Una buona capacità di sintesi, associata a una sufficiente densità informativa, è una delle competenze tecnico-procedurali utili a costruire un percorso integrato degno di questa definizione. Nel paragrafo sul monitoraggio condiviso, forniremo un modello

schematico degli aspetti essenziali da trasmettere via mail, per favorire rapidità di stesura del report unita ad efficacia comunicativa. Ulteriore tempo può essere risparmiato impiegando gli stessi appunti come punto di partenza delle note cliniche da inserire in cartella: una sola stesura, due funzioni, due documenti.

L'atto di spiegare con chiarezza al paziente come avverranno gli scambi di informazioni tra clinici, è parte del processo di formazione della necessaria alleanza triadica (Kahn, 1991) terapeutica-psichiatra-paziente che fa da sfondo e presupposto al trattamento, influenzandone l'esito. L'alleanza a tre non va intesa come una dichiarazione d'intenti o un principio astratto; l'intenzione dei paragrafi successivi sarà proprio quella di trasmettere una metodologia applicativa piuttosto definita, per quanto flessibile e adattabile alle caratteristiche speciali di ogni singolo paziente.

Competenze relazionali-trasversali	Competenze tecnico-procedurali
Abilità negoziali e assertività	Linguaggio diagnostico comune (DSM-5, PDM-3)
Discernimento sociale e cognitivo	Diagnosi multisistemica (sindromica; strutturale/funzionale; contestuale)
Umiltà epistemica	Somministrazione e interpretazione di strumenti psicodiagnostici (per accuratezza diagnostica+ lessico condiviso)
Ascolto attivo ed empatia	Psicoeducazione su terapia integrata al paziente
Gestione delle istanze competitive	Redazione di report sintetici ed essenziali
Riconoscimento del controtransfert verso il paziente e il collega	Consenso informato agli scambi di informazioni tra clinici
Prevenzione di collusioni e triangolazioni	Conoscenza di base del trattamento del collega

3. Terapie combinate e integrate. Evidenze e meccanismi

Per quali ragioni dovremmo impegnarci così tanto nella terapia integrata? Ci sono degli effettivi vantaggi? Quali le prove e quali i possibili meccanismi d'azione che spiegano come i farmaci possano entrare in sinergia con la psicoterapia? Parleremo insomma dei “perché”. Ossia, di quali sono le evidenze empiriche e quali le ragioni fondate sull'esperienza e sulla coerenza teorico-clinica.

3.1 Terapie combinate. Davvero superiori alla monoterapia?

Nell'ambito della ricerca empirica si parla quasi esclusivamente di terapia combinata, ossia di una forma di trattamento duale, nel cui contesto non è necessario che i due clinici condividano il medesimo framework psicologico, neurobiologico e metodologico. Non sono reperibili ricerche in cui specifici protocolli di cooperazione tra clinici e alleanza triadica siano stati sottoposti a verifica in contrapposizione a modalità di lavoro più tradizionali.

Le ricerche, praticamente senza eccezioni, confrontano la monoterapia con la combinazione dei due interventi, trattati, però, come una pura somma aritmetica, in assenza di alcun riferimento a pratiche d'integrazione.

Si contano numerose evidenze a favore della superiorità in termini di efficacia per la depressione maggiore, ricavate anche da studi meta-analitici (Pampallona, S., et al., 2004; Cuijpers et al., 2014 e 2015; Karyotaki et al., 2016; Dunlop, 2016). La superiorità del trattamento combinato non si limita alla percentuale di pazienti che rispondono alla cura. I risultati durano di più: nei follow-up, i rami di terapia combinata mostrano una persistenza degli effetti superiore alla sola farmacoterapia (Hollon et al., 2005; Guidi & Fava, 2021). Stiamo citando numeri senz'altro interessanti che, tuttavia, rischiano di riflettere un effetto diluizione: l'eterogeneità del costrutto 'depressione maggiore' porta a raggruppare nello stesso campione soggetti clinicamente molto distanti.

Ma per quale motivo la terapia combinata dovrebbe fornire risultati migliori sul lungo termine rispetto alla sola farmacoterapia? Il fenomeno è stato rilevato in diversi contesti e potrebbe spiegarsi attraverso le abilità psicologiche sviluppate dai pazienti in psicoterapia, quali nozioni psicoeducative, strumenti di regolazione emotiva e nuove modalità di coping. Per la depressione maggiore, va tuttavia specificato che i vantaggi sono molto più evidenti nei casi moderati-severi rispetto alle fasce

lievi-moderate. La gravità dei sintomi depressivi è dunque uno dei criteri proposti per decidere se orientare i pazienti verso un trattamento combinato o una monoterapia. Colpisce che i campioni non vengano mai suddivisi per “anni di malattia” oppure per numerosità episodi depressivi maggiori in anamnesi. È assai probabile che queste due variabili, se sistematicamente rilevate, indichino una propensione alla recidiva o alla resistenza ai trattamenti maggiore in virtù del consolidamento della predisposizione allo scompenso su un piano organico. Ciò li rende ottimi candidati all’integrazione farmacologica perché è meno probabile che il solo trattamento psicoterapico produca cambiamenti sostanziali. Tanto ovvio sul piano clinico, quanto poco indagato su quello empirico.

Estesi e solidi sono anche i dati sul disturbo bipolare. Il disturbo bipolare è forse il caso in cui la letteratura parla più chiaramente: la psicofarmacoterapia viene generalmente affiancata a pratiche psicoeducative individuali, gruppali e per familiari. In queste condizioni, infatti, nella stragrande maggioranza dei casi, la coscienza di malattia tende a essere particolarmente fragile; pertanto, la prescrizione farmacologica rischia facilmente di evaporare in un vuoto motivazionale: “sto benissimo, perché dovrei fare cure così impegnative?” Ciò non dovrebbe sorprendere considerando che la mancata percezione dei propri limiti è parte integrante della psicopatologia maniacale.

Alcune metanalisi mostrano con chiarezza i vantaggi di associare trattamenti psicosociali (psicoterapia, psicoeducazione, interventi su famiglia e congiunti) alle cure farmacologiche (Bond, K., & Anderson, I. M., 2015; Oud et al., 2016; Miklowitz et al., 2021). L’intervento farmacologico rende i pazienti accessibili a interventi psicoeducativi e psicoterapici mentre questi ultimi favoriscono una compliance che diversamente sarebbe conseguibile solo per una quota esigua di pazienti. In estrema sintesi, nel disturbo bipolare, nessuno dei due interventi è pensabile in assenza dell’altro e il trattamento combinato migliora l’aderenza, riduce l’incidenza di ricoveri, attenua le fasi depressive e migliora il funzionamento sociale. Il disturbo bipolare costituisce il disturbo prototipico in cui una terapia combinata è una *conditio sine qua non* per avviare piani di trattamento che abbiano una qualche probabilità di andare a buon fine. Una delle due linee d’intervento in assenza dell’altra semplicemente non sta in piedi. In molti sistemi sanitari pubblici, ma anche in contesti privati, questo semplice principio non è ancora stato integrato nelle pratiche cliniche.

Un discorso simile può essere fatto per la schizofrenia, sebbene mediante interventi psicosociali di natura diversa. Nessuna pubblicazione o linea guida considera separabili le due categorie di intervento nel trattamento della schizofrenia. Spesso il cardine degli interventi psicosociali, quelli che forniscono vantaggi rispetto alla sola terapia farmacologica, sono gli interventi sulla famiglia (Pharoah, 2003). L'intervento di psicoterapia (CBT per psicosi) e la psicoeducazione/psicoterapia familiare hanno dimostrato di ridurre il tasso di ricaduta e ospedalizzazione in un numero molto vasto di ricerche raccolte in un'ampia metanalisi (Bighelli, 2021). Non mancano, poi, metanalisi sulla capacità della *cognitive remediation* (traducibile approssimativamente con "riabilitazione cognitiva") di migliorare il funzionamento dei pazienti con schizofrenia (Wykes, 2011). Molto diffusa è anche l'integrazione con le tecniche di Social Skill Training, risultata in grado di stabilizzare l'impatto dei trattamenti farmacologici (Kurtz et al., 2008) sul lungo termine.

Il mito che vede nell'antipsicotico l'intervento principe per la cura della schizofrenia non è altro che una buona novella, comoda comoda, che consente di "dimenticare" la complessità delle esigenze di cura di sindromi così invalidanti e di non investire in servizi psicologico-psichiatrici con personale adeguatamente formato (non solo con i titoli "a posto"). Si preferisce risparmiare a monte, autorizzando indirettamente emorragie di spese a valle a causa del triste fenomeno del revolving-door (molti costosissimi ricoveri in SPDC all'anno da parte dello stesso paziente), della disabilità lavorativa, del maggiore tasso di comorbidità mediche in pazienti non adeguatamente trattati (ulteriori spese), dell'aumento dei costi per polifarmacoterapia e del dramma umano di pazienti e famiglie. Risparmio 1 euro a monte, per buttarne dalla finestra 10 più a valle, tutto ciò mentre il paziente continua a peggiorare o a cronicizzarsi e le famiglie sono sempre più in ginocchio.

Per quanto concerne il disturbo ossessivo-compulsivo, le ricerche rappresentano uno scenario leggermente diverso. In una vasta metanalisi, la psicoterapia (più spesso la ERP -esposizione con prevenzione della risposta) ha garantito un'efficacia maggiore rispetto ai farmaci (Skapinakis et al., 2016). Gli autori, però, hanno evidenziato che la maggior parte dei trials sugli interventi psicoterapeutici presi in esame consentiva l'arruolamento di pazienti che assumevano farmaci antidepressivi. Inoltre, nell'articolo citato, veniva affermata l'elevata probabilità che la terapia combinata sia superiore alla sola psicoterapia, specialmente nei casi gravi, sebbene la natura dei disegni sperimentali non autorizzasse conclusioni definitive in merito. La mancanza del drug-free

come criterio d'inclusione ha determinato risultati terapeutici difficilmente ascrivibili al solo intervento psicoterapeutico. In ambito clinico, si preferisce generalmente proporre la combinazione dei trattamenti in presenza di scarso insight, intensità e pervasività della sintomatologia DOC e comorbidità depressiva.

Una problematica psichiatrica molto diffusa è il disturbo di panico. Su tale disturbo, sono state ampiamente indagate diverse forme di trattamento farmacologico, psicoterapeutico e combinato. Evidenze meta-analitiche (Furukawa et al., 2006) sembrano attribuire dei vantaggi alla terapia combinata nella fase acuta. Tuttavia, sul lungo termine, l'efficacia sembra dipendere dalla capacità del modulo psicoterapeutico di condurre il paziente all'assimilazione di strategie autonome di gestione dell'ansia, per impedire al farmaco di trasformarsi in uno "scudo di sicurezza" che impedisce la reale estinzione della risposta di paura. Ma di questo torneremo a parlare nel paragrafo sulle possibili ricadute negative dell'impiego di farmaci nel contesto della psicoterapia.

Un caso a parte è quello del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Una metanalisi condotta su 12 RCT (Randomized Controlled Trials) indica che la combinata non può attualmente considerarsi in modo certo superiore alla sola psicoterapia nei follow-up di lungo termine (Merz et al., 2019). Un risultato simile è stato ottenuto in una metanalisi successiva (Storm et al., 2021), basata sull'esame congiunto di sette ricerche. Nell'articolo gli autori affermano che sia gli psicofarmaci che la psicoterapia sono efficaci nel PTSD, pur rilevandosi una maggiore efficacia e persistenza dei risultati nei soggetti sottoposti al trattamento psicologico. In ogni modo, se la personalità premorboza viene valutata come sufficientemente evoluta, non sono presenti comorbidità significative e l'anamnesi risulta negativa per altri disturbi psichici, nel mondo clinico si tende a prediligere il solo intervento di psicoterapia. Il fatto che sul lungo termine la terapia combinata non riesca a dimostrarsi superiore agli interventi psicoterapici non esclude che, in acuzie, si preferisca comunque intervenire anche con i farmaci per non ritardare troppo l'insorgenza di effetti clinici significativi, data la bassissima qualità di vita cui espone un disturbo di questa portata. Generalmente, se i criteri clinici e anamnestici esposti in precedenza suggeriscono una prognosi benigna, si prediligono trattamenti psicofarmacologici di durata breve-media.

Chiudiamo questa breve carrellata, ponendoci la stessa domanda a proposito del disturbo borderline di personalità. Si tratta di una problematica in qualche modo differente dalle precedenti. Per questo disturbo della personalità, infatti, non vi sono farmaci ufficialmente indicati per il suo trattamento. Il cardine della cura di questi pazienti è la psicoterapia basata su protocolli manualizzati e finemente strutturati quali, ad esempio, DBT (Dialectical Behavioral Therapy), TFP (Transference-Focused Therapy) e MBT (Mentalization-Based Therapy). Tali forme di psicoterapia sembrerebbero dunque rappresentare il “gold standard” per il trattamento di questo disturbo. Tuttavia, secondo un importante studio metanalitico (Cristea et al., 2017), l’impatto dei trattamenti “brandizzati” rispetto a trattamenti più generici ma ben strutturati sarebbe sopravvalutato a causa di un bias di pubblicazione. Le ricerche che non raggiungono un’evidenza significativa resterebbero “nel cassetto” per il timore che i risultati “negativi” diluiscano l’effetto positivo dei trattamenti ufficiali. L’impatto di questi protocolli, sempre secondo Cristea e colleghi, si attenuerebbe ulteriormente nelle rivalutazioni di follow-up. Se la ricerca stenta nel dimostrare in modo incontrovertibile l’impatto degli stessi trattamenti psicoterapici, va da sé che anche i dati sul confronto con il trattamento combinato vadano presi con il beneficio d’inventario. Secondo un’altra metanalisi (Gartlehner et al., 2021), l’aggiunta di psicofarmaci non aumenterebbe in modo significativo l’efficacia dei trattamenti psicoterapeutici. Anche in questo caso, però, il dato andrebbe letto in controluce. Molti pazienti che presentano una sintomatologia intensa ed acuta vengono trattati farmacologicamente proprio per essere messi nelle condizioni di aderire ai trials psicoterapeutici. Inoltre, non risulta che le terapie farmacologiche vengano interrotte una volta avviato il programma di psicoterapia rendendo difficile discriminare l’impatto del solo trattamento psicologico. Un’ulteriore riflessione riguarda i tassi di comorbidità del disturbo borderline di personalità. La frequenza di disturbi trattabili con una certa efficacia mediante psicofarmaci (depressione maggiore, disturbo bipolare II, disturbo di panico, ecc.), quelli che tendono a svilupparsi con un’alta probabilità proprio in virtù della fragilità personologica del borderline, è talmente elevata da poter considerare discutibile l’esistenza di un ideale “puro borderline” che risponde di più o di meno alla terapia psicologica o alla terapia combinata. Insomma, campioni composti da quadri clinici molto diversi gli uni dagli altri determinano risultati di ricerca che difficilmente possono essere interpretati in modo univoco.

Com'è noto a chiunque abbia una certa dimestichezza clinica, per i disturbi psichiatrici di una certa severità, è in genere più efficace un approccio individualizzato che consideri diagnosi principale, comorbidità, dimensioni psicopatologiche prevalenti, profilo di funzionamento interno, variabili psico-sociali. Piani di trattamento fondati su algoritmi terapeutici lineari, sul modello: "alla diagnosi X far corrispondere il trattamento evidence-based Y", procurano risultati piuttosto parziali o provvisori su pazienti di una certa complessità. La proposta di un approccio modulare ai disturbi di personalità come quello di Livesley, Clarkin e Dimaggio (2015; cfr. anche Links, Mercer & Novick, 2015), secondo il quale i diversi approcci terapeutici andrebbero scelti e praticati in base alla fase del trattamento e agli specifici deficit funzionali del paziente, suggerisce una strada per superare la scissione tra pratica clinica quotidiana e trials standardizzati, nettamente avvertita da quasi tutti gli operatori esperti del settore. In altre parole, Livesley e colleghi espongono una metodologia basata su una valutazione idiografica del paziente, opposta alla visione nomotetica cui si ispirano i ricercatori criticati da Cristea e colleghi.

Proviamo a riassumere brevemente le impressioni ricavabili da questa carrellata di ricerche. La terapia combinata sembra essere la forma d'intervento più efficace per quasi tutti i disturbi psichiatrici maggiori. Gli interventi psicofarmacologici in assenza di terapia psicologica combinata sembrano produrre risultati modesti nelle rivalutazioni di follow-up. La principale lacuna nella ricerca sul campo parrebbe consistere nella costituzione di campioni disomogenei, condizionata dalla negligenza di variabili estremamente rilevanti come le comorbidità, i tratti (o i disturbi) di personalità e il livello di funzionamento della stessa. Il campione nella grande maggioranza dei casi non viene stratificato e suddiviso in sottocategorie. Ciò conduce ad una specie di annacquamento dell'entità dei risultati, a causa dell'aggregazione di tipologie di disturbi e di persone sostanzialmente diverse le une dalle altre. Nella pratica clinica, la questione della terapia combinata vs monoterapia è divenuta una delle molte false dicotomie che hanno caratterizzato l'evoluzione della nostra scienza. I difensori strenui della superiorità di un trattamento sull'altro conducono battaglie di retroguardia, risultando sempre più isolati e schierati su basi ideologiche. Permane, tuttavia, l'assenza di una vera e propria cultura dell'integrazione che si fondi sul superamento del dualismo mente-corpo; sul versante operativo, poi, sembra carente il dibattito su quali siano le metodologie d'integrazione in grado di promuovere l'implementazione reciproca delle cure. La mancanza di progetti terapeutici

individualizzati (ossia, di piani di trattamento che siano fondati sui principi di una psichiatria di precisione) non garantisce il reperimento di risposte al fondamentale quesito posto da Roth e Fonagy (1997) su “cosa funziona per chi”. Questa carenza non ha risvolti negativi solo nella pratica clinica quotidiana, limitando anche la qualità costruttiva dei disegni di ricerca. Dati fondati su pratiche di arruolamento grossolane non sono in grado di orientare adeguatamente le scelte terapeutiche di istituzioni, gruppi di lavoro e dell’intera comunità internazionale di operatori della salute mentale (cfr. Gabbard & Kay, 2001).

Prima o poi verrà assimilato il concetto che le problematiche del paziente, collocabili sui tre livelli del modello bio-psico-sociale, debbano essere preliminarmente differenziate (scomposizione delle diverse componenti), per poi essere debitamente integrate (identificazione dei nessi tra le componenti), al fine di comprendere la sequenza ideale dei differenti interventi terapeutici da destinare ai singoli pazienti. Sia le pratiche d’intervento nelle fasi di acuzie e post-acuzie che le condotte di monitoraggio clinico delle cure, nonché di follow-up, potrebbero essere affette dalla medesima carenza concettuale e procedurale.

Sin qui abbiamo passato in rassegna una carrellata di evidenze sulla terapia combinata; i meccanismi d’azione che seguono suggeriscono perché una vera integrazione possa fare ancora di più.

3.2 In che modo gli psicofarmaci aiutano la psicoterapia

Il premio Nobel Eric Kandel (1998, 1999) ha argomentato che la psicoterapia, come qualsiasi altra forma di apprendimento, agisce producendo cambiamenti strutturali nel cervello. Un’esperienza che non sia in grado di produrre modificazioni organiche stabili non potrebbe neppure provocare effetti funzionali durevoli. I processi connessi alla formazione di memorie a lungo termine si fondano su cambiamenti nell’espressione genica e sulle conseguenti modificazioni nella struttura di cellule e circuiti. Perché tali processi si realizzino è, però, indispensabile che il sistema non sia disorganizzato da forme di distress acute e croniche, tali da compromettere il trofismo cellulare e produrre fenomeni di vera e propria neurotossicità. La stabilizzazione farmacologica potrebbe riportare l’apparato neurale ad un coordinamento efficiente e a uno stato di protezione funzionale e anatomica di aree e circuiti cerebrali. Stahl (in Schwartz, Stahl & Reis De Oliveira, 2014) ha

affermato che il farmaco e la psicoterapia sono da considerarsi complementari nell'azione sul substrato neurobiologico. Gli psicofarmaci agiscono in modalità "bottom-up" sui recettori mentre la psicoterapia interviene "top-down" mediante una complessa stimolazione corticale. Per gli antidepressivi, ad esempio, è stato identificato come uno dei probabili meccanismi d'azione l'incremento dell'ormone neurotrofico BDNF (Castrén e Antila, 2017). È dunque possibile che essi agiscano, via incremento delle neurotrofine, migliorando il supporto trofico (organico) alle strutture coinvolte nei processi mnestici, proprio le medesime strutture che vengono danneggiate da condizioni di stress prolungate e disturbi psichiatrici cronici; secondo questo modello, la psicoterapia "guiderebbe" il percorso di riorganizzazione delle memorie e la formazione di nuovi assetti funzionali cortico-sottocorticali.

Ricorrendo a un'immagine, è come se gli psicofarmaci arassero e concimassero il terreno perché lo psicoterapeuta possa scegliere e piantare le sementi più adeguate in base agli scopi, alle condizioni ambientali e a quelle temporali, lavorando in seguito sull'accrescimento delle piante mediante le opportune cure e precauzioni.

Da un punto di vista psicologico, è noto che oltre un certo livello di attivazione, gli stati emotivi indeboliscono o disorganizzano i processi cognitivi. Già Yerkes e Dodson nel 1908 avevano dimostrato che esiste una configurazione a "U rovesciata" nei rapporti tra cognizioni e arousal. La performance cognitiva decade se lo stress (arousal) è troppo alto o troppo basso mentre risulta massima in condizioni intermedie di attivazione. Come detto in precedenza, la psicoterapia è una forma particolare di apprendimento. Non è dunque plausibile che, in presenza di affetti gravemente disregolati, così debilitanti per i processi cognitivi, il trattamento possa avere un impatto significativo e duraturo. La finestra di tolleranza teorizzata da Daniel Siegel (2021) è l'ambito (range) di funzionamento mentale nel cui contesto un soggetto può effettivamente elaborare informazioni ed emozioni in modo adeguato. Anche per Siegel, quindi, uno stato di eccessiva attivazione (iper-arousal) sopravanza le capacità integrative del soggetto mentre uno stato di attivazione troppo modesta (ipo-arousal) produce un'elaborazione incompleta, per via dell'eccessivo distacco dalle esperienze emotive. Sperare che la sola relazione terapeutica (l'holding di Winnicott) possa rendere accessibile un paziente gravemente disregolato, o inibito sul piano-psicomotorio, e che possa farlo in tempi ragionevoli, è un'ipotesi astratta mai concretamente suffragata da disegni sperimentali *ad hoc*.

È una delle condizioni in cui l'atteggiamento ideologico può essere facilmente smentito dalle esperienze dirette sul campo di chiunque abbia una certa esperienza con pazienti affetti da disturbo bipolare, episodio depressivo maggiore in atto o stati di scompenso nel contesto di disturbi di personalità moderati-severi.

Un altro aspetto degno di menzione è la difficoltà presentata dal paziente con deficit strutturali della personalità ad aderire a piani di cura di medio-lungo termine, a causa del cronico stato di disregolazione emotiva e comportamentale. Il rischio di drop-out è talmente elevato da rendere i dati sui "trattamenti puri" condizionati da un bias di selezione del campione clinico di riferimento. Drew Westen (2004) sembra esprimere una riserva simile a quella appena espressa. Secondo l'autore, le comuni comorbidità riscontrabili nei pazienti con patologia moderata-severa vengono spesso neglette nei trials clinici controllati. Per tale ragione, l'efficacia dei trattamenti "puri" (sempre che esistano nella realtà), ossia l'"Efficacy", viene spesso sovrastimata per importanza rispetto alla loro ricaduta effettiva negli ambiti clinici operativi di cui tutti facciamo esperienza quotidiana (Effectiveness). Una ricerca su modelli moderni d'integrazione psicoterapia-psicofarmaci, finalizzati a ottenere aderenza e praticabilità dei protocolli, è necessaria e urgente per creare un terreno realistico d'incontro tra dati empirici e bisogni reali di persone sofferenti.

L'integrazione tra psicofarmaco e psicoterapia non deve essere intesa come un compromesso tra modelli contrapposti (Busch & Sandberg, 2007), bensì come la risposta pratica, indispensabile e modulare, alle vulnerabilità di persone reali che si dibattono tra le alte muraglie di sofferenze soggettive indicibili (connesse a modificazioni disfunzionali stabili del substrato neurobiologico) e desideri individuali di crescita e affrancamento dai limiti.

Sin qui abbiamo esaminato la relazione tra affetti intensamente disregolati e limitazione delle risorse cognitive necessarie alla psicoterapia. Ora entreremo nel campo del rapporto tra disregolazione emotivo-impulsiva e capacità relazionali o di "contatto interpersonale". Tra le condizioni indispensabili per la riuscita di una psicoterapia, spiccano per importanza, la possibilità concreta, da parte del paziente, di comunicare in modo comprensibile e coerente e di ascoltare le comunicazioni del terapeuta, senza fraintenderle continuamente e iper-reagire. Pensiamo, ad esempio, ad un paziente con rilevanti tratti paranoidei nel contesto di un disturbo borderline di personalità. Le

affermazioni di quest'ultimo risulteranno in genere marcatamente difensive o accusatorie e si tradurranno in continue rotture da confronto dell'alleanza terapeutica (Safran e Muran, 2003), quasi impossibili da riparare, proprio a causa della loro intensità e numerosità. Pensate a quanto le sue competenze mentalizzanti sono rese precarie dal continuo ricorso a meccanismi di difesa primitivi come scissione e proiezione. Tali pazienti hanno perso lungo il proprio percorso di sviluppo la capacità di leggere in modo appropriato le comunicazioni degli esseri umani, terapeuta incluso, almeno nella maggior parte delle situazioni. Non riescono più a sopportare l'incertezza e quella naturale tendenza al fraintendimento insita in una parte consistente delle comunicazioni umane; hanno un bisogno insopprimibile di saltare alle conclusioni perché hanno un'impellente necessità di catalogare persone e affermazioni nelle due categorie "tutto buono"- "tutto cattivo". Devono distinguere in modo molto rapido le persone cui affidarsi acriticamente rispetto a quelle da rifuggire o contrattaccare, i salvatori dai nemici. Un po' come faremmo tutti noi incontrando degli estranei in uno scenario di guerra, dinnanzi a persone, conosciute o meno, che potrebbero tradirci per un tozzo di pane e consegnarci al nemico. Proviamo a pensare alla probabilità di mantenere in trattamento un paziente afflitto da un tale assetto interpretativo delle intenzioni altrui. A volte, la paura, la rabbia, il senso di minaccia indotte dal contatto con l'altro risulteranno così insopportabili da condurli a considerare la fuga come l'unica uscita d'emergenza sicura. Questo è uno degli esempi in cui la "disabilità relazionale", dovuta alla presenza di processi morbosi di una certa rilevanza, impedisce di fatto il percorso psicoterapeutico poiché esso si fonda proprio sulla "possibilità di arrivare a capirsi" e di "restare in contatto" nonostante le inevitabili rotture dell'alleanza.

Il risultato più comune consiste in un blocco del processo di apprendimento, sia implicito (esperienza emozionale correttiva) che esplicito (capire, saper descrivere e percepire in presa diretta i propri schemi maladattivi), rendendo l'intervento psicologico un esercizio spesso improduttivo o dagli effetti transitori. La stabilizzazione biochimica è funzionale a ripristinare, almeno parzialmente, i prerequisiti funzionali della comunicazione.

Immaginiamo ora di andare a colloquio con un medico. Se fossimo afflitti da un forte mal di denti o da un'intensa emicrania, quanto sarebbe integra la nostra capacità di parlare di noi in generale o di ciò che fa da sfondo al nostro problema? E quella di ascoltarlo mentre tenta di farci riflettere su

quanto le nostre abitudini e lo stile di vita abbiano favorito il nostro problema? Riusciremmo ad assimilare e trattenere nella memoria i contenuti del dialogo sino all'incontro successivo?

Usando una similitudine, gli psicofarmaci sarebbero l'antinfiammatorio (o il miorilassante) del medico che consente al fisioterapista di praticare in modo sapiente quelle tecniche di mobilitazione e riabilitazione funzionale delle articolazioni che altrimenti sarebbero impediti dall'eccessivo dolore e dalla rigidità muscolare.

In continuità con le metafore appena proposte, passiamo al tema del focus delle sedute e della necessità di una psicoterapia come processo continuativo (Yalom, 2014). Molti diversi indirizzi di psicoterapia sono accomunati dall'intento di arrivare alla modifica dei sintomi passando attraverso un lavoro sui meccanismi di fondo che ne sono responsabili o che li mantengono. Le terapie cognitivo-comportamentali intervengono su credenze di fondo, distorsioni cognitive e pensieri automatici ritenuti alla base di spirali emotive intense e problematiche. Le terapie psicodinamiche rintracciano e cercano di rendere i pazienti più consapevoli dei propri meccanismi di difesa, delle tendenze transferali e delle motivazioni/paure condizionanti inconsce. La schema therapy guida al riconoscimento dei propri schemi maladattivi. La terapia basata sulla mentalizzazione promuove lo sviluppo di quella competenza mentale, detta funzione riflessiva, il cui deficit è ritenuto responsabile della disregolazione emotiva e dei problemi relazionali dei pazienti. Il punto è che i pazienti affetti da una sintomatologia molto disturbante, per intensità e continuità, tendono a monopolizzare la seduta attorno alle proprie urgenti sofferenze. Poco spazio per l'esame dei processi di fondo che hanno favorito e stanno favorendo quelle forme di disagio, poco spazio per trovare un filo rosso tra i diversi incontri. Ogni singola seduta sembra riportare al punto di partenza del percorso, in un estenuante gioco dell'oca che rende simili molte diverse sedute. Poca disponibilità all'approfondimento, alla visione d'insieme, agli "homeworks". Non faremmo altrettanto in un pronto soccorso, presi da dolori insopportabili? Non imploreremmo un analgesico? Non parleremmo solo di quel sintomo? L'intervento farmacologico in questo senso può divenire un facilitatore di quello spostamento di focus, dal sintomo ai processi che lo determinano, indispensabile al lavoro di psicoterapeuti dei più diversi orientamenti. Il motto potrebbe essere: "attenua il sintomo per riuscire a parlare di ciò che lo determina".

In conclusione, la psicoterapia si avvantaggia della presenza dei farmaci rendendo accessibile il paziente e consentendogli di affrontare sé stesso e le proprie difficoltà con un livello di disagio o di attivazione emotiva più moderati. I trattamenti farmacologici vengono guardati con sospetto da alcuni ambienti dell'universo psicoterapia per il timore che “spengano” il paziente ad un livello tale da portare la sua naturale reattività emotiva al di sotto della soglia percettiva. In sostanza, si sostiene che un paziente reso ipo-reattivo smetterebbe di portare in seduta materiale “vivo” su cui lavorare o perderebbe rapidamente la motivazione a farlo. Sebbene, come vedremo più avanti, ciò possa costituire una preoccupazione realistica in alcune situazioni specifiche, è bene ricordare che molto raramente i farmaci riescono a condurre i pazienti ad un totale annullamento della sintomatologia o ad un grave appiattimento emotivo e motivazionale, in special modo in quei pazienti cronicamente disregolati di cui si è discusso in precedenza. Più realisticamente, gli psicofarmaci aiutano la psicoterapia moderando impulsi, stati emotivi problematici o distorsioni dell'esame di realtà nei nostri pazienti, per condurli a lavorare su di sé in condizioni di attivazione/disorganizzazione meno problematiche. Solo in una fase più avanzata, si potrà eventualmente rivedere al ribasso la terapia farmacologica per verificare l'impatto degli apprendimenti acquisiti in psicoterapia, con livelli progressivamente minori di copertura farmacologica. Il motto che può riassumere il senso di un simile percorso d'integrazione suonerebbe così: “impara innanzitutto a camminare, poi dedicati alla corsa”. I farmaci sostengono l'incedere incerto dei nostri pazienti, lungo l'impervio percorso verso una sempre maggiore autonomia.

Ultimo vantaggio (non certo ultimo in ordine d'importanza) è la possibilità della terapia integrata di creare una più solida cornice di sicurezza attorno al paziente (Livesley, Clarkin e Dimaggio, 2015). L'azione dei farmaci sulla sintomatologia può giocare un ruolo chiave nell'arginare i rischi di derive psicopatologiche e comportamentali quali atti aggressivi auto/eterodiretti, scompenso psicotico, sintomi dissociativi e comportamenti avversi alla salute. L'incremento del livello di sicurezza, però, non è unicamente da riferirsi all'azione biochimica dei farmaci, ma anche, e forse soprattutto, alle attività di monitoraggio condotte da due operatori che si scambiano informazioni e riflessioni, secondo le modalità strutturate descritte più avanti nel capitolo.

Un accenno lo merita anche l'aiuto che la psicoterapia può fornire nei riguardi della terapia farmacologica. Il percorso psicoterapeutico comprende un lavoro sulla consapevolezza delle proprie

vulnerabilità e sull'accettazione delle stesse. È il campo relazionale privilegiato in cui la consapevolezza di malattia può svilupparsi e la psicoeducazione può attecchire con maggior facilità. Per questi motivi, il trattamento psicologico è la forma d'intervento ideale per facilitare il difficile traguardo della compliance farmacologica, a condizione naturalmente che il terapeuta stesso non abbia pregiudizi o ansie competitive rispetto al versante medico della cura. Senza consapevolezza dei propri limiti o della propria tendenza alla crisi che senso potrebbe avere per un paziente assumere psicofarmaci ancora oggi così vituperati a livello culturale?

La tabella seguente riassume tutte le possibili ricadute positive del trattamento psicofarmacologico sulla psicoterapia, appena discusse nel paragrafo

Vantaggi dei farmaci per la psicoterapia	Ostacoli alla psicoterapia dovuti a sintomatologia moderata-severa	Meccanismi dell'aiuto farmacologico e procedurale	Obiettivi terapeutici in terapia integrata
Facilitazione dei processi di recupero e riorganizzazione nel SNC	Deficit di plasticità e blocchi dei processi mnestici. Danno neurotossico da stress cronico e iper-cortisolemia.	Neuroprotezione: protezione e recupero dal danno strutturale, tramite BDNF e altri fattori	Ripristinare l'integrità del substrato neurale su cui si basano memoria e facoltà integrative necessarie alla psicoterapia.
Promozione apprendimento	Attivazione sopra-soglia che blocca le funzioni corticali.	Riporta l'arousal nella zona di efficacia (Legge di Yerkes-Dodson).	Rendere i contenuti della seduta assimilabili e non traumatici.

Vantaggi dei farmaci per la psicoterapia	Ostacoli alla psicoterapia dovuti a sintomatologia moderata-severa	Meccanismi dell'aiuto farmacologico e procedurale	Obiettivi terapeutici in terapia integrata
Miglioramento accessibilità relazionale	Inaccessibilità e discontinuità relazionali per eccessiva reattività.	Riduce le barriere difensive e le distorsioni proiettive.	Aumentare le probabilità che la relazione terapeutica si consolidi e venga interiorizzata come "base sicura". Favorire l'alleanza terapeutica. Ridurre il tasso di drop-out e di stagnazione terapeutica
Facilitazione dello spostamento di focus	Sedute monopolizzate dall'urgenza dei sintomi o dei comportamenti problematici	Stabilizza il tono dell'umore e il controllo degli impulsi, consentendo la riattivazione delle potenzialità introspettive	Passare dalla gestione dell'urgenza al lavoro sui processi di fondo

Vantaggi dei farmaci per la psicoterapia	Ostacoli alla psicoterapia dovuti a sintomatologia moderata-severa	Meccanismi dell'aiuto farmacologico e procedurale	Obiettivi terapeutici in terapia integrata
Creazione delle condizioni per una psicoterapia continuativa	Frammentazione dell'esperienza e compromissione della capacità di assimilare gli insights	Garantisce la continuità Biochimica necessaria al consolidamento e riduce la dipendenza passiva dalla relazione terapeutica	Trasformare la Terapia da una serie di eventi isolati a un percorso evolutivo integrabile nella mente del paziente.
Facilitazione apprendimento Step-by-Step (Imparare prima a camminare, poi a correre)	Incapacità strutturale a esplorare profondamente sé stessi e mettere in pratica nuovi modelli di pensiero e coping (dentro e fuori dal setting)	Fornisce la "protesi" iniziale per la riabilitazione funzionale progressiva.	In fasi avanzate, verificare l'autonomia acquisita in psicoterapia, riducendo gradualmente il supporto farmacologico
Miglioramento nella gestione del rischio	Sintomi psicotici, mania, atti auto/eterolesivi, automedicazioni.	Contenimento psicopatologia + monitoraggio a due.	Continuità e sicurezza del trattamento

4. Quando pensare all'integrazione con psicofarmaci

4.1 L'assessment e i criteri diagnostici per l'integrazione

Come decidere in quali casi procedere con la sola psicoterapia e in quali pensare alla terapia integrata? Semplice, effettuando un buon assessment. Dunque, la domanda si sposta subito diventando: come si effettua una valutazione accurata e attendibile tramite colloqui clinici (i primi 4-6) e psicodiagnostica integrata? Anche in questo caso il termine integrazione si pone in diffonità e contrasto a una logica meramente sommativa di due modalità valutative. Si tratta di combinare in modo sapiente colloqui clinici, questionari diagnostici ed eventualmente interviste strutturate, cercando di evocare le capacità collaborative di pazienti spesso ambivalenti verso le cure e i percorsi diagnostici. In sostanza, il suggerimento è quello di integrare alcuni principi dell'assessment terapeutico di Stephen Finn (2009 e 2012). Concordare attraverso una lista di domande aperte alcuni obiettivi della valutazione, a partire dalle idee del paziente stesso, riguardanti la natura delle sue difficoltà può costituire un buon punto d'inizio. Tale pratica, come ricordano Finn e colleghi, guida la stesura di una scaletta per la restituzione, stabilita mettendo in primo piano le informazioni più egodistoniche per poi muoversi gradualmente verso informazioni che mettono in discussione il modo abituale del paziente di guardare a sé stesso.

Il principio fondamentale è quello di non strafare nella selezione degli strumenti e, ancor meno, nella quantità di informazioni da trasmettere nel colloquio di restituzione. Alcune buone pratiche di restituzione dei risultati sono: evitare un gergo troppo tecnico, attendere sempre un feedback del paziente dopo ogni affermazione e chiedere esempi pratici che riconnettono le impressioni diagnostiche ai vissuti e alle esperienze del diretto interessato (Abbate, 2009). Potrà sembrare scontato, ma non è mai superfluo ricordarlo, che l'empatia dovrebbe infiltrare ogni passaggio dei colloqui e della somministrazione degli strumenti diagnostici. Detto in termini più pratici, i risultati e gli item critici dovrebbero essere impiegati a mo' di pretesto per avvicinarsi all'esperienza soggettiva del paziente e per condividerla nella misura del possibile. Quando citiamo risultati e item critici nel colloquio deve risultare chiaro a chi ascolta che stiamo formulando ipotesi e cercando spunti di riflessione, una cosa del tutto diversa dalla lettura asettica di un referto pieno di termini

inquietanti. Una modalità di restituzione cooperativa dovrebbe sempre far sentire il paziente autorizzato a smentire o precisare le affermazioni.

Passando ad aspetti più protocollari, è consigliabile che la scelta degli strumenti da impiegare in una prima sessione di assessment sia orientata al minimalismo. Si può, ad esempio, somministrare un SCL-90r o uno strumento analogo, con il fine principale di saggiare lo “stile di risposta” del paziente e osservare eventuali discrepanze tra status psicopatologico, sintomatologia riferita (colloquio) e risultati numerici al test. In base al grado di somiglianza tra dati ottenuti al colloquio e dati ottenuti con il test, si deciderà come e quanto a fondo procedere in seconda battuta. Ci sono circostanze in cui è necessario costruire gradualmente un'alleanza e un clima di fiducia prima di approfondire l'esame psicodiagnostico. Si tratta spesso di situazioni in cui un paziente, mediamente espressivo nel corso dei colloqui, compila questionari in una modalità minimizzante, per vergogna o per paura di essere considerato “malato”. Una discussione paritaria ed empatica su eventuali discrepanze status/sintomi riferiti/test può rappresentare il punto di partenza per creare il campo relazionale adatto a esplorazioni successive.

In una fase immediatamente successiva al primo colloquio/SCL-90r, è opportuno passare a strumenti che indagano più specificamente le dimensioni psicopatologiche emerse nelle prime fasi della valutazione. A titolo d'esempio, si potrebbero somministrare, negli incontri successivi al primo, il questionario DOCS (Dimensional Obsessive Compulsive Scale) in caso di sintomatologia ossessivo-compulsiva, sospettata al colloquio o emersa al SCL-90r, la BDI-II (Beck Depression Inventory-II) in caso di sintomatologia depressiva, il Mood Disorder Questionnaire in caso di sospetta ciclotimia o disturbo bipolare o, ancora, la DES-II (Dissociative Experiences Scale-II) in caso di possibili segni di tendenze dissociative allo status o di risposta positiva all'item 80 del SCL-90r. L'elenco di tutti gli strumenti specifici (o di livello 2, per usare un linguaggio vicino al DSM-5) sarebbe davvero troppo esteso per essere rappresentato qui, ma ritengo raccomandabile che il clinico disponga di un set di strumenti specifici sufficientemente ampio da coprire una gamma di dimensioni psicopatologiche che aspiri ad essere completa.

Nell'incontro successivo, se l'alleanza diagnostica sarà stata adeguatamente mantenuta (desumibile anche dallo stile di compilazione degli strumenti), può essere indicato un primo strumento che

esplora l'assetto di personalità, pur nella consapevolezza delle possibili interferenze tra sintomatologia attiva e auto-valutazione dei tratti.

In questa fase non è indispensabile, né opportuno, pretendere una precisione diagnostica chirurgica, avendo come target piuttosto una preliminare scrematura delle ipotesi potenziali, restringendo il campo delle possibilità a 3-5 diagnosi (tra diagnosi sindromiche e di personalità). Una valutazione su cui invece non sono ammesse troppe approssimazioni sin dai primi incontri è quella del livello di rischio cui è esposto il paziente a causa della sua vulnerabilità strutturale. Incrociando una serie di informazioni quali anamnesi, status, intensità/tipologia della sintomatologia, risultati ai questionari, risposte ai fattori di stress, sostegno sociale percepito, tratti di personalità, intensità del controtransfert, funzionamento nelle differenti aree (scuola/lavoro, coppia, famiglia, relazioni amicali, ecc.), possiamo stimare il livello evolutivo o di compromissione funzionale della personalità del paziente. Possono venire in aiuto del clinico l'asse P (limitatamente ai livelli di organizzazione della personalità, ossia la parte I) o la scala dei livelli di funzionamento della personalità (LPFS) del DSM-5 (Alternative Model for Personality Disorders) per sistematizzare le impressioni cliniche.

Indici clinici suggestivi di un'organizzazione di livello borderline (alto, medio, basso) o di compromissione maggiore-uguale a 2 sulla LPFS, ricavabili da colloqui clinici e anamnesi, sono riassunti nella tabella seguente:

Dominio	Indici clinici suggestivi
Psicopatologia	– Sintomatologia paranoide strutturale: attribuzione ostile pervasiva, stabile attraverso i contesti, non reattiva – Sintomatologia pseudo-psicotica/dissociativa: fragilità del test di realtà, disorganizzazione sotto-stress – Ostilità come modalità relazionale pervasiva (non irritabilità situazionale) – Labilità affettiva rapida: oscillazioni ore-giorni slegate da eventi, distinte da depressione episodica

Dominio	Indici clinici suggestivi
	– Condotte d’abuso (alcol, sostanze), sessualità compulsiva/promiscua, dipendenze comportamentali, risk-taking ricorrente
Funzionamento esterno	– Compromissione in ≥ 2 domini (lavoro/studio, relazioni, cura di sé, autonomia), non spiegabile da evento acuto – Cronicità del deficit di funzionamento (≥ 2 anni, non episodico, non reattivo) – Rotture relazionali brusche e ricorrenti (lavoro e/o affetti), pattern non isolato – Isolamento pervasivo o dipendenza relazionale estrema
Modalità della domanda e fruizione dell’aiuto	– Domanda ambivalente: gravità dichiarata unita a rifiuto determinato del piano di cura – Relazione di cura fortemente ambivalente sin dalle prime fasi: oscillazioni idealizzazione/svalutazione del clinico, ricerca compulsiva di contatti con il terapeuta – Compliance discontinua sin dalle prime fasi: variazioni/spostamenti/dimenticanze/ritardi frequenti rispetto agli appuntamenti concordati – Incapacità a mantenere obiettivi condivisi con evidenti atteggiamenti di delega, sabotaggio, spostamento continuo del focus
Controtransfert	– Tendenza a uscire dalla “postura clinica” già nei primi contatti (prolungare sedute, rispondere fuori orario, spiegazioni sovrabbondanti) – Controtransfert intenso e disorganizzante: oscillazioni ipercoinvolgimento/distanza/frustrazione

Dominio	Indici clinici suggestivi
	- Senso di impotenza precoce e sproporzionato, che non si riduce raccogliendo e organizzando dati clinici - Reazione di fascinazione o timore insolite (organizzazioni narcisistiche gravi, paranoidi, antisociali)

Per tradurre questa serie di segni in qualcosa di più procedurale, può essere utile costruire una check-list che preveda possibilità di risposta “presente/assente/incerto” ad ogni singolo indice presentato in tabella. Il clinico potrà autosomministrarsi la check-list spendendo pochissimi minuti, a seguito di alcuni incontri con il paziente.

Tornando all’area degli strumenti psicometrici, ulteriori dati possono provenire da test “personality-oriented” come il MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III), un self-report che produce una serie di indici indicativi del grado di compromissione/disorganizzazione della personalità. Alcune scale e combinazioni di scale orientano verso i livelli evolutivi borderline: l’elevazione di una o più scale di patologia grave di personalità (borderline, paranoide, schizotipica), un punteggio marcato alla scala disturbo del pensiero (suggestivo di fragilità del test di realtà anche senza psicosi franca oppure di uno stato di disorganizzazione cognitiva sotto stress) e il cosiddetto profilo “a pettine”, con numerose scale cliniche di personalità simultaneamente elevate, configurazione poco probabile in presenza di un’organizzazione nevrotica stabile. Anche le elevazioni sulle scale “Bipolar” e “Alcohol Dependence”, specie quando si accompagnano a elevazioni sulle scale di patologia grave di personalità, riducono nettamente la probabilità di un’organizzazione di livello nevrotico (LPFS 1); Magnavita (2005), che a queste stesse configurazioni guarda dal punto di vista del rischio, le segnala come profili “potenzialmente letali”.

Con l’avanzare della valutazione, nei casi dubbi, si può ricorrere all’impiego di interviste strutturate come la SCID-5-CV o la SCID-5-PD, per intero o limitatamente ai moduli corrispondenti alle diagnosi sospette.

Dopo 6 sedute², il clinico può auto-somministrarsi la SWAP-200, uno strumento clinician-rated che consente di “disciplinare l’intuito clinico” (Shedler, Westen & Lingardi, 2014) e di prodursi in ipotesi sull’assetto di personalità (e sugli eventuali disturbi) più solide, oltre a facilitare l’identificazione del grado di maturità/compromissione del funzionamento interno. La SWAP-200, infatti, riesce a estrarre indici funzionali sulla personalità, ossia il PHI (Psychological Health Index) e il RADIO (Reality testing and thought processes; Affect regulation and tolerance; Defensive organization; Identity integration; Object relations), che guidano il clinico nel processo di attribuzione del livello evolutivo complessivo e nella costruzione di un profilo multidimensionale delle diverse funzioni interne, considerando il livello di sviluppo di ciascuna. A proposito del livello di funzionamento, merita una menzione il self-report LPFS-BF 2.0 (solo 12 item), uno strumento in qualche modo complementare al clinician-rated SWAP-200. Il questionario LPFS-BF 2.0 è stato costruito sulla scala dei livelli di funzionamento presente nell’AMPD (Alternative Model for Personality Disorders) del DSM-5 e possiede una validazione italiana (Gritti et al., 2025); lo strumento consente di attribuire un livello complessivo di compromissione del funzionamento di personalità, combinando item che rappresentano equamente i 4 domini: “Identity”, “Self-directedness”, “Empathy”, “Intimacy”. L’integrazione di valutazioni cliniche (tabella), clinician-rated (come la SWAP-200) e di self-report (LPFS-BF 2.0 e MCMI-III) fa sì che i difetti dell’una forma di valutazione vengano corretti, almeno in parte, dai pregi dell’altra, in modo vicendevole. Valutazioni più approfondite sulla personalità sono consigliabili una volta conseguito un livello accettabile di compenso clinico. Nei casi dubbi, ad esempio, può essere utile studiare in modo ancora più attendibile il livello di sviluppo funzionale di ciascuna delle 4 aree appena citate, tramite il modulo I dell’intervista SCID-5-AMPD (Bender et al., 2018). Le aree più sviluppate saranno da considerare alla stregua di risorse interne su cui far leva, quelle meno evolute come target di sviluppo funzionale adeguati a costituire degli obiettivi della psicoterapia. In questo modo, risulterà più naturale abbandonare la logica del contenimento sintomatologico, parziale e ingannevole, in favore di un’attitudine terapeutica orientata all’accrescimento di competenze esplorative e adattive.

Ora il lettore si starà domandando: ma perché tutta questa insistenza su strumenti diagnostici ufficiali?

²Soglia minima di sedute raccomandata dagli autori dello strumento; cfr. <https://swapassessment.org/faq/> (consultato il 10.06.2026).

Non si tratta semplicemente di un aiuto in termini di accuratezza del processo valutativo, né primariamente di una cautela medico-legale. Quando si opera tra colleghi di diverso orientamento o diverso percorso formativo, è di fondamentale importanza che i due clinici impieghino un gergo comune sia riferendosi a manuali diagnostici internazionali sia usando e condividendo strumenti validati come il LPFS-BF 2.0, l'MCMI-III, la SWAP-200, l'SCL-90r, il DOCS o la BDI-II, che sono basati su costrutti trans-teorici.

A questo si aggiunge una precisa ragione clinica e prima ancora etica. La diffidenza verso gli strumenti, a lungo coltivata in nome di una relazione idealizzata che tutto dovrebbe comprendere e risanare, non è una forma di cautela, ma una rinuncia all'accuratezza che aumenta il rischio di diagnosi tardive, comorbidità non riconosciute, invii mancati e trattamenti mal calibrati. Dietro la scelta di un assessment basato sia su strumenti standardizzati che sulla qualità della relazione diagnostica, c'è il diritto del paziente a essere conosciuto per intero. Una posizione simile viene autorevolmente sostenuta dall'APA nelle sue linee guida per la valutazione psicologica (American Psychological Association, 2020).

Una volta generate tutte le ipotesi diagnostiche più probabili (principale e comorbide) e assegnato un certo livello evolutivo o di funzionamento di personalità, si può procedere. L'esperienza clinica, le linee guida internazionali e la letteratura scientifica sulle terapie combinate ci portano a questo elenco di diagnosi e condizioni cliniche che rendono consigliabile l'integrazione psicofarmacologica della psicoterapia, già nella sua prima fase:

- Episodio depressivo maggiore in atto o depressione maggiore propriamente detta
- Sintomi psicotici
- Ideazione anticonservativa
- Impulsività grave e rischiosa
- Eccitamento maniacale o ipomaniacale; disturbi bipolari in fase intercritica
- Disturbo ossessivo-compulsivo severo, in particolare se con scarso insight
- Disturbo di panico con attacchi severi, frequenti e ravvicinati

- PTSD cronico e severo
- Disturbi dissociativi
- Comorbidità multiple
- Qualsiasi disturbo se in comorbidità con disturbi della personalità di cluster A e B o con livello di compromissione del funzionamento di personalità maggiore o pari a 2 sulla scala LPFS del DSM-5 (organizzazione di personalità borderline o psicotica per il PDM-3)

Come recita l'ultimo punto, per altre situazioni cliniche ove possa esserci dubbio sull'appropriatezza dell'invio si suggerisce di valutare il livello di funzionamento (o evolutivo), la gravità e la modificabilità dei fattori di stress, l'entità delle risorse e la rilevanza anamnestica dei precedenti clinici in termini di cronicità e numerosità delle ricadute. Sono i criteri da adottare dinanzi a tutta una lunga serie di altri disturbi e condizioni cliniche quali disturbo persistente dell'umore, disturbi d'ansia diversi dal caso descritto in precedenza, disturbi da sintomo somatico, lutto complicato e molti altri.

4.2 In quale fase del trattamento proporre l'integrazione psicofarmacologica

La domanda è apparentemente semplice: in quale momento di una psicoterapia già avviata, o vicina ad esserlo, è opportuno introdurre la componente farmacologica? Nella pratica gli scenari possibili sono in genere questi tre: a) la valutazione iniziale orienta fin da subito verso un trattamento integrato; b) l'indicazione emerge durante il percorso; c) la necessità si presenta nelle fasi avanzate o terminali della terapia, una tipologia di situazioni che, come vedremo, rende un po' più complessa la gestione.

La fase dell'assessment

Il momento tecnicamente più favorevole e sensato per proporre l'integrazione psicofarmacologica è proprio la fase valutativa. Quei primi 4-10 incontri (numero orientativo), condotti con gli strumenti descritti nel paragrafo precedente, sono generalmente adeguati a produrre una stima diagnostica

multilivello: quadro sindromico, livello di funzionamento della personalità, fattori di stress e risorse contestuali. Se ad un operatore occorrono uno o due mesi di osservazione clinica per rilevare un episodio depressivo maggiore in atto o un livello di funzionamento della personalità significativamente compromesso o, ancora, la presenza di comorbidità che rendono l'integrazione indicata, vuol dire che c'è un problema a monte di natura formativa o una scarsa propensione o capacità di integrare strumenti diagnostici validi. I criteri per decidere se inviare o meno emergono da colloqui clinici strutturati, dagli strumenti psicodiagnostici, dall'anamnesi, dall'esame della relazione diagnostico-terapeutica iniziale. L'idea che si debba attendere che tali elementi emergano spontaneamente durante il percorso è arbitraria e retriva, una posizione che gli stessi Roose e Cabaniss (2006), pur da una prospettiva psicoanalitica, criticano osservando come la valutazione iniziale tende a privilegiare l'"analizzabilità" del paziente a scapito di un inquadramento diagnostico. Per lo stesso motivo, l'argomentazione secondo la quale un assessment accurato in fase iniziale "allontani" il paziente o lo faccia sentire come un oggetto di studio da "etichettare" si è trasformata nel tempo in un postulato mai sottoposto a un'effettiva rielaborazione, salvo rare eccezioni, come la tradizione dell'assessment terapeutico e collaborativo (Fischer, 1985/1994; Finn, 2009, 2012) e i modelli di restituzione (Graham, 2006; Abbate, 2009). I rischi paventati in relazione all'assessment possono certamente manifestarsi in alcuni casi, ma si verificano quando l'operatore non è stato formato al punto da riuscire a integrare, in modo fluido, principi tecnici e capacità di condivisione empatica. In ogni modo, per un clinico resta ferma la necessità di conoscere una serie di aspetti fondamentali dell'organizzazione psichica del paziente, già dalle prime fasi, per pianificare il trattamento, pur mettendo in conto e imparando ad accettare una naturale quota d'incertezza che può essere, sì, compressa dall'abilità diagnostica, ma mai completamente eliminata.

Una formulazione teorica, più specifica e vicina al proprio orientamento (psicodinamico, cognitivo-comportamentale, sistemico, ecc.), getta luce sul "perché" il paziente stia manifestando le forme di disagio che lo hanno condotto alla nostra osservazione. L'identificazione delle sindromi cliniche attive, del grado di maturità vs fragilità strutturale della personalità, dei precedenti anamnestici, del supporto sociale e dei fattori di stress è invece tutto ciò di cui abbiamo bisogno per definire la cornice di sicurezza da costruire attorno al caso (Livesley, Clarkin, Dimaggio, 2015). La decisione di

inviare per una valutazione/prescrizione farmacologica, dunque, non necessita di archi temporali d'osservazione prolungati, se non in una minoranza dei casi.

In sintesi, non siamo dinnanzi a due livelli diagnostici incompatibili: comprendere i “perché” del disagio rispetto a stabilire di quale disagio si tratti, stimare il livello di funzionamento di personalità e collocare il tutto in un contesto biografico e contestuale sono semplicemente stratificazioni di profondità diversa. Saper ricavare i dati inerenti al paziente e alla relazione diagnostico-terapeutica delle prime fasi è una competenza che migliora l'attendibilità delle previsioni e la consapevolezza dei processi di decision-making, con un aumento della sicurezza dei trattamenti e della loro efficacia, ma anche con una riduzione dei tassi di drop-out.

Senza una conoscenza estesa degli aspetti sintomatici e sindromici, inoltre, rinunciamo ad avvicinarci all'esperienza soggettiva del disagio personale dei pazienti, un atteggiamento che chiude alla condivisione empatica; tutto il contrario rispetto a quanto paventato da chi sostiene che diagnosticare ostacoli l'autenticità dell'incontro umano terapeuta-paziente.

Trattare la formulazione teorica approfondita come sostituto della diagnosi è un errore logico prima ancora che clinico, in linea con quanto sostenuto da Roose e Cabaniss, 2006, per i quali le decisioni sulla gestione farmacologica poggiano su dati fenomenologici prima che dinamici. Identificare e lavorare in seduta su una serie di bias cognitivi o di meccanismi di difesa caratterizzanti prima di aver stabilito se un paziente abbia oscillazioni dell'umore tipiche dello spettro bipolare, è come scendere in profondità prima di essersi accertati che il quadro sia sufficientemente stabile da poter sostenere un lavoro del genere. I livelli di conoscenza non sono alternativi; tutti gli strati del percorso sono indispensabili, ma alcuni sono più urgenti di altri o, semplicemente, vengono prima su un piano metodologico. Ignorare l'importanza di un inquadramento iniziale che tenga conto delle sindromi, della personalità (compromissione strutturale e funzionale) e del contesto psico-sociale equivale a mettere tra parentesi secoli di ricerca psichiatrica, psicodiagnostica e di psicologia clinica, in nome di una fedeltà d'orientamento ideologica, priva di alcuna giustificazione epistemica. Sul piano pratico le conseguenze possono essere molto severe.

Non possiamo continuare a pretendere dai nostri pazienti che sviluppino consapevolezza di sé e dei propri bias, se noi stessi, per primi, seguiamo una metodologia piena di abbagli e salti logici.

Se l'assessment ha condotto a identificare una o più condizioni tra quelle elencate nel paragrafo 4.1, l'invio allo psichiatra dovrebbe essere proposto subito e presentato come parte integrante della proposta terapeutica. Non si tratta solo di un modo di procedere metodologicamente corretto, ma di un ineludibile obbligo deontologico.

Il “mini-contratto” nei casi di confine

Molti pazienti restano scettici o respingono nettamente l'invio per un trattamento psicofarmacologico, nonostante restituzioni svolte con accuratezza e sensibilità. In altri casi, la decisione sull'integrazione resta sospesa nonostante la valutazione iniziale sia stata adeguata e approfondita. Se la situazione clinica non è tanto instabile da richiedere una valutazione psichiatrica immediata, nelle due circostanze sopra citate si può procedere a stabilire un accordo temporaneo con il paziente che preveda di lavorare per un tempo contenuto, tra i 2 e i 4 mesi, con la sola psicoterapia, per stimare la “trattabilità” psicologica. Una rivalutazione in itinere, magari effettuata integrando indicatori clinici presenti nelle conversazioni terapeutiche e rivalutazioni tramite questionari di livello 2 (ossia orientati a valutare le dimensioni psicopatologiche chiave per quel paziente), consentirà di affrontare la questione dell'opportunità di un trattamento integrato senza spiazzare troppo il paziente, già informato al momento della presa in carico di questa possibilità. Vale la pena di aggiungere che, nel caso in cui il paziente abbia manifestato preconcetti, resistenze e fantasie disfunzionali nei riguardi delle cure farmacologiche, vi sarà stato il tempo di discuterne in un clima paritario e non competitivo, a condizione, naturalmente, che il terapeuta stesso sia formato alla logica dell'integrazione e abbia affrontato a propria volta l'eventuale ambivalenza nei riguardi di tali trattamenti.

Evitare di discutere o continuare a riflettere per il timore di spaventare il paziente, irritarlo o rischiare di perderlo costituisce una condotta che dimostra scarsa autostima professionale oppure un atteggiamento ideologicamente o inconsapevolmente ostile al mondo della psicofarmacologia.

L'invio tardivo: un rischio clinico, relazionale e deontologico

Generalmente, se i dati sulla psicopatologia emergente, sul livello di funzionamento della personalità e quelli psico-sociali vengono adeguatamente integrati, la decisione di orientare il paziente ad un trattamento integrato scaturisce entro poche settimane, salvo nei casi appena citati. Esistono tuttavia situazioni in cui le condizioni di vita del paziente sono diventate molto più destabilizzanti a causa di problemi di salute, life events o fattori di stress di una certa importanza, in una fase successiva a quella iniziale della psicoterapia. Altre volte una protezione maggiore del compenso emotivo si rende necessaria in fasi di transizione terapeutiche molto delicate e complesse, come, ad esempio, quando riemerge un trauma maggiore o la necessità di affrontarlo.

Cionondimeno, è comunque necessario discutere delle ragioni per cui sconsigliare, nella maggior parte dei casi, un invio in una fase centrale o tardiva della terapia. Non è raro che il paziente manifesti dubbi e un certo disorientamento dinnanzi a una proposta tardiva, soprattutto quando nei mesi o anni precedenti si era costruita una buona alleanza di lavoro fondata sulla concordanza intorno a un metodo esclusivamente psicologico. Questo cambiamento di prospettiva nella direzione del setting duplice viene spesso interpretato dal paziente come una sfiducia nelle capacità della coppia terapeutica di produrre un progresso terapeutico oppure come un “errore di calcolo” da parte del terapeuta, con la conseguente crisi della percezione di autorevolezza.

Roose e Cabaniss (2006) riferiscono di un caso emblematico. La signora R sviluppò un vero e proprio episodio di depressione maggiore dopo tre anni di un trattamento esclusivamente psicoanalitico. L’analista si era convinto che la depressione fosse una risposta ai sentimenti connessi al transfert negativo, a sua volta provocato dalle vacanze estive del clinico. Dopo aver tentato per alcune settimane di esplorare la sintomatologia di nuova insorgenza in linea con la cornice teorico-tecnica consueta, l’analista decise di inviare la paziente per una consulenza psichiatrica, che esitò in una diagnosi formale di depressione maggiore e nella prescrizione di un antidepressivo. Raggiunta la remissione, la signora R interruppe il trattamento: gli autori riferiscono esplicitamente che era arrabbiata per il tempo che l’analista aveva impiegato prima di inviarla per un consulto psichiatrico.

Un assessment approfondito condotto nei primi uno-due mesi di trattamento avrebbe quasi certamente rilevato un rischio di sviluppare sindromi depressive di una certa rilevanza e un livello di funzionamento della personalità parzialmente compromesso. Il ritardo non era giustificato su un

piano clinico, bensì indotto dall'applicazione schematica di una cornice teorico-pratica che escludeva diverse prospettive di osservazione e inquadramento della psicopatologia della paziente. Una pericolosa unidimensionalità interpretativa.

L'ironica paradossalità del caso è che la preoccupazione di intaccare la fiducia della paziente nel trattamento aveva generato il suo opposto. L'adesione rigida ad un proprio protocollo introduce una nota di freddezza nella relazione terapeutica. In genere, lo scompenso non deriva dalle bizze del destino, bensì da una dinamica prevedibile e circolare: "life events-organizzazione interna-sindromi cliniche", indagabile o, almeno, ipotizzabile già nelle prime settimane/mesi di valutazione e trattamento.

Tra le preoccupazioni più comuni che spingono i clinici ad un invio tardivo possiamo elencare: il timore di essere percepiti come insufficienti, una cieca lealtà all'orientamento teorico, la paura che il paziente si senta ferito dalla proposta o che abbandoni il trattamento. La comprensibilità di questi timori merita di essere riconosciuta, ma ciò non equivale a legittimare la condotta che ne deriva. Il bias di conferma e il bisogno di convalida possono essere razionalizzati come cautela terapeutica.

La proposta d'integrazione in corso d'opera è possibile, ma richiede prudenza rispetto alla cornice narrativa in cui s'inserisce, sia nella mente del clinico che nei dialoghi terapeutici. La proposta farmacologica nelle fasi mediana e avanzata della psicoterapia non dovrebbe essere intesa come la prova di un fallimento terapeutico, né tanto meno come un'alternativa alla cura psicologica; andrebbe piuttosto concepita (e rappresentata al paziente) come un ampliamento delle risorse e della sicurezza in un dato momento del percorso. Nei paragrafi che seguono, ci addentreremo nelle modalità di presentazione della proposta al paziente e di come organizzare le pratiche d'invio.

5. Le modalità d'invio

Nel paragrafo precedente, abbiamo proposto i criteri clinici che rendono consigliabile o mandatorio l'invio per la valutazione psichiatrica. Questa sezione si occupa delle procedure d'invio: ovvero, della sequenza di azioni attraverso cui lo psicoterapeuta esplora i vissuti del paziente sul tema, gestisce le

resistenze e fornisce informazioni al collega psichiatra, in modo da garantire maggiore sicurezza al paziente e ridurre il tasso naturale d'errore dello psichiatra quando opera sulla singola valutazione. Per limitare gli errori valutativi e la possibilità di scelte cliniche approssimative da parte dello psichiatra, lo psicoterapeuta, come verrà chiarito oltre, dovrà essere formato a trasmettere informazioni adeguate in termini di completezza, organizzazione e universalità del gergo tecnico impiegato. Verranno in seguito esposte le modalità d'invio più indicate per difendere e migliorare l'alleanza terapeutica con il proprio paziente in questa delicata fase di transizione. Insomma, cercheremo di passare dalla domanda sul "quando" a quella sul "come".

I malintesi più comuni sul tema dell'invio riguardano l'attribuzione del ruolo di diagnosta: il fatto che lo psichiatra sia un medico non implica che questi sia la "cassazione della diagnosi". La delega diagnostica avviene spesso su un piano implicito, ma contiene in sé una contraddizione in termini. Se è vero che il medico è qualificato ad effettuare diagnosi differenziali rispetto a problematiche mediche diverse da quelle psichiatriche e a verificare la sicurezza di una prescrizione, è altrettanto lampante che uno psicologo-psicoterapeuta, opportunamente formato, può effettuare diagnosi di disturbi psichiatrici con il medesimo livello di attendibilità. Non vi è nulla di così specifico nella formazione medica che porti a costruire migliori descrizioni dello status, migliori anamnesi (ad eccezione di quella strettamente medica), migliori scale di valutazione, interviste cliniche strutturate più attendibili, né, tanto meno, migliori somministrazioni e interpretazioni di strumenti psicometrici (anzi, in genere è vero il contrario). Spesso dietro questa delega nella definizione diagnostica si nasconde una preoccupazione rispetto alle responsabilità connesse all'inquadramento clinico e alle potenziali tensioni indotte dalla restituzione. Ma chi meglio dello psicoterapeuta può creare o contare su un alveo relazionale sicuro, nel cui contesto comunicare contenuti delicati sia sicuro, non traumatizzante e terapeutico? Formulare diagnosi attendibili (sindromi e personalità) in psicoterapia non ha ricadute terapeutiche di minor rilievo rispetto al trattamento psichiatrico. La parola psicoterapeuta comprende il suffisso terapeuta nella propria denominazione; può dunque un professionista di questo tipo procedere ragionevolmente senza un chiaro orientamento diagnostico? Che si fa? Si somministra una terapia a prescindere dalla diagnosi? La diagnosi non dovrebbe guidare il trattamento, avere ricadute sul piano di cura, sulla verifica dell'efficienza dei trattamenti? Il paziente, prima o dopo, non ha il pieno diritto di conoscere le caratteristiche della sindrome di cui

soffre (e che molto spesso tenderà a recidivare nel tempo) e dei tratti di personalità maladattivi che ne condizionano l'emersione, la recidiva e ne ostacolano il trattamento? Come mai i pazienti che hanno affrontato precedenti percorsi di terapia (integrata o no) ricordano così poco circa le dinamiche psichiche che li caratterizzano identificate e affrontate, degli obiettivi terapeutici perseguiti e dei piani anti-recidiva predisposti prima del termine delle terapie stesse?

Dalla pur necessaria diagnosi si dovrà passare poi alla fase d'invio vera e propria. Un invio non adeguatamente condotto, ossia privo della necessaria esplorazione paritaria dei vissuti, delle fantasie e dei pregiudizi verso i farmaci, può essere vissuto dal paziente come un abbandono, un giudizio di irrecuperabilità e l'idea di essere portatori di una "tara" organica cerebrale imm modificabile. Una trasmissione delle informazioni grossolana e tecnicamente povera al collega psichiatra può risultare nella frustrazione del paziente legata al dover "rispiegare tutto da capo"; la sensazione di delega passiva contribuirà alla spiacevolezza dell'esperienza complessiva: il paziente si sentirà come fosse stato messo su una specie di nastro trasportatore procedurale, come una scatola di fagioli in preparazione per i supermercati. Non si tratta di dettagli irrilevanti perché la cura nella preparazione e nella conduzione dell'invio creerà le basi, assieme ad altri fattori, per una buona aderenza al trattamento farmacologico, con riduzione del tasso di drop-out precoce e di effetti nocebo. Un invio ben condotto potrà tradursi in un vero e proprio atto terapeutico perché farà sentire il paziente pienamente considerato nelle proprie sofferenze e dilemmi, ma anche seguito da una squadra integrata e organizzata, in grado di modulare il senso di caos interiore attraverso una procedura comprensibile e trasparente.

5.1 La preparazione all'invio

Prima ancora di nominare la possibilità di un invio, il terapeuta dovrà già aver svolto un assessment di senso compiuto e illustrato, seppure in modo essenziale, l'inquadramento delle principali difficoltà psicologiche, all'interno di un framework bio-psico-sociale, espresso in un linguaggio non-gergale.

Non si tratta di una seduta unica, ma di un processo di alcune sedute (salvo in situazioni di emergenza), ispirato, come affermato in precedenza, al metodo dell'assessment terapeutico di Stephen Finn (2009 e 2012). È di assoluto rilievo spiegare in termini semplici come una

significativa disregolazione emotiva renda davvero ardua qualsiasi elaborazione/presa di consapevolezza delle dinamiche determinanti di fondo e delle caratteristiche della persona (tratti maladattivi e risorse interne da sviluppare in terapia). Andrà chiarito che l'intervento farmacologico potrà svolgere un ruolo di contenimento di emozioni e impulsi dirompenti, collocandosi in un ruolo che non sostituirà in alcun modo quello della psicoterapia, ma la supporterà, la faciliterà ed entrerà in sinergia con essa; i farmaci insomma non dovranno essere presentati come sostituti della terapia, bensì come agenti che operano al suo servizio.

Già Lago (2006) segnalava il rischio che, nella dislocazione dei trattamenti tipica di una terapia condotta da più clinici non adeguatamente integrata, il paziente avverta a sua volta una "dislocazione" dei propri problemi, mantenendo una scissione latente tra mente e corpo, ossia tra parti di sé ("parte" esperienza interna vs "parte" cervello). Per evitare che questo accada, è necessario, sin dall'avvio della terapia integrata, che entrambi i clinici maturino una chiarezza che si articola su due assi: cosa-fa-cosa (quale parte dell'esperienza del paziente è modificata dai farmaci, quale dal lavoro psicoterapico, quale da entrambi) e chi-fa-cosa, ossia i rispettivi ruoli e competenze. Questa chiarezza dei clinici non è però una qualità acquisita attraverso titoli di studio: è essa stessa il prodotto di un lavoro di differenziazione e integrazione applicato alle conoscenze e alla pratica della terapia integrata. Prima di poter trasmettere al paziente la capacità di distinguere cosa modificano i farmaci, cosa modifica la psicoterapia e come le due azioni si connettono, i clinici devono aver già percorso quel tragitto interiormente ed essersi esercitati a tradurre questi concetti in parole vicine all'esperienza. È da questa elaborazione che scaturiscono dialoghi effettivamente psicoeducativi.

Il modo di parlare dei due clinici dovrebbe aiutare il paziente a sviluppare le due macro-competenze necessarie al suo coinvolgimento attivo e consapevole:

- Differenziazione: abituare il paziente a riconoscere e apprezzare la diversità tra le varie componenti della propria esperienza interna. Riconoscere le differenze tra motivazioni, emozioni, impulsi, pensieri e, di conseguenza, riuscire a comprendere l'impatto di farmaci e psicoterapia sulle diverse componenti della sua vita psichica sono i presupposti necessari alla capacità di integrare.

- Integrazione: dopo aver adeguatamente differenziato, ricomporre quelle parti una volta distinte, cogliendo come si influenzino a vicenda (ad esempio, attraverso dei pattern caratteristici), fino a costruire una mappa coerente del proprio funzionamento interno. Laddove il paziente tenda di suo a dislocare le parti, a causa del ricorso sistematico a meccanismi di difesa pervasivi, questo lavoro sarà più arduo e richiederà tempi più lunghi.

In altri termini, più evoluti risulteranno i processi di differenziazione e integrazione nelle menti dei due clinici, più fluidi ed efficaci saranno i dialoghi psicoeducativi con il paziente.

A livello operativo, l'analogia dell'antinfiammatorio che rende possibile la fisioterapia, già illustrata nel capitolo, è quasi sempre compresa con facilità e senza attivare resistenze ideologiche, rinforzando piuttosto l'efficacia comunicativa di aspetti più tecnici.

È buona pratica esplorare sistematicamente i vissuti, le fantasie e i preconcetti del paziente rispetto ai farmaci nella fase d'invio; per essere sistematici in tale indagine, può essere utile riferirsi all'elenco dei dubbi più comuni esposti nella brochure informativa posta in appendice. In altri termini, dovrà essere concesso uno spazio in cui il paziente possa dire «ho paura di dipenderne» o «mio padre li ha presi ed è diventato uno zombie, senza migliorare». In esso, il disagio e le ansie del paziente rispetto ai farmaci dovranno essere validati, senza frettolose rassicurazioni verticali. La psicoeducazione senza un'adeguata esplorazione preliminare di vissuti, fantasie e preconcetti produce molto spesso clamorosi fallimenti terapeutici. Solo dopo aver ascoltato, validato e poi confrontato il senso e la logica di quelle preoccupazioni diviene praticabile l'esposizione di una cornice alternativa, possibilmente impiegando le parole del paziente stesso come punto di partenza.

Qualora le resistenze siano significative, un protocollo morbido (inadatto a situazioni d'urgenza indifferibili) prevede la possibilità di una sorta di mini-contratto, secondo le modalità già esposte nel paragrafo precedente. Non stiamo parlando di una concessione tattica, ma di un atto negoziale, accompagnato dalla trasparenza metodologica. Se, ad esempio, fosse necessario un po' più di tempo per esplorare, elaborare e condividere il dolore per i mancati miglioramenti del "padre-zombie", la capacità del terapeuta di non divenire immediatamente direttivo produrrà un significativo incremento dell'alleanza terapeutica e della probabilità che il paziente si avvicini al consulto psichiatrico con maggiore fiducia e apertura.

5.2 La relazione clinica e la brochure

Se il paziente accetta la valutazione psichiatrica, è essenziale che il terapeuta rappresenti adeguatamente allo psichiatra l'insieme di preoccupazioni e cognizioni del paziente rispetto agli psicofarmaci. Si tratta di un elemento (spesso trascurato) in grado di guidare lo psichiatra alla calibrazione del tono del colloquio e alla prevenzione di rotture precoci nel processo di formazione dell'alleanza con il nuovo clinico, rotture che, rapidamente, si tramuterebbero in deficit di compliance o in effetti nocebo. Lo psichiatra, a sua volta, dovrà mantenere un atteggiamento sensibile a tali problematiche e mostrarsi autorevole ma, allo stesso tempo, non cattedratico nel fornire rassicurazioni o spiegazioni al paziente riguardo all'introduzione dei farmaci. Anche nel caso del colloquio psichiatrico, lo schema "ascolto-validazione-psicoeducazione" non dovrà mai essere aggirato in nome dell'impazienza e dell'insofferenza alla critica. È comprensibile che gli psichiatri siano esasperati dai preconcetti e dal discredito che vengono loro gettati addosso ogni giorno dall'opinione pubblica e dai singoli pazienti (e famiglie); tuttavia, ciò non può autorizzare atteggiamenti altrettanto ideologici, autoritari, sbrigativi o condiscendenti.

Sul versante delle altre informazioni cliniche da trasmettere, è il momento di elencare quali punti dovrebbero essere inclusi in una breve relazione finalizzata all'invio; il senso è quello di una rappresentazione schematica che risulti al contempo completa, efficace e parsimoniosa in termini spazio-temporali:

- Status psicopatologico e sintomatologia riferita (una raccolta che può essere supportata e organizzata in pochi minuti da strumenti come la CPRS — Comprehensive Psychopathological Rating Scale, Åsberg et al., 1978 —);
- Principali fattori di stress in atto e loro cronicità o reversibilità;
- Livello di funzionamento esterno nelle aree rilevanti (lavoro, relazioni, vita sociale, cura di sé);
- Stima del livello di compromissione strutturale e funzionale della personalità secondo la scala LPFS o la parte I dell'asse P del PDM-3;
- Principali risultati ai test psicometrici già somministrati: non relazioni infinite (per carità!), ma punteggi e items critici maggiormente degni di attenzione;

- Obiettivi della psicoterapia già concordati o auspicabili. La condivisione degli obiettivi è preziosa per lo psichiatra perché lo aiuta a capire in quale punto del percorso si inserisce il suo intervento, quali aspetti del funzionamento del paziente costituiscono i target dell'intervento psicoterapeutico e come i farmaci possano sostenere tale piano di sviluppo della persona, senza involontariamente inibirlo.

Una relazione strutturata in questo modo informa il collega dei dati clinici essenziali e, al contempo, lo mette nella posizione di interlocutore consapevole, riducendo il rischio che la valutazione psichiatrica proceda in modo scisso rispetto alla psicoterapia.

In parallelo, è consigliabile consegnare al paziente la brochure informativa allegata in appendice a questo capitolo per poi confrontarsi sui suoi contenuti nella seduta successiva. La brochure non è naturalmente un sostituto del processo di psicoeducazione, rappresentandone piuttosto un complemento. La brochure anticipa i dubbi più comuni quali dipendenza, effetti collaterali, timore della sedazione e della spersonalizzazione, e li affronta in un linguaggio accessibile, coerente con la cornice psicoeducativa già illustrata nel capitolo.

Dopo la visita psichiatrica, il debriefing nella seduta successiva è un passaggio irrinunciabile.

Lo psichiatra, a sua volta, dovrà fornire, dopo la visita, una mail sintetica in cui illustri le proprie impressioni cliniche, le ipotesi diagnostiche, il razionale delle scelte prescrittive e i segni clinici che desidera siano monitorati nel corso delle sedute del periodo successivo.

6. Modalità di collaborazione tra clinici e coinvolgimento del paziente

6.1 La comunicazione tra clinici durante il trattamento

La collaborazione tra psicoterapeuta e psichiatra è una pratica regolare, che richiede un'architettura comunicativa riconoscibile e costruita per essere d'aiuto al paziente. Il rischio opposto, quello di una comunicazione improvvisata o, peggio, attivata solo nelle crisi, è uno degli errori tecnici più diffusi nella pseudo-integrazione. La probabilità di aiutare un paziente già in piena fase di crisi, e di farlo in tempi ragionevoli, è ridotta quando il riconoscimento dei segnali di avvicinamento allo scompenso

clinico avviene in modo tardivo. Un confronto continuo tra clinici può attivare il riconoscimento dei sintomi sentinella tipici di una rottura incipiente e condurre ad un piano tempestivo d'intervento anti-crisi. Nel campo dei disturbi mentali, la gravità del quadro clinico è spesso inversamente proporzionale alla consapevolezza di malattia e alla capacità di fornire una cooperazione efficace da parte del paziente. Rendersi conto del problema quando lo scompenso è già florido può ridurre in modo drammatico la capacità del paziente di collaborare.

Il formato comunicativo tra clinici preferibile è la telefonata breve o una mail sintetica, ma al contempo completa, delle informazioni fondamentali; una lunga riunione clinica è molto difficile da organizzare sistematicamente.

Però qual è la reale copertura informativa richiesta per questi scambi? Eccone una breve lista, in parte sovrapponibile a quella vista per l'invio:

- La sintomatologia emergente e i principali segni rilevabili allo status;
- I life events e i fattori di stress sopravvenuti;
- Il livello di funzionamento esterno nelle aree rilevanti;
- L'andamento della relazione terapeutica;
- Le impressioni che il paziente ha condiviso sul lavoro del collega (confidenze allo psichiatra su tensioni o fonti di disagio nella relazione psicoterapeutica, e viceversa);
- I dati psicometrici di rilievo;
- I segni clinici o comportamentali su cui si chiede al collega di prestare attenzione nel prossimo incontro (alert che richiedono un follow-up);
- La data del prossimo appuntamento

Quest'ultimo punto suggerisce il momento ideale per sentirsi o scriversi: alcuni giorni prima della visita psichiatrica. Contattare il collega a ridosso dell'appuntamento consente di sintonizzare i due clinici sugli elementi più rilevanti del momento, evitando che la visita psichiatrica avvenga "a cielo coperto" rispetto a quanto accade in psicoterapia.

6.2 La frequenza delle visite psichiatriche

L'intervallo tra le visite psichiatriche di controllo non può essere prefissato. Nello stabilirne la frequenza è necessario considerare una serie di diversi fattori: grado di compenso sintomatologico del paziente, solidità strutturale della personalità, gravità della diagnosi sindromica, intensità dei fattori di stress e degli eventi di vita in corso, fase del trattamento farmacologico (acuta, mantenimento, sospensione), risultati più recenti ai test psicodiagnostici, solo per limitarsi a quelli più rilevanti.

Sicuramente, la rilevazione quantitativa ricorrente con strumenti diagnostici, oltre ad aumentare la sicurezza del trattamento, costituisce un parametro rilevante poiché molto spesso aggiunge spunti e dati che gli strumenti tradizionali d'indagine non sempre riescono a catturare.

A questo proposito, è doveroso ricordare che il monitoraggio sistematico dell'andamento clinico tramite strumenti standardizzati (il cosiddetto *measurement-based care*) non è una proposta originale di chi scrive, trattandosi piuttosto di una raccomandazione presente in molte diverse linee guida internazionali. Ad esempio, linee guida canadesi lo pongono tra i principi fondamentali della gestione dei disturbi depressivi (Lam et al., 2024). Quelle statunitensi estendono la raccomandazione a strumenti rivolti al livello di funzionamento esterno e della qualità di vita (American Psychiatric Association, 2016), aggiunta che appare tutto fuorché fine a sé stessa. Le linee guida britanniche, infine, prevedono il monitoraggio ricorrente dell'outcome mediante strumenti standardizzati e validati (NICE, 2022).

Va sottolineato un aspetto che smentisce i pregiudizi secondo i quali la misurazione oggettivante sarebbe pratica fredda, tecnicista e distanziante. Le stesse linee guida canadesi raccomandano che i punteggi vengano rivisti assieme al paziente e impiegati per prendere decisioni condivise sui passi successivi del percorso, facendo della misura un'opportunità psicoeducativa, di rinforzo dell'aderenza e di rifinitura collaborativa degli obiettivi trattamentali condivisi (Lam et al., 2024). Lo strumento, insomma, non è inteso come sostituto della valutazione clinica e della relazione terapeutica, mettendosi piuttosto al loro servizio.

In alcuni sistemi sanitari, la documentazione standardizzata degli esiti è addirittura un requisito: nei servizi pubblici di salute mentale australiani la raccolta routinaria di misure di esito, a intervalli

regolari, è prevista come parte del monitoraggio nazionale (Pirkis et al., 2005). Nascondersi dietro un dito non è più un'opzione.

In linea orientativa, una cadenza di visite psichiatriche di controllo compresa tra due settimane e due mesi copre la maggior parte delle situazioni cliniche attive. Nelle fasi iniziali del trattamento farmacologico (titolazione, verifica della tollerabilità, aggiustamento del dosaggio) la frequenza tende ad essere più ravvicinata. Nelle fasi di mantenimento, con paziente compensato e quadro stabile, si può allungare l'intervallo sino a due mesi, o anche tre nei follow-up caratterizzati da buona e prolungata stabilità. Quando invece si avvia una semplificazione o una sospensione del farmaco, la frequenza torna ad aumentare: si tratta di una fase ad alto rischio di ricaduta, spesso sottovalutata, in cui il monitoraggio ravvicinato non è un eccesso di prudenza ma una condizione di sicurezza. È una fase preziosa anche per identificare e psicoeducare il paziente agli Early Warning Signs (EWS), ossia quei sintomi e comportamenti che anticipano di qualche tempo le ricadute nelle fasi critiche (sul costrutto degli Early Warning Signs cfr. Birchwood et al., 1989; Herz & Melville, 1980; per l'applicazione alle ricadute affettive e l'uso di checklist, Perry et al., 1999; Lobban et al., 2011; per i prodromi depressivi, Fava et al., 1990; Benasi et al., 2021). Parleremo più estesamente di questa forma di monitoraggio nel paragrafo seguente.

Un elemento che modifica la frequenza in modo trasversale rispetto alle fasi è l'accumulo di fattori di stress: un lutto, una separazione, la perdita del lavoro, un trasloco in un periodo di fragilità strutturale non compensata possono richiedere un'intensificazione temporanea dei contatti psichiatrici indipendentemente dalla fase farmacologica.

In ogni caso e per entrambi i clinici, la promozione del progresso e della sicurezza dei percorsi terapeutici è influenzata in modo decisivo dall'accuratezza metodologica e dall'investimento sul caso. Documentazione efficace e scambi adeguati di informazioni, né sovrabbondanti né poveri di dati chiave, sono una dimostrazione della cura e della vicinanza al caso. Non è un approccio ossessivo al dato, è un gesto di cura e attenzione che viene invariabilmente percepito dagli stessi pazienti.

6.3 Ruoli e mansioni

Un problema frequente, e spesso sottovalutato, è l'uso che alcuni pazienti fanno delle visite psichiatriche o delle sedute di psicoterapia. Spesso, consciamente o inconsciamente, alcuni le vedono come l'ambito in cui ottenere una "second opinion" su quanto detto, concordato o interpretato nell'altro contesto. Il paziente che riferisce allo psichiatra di sentirsi incompreso dal terapeuta, o che porta in psicoterapia un'affermazione dello psichiatra per metterla in discussione, non sta necessariamente mentendo o manipolando in senso consapevole: sta spesso mettendo in atto le proprie dinamiche oppositive e passivo-aggressive, i propri schemi familiari o, più semplicemente, un deficit di comunicazione assertiva. La risposta clinicamente corretta non consiste nel prendere per buona la versione del paziente, ma neppure nello squalificarla: è indispensabile invitare il paziente a discutere apertamente il problema percepito con il collega anziché farlo per interposta persona. Nelle note scritte o telefoniche sarà comunque compito del professionista, come già accennato, introdurre il marker di rottura manifestato nel proprio contesto ma relativo all'area d'intervento del collega.

Non è un mistero che spesso insorgano dinamiche competitive tra clinici: l'intestarsi i successi, l'esternalizzare le responsabilità quando qualcosa va storto, il commentare in modo lapidario le scelte del collega dinnanzi al paziente, e simili. È a questo livello che entrano in gioco le qualità personali e trasversali espone nel paragrafo sulle competenze degli operatori. Il rischio è che i clinici colludano con la triangolazione involontariamente favorita o inconsciamente desiderata dal paziente. Questi fenomeni o, meglio, questi agiti di controtransfert, sono il segnale forte e chiaro di un'incrinatura nell'alleanza triadica. Se un clinico si sente eccessivamente spinto a commentare o criticare il lavoro del collega, dovrebbe sempre chiedersi *chi* realmente voglia fargli esprimere determinati contenuti. Diversamente, ci si esporrà al rischio di restare intrappolati in una rete di traslazioni di schemi familiari.

La tempestività nel confrontarsi con il collega spesso consente di dissipare quasi istantaneamente il gioco di ruoli sotteso alle tensioni avvertite dalla triade.

La chiarezza diagnostica, terapeutica e nella lettura delle dinamiche relazionali consente di non essere trascinati in un gioco di specchi confusivo tanto per i clinici, quanto per il paziente. Alcune doti favoriscono il mantenimento della necessaria congruenza comunicativa. Il riferimento è alla

chiarezza metodologica, alla consapevolezza di sé e del proprio controtransfert, nonché all'abilità di riflettere sulle proprie motivazioni prima di verbalizzare i propri interventi. Fortunatamente, si tratta di qualità personali e tecniche allenabili, benché piuttosto sofisticate.

In definitiva, la chiarezza rispetto a funzioni e ruoli deve essere innanzitutto nella testa dei due clinici, prima ancora che nelle parole rivolte al paziente. Se i due non hanno una visione coerente e condivisa di "chi fa cosa e perché", non potranno trasmetterla in modo fluido nei dialoghi terapeutici.

In termini operativi, i due ambiti di pertinenza si distinguono (o dovrebbero distinguersi) con sufficiente nitidezza. Lo psichiatra è incaricato di:

- Monitorare lo status psicopatologico;
- Verificare la compliance farmacologica e gli effetti collaterali;
- Condurre diagnosi differenziali rispetto a possibili componenti organiche;
- Fornire psicoeducazione sui disturbi e sul razionale d'impiego dei farmaci (contenuti da condividere con il terapeuta, affinché non si instaurino cortocircuiti e malintesi comunicativi);
- Studiare i fattori di stress e il funzionamento esterno;
- Verificare la compatibilità tra terapia psicofarmacologica e altre patologie mediche / altri trattamenti farmacologici
- Somministrare scale cliniche e questionari orientati principalmente alle aree sintomatologiche chiave del paziente.

Lo psicologo psicoterapeuta, dal canto suo, monitora ugualmente lo status, ma il suo fuoco è collocato su:

- I vissuti e le fantasie connesse al farmaco e al percorso di cura;
- Le dinamiche strutturali che fanno da sfondo e presupposto allo sviluppo dei sintomi;
- Un lavoro più attivo e continuo sull'alleanza terapeutica;

- L'impiego ricorrente di test psicometrici (in particolare quelli personality-oriented), che richiedono un contesto relazionale consolidato per essere somministrati e restituiti in modo produttivo;
- L'applicazione di tecniche specifiche del proprio indirizzo teorico.

La distinzione non è una separazione a compartimenti stagni dei due territori di cura. Ci sono aree di sovrapposizione inevitabili e potenzialmente feconde; due esempi sono il monitoraggio dello status ed il percorso di psicoeducazione. Ma la sovrapposizione produttiva è diversa dalla confusione dei ruoli. La prima arricchisce, la seconda disorienta il paziente, e, non di rado, anche i clinici.

6.4 La trasparenza e il coinvolgimento del paziente

È importante che il paziente sia informato del flusso comunicativo tra clinici senza sentirsi braccato e controllato da questa duplice prospettiva di verifica. Lo scopo delle comunicazioni non è di smascherare il paziente, bensì di restituirgli gradualmente il senso dell'integrazione dei percorsi e degli eventi relazionali che coinvolgono la triade. Anche quando i clinici si scambiano le confidenze che il paziente ha fatto sull'uno o sull'altro, non lo fanno per riferirle alle sue spalle, ma per invitarlo a trattarle direttamente con il diretto interessato, con l'intenzione di trasformare una disfunzionale ripetizione di pattern relazionali in un esercizio di comunicazione assertiva.

Quando si afferma di voler coinvolgere il paziente in modo trasparente e proattivo, non si allude alla sola necessità di ottenere un consenso formale (che pure è necessario e va acquisito); si tratta piuttosto di costruire una comunicazione limpida e diretta che prevenga la formazione di «segreti a due» tra i clinici, vissuti dal paziente come escludenti, in analogia con quanto può essere accaduto in passato rispetto a certi “segreti di famiglia”, trattati solo tra gli adulti di casa. Il modo in cui il paziente reagisce alla comunicazione tra i clinici può raccontare molto del suo assetto. Allo stesso modo, l'opposizione mentalizzata ai tentativi inconsci di triangolazione consente al paziente di

reintegrare in una forma verbalizzabile il gioco di ruoli di origine familiare che prima poteva solo mettere in atto.

Un'ultima indicazione operativa: evitare che il paziente sia "incaricato" di recare messaggi al collega che non ci si è presi cura di presentargli in modo più diretto. In tal modo, non si fa altro che fornirgli un modello di triangolazione comunicativa disfunzionale che tenderà inesorabilmente a interiorizzare. Predicare in un modo e razzolare in maniera opposta costituisce un esempio di doppio legame comunicativo imbarazzante per due clinici che dovrebbero, al contrario, manifestare una maturità psicologica e una levatura etica capaci di prevalere sui propri narcisismi.

7. Monitoraggio, segnali precoci di crisi e fasi avanzate del trattamento

7.1 Il monitoraggio condiviso e i segnali precoci

Nei momenti di transizione, la struttura integrativa dimostra in modo ancora più lampante di essere un valore aggiunto. Il potere della sinergia tra trattamenti diventa innegabile in tutte le fasi di passaggio in cui il monitoraggio clinico assume un ruolo ancora più centrale. Due clinici osservano lo stesso paziente mentre il paziente stesso va acquisendo sempre di più la capacità di segnalare le variazioni nel proprio umore, nel modo di stare in relazione o nello stile di vita: tre persone che, da punti di vista differenti, osservano lo stesso fenomeno cogliendo ciascuna una sfumatura diversa. La capacità del paziente di fornire un contributo decisivo è stata molto a lungo sottovalutata, perché esposta a molti bias. Un paziente potrebbe dichiararsi del tutto privo di vissuti difficili o blocchi funzionali per compiacere i clinici o perché desidera voltare pagina e lasciarsi alle spalle definitivamente un brutto periodo di malattia, a causa della dinamica detta "fuga nella guarigione" o per il persistere di meccanismi di difesa come la razionalizzazione. Altre volte, al contrario, può fornire resoconti sintomatologici molto accentuati proprio nel momento in cui è prossimo a poter fare un salto evolutivo, per il timore di essere "abbandonato" dai clinici o per la paura di tornare a sperare ed essere ancora una volta disilluso. Al netto di tutti questi fattori confondenti tipici, un paziente ben addestrato può cogliere sul nascere le difficoltà e contribuire alla visione d'insieme sulla propria condizione di compenso ed evolutiva.

Come già anticipato nel paragrafo sulla definizione di terapia integrata, il paziente è il massimo “esperto della propria esperienza interna” (Miller & Rollnick, 2013) e, quasi sempre, testimone unico delle proprie giornate. Il calo della qualità del sonno, l’irritabilità, la difficoltà a provare piacere e coinvolgimento, le somatizzazioni, le ruminazioni sono tutti segnali sfumati. È in questo passaggio che le razionalizzazioni possono intervenire annullando il potenziale informativo di questa sintomatologia, specie se i sintomi si presentano isolati: la razionalizzazione e l’intellettualizzazione entrano come una lama nel burro dello storytelling, suggerendo spiegazioni di superficie come “sarà un po’ di stanchezza primaverile”, “sono meteoropatico”, “oggi le condizioni di lavoro sono troppo alienanti”, “la benzina costa 2 euro al litro e oggi giorno chi non è preoccupato per i soldi?”, “saranno gli orrori delle guerre che ci propinano continuamente in TV e su internet”. È qui che entra in gioco un lavoro clinico specifico: trasformare il paziente da ricettacolo passivo di sintomi a sentinella sensibile e formata a riconoscere i problemi sul nascere.

La maggior parte degli scompensi clinici non esordisce improvvisamente, basti pensare alle crisi depressive, ipomaniacali, dissociative o disforiche. Come visto nel paragrafo precedente, una serie di segnali precoci le precede; si tratta degli Early Warning Signs (EWS), sintomi spesso di carattere più sfumato o isolato che anticipano le crisi di settimane o, a volte, persino mesi. Gli EWS hanno due caratteristiche: a) i segnali ci sono quasi sempre nel periodo precedente alla manifestazione completa della crisi; b) ciascuna sindrome presenta sintomi sentinella caratteristici e l’ordine con cui si presentano è ricorrente. Per quanto concerne il disturbo bipolare, ad esempio, la progressione dei sintomi tende ad essere la seguente: sonno come primo segnale, variazioni dell’umore in senso ansioso-irritabile, poi componenti cognitive e comportamentali. Questa progressione può fornirci una mappa generale, ma quello che più conta, nel singolo caso, sono gli EWS specifici di quel paziente (Birchwood et al., 1989; Perry et al., 1999). Esiste infatti uno schema individuale di ricaduta, un pattern personale che si ripete di episodio in episodio. Ciascun paziente manifesta i propri caratteristici EWS, in parte sovrapponibili e in parte no a quelli più comuni della sindrome principale di cui soffre.

Da qui l’esigenza di costruire assieme al paziente una lista di segnali sentinella che caratterizzano le sue fasi pre-critiche. Il momento ideale per costruire un documento condiviso di questo tipo sono le fasi di compenso clinico, in cui si riscontri un buon livello di alleanza terapeutica.

Alcune delle seguenti domande possono fare da guida all'esplorazione: "quali segnali ha lanciato il suo corpo nelle crisi precedenti?"; "come sono cambiati i suoi pensieri, il suo sonno, i suoi sogni, il suo modo di stare con gli altri?"; "quali buone abitudini ha abbandonato per prime?". Si tratta di un lavoro che ha un doppio valore: produce uno strumento di monitoraggio concreto e su misura, e, al contempo, è esso stesso terapeutico perché restituisce al paziente un senso di competenza e di empowerment sul proprio percorso; esattamente il contrario della passività regressiva che la terapia integrata vuole prevenire. L'osservazione dei propri schemi tipici '*stimolo ambientale-concatenazione di pensieri ed emozioni-manifestazione EWS-crisi*' costituisce forse l'effetto più prezioso di queste pratiche perché aiuta i pazienti a operare una defusione rispetto ai propri disturbi. Così facendo si promuove lo sviluppo dell'Io osservante, ossia di quella parte sana del paziente con cui allearsi e che troppo spesso soffoca schiacciata dal peso della sintomatologia attiva e delle difese.

A questo lavoro ideografico, però, è sempre bene associare un monitoraggio con strumenti standardizzati, che hanno la duplice finalità di contrasto ai bias dei tre membri coinvolti e, ancora una volta, di favorire o rafforzare l'apprendimento dei propri EWS.

Vi è poi un dato che gli strumenti standardizzati faticano a catturare: il sogno. Il materiale onirico dà espressione all'implicito e all'indicibile e aggira i bias delle fonti autodichiarative (sintomi riferiti, self-report). Il fenomeno sogno si colloca, accanto alla semeiotica e ai pattern comportamentali e relazionali agiti, nell'area di ciò che il paziente non sa, non vuole o non riesce a raccontare di sé. In questo senso, esso resta una "via regia" anche nel senso del risk management clinico, purché letto attraverso parametri formali e contenutistici operazionalizzabili, quali variazioni nella tonalità/intensità emotiva in un dato periodo, ruolo che il sognatore assume rispetto ai problemi che si presentano nei diversi scenari onirici (passivo-proattivo, efficace-inefficace, reattivo-strategico, ecc.), variazioni nella natura delle interazioni con altri personaggi (% interazioni aggressive vs % interazioni amichevoli) (Hall & Van de Castle, 1966). Si tratta di un approccio decisamente diverso da quello classico interpretativo. La ricerca empirica comincia a riportare dati riguardanti il valore prodromico di sogni d'angoscia (*bad dreams*) e degli incubi (Sheaves et al., 2023; Geoffroy et al., 2023).

La somministrazione periodica (ogni tre mesi, o più ravvicinata se siamo in fase di recupero da uno scompenso o di sospensione) di questionari mirati sulle aree sintomatologiche più caratterizzanti del paziente offre un dato oggettivabile, confrontabile nel tempo e condivisibile tra i clinici e con il paziente stesso. Strumenti come BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI-II (Beck Depression Inventory-II), HCL-32 (Hypomania Checklist-32) e altre scale specifiche per il quadro in questione non sostituiscono l'occhio clinico: lo correggono, lo arricchiscono e trasformano le impressioni in un lessico condiviso e meno idiosincratico. Solo così il monitoraggio diventa parte di un piano di prevenzione delle ricadute condiviso dall'équipe delle tre persone coinvolte nella terapia integrata.

7.2 Le fasi avanzate e la semplificazione/sospensione

Una certa quota di pazienti è candidabile alla sospensione o, quanto meno, alla semplificazione del trattamento psicofarmacologico. È però di cruciale importanza che i criteri per progredire verso questa fase non siano limitati al semplice miglioramento clinico né, tanto meno, puramente sintomatologici. Siamo in un ambito forse non altrettanto dibattuto e sottoposto al vaglio della ricerca clinica quanto altre fasi del trattamento.

Il primo principio, benché non assoluto, riguarda la sequenza di semplificazione/sospensione. In linea generale, è considerabile più razionale sospendere prima il farmaco e concludere dopo la psicoterapia, non viceversa. È proprio nella fase di semplificazione e sospensione del trattamento farmacologico che la verifica degli apprendimenti maturati in psicoterapia può procedere. Le strategie di regolazione emotiva, le nuove modalità di coping, la consapevolezza dei propri schemi devono superare lo "stress-test" dell'incontro con gli stati emotivi non più modulati (o modulati in misura minore) dall'azione dei farmaci. È come se la psicoterapia dovesse rimanere come campo intersoggettivo sicuro, in cui verificare le competenze adattive nel momento del collaudo. Eventuali difficoltà potranno essere studiate in quella sede per comprendere se effettivamente alcuni problemi di fondo siano stati affrontati in modo parziale oppure se ci sia nel paziente una difficoltà ad accettare anche livelli fisiologici di stress e reattività emotiva. Tutto ciò è possibile, naturalmente, solo a condizione che la sospensione o semplificazione del regime farmacologico sia fatta con tutta

la gradualità del caso, seguendo le linee guida in materia. Se tale condizione non verrà soddisfatta, sarà estremamente difficile distinguere tra recidiva e sintomi da sospensione.

Ma veniamo ora ai criteri per avviare la sospensione o semplificazione dei farmaci. Occorre da subito precisare che non è sufficiente che ne sia soddisfatto uno soltanto. L'assenza di uno solo dei criteri qui sottoelencati suggerisce di procedere con estrema cautela o di rinviare la decisione.

- Assenza di diagnosi che precludono la sospensione. Alcune sindromi cliniche richiedono il mantenimento a lungo termine, a prescindere dal prosieguo della psicoterapia o dalla sua interruzione. Eccone alcuni esempi: disturbi bipolari I e II, storia di episodi psicotici, depressione maggiore grave ricorrente con almeno tre episodi severi in anamnesi, gravi disturbi della personalità (schizotipico, paranoide, borderline di basso funzionamento con comorbidità multiple). In questi casi la sospensione non può costituire un obiettivo realistico e la cosa, con i modi dovuti e la tempistica adatta, dovrebbe essere comunicata al paziente, per non creare fenomeni di disillusione e per avviare un lento percorso di accettazione.
- Remissione completa o subtotale stabile da almeno sei mesi. Un tempo inferiore o la presenza di sintomi residui devono far ritenere elevata la probabilità di una ricaduta. Anche in questo caso, il dato va oggettivato con strumenti psicometrici; molti pazienti potrebbero non dichiarare sintomi residui per compiacenza o per il timore che non ci si possa emancipare dai farmaci nei tempi previsti o, ancora, per una collusione tra clinico e paziente nel costruire una narrazione epica della propria *restitutio ad integrum*.
- Assenza di fattori di stress di rilievo o cambiamenti esistenziali imminenti. Un cambio di lavoro, un trasloco, l'arrivo di un figlio, la laurea, il pensionamento e altre transizioni significative consigliano molta cautela perché la domanda adattiva è prossima ad aumentare. Vale anche per le fasi di ristrutturazione psichica intensa: materiale traumatico in elaborazione non ancora consolidata, tematiche forti aperte di recente.
- Funzionamento di personalità con livello di compromissione prossimo a 1 sulla LPFS. Non stiamo affermando che un $LPFS \geq 2$ precluda la stabilizzazione in senso assoluto, né la semplificazione del regime farmacologico; il criterio invita piuttosto a considerare il livello di compromissione funzionale della personalità come una misura della vulnerabilità strutturale

alla crisi. Deficit funzionali non adeguatamente affrontati in psicoterapia (o magari non superabili mediante terapie) lasciano il paziente privo delle risorse interne necessarie a reggere la sospensione, rendendo la ricaduta più probabile. Certamente, vanno anche considerate la direzione e l'entità del cambiamento prodotto dal percorso psicoterapeutico. Un paziente che entra con LPFS 3 e arriva a 2 ha fatto un percorso reale, ma ciò non può sollevare il clinico dall'obbligo di considerare che la sua organizzazione di personalità lo stia mantenendo in una condizione particolarmente suscettibile allo stress.

- Condizioni di salute generale accettabili. L'ex-asse III (del DSM-IV) non è uno sfondo neutro: una patologia medica attiva o instabile è di per sé un fattore di stress rilevante. I dati relativi alla salute non costituiscono un dato separato di competenza esclusivamente internistica.
- Il desiderio non troppo ambivalente e la capacità effettiva di prendersi cura di sé. Lo stile di vita deve evidenziare questa competenza centrale. Condotte di vita che espongono a rischi per la salute mentale o fisica, auto-sabotaggi, scelte che sembrano perpetuare vecchi schemi disfunzionali, il disinteresse per la propria crescita e il proprio cambiamento sono atteggiamenti che dovrebbero essere trattati come delle "red flags" relative alla difficoltà del paziente di considerarsi degno della propria stessa protezione e presa in carico.

La conclusione della psicoterapia ha criteri propri, che solo in parte sono sovrapponibili a quelli sopra indicati per la farmacoterapia. Il primo e più ovvio, ma mai abbastanza sottolineato, è che gli obiettivi concordati con il paziente siano stati almeno in buona parte conseguiti. Questo criterio è operazionalizzabile solo nei casi in cui gli obiettivi siano stati definiti in forma scritta e condivisi tra paziente e terapeuta già dalle prime fasi e con successive revisioni periodiche. Non si tratta di un passaggio burocratico tipo consenso informato (anche se può essere terapeutico l'atto di contrattualizzarli); stiamo parlando di una condizione che rende il paziente più simile ad un contraente consapevole piuttosto che a un destinatario passivo di una valutazione/trattamento unilaterale da parte del clinico.

Oltre al raggiungimento degli obiettivi, il funzionamento interno deve mostrare segni tangibili di crescita quali un'identità più solida, un'auto-direttività più chiara, una migliore regolazione emotiva

e degli impulsi, una capacità di mentalizzazione più sviluppata, il superamento di schemi interpersonali maladattivi. Nessuno dovrebbe pretendere un'evoluzione clamorosa su tutti questi piani, definitiva e totalmente priva della possibilità di incappare in regressioni future. Un'evoluzione significativa rispetto alla condizione iniziale dovrebbe però risultare evidente; un funzionamento interno ancora compromesso rende sostanzialmente scontate ricadute e deficit adattivi cronici. Oltre a quello interno, anche il funzionamento esterno deve essere almeno parzialmente ripristinato.

L'attenuazione di tratti maladattivi e lo sviluppo di funzioni interne, documentati in fase di retest da strumenti *personality-oriented* (come MCMI-III, LPFS-BF 2.0, SCID-5-AMPD Modulo I), offrono una conferma oggettivabile del successo terapeutico, meno esposta ai bias tipicamente umani connessi a desideri e paure inconfessate anche a sé stessi. La documentazione dell'avvenuto sviluppo nelle aree di funzionamento interno suggerisce una minore vulnerabilità alla crisi e dunque una più probabile persistenza dei risultati terapeutici.

Una chiusura graduale, che includa un diradamento progressivo delle sedute, trasforma un po' alla volta la figura del terapeuta da professionista che ha in carico il paziente a supervisore di un ex-paziente che sta imparando a prendersi cura di sé. La verifica dell'autonomia è la premessa necessaria per salutarsi e consente alla conclusione del percorso di elevarsi a modello di una separazione sana e necessaria all'evoluzione personale. Può essere utile in questa fase congedarsi con una brochure dedicata alle modalità di monitoraggio dei propri EWS, nella quale saranno stati inclusi i triggers e gli stessi EWS tipici della fase pre-critica (sintomi, segnali corporei, variazioni abitudini e stile di vita, variazioni caratteristiche e contenuti dei sogni, ecc.), rilevati nel corso della terapia, nonché chiare procedure da attivare nel caso in cui il paziente riscontri un insieme di segnali sospetti.

8. Potenziali fonti di attrito tra farmaci e psicoterapia

I farmaci psichiatrici sono stati a lungo demonizzati, non solo nell'ambito dell'opinione pubblica, ma persino da psicoterapeuti, sia psicologi che medici, che hanno improvvidamente perorato la falsa credenza del "farmaco come droga" che annebbia la mente e spegne l'energia pulsionale che

servirebbe come molla per far lavorare su traumi e conflitti intrapsichici. Come abbiamo già ampiamente discusso, questa visione non ha alcun fondamento scientifico e si può già considerare ampiamente superata. Ciò nonostante, i dubbi e le remore sull'integrazione restano vivi e interferenti, conducendo molti pazienti a restare in una condizione sintomatica che abbatte la loro qualità di vita e limita il tasso di successo dei percorsi psicoterapeutici. Come in molti pregiudizi e luoghi comuni, però, ci potrebbe essere un fondo di verità nell'idea che i farmaci possano, almeno potenzialmente, essere d'ostacolo al trattamento psicologico, ma ciò avviene solo in casi specifici e attraverso una cattiva gestione dei trattamenti sia psicofarmacologici che integrati. Proviamo a vedere alcuni casi in cui ciò potrebbe accadere.

8.1 Il farmaco come facilitatore dell'evitamento

Tra i contributi teorici più universalmente applicabili della schema therapy, il gruppo di Jeffrey Young ha identificato le principali manovre attraverso le quali i pazienti aggirano l'attivazione dei propri schemi maladattivi e degli stati emotivi ad essi correlati. L'evitamento, in quest'ottica, non è solo di tipo comportamentale, non riguarda soltanto le situazioni evitate, ma si estende al piano cognitivo (non pensare, non ricordare, minimizzare), emotivo (non sentire, distaccarsi, intellettualizzare) e compensatorio (sovra-controllare, compiacere, dominare per non sentirsi vulnerabili). Gli item del Young-Rygh Avoidance Inventory e dello Young Compensatory Inventory descrivono con precisione clinica questa varietà: bere per tranquillizzarsi, tenersi costantemente occupati, lasciarsi alle spalle il prima possibile le esperienze spiacevoli, non farsi coinvolgere emotivamente (Young et al., 2007).

In pazienti caratterizzati da questo stile di gestione delle proprie emozioni, effettivamente, potrebbe fare la propria comparsa un rischio farmacologico piuttosto sottile: un farmaco che attenua efficacemente l'arousal emotivo può diventare, nelle mani di un paziente con forti tendenze evitanti e compensatorie, un ulteriore strumento di aggiramento. Una terapia farmacologica, adeguatamente dosata, non annulla le reazioni emotive, ma le modula; tuttavia, una volta conseguito questo effetto di attenuazione, almeno dei picchi emotivi più disturbanti, la riduzione del disagio potrebbe "allearsi" con le strategie di evitamento/ipercompensazione, spegnendo la spinta motivazionale a

guardare oltre la punta dell'iceberg dei sintomi, per addentrarsi nello studio delle dinamiche sottostanti. Per chi già ha un assetto rivolto a mascherare o dimenticare, il farmaco può essere impiegato inconsciamente come un'ulteriore freccia all'arco dell'evitamento, una freccia piuttosto potente in alcuni casi. Il farmaco, inoltre, essendo prescritto da un medico, è in qualche modo ufficialmente autorizzato, non è come una dipendenza da alcol, da sigarette o altro. Senza volerlo, in casi come questo, il farmaco sta legittimando quel porsi a distanza dal mondo di contenuti mentali "sottostanti" al dolore, sino ad allora tenuti ben stipati in cantina, ove il paziente vorrebbe lasciarli.

In molti disturbi di area fobica, come agorafobia, ansia da separazione o fobia sociale, molti pazienti potrebbero schermarsi dietro l'azione di SSRI + benzodiazepine, per evitare di esporsi gradualmente a ciò che più li spaventa. In fondo, non percependo più il disagio delle proprie limitazioni, o avvertendolo con sensazioni d'accompagnamento meno penose, che bisogno c'è di darsi tanta pena nell'uscire dall'area di comfort o di perdere questo scudo rassicurante di natura chimica? "Tutto sommato campo decentemente anche così". "Non vivo come una pena, né la manifestazione del sintomo, né l'evitamento. Perché, dunque, provare a fare un passo in avanti e affrontare ciò che mi spaventa, con il rischio di ricadere nel problema?". La crescita psicologica si arresta, quella finestra di opportunità di cambiamento si chiude subito dopo essere stata spalancata dai venti del temporale sintomatologico.

La stessa logica si può estendere agli schemi maladattivi: qualunque farmaco che riduca sufficientemente il disagio può rendere tollerabile uno stile di vita controllato da quegli stessi schemi. Per fare un esempio, una persona che tende a permanere in relazioni maltrattanti potrebbe essere aiutata a tollerare la situazione con un antidepressivo e un farmaco per l'insonnia. A quel punto, lo schema continuerebbe ad attivarsi, ma il corrispondente disagio rimarrebbe ad un livello quasi accettabile. Verrebbe a mancare l'exasperazione che porta a dire "basta!". L'effetto finale, per quanto indesiderato, sarà quindi di rafforzare lo schema stesso e di lasciarlo indisturbato a erodere qualità di vita, danneggiare progressivamente il senso d'identità e negare opportunità esistenziali.

In questi casi, naturalmente, il rimedio non è evitare i farmaci, né di eliminarli bruscamente, bensì costruire una cornice psicoeducativa che renda esplicito questo rischio, possibilmente prima che si materializzi. Come già accennato, la chiarezza mentale sui ruoli differenziali di farmaci e

psicoterapia, sui limiti dell'uno e dell'altra, guida i clinici ad essere efficaci e limpidi nella presentazione del trattamento integrato, limitando sin da subito la possibilità che si manifestino malintesi e altri disastri. Il paziente ben informato saprà che il farmaco non è un sostituto del cambiamento, ma un facilitatore temporaneo; ciò potrà concretamente proteggerlo dal rischio di rimanere impantanato in uno stato di comfort momentaneo, in grado di arrestarne lo sviluppo psichico. Anche qui, la qualità del lavoro preparatorio all'invio, descritta nel paragrafo 5, si rivela determinante a posteriori.

8.2 La riduzione della motivazione alla ricerca dei nessi

Questo secondo caso costituisce un corollario e un approfondimento di quanto descritto nel passaggio precedente, ma c'è una differenza sostanziale: mentre il primo riguardava pazienti con una struttura evitante preesistente, il fenomeno qui presentato è trasversale potendosi manifestare indipendentemente dall'assetto di personalità, ogni volta che il disagio scende al di sotto di una certa soglia. Il farmaco non è che uno dei possibili agenti scatenanti. La stessa dinamica si osserva ogni volta che il disagio si attenua in modo evidente a causa di un'oscillazione naturale del disturbo, di un periodo di vita favorevole o dell'effetto della relazione terapeutica. Si tratta di un fenomeno clinicamente rilevante e sistematicamente sottostimato.

Ci stiamo riferendo ad una forma particolare di evitamento mentale: la perdita di motivazione del paziente a esplorare le concatenazioni causali tra i propri tratti maladattivi, lo stile di vita e la sintomatologia. La psicoterapia, a prescindere dall'orientamento, si fonda sull'assunto che i sintomi non nascano dal nulla, ma siano l'espressione visibile di processi di fondo che li determinano e li mantengono (credenze, distorsioni cognitive, meccanismi di difesa, schemi maladattivi, transfert, desideri e paure rimossi ecc.). Trovare quei nessi è il cardine del lavoro terapeutico. Per impiegare una metafora cara a molti psicoanalisti, il terapeuta è come il raddomante che con la sua bacchetta cerca il dolore (i sintomi) per trovare il punto in cui andare a scavare. Gli stati emotivi disfunzionali, o semplicemente molto intensi, non vanno trattati come mere espressioni sintomatologiche, bensì come segnali, ossia potenziali porte d'accesso a tematiche più generali o dinamiche limitanti non ancora riconosciute. È possibile, sebbene abbastanza raro nella pratica, che il farmaco affievolisca

quei segnali o che faccia smettere di vibrare la bacchetta del terapeuta-rabdomante. È anche teoricamente possibile che molti pazienti perdano la motivazione a ricercare assieme al terapeuta, ora che finalmente hanno ritrovato una specie di omeostasi.

Vero, ma molto più spesso il dolore, lungi dal farsi propulsore alla ricerca delle ragioni di fondo e dei fattori di mantenimento, finisce per paralizzare e sequestrare le risorse cognitive e attentive, dirottandole nella gestione di un costante “alert-state”. Qui sta il punto di caduta di ogni semplificazione: non è il farmaco in sé ad aiutare o a ostacolare l’esplorazione, ma il quanto. Attenuare il dolore quel tanto che riconduce lo stato mentale entro la finestra di tolleranza (par. 3) restituisce al paziente le risorse per guardarsi dentro, sbloccandolo dalla superficie sintomatologica. Azzerarlo del tutto (ammesso che sia possibile e auspicabile) rischia invece di spegnere proprio quei segnali interni che indicano dove scavare per trovare le cause scatenanti e le dinamiche che mantengono vivo il problema: si toglie la bacchetta al rabdomante. È, in fondo, la stessa lama a doppio taglio già incontrata: il farmaco ben dosato apre una porta, il farmaco usato come anestetico totale può chiuderla a chiave.

Quando un’area dei nostri contenuti evoca troppo dolore, è quasi inevitabile che il faro della consapevolezza tenda a muoversi verso altre zone o a restringere l’alone di luce che proietta sul palcoscenico della mente. Non è la stessa cosa che avviene dinnanzi ad un dolore fisico? Farsi palpeggiare un addome molto dolente è diverso da un esame medico condotto su una pancia rilassata. Se ci sono problemi di una certa rilevanza agli organi addominali, è naturale che la parete muscolare dell’addome si contragga, rendendo così impossibile l’indagine del medico tramite palpazione, cui non rimarrà che constatare la rilevanza della difesa e cambiare metodo d’indagine. Certamente, poi, il paziente sarà meno collaborativo con un’appendicite acuta rispetto ad una persona scarsamente sintomatica.

Uscendo dalla metafora, il risultato del dolore mentale eccessivo in una psicoterapia è che il discorso si incentri sulla gestione del quotidiano, sullo sfogo, sulle lamentele, su “come è andata la settimana”, sulla psicologia di qualcun altro (in genere il partner/coniuge), perdendo così la spinta verso la comprensione dei propri meccanismi di fondo caratterizzanti e penalizzanti.

Cionondimeno, il terapeuta che lavora con pazienti evitanti e difesi che assumono farmaci è chiamato a monitorare attivamente questa possibile deriva che porta lontano dal focus del trattamento, esplicitando le proprie impressioni a paziente e psichiatra. Insieme, poi, si deciderà se semplificare con cautela il trattamento farmacologico, in alcuni casi mediante una riduzione del dosaggio o il passaggio dall'impiego di due farmaci ad una monoterapia, sempre che il momento storico e la solidità strutturale complessiva della personalità del paziente lo consentano.

8.3 Il farmaco e il paziente somatizzante/alessitimico

Esiste una categoria di pazienti che porta in seduta, in modo preferenziale, il proprio disagio attraverso il corpo. La presentazione di elenchi estenuanti di sintomi algici, di faticabilità, gastroenterici, mal di testa, ecc. spesso si sostituisce alla narrazione emotiva, e il compito, in seduta, di inserire quel sintomo (o quei sintomi) dominante in un flusso di eventi, rapporti, pensieri e stati emozionali può divenire davvero arduo.

Conviene leggere la somatizzazione non come un tipo di personalità, ma come un canale espressivo del disagio, che attraversa organizzazioni diverse. Il somatizzare cronicamente non prova affatto l'assenza di una struttura, e dove si va a cercare la personalità sotto il sintomo somatico la si trova; frequenti tratti di accompagnamento sono quelli dipendenti, narcisistici, evitanti, masochistici, talora borderline e negativistici. Il "somatizzatore puro" tende ad apparire solo là dove l'indagine sulla personalità non è stata condotta a fondo, interrompendo la valutazione una volta raggiunta la diagnosi principale. Lo stesso vale per l'alessitimia, ossia la difficoltà a identificare, differenziare e descrivere verbalmente le proprie emozioni, che alla somatizzazione fa spesso da sfondo senza coincidervi: non tutti i somatizzatori sono alessitimici, né viceversa. Entrambe sono modi di funzionare trasversali, compromissioni funzionali, qualcosa di molto più parziale dell'assetto di personalità complessivo. Quando la somatizzazione è cronica e pervasiva (non solo un quadro sintomatologico reattivo ad un periodo di stress) essa tende a suggerire livelli evolutivi medio-bassi, dove la rappresentazione del disagio mediante immagini e parole è meno disponibile e le manifestazioni corporee si prendono il palcoscenico in modo ingombrante, mettendo ai margini altre potenziali forme di comunicazione e condivisione autentiche.

Prima di parlare dell'impiego di psicofarmaci in questi pazienti, a scanso di equivoci, va sottolineato che la presenza di tendenze somatizzanti o alessitimiche non costituisce di per sé una ragione per rimandare o evitare del tutto la prescrizione. Non si tratta di una controindicazione in senso stretto. Il processo decisionale si fonda, come sempre, sul quadro nel suo insieme e in primo luogo sulle comorbidità sindromiche e personologiche, molto comuni, che restano il criterio dirimente.

Tuttavia, in una parte dei casi, l'introduzione di un farmaco può, in questi pazienti, aggravare paradossalmente le difficoltà. Il paziente, già orientato a interpretare la propria esperienza interna in termini fisici, prende a monitorare con attenzione crescente le variazioni somatiche indotte dal farmaco stesso; a seconda della sua diffidenza, ogni minima reazione fisica verrà ricondotta a un qualche insopportabile effetto collaterale e il discorso sul corpo può guadagnare centralità anziché perderla. Può anche verificarsi un altro problema: l'attenuazione delle somatizzazioni appaga il paziente e ne spegne l'interesse per l'esplorazione delle dinamiche sottostanti, cui già normalmente sono piuttosto "allergici". La remissione farmacologicamente indotta può condurlo a convalidare, attraverso il bias di conferma, la sua credenza di fondo: i sintomi somatici sono un problema del corpo, la medicina tratta il corpo per via biochimica, dunque, il lavoro psicologico è una chiacchierata un po' noiosa (e costosa!). Dal corpo al corpo: il by-pass del livello mentale è servito.

Più sottile è la relazione tra farmaco e arousal, che merita attenzione perché taglia in due direzioni opposte. In un paziente dotato di buone competenze riflessive, un principio attivo che abbassa l'arousal libera spazio per l'esplorazione; nel paziente alessitimico o fortemente somatizzante, lo stesso farmaco rischia di assottigliare un segnale affettivo già esile, rendendo ancora più inaccessibile ciò che andrebbe portato alla parola oppure spegnendo la motivazione ad ascoltare quel segnale. Ma vale anche il rovescio: dove l'attivazione emotiva è elevata e non riconosciuta (paziente in stato di allarme senza saperlo), riportarla con il farmaco entro una fascia mediana può rendere meno accidentato proprio il percorso di alfabetizzazione emotiva, collocando l'arousal nella zona in cui diventa leggibile e pensabile anziché travolgente. In questi casi il farmaco non sottrae segnale: lo rende processabile. Nei quadri francamente somatoformi, anzi, l'esperienza clinica fa propendere (pur senza la sicurezza che solo studi controllati potrebbero dare) per un farmaco che aiuta il paziente a emergere: a smettere di parlare soltanto di flatulenze, borborigmi ed eruttazioni, e a far affiorare, dietro l'estenuante elenco dei sintomi somatici, una persona e una storia. Lungi dal

sopprimere un segnale, qui il farmaco abbassa abbastanza il rumore somatico da lasciar sentire, finalmente, una realtà complessa e multiforme come solo un umano sa essere. Quale dei due esiti prevalga non è conoscibile a priori: si osserva nel decorso. Importante sottolineare quanto un'acuta e sistematica raccolta dei segnali non verbali di arousal, una buona psicodiagnostica e il meglio della tradizione semeiologica applicata possano distinguere somatizzatori con arousal modesto-moderato dalle persone che attraversano stati di attivazione ben più problematici. A volte, una bella stretta di mano (sgusciante? Umidiccia?) a fine seduta rivela più di mille parole.

Da tutto ciò discende un'indicazione operativa. Un paziente di questo genere richiede una psicoeducazione e una preparazione all'ingresso del farmaco particolarmente accurate, nonché la costruzione di una lista di obiettivi che copra aree diversificate della sua vita, decentrate dal puro sollievo sintomatologico. Sul versante dell'assessment, gli strumenti dedicati all'elaborazione emotiva (la TAS-20 (Bagby et al., 1994) per l'alessitimia, la DERS (Gratz & Roemer, 2004) per la disregolazione emotiva), uniti a test di performance, a estesi questionari sui sintomi e a scale di validità dei test psicometrici, non andrebbero intesi come stratagemmi per “stanare somatizzatori o alessitimici”, come quando nel film dell'uomo invisibile ci si poteva accorgere della sua presenza gettandogli un lenzuolo addosso. Si tratta di far parlare la parte silenziata o priva delle competenze verbali per dire la propria. Un punteggio elevato alla TAS-20 o alla sottoscala “Clarity” della DERS, preso da solo, è cieco rispetto alla propria origine: non distingue un tratto stabile dall'ombra di una depressione o di uno stato d'angoscia negati.

8.4 Possibili rimedi: uno sguardo d'insieme

Dopo aver esplorato alcuni dei casi in cui l'attrito psicofarmaco-psicoterapia può costituire un ostacolo, passiamo all'esame di quali siano le procedure più efficaci per ridurre il conflitto tra le due forme di terapia.

Il primo è specifico dei casi a rischio visti nella sezione precedente. Una volta identificate tali situazioni, come già accennato, la psicoeducazione preventiva su vantaggi e svantaggi dell'impiego di farmaci può essere d'aiuto. Se ciò non è avvenuto in fase d'invio, anche restituire la propria impressione di un'eventuale “sterilizzazione” emotiva del campo terapeutico, qualora essa si

manifesti effettivamente dopo l'introduzione di farmaci, può consentire di "nominare l'elefante nella stanza", a condizione che tale self-disclosure sia svolta in modo non giudicante né insofferente nei confronti del paziente, ma neppure squalificante verso il farmaco. Un elemento di svolta potenziale è rappresentato dalla disponibilità del terapeuta a discutere apertamente la sensazione di uno scollamento dalla "postura psicoterapeutica" da parte del paziente e la puntuale metacomunicazione sui marker indiretti (da ritiro) dell'alleanza terapeutica; esempi di marker indiretti sono: risposte non esplorative agli interventi del terapeuta, risposte compiacenti, cambi d'argomento, intellettualizzazioni, dimenticanze, ritardi sistematici, sedute saltate, ecc. (Safran & Muran, 2003). Naturalmente, la segnalazione puntuale allo psichiatra di questo switch di atmosfera in seduta completa la necessaria circolarità nel passaggio d'informazioni.

Il secondo ribadisce l'importanza della psicoeducazione dei pazienti al (ai) disturbo/i di cui soffrono, all'azione differenziale di farmaci e psicoterapia (i primi più orientati al sintomo, la seconda alle dinamiche di fondo che ne favoriscono l'emersione) e al modo in cui essi possono diventare sinergici.

Il terzo, come anticipato, è relativo alla formazione di una lista scritta di obiettivi per la psicoterapia, non limitata all'estinzione dei sintomi, composta a partire dalle idee e dai desideri di cambiamento del paziente ed espressi in termini di crescita personale piuttosto che di cambiamenti esterni. La lista, purché spesso richiamata nelle sedute mentre si affrontano temi collegabili agli obiettivi, è in grado di abbattere il rischio che il paziente smarrisca la motivazione a lavorare su di sé in terapia una volta raggiunto un compenso sintomatologico mediante i farmaci.

Il quarto è il monitoraggio congiunto tra i clinici, con attenzione specifica a questi segnali: a) un paziente che ha smesso di portare materiale emotivo denso in seduta; b) fa affermazioni tipo "sto benissimo" in presenza di segni di disagio emotivo allo status, di fattori di stress evidenti, di compromissione del funzionamento esterno; c) spostamento dell'attenzione su terze persone, ad esempio: "mia moglie soffre di un problema d'ansia", "mio marito non mi capisce"; d) interruzione dell'abitudine a svolgere homework, portare sogni, problemi personali, richiamarsi agli obiettivi di fondo; e) compilazione stile "tutto bene" dei questionari sui sintomi o, addirittura, rifiuto di compilarli perché tanto "non ci sarebbe nulla da segnare come vero". Tutti questi casi meritano una

discussione tra terapeuta e psichiatra prima che il percorso si calcifichi in una routine confortevole ma improduttiva.

Il quinto principio è più strettamente farmacologico. Pur essendo di competenza psichiatrica, il razionale delle scelte farmacologiche mirate a ridurre i rischi d'attrito deve essere condiviso con il terapeuta come parte del progetto integrato.

Ecco le principali linee di condotta in farmacoterapia che limitano la probabilità di fenomeni di conflitto farmaci-psicoterapia: impiegare i farmaci al dosaggio minimo efficace, distinguendo con chiarezza tra la fase d'attacco della crisi (in cui la priorità è la stabilizzazione e una copertura farmacologica più robusta è giustificata) e la fase di mantenimento, in cui il dosaggio dovrebbe essere progressivamente riconsiderato al ribasso non appena le condizioni cliniche lo consentano. In questa seconda fase, e ancora più nella fase preparatoria alla sospensione, l'obiettivo non è un'utopistica (quanto talvolta controproducente) assenza di sintomi, bensì l'esposizione progressiva a stati emotivi via via più vividi, contenendo il numero e i dosaggi dei farmaci in modo da consentire al paziente di sperimentare, in condizioni di relativa sicurezza, la propria capacità di reggere e mentalizzare quegli stati senza la piena copertura biochimica. È esattamente in questo spazio che la psicoterapia ha il suo margine d'azione più prezioso.

In definitiva, buone procedure d'assessment, buona psicoeducazione, capacità di formalizzare obiettivi (condivisi) non limitati all'estinzione dei sintomi, capacità di riconoscere e intervenire sui marker di rottura dell'alleanza, modalità prescrittive dei farmaci informate da una consapevolezza dei vantaggi e dei possibili attriti dell'integrazione, l'abilità nel monitorare l'andamento delle terapie e nel comunicare tra professionisti sono le competenze che consentono di migrare da logiche terapeutiche meramente additive (nelle quali però 2+2 può non fare 4, bensì 1, 2, 0, -1!) a strategie integrative che uniscano evidenze scientifiche a comprensione profonda e idiografica del singolo paziente.

Bibliografia

Abbate, L. (2009). La restituzione della diagnosi testologica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & F. Gazzillo (A cura di), *La diagnosi in psicologia clinica: Personalità e psicopatologia* (pp. 255–260). Raffaello Cortina Editore.

Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D., & Sedvall, G. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57(S271), 5–27.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Press.

American Psychiatric Association. (2016). *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* (3rd ed.). American Psychiatric Association Publishing.

American Psychological Association. (2020). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale — I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall

Benasi, G., Fava, G. A., & Guidi, J. (2021). Prodromal symptoms in depression: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(6), 365–372.

Bender, D. S., Skodol, A. E., First, M. B., & Oldham, J. M. (2018). *Modulo I: Intervista clinica strutturata per la Scala del livello di funzionamento della personalità*. In M. B. First, A. E. Skodol, D. S. Bender, & J. M. Oldham, *SCID-5-AMPD Starter kit. Intervista clinica strutturata per il Modello*

Alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5® (A. Fossati, S. Borroni, & A. Somma, A cura dell'ed. it.). Raffaello Cortina Editore, 2018.

Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021 Nov;8(11):969-980. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1. Epub 2021 Oct 12. PMID: 34653393.

Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., & Bering, S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers. *Psychological Medicine*, 19(3), 649–656.

Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015 Jun;17(4):349-62. doi: 10.1111/bdi.12287. Epub 2015 Jan 16. PMID: 25594775.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

Busch, F. N., & Sandberg, L. S. (2007). *Psychotherapy and medication: The challenge of integration* [Kindle edition]. Taylor and Francis Group.

Castrén, E., & Antila, H. (2017). *Neuronal plasticity and neurotrophic factors in drug responses*. *Molecular Psychiatry*, 22(8), 1085-1095.

Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):319–328.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56–67.

Cuijpers, P., de Wit, L., Weitz, E., Andersson, G., & Huibers, M. J. H. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147–168.

Dunlop, B. W. (2016). Evidence-Based Applications of Combination Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 14(2), 156–173.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196(4286), 129-136

European Psychiatric Association (EPA). (2024). *Position paper on the role of standardized assessment in clinical psychiatry*. European Psychiatry.

Fava, G. A., Grandi, S., Canestrari, R., & Molnar, G. (1990). Prodromal symptoms in primary major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 19(2), 149–152.

Fischer, C. T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Lawrence Erlbaum Associates. (Opera originale pubblicata nel 1985)

Finn, S. E. (2009). *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'assessment terapeutico* (F. Aschieri, F. Fantini, & V. Greco Scribani, Trad.). Giunti Psychometrics. (Opera originale pubblicata nel 2007)

Finn, S. E., Fischer, C. T., & Handler, L. (Eds.). (2012). *Collaborative/Therapeutic Assessment: A casebook and guide*. John Wiley & Sons.

Furukawa, T. A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003697.

Gabbard, G. O., & Kay, J. (2001). The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1956–1963.

Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, Fortman R, Wines R, Persad E, Viswanathan M. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. 2021 Oct;35(10):1053-1067.

Geoffroy, P. A., Borand, R., Ambar Akkaoui, M., Yung, S., Atoui, Y., Fontenoy, E., Maruani, J., & Lejoyeux, M. (2023). Bad dreams and nightmares preceding suicidal behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1)

Gordon, T. (2002). *Genitori efficaci: Educare figli responsabili*. La Meridiana. (Opera originale pubblicata nel 1970)

Graham, J.R. (2006). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

Gritti, E. S., De Carli, P., Hutsebaut, J., Simonelli, A., & Zimmermann, J. (2025). Validating the Italian version of the Level of Personality Functioning Scale - Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0):

internal structure, temporal stability and construct validity. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 12, 16

Guidi, J., & Fava, G. A. (2021). Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(3), 261–269.

Hall, C. S., & Van de Castle, R. L. (1966). *The content analysis of dreams*. Appleton-Century-Crofts.

Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801–805.

Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Young PR, Haman KL, Freeman BB, Gallop R. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Apr;62(4)

Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457–469.

Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 505–524.

Kahn, D. A. (1991). Medication consultation and split treatment during psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(1), 84–98.

Kahneman, D. (2012). *Pensieri lenti e veloci* (L. Serra, trad.). Mondadori. (Opera originale pubblicata nel 2011)

Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt Henningsen, K., Huibers, M. J. H., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 144–152.

Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun;76(3):491-504. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.491. PMID: 18540742.

Lago, G. (2006). *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo*. Alpes Italia.

Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., et al. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), 641-687.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2025). *Psychodynamic Diagnostic Manual: Third edition (PDM-3)*. Guilford Press.

Links, P. S., Mercer, D., & Novick, J. (2015). Establishing a treatment framework and therapeutic alliance. In W. J. Livesley, G. Dimaggio, & J. F. Clarkin (Eds.), *Integrated modular treatment for borderline personality disorder* (pp. 196–218). Guilford Press.

Liotti, G. (2008). *Sistemi motivazionali in psicoterapia*. Raffaello Cortina.

Livesley, W. J., Clarkin, J. F., & Dimaggio, G. (2015). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. Guilford Publications.

Lobban, F., Solis-Trapala, I., Symes, W., & Morriss, R. (2011). Early warning signs checklists for relapse in bipolar depression and mania: Utility, reliability and validity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 413–422.

Magnavita, J.J. (2005). *Using the MCMI-III for treatment planning and to enhance clinical efficacy*. In R.J. Craig (a cura di), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)* (pp. 165-184). Hoboken, NJ: Wiley.

Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019 Sep 1;76(9):904-913.

Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, Scott J, McLaren R, Geddes JR, Cipriani A. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021 Feb 1;78(2):141-150. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993. PMID: 33052390; PMCID: PMC7557716.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: treatment and management* (NG222). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, Kupka R, Cuijpers P, Kendall T. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016 Mar;208(3):213-22. doi: 10.1192/bjp.bp.114.157123. PMID: 26932483.

Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jul;61(7):714-9. doi: 10.1001/archpsyc.61.7.714. PMID: 15237083.

Perry, A., Tarrrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318(7177), 149–153.

Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2. PMID: 14583908.

Pirkis, J., Burgess, P., Coombs, T., Clarke, A., Jones-Ellis, D., & Dickson, R. (2005). Routine measurement of outcomes in Australia's public sector mental health services. *Australian and New Zealand Health Policy*, 2(1), 8.

Riba, M. B., Balon, R., & Weiss Roberts, L. (2018). *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.

Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1957). *Active Listening*. Industrial Relations Center, University of Chicago.

Roose, S. P., & Cabaniss, D. L. (2006). Psicoanalisi e psicofarmacologia. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (A cura di), *Psicoanalisi: Teoria, clinica, ricerca* (F. Agostoni, R. Di Nola, A. Gilli, & C. Piccioni, Trad.; pp. 415–434). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2005)

Roth, A., & Fonagy, P. (1997). *Cosa funziona per chi: Una rassegna critica della ricerca in psicoterapia*. Il Mulino.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2020). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of mood disorders*.
https://www.ranzcp.org/files/resources/practice_resources/clinical-practice-guidelines/cpg-mood-disorders-full-guideline.aspx

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica. Una guida al trattamento relazionale* (Trad. it. di A. Merenda). Bari-Roma: Laterza. (Opera originale pubblicata nel 2000).

Shedler, J., Westen, D., & Lingiardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (Nuova edizione; F. Gazzillo, a cura di). Milano: Raffaello Cortina. (Ed. orig. *Shedler-Westen Assessment Procedure-200*, © 1998 D. Westen, J. Shedler.)

Schwartz, T., Stahl, S. M., & Reis De Oliveira, I. (Eds.). (2014). *Integrating psychotherapy and psychopharmacology* [Kindle edition]. Routledge/Taylor and Francis Group.

Sheaves, B., Rek, S., & Freeman, D. (2023). Nightmares and psychiatric symptoms: A systematic review of longitudinal, experimental, and clinical trial studies. *Clinical Psychology Review*, 100

Siegel, D. J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (3a ed., C. Marchetti, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2020)

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacotherapy versus psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739.

Storm MP, Christensen KS. Comparing treatments for post-traumatic stress disorder - a systematic review. *Dan Med J.* 2021 Aug 27;68(9):A09200643.

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). *The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials.* *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 2011 May;168(5):472-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855. Epub 2011 Mar 15. PMID: 21406461.

Yalom, I. D. (2014). *Il dono della terapia. Lettera aperta a una nuova generazione di psicoterapeuti e ai loro pazienti* (Trad. it. di S. Orsucci). Vicenza: Neri Pozza. (Opera originale pubblicata nel 2002).

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459-482.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007). *Schema therapy: La terapia focalizzata sugli schemi* (A. M. Delcorno Ferrario, Trad.). Eclipsi. (Opera originale pubblicata nel 2003).

*Appendice****Psicoterapia e Psicofarmaci - Per una cura più consapevole****La brochure informativa sulla terapia integrata****Martellotti S.¹****¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

Il tuo terapeuta ti ha proposto di consultare uno psichiatra per valutare l'eventuale integrazione di un percorso farmacologico con la psicoterapia già in corso. Alcune persone, di fronte a questa proposta, sviluppano dubbi e preoccupazioni. Questa brochure è pensata per aiutarti a comprendere meglio cosa sia realmente una terapia integrata, come si svolgerà e perché è importante che tu abbia un ruolo attivo nel percorso.

La consulenza psichiatrica è una valutazione aperta che non ha un finale già prestabilito: il medico potrebbe decidere per un trattamento psicofarmacologico, ma la parola finale resterà comunque la tua.

Perché i farmaci? Non basta la sola psicoterapia?

La psicoterapia ha la qualità specifica di aiutare le persone a sviluppare consapevolezza e competenze psicologiche funzionali all'adattamento e alla crescita interiore. In molti casi, però, forme di intenso disagio psichico o sintomi persistenti possono ostacolare questa ricerca, rendendo più opaca la percezione del proprio mondo interno, a causa della cortina fumogena alzata dal caos emozionale.

È qui che entrano in gioco gli psicofarmaci. Questi ultimi servono proprio a ridurre i sintomi più invalidanti: ansia intensa, insonnia grave, perdita del piacere e dell'interesse, pensieri ricorrenti e intrusivi, stati di iper-attivazione. La modulazione dei sintomi libera risorse cognitive e rende più tollerabile il disagio che, lasciato indisturbato, ostacolerebbe la capacità di guardare con onestà dentro di sé.

Prendere farmaci non è sinonimo di debolezza, né di incapacità. Al contrario, spesso implica l'inizio di un percorso di accettazione dei propri limiti; da questa piattaforma di consapevolezza diventa possibile dare avvio a un'altra fase di vita, nel corso della quale imparare ad affrontare le vulnerabilità interiori in modo più costruttivo ed efficace.

In sintesi: è come se fossi chiamato a diventare più autonomo nella gestione delle tue fragilità, attraversando preliminarmente una fase in cui sarai supportato nel percorso di apprendimento.

Per fare un'analogia, il farmaco è come il miorilassante o l'analgescico necessario a rendere possibile una fisioterapia che altrimenti, essendo basata sulla mobilitazione di articolazioni, può indurre dolore e rigidità eccessiva, con il risultato di diventare impraticabile.

I dubbi e le ansie più comuni sui farmaci

Dubbio-preoccupazione: *“se prendo farmaci vuol dire che sono davvero malato”*

Visione alternativa: non si tratta di malattie nel senso classico del termine. L'assetto funzionale che ti rende suscettibile a determinati sintomi potrebbe essersi stabilizzato nel corso degli anni attraverso modificazioni lente di reti neurali, a loro volta influenzate da esperienze e abitudini di pensiero. I farmaci controbilanciano questo assetto finché essi vengono assunti; tuttavia, neppure i farmaci sono in grado di modificare una volta per tutte quella vulnerabilità organica di fondo.

La psicoterapia farebbe fatica a restare tutto il tempo abbarbicata a quell'alto “muro biologico” e spesso s'interromperebbe a metà scalata oppure arriverebbe in cima solo dopo un periodo di tempo molto lungo. Il pregio maggiore della psicoterapia, non sostituibile dall'opera dei farmaci, è invece quello di indurre modificazioni di portata più vasta, affrontando le dinamiche stabili (modi di riflettere sull'esperienza, di relazionarti a te stesso e agli altri, di affrontare le sfide) che ti conducono ciclicamente a insoddisfazioni e blocchi personali. Essa lavora principalmente sui meccanismi di fondo, garantendo risultati sul lungo termine che in genere risultano più soddisfacenti sotto il

profilo della “prevenzione delle ricadute”, ma anche dal punto di vista della consapevolezza e avvedutezza nelle scelte e nel modo di affrontare i problemi.

Se il cervello è come una band musicale, i farmaci possono aiutare i musicisti a suonare meglio, riducendo il rumore di fondo e aggiustando il suono degli strumenti, come farebbe un tecnico del suono; la psicoterapia invece aiuta a sviluppare competenze musicali, imparare nuovi brani e suonare in modo più coordinato.

L'intervento con dei farmaci non certifica che tu sia affetto da un disturbo organico irreversibile, né che la problematica di cui soffri sia per forza più grave di chi fa solo psicoterapia. Alcune problematiche rispondono meglio al trattamento integrato rispetto ad altre, ma più in generale, la scelta dei trattamenti dipende più dalle caratteristiche peculiari della tua situazione di vita e della tua personalità piuttosto che da schemi rigidi, tipo: “per la malattia X ci vuole il farmaco Y”.

Dubbio-preoccupazione: *“voglio farcela solo con le mie forze”*

Visione alternativa: il farmaco non si sostituisce alle tue capacità, né alla tua combattività nei confronti dei problemi; esso rende nuovamente disponibili queste tue qualità perché possano ulteriormente svilupparsi attraverso il percorso di psicoterapia.

Dubbio-preoccupazione: *“ho paura di diventare dipendente dai farmaci”*

Visione alternativa: la maggior parte degli psicofarmaci (come antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici) non provoca dipendenza. L'unica vera eccezione è rappresentata dalle benzodiazepine. Questa categoria di calmanti richiede una certa cautela poiché l'uso prolungato e auto-gestito da parte del paziente può comportare rischi di assuefazione e dipendenza, specie se i dosaggi vengono arbitrariamente aumentati nel tempo. In genere, sono sufficienti un buon piano terapeutico prodotto da uno specialista e l'aderenza alle prescrizioni e alle visite di controllo per limitare al minimo (se non annullare del tutto) il rischio di assuefazione-dipendenza. Una precisazione utile: alcuni farmaci, come diversi antidepressivi, pur non dando dipendenza in senso proprio, vanno sospesi in modo graduale e concordato con lo specialista. Interromperli di colpo può

infatti provocare disturbi passeggeri (per esempio capogiri, irritabilità, sensazioni simili a piccole scosse): un fenomeno transitorio e gestibile, che è cosa diversa dalla dipendenza e che si previene semplicemente seguendo il piano di riduzione indicato dal medico.

Dubbio-preoccupazione: *“non voglio che il farmaco modifichi la mia personalità”*

Visione alternativa: la personalità è l'insieme delle nostre caratteristiche psichiche stabili: modi di interpretare l'esperienza, capacità di riconoscere e regolare le emozioni, modi di relazionarci a noi stessi e agli altri. I sintomi e gli stati emotivi difficili sono invece più transitori e oscillanti. I farmaci intervengono su questa seconda categoria, permettendo di osservare meglio il tuo modo di essere in condizioni basali, con la finalità di sviluppare consapevolezza e intervenire sugli aspetti della tua personalità che ti rendono vulnerabile.

Dubbio-preoccupazione: *“dovrò prenderli a vita?”*

Risposta: non necessariamente: molti trattamenti sono circoscritti a una fase di vita. La durata dipende dai disturbi di cui soffri e dalla tua risposta a farmaci e psicoterapia. Psichiatra, psicoterapeuta e tu stesso formerete una squadra a tre che valuterà insieme quale sia il momento più adeguato per semplificare o interrompere il trattamento farmacologico.

Dubbio-preoccupazione: *“ho paura che i farmaci mi spengano, che mi rendano simile a uno zombie”*

Visione alternativa: questa immagine deriva da preconcetti culturali e da rappresentazioni di trattamenti psichiatrici del passato ormai superati. Un trattamento ben calibrato attenua alcuni surplus emozionali senza interferire, se non transitoriamente, con le tue abilità cognitive e con la possibilità di provare interesse. Anzi, funziona spesso all'opposto: sintomi intensi, cronici e non trattati in modo adeguato, come ansia, insonnia e demoralizzazione, portano le persone a performare molto al di sotto del proprio potenzi

ale cognitivo, a detrimento della lucidità, dell'attenzione e della capacità di coinvolgimento in tutte le attività, psicoterapia inclusa.

Dubbio-preoccupazione: *“sono spaventato dagli effetti collaterali”*

Visione alternativa: fortunatamente, la maggior parte degli effetti collaterali comuni sono transitori e circoscritti alle sole fasi iniziali. Nel complesso, il profilo di rischio di questi farmaci è paragonabile a quello di molti altri trattamenti medici di uso comune, ed è oggetto di attento monitoraggio da parte dello specialista. L'organismo ha una capacità di “assuefarsi” a molti effetti avversi, ma quand'anche tali problemi dovessero persistere, sarà senz'altro cura del professionista proporre una sostituzione del medicinale in causa.

Dubbio-preoccupazione: *“l'ha preso un mio parente — o amico — ed è andata male”*

Visione alternativa: questa paura è del tutto comprensibile. Tieni però presente che ogni persona è diversa, e probabilmente lo è anche il disagio che hai affrontato rispetto a quello di chi conosci. La scienza medica ha fatto molti passi avanti, rendendo gli psicofarmaci via via più sicuri ed efficaci. Spesso le esperienze negative hanno più a che fare con una gestione scorretta del piano di cura che con le molecole in sé. Nel tuo caso c'è un elemento protettivo in più: la psicoterapia. Parlane apertamente con i tuoi clinici: questi dialoghi non solo ti saranno utili a elaborare le tue preoccupazioni, ma aiuteranno i professionisti a costruire una strategia ritagliata sulle tue caratteristiche individuali.

Come collaboreranno i clinici e quale sarà il tuo ruolo

Prima di consigliarti un professionista per la valutazione psichiatrica, il tuo psicoterapeuta avrà già avuto modo di ascoltare e rispondere alle tue perplessità, ti avrà spiegato la logica dell'invio e la ricaduta positiva sulla psicoterapia che è ragionevole aspettarsi dalla cura farmacologica.

Lo psicoterapeuta fornirà una relazione clinica allo psichiatra (verbale o scritta) nella quale metterà in evidenza: le ragioni della richiesta, le sue impressioni diagnostiche, i sintomi attualmente più evidenti, nonché le tue preoccupazioni relative all'introduzione di farmaci. Gli scambi di

informazioni tra psicoterapeuta e psichiatra dovranno verificarsi con il tuo consenso esplicito e non diverranno dei “segreti” tra i due clinici, potendo al contrario costituire materiale interessante da discutere direttamente con te in seduta.

Il tuo terapeuta ti accompagnerà nel processo sia di preparazione che di debriefing post-visita psichiatrica. Come già accennato in precedenza, le tue esperienze interne, i tuoi pensieri e le tue preferenze dovranno essere presi in considerazione per cucire in modo ancora più accurato il trattamento sul tuo caso e sulle tue esigenze di cura specifiche.

Alcuni segni e sintomi possono accompagnare, o in qualche caso anticipare, le fasi iniziali di una nuova crisi. È dunque di fondamentale importanza che tu sia coinvolto attivamente nella rilevazione di questi segnali, considerando che nessun altro può entrare altrettanto prontamente nella tua esperienza interna. Alcuni sintomi più di altri si rivelano utili a cogliere sul nascere le ricadute; eccone alcuni esempi: cambiamenti nel sonno e nella qualità dei sogni, somatizzazioni, variazioni nel livello di attività e coinvolgimento, irritabilità, accentuazione dei tuoi difetti caratteriali. L'identificazione di questi “sintomi sentinella”, e di altri più caratteristici e specifici della tua persona, consentirà al gruppo di lavoro di intervenire prontamente sulla crisi nascente impedendone, nella maggior parte dei casi, il pieno sviluppo.

Nei periodi successivi alla consulenza, i contatti tra i clinici avranno una certa costanza. Quando in seduta si parlerà di questi scambi, ti verrà richiesto di esporre le tue sensazioni e opinioni in merito e fare tutte le domande che ritieni necessarie.

La consulenza psichiatrica: cosa aspettarsi

Il colloquio con lo psichiatra è sostanzialmente un dialogo caratterizzato da ascolto attento, osservazioni e domande reciproche. Non sarà un interrogatorio: l'obiettivo è costruire insieme un quadro della tua situazione attuale e del percorso che ti ha condotto alle tue difficoltà.

Allo psichiatra interesserà ascoltare anche la tua personale opinione sulle origini delle tue difficoltà. Nelle ultime fasi della visita, alcuni minuti verranno riservati alle tue domande.

Le tue domande sono importanti

Non esistono domande stupide o sbagliate. Ecco alcune che potresti voler fare allo psichiatra:

Perché proprio questo farmaco per me?

Quanto tempo prima di vedere i benefici?

Quali effetti collaterali potrei avere? E se succede, cosa facciamo?

Per quanto tempo dovrò assumerlo?

Posso sospenderlo se non mi trovo bene? E come?

Interferisce con altri farmaci che prendo? Con l'alcol?

Tutti i dubbi, perplessità o domande sono legittimi e meritano di essere ascoltati.

Parlane con il tuo terapeuta e, quando sarai pronto, con lo psichiatra.