

Modalità di gestione della terapia integrata in ambito psichiatrico. Uno studio 'cross-sectional' su un campione selezionato di psichiatri

M. Armando, M. Bensi, M. Brandizzi, G. Cavaggioni

U.O.D. di Psicoterapia. Dipartimento di Psichiatria e Neurologia. "Sapienza" Università di Roma, Italia

Riassunto

Obiettivi. Frequente è l'associazione del trattamento farmacologico alla psicoterapia. Tuttavia, manca univocità rispetto ai criteri di gestione del paziente in terapia integrata. Pertanto, si è ritenuto utile sondare all'interno di un campione di psichiatri psicoterapeuti, quali fossero le metodologie più frequenti.

Materiali e Metodi. A 120 psichiatri è stato somministrato un questionario di 10 items volto ad esplorare le modalità di gestione della terapia integrata applicata è stata eseguita un'analisi descrittiva dei dati. Le analisi statistiche sono state effettuate mediante SPSS 13.0®

Risultati. Il 35,0% degli intervistati lavora come libero professionista, il 19,17% lavora in ambito pubblico. Due terzi del campione ritiene la terapia integrata una forma di trattamento efficace. In ambito pubblico il trattamento maggiormente applicato è quello di tipo integrato (43,48%), in ambito privato quello di tipo psicoterapeutico (78,57%). Il 75,0% prescrive personalmente la farmacoterapia, mentre il 25,0% delega ad un altro collega questo compito. Nell'85,0% dei casi i farmaci vengono prescritti nelle psicosi con sintomi produttivi, seguono poi i disturbi dell'umore con sintomi psicotici. La classe di farmaci maggiormente somministrata è quella degli antipsicotici, seguita dagli stabilizzatori dell'umore.

Conclusioni. Le Terapie Integrate, sono funzionali quando l'intervento farmacologico è congruo con il modello psicoterapico. Gli psicofarmaci vanno utilizzati solo se strettamente necessari e l'utilizzazione va elaborata nel lavoro di psicoterapia. Se possibile, è preferibile un solo terapeuta di riferimento. *Clin Ter 2009; 160(3):e39-e42*

Parole chiave: compliance, farmaci, psicoterapia, psicodinamica, terapia integrata

Introduzione

Negli ultimi decenni si è assistito ad un importante cambiamento di rotta da parte degli psicoanalisti e degli psicoterapeuti in generale per ciò che concerne l'uso degli psicofarmaci in corso di psicoterapia (1-5).

Abstract

Management of combined psychotherapy and pharmacological treatment. A 'cross sectional' study on a selected sample of psychiatrists

Aims. The association between pharmacological treatment and psychotherapy is frequent. However doesn't exist any agreement or guide-line about the management of this combined therapy. Therefore we considered useful to evaluate which were the most frequent way of management of the combined therapy in a sample of 120 psychiatrists.

Materials and Methods. A 10-items questionnaire finalized to explore the management way of the combined therapy was administered to a sample of 120 psychiatrists. A descriptive analysis of the data was made and the association between different variables was explored. The statistical analysis was performed using SPSS 13.0®.

Results. 35% of the sample work as a private practitioner, 19.17% is involved in public health (CMHT'S). More than 50% of the sample consider the combined therapy as a effective. In the public field the combined treatment turn out to be the most utilized, opposite than in private practice. 75% of the sample manage alone the combined therapy, while 25% work in team with a colleague. 85% of the pharmacotherapy is utilized in psychosis with positive symptoms, followed by the mood disorder with psychotic symptoms. Neuroleptics are the most frequently prescribed drug.

Conclusions. The combined therapy seems to be useful when coherently with the psychotherapy theory model. The pharmacological treatment should be utilized when strictly necessary and, if is possible, the combined therapy should be managed by one psychiatrist. *Clin Ter 2009; 160(3):e39-e42*

Key words: combined therapy, compliance, drugs, psychodynamic, psychotherapy

Spesso tuttavia, la necessità di apportare modifiche – certo in prevalenza alla prassi piuttosto che alla teoria – non è legata alle nuove realizzazioni dovute allo sviluppo della ricerca, ma alle incombenze gestionali giustificate dalla domanda sociale o – meglio sarebbe dire – politica.

È evidente però che sia un modello psicoterapeutico sia uno psicofarmacologico necessitano per una corretta e funzionale applicazione dell'attenta considerazione di tutti i parametri che lo compongono. Ogni cura necessita di una teoria, una prassi ed un progetto (6). Quando in un modello terapeutico interagiscono diverse modalità di relazione è necessario considerare gli effetti reciproci pena il probabile sostanziale fallimento dell'intervento, quando non un aggravamento della situazione quo ante.

Il farmaco pertanto può essere un intermediario nella cura del paziente, ma per poter ipotizzare la possibilità di un suo utilizzo 'psicoterapeutico', è necessario tener presente alcuni presupposti (7). Primi tra questi, l'idea che la sua somministrazione altera comunque la relazione medico-paziente, nella misura in cui si pone come terzo nel rapporto clinico e che la sua somministrazione potrebbe potenziare i processi difensivi del paziente attraverso la risoluzione del sintomo, rinforzando la negazione della conflittualità che proprio dal sintomo veniva denunciata.

Dato senza una reale necessità diventa pertanto dannoso, al di là che per i suoi effetti biologici, anche sul piano relazionale (8). Se il farmaco può contribuire ad aiutare la costruzione e/o il mantenimento del rapporto terapeutico, esso potrebbe veicolare dinamiche di allontanamento/rifiuto del rapporto stesso, ovvero di controllo del paziente. Potrebbe cioè essere utilizzato per bisogni più o meno controtransferali del terapeuta piuttosto che per esigenze dettate dalle condizioni cliniche del paziente, con grave danno alla relazione terapeutica, mentre l'utilizzazione del farmaco in psicoterapia deve mirare comunque a permettere una migliore compliance nel rapporto medico paziente (9-10).

Inoltre, l'utilizzazione di una sostanza fisica – il farmaco appunto – in ambito psichiatrico e vieppiù psicoterapeutico, veicola facilmente un messaggio di organicità che, non solo in un immaginario comune, concerne l'idea d'incurabilità, ovviamente fortemente condizionante il lavoro psicoterapico (11-12).

Purtroppo, ancora, è possibile sospettare il rischio che quest'idea non sia solo del paziente, ma sottenda ad una prassi non rara che porta il medico, nell'eventualità di una mancato risultato soddisfacente, non già a cambiare operato, ma a cambiare sostanza.

In ultimo, soprattutto se ci si trova nella fase di strutturazione di un iter terapeutico, va sottolineato che se il paziente si trova in condizione di necessità immediata di terapia farmacologica sovente non si trova nello stesso momento in condizioni atte a poter sostenere una psicoterapia, parimenti chi si trova in condizioni psichiche da permettere un intervento psicoterapeutico non necessita di somministrazione immediata di farmaci i quali, peraltro, se utilizzati, tendono a superficializzare il rapporto medico paziente, e talvolta alterano, senza alcuna reale trasformazione, la fenomenologia dei processi psicopatologici, talvolta rendendo, paradossalmente, ancora più complesso il processo diagnostico (13, 14). Paradossalmente, dicevamo, poiché se è vero che tutte le linee guida d'intervento presuppongono la diagnosi effettuata, non è raro nella nostra esperienza che vuoi i criteri del DSM vuoi la più classica osservazione fenomenologica mancano di quell'elemento, forse definibile come l'attribuzione di senso al sintomo stesso, che, con maggiore certezza, permette di

attribuire ad una manifestazione piuttosto che ad un'altra, valore, appunto, diagnostico.

Sulla base di queste considerazioni emerge che non vi è un univocità rispetto ai criteri di gestione di un paziente in terapia integrata. Nel tentativo di apportare un nostro contributo nel panorama non sempre omogeneo dei dati al riguardo, abbiamo ritenuto utile sondare all'interno di un campione di psichiatri abilitati all'esercizio della psicoterapia, quali fossero le metodologie più frequentemente applicate (15, 16). Ne è emersa quella che sembra una 'conflittualità' nel metodo d'applicazione dell'intervento integrato, che di seguito riportiamo.

Materiali e Metodi

Al fine di indagare le pratiche di "Evidence-Based Medicine" relative alle modalità di gestione della terapia integrata in ambito psichiatrico è stato selezionato un campione di 120 medici psichiatri abilitati all'esercizio della psicoterapia che svolgono la loro attività in ambito accademico, pubblico e/o privato nella città di Roma.

Trattandosi di uno studio naturalistico di natura descrittiva l'unico criterio di inclusione adottato per ciascun soggetto arruolato è stato lo svolgimento al contempo di attività di prescrizione psicofarmacologica e di attività di psicoterapia, al fine di avere un campione omogeneo per quanto attiene l'oggetto di questo studio, ovvero le modalità di gestione delle terapie integrate in ambito psichiatrico.

Al campione preso in esame è stato somministrato un questionario volto ad esplorare le modalità di gestione della terapia integrata in base al contesto lavorativo ed alla tipologia di paziente.

Il questionario include 10 domande riguardanti il contesto dell'attività professionale, la numerosità dei pazienti in carico, la percentuale di pazienti seguiti con farmacoterapia, la percentuale di pazienti seguiti con psicoterapia, la percentuale di pazienti seguiti con terapia integrata, la disponibilità alla prescrizione in prima persona di farmaci ai propri pazienti seguiti in psicoterapia, la possibilità d'influenza della farmacoterapia sulla psicoterapia, in senso positivo o negativo, le categorie diagnostiche cui appartengono i pazienti in trattamento farmacologico, le classi di farmaci somministrate più frequentemente, l'eventuale elaborazione della somministrazione del farmaco nel corso della psicoterapia.

Ai dati raccolti è stata applicata un'analisi descrittiva riguardo alle variabili esplorate e successivamente è stata effettuata un'analisi riguardante la presenza di associazioni statisticamente significative tra coppie di variabili qualitative attraverso il test Chi quadrato. Le analisi statistiche sono state effettuate mediante SPSS 13.0® (17).

Risultati

Sono state ricevute 120 risposte pari al 100% questionari somministrati. Degli psichiatri che hanno risposto al questionario 42 (35,0%) lavorano solo come liberi professionisti, 23 (19,17%) lavorano esclusivamente presso una struttura pubblica (ospedale, servizi territoriali

Tabella 1. Distribuzione lavorativa del campione e numerosità dei pazienti in carico.

	Numerosità (N)	Percentuale (%)
Contesto lavorativo		
Privato	42	35,0
Pubblico	23	19,17
entrambe	55	45,83
Numerosità dei pazienti		
<15	16	13,33
15-30	18	15,0
>30	86	71,67

e comunità terapeutiche), 55 (45,83%) lavorano sia nel pubblico che nel privato (Tab. 1).

Il 71,67% degli intervistati segue più di 30 pazienti in terapia, il 15,0% 15-30 pazienti, il 13,33% meno di 15 pazienti (Tab. 1).

Prendendo come riferimento per la classe “15-30 pazienti” il valore centrale di classe (22,5), per la classe “< di 15 pazienti” il valore centrale (7,5) e per la classe “> di 30 pazienti” il valore 37,5 (dato ottenuto aggiungendo al valore minimo 30 lo scarto di 7,5 riferito rispetto alle altre due classi) si è potuta effettuare una stima del numero medio di pazienti in carico presso i terapeuti intervistati che è risultata essere pari a 3750 pazienti.

Ad una specifica domanda sull’efficacia o meno del trattamento integrato la gran parte degli intervistati ha risposto di ritenere efficace questa forma di trattamento (Tab. 2).

Si è domandato poi quali fossero le strategie terapeutiche (farmacoterapia, psicoterapia, trattamento integrato) maggiormente rappresentate nel contesto pubblico e in quello privato. È emerso, come evidenziato nella Tabella 2, che in ambito pubblico il trattamento maggiormente applicato è quello di tipo integrato 43,48% e in ambito privato quello di tipo psicoterapeutico 78,57%.

L’86,67% (N=104) degli psicoterapeuti intervistati ritiene che la prescrizione di farmaci influenzi il rapporto psicoterapeutico (Tab. 3). Nel caso di una risposta affermativa al precedente quesito, è stata inoltre chiesta un’indicazione circa il valore qualitativo (positivo o negativo) di tale influenza e ben il 75,0% (N=78) degli intervistati che hanno risposto si alla precedente domanda (N=104) ritiene che questa influenza sia positiva (Tab. 3). Si è domandato poi a tutti gli intervistati se nel caso in cui un paziente seguito in psicoterapia necessitasse di terapia farmacologia con quale modalità la prescrizione stessa venisse effettuata e il 75,0% degli psicoterapeuti intervistati afferma di prescriverla personalmente, mentre il 25,0% delega ad un altro collega questo compito (Tab. 3). La quasi totalità degli intervistati

Tabella 2. Strategie terapeutiche

Contesto lavorativo	Efficacia terapia integrata % (N)		Forma di trattamento % (N)		
	Si	No	Farmacologico	Psicoterapeutico	Integrato
Pubblico	91,3 (21)	8,7 (2)	39,13 (9)	17,39 (4)	43,48 (10)
Privato	78,57 (33)	21,43 (9)	7,15 (3)	78,57 (33)	14,28 (6)

Tabella 3. Somministrazione farmacologica.

		Somministrazione Farmacologia % (N)
Influenza il rapporto	Si	86,67 (104)
	No	13,33 (16)
Tipo di influenza	Positiva	75,0 (78)
	Negativa	25,0 (26)
Modalità della prescrizione	Referente	75,0 (90)
	Altro collega	25,0 (30)
Elaborazione in psicoterapia	Si	95,83 (115)
	No	4,17 (5)

(95,83%) afferma che la somministrazione del farmaco diviene oggetto di elaborazione nel corso della psicoterapia (Tab. 3).

Si è chiesto inoltre quali fossero le categorie diagnostiche nelle quali venivano impiegati con maggior frequenza i farmaci. La domanda posta nel questionario dava la possibilità di risposta multipla, così su un totale di 120 intervistati si sono avute 346 risposte, ogni terapeuta avendo a disposizione sei possibilità di risposta ha dato in media 2,88 risposte a questa domanda.

Nell’85,0% dei casi (N=102), gli intervistati (N=120), risultano somministrare farmaci soprattutto nelle psicosi con sintomi produttivi, seguono le somministrazioni nei disturbi dell’umore con sintomi psicotici (76,66%) mentre le somministrazioni nelle psicosi asintomatiche risultano pari al 19,16% (Tab. 4).

Rispetto alla domanda su quali classi di farmaci vengono più frequentemente utilizzate si è rilevato che rispetto ai 120 intervistati si sono rilevate 252 risposte con una media di 2,1 risposte per terapeuta. Si è rilevato che: nell’80,83% dei casi la classe di farmaci maggiormente somministrata è quella degli antipsicotici, nel 50,0% dei casi quella degli stabilizzatori dell’umore (Tab. 4).

Discussione

Da tutto quanto detto possiamo proporre alcune prime conclusioni che necessiteranno comunque nel futuro di successive verifiche e confronti.

Tabella 4. Frequenza della somministrazione di psicofarmaci per categorie diagnostiche e farmacologiche.

		Numerosità (N)	Percentuale (%)
Categorie diagnostiche	Psicosi con sintomi produttivi	102	85,0
	Dist. dell’umore con sintomi psicotici	92	76,66
	Dist. dell’umore	44	36,66
	Dist. d’ansia	44	36,66
	Dist. di personalità	41	34,16
	Psicosi asintomatica	23	19,16
Categorie farmacologiche	Antipsicotici	97	80,83
	Stabilizzatori dell’umore	60	50,0
	Antidepressivi	51	42,5
	Ansiolitici	44	36,66

Per quanto riguarda l'approccio generale alle Terapie Integrate, riteniamo che queste siano possibili e funzionali solo a condizione che l'intervento farmacologico sia congruo e coerente con il modello psicoterapico utilizzato e con la prassi d'intervento che in quel momento si sta sviluppando (18, 19). L'utilizzazione di un farmaco, cioè, nel mentre di un lavoro di psicoterapia, non va considerato come affiancato o parallelo ad esso, ma come elemento che nel lavoro deve essere inserito (20). Va pertanto riconosciuto come parte strutturale della terapia stessa, ovvero avente un senso psichico che necessita di essere elaborato ed integrato nella variegata costellazione degli eventi che tessono l'ordito del lavoro psicoterapeutico. Ciò premesso, all'interno di una psicoterapia, pur nel rispetto delle linee guida ufficiali la cui attuazione tuttavia non può essere avulsa dalla valutazione critica di ciascuna specifica situazione, riteniamo che la somministrazione di psicofarmaci debba essere realizzata solo se strettamente necessaria, ovvero avendo prima valutato se con la sola relazione, ovvero con un'eventuale modifica di essa, sia possibile raggiungere pari risultati sintomatici. A partire dalla considerazione dell'essere sintomatico e non curativo dello psicofarmaco, riteniamo che all'interno di un intervento che presuppone la relazione come strumento trasformativo, ovvero terapeutico, essa debba essere privilegiata piuttosto che soppiantata dal primo. Diciamo soppiantata, perché nel caso lo psicofarmaco non fosse considerato, esplicitato nella terapia, come strumento del terapeuta, ma passasse esso come curativo, al di là dei suoi effetti, inevitabilmente sul piano psichico diventerebbe conflittuale e non più funzionale per la relazione.

Qualora ci si avvallesse del contributo farmacologico, pertanto, riteniamo che vada prevista la necessità di un'elaborazione psicologica dell'assunzione stessa, per evitare ogni eventuale dubbio residuo non fosse altro che sulla motivazione ed il senso di tale atteggiamento terapeutico. Diversamente, si potrebbe marcatamente favorire, in primis, quella dimensione d'ambivalenza spesso - se non sempre - presente in ogni psicoterapia.

In ultimo, se non in particolari situazioni cliniche, per favorire questa modalità, riteniamo come indicazione di massima, che sia preferibile per il paziente, quando possibile, ovvero quando lo psicoterapeuta è uno psichiatra, avere un unico riferimento nella relazione terapeutica (21). Seppure indubbio, non sembra inutile ricordare che la responsabilità dell'intervento terapeutico è onere di chi agisce la terapia e non di chi se ne avvale. È evidente, soprattutto in psicoterapia, che la 'compliance' del paziente è fondamentale, tuttavia questa non va confusa con la responsabilità della decisione o almeno dell'indicazione di un intervento piuttosto che un altro. Quando non come consulenza specialistica, la diversificazione non necessaria delle figure di riferimento potrebbe favorire sia nel terapeuta che nel paziente un senso di estraneità alla relazione certamente pernicioso all'esito della cura.

Ringraziamenti

Si ringrazia per la collaborazione Antonia Mocci, Eliana Lai, Davide Ialeggio, Sara Fraietta, Valentina Barbieri, Ludovico Garau.

Bibliografia

1. Fava GA, Park SK, Dubovsky S. The mental health clinic: a new model. *World Psychiatry* 2008; 7(3):177-81
2. Mintz DL. Teaching the prescriber's role: the psychology of psychopharmacology. *Acad Psychiatry* 2005; 29(2):187-94
3. Mintz D, Belnap B. A view from Riggs: treatment resistance and patient authority - III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psych* 2006; 34(4):581-601
4. Rickles WH. Listening to Prozac, with the third ear: a psychoanalytic theory of psychopharmacology. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psych* 2006; 34(4):709-33
5. Frey BN, Mabilde LC, Eizirik CL. The integration of psychopharmacotherapy and psychoanalytical psychotherapy: a critical review *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(2):118-23
6. Bensi M, Baldi G, Armando M, et al. Per una revisione del concetto di nevrosi: dal sintomo manifesto alla manifestazione dell' assenza. *Il Sogno della Farfalla* 2006; 15(1):81-87
7. Bellak L, Chassan JB, Gediman HK, et al. Ego function assessment of analytic psychotherapy combined with drug therapy. *J Nerv Ment Dis* 1973; 157(6):465-9
8. Marmor J. The adjunctive use of drugs in psychotherapy. *J Clin Psychopharm* 1981; 1:312-5
9. Karasu TB : Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *Am J Psych* 1982; 139:1102-13
10. Marcus ER. Integrating psychopharmacotherapy, psychotherapy, and mental structure in the treatment of patients with personality disorders and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13(2):255-63
11. Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, et al. The efficacy of dynamic psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"? In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP. *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*. New York, Basic Books, 1993; 497-516
12. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281:39-45
13. Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I, et al. Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioral group therapy for inpatients: 4-year follow-up study. *J Psychiatr Pract* 2008; 14(5):281-8
14. Swartz HA, Frank E, Frankel DR, et al. Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disord* 2009; 11(1):89-94
15. Donovan SJ, Roose SP. Medication use during psychoanalysis: a survey. *J Clin Psych* 1995; 56(5):177-8
16. Guimón J, Fischer W, Zbinden E, et al. Therapeutic practice profiles, theoretical models and representations of the psychiatry of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psych* 1998; 149:41-50
17. Norusis MS, SPSS 13.0 for Windows, SPSS Chicago, 2004
18. Berti A, Biondi M, Macerino C. Il principio attivo della psicoterapia. *It J Psychopathol* 2005; 11:87-92
19. Margison F. Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *Aust N Z J Psych* 2005; 39(11-12):972-81
20. Gabbard GO, Kay J. The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist?. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1956-63
21. Maina G, Picco C, Saracco P, et al. Il trattamento integrato nei disturbi depressivi minori: terapeuta singolo o terapeuti distinti? . *It J Psychopathol* 2004; 10(1):110-9