


# Integrazione tra farmacoterapia e psicoterapia nel trattamento della Schizofrenia

CONGRESSO NAZIONALE ISPS

ROMA 23-24 OTTOBRE 2020



Io non considero possibile che i problemi fondamentali del trattamento della schizofrenia vengano risolti farmacologicamente, perché questo disturbo è troppo evidentemente connesso con lo sviluppo della personalità umana

Y.O. Alanen

## fail safe model

- ▶ Il “fail safe model” si muove dal presupposto che i sintomi del paziente siano **incomprensibili**. tutto ciò che crea problema non è opportunità per crescere, ma è **malattia**.
- ▶ Il fail safe model ha come scopo fondamentale la eliminazione / riduzione dei sintomi al di là della **consapevolezza di malattia** del paziente
- ▶ Nel “fail safe model” si considera fuori luogo **educare** il paziente **a decidere** e a ritenerlo responsabile delle sue azioni.
- ▶ nel “fail safe model **la famiglia** non è mai messa in crisi.

## restructuring model

- ▶ Il “restructuring model” parte dal presupposto che la crisi psicotica è una **crisi di crescita** e che il paziente sia **comprensibile**
- ▶ E’ indispensabile il lavoro sulla **consapevolezza** della malattia sia del paziente che della sua famiglia, declinandola con una **speranza realistica** di guarigione. Il placare e l’agitare (= **i sintomi**) non sono in sé né buoni né cattivi. Essi diventano l’uno o l’altro nella misura in cui servono a rendere il paziente più funzionale.
- ▶ Nel “restructuring model” La **libertà di scelta** e la successiva **responsabilità** per le scelte fatte è il filo rosso che guida la riabilitazione restructuring
- ▶ **La famiglia** è un compagno di viaggio del paziente; può diventarne pungolo di crescita per lui ma anche un impedimento alla sua guarigione

# Obiettivi della Riabilitazione Ristrutturante:

- ▶ **Abilità di costruire/conoscere una propria visione di se, degli altri e del mondo ed essere capaci di condividerla**
- ▶ Non ricoveri volontari o coatti
- ▶ **Non somministrazione di farmaci psichiatrici**
- ▶ Assenza di **Sintomi Psicotici**
- ▶ Continuazione del trattamento in regime di psicoterapia ambulatoriale
- ▶ Autonomia lavorativa e affettiva

# Prima fase: Modificazione qualitativa della terapia farmacologica -1-

## Prima fase del processo Psicoriabilitativo che comprende:

- ▶ Consapevolezza della Malattia che è un mito da sfatare ed un rischio che bisogna decidere di correre.
- ▶ Accettazione delle regole che permettono la relazione con lo Staff, con i Compagni, con se stessi e con l'ambiente.

# Modificazione qualitativa della terapia farmacologica -2-

**La Terapia farmacologica del paziente in ingresso viene valutata in base a:**

- ▶ Indicazione
- ▶ Farmacoresistenza
- ▶ Via di Somministrazione
- ▶ Luogo di somministrazione
- ▶ Soggetto che somministra il farmaco

Tutto declinato in base agli obiettivi Psicoriabilitativi della fase

# Modificazione qualitativa della terapia farmacologica -3-

## **Indicazione e Farmacoresistenza sono parametri interconnessi.**

- ▶ Spesso un Paziente farmacoresistente sta semplicemente assumendo un farmaco poco indicato in base alla sua struttura di personalità,
- ▶ Spesso si definisce farmacoresistente un paziente che deve prendere una decisione e non si può chiedere al farmaco di sostituire il Soggetto Consapevole.

# Modificazione qualitativa della terapia farmacologica -4-

**La via di somministrazione, il luogo di somministrazione e il soggetto che somministra:**

Sono scelte in base alla consapevolezza della malattia del paziente e della sua famiglia che condizionano le possibilità di collaborazione.

In base a ciò si va dalle compresse, alle gocce, alle fiale, ai Depot.

Dalla somministrazione in Residenza (8/24h), a casa oppure mista.

Dalla somministrazione da parte dell'infermiere, dell'operatore, del familiare, fino all'auto-somministrazione.



# Seconda fase: Modificazione quantitativa instabile della terapia farmacologica **-1-**

**Il processo riabilitativo deve tener presenti i differenti sistemi coinvolti:**

- ▶ Individuo
- ▶ Famiglia
- ▶ Centro riabilitativo
- ▶ ASL (Sistema Sanitario)

Questi sistemi sono costituiti da Persone dotate di Consapevolezze molto diverse e non facili da mettere d'accordo.

# Modificazione quantitativa instabile della terapia farmacologica -2-

Il farmaco modificato nella prima fase presenta alcuni vantaggi:

- ▶ E' più indicato per il perseguimento degli obiettivi psicoriabilitativi.
- ▶ Può essere ridotto o aumentato con effetti più veloci
- ▶ Costa meno

# Modificazione quantitativa instabile della terapia farmacologica -3-

La costruzione della capacità di **contenere la Rabbia** in un paziente psicotico, può avvalersi del sedativo specifico e della capacità di **sentire la Paura**, della Consapevolezza della malattia, del Desiderio, della Fiducia e della Speranza di guarire,

Aumentare e diminuire le dosi di Psicofarmaco con agio, facilitano il perseguimento di questi obiettivi che permetteranno la riduzione delle dosi fino alla eliminazione.

# Modificazione quantitativa instabile della terapia farmacologica -4-

La differenza di consapevolezza nei diversi sistemi (soprattutto Individuo, Famiglia e Centro Riabilitativo), in questa fase è fondamentale:

# Modificazione quantitativa instabile della terapia farmacologica -5-

Individuo  
Famiglia

Centro  
Riabilitativo

In questa fase del processo psicoriabilitativo Famiglia e Individuo formano un unico sistema. La Consapevolezza di malattia dell'individuo dipende molto da quella della Famiglia.

**La variazione della Posologia del Farmaco risente anche di ciò**

# **Terza fase:** Modificazione quantitativa stabile della terapia farmacologica -1-

Il processo riabilitativo raggiunge una fase di equilibrio a posologie di psicofarmaco inferiori rispetto a quelle della fase precedente e rispetto all'ingresso.

# Modificazione quantitativa stabile della terapia farmacologica -2-

La Psicoriabilitazione prosegue con il passaggio  
dalla consapevolezza della propria malattia  
alla

**consapevolezza della malattia della famiglia.**

Il Paziente vede i limiti della famiglia e tenta di  
modificarla.

# Modificazione quantitativa stabile della terapia farmacologica -3-

A questo punto si creano possibilità diverse:

## **La Famiglia e il Paziente fanno la stessa scelta:**

- ▶ La Famiglia e il Paziente vogliono guardare i loro limiti e continuare a camminare insieme

**In questo caso la terapia farmacologica prosegue verso la fase 4 (Eliminazione instabile).**

- ▶ La Famiglia e il Paziente non vogliono guardare i loro limiti

**In questo caso il processo riabilitativo si chiude**



# Modificazione quantitativa stabile della terapia farmacologica -4-

## La Famiglia e il Paziente fanno scelte diverse:

La famiglia non accetta di guardare i propri limiti :

- ▶ **Il processo psicoriabilitativo può interrompersi**
- ▶ **Si allungano i tempi di cura:**

Si cerca di dare il tempo al Paziente di costruire dentro di se la capacità di sopportare la malattia della famiglia ed arrivare ad una scelta diversa

(= **separazione dal sistema familiare**)

# Modificazione quantitativa stabile della terapia farmacologica -5-

In questa fase il Paziente passa/oscilla tra la posizione di “**capro espiatorio**” e quella di “**terapeuta della famiglia**” (= il paziente si sforza di modificare il sistema familiare prima di rassegnarsi)

In questo caso si procede anche se più lentamente verso la Fase 4

## Quarta Fase: Eliminazione instabile della terapia farmacologica

- ▶ Il farmaco è somministrato in questa fase a dosaggi estremamente bassi fino ad essere eliminato.
- ▶ La struttura di personalità del Paziente può sopportare intensità emotive più alte.

# Quinta fase: Reinserimento della terapia farmacologica

- ▶ In questa fase si affronta una **decisione importante:**

Abbandonare definitivamente il ruolo di “Pazzo” e diventare “Uomo” che affronta i problemi della vita, del lavoro, dell’affettività.

Si assiste al ritorno dei sintomi e ad una regressione apparente.

## Sesta fase:

# Reinserimento/Eliminazione della terapia farmacologica

- ▶ Il rischio è di risvegliare il “Fantasma” della inguaribilità
- ▶ E' normale il reinserimento momentaneo della terapia farmacologica.
- ▶ Superato questo periodo si procede verso la **fase 6**, quella della Eliminazione finale con le **dimissioni** del paziente e la prosecuzione della sola **Psicoterapia Ambulatoriale** come indicato nei “normali” pazienti nevrotici.

# Il Trattamento dello Psicotico: I Passaggi

## LA PREVENZIONE:

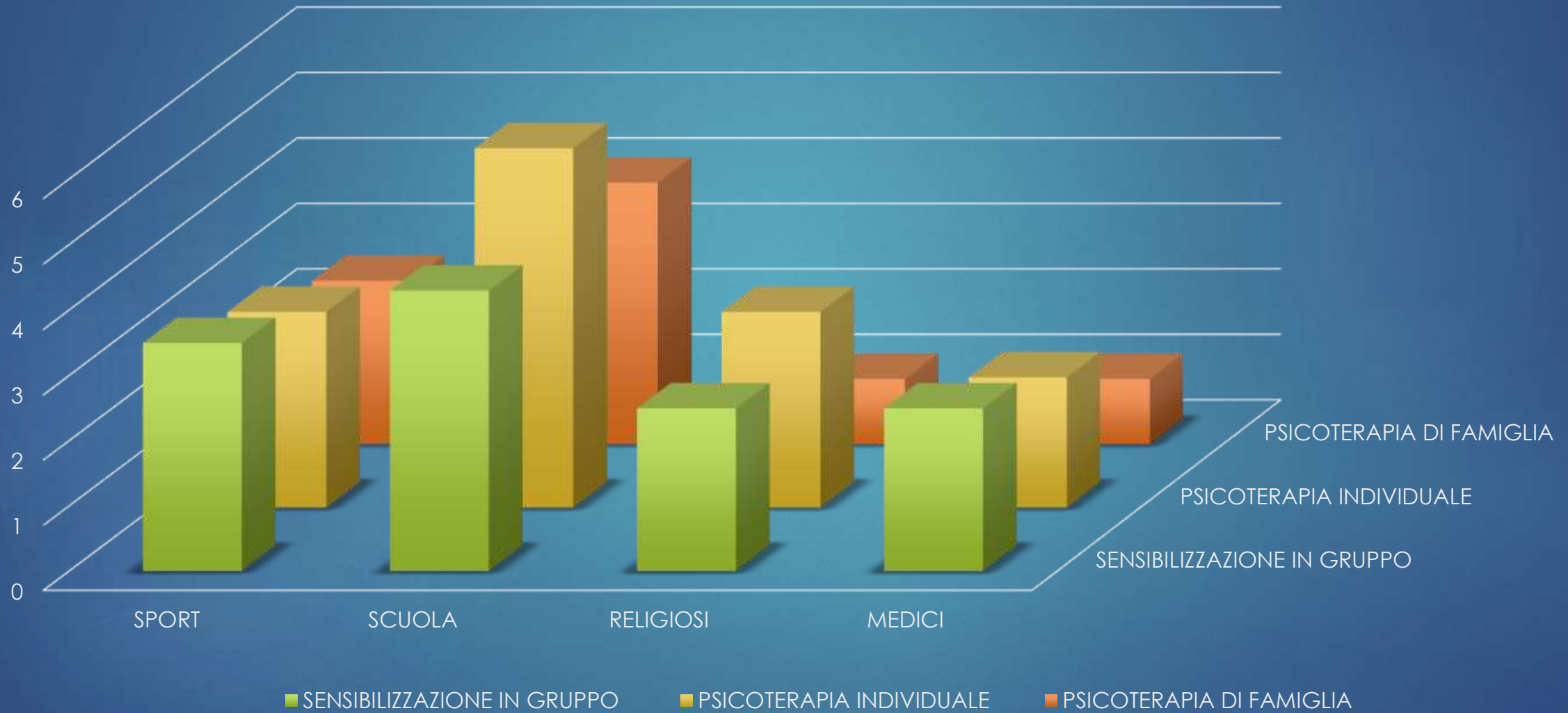
- ▶ Interventi Precoci con gli **Adulti (Esordio Psicotico)** (DIALOGOI 1)
- ▶ Interventi nell'**Infanzia e Adolescenza** (DIALOGOI 2)

**IL TRATTAMENTO:** Unicamente Ambulatoriale. **Psicoterapia** Individuale, Familiare, di Gruppo. **Farmacoterapia** (nel 20% dei casi)

No Ricoveri 95%

No Farmacoterapia 80%

# DIALOGOI 1 – DIALOGOI 2



## Consideriamo

- 414 terapisti
- 6 pazienti
- 15 anni

## Aggiungiamo

- 37260 pazienti
- Considerando 1 paziente psicotico per ogni terapeuta per 15 anni

## Il risultato:

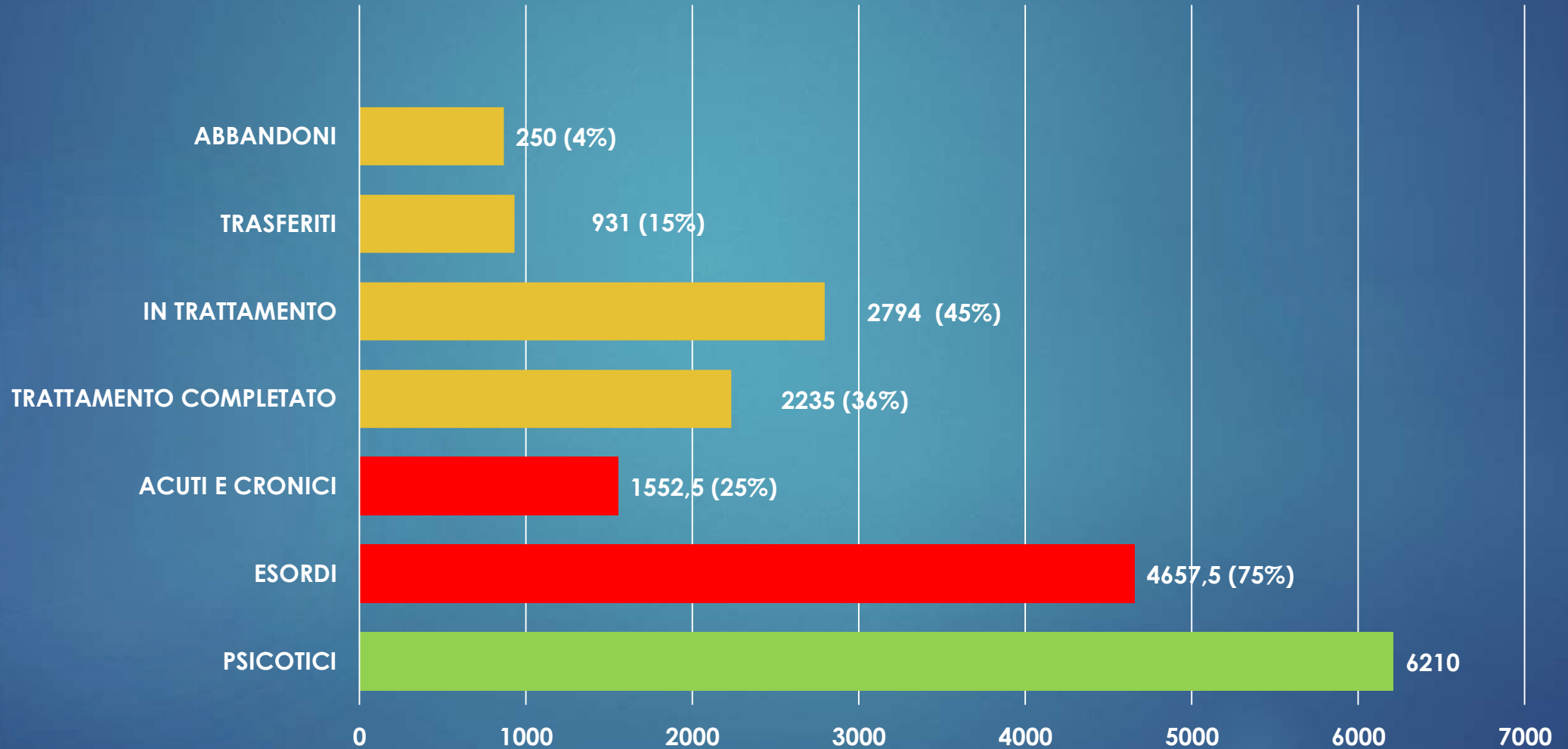
**6210**

Pazienti con dg di Psicosi trattati

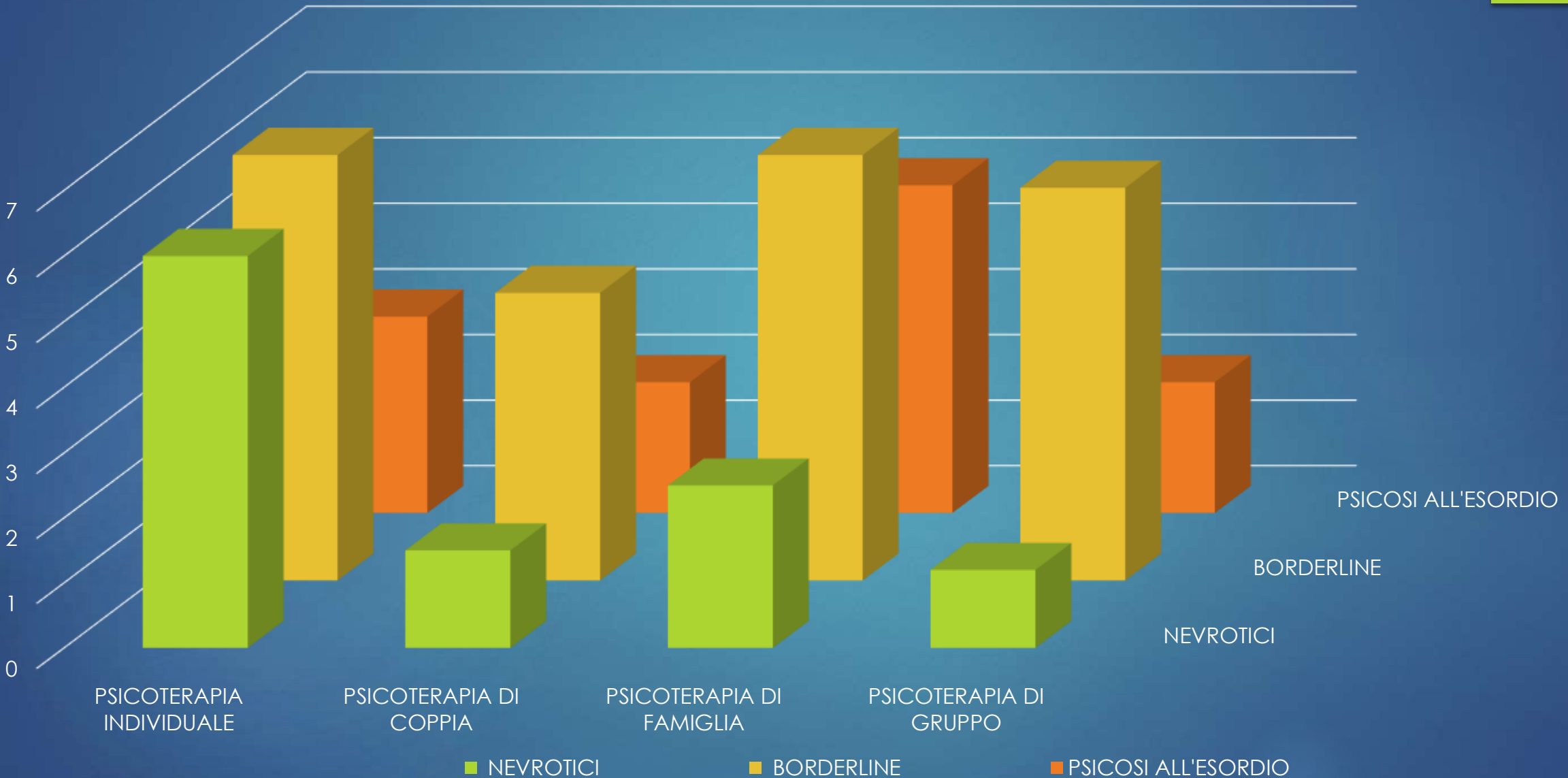


# DIALOGOI

■ PSICOTICI ■ ESORDI ■ ACUTI E CRONICI ■ TRATTAMENTO COMPLETATO ■ IN TRATTAMENTO ■ TRASFERITI ■ ABBANDONI ■



# Pazienti Ambulatoriali



# Casi acuti

**Trattamento Ambulatoriale se possibile**

**Trattamento:** Psicoterapia Individuale, Familiare e Farmacoterapia

**Se indicato, Ricovero in Residenza Psichiatrica  
o Centro Diurno**

**Trattamento :** Psicoterapia Individuale, Familiare e di Gruppo  
Farmacoterapia e Socioterapia

# Casi Cronici

**Ricovero in Residenza Psichiatrica o Centro Diurno**

**Trattamento** : Psicoterapia Individuale, Familiare e  
di Gruppo Farmacoterapia (se necessaria) e  
Socioterapia

# I Numeri dello Studio

**33** pazienti iniziali di cui **4** sono stati esclusi :

**2** perchè mai trattati con Farmacoterapia

**1** perchè non adatto al Centro Diurno

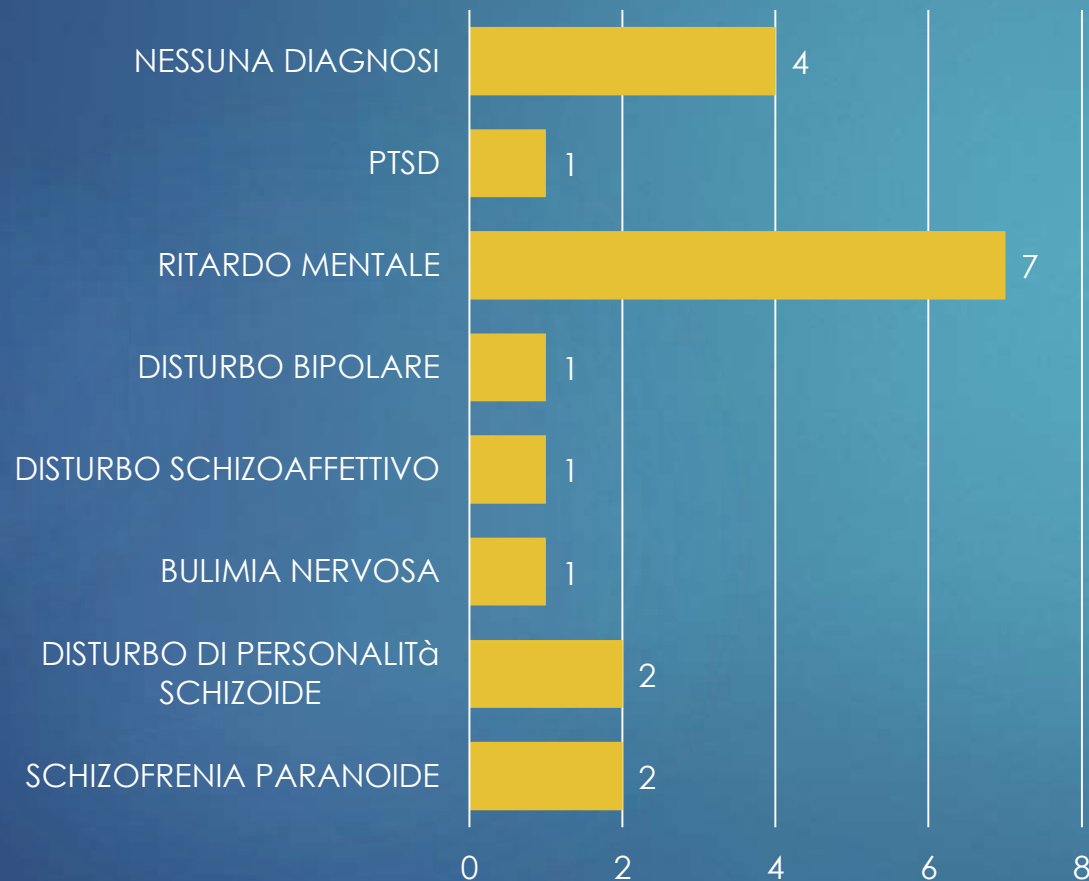
**1** Per mancanza di collaborazione con l'inviante

**29** Pazienti sono stati seguiti in questo studio

# I casi trattati (diagnosi dell'Inviante)

## AGORA

■ CENTRO DIURNO PSICHIATRICO



## KAIROS

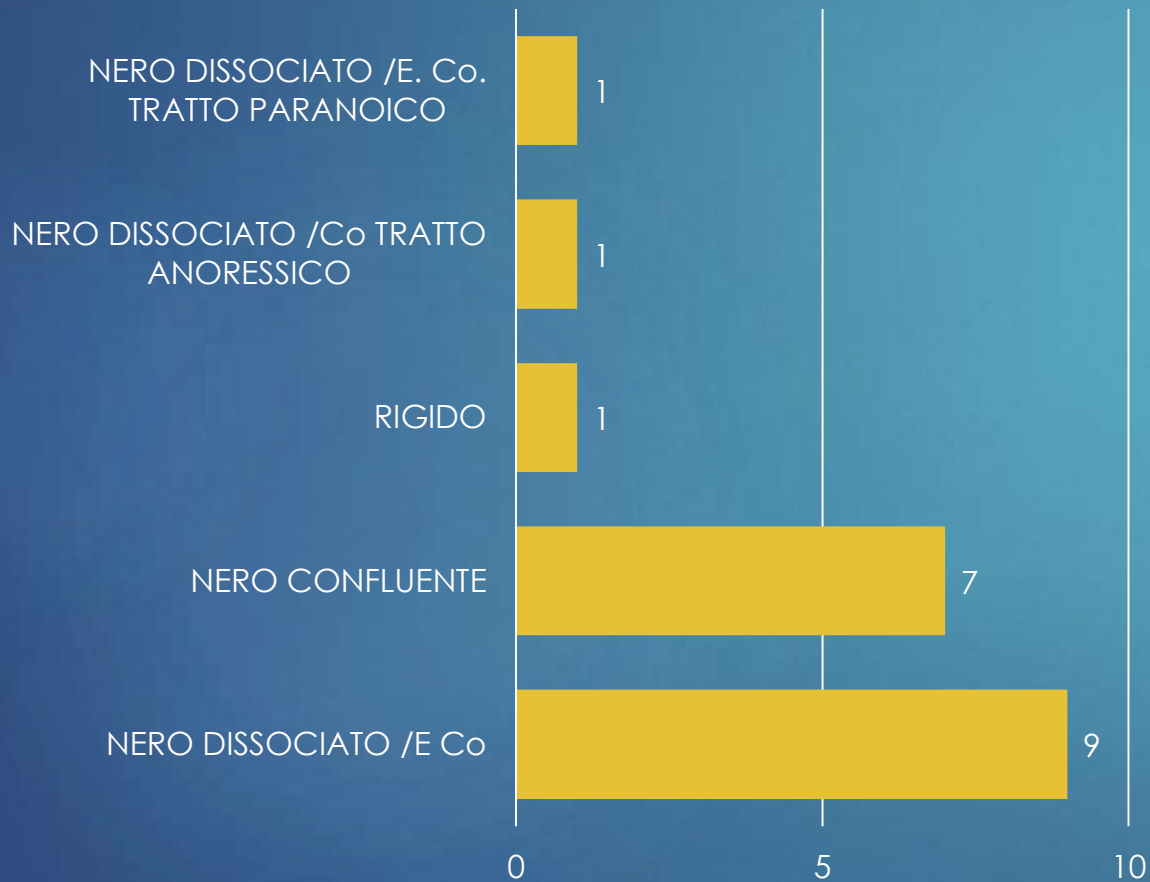
■ RESIDENZA PSICHIATRICA



# I casi trattati (diagnosi col m.s.i.)

## AGORA

■ CENTRO DIURNO PSICHIATRICO



## KAIROS

■ RESIDENZA PSICHIATRICA



# Obiettivi raggiunti in 4 anni di **Trattamento**

Sviluppo della capacità di costruire/conoscere una propria visione di Se, degli Altri e del Mondo ed essere capaci di condividerla **29 Pazienti**

**Nessun ricovero coatto o volontario 29 Pazienti**

**Nessuna somministrazione di psicofarmaci 8 Pazienti**

Nessun Sintomo **9/8 Pazienti (in modo stabile)** , **11 Pazienti (in modo instabile)**

Continuazione del trattamento **Psicoterapico ambulatoriale 4/6 Pazienti**

Autonomia lavorativa **1/6 Pazienti**



# RISULTATI

