

La “psicologia dei farmaci” secondo la Psicologia Individuale: le terapie articolate in psichiatria

SECONDO FASSINO

Summary – THE “PSYCHOLOGY OF DRUGS” ACCORDING TO INDIVIDUAL PSYCHOLOGY: ARTICULATED THERAPIES IN PSYCHIATRY. The “Psychology of drugs” aims to an understanding of the synergic or antagonistic action that biological, psychological and social informations transmitted through the “drug-mediating object” have on psychotherapy. Adlerian concepts such as Life-Style, body language, intrapsychic communication, empathy, etc., seem to be useful for a comprehensive model regarding: 1) the hypothesis that psycho-biological structures can be modified by the informations that they elaborate; 2) the “network model” (Rovera) which concerns, among other things, the theoretical and technical aspects of articulated, or combined, therapies. Important aspects of these considerations are: the prescription of drugs as interpersonal relationship, the evaluation of side-effects and compliance, the pharmaco-resistance due to non pharmacological factors, the psychological and social “metabolism of drugs”.

I. Introduzione

Da sempre il farmaco è caratterizzato da significazioni magico-simboliche. I riti della sua somministrazione già nell’antichità rimandavano all’azione di forze oscure più o meno trascendenti. Il valore carismatico del personaggio mediatore del rapporto curativo, l’attivazione di forme di partecipazione di gruppo, catartiche, liberatorie, hanno caricato di senso, di forze e di valori comunicativo-relazionali il farmaco, stravolgendolo nelle sue capacità curative. Con ulteriore evidenza lo psicofarmaco, come si presenta nella realtà psicologica, ha un alone semantico superiore a quello della realtà farmacologica (composizione, quantità, tipo di somministrazione). Sullo psicofarmaco si proiettano paure, speranze, desideri dei pazienti, dei loro familiari, dei medici e anche delle strutture istituzionali.

Nel trattamento farmacologico, come è noto, sono coinvolti quattro diversi processi: quello farmaceutico, il processo farmacocinetico, il processo farmacodinamico e il processo terapeutico. La *psicologia dei farmaci* [9, 33, 37] si propone di studiare le variabili psicologiche, ma anche psicosomatiche, che si accompagnano alla prescrizione, all’assunzione e al metabolismo dei farmaci. Essa è rivolta, quindi, ad approfondire l’azione sinergica o antergica che le informazioni biologiche, mentali e sociali, veicolate dal farmaco, esercitano nella trasformazione

del processo farmacologico in *processo terapeutico*. Non sempre, infatti, a un effetto farmacologico segue un effetto terapeutico né a un effetto terapeutico si accompagna sempre un effetto farmacologico.

II. La “psicologia dei farmaci” secondo la Psicologia Individuale

La Psicologia Individuale può dare un contributo allo studio teorico e alle correlate implicanze cliniche dei problemi considerati dalla cosiddetta “psicologia dei farmaci”? La tradizionale fondazione epistemologica della Psicologia Individuale sulla teoria logica delle *finzioni* di Vaihinger, sul concetto di *finalismo*, *sentimento sociale* e *volontà di potenza*, sui fondamenti interpersonali degli accadimenti psichici, ma anche le ulteriori specificazioni sul *Sé-stile di vita* [40, 23, 3], le più recenti elaborazioni sulla comunicazione, sul conflitto intrapsichico [20, 30, 42, 13, 14, 15, 16, 32], e sul *modello di rete* [35] per l’articolazione teorico-pratica interdisciplinare non solo paiono fruibili coerentemente per tali ricerche sulla psicologia dei farmaci, ma sembrano promettere sviluppi interessanti. In questo contributo la discussione viene limitata agli aspetti della psicologia dei farmaci, che riguardano la comunicazione intrapsichica e quella interpersonale, e al problema della articolazione di psicoterapia e farmacoterapia.

L’attuale evoluzione del concetto di trasformazione dell’energia e dell’informazione da uno stato all’altro [5, 29, 25, 31] rende ragione delle recenti teorie multifattoriali sulla genesi dei disturbi mentali. Benedetti [4] sottolinea come precoci disturbi relazionali destrutturanti possano predisporre a disturbi biologici dei sistemi intrapsichici di informazione e viceversa. In un *modello di rete* [35] sistemi biochimici neurotrasmettitoriali interagirebbero con quelli intrapsichici e interpersonali, sicché le sorgenti informative potrebbero essere trasformate dalle stesse informazioni che esse elaborano. Le comunicazioni intrapsichiche non sarebbero ininfluenti circa il metabolismo del farmaco (le trasformazioni dinamiche e cinetico-biologiche): esse anzi consentono l’assorbimento, il rifiuto, la trasformazione simbolica, etc. dell’*informazione-oggetto-farmaco*. Metabolismo biologico e *metabolismo psichico* [41] sarebbero tra loro in collegamento interattivo. È sufficiente, al proposito, ricordare i fenomeni del *placebo* [7, 26, 27] e, ancor più, l’effetto *nocebo* [10, 21] insieme ai problemi della farmacoresistenza [2], specie quella da fattori non farmacologici [37].

II.1. Aspetti importanti del metabolismo psichico del farmaco si evidenziano nelle modalità, caratteristiche per ogni paziente, della comunicazione intrapsichica e interpersonale che il farmaco veicola. L’assunzione del farmaco e il suo “vissuto” provocano scambi informativi tra i diversi settori del Sé [40, 23, 15]: essi saranno consapevoli o inconsci a seconda del bisogno di coerenza del soggetto. Il concetto di sé (sé corporeo, identità di sé, immagine di sé) del paziente registra

l'assunzione del farmaco come intrusione persecutoria o come riparazione, a seconda di stili di vita psicotici o depressivi. Tuttavia l'elaborazione simbolica definitiva, da cui dipende l'accoglimento più o meno ambivalente del farmaco, dipenderà maggiormente dall'*ideale di Sé*, che elabora valori e simboli-guida in connessione più o meno distorta con il *non-Sé*, in cui si trovano le convinzioni e i pregiudizi sul *mondo*. È tuttavia il *Sé creativo*, centro d'iniziativa, che rende unitaria, e complessivamente coerente alle finalità (magari psicotiche), la personalità del paziente e dà (o priva di) senso all'esperienza dell'assunzione o del rifiuto del farmaco.

II. 2. L'analisi del rapporto che il paziente ha con il farmaco rivela aspetti sia propriamente psicopatologici, che riconducono al disturbo, sia aspetti caratteristici dello *stile di vita* o una struttura personologica di base. Il processo di simbolizzazione attivata dal farmaco è specifico per ogni soggetto, ma evidenzia, come si vedrà in seguito, alcune caratteristiche comunicativo-interpersonali connesse con l'ambiente familiare. Così, talora, il rifiuto del farmaco può segnalare, come si è detto, un vissuto delirante-persecutorio: è l'oggetto attivo, intrusivo e distruttivo, simbolo minaccioso del pericoloso mondo degli *altri*, da cui bisogna allontanarsi. In altri casi il rifiuto rappresenta, invece, l'ultimo tentativo di negare l'emergente esperienza psicotica oppure è correlabile ad un vissuto depressivo di indegnità-colpa-espiazione-rovina. La deformazione autocomunicativa che il farmaco subisce rivela l'impronta psicopatologica del disturbo, clinicamente fruibile per la diagnosi e per il progetto terapeutico.

II. 3. Le caratteristiche del rapporto-comunicazione che il paziente ha con il farmaco ripetono quelle proprie dello *stile di vita* del soggetto. Ambivalenza, appetizione, uso, abuso, distorsione d'uso, filia, fobia, dipendenza, resistenza all'uso sono aspetti del metabolismo psichico del farmaco che ricalcano altrettanti stili relazionali intrapsichici:

a) nello *stile di vita* schizofrenico, caratterizzato da frammentazione del Sé, il farmaco è scisso in una componente buona (medicamento) e una cattiva (veleno); si alternano nel paziente vorace attaccamento al farmaco e repulsione fino al rifiuto ostinato. Il delirio, che ha lo scopo di dominare la scissione psichica [1], si mantiene a scopo autoprotettivo, per garantire la già fragile coesione del Sé: i farmaci deliriolitici sono, quindi, vissuti come potenzialmente minacciosi, perché rallentano gli schemi bizzarri e anticonvenzionali di relazione interpersonale; controllando l'angoscia, attenuano l'estraneamento dalla realtà;

b) gli stili di vita depressivi, nonostante le apparenze, accolgono con notevole riluttanza la prescrizione farmacologica a causa della sfiducia aggressiva che nutrono verso se stessi, spesso con intenzionalità eteropunitiva. Dopo la comparsa dei primi benefici a livello sintomatologico, non raramente si stabilisce un attaccamento dipendente e regressivo;

c) i pazienti isterici sviluppano un metabolismo psichico del farmaco, caratteriz-

zato da tendenza alla manipolazione sia degli effetti terapeutici che di quelli collaterali finalizzati al vantaggio secondario;

d) il paziente ossessivo, dopo un periodo di riserva e perplessità, tende a controllare ritualmente il farmaco, che è spesso vissuto come un controllore interiorizzato, regolatore di distanze emotive e di pulsioni. Questi pazienti si tengono appunto distanti dai farmaci, impiegandone piccole dosi indispensabili oppure vi si legano con scrupolo e puntualità assoluta;

e) le personalità a funzionamento fobico-ansioso si rapportano al farmaco in modo lineare e favorevole, nella misura in cui questo interrompe il circolo insicurezza-ansia. La tendenza all'evitamento, tuttavia, accresce la perplessità provocata da alcuni effetti collaterali, sostenendo atteggiamenti di farmacofobia e farmacofilia;

f) i pazienti narcisisti, in genere, oppongono resistenze all'assunzione di farmaci anche in presenza di chiari sintomi psicopatologici. Il bisogno di negare la ferita, la mancanza narcisistica primaria, comporta la necessità di negare il farmaco, proprio se vissuto come rimedio [38];

g) nello *stile di vita* borderline, caratterizzato da alternanza di depressione e aggressività, il farmaco è vissuto in modo incostante come oppositore o riparatore oppure come non necessario alla proiezione delle parti "grandiose" [6] del Sé .

II. 4. I fenomeni *placebo* e *nocebo* sono aspetti peculiari e non definitivamente precisati del metabolismo psichico del farmaco;

a) per *placebo*, come è noto, si intende l'effetto terapeutico di una sostanza priva di azione farmacologica. Recentemente si è allargata l'accezione del termine al risultato favorevole di fattori psicoterapeutici specifici. Questo fenomeno di per sé evidenzia l'importanza delle comunicazioni intrapsichiche nell'attribuzione di valenze simboliche e rituali a oggetti, situazioni o persone [7, 26, 27]. Nell'accezione individualpsicologica si può ritenere che in alcuni individui, in certi stili di vita, accentuati bisogni inappagati di appartenenza, espressione del *sentimento sociale*, portano settori inconsci del Sé, specie il *Sé creativo*, ad attribuire ad alcune relazioni significative, mediate o no da farmaci, una forte carica di protezione e salvaguardia. Il prototipo di questa relazione intrapsichica amorevole, attivabile da fenomeni simbolici, interpersonali, sarebbe da ricercarsi in esperienze (sufficienti? carenti?) della cosiddetta tenerezza primaria [39, 6] nella diade madre-bambino. Funzionamenti psicosomatici e somatopsichici, che Adler aveva preconizzato nel concetto di inferiorità d'organo, di compensazione psichica e di linguaggio degli organi, starebbero alla base dei processi biologici (neurotrasmettitori, neuromodulatori) che producono l'effetto terapeutico. Come è noto ai farmacologi, non tutti i soggetti sono *placebo-responders*. L'effetto *placebo* è l'amplificazione della tendenza del soggetto, fornito di adeguato livello di *sentimento sociale*, a fidarsi degli altri, a chiedere aiuto, ad aiutarsi se si sente aiutato o crede di essere aiutato, attivando un processo di autoincoraggiamento [12] oppure esprime la tendenza patologica alla dipendenza, alla suggestionabilità?

b) Il *nocebo* presenta aspetti in parte speculari al *placebo*. È un fenomeno, ancora poco studiato, evidenziato da Delay, Pichot [10], Herzhaft [21] e si riferisce alla comparsa di effetti collaterali indesiderabili conseguenti alla somministrazione di sostanze placebo oppure, più recentemente, comprende gli effetti collaterali impropri per tipo ed entità di (psico) farmaci.

Gli effetti nocebo esprimerebbero la cosiddetta farmacoresistenza da fattori non farmacologici [2, 9, 18]. La mancanza di effetto terapeutico di farmaci non sarebbe in questo caso imputabile a inadeguata indicazione e neppure verosimilmente all'assenza di effetto farmacologico. Essa rappresenterebbe l'azione di fattori inconsci oppositivi al processo di guarigione. Tali fattori potrebbero essere l'espressione di istanze aggressivo-regressive, che la *volontà di potenza* immette sulla linea direttrice; esse, mediante processi tipici del linguaggio degli organi, interagirebbero con il metabolismo biochimico del farmaco. Questa farmacoresistenza, analogamente alla resistenza psicologica, poggia sul concetto di funzionamento ambivalente di alcune strutture psichiche coinvolte nell'origine sia del disturbo che dei sintomi-difesa psicopatologici. I sintomi psicopatologici, come è noto, per la Psicologia Individuale hanno una finalità ambivalente. Esprimono deficit, scissione, frammentazione, ma anche difesa e tentativo di riparazione; possono segnalare un conflitto tra istanze o finalità, ma anche l'impossibilità di una soluzione adattativa; una difesa, ma anche un'espressione creativa; il bisogno di avanzare, ma anche di retrocedere. Ogni manovra terapeutica, farmacologica o psicologica, minaccerebbe, quindi, di per sé l'equilibrio instabile che il sintomo rappresenta e indirettamente provoca le resistenze al cambiamento, all'abbandono dei sintomi a favore di un adattamento creativo al gruppo sociale di appartenenza.

III. *Le terapie articolate in psichiatria*

Il rapporto (sinergismo o antagonismo) tra farmacoterapia e psicoterapia [19] è stato uno dei più importanti problemi nella pratica clinica, visto che l'integrazione o la scelta dei due metodi di cura hanno posto non poche difficoltà. Nell'ultimo decennio un numero crescente di ricerche [11, 43, 24] conferma che, per quanto riguarda le psicosi, i disturbi borderline e la depressione, la combinazione di farmacoterapia e psicoterapia risulta la più efficace rispetto a una sola delle due. Il concetto di terapia integrata [22, 44, 17], combinata [9], articolata [34], in riferimento all'associazione di terapie farmacologiche e terapie psicologiche, è ormai accettato da molti psichiatri e psicoterapeuti afferenti a scuole diverse.

La Psicologia Individuale, rispetto alle altre psicologie del profondo, da tempo ha potuto fruire in modo non contraddittorio dell'articolazione dei due metodi di cu-

ra: fin dalle origini, il disturbo psico-patologico veniva attribuito sia a cause biologiche (cfr. l'inferiorità d'organo e le compensazioni psichiche) che a cause relazionali e sociali. Gli orientamenti epistemici della Psicologia Individuale, riferiti a un sistema di complessità che pone in costante e critica revisione il modello di riferimento (cfr. la concezione del "come se"), non controindicano, bensì sostengono coerentemente un'articolazione di interventi psicologici, biologici e socio-riabilitativi. Il *modello di rete*, elaborato da Rovera e coll. [35], si pone, infatti, come strumento di interazione di diversi riferimenti concettuali, patogenetici e operativi, tenendo conto del rischio sia di approcci riduzionistici che di collage eclettici.

III. 1. Una delle questioni controverse riguarda il problema se le due terapie, farmacologica e psicologica, siano da condursi da due terapeuti o da uno solo [9]. Attualmente è riconsiderata l'opportunità di un solo terapeuta, il quale introdurrebbe il farmaco come un parametro all'interno della relazione terapeutica con tutte le conseguenze che ne derivano. Nella casistica di pazienti psicotici e depressi, a cui si riferiscono queste osservazioni, si è notato che per alcuni pazienti è preferibile un unico terapeuta, per altri il farmaco si prestava a mediazioni ambigue e non recuperabili analiticamente. L'orientarsi verso l'una o l'altra strategia non ha un valore assoluto, ma relativo alla personalità sia del paziente che del terapeuta.

III. 2. Nei pazienti osservati la strategia complessiva di presa in carico era appunto afferente al *modello di rete* [35, 36]. I nodi significativi per la rete degli interventi riguardano pertanto correlazioni patogenetiche e terapeutiche:

- a) la meiotopia d'organo (il processo biologico a livello del Sistema Nervoso Centrale) in connessione con la psicofarmacoterapia;
- b) le modificazioni intrapsichiche del Sé e la psicoterapia individuale;
- c) le relazioni interpersonali e l'approccio socio-riabilitativo tramite l'appoggio psicoterapeutico alla famiglia, attuato da un secondo terapeuta.

Gli interventi a rete [36] si articolano tramite un' équipe, costituita da due e talora tre curanti. Un terapeuta si prende cura del paziente, mentre un secondo terapeuta (o terapeuta ausiliario) contemporaneamente avvia un rapporto in una dimensione psicoterapeutica con uno o più membri della famiglia; in ogni caso si tratta sempre anche della madre. La terapia farmacologica in genere è somministrata dallo psicoterapeuta. Il terapeuta ausiliario coordina anche altri eventuali operatori della riabilitazione. È nel tempo e nello spazio della relazione terapeutica che si ripropongono gli stili relazionali interpersonali del paziente, che si collegano agli schemi della comunicazione intrapsichica. Nella relazione terapeutica propria degli interventi articolati vi è trasmissione/ricezione di informazioni cognitive e affettive da parte dei tre attori della comunicazione: paziente, farmaco e psichiatra. Sia che i disturbi relazionali concorrano a generare disturbi psichici o sia-

no invece l'espressione di alterate informazioni biologiche a livello cerebrale, la relazione col paziente assume comunque la funzione centrale sia nel processo diagnostico che in quello terapeutico. Lo psichiatra che prescrive un farmaco somministra in qualche modo anche se stesso. Tale consapevolezza dona senso di per sé psicoterapeutico allo psichiatra, posto tra estremizzazioni "psicologistiche" e "neurologistiche" [17] e qualifica il farmaco come agente relazionale [8]. Infatti, mentre si può realizzare una psicoterapia senza l'uso di farmaci, non è possibile il contrario. «La prescrizione di un farmaco è di per sé un atto terapeutico, indipendentemente dalla sua azione farmacologica, e chi lo prescrive assume agli occhi del paziente la duplice relazione... del persecutore e del protettore, palesemente come nella esperienza psicoterapeutica delle psicosi» (8, p. 30).

III. 3. Gli stili del metabolismo psichico del farmaco, vero analizzatore semeiologico per Delay [10], si ripropongono a livello interpersonale e configurano, all'osservazione partecipante del terapeuta, un autentico veicolo di relazioni significative: con il terapeuta e con i familiari. Così il farmaco vissuto inizialmente come simbolo privato e arbitrario (nelle accezioni e distorsioni di cui si è detto), diventa farmaco-codice: sistema di comunicazione meno ambiguo, perché su di esso medico e paziente convergono accettandone un significato almeno neutrale. Esso si pone come vero mediatore consensuale (precursore di esperienza partecipativa) tra le valenze positive ed evolutive, attribuitegli dal medico, e quelle anche aggressive, regressive, narcisistiche, persecutorie proiettate dal paziente. Nei pazienti osservati, gravi depressi o psicotici, antidepressivi e neurolettici hanno agevolato il contatto iniziale: sono stati accettati, seppur problematicamente, come strumenti per correggere la percezione pessimistica del paziente o per proteggere lo stesso dalle ostili influenze degli *altri*. Aderire alla prescrizione farmacologica, nel codice duale terapeutico, ora significa accettare il deficit [39], premessa tattica indispensabile per la successiva strategia psicoterapeutica di alleanza con il deficit: prima il terapeuta e poi, identificatoriamente, il paziente. Era questo un segnale di residui importanti del sentimento di appartenenza [3]: ruderi regressivi o arresti evolutivi.

È ormai nota l'influenza che gli psicofarmaci neurolettici possono avere sull'elaborazione delle informazioni biologiche e intrapsichiche e, quindi, sulle cariche aggressive verso il Sé o l'esterno, come pure l'azione riparativa degli antidepressivi su certi neurotrasmettitori e, quindi, sui processi affettivi. Essi costituiscono una specie di protesi biologica, che parzialmente rimedia appunto un'inferiorità d'organo a livello del Sistema Nervoso Centrale. Essa è al contempo una protesi anche psicologica, unificante i diversi frammenti del Sé: contiene, controlla, in parte, il profondo sentimento di minaccia dello psicotico e ripara, in parte, i vissuti di perdita del depresso. Qui si pongono spesso le premesse per il nucleo di una protesi relazionale quale sarà la successiva alleanza di lavoro psicoterapeutico.

III. 4. Queste interazioni hanno spesso costituito, infatti, un prolungamento protettivo della presenza del terapeuta, come abbozzo di struttura di coesione del Sé. Hanno favorito una *psicopatologia progressiva* [4] nel senso che in essa si articolano intenzionalità, che la trascendono verso la ripresa dello sviluppo del Sé. Nei depressi, per esempio, a una iniziale riluttanza ad accogliere il farmaco, espressione dell'estrema, seppur denegata, rabbia vendicativa, si è sostituita talora una spiccata dipendenza, solo apparentemente regressiva: essa, infatti, rappresentava l'iniziale riconoscimento dei bisogni di amore e di riparazione. Per lo psicotico l'amplificazione degli effetti collaterali (effetto nocebo?), brusche sospensioni, voraci assunzioni esprimono il bisogno regressivo di rifiutare il farmaco e il terapeuta; segnalano pur sempre la strategia psicotica di allontanamento onnipotente dell'*altro*, tuttavia rivelano spesso che un contatto si è stabilito. Il terapeuta dovrà mediare tra indicazioni farmacologiche e psicologiche per non scoraggiare i primi tentativi di comunicazione consensuale. L'impiego dei farmaci si è costituito successivamente come oggetto-contenuto di psicoterapia. Gli aggiustamenti posologici, la sostituzione e la sospensione dei farmaci, la correzione degli effetti collaterali sono stati spesso proposti e vissuti come metafore, favorendo chiarificazioni o confronti e anche ipotesi interpretative. Difficili *compliances*, farmacoresistenze da fattori non farmacologici, sono state talora discusse come resistenze alla guarigione e utilizzate per una più favorevole adesione del paziente al programma terapeutico. Il farmaco ha rappresentato un veicolo o un ostacolo al servizio, comunque, della relazione terapeutica e dei movimenti transferali e controtransferali. Talvolta i farmaci possono svolgere la funzione di "controatteggiamento protettivo" da parte del terapeuta, per prevenire il contagio dello scoraggiamento e della disperazione, sempre possibili durante la psicoterapia di gravi pazienti psicotici.

III. 5. Non infrequentemente, tuttavia, nelle terapie articolate si è riscontrato il rischio di indurre una *psicopatologia regressiva*, talora con aspetti iatrogeni. L'effetto terapeutico dei farmaci sui sintomi, talvolta, non facilita in certi pazienti la decodifica del senso del finalismo degli stessi sia nell'accezione di significato che di direzione. È questo il cosiddetto effetto narcosi della terapia farmacologica: il sintomo viene narcotizzato senza che sia possibile accedere al disturbo sottostante a causa delle resistenze del paziente. Non vi è, in questo caso, consapevolezza strategica del terapeuta rivolta, per esempio, ad un processo di incoraggiamento tattico, bensì la sua collusione inconsapevole. Il conflitto, relazionale e/o intrapsichico, il deficit e le mete fittizie compensatorie, a cui i sintomi si riferiscono, rimangono non analizzate e il paziente perde un'importante occasione di maturazione del Sé. Il terapeuta deve invece incoraggiare il paziente ad una corretta interpretazione delle cause dei cambiamenti conseguiti, sorvegliando i rischi di dipendenza farmacofila e di processi di autosvalutazione o di ipervalutazione. Un'ulteriore occasione di psicopatologia regressiva è insita nelle alleanze collusive col farmaco da parte dei familiari dei pazienti. Il farmaco è così uno strumento di comunicazione distorta o paradossa, rivolto a mantenere la "designazio-

ne" del paziente, funzionamenti di pseudomutualità, di doppio legame, etc. In questi casi e per prevenire queste interferenze, è stato introdotto nella strategia di rete un secondo terapeuta con funzione di sostegno alla famiglia; periodicamente egli si confronta con il terapeuta del paziente.

IV. Conclusioni

Le terapie articolate, o combinate, farmaco-psico-terapeutiche sembrano costituirsi nelle dinamiche tra i vari nodi (biologico, psicologico e sociale), in cui si articolano i fattori patogenetici dei disturbi mentali più gravi. Ciò comporta, tra il comprendere e l'agire della presa in carico, l'attivazione di alcuni canali di connessione che risultano i costituenti specifici di questo approccio. La Psicologia Individuale appare particolarmente idonea a fornire contributi epistemologici a questo tipo di relazione terapeutica. Essa, flessibilmente e nell'ambito di una strategia complessiva, viene elaborata dal *Sé creativo* del terapeuta con strumenti diversi: il farmaco, l'atteggiamento partecipativo e incoraggiante del terapeuta, le proposte interpretative, il secondo terapeuta d'appoggio alla famiglia. Questi strumenti si riferiscono mediante canali di connessione ai diversi nodi patogenetici del disturbo.

La *psicologia dei farmaci*, mediante altre ricerche e osservazioni, consentirà di fornire ulteriori precisazioni circa gli stili delle corrette trasmissioni e traduzioni che formano questi canali, che, comunque, si situano tutti nella "presenza" significativa del terapeuta accanto al suo paziente.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di Vaslaviski Nijinski, in ANSBACHER, L. H., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1981), *Adler e Nijinski*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., n. 6, Milano.
2. ALTAMURA, C. A. (1990), Pseudofarmacoresistenza nelle psicosi maggiori, in ALTAMURA, C. A. (a cura di, 1990), *Psicofarmacoresistenza: problemi e prospettive*, Idelson, Napoli.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
4. BENEDETTI, G. (1988), *La schizofrenia*, Guerini e associati, Milano.
5. BERNEHEIM, H. (1866), *Suggestive therapeutives: A creative on the nature and uses of hipnotism*, Ass. Bookseller, Westport Conn., 1957.
6. BOLTERAURER, L. (1982), Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von Kohut und individualpsychologischen Aspekt, *Z. f. Individualpsychol.*, 6: 76-84.
7. CASSIERS, L., LUTS, A. (1988), Le placebo ou la question de l'effet du symbole sur la physiologie, *Psychoterapies*, 2: 71-82.

8. DE MARTIS, D. (1990), Il farmaco come agente relazionale. Implicazioni di ordine cognitivo ed emozionale, in ALTAMURA, C. A. (a cura di, 1990), *Psicofarmacoresistenza. Problemi e prospettive*, Idelson, Napoli.
9. DEL CORNO, F., LANG, M., TAIDELLI, G. (1986), *Il medico, il paziente e le loro medicine*, Angeli, Milano.
10. DELAY, J., PICHOT, P. (1962), *L'effet placebo. Abrégé de psychologie*, Masson, Paris.
11. DI MASCIO, A., WEISSMAN, M. M., PRUSOFF, B.S., NEV, C., ZWILLING, H., KLERMAN, G. L. (1979), Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 36: 1450-6.
12. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1974), *Encouraging children to learn: the encouragement process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti e Barbera, Firenze.
13. FASSINO, S. (1985), A proposito del Sentimento Sociale quale struttura per la comunicazione intrapsichica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 22-23: 30-42.
14. FASSINO, S. (1986), Per una teoria Individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
15. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psychol. Doss.*, 1: 61-91.
16. FERRERO, A. (1988), Riflessioni per una teoria del conflitto nell'ambito della Psicologia Individuale, in PETRELLA, F. (a cura di, 1988), *Modelli e tecniche in psicoterapia*, C. S. T., Torino.
17. FRENI, S., GIORDANO, P., LA BARBERA, D. (1987), Psicofarmacoterapia: indicazioni cliniche, *Psichiatria e Medicina*, 1, 7: 56-68.
18. GRAM, L. F. (1990), Le basi psicofarmacocinetiche della psicofarmaco-resistenza, in ALTAMURA, C. A. (a cura di, 1990), *Psicofarmacoresistenza: problemi e prospettive*, Idelson, Napoli.
19. GUYOTAT, J., MARIE-CARDINE, M. (1975), Medicaments psychotropes et psychotherapies, *E. M. C. Psychiatrie*, 37820 B90: 425-434.
20. HEEISTERKAMP, G. (1983), Psychotherapie als beziehungs analyse, *Z. f. Individualpsychol.*, 9, 8: 86-106.
21. HERZHAFT, G. (1969), L'effet nocebo, *L'Encephale*, 58: 486-93.
22. KARASU, T. B. (1982), Psychotherapy and pharmacotherapy toward an integrative model, *Amer. J. Psych.*, 139: 1102-1113.
23. MOSAK, H. H. (1977), The Psychological Attitude in Rehabilitation, in *On Purpose, Collected papers*, Adler Institute, Chicago.
24. MURPHY, G. E., SIMONS, A. D., WETZEL, R. D., LUSTMAN, P. J. (1984), Cognitive therapy and pharmacotherapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: 33-41.
25. MURRY, E., MISKIN, M. (1985), Amygdolectomy impairs crossmodal association in monkeys, *Science*, 228: 604-612.
26. PANCHERI, P. (1984), L'effetto placebo e i fattori terapeutici specifici, in PANCHERI, P. (a cura di, 1984), *Trattato di Medicina Psicosomatica*, Uses, Firenze.
27. PANCHERI, P. (1991), Psicobiologia e farmacologia del placebo, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1991), *Psicopatologia e farmaci: interazioni somatiche, psicologiche e sociali*, C. S. E., Torino.
28. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, C. S. T., Torino.
29. PICHOT, A. (1983), *Le rapport du biologique et du psychologique chez l'animal et chez l'homme*, Cabay, Louvain la Neuve.
30. RINGHEL, E. (1984), Die begegnung der Individualpsychologie mit der Psychoanalyse, *Beitr. z. Individualpsychol.*, 3: 22-29.

31. ROSSI, E. L. (1988), *La psicobiologia della guarigione psico-fisica*, Astrolabio, Roma.
32. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di, 1993), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano
33. ROVERA, G. G. (1991), Prefazione a Psicopatologia e Farmaci, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1991), *Psicopatologia e Farmaci: interazioni somatiche psicologiche e sociali*, C. S. E., Torino.
34. ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO, D., SCARSO, G., TORRE, E. (1984), Articulated therapies in schizoaffective disorders, in CAZZULLO, C. L. (a cura di, 1984), *Schizophrenia: an integrative view*, Ghedini, Milano.
35. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. di Ipnosi, Min. Med.*, 74: 1-7.
36. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1989), Interventi psicoterapeutici a rete in pazienti psicotici, in VOLTERRA, V. (a cura di, 1989), *La relazione terapeutica nelle psicosi*, C. S. T., Torino.
37. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1991), Farmacoresistenza da fattori non farmacologici e relazione terapeutica, in ROVERA, G. G. & COLL, *Psicopatologia e farmaci: interazioni somatiche, psicologiche e sociali*, C. S. E., Torino.
38. ROVETTO, F. (1990), *Elementi di psicofarmacologia per psicologi*, F. Angeli, Milano.
39. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individual psychologie im deutschsprachigen Raum, *Z. f. Individualpsychol.*, 10: 226-36.
40. SHULMAN, B. H. (1981), "Life style", in *Contribution to Individual Psychology - Selected Papers*, Adler Institute, Chicago.
41. SPIAZZI, R. (1984), *Problemi di psicodinamica farmacologica*, Ermes, Milano.
42. TENBRINK, D. (1985): Personlichkeit als zielgerichtete Einheit das Konzept vom intrapsychische Konflikt, *Z. f. Individualpsychol.*, 10: 44-56.
43. WEISSMAN, M. M., KLERMAN, G. L., PRUSOFF, B. A., SHOLOMSKAS, D., PARDIAN, N. (1981), Depressed outpatients, *Arc. Gen. Psychiatry*, 38: 51-55.
44. ZAPPAROLI, G. G. (1985), *La psichiatria oggi: proposta di un intervento integrato terapeutico*, Stimmgraf, Verona.

Secondo Fassino
Via Milazzo, 2
I-10133 Torino