

LIGURIA STRATEGICA

Giornale Mensile dei Centri di Terapia Strategica e degli Studi aderenti alla
Supervisione Strategica della Liguria

Dicembre 2023, Anno 4 N. 6

Neuropsicofarmacologia strategica

Editoriale di **Andrea Vallarino** intervistato da **Veronica Alloisio**



Perché noi strategici questa sera parliamo di psicofarmaci?

Ne parliamo perché siamo degli incauti e questa sera ci inoltriamo su una strada minata. Le mine su questa strada sono tante: il marketing delle aziende farmaceutiche, le ideologie psichiatriche, ma anche le ideologie degli psicoterapeuti, il

sogno erotico di tutti gli psichiatri di trasformare la psichiatria in una scienza medica come sono tutte le altre scienze mediche.

Però è importante parlarne perché gli psicofarmaci, che ci piaccia o no, sono sempre più venduti, sono sempre più commercializzati. Devo purtroppo osservare che ormai tutte le persone che vengono da me, non dico il cento per cento, ma quasi, prendono già psicofarmaci, prima di iniziare la psicoterapia, prescritti da altri medici, medici di medicina generale, psichiatri, neurologi, cardiologi ...

Quindi noi dobbiamo provare a fare chiarezza su questo argomento a partire da una domanda impertinente, la domanda è: perché sono così diffusi gli psicofarmaci?

E cercheremo, nel corso di questa intervista, di dare una risposta pertinente dal nostro punto di vista strategico.

Quando ha inizio la psicofarmacologia moderna, quali sono i primi psicofarmaci scoperti?

Per capire la psicofarmacologia di oggi bisogna partire dalle origini, perché dalle origini si capiscono molte cose. Le origini non sono molto lontane perché la psicofarmacologia moderna è nata a metà del secolo scorso, negli anni '50, quindi recentemente ed è nata in modo originale ed anche illustrativo di come si è poi evoluta.

E' nata da un medico chirurgo francese, in forza alla marina militare francese, lui era un chirurgo ed aveva scoperto un farmaco, un antistaminico che si era rivelato un buon coadiuvante dell'anestesia, induceva anche sedazione, ipnoinduceva, quindi dopo ne ha anche proposto l'impiego in psichiatria.

E qui si capiscono le caratteristiche degli psicofarmaci che sono ancora attuali. Nasce da un chirurgo e quindi non da uno psichiatra, nasce per un altro motivo e quindi casualmente e questo farmaco poi ha fatto un suo percorso per avvicinarsi alla psichiatria.

Henry Laborit era il nome del chirurgo, è stato anche un filosofo, un biologo, una figura eminente, prima ha proposto il farmaco in chirurgia e in anesthesiologia, poi in ostetricia e ginecologia, perché aveva proprietà antiemetiche, quindi veniva somministrato alle donne incinte nella fase della gestazione in cui compaiono le nausee e il vomito ed infine lo propose in psichiatria.

Era la **clorpromazina**, commercializzata in Gran Bretagna con il nome di Largactil (che vuol dire ad azione larga) tuttora in commercio, negli Stati Uniti con il nome di Torazina.

Questo tortuoso percorso di avvicinamento alla psichiatria ha fatto dire ai soliti maligni che la clorpromazina fosse un farmaco in cerca di una malattia da curare.

Questo primo farmaco ha fatto gridare da subito al miracolo: gli psichiatri avevano finalmente una medicina come tutti gli altri medici. Da lì poi seguirono altri farmaci

nati da altre ricerche sempre avvenute fuori dalla psichiatria. Un infettivologo, facendo ricerche su antibiotici che potessero colpire i germi Gram negativi (la penicillina era attiva sui batteri Gram positivi, ma non sui Gram negativi) si imbattè in un farmaco con proprietà ansiolitiche, il meprobamato, commercializzato poi con il nome di Miltown. E qui nasce una seconda categoria di farmaci, i tranquillanti.

La clorpromazina viene classificata come tranquillante maggiore per le sue caratteristiche di contrastare i sintomi della psicosi, deliri e allucinazioni e quindi poi come antipsicotico, il meprobamato come tranquillante minore e poi come ansiolitico. Poi nasce un terzo farmaco che deriva dal propellente che usavano i tedeschi durante la seconda guerra mondiale per lanciare le V2, le armi segrete di Hitler.

Finita la seconda guerra mondiale da questo propellente è stata sintetizzata l'iproniazide, un farmaco antitubercolare, che ha dimostrato, una volta somministrato nei sanatori ai pazienti con la tubercolosi, proprietà energizzanti. Un reporter scrisse che i pazienti trattati con questo farmaco ballavano di fronte ai fotoreporter.

Nasce così il primo antidepressivo, che curiosamente deriva dal carburante per i razzi. Il termine antidepressivo compare per la prima volta ad opera del New York Times nel 1959.

Si vede da subito l'originalità della psicofarmacologia: non c'è un farmaco che nasce in psichiatria, sono farmaci che nascono casualmente da altre ricerche.

Questi farmaci hanno inaugurato i filoni degli antipsicotici, degli ansiolitici e degli antidepressivi, che sono i filoni che ancora governano la psicofarmacologia.

Queste scoperte casuali sono importanti da un punto di vista storico perché mettevano in soffitta le terapie precedenti. Le terapie precedenti nei manicomi per i poveri malati di mente erano la **lobotomia**, quindi la distruzione chirurgica dei lobi frontali ideata da un medico portoghese insignito con il premio Nobel per questa tecnica, con la motivazione di aver estirpato la malattia mentale con la chirurgia, con il bisturi.

Poi la **malariaoterapia**: si infettavano i pazienti con il parassita della malaria perché un medico austriaco sosteneva che la malaria poteva contenere i deliri e le allucinazioni. Nei manicomi si allevavano le zanzare anopheles e si infettavano i pazienti con la conseguenza anche della morte.

Poi il **coma ipoglicemico**. Si induceva nei malati di mente ripetutamente il coma ipoglicemico con l'infusione di insulina ad alti dosaggi, coma da cui i pazienti venivano risvegliati in modo drammatico con endovene di glucosio.

Una quarta terapia drammatica era la terapia elettroconvulsivante: l'**elettroshock**. Sulla base dell'osservazione, poi dimostratasi errata, che gli epilettici svilupparono malattia mentale in percentuale minore rispetto al resto della popolazione, si inducevano crisi epilettiche nel paziente attraverso scariche elettriche.

L'elettroshock purtroppo è ancora in uso in alcuni ospedali e cliniche psichiatriche.

Erano le terapie medioevali messe in soffitta dai farmaci scoperti tra il 1949 ed il 1959.

Quante sono le molecole attualmente in uso?

Secondo un autore americano, Stephen Stahl, dell'Università di San Diego, sono 143 le molecole attualmente in commercio in Italia, in Europa ed in America. Io, per non essere da meno, ne ho contate 144.

Queste **144 molecole** sono classificate secondo i criteri che ho già indicato prima.

Ci sono i **neurolettici**, termine che deriva dal greco, che vuol dire arresto delle funzioni nervose. Sono i derivati del primo farmaco che aveva scoperto il chirurgo francese.

Ne abbiamo a disposizione diversi sottotipi. Antipsicotici convenzionali, prima di tutto l'aloiperidolo, commercializzato con il nome di Serenase, Haldol, che siccome hanno molti effetti collaterali anche gravi, spesso viene sostituito con farmaci detti antipsicotici di 2a e 3a generazione, atipici, che hanno un po' meno effetti collaterali ed anche un po' meno attività antipsicotica. Sono farmaci che lavorano su un neurotrasmettitore che si chiama dopamina.

La dopamina è una sorta di acceleratore delle funzioni nervose. Quando ci innamoriamo la dopamina sale, quando mangiamo la cioccolata la dopamina sale. Nelle psicosi la dopamina per tanti motivi ha effetti eccessivi, i neurolettici bloccano i recettori su cui agisce, in particolare un recettore che viene denominato D2, limitando e contenendo deliri e allucinazioni.

Poi ci sono gli **antidepressivi**, di tre categorie, che innalzano i livelli di dopamina, di noradrenalina e di serotonina. Quelli più famosi in questo momento sul mercato sono le molecole che innalzano la serotonina, i farmaci serotoninergici che hanno mandato in soffitta gli altri farmaci, gli anti MAO, MAO è un acronimo che sta per Monoaminossidasi, quindi farmaci inibitori delle monoaminossidasi che elevano tutti i neurotrasmettitori che sembrano deficitari nella depressione, quindi che innalzano la dopamina, la noradrenalina e la serotonina.

Poi c'erano gli antidepressivi triciclici che lavorano sulla noradrenalina, triciclico vuol dire che nella struttura della molecola ci sono tre anelli. I serotoninergici, come detto, hanno mandato in soffitta in questo momento anche per motivi di cassetta gli iMAO ed i triciclici, perché gli iMAO ed i triciclici sono più difficili da gestire per il medico. I serotoninergici sembrano più facili da gestire per cui di fatto adesso sono gli antidepressivi più venduti.

Poi c'è il grande capitolo degli **ansiolitici** che fanno innalzare le funzioni di un altro neurotrasmettitore, l'acido gamma amino butirrico (GABA), che al contrario della dopamina, è una sorta di freno del cervello.

I neuroscienziati sostengono che se si innalzano i livelli del GABA, crollano tutti gli effetti dell'ansia, il cervello si attiva di meno, prende le distanze dalle cose del mondo.

Poi c'è un altro grande capitolo, assolutamente controverso, che è il capitolo degli **stabilizzatori dell'umore**, introdotto più recentemente.

Questo per dire che dal 1950 ad oggi non ci sono grandissime novità sul mercato, perché sempre di antipsicotici, antidepressivi, e ansiolitici parliamo.

Di fronte agli psicofarmaci, quelli che hanno gridato al miracolo hanno fatto un'analogia tra gli psicofarmaci e gli antibiotici.

Come gli antibiotici hanno risolto le malattie infettive, gli psicofarmaci finalmente curano la malattia mentale anche per risolverla definitivamente.

E qui c'è stato un **salto logico** incredibile che va spiegato. Perché adesso tutti prendono psicofarmaci, perché gli psichiatri danno psicofarmaci, perché sono tutti convinti che se c'è un problema, panico, etc., vuol dire che manca qualche molecola nel cervello che occorre somministrare dall'esterno per riequilibrare le funzioni cerebrali?

Perché il salto logico è stato questo: non solo abbiamo trovato dei farmaci che contrastano dei sintomi, ma questi farmaci spiegano la causa della malattia.

Se la serotonina fa alzare l'umore del paziente, vuol dire che la depressione è causata dalla mancanza di serotonina. E' come se un infettivologo dicesse: poichè gli antibiotici risolvono la polmonite vuol dire che la polmonite è causata dalla mancanza di antibiotici nel sangue del paziente. Visto che la psichiatria vuole eguagliare le altre discipline mediche, nelle altre discipline mediche si fa un ragionamento molto lineare. C'è una malattia, la si descrive, si scopre la causa e in base alla causa si fa la terapia, ma nessuno osa dire che la terapia indica la causa. In psichiatria è stato fatto questo salto logico.

Poichè il neurolettico limitando gli effetti della dopamina sembra che tenga a bada alcuni sintomi della psicosi: i deliri, le allucinazioni, etc., vuol dire che i deliri e le allucinazioni sono causati dalla dopamina, da un eccesso di dopamina, ma questo è un salto logico che è fraudolento dal punto di vista professionale e ovviamente è stato cavalcato dalle aziende farmaceutiche.

E' un salto logico facile da smentire perché se è vero che gli antibiotici hanno debellato le malattie infettive, più antibiotici hanno creato meno malattie infettive, come mai più psicofarmaci hanno creato una vera epidemia di diagnosi psichiatriche?

I conti non tornano. Questo è il salto logico che sta inducendo tutti gli psichiatri a prescrivere psicofarmaci a "secchiate". C'è l'idea che se una donna ha una sindrome premestruale più marcata, questa potrebbe essere un disturbo bipolare da riequilibrare farmacologicamente. In base a questo salto logico si trasformano situazioni fisiologiche in malattie.

E' un salto logico che è sotto il naso di tutti, ma che nessuno vede. Altri ricercatori dicono che è vero che abbiamo dei farmaci, è vero che certi farmaci contengono i

sintomi, le allucinazioni, i deliri, etc., ma sono farmaci che creano delle perturbazioni mentali che hanno come effetto collaterale il fatto che hanno effetti benefici. Hanno degli effetti negativi, ma come effetto collaterale hanno il beneficio di contenere dei sintomi, quindi non sono terapeutici.

Non possiamo fare l'analogia con il diabete e l'insulina. Come nel diabete va data insulina per tutta la vita, così nella malattia mentale dobbiamo dare psicofarmaci per tutta la vita. È una analogia che non calza da un punto di vista logico, l'analogia va fatta piuttosto con l'alcool e le droghe. L'alcool e le droghe all'inizio hanno anche effetti benefici, poi quando saturano le cellule nervose hanno effetti negativi.

Questi secondi ricercatori ovviamente mettono un po' in crisi il sistema, ne cito uno per tutti, Thomas Szasz, psichiatra ungherese che avevano tacciato di aver assassinato la psichiatria; lui per tutta risposta ribadì: "spero proprio di esserci riuscito".

Insomma gli psicofarmaci sono molecole che creano perturbazioni negative con effetti collaterali desiderati e non molecole curative con qualche effetto collaterale negativo.

E soprattutto gli effetti collaterali benefici si possono avere all'inizio, ma poi il decorso clinico va monitorato, perché sul lungo periodo gli psicofarmaci possono dare cronicizzazione e addirittura creare le malattie mentali che dovrebbero curare. Ad esempio alcuni studi clinici dimostrano che antipsicotici assunti per lungo periodo possono creare psicosi anche peggiori di quelle iniziali per cui erano stati prescritti.

Qual è l'uso corretto degli psicofarmaci?

L'uso corretto degli psicofarmaci è quello strategico. Uno degli effetti collaterali negativi degli psicofarmaci è stato di aver messo in ombra la relazione e la comunicazione medico paziente.

Si prescrivono psicofarmaci come si potrebbero prescrivere gli antibiotici. Volendo l'antibiotico lo puoi anche prescrivere al telefono perché è la molecola che cura la persona, lo psicofarmaco, visto che penso che sia uno strumento che crea perturbazioni, ma che non sia curativo fino in fondo, deve essere inserito in una ben chiara **relazione medico paziente**, con una **comunicazione** altrettanto chiara, dopodiché il farmaco deve essere inserito come uno degli strumenti strategici, che vuol dire che ci deve essere un piano terapeutico, con un obiettivo terapeutico, può anche essere che il farmaco mi aiuti a raggiungere momentaneamente o anche definitivamente l'obiettivo ma deve essere chiaro il progetto e non può essere dato sul sintomo: come stai?, eh, c'ho un po' d'ansia, ansiolitico!, sì, però ultimamente sono un po' giù di morale, antidepressivo!, però ogni tanto sto anche bene, quindi stabilizzatore di umore!, sai però ogni tanto mi sembra di udire delle voci, antipsicotico!

Tu entri, dici cinque cose, dopo cinque minuti sei fuori con una lista di farmaci.

Questo sta distruggendo la psichiatria e la credibilità degli psichiatri, non Thomas Szasz. Quindi l'uso degli psicofarmaci deve essere fatto all'interno di un programma terapeutico ben preciso, dove sono uno degli strumenti, non l'unico e questo anche nelle malattie più gravi, come possono essere le psicosi quelle vere, come nel disturbo bipolare quello vero. Perché la gran parte dei disturbi bipolari come vengono definiti oggi non sono veri. L'80% per cento di quelli che vengono in terapia da me, sono già stati diagnosticati da altri medici come bipolari, impossibile, impossibile statisticamente.

Quando andavo all'Università, quarant'anni fa, il disturbo bipolare era una malattia considerata assolutamente rara.

Se ne vedevano una manciata in una clinica psichiatrica in un anno. Improvvisamente sono diventati più diffusi del raffreddore.

Accanto al disturbo bipolare di tipo I, che è gravissimo, che è raro, dove è indicata secondo me solo la farmacologia e non la psicoterapia, è stato creato in modo scorretto il disturbo bipolare di tipo II, in cui possiamo rientrare tutti.

Voi capite che il budget di un'azienda farmaceutica dal curare cinque persone in una clinica psichiatrica in un anno al passare a curare milioni di persone, voi capite che cambia tutto. **Il disturbo bipolare di tipo II è una creazione della farmacologia**, ma non esisteva in natura fino agli anni '80.

Anche gli psichiatri organicisti non sanno bene cosa vuol dire bipolare, non sanno bene come classificarlo, se è più mania, se è più depressione, ci sono delle controversie anche fra gli psichiatri più tradizionalisti.

Però poi la cura sapete qual è?

È prendere tutti gli antiepilettici e brevettarli, farli accreditare come stabilizzatori dell'umore. Anche qui vedete c'è un vizio d'origine, non c'è ricerca farmacologica in psichiatria, c'è in altre discipline per esempio nella neurologia dove gli antiepilettici hanno una funzione ben definita e chiara, siccome che gli antiepilettici tengono a bada le onde elettriche del cervello si è pensato che tengano anche a bada gli eccessi degli umori delle persone, sono stati trasferiti ai pazienti diagnosticati come bipolari.

Ma con che criterio un antiepilettico diventa uno stabilizzatore dell'umore?

Il primo fra tutti che è quello più distribuito è il depakin, l'acido valproico e anche qui c'è un qualcosa di rischioso perché l'antiepilettico dato a chi non è epilettico nel momento in cui glielo toglie può creare epilessia, quindi può creare malattia anche duratura.

Vedete che c'è una spinta del mercato a diffondere l'epidemia di prescrizioni psicofarmacologiche, cui partecipa anche l'ideologia psichiatrica. Perché è comodo, parliamoci chiaro, se io vedo venti persone in un giorno e ci sto cinque minuti per ognuno e c'ho l'antidepressivo lì e lo tiro fuori dalla tasca e glielo do è tutto molto più comodo, però questo è un modo che non è funzionale al ragionamento, non è

funzionale ai pazienti, non è neanche funzionale a noi perché perdiamo credibilità.

Quindi gli antiepilettici sono la principale cura del disturbo bipolare, ma il disturbo bipolare è stato creato, ma statisticamente era un disturbo assolutamente minoritario. Poi quando c'è, vanno dati i farmaci, vanno dati gli stabilizzatori dell'umore, vanno dati anche i Sali di litio.

Il litio è un metallo leggero. I giacimenti di litio sono nelle rocce al largo della Svezia, è un metallo che si è scoperto ha effetti positivi nel disturbo bipolare quello vero, ma il disturbo bipolare vero è quello di colui che improvvisamente fa cose che non rientrano nella sua personalità, è il dottor Jekyll che diventa Mister Hyde.

Non è quello che ha un pochino di umore basso poi ogni tanto gli si alza l'umore, questo non è bipolarismo. E oltretutto, questo non lo diciamo solo noi, lo dicono anche eminenti psichiatri biologi, molti disturbi bipolari sono stati creati dagli antidepressivi. Un paziente ha un po' l'umore basso, gli viene dato l'antidepressivo e improvvisamente vira nell'euforia, ma la gran parte dei disturbi bipolari che si vedono quelli che sembrano veri ma non sono veri, sono creati dagli antidepressivi.

Qui si conferma una che il farmaco se gestito male non solo non è curativo, ma diventa patologizzante.

Poi dal punto di vista strategico c'è chi dice che il farmaco cura la malattia, c'è chi dice che il farmaco va usato come farmaco. **Bisognerebbe anche usare il farmaco non centrato sulla malattia, non centrato sul farmaco, ma centrato sul paziente.** Che cosa vuol dire. Vuol dire che le persone vanno ascoltate, perché la prima ricerca in psichiatria è ascoltare la gente quello che dice. Una per tutte?

So adesso di dire una cosa scandalosa, ma proviamo a dirla, la serotonina non è un antidepressivo.

Lo sapevano i miei docenti di psichiatria all'inizio degli anni '80, lo sanno anche i pazienti, se li ascolti ti dicono che sono più protetti dal punto di vista emotivo dopo che hanno preso il serotoninergico, quindi lo zoloft, il sereupin, il citalopram, l'escitalopram, la fluoxetina che è il prozac, ti dicono che sentono meno le cose, mi sento più protetto, sento meno dolore, sento meno rabbia, ma sento anche meno le cose positive.

La fidanzata o il fidanzato a fianco ammiccano dicendo è vero è meno reattivo, ma è anche meno reattivo nelle cose in cui dovrebbe esserlo. Quindi sono dei tamponi che frenano le emozioni, le frenano però tutte, ma non sono antidepressivi. Te lo dicono i pazienti, non te lo dicono le aziende farmaceutiche, non te lo dicono gli psichiatri biologi, ma te lo dicono i pazienti. Quindi l'uso strategico del farmaco consiste nel centrare la prescrizione sul paziente all'interno di un definito progetto strategico, dove ascolto, comunicazione e relazione prevalgono sulle indicazioni farmacologiche teoriche delle fonti ufficiali.

Concludo citando un poeta greco del IV secolo a.C., Menandro, per evitare di patologizzare le cose che non sono patologiche, lui scriveva “Sono un uomo e questo è un buon motivo per essere triste”, come dire che non tutte le tristezze devono essere curate e poi cito un medico inglese del 17° secolo, Robert Burton, a proposito della melanconia, perché all’epoca la depressione veniva chiamata melanconia, che scriveva “Tutti sono chiamati a provarla” e poi aggiunge “E’ del tutto assurdo e ridicolo che un comune mortale cerchi la felicità perpetua su questa terra”. Già nel 17° secolo sapevano che le pillole della felicità non potevano esistere.

Bibliografia essenziale

Stephen Stahl, Neuropsicofarmacologia essenziale, Edizioni Ermes

Robert Whitaker, Indagine su un’epidemia, Giovanni Fioriti Editore

Rubrica

Libri e siti web di medici e psicologi consigliati



Robert Whitaker

INDAGINE SU UN'EPIDEMIA

Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci

Giovanni Fioriti Editore, 2021

Il principale valore del lavoro di Whitaker, riconosciuto a livello internazionale, sta nel divulgare finalmente in modo non propagandistico la letteratura scientifica sull'utilizzo delle sostanze psicoattive.

A nostro avviso questo lavoro ha almeno due altri grandi pregi.

In primo luogo, contribuisce e rompe un tabù sull'utilizzo massiccio del farmaco nel trattamento del disagio mentale, discutendone gli effetti. In secondo luogo, apre una importante riflessione sulle conseguenze dell'utilizzo del paradigma riduzionista nel campo della salute.

I risultati presentati in questo libro sull'aumento dei disturbi psichici e l'uso degli psicofarmaci dimostrano che l'approccio riduzionista non ce la può fare, scientificamente parlando: non ha gli strumenti concettuali e operativi per comprendere e intervenire su una parte delle cause, e sui meccanismi retrostanti, come quelli relazionali o cognitivi.

Dalla postfazione di RAFFAELLA POCOBELLO e CRISTIANO CASTELFRANCHI

Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione - CNR Roma

Il contenuto del libro di Robert Whitaker penetra, come un bisturi affilatissimo, nella carne viva dell'esperienza quotidiana dei professionisti della salute mentale e delle persone che vivono l'esperienza dell'assenza mentale (anche come familiari). Questo bisturi sembra in grado di aggredire - in modo efficace e salutare - alcune "cisti di opacità" che comprimono, limitandole, la capacità di agire e di pensare degli operatori psichiatrici come pure le richieste e le aspettative dei "pazienti" e dei familiari.

L'ipertrofia della funzione del farmaco, rispetto alle altre dimensioni essenziali della relazione interpersonale e terapeutica, è sotto gli occhi di tutti. Fare in modo che il farmaco perda il suo alone (pseudoscientifico) di onnipotenza e torni a essere semplicemente utile, per un periodo di tempo circoscritto, è un obiettivo qualificante per tutta la psichiatria di comunità italiana. Essa è stata consapevole - soprattutto all'inizio - che il pieno esercizio dei diritti di cittadinanza, compreso quello alla guarigione, non aveva nulla a che fare con i recettori della serotonina o della dopamina.



Aforisma del mese

a cura di Marina Barbagelata

"Imparare è un'esperienza; tutto il resto è solo informazione"
(Albert Einstein)

Per pubblicare articoli e libri da promuovere, nonché informazioni da divulgare inviare una mail ad andreavallarino@libero.it

Avviso

Le supervisioni cliniche riprenderanno dopo la pausa natalizia nelle seguenti date:

19 Gennaio, 16 Febbraio, 15 Marzo, 19 Aprile, 17 Maggio, 14 Giugno, 12 Luglio,
con orario dalle 11 alle 14

I nostri studi

Marina Barbagelata, Psicologa, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica, Genova. Email: barbagelata.mari@gmail.com

Giulia Burrone, Psicologa, Psicoterapeuta, Genova. via San Luca, 12/48a, tel. 348 543 4484, email: burrone.g@gmail.com

Clara Costanzo, Psicologa, Psicoterapeuta, Genova, via Longo, 6/4, tel. 338 4499 758, email: claracostanzo@virgilio.it

Arianna Daldosso, Psicologa, Psicoterapeuta. via Petrecino, 40, Castiglione delle Stiviere (Mantova), tel. 347 980 1761, email: arianna.daldosso@virgilio.it

Angelo De Pascale, Medico, Endocrinologo, Genova, Ospedale Policlinico San Martino, Clinica Endocrinologica, email: angelo.depascale@hsanmartino.it

Rachele Falcone, Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoterapeuta EMDR - Ipnologa , Consulente in Riabilitazione Cognitiva Feurestein, Sessuologa , Via Orazio Castelli, 15 - San Severo (FG). Progetto Salute, Via Corsica, 19/P - Termoli (CB); Omnia Salus - Viale Aldo Moro, 134/C3 - Apricena (FG). tel. 346 983 1960

Andrea Lomi, Medico, Anatomo Patologo, Medico Legale, Cdentro Medico Legale srl presso Clinica Montallegro – Villa Rosa, via Monte Zovetto, 27, Genova, tel. 340 416 1815; email: info@centromedicolegale.it; sito web: www.centromedicolegale.it

Giovanni Merlini, via Lugo, 30, Cremona. tel: 320 046 0463, email: giovamerlini@gmail.com, sito web: www.psicologocremona.com

Simona Palmero, psicologa, psicoterapeuta, Bordighera (Imperia), via Vittorio Veneto, 140; tel.334 678 6735; email:simona.palmero@libero.it

Laura Piccardo, Psicologa, Psicoterapeuta, Imperia, Via Giuseppe Berio, 10; Genova in Via Caffaro 1/8, tel. 347 780 2902; email: lapicca6@gmail.com

Luca Proietti, Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova, via Dei Mille, 18/9, Genova. tel. 388 956 2619, sito web: luca.proietti.net; email: luca.proietti.net@gmail.com

Claudia Roccatagliata, Avvocato. Via San Biagio di Valpolcevera, 20H/14, 16163, Genova, tel. 010 089 9126

Giorgio Schiappacasse, Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta. Genova, via Macaggi 25/17 4° Piano (Centro Antrim), tel. 329 017 6068; email: giorgioschiappa54@gmail.com

Maria Donatella Stefanini, Studio Ge Ser 2, Via Giovanni Nicotera 24, 00189, tel: 3346919216. email : stefanini.mariadonatella@omceoroma.pec, sito web www.mariadonatellastefanini.it

Andrea Vallarino, Medico, Psichiatra forense, Psicoterapeuta. Genova, via Gramsci, 1/1a, tel. 349 6922 664, 010 246 7677,
email: andreavallarino@libero.it, website: www.andreavallarino.net

Licia Vicinelli, Psicologa, Psicoterapeuta, Ventimiglia (Imperia) via Michelangelo Buonarroti 7 - Bologna, via Mario Musolesi, 2 - Sanremo (Imperia), Via Roma 20;
tel. 392 853 2552; e-mail: licia.vicinelli@gmail.com website: www.liciavicinelli.com

Visita il sito web di Andrea Vallarino

Copyright © 2023 Dr. Andrea Vallarino - Medico specialista in psicoterapia, tutti i diritti riservati.

Vuoi cambiare qualcosa riguardo la ricezione di queste email?
Puoi [aggiornare le tue preferenze](#) or [cancellare la sottoscrizione alla newsletter](#).

