

## Bozzetti **clinici**

### PRIMO CASO

*Giuseppe Centra<sup>1</sup>*

E. è un ragazzo di 21 anni che vive con i genitori e un fratello più grande; non ha portato a termine il diploma e attualmente non lavora.

Racconta di aver sofferto parecchio durante l'infanzia per l'assenza del padre, un camionista che per lavoro tornava a casa la sera tardi; lo definisce svalutante, rigido e conformista. La madre è descritta come rassegnata a svolgere un ruolo debole e sottomesso.

Dopo aver abbandonato la scuola E. intraprende una serie di lavoretti che non raggiungono mai una certa stabilità e si concludono precocemente: cameriere, imbianchino e benzinaio.

E. arriva in terapia a causa di crisi di ansia, vissuti di vergogna e sensi di colpa che lo colpiscono in diversi contesti sociali: in particolare lamenta un antipatico nodo in gola che lo infastidisce fino al punto, a volte, di rifiutarsi di mangiare. Quando è in mezzo alla gente sostiene di sentire l'esigenza a indossare una sorta di maschera per cercare di apparire brillante e impressionare gli altri come fossero un pubblico.

Solo dopo diverse sedute rivela problematiche sessuali: riferisce di non essere mai stato in grado di masturbarsi (sostiene che in casa non ci sia mai stata privacy e quando provava a chiudersi in camera per esplorare il suo corpo, i genitori entravano in camera per rimproverarlo) e di soffrire di eiaculazione precoce, difficoltà che gli ha impedito di avere un rapporto sessuale completo e soddisfacente.

<sup>1</sup> Allievo del II anno accademico IRPPI 2014

Attualmente ha una relazione con una sua cugina, la quale è fidanzata, ma si sente assiduamente con una ragazza, con la quale gli piacerebbe iniziare una relazione, che però studia fuori e riesce a vedere solo durante le festività. Nel rapporto con le ragazze tende a infilarsi sempre in dinamiche triangolari.

Dalla somministrazione dei test TAT e MMPI-2 emergono tratti isterici, ansiosi e ipocondriaci.

Il primo sogno che E. porta in seduta è il seguente: *“Sono con una ragazza nella mia soffitta e ci stiamo baciando; Cominciamo a toglierci i vestiti con l'intenzione di andare fino in fondo; Improvvisamente mi accorgo della presenza di mio padre sull'uscio della porta che ci sta guardando; A questo punto perdo l'erezione e cerco di rivestirmi il più in fretta possibile.”* In questo sogno si evidenzia subito come la sessualità sia al centro della vita psichica del paziente. Una sessualità però problematica che riflette la storia di un padre castrante. Il ragazzo sembra invischiato pienamente nella battaglia “edipica”. L'inconscio preverbale, presimbolico e preriflessivo (protomentale) sembra essere lievemente in eccesso come dimostra l'atmosfera onirica estremamente ansiosa. La figura della cugina fa pensare a un sistema attaccamento organizzato (ma insicuro) mentre è la sessualità, che nel sogno non si realizza, a essere sdoppiata. Si può ipotizzare, quindi, una diagnosi di sdoppiamento isterico secondo il modello della **Psicoterapia Psicodinamica Integrata** (Lago, 2006).

Queste tematiche sono presenti anche in un sogno fatto poco dopo: *“Sono in palestra con mio fratello; con i nostri smartphone ci fotografiamo in pose in cui cerchiamo di evidenziare i muscoli; quando abbiamo finito guardiamo le foto per vedere chi è più muscoloso.”* Questo sogno fa pensare alle gare che fanno gli adolescenti su “chi ce l'abbia più lungo”. Sembra emergere una lotta tra un Io fragile e insicuro e un Ideale dell'Io desiderato. Dopo questo sogno E. ammette la sua angoscia per la misura del suo pene che ritiene essere inferiore alla media. Cominciamo così un lungo lavoro sul suo bisogno di approvazione, l'accettazione di Sé e a comprendere come le esperienze infantili lo avessero portato a sentirsi debole e poco virile, in modi che sembravano connessi ai suoi sintomi sessuali.

Dopo alcuni mesi E. porta questo sogno: *“Mi trovo all'interno di una stanza indefinita e buia e sono seduto di fronte a una donna che mi accorgo essere un'attrice famosa (Emma Watson); tra di noi c'è un tavolino con sopra una cubo di Rubik, mentre seduto di lato c'è un signore saggio; per poter conquistare l'attrice devo risolvere il cubo ma ho difficoltà; a questo punto interviene il saggio signore che mi aiuta e così riesco a baciare la donna.”* Si evidenzia come l'oggetto del desiderio è ancora una rappresentazione masturbatoria (l'attrice famosa); inoltre, c'è ancora una matassa da sbrogliare (il cubo di Rubik), tuttavia, grazie al signore saggio (il terapeuta) la possibilità di farcela è quantomeno pensabile.

Il prosieguo del trattamento verterà sul tentativo di superamento dello sdoppiamento attraverso l'integrazione del mondo reale e del mondo rappresentazionale al fine di completare il processo di mentalizzazione rimasto finora incompiuto. Ciò avverrà, inizialmente, attraverso un rafforzamento dell'Io narrativo e la ricostruzione narrativa della crisi e delle situazioni conflittuali nel qui e ora (fase empatica) e, successivamente (fase interpretativa), attraverso l'interpretazione del materiale onirico e l'elaborazione dei traumi presenti e passati (Lago, *id.*).

## BIBLIOGRAFIA

- Hataway, McKinley (1989), *MMPI-2 Manual*. Firenze, OS Giunti.  
 Lago G. (2006), *La Psicoterapia Psicodinamica Integrata*. Roma, Alpes.  
 Murray H. A. (1960), *Thematic Apperception Test (TAT)*. Firenze, OS Giunti.

## SECONDO CASO

Valentina Bolle<sup>1</sup>

Seguo S. da circa un anno e mezzo presso il mio studio privato.

La paziente è donna ed ha 31 anni. In un primo momento vengo contattata dal compagno che mi parla degli attacchi di panico di S., per i quali soffre da circa un anno, e che sono diventati invalidanti a tal punto da non permetterle di uscire da casa autonomamente. Successivamente mi contatta la paziente per richiedere un intervento psicoterapeutico.

### ANAMNESI

Nella fase iniziale della terapia, attraverso l'indagine anamnestica, supporto la paziente nel ricostruire la propria storia autobiografica. Rispetto alla **famiglia d'origine**, mi informa che è la sorella minore di 3 fratelli, dei quali due maschi e una femmina, ma che il secondo, in ordine di età, è venuto a mancare, a soli 43 anni, in modo violento e inaspettato (*evento traumatico* - durante un bagno a mare) 7 mesi prima dall'inizio della terapia.

Il padre ha una disabilità fisica dovuta alla poliomielite e la madre soffre di episodi dissociativi con sintomi di depersonalizzazione che si sono accentuati dopo il *lutto del fratello*.

L'**esordio** del disturbo della paziente è avvenuto un anno prima dall'esperienza del lutto e, precisamente, mentre la paziente guidava, di notte, sotto effetto di mescalina. Mi racconta che era una frequentatrice occasionale di *rave party* e che, dopo quest'episodio, si "limita" al consumo di droghe leggere.

Rispetto alla famiglia attuale, S. convive con il compagno G., con il quale è fidanzata da 10 anni. G. da poco ha avviato un'attività com-

<sup>1</sup> Allieva del III anno accademico IRPPI 2014

merciale di tipo alimentare, ma continua sempre a spacciare droghe leggere; attività che conduce da quando era adolescente. Attualmente S. aspetta un bambino.

### DIAGNOSI

Dall'indagine psicodiagnostica (condotta attraverso colloqui clinici, test di personalità e clinician report) è emerso che, secondo l'inquadramento diagnostico del DSM-IV, la paziente presenta sull'Asse I un:

- **Disturbo d'ansia** (punteggi BR 115 al MCMI-III), **Disturbo da dipendenza da sostanze** (punteggi BR 91 al MCMI-III) e un'elevazione statisticamente significativa rispetto al **Disturbo post-traumatico da stress** (punteggi BR 80 al MCMI-III);

Sull'Asse II, la paziente presenta delle elevazioni statisticamente significative rispetto al:

- **Disturbo dipendente di personalità** (punteggi BR 79 al MCMI-III), **Disturbo borderline di personalità** (punteggi BR 77 al MCMI-III) e **Disturbo antisociale di personalità** (punteggi Br 77 al MCMI-III)

Per valutare lo *stile di attaccamento*, ho utilizzato l'ASQ (Fenney J.A., Noller P., Hanrahn M., 1994) e RQ (Bartholomew, K. & Horowitz, L. M., 1991). Dall'interpretazione dei risultati è emerso che la paziente presenta uno **stile di attaccamento insicuro-preoccupato**.

Coerentemente a tale stile di attaccamento, il tipo di **transfert** che la paziente attua, all'interno del setting terapeutico, come emerso dai risultati del PRQ (Westen D., 2000), risulta essere **ansioso-preoccupato**.

Il mio **controtransfert**, rispetto alla paziente, rispetto all'interpretazione dei punteggi ottenuti al CQ (Zittel C., Westen D., 2003), risulta essere **positivo/soddisfatto e parentale/protettivo**.

Secondo la PPI (Psicoterapia Psicodinamica Integrata) la paziente rientra nel quadro della **polarizzazione borderline** in quanto, secondo un criterio dimensionale, il *sistema attaccamento* e il *sistema sessualità* si trovano in equilibrio instabile.

*“Ciò comporta la permanenza di elementi protomentali (quota in eccesso) e la polarizzazione, ossia il contrasto, spesso conflittuale, tra immagini mentali, nelle quali è stato legato l'affetto positivo, e affetti protomentali negativi (non mentalizzati)...I sogni nel borderline ripropongono tale polarizzazione strutturale e il livello onirico narrativo di questi pazienti appare spesso piatto, esteticamente deformato ed affettivamente drammatico”* (Lago G., 2006)

## SOGNI

### SOGNO INDICATIVO DELLA DIAGNOSI

Durante il secondo mese di terapia, a distanza di nove mesi dalla morte del fratello, la paziente riferisce il seguente sogno:

*“Sono incinta e ho partorito dopo 36 settimane. A casa non riesco a tenere il bimbo in braccio che aveva la testa grande, proprio come quella del mio fratello defunto. Il bambino si agitava tantissimo e mi scivolava dalle mani. Non ricordo se alla fine riesco a non farlo cadere per terra.”*

Ritengo che questo sogno rappresenti una sorta di “fotografia” del funzionamento mentale della paziente nelle fasi iniziali della terapia.

L'elemento che mi ha da subito colpito è il dato numerico delle 36 settimane che corrisponde sia alla durata della gravidanza, sia, nel caso di S., al tempo trascorso dal lutto del fratello (nove mesi).

Qual è, dunque la polisemia insita in questo numero? In altri termini, cosa rappresentano per S. queste 36 settimane?

La paziente, in questa fase della terapia, durante il quale si trovava in un profondo stato d'ansia, angoscia e confusione, era come “ossessionata” dall'idea di una gravidanza concepita come *atto magico* per far fronte a tale stato emotivo.

La rappresentazione onirica che ne consegue è, dunque, quella di un bambino agitato con la testa di un adulto, proprio come quella del fratello defunto, che finisce per scivolargli dalle mani. E' una rappresentazione questa, totalmente slegata dagli affetti e che, in virtù di ciò, rappresenta se non proprio il vuoto, l'abisso iniziale della paziente tra affetti e rappresentazioni; abisso sintomatico dell'assenza di mentalizzazione della stessa che le provocava un grande stato d'angoscia dovuto all'incapacità di riconoscere e dare un nome agli aspetti protomentali definiti “negativi” proprio perchè non sono stati mentalizzati.

Questo sogno, per la sua rilevanza contenutistica ha rappresentato non solo un utile strumento ai fini della comprensione diagnostica della paziente, ma anche un utile strumento di lavoro congiunto con la stessa, in quanto l'ha aiutata a riflettere sull'idea della gravidanza come “agito” per non affrontare la sofferenza e il dolore insito al processo di *elaborazione del lutto* del fratello.

### SOGNO DI AVANZAMENTO

Circa all'inizio del terzo mese di terapia, dopo la prima seduta saltata, S. mi ha riferito d'aver avuto un forte “attacco di panico”, dopo alcune settimane in cui si sentiva meglio. Mi racconta, così, il seguente sogno:

*“Ero al mare con i miei genitori. Stavo per fare il bagno quando arriva uno tsunami, allora scappo verso la spiaggia. Guardo in alto e vedo l'onda che mi sta per travolgere e cerco di respirare profondamente.*

*Dopo, mi ritrovo nella casa dei miei genitori, dove racconto come è andata. Cerco il cellulare per chiamare G. e raccontare anche a lui l'accaduto. Il cellulare, anche se bagnato, funziona, mentre quello di mia madre no. Nel marsupio, mentre vedo che ora il mio cellulare è asciutto, mi rendo conto che le sigarette son bagnate, mi sento agitata e avviso che devo necessariamente uscire per comprarle.*

*In giardino piove e il mio gatto rincorre uno struzzo”*

Lo Tsunami è legato agli attacchi di panico, nella misura in cui fornisce un'immagine e una rappresentazione della quota proto mentale in eccesso.

L'elemento positivo è che S. si salva dallo tsunami; il che potrebbe far pensare che, in questa fase della terapia, stia progressivamente imparando a gestire i propri stati emotivi "in eccesso", non lasciandosi "travolgere dallo tsunami".

Il cellulare, nel contesto di questo sogno, potrebbe rappresentare la *relazione*, fungendo, nella realtà, da *oggetto di comunicazione*. Il fatto che il cellulare della madre non funzioni potrebbe esser interpretato come il simbolo di un rapporto di attaccamento disturbato e insoddisfacente, nella misura in cui la madre non è in grado di contenere gli stati emotivi della paziente, ma anzi le fa continue richieste di gestione e contenimento rispetto ai propri.

In senso contrapposto, il fatto che, invece, con il proprio cellulare riesca a chiamare G. potrebbe stare a significare che il rapporto di coppia funge da legame d'attaccamento nuovo che, seppur critico sotto vari aspetti (il cellulare all'inizio, è bagnato), sia in grado di fornirle il contenimento adeguato.

Le sigarette – che lei solitamente utilizza esclusivamente ai fini del consumo delle droghe leggere- rappresentano un elemento che va "contro" il processo di mentalizzazione ed, il fatto che ad esse associ uno stato emotivo di agitazione e che siano bagnate, rivela che, probabilmente, la paziente stia iniziando a prender consapevolezza di questo. Va, comunque, a comprarle e questo potrebbe significare che è ancora ambivalente o "sdoppiata" rispetto a tale questione.

Ancora, le sigarette bagnate rispetto al cellulare che, alla fine, rimane asciutto, è un elemento che rivelerebbe che, nel suo mondo interno, le relazioni vengono salvate, mentre le dipendenze nocive (come quelle da sostanze) non hanno alcuna possibilità di "essere salvate".

L'ultima parte del sogno potrebbe rappresentare nuovamente, ma in maniera diversa, l'elemento protomentale tramite la rappresentazione del gatto. La paziente che, nella sua vita privata, cura ed assiste amorevolmente i suoi gatti, mi ha sempre confidato di quanto, per lei, a volte

abbiano rappresentato l'unica "ancora di salvezza" nei momenti difficili e di solitudine. Nel sogno, quindi, il gatto potrebbe corrispondere alla sua realtà affettiva e ai suoi rapporti di attaccamento, mentre lo struzzo - che nell'immaginario comune è l'animale che, per non affrontare i propri problemi, nasconde la testa sottoterra- corrisponde alla parte della paziente resistente al cambiamento e allo sviluppo della propria personalità.

### SOGNO DI PROCESSO

Nel corso della terapia, la paziente ha incrementando progressivamente la capacità di mentalizzazione e questo le ha permesso di ridurre parte della quota proto mentale in eccesso, stabilizzandosi, così, su di un piano sintomatologico e migliorando di gran lunga la qualità di vita.

Il raggiungimento di questi obiettivi di base le ha permesso di raggiungere obiettivi terapeutici maggiormente legati alla sfera identitaria, tra i quali: l'individuazione e l'espressione adeguata degli affetti, la costruzione di rappresentazioni sempre più stabili, la formazione di un senso di sé coeso e la capacità di stabilire relazioni sicure.

Questo le ha permesso anche di individuare e scegliere un percorso formativo e professionale (attualmente frequenta, infatti, un corso LIS per l'apprendimento del linguaggio dei segni per le persone non udenti) e di intraprendere l'esperienza della gravidanza, in modo più sereno ed equilibrato. Persistono, tuttavia, alcune difficoltà nelle sue rappresentazioni mentali legate a modelli di attaccamento disfunzionali e disempatici, come si evince dal seguente sogno, avvenuto all'incirca durante il quinto mese di gravidanza:

*"E' notte e dalla mia camera vedo le lucciole che, stranamente, invece di volare al pianterreno, volano di fronte la mia finestra (che si trova al terzo piano). Esco fuori, incuriosita, e vedo un UFO che mi punta una luce addosso. Impaurita scappo e faccio rientrare il cane dentro casa, ma mi accorgo che un alieno si è intrufolato dentro e si nasconde dietro la tenda; intravedo solo i piedi e un pezzo della testa e, con la piantana*

dell'abat-jour cerco di colpirlo, ma il mio compagno, che chiamo per telefono, mi dice di tranquillizzarmi perché l'alieno, in realtà, è buono”.

L'incipit del sogno sembra richiamare una famosa espressione idiomatica della lingua italiana “*prender lucciole per lanterne*” che si utilizza per indicare un vistoso errore o la confusione di una cosa con un'altra. Le lucciole, infatti, che solitamente volano in basso, con questo strano comportamento, sembrano dare un messaggio alla paziente per avvertirla della presenza di un *elemento alieno*. Questa metafora potrebbe indicare l'attivazione di risorse interne della paziente che le permettono di sviluppare capacità simboliche per esprimere, attraverso il linguaggio del sogno, una comunicazione interna che, in questo specifico caso, risuona come una sorta di ammonimento.

Lavorando con la paziente sul residuo diurno per dare un senso alla rappresentazione onirica dell'alieno, la stessa mi ha riferito che il giorno stesso del sogno si era sottoposta all'esame dell'ecografia ed aveva intravisto le mani e i piedi del bambino; questo ci ha permesso di capire che l'alieno nel sogno era, appunto, una rappresentazione fantasmatica del bambino.

L'alieno, come affermato precedentemente, è legato al modello di attaccamento disfunzionale della paziente. Richiama alla mente il concetto di *sé alieno*, concepito come un aspetto dell'organizzazione strutturale della polarizzazione borderline. Il vuoto creato dal mancato rispecchiamento del caregiver e dall'interiorizzazione dello stato mentale dello stesso da parte del bambino, lo porta a non realizzare un senso del sé equilibrato e ad assumere, in modo traumatico, una parte del sé dell'adulto disfunzionale che, per il carico di sofferenza che comporta, deve essere continuamente proiettato all'esterno ed, in questo caso, espresso attraverso il linguaggio del sogno.

Con la fantasticheria del bambino come alieno, messa in atto attraverso la rappresentazione onirica, la mente della paziente, dunque, funziona ad un livello primitivo e “pre-mentalistico” nel senso che tutte le esperienze negative di attaccamento della paziente si concretizzano ed attuano nell'*hic et nunc* del sogno e la portano ad esperire una specie di

lotta con il bambino-alieno. In questo caso, il recupero della mentalizzazione della paziente, è reso ancora più difficile a causa della paura e dell'ostilità che prova rispetto al bambino e all'esperienza della gravidanza che le richiama, inevitabilmente, alla mente il dolore, la solitudine e la paura sperimentate nelle sue personali esperienze di attaccamento.

L'ultima parte del sogno, però, rivela lo sviluppo della capacità della paziente non solo di stabilire relazioni sicure (obiettivo terapeutico), ma anche di ricorrere ad esse per chiedere aiuto, affidandosi all'altro senza paura. Il compagno, così, diviene una figura d'attaccamento nuova, rispetto a quelle genitoriali deludenti e, per quanto anche il compagno presenti disagi e difficoltà psicologiche, nella rappresentazione onirica della paziente si mostra in grado di rassicurarla fornendole un contenimento adeguato degli affetti.

## BIBLIOGRAFIA

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991) *The Relationship Questionnaire (RQ) Attachment styles among young adults: A test of a four category model*. Journal of Personality and Social Psychology

Fenney J.A., Noller P., Hanrahn M. (1994) *Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and in security*. In: Sperling M.B, Berman W.H. (Eds.) *Attachment in adults: theory, assesment and treatment (ASQ)*. New York, Guilford

Lago G. (2006) *La Psicoterapia Psicodinamica Integrata: le basi e il metodo*. Alpes, Roma

Millon T. (1994) *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Giunti O.S.

Prunetti E., Mansutti F. (2013) *La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)*. Franco Angeli, Milano

Westen D. (2000) *Psychoterapy Relationship Questionnaire (PRQ) manual*. Vedi sito Internet <http://psychsystem.net/lab>

Westen D., Shelder J., Lingardi V. (2003) *La valutazione di personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina editore, Milano

Zittel C., Westen D. (2003) *The Countertransference Questionnaire (CQ)*. Emory University, Department of Pshychology and Psychiatry and Behavioral Sciences, Atlanta Vedi sito Internet <http://psychsystem.net/lab>

## TERZO CASO

*Maria Assunta Pugliese<sup>1</sup>*

John è un uomo di 33 anni, single. Vive in Puglia con i genitori 70enni. E' diplomato e lavora come operaio in un'azienda metalmeccanica da 12 anni.

Arriva a studio inviato dal suo medico di base e attualmente assume 20gocce di antidepressivo (Cipralex) ogni mattina e benzodiazepine (Tavor) al bisogno, prescritte dallo psichiatra.

I sintomi si sono manifestati circa due anni fa, con formicolii lungo le braccia, seguiti da un attacco di panico, singolo episodio nella sua vita. Da quel momento ha sviluppato una sintomatologia ansioso-depressiva e attualmente vive momenti di estraniamento e di chiusura e rimuginamento nei suoi pensieri depressivi nel corso delle serate con gli amici.

Il contesto familiare è costituito da un padre rigido e castrante sulle libertà e sui desideri del figlio; una madre ansiosa e ambivalente sull'indipendenza dei figli (si lamenta di avere troppi uomini ancora a casa e si dispera quando questi pianificano di andar via). John ha un fratello di 38 anni, anch'esso a casa con i genitori, e un altro fratello di 35 anni, in procinto di sposarsi. E' quindi evidente che in questa famiglia ci sia un problema di svincolo, di indipendenza dovuto alla resistenza da parte delle figure genitoriali e all'insicurezza dei figli. Lo stile di attaccamento di John è quindi di tipo insicuro ansioso-resistente, detto anche ansioso-ambivalente.

Veniamo ora agli aspetti affettivi e sessuali. All'età di 16 anni John ha frequentato una ragazza, all'interno di una relazione sentimentale durata 6 mesi, periodo privo di esperienze sessuali, probabilmente a causa della giovane età. Il primo rapporto sessuale di John è avvenuto all'età di 20 anni con un transessuale. Solo a 22 inizia dei rapporti sessuali con la sua ex ragazza, con cui si sono incontrati per parecchi mesi solo per sesso, senza ripristinare alcuna relazione amorosa. John lamenta

<sup>1</sup> Allieva del III anno accademico IRPPI

però un disturbo dell'orgasmo, ovvero un'eiaculazione precoce, disfunzione sessuale che lo accompagna tuttora. Attualmente John è single e le sue esperienze sessuali avvengono esclusivamente con prostitute o transessuali, avendo grosse difficoltà nel provare ad avvicinarsi ad una donna e ad instaurare una relazione.

Per chiarire il quadro diagnostico, sono stati utilizzati alcuni test psicodiagnostici: Millon Clinical Multiaxial Inventory III, Shedler-Westen Assessment Procedure, Attachment Style Questionnaire

- Il test di Millon (questionario di autovalutazione che misura tratti di personalità e presenza di psicopatologia) ha rilevato la presenza di un disturbo di personalità dipendente e di tratti di personalità narcisistica (si tratterebbe di un narcisismo di tipo "covert") ed evitante. A livello di sindromi cliniche è stato individuato un disturbo d'ansia, con caratteristiche distimiche, con un lieve disturbo del pensiero, probabilmente per la preoccupazione costante circa il suo stato psicologico e i suoi pensieri depressivi.
- Dalla Swap-200 (sistema di valutazione della personalità effettuata dal clinico dopo una serie di incontri con il paziente) è risultato uno stile di personalità disforico, nello specifico depressivo ad alto funzionamento ed evitante.
- Dall'ASQ (questionario di autovalutazione capace di misurare le caratteristiche individuali dello stile di attaccamento) è risultato essere un soggetto caratterizzato dal bisogno di approvazione, all'interno di uno stile di attaccamento ansioso/ambivalente, timoroso.

Dai colloqui effettuati e dai test somministrati si può avanzare dunque un'ipotesi diagnostica, secondo il DSM-V, ovvero di Disturbo depressivo persistente (distimia), di grado lieve, con ansia e di un Disturbo di personalità evitante.

Veniamo ora alla parte onirica del lavoro psicoterapeutico. Si sono selezionati tre sogni di John, che potrebbero informare delle fasi del lavoro terapeutico e dunque sono stati distinti in sogno d'apertura, sogno critico e sogno di cambiamento

In prima seduta si è chiesto al paziente se ricordasse qualche sogno fatto di recente o qualche sogno ricorrente. Tale sogno è stato quindi definito come sogno d'inizio, perché in qualche modo dà una prima inquadratura dello stato psicologico del paziente:

*“Ero su una roccia e una nave mi veniva contro”*

- Si avverte una sensazione di ansia, paura.
- La posizione del sognatore è su di uno scoglio, quindi su una base d'appoggio (questo ci indica che il quadro clinico del paziente non è di tipo psicotico, non è a rischio di frammentazione, perché ha i piedi ben poggiati per terra, sullo scoglio). Nonostante ciò non ci sono azioni di salvataggio, c'è un comportamento statico del paziente nel sogno.
- La situazione catastrofica quindi è il rischio di un grave impatto, con conseguente morte.
- La nave simboleggia il viaggio, quindi potrebbe essere il percorso della vita oppure la sua sintomatologia ansioso-depressiva come un grosso trauma che sta per travolgerlo e che lo minaccia.
- Il mare rappresenta le intense emozioni inelaborate
- L'ipotesi interpretativa di questo sogno è che l'attacco di panico è arrivato di colpo nella sua vita, come un trauma che lo ha reso impotente e spettatore di un mare di emozioni confuse.

In seconda seduta il paziente porta alcuni sogni e uno di questi mi è sembrato rappresentativo di una problematica centrale nella vita del paziente, quindi l'ho riportato come sogno critico:

*“Un ladro mi rubava lo scooter che avevo parcheggiato davanti al giornalaio. Chiedo al giornalaio se dalle telecamere del suo negozio si può vedere l'identità del ladro, ma lui nega. Ricevo una telefonata dal ladro che dice di aver rubato anche la mia macchina. Io sono sul letto, vado sul balcone, mi affaccio e la macchina effettivamente manca. Guardo una partita di calcio Foggia-Pescara.”*

- La sensazione è di privazione.
- La posizione del sognatore è quella di essere spettatore di qualcuno che ruba parti di se stesso, senza alcuna reazione da parte

sua, senza ribellione o rabbia.

- Lo scooter e la macchina simboleggiano la personalità del paziente o parti di essa, ovvero l'autonomia o la mascolinità.
- Il ladro potrebbe rappresentare il padre, devitalizzante e devirilizzante.
- Il letto, la partita di calcio sono simboli domestici. A casa del paziente il calcio si segue molto. Le due squadre del sogno si trovano attualmente in due serie diverse. In passato le due squadre hanno giocato insieme, ma molto tempo fa, quindi probabilmente il sogno ha dato il riferimento di qualcosa che è avvenuto molti anni fa.
- L'ipotesi interpretativa qui è che “il furto sarebbe avvenuto dentro casa, da parte delle figure genitoriali, in particolare del padre”, ovvero che il padre molto tempo fa l'avrebbe privato della mascolinità e dell'autonomia

Al settimo incontro il paziente ha portato un sogno di cambiamento, inquadrato così perché la dinamica col padre assume un nuovo aspetto:

*“Mi trovavo con la macchina in un corso d'acqua, che scorreva forte, abbondante. Prendo una buca e penso ad un danno alla macchina. Scendo controllo sotto ed è tutto apposto. Poi mi trovo in campagna, sento il rumore di un aereo, che si va a schiantare contro un albero, a me vicino. Le fiamme dell'incidente iniziano a bruciare la barca di mio padre che si trova in giardino. C'è anche mio padre, che resta fermo. Io urlo dicendogli di fare qualcosa. Prendo una pompa d'acqua e spengo l'incendio.”*

- La sensazione che si avverte è di risoluzione, lieto fine.
- La posizione del sognatore è di conducente, di spettatore e di persona reattiva.
- La situazione catastrofica del sogno è data dall'aereo che causa l'incendio, che rappresenterebbe le emozioni forti dirette al padre.
- L'aereo e il fuoco quindi rappresentano la parte aggressiva di sé diretta al padre, simboleggiata dalla barca.

- La pompa per l'acqua potrebbe avere una simbologia sessuale in questo sogno i ruoli sono invertiti rispetto ai precedenti: un padre rappresentato inetto e passivo e un figlio come energico e attivo, quasi come un eroe.
- L'ipotesi interpretativa qui è che inizia a cambiare la percezione di sé, da succube e spettatore degli eventi, ad attore, eroe protagonista, forte ed efficace, più di una figura paterna. Quindi è un importante sogno di cambiamento, perché c'è il superamento dell'idealizzazione paterna.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2014), *Mini DSM-V. Criteri diagnostici*. Raffaello Cortina Editore

Fossati, A., Feeney, J.A., Grazioli, F., Borroni, S., Acquarini, E., Maffei, C., *L'Attachment Style Questionnaire (ASQ)* di Feeney, Noller e Hanrahan. In Barone, L., Del Corno, F. (2007), *La valutazione dell'attaccamento adulto: i questionari autosomministrati*. Raffaello Cortina Editore

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

Lingiardi V, Shedler J, Gazzillo F. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP 200*. Nuova edizione. Raffaello Cortina Editore

Millon, T. (1994), *Millon Clinical Multiaxial Inventory III*, Giunti O.S.

## Ricerche

a cura di Annalucia Morrone

*Le tecniche psicoterapeutiche, come la Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI), ricoprono un ruolo sempre più importante nel panorama scientifico relativo ai trattamenti dei vari disturbi mentali, in combinazione o in alternativa alle tradizionali cure farmacologiche.*

*Per questo numero della rubrica, in particolare, abbiamo scelto di approfondire lo studio dei trattamenti psicoterapici applicati alla depressione dei pazienti con Malattia di Parkinson (MP), poiché questi ultimi rappresentano una ampia fetta di popolazione occidentale (200 su 100.000 soggetti) e, in setting clinici, circa la metà di essi mostra sintomatologia depressiva grave (Black, 2011).*

*Alcuni autori affermano che i meccanismi sottostanti la depressione nei pazienti MP non sono noti nel dettaglio, ma lo studio dei cambiamenti delle strutture cerebrali, dei segnali neurotrasmettitoriali, dei livelli di infiammazione e neurotrofici, oltre che i fattori psicologici, potrebbero anche contribuire allo sviluppo dei sintomi depressivi. Pertanto, per la gestione medico/psicologica della depressione in pazienti MP dovrebbero essere considerati sia la vulnerabilità neurobiologica sia i fattori psicologici.*

*Attualmente, la terapia farmacologica con antidepressivi continua ad essere la più impiegata (Menza et al., 2009). Tuttavia una recente review ha mostrato effetti statisticamente poco significativi relativamente all'impiego della sola terapia farmacologica con antidepressivi in pazienti MP (Price et al., 2011), per cui è aumentato l'interesse scientifico per le terapie non farmacologiche.*

*Tra questi trattamenti non farmacologici i più conosciuti sono:*

- *la Terapia Cognitivo - Comportamentale (CBT): approccio basato*