

sullo sviluppo di abilità, che si concentra sulla modifica di comportamenti disadattivi, sulle credenze e sui modelli di pensiero che possono influenzare negativamente le emozioni del soggetto (Brewin, 1996);

- la Psicoterapia Psicodinamica che esplora, attraverso la parola, il gioco e lo sviluppo di una relazione terapeutica, le esperienze precedenti che hanno influenzato o seriamente alterato i pensieri, i sentimenti, i comportamenti e le relazioni attuali del paziente (Parker et al., 2013).

A tal proposito, abbiamo ritenuto opportuno recensire la recente meta-analisi di Xie et al. (2015) che confronta gli effetti di queste due tecniche di intervento psicoterapeutico applicate a pazienti MP depressi, poiché sembra che la depressione, quando associata alla sintomatologia motoria ed alla compromissione funzionale, tipiche della MP, determini un peggioramento della gravità della malattia e della prognosi, oltre che scarsa qualità di vita nei soggetti MP.

In questo numero, inoltre, abbiamo il piacere di presentare il progetto di ricerca: “Applicazione di un protocollo di valutazione all’interno del modello di Psicoterapia Psicodinamica Integrata I.R.P.P.I.”, volto allo sviluppo di strategie di assessment e trattamento che prendano in considerazione anche la valutazione della vita onirica dei pazienti.

Annalucia Morrone¹

1 Dott.ssa Annalucia Morrone, Psicologa Psicoterapeuta docente IRPPI

Un modello di intervento attraverso i sogni Applicazione di un “protocollo di valutazione” all’interno del modello di Psicoterapia Dinamica Integrata I.R.P.P.I.

a cura di Carleschi¹ A., Bottoni² C., Lago³ G.,

Premessa

I disturbi mentali rappresentano un importante problema di salute pubblica, essendo le prime cause di “disabilità” nei paesi occidentali. Questi disturbi possono diventare molto invalidanti ed hanno un rilevante impatto sulla “*qualità della vita*” della persona e dei familiari. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel rapporto del 2004 sulla salute mentale sottolinea con allarme che attualmente nel mondo 450 milioni di persone soffrono di *disturbi mentali*, tale problematica è responsabile per la perdita del 13% degli anni di vita e tale perdita nelle condizioni attuali è destinata ad aumentare del 15% nei prossimi 15 anni. Nell’ambito della salute mentale ad esempio la depressione è una delle principali cause del burden of disease: 121 milioni di persone ne sono colpite. Un esempio è l’innalzamento di alcune patologie, le ricerche rilevano che in Europa la depressione è una delle malattie più disabilitanti che nel solo 2004 ha causato il 6% del totale burden of disease. Nelle 28 nazioni europee con una popolazione complessiva di 466 milioni, almeno 21 milioni sono stati colpiti da depressione con un costo economico stimato di 118 miliardi di Euro nel 2004 pari all’1% del prodotto europeo lordo.

L’OMS afferma che è necessario tenere presente che la malattia mentale

1 Dott.ssa Alessia Carleschi, Docente IRPPI- Psicologa Psicoterapeuta-Ph Sapienza di Roma

2 Dott.ssa Cristina Bottoni, Vice Direttore IRPPI-Psicoterapeuta- Dirigente medico psichiatra Asl RmF Regional Representative for Italy Iasd-International Association for the Study of Dreams-Iasd

3 Dott. Giuseppe Lago, Direttore IRRPPI- Medico Psichiatra Psicoterapeuta

(che non include il mero malessere psicologico) è responsabile di un enorme peso per la società non solo i termine di sofferenza ma anche di perdite economiche e di concausa per numerose malattie fisiche.

A tale proposito la letteratura scientifica, coerentemente all'identificazione dei **bisogni di cura** del paziente clinico, sta indirizzando una crescente attenzione all'individuazione di **processi diagnostici e terapeutici** che favoriscano esiti migliori a breve e a lungo termine.

Recentemente numerose evidenze sperimentali hanno portato allo sviluppo di nuovi approcci diagnostici e terapeutici così come all'individuazione dei fattori di rischio dei disturbi mentali nell'ottica dell'avvio di approcci preventivi specifici. Ciononostante il divario tra ciò che la ricerca ha evidenziato e la conseguente applicazione in termini di cura e di prevenzione nella quotidianità clinica risulta ancora considerevole. Lottimizzazione dei processi di trasferimento dei risultati di alcune ricerche nella pratica dovrebbe contemplare un percorso articolato che veda al suo interno un reciproco coinvolgimento e scambio di informazioni tra la ricerca di base, la ricerca clinica e la pratica clinica. L'individuazione dei fattori di rischio che concorrono allo sviluppo, al mantenimento e alle ricadute nella psicopatologia, assume un ruolo chiave per la definizione della prognosi e del trattamento. Nel dettaglio, la rilevazione dei fattori di rischio **bio-psico-sociali** consente di distinguere tutti quegli elementi che contribuiscono a complicare lo stato psicopatologico del paziente e concorrono a favorirne i processi di cronicizzazione.

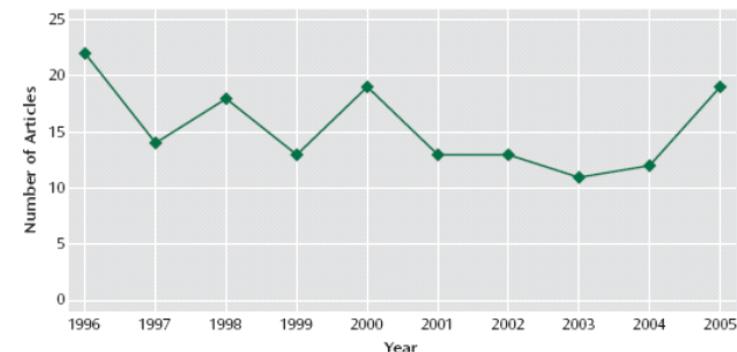
Attualmente per rispondere ai nuovi bisogni appare importante puntare su **prassi** terapeutiche di **“qualità”** in cui intervento ed esito possano venire monitorate per un efficace cambiamento di vita del paziente. Uno studio di Olfson et al. (2002) ha evidenziato le principali tendenze nell'uso della psicoterapia per pazienti ambulatoriali negli USA, esaminando il decennio 1987-1997 dove si evince che la pratica della psicoterapia nel periodo considerato ha subito numerosi cambiamenti: un primo dato riguarda l'incremento del tasso di utilizzo della psicoterapia per i pazienti socio economicamente più svantaggiati, considerati una popolazione a rischio per disturbi mentali non trattati. Gli interventi di psicoterapia nei disturbi dell'umore sono risultati in

crescita, mentre diminuivano quelli riservati alle condizioni clinicamente non specificate.

Gli interventi di psicoterapia a lungo termine erano scarsamente rappresentati nel periodo in esame, mentre prevalevano le psicoterapie brevi, anche se un terzo dei pazienti riceveva solo una o due sedute.

L'American Journal of Psychiatry ha pubblicato un piccolo ma consistente “flusso” di articoli sulla psicoterapia nell'ultima decade (Fig. 1), spaziando dalla valutazione dell'efficacia della psicoterapia al confronto tra diverse tecniche psicoterapiche.

FIGURE 1. The Number of Articles on Psychotherapy Published in the American Journal of Psychiatry by Year



Gabbard & Freedman, (2006)

La Conference pubblicata nel 2004 (Cutler, Goldyne, Markowitz et al., 2004) ha confrontato le tecniche cognitivo comportamentale, interpersonale e psicodinamica, evidenziandone i punti in comune, quali: *l'alleanza terapeutica, l'efficace gestione degli aspetti emozionali, e le differenze, come l'enfasi sul transfert tipica delle terapie psicodinamiche, il ruolo più o meno attivo e supportivo del terapeuta*. La Conference riporta gli studi controllati sull'efficacia delle terapie considerate nei vari disturbi psichiatrici e gli Autori concludono rimarcando la *necessità di offrire ai pazienti un ampio panorama di tecniche psicoterapiche al fine di arricchire le possibilità di cura dei singoli disturbi, tenendo conto delle specifiche aree disfunzionali*.

Gli studi di efficacia della psicoterapia nei disturbi di personalità risentono di numerose limitazioni relative alla selezione del campione, alla presenza di comorbidità di disturbi psichiatrici maggiori, all'eterogeneità delle misure di outcome (self-reports versus observed-rated), alle variabili relative alle diverse modalità di intervento (tecniche psicodinamiche, cognitive, comportamentali, supportive, espressive). Peraltro, è ormai accettato che i significativi cambiamenti indotti dalla psicoterapia a livello sintomatologico e del funzionamento socio-relazionale sono sottesi da analoghi cambiamenti funzionali e strutturali del Sistema Nervoso Centrale (neuroplasticità) e, come auspica Kandel (2005), le numerose evidenze in tal senso puntano ad un futuro ruolo delle tecniche di neuroimaging per la valutazione dei meccanismi di outcome delle psicoterapie. Attualmente, tuttavia, la grande maggioranza degli studi relativi a tale argomento è di tipo clinico.

Uno studio randomizzato controllato di Svartberg et al. (2004) ha confrontato della psicoterapia dinamica breve e della terapia cognitive nei disturbi di personalità del Cluster C. Su un totale di 127 pazienti sottoposti a screening, ne sono stati selezionati 50; i criteri di esclusione prevedevano la presenza di un disturbo di personalità dei Cluster A e B, di patologie attuali o pregresse di Asse I, di disturbi mentali organici ed il rifiuto di essere videoregistrati durante le sedute. Il campione è stato randomizzato; 25 soggetti sono stati sottoposti ad un ciclo di 40 sedute (una alla settimana) di psicoterapia dinamica a breve termine secondo il modello di McCullough Vaillant, basato su tecniche dinamiche tradizionali con gli obiettivi terapeutici della ristrutturazione delle difese, degli affetti e degli aspetti relativi al sé ed agli altri. Gli altri 25 hanno ricevuto un trattamento cognitivo con gli obiettivi di ristrutturare le convinzioni nucleari riguardo sé e gli altri e di sviluppare strategie di problem-solving maggiormente adattative. Le misure di outcome (SCL-90, Inventario dei problemi interpersonali, Millon Clinical Multiaxial Inventory) hanno evidenziato cambiamenti significativi dei parametri considerati alla fine di entrambi i trattamenti; i miglioramenti ottenuti si sono mantenuti stabili (54% dei pazienti sottoposti a terapia dinamica breve e 42% dei pazienti sottoposti a terapia

cognitiva).

Considerando la letteratura e gli studi sui singoli trattamenti, il **modello dinamico strutturato** (transference-focused) risultava efficace in tutti i domini di outcome considerati; la terapia dialettica-comportamentale ed il trattamento supportivo erano associati a miglioramenti parziali.

Attualmente gli studi randomizzati, controllati, relativi alla psicoterapia rappresentano un'area particolarmente problematica; le procedure necessarie per la manualizzazione e la standardizzazione dei parametri utili alla ricerca allontanano questa categoria di studi dalla pratica clinica. Inoltre, i costi e le modalità di conduzione degli studi a lungo termine sulla psicoterapia rendono la maggior parte dei report scientifici non rappresentativi per la brevità del periodo considerato. A tal proposito, è da considerare che, sebbene i risultati dei trattamenti brevi (alcune settimane) possano essere positivi, tali trattamenti non si propongono di raggiungere risultati stabili che, al contrario, costituiscono il principale obiettivo della psicoterapia nella pratica clinica attuale.

L'enfasi recente sulla necessità di trial di efficacia maggiormente **naturalistici** sembra particolarmente applicabile alla valutazione della psicoterapia. Sebbene i trial di efficacia insistano sull'applicazione di metodi rigorosamente scientifici, inclusi i confronti con placebo, nel campo della psicoterapia è necessario determinare se i trattamenti siano efficaci nei setting clinici in cui vengono espletati, attraverso misure di efficacia pre e post-trattamento; differenze nelle diverse tecniche psicoterapiche, interazioni con le terapie farmacologiche, variabili intrinseche al paziente ed al terapeuta sono tutti fattori da tenere in considerazione. I trial relativi alla psicoterapia dovrebbero quindi monitorare la qualità delle psicoterapie nei termini dell'aderenza agli specifici aspetti della **tecnica**, così come nei trial clinici viene monitorata l'aderenza a specifici trattamenti farmacologici. In tal modo, questo tipo di ricerca sarà in grado di chiarire quali tipi di intervento siano i più indicati nelle varie tipologie di pazienti. Perché le analisi siano significative ed utili sul piano della replicabilità e della conoscenza, è necessario che ampi gruppi di pazienti vengano studiati, analizzando anche gli "stru-

menti di analisi del processo di cambiamento dei pazienti”.

Al di là di queste considerazioni metodologiche, Gabbard (2006) insiste sull'importanza delle “vignette cliniche” e delle **testimonianze dei pazienti**, aspetti legati ad una pratica basata sull'evidenza, necessari alla verifica dei trattamenti psichiatrici e della psicoterapia in particolare. “

... La valutazione diagnostica e la psicoterapia sono i veicoli classici di questa esperienza: ascolto del paziente. Ora, la manualizzazione della psicoterapia ha seguito la codificazione delle diagnosi. Entrambe le innovazioni hanno migliorato la nostra abilità clinica, ma entrambe hanno prodotto una letteratura che spesso sembra mancare di qualcosa. Ciò che manca è quello che inizialmente avevamo cercato nelle nostre vite professionali: le voci dei nostri pazienti.” (Gabbard, 2006).

Quale sollecitazione migliore per cominciare a **valutare i sogni** come **processo di cambiamento** per i nostri pazienti; considerando il “sogno, come reale strumento di monitoraggio e di cura”, perché viene “raccontato” direttamente dal paziente.

Il metodo IRPPI attraverso il Sogno

Sulla base di queste evidenze il metodo della I.R.P.P.I. (Lago, 2006), con un approccio di psicoterapia dinamica integrata, è stato indirizzato a favorire lo sviluppo di strategie di *assessment*, *ascolto* e trattamento per favorire e per migliorare la vita dei pazienti, valutando anche la **vita onirica** come strumento di analisi e cura della persona.

Il metodo PPI, proposto dall'Istituto IRPPI, usa i sogni come strumento valido per valutare l'eziologia, il processo in psicoterapia e il risultato di trattamento sin dalle prime fasi della relazione terapeutica (Bottoni C., Lago G., 2015). In questo metodo, i sogni sono al centro dell'attenzione durante tutte le sedute di psicoterapia, nelle diverse fasi (empatica, interpretativa/elaborativa).

Secondo il metodo dell'I.R.P.P.I., il sogno è un processo di secondo ordine (Lago 2006), essendo il risultato dell'integrazione di livelli emozionali non mentalizzati, con livelli mentali complessi, come il pensiero inconscio. Come sottolinea Bottoni (2015) il “*pensiero inconscio non è più considerato una espressione dell'istinto, ma un prodotto di mentalizzazione, sintesi di immagini mentali derivate da esperienze emotive e intersoggettive*”.

Su queste premesse ricordiamo che la teoria psicodinamica, già a partire dall'opera di Freud, vede nei sogni un potente strumento terapeutico: il sogno infatti, non presentando la censura del super-io, permette all'es di esprimersi liberamente e quindi il terapeuta può trovare “terreno fertile” per comprendere quali possono essere i pensieri, desideri, bisogni di una persona e quale momento la stessa persona sta affrontando nel suo quotidiano che “blocca il suo adattamento”. Superando il modello “freudiano”, la PPI entra in contatto con il materiale interpretabile di un sogno con un approccio empatico; questo rappresenta una chiave fenomenologica per superare il problema del doppio monitoraggio “tra contenuto manifesto e contenuto latente”, legato alla teoria delle pulsioni di Freud. L'unico elemento da scoprire è il pensiero inconscio latente del sognatore espresso con la verbalizzazione del sogno analizzando tre parametri fondamentali: la forma narrativa, l'espressione estetica e la componente affettiva (Lago, 2006, Bottoni, Lago, 2015). In questo nuovo approccio, il sognatore diventa un protagonista “attivo”, in un vero e proprio rapporto di co-working, co-costruttivo con il terapeuta (Bottoni, 2015).

Ciò ha permesso di assegnare all'interpretazione dei sogni un posto privilegiato tra tutte le tecniche terapeutiche. Per Perls (1980) il sogno è un messaggio esistenziale, in cui sono contenuti in modo frammentato varie parti di noi, attraverso di esso è possibile individuare, prendere consapevolezza delle nostre esigenze attuali e del nostro stato di sviluppo. Come ci sollecita lo stesso Perls in ottica gestaltica “*nel sogno ci troviamo di fronte a un chiaro messaggio esistenziale sul quel che manca alla nostra vita, su quel che evitiamo di fare e di vivere, e che vi sia abbondante materiale da cui partire per riappropriarsi delle nostre parti alienate, per riassimilarle.*” (p.86)

In questa prospettiva **le emozioni del paziente hanno un ruolo importante**, è per questo che i sogni sono ritenuti materiale di lavoro clinico. I vari elementi del sogno sono considerati quindi come importanti “pezzi di un mosaico”, frammenti della personalità materializzati in forme, colori e sensazioni che si palesano nel sogno, che deve essere ascoltato, condiviso ed elaborato.

Nell'ambito di questo **modello** è stata posta particolare enfasi sul ruolo della **valutazione dei sogni**, infatti, se da una parte l'utilizzo delle misure di “gravità” è funzionale per giudicare il bisogno di assistenza e per stimare gli effetti del trattamento, dall'altra il costante monitoraggio sul **processo** che ne comporta può concorrere a favorire l'aderenza terapeutica del paziente, valutando il suo stato onirico come barometro di benessere globale e “prognostico”.

Il terapeuta attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati è in grado di mantenere un atteggiamento **critico** nei confronti del proprio operato, accrescendo così la *qualità degli interventi*. Come detto, negli ultimi anni si è assistito a una progressiva integrazione della pratica basata sull'evidenza (Evidence based practice), che si avvale principalmente dei trial clinici randomizzati, con l'evidenza nel campo applicativo. Dal momento che la psicoterapia ad approccio integrato può essere pensata come un processo dinamico, un'attività che trasforma le dinamiche individuali in entrata in dinamiche più organizzate in “uscita” (Favaretti, De Pieri, 1999), il cambiamento è da considerarsi parte integrante della terapia attraverso l'elaborazione del sogno che ciascun paziente può portare nel proprio spazio (Bara, 2012). Le dimensioni della valutazione riguardano il dato clinico, il recupero della funzionalità sociale e della capacità soggettiva di coping, ravvisabile nell'attivazione delle risorse interne attraverso l'elaborazione e la riflessione che il sogno può indurre nel paziente stesso. Questo ha determinato la messa a punto da parte dell'IRPPI di strumenti di valutazione che possano essere utilizzati nella pratica clinica, condividendo pensiero e pratica, rinforzando un metodo condiviso di ricerca (Bottoni et al., 2015). L'analisi procedurale di queste dimensioni (clinica, individuale e sociale), permette la valutazione vera e propria dell'intervento.

Obiettivi del lavoro sui sogni

Dalle premesse sopra esposte si evince che l'analisi dei sogni dei pazienti può permettere di favorire un'esperienza emotiva in grado di integrare quegli aspetti di sé che la persona respinge o rifiuta, rivalutando le risorse interne non considerate dallo stesso paziente. Il lavoro svolto favorisce l'integrazione di quelle esperienze emotive che spesso sono caratterizzate da affetti contrastanti e ambivalenti, favorendo un'esperienza più integrata e completa, **elaborando e trasformando i pensieri in senso costruttivo**. Ciò che accade spesso è che dopo il lavoro condiviso con il terapeuta sul sogno, il paziente riporta racconti e descrizioni arricchiti, variegati, talvolta persino differenti sulla stessa cosa che aveva portato ad inizio seduta, **favorendo così un percorso di cambiamento ed integrazione**. L'aspetto più importante di questa modalità di lavoro sul e grazie al “sogno” è ridare senso all'esperienza emotiva e percettiva del paziente in relazione al terapeuta che accompagna i vari momenti del processo psicoterapeutico. Questo “accompagnamento” attraverso i sogni porta il paziente a ri-scoprire sé stesso in un “gioco simbolico e verbale” condiviso. Per la delicatezza del processo, il gruppo di ricerca dell'IRPPI in questi ultimi anni sta riformulando con maggiore precisione quali sono i criteri clinici nei sogni utili per monitorare i cambiamenti del soggetto, questo al fine di costruire un linguaggio comune per avere una più completa condivisione anche fra colleghi. Sulla base delle riflessioni sopra riportate, il protocollo di base per lo studio del cambiamento attraverso i sogni proposto con il metodo **PPI** (Bottoni, Lago 2015), si compone di strumenti che consentono di misurare lo *stato funzionale e globale della persona, il livello della salute globale, le emozioni, il processo dei sogni, i contenuti e le modalità*, evidenziando i segni e sintomi ricorrenti sui cui lavorare per attivare insieme al paziente un cambiamento, migliorando la qualità della vita (Bottoni et al., 2015).

Nello specifico la metodologia del **modello dell'I.R.P.P.I.** presuppone la raccolta di un'accurata anamnesi e la valutazione diagnostica di ciascuna paziente tramite alcuni fasi di interventi distribuiti nel tempo, come di seguito riportate:

Fase di accoglienza

1° fase: raccolta anamnestica, primi colloqui

2° fase: Prima somministrazione di test (questionari autosomministrati, e questionari misurati dal clinico) al fine di integrare il punto di vista del paziente e quello del terapeuta per monitorare l'intervento.

MMPI: lo somministra il clinico durante i primi colloqui

Schede di autovalutazione: si lascia al pz da compilare e riportare nelle prime settimane

SCID II: intervista semistrutturata somministrata dal clinico durante i primi incontri

Test proiettivi per monitorare il suo stile di personalità (risorse e punti di debolezza) nelle diverse dimensioni.

Fase di monitoraggio

Seconda somministrazione intorno a sei/nove mesi (questionari autosomministrati, e questionari misurati dal clinico-test) al fine di monitorare il primo cambiamento.

Fase di monitoraggio attraverso i sogni portati in terapia

In modo parallelo si lavora sull'analisi dei sogni dei pazienti nelle diverse fasi della terapia: empatica, interpretativa/elaborativa.

Di seguito vengo elencati gli strumenti del protocollo dell'IRPPI per il monitoraggio dei sogni del paziente.

- **BARA (2012, revisionato Bottoni et al, 2015)**

Per descrivere l'analisi dei sogni portati in terapia griglia da noi re-

visionata e utilizzata per ciascun sogno, composta da alcune scale così suddivise: tema, emozioni, sensazioni, personaggi. Descrittori per le emozioni primarie e secondarie con scala likert

- **TDQ (TYPICAL DREAM QUESTIONNAIRE Traduzione dr. S. Martellotti, 2013)**

Per esplorare i contenuti dei sogni, valutando anche l'intensità dei contenuti usando scale likert a 5 punti.

- **MADRE (Schredl M.- Revisione e traduzione d.ssa C. Bottoni, 2015)**

Per esplorare i diversi aspetti del sogno dei pazienti è il questionario autosomministrato, ha l'obiettivo di ottenere una buona panoramica sui diversi aspetti del proprio sogno. Il questionario dura circa 5-10 minuti, e valuta l'intensità per ciascuna risposta.

BIBLIOGRAFIA

- Bara Bruno G. 2012. *Dimmi come sogni*. Oscar Mondadori
- Bottoni C., Bartoli K., Carleschi A., Paoletti A., Scarciglia P., Zippel N., 2015. *Emotional Content of Dreams and Personality Profiles (Poster Presentation)* in THE DEPTH OF DREAMS-32nd IASD Annual International Conference for the Study of Dreams, Virginia Beach-VA United States; 06/2015
- Bottoni C., Lago G., 2015. *Dream work in Integrated Psychodynamic Psychotherapy-IPP Method* in THE DEPTH OF DREAMS-32nd IASD Annual International Conference for the Study of Dreams, Virginia Beach-VA United States; 06/2015
- Cutler JL, Goldyne A, Markowitz JC, Devlin MJ & Glick RA. 2004. *Comparing cognitive behaviour therapy, interpersonal psychotherapy, and psychodynamic psychotherapy*. Am J Psychiatry, 161(9): 1567-1573
- Gabbard GO & Freedman R. 2006. *Psychotherapy in the Journal: what's missing?* Am J Psychiatry, 163(2): 182-184
- Kandel's E., 2005. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc
- Favaretti J., De Pieri P., 1999. *La valutazione della tecnologia sanitaria al servizio della comunità: per quali bisogni di Salute? <<Q.A.>>*, vol.10 n 4 p.185-191
- Olfson M, Marcus SC, Druss B, & Pincus HA. 2002. *National Trends in the use of outpatient psychotherapy*. Am J Psychiatry, 159(11): 1914-1920.

Lago G., 2006. *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo* Alpes Italia 2006

Perls F., 1980. *La terapia gestaltica parola per parola* ed. Astrolabio Roma, 1980

Schredl M., Berres S., Klingauf A., Schellhaas S., Göritz A. S. 2014. *The Mannheim Dream questionnaire (MADRE): Retest reliability, age and gender effects* In International journal of Dreams Research vol.7 n.2

Svartberg M, Stiles TC, & Seltzer MH. 2004. *Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders*. Am J Psychiatry, 161(5), 810-817

Revisione sistematica e meta-analisi sulla terapia cognitivo-comportamentale e sulla terapia psicodinamica breve per la depressione di pazienti con malattia di Parkinson.

(A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural and psychodynamic therapy for depression in Parkinson's disease patients)¹.

a cura di Annalucia Morrone²

Nella malattia di Parkinson (MP) oltre ai sintomi motori, è ora ampiamente dimostrato che sono comuni anche i sintomi non motori, che si verificano in tutte le fasi della malattia (Chaudhuri, Schapira, 2009). Tali sintomi, tra cui la depressione, sono associati a compromissione funzionale, declino cognitivo e rappresentano uno dei più grandi fattori predittivi di scarsa qualità della vita in pazienti MP (Carod-Artal et al., 2008).

I disturbi depressivi nei pazienti MP, inoltre, si traducono anche in un aumento dei costi di assistenza sanitaria della popolazione malata, quindi, la comprensione e la buona gestione della loro depressione è fondamentale per ottenere la cura ottimale oltre che necessaria.

Attualmente, sembra che la sola terapia farmacologica con antidepressivi in pazienti MP abbia mostrato effetti statisticamente poco significativi (Prince et al., 2011), inoltre, l'uso a lungo termine di SSRI può portare al peggioramento dei sintomi parkinsoniani ed, inoltre, gli effetti collaterali dei TCA quali: sedazione, ipotensione ortostatica e gli effetti anticolinergici possono essere problematici per pazienti MP che presentano un tasso di incidenza più alto per i deficit cognitivi (Veazey et al., 2005). Di conseguenza, vi è stato un crescente interesse per l'utilizzo di cure non farmacologiche che i pazienti MP hanno già mostrato di gradire, come affermano Oehlberg et al. (2008), riportando anche

1 di Cheng-Long Xie, Xiao-Dan Wang, Jie Chen, Hua-Zhen Lin, Yi-He Chen, Jia-Lin Pan, Wen-Wen Wang. *Neurological Sciences* (2015);36(6):833-843

2 Dott.ssa Annalucia Morrone, Psicologa Psicoterapeuta docente IRPPI