

- 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*

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 IRRPI- 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.

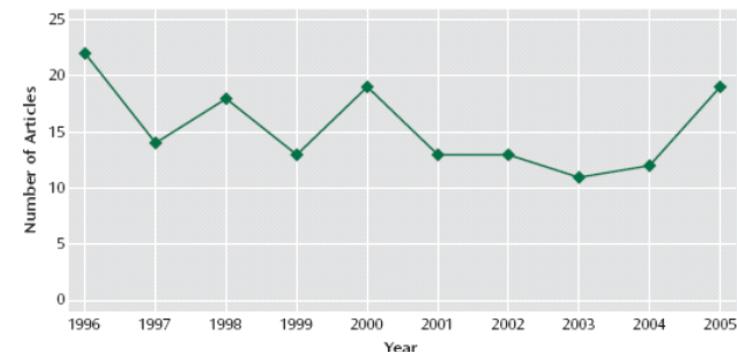
Attualmente per rispondere ai nuovi bisogni appare importante puntare su **prassi** terapeutiche di **qualità** in cui intervento ed esito possano venire monitorate per un efficace cambiamento di vita del paziente. Uno studio di Olfson et al. (2002) ha evidenziato le principali tendenze nell'uso della 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

commenti positivi.

L'obiettivo di questa meta-analisi è proprio quello di fornire una valutazione sistematica sull'efficacia della psicoterapia breve (che include la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la psicoterapia psicodinamica) per il trattamento della depressione in MP, dal momento che questi approcci non farmacologici per la depressione in MP sembrano avere un buon potenziale d'azione, al fine di sviluppare una maggiore conoscenza che sia utile alla cura clinica e guida futura per la ricerca.

In questa rassegna di ricerche della letteratura scientifica sono stati inclusi solo gli studi controllati randomizzati (RCT) che hanno applicato la psicoterapia breve su pazienti MP depressi con l'obiettivo di studiare l'efficacia della psicoterapia breve sulla depressione in MP.

La psicoterapia breve è definita come terapia nella quale lo psicoterapeuta si concentra sull'impatto che le disfunzioni del paziente possono avere sui pensieri, sul comportamento e sul funzionamento attuali del paziente, ed include, principalmente, la terapia cognitiva, la terapia comportamentale e la psicoterapia psicodinamica (Cuijpers et al., 2008).

Il trattamento è volto a valutare, mettere in discussione e modificare le credenze disfunzionali dei pazienti.

I criteri di inclusione per gli articoli selezionati in questa meta-analisi sono stati i seguenti:

- (a) pubblicati in un peer-reviewed journal;
- (b) condotti per valutare la psicoterapia breve da sola o in combinazione con altri trattamenti rispetto agli effetti di un gruppo di controllo trattato con placebo oppure con un trattamento di supporto o in farmacoterapia;
- (c) presentano dati originali che sono indipendenti da altri studi;
- (d) dispongono di dati adeguati come le scale di punteggio per la depressione come principali misure di esito.

Gli autori di questa meta-analisi dopo aver identificato 931 articoli da sei banche dati, rimosso i duplicati, per cui sono rimasti 229 documenti, esclusi altri 141 documenti perché non soddisfacevano i crite-

ri di inclusione, infine hanno selezionato, tra i restanti 88 articoli, 12 studi che soddisfacevano i criteri di inclusione prestabiliti e relativi al trattamento di psicoterapia breve per la depressione in MP (Dobkin et al., 2011; Zhang et al., 2007; Du et al., 2013).

Gli studi inclusi sono stati condotti rispettivamente in Cina (9/11, 81,7%), Stati Uniti (2/11, 18,2%) e Regno Unito (1/11, 9,1%).

Le 12 prove comprendono un totale di 766 persone, con una media approssimativa per età di 62 anni. Il numero dei partecipanti randomizzati nei 12 studi inclusi in questa meta-analisi variava da 10 (Veazey et al., 2009) a 120 (Du et al., 2013) partecipanti. Il 48% dei partecipanti erano maschi e la durata del trattamento variava da 3 settimane (Zong et al., 2009) a 10 settimane (Dobkin et al., 2011).

In termini di intervento, 6 studi hanno applicato il trattamento CBT per la depressione nei pazienti MP mentre i restanti hanno adottato la psicoterapia psicodinamica.

In questa meta-analisi, nello specifico, sono stati ricercati i risultati relativi a quanto la psicoterapia breve avesse eventualmente fatto migliorare il punteggio sulle scale Hamilton rating scale for depression (HAMD) e Montreal cognitive assessment (Moca) in pazienti MP depressi rispetto ai gruppi di controllo.

Gli studi basati sulla scala HAMD, 10 studi per un totale di 724 partecipanti, hanno mostrato come la psicoterapia breve possa essere utile al trattamento dei sintomi depressivi nei pazienti con MP tanto da migliorarne anche la performance cognitiva, valutata dalla scala Moca, rispetto al gruppo di controllo.

Gli autori affermano, inoltre, che dai loro risultati emerge che la psicoterapia psicodinamica sembra essere più efficace rispetto al trattamento CBT per quanto riguarda i sintomi depressivi nei pazienti MP. Tuttavia, questa differenza diventa significativa solo quando la scala HAMD è stata utilizzata come misura dell'esito.

Secondo anche altri autori gli approcci di psicoterapia psicodinamica sono particolarmente necessari per pazienti MP con depressione e ansia che hanno una risposta scadente o intolleranza alle terapie farmacologiche tradizionali con antidepressivi (Yang et al., 2012).

E' stato dimostrato, però, da una precedente ricerca, che anche il trattamento CBT, principalmente concentrato sulla ristrutturazione cognitiva e sull'attivazione comportamentale, rappresenta uno degli interventi più efficaci per la depressione (Gonzalez-Pinto et al., 2004).

In conclusione, secondo gli autori di questa meta-analisi, il trattamento CBT e la psicoterapia psicodinamica possono essere considerate le migliori opzioni tra i trattamenti psicologici per la depressione in MP.

Tra le varie limitazioni elencate dagli autori di questa meta-analisi, sembra che la qualità metodologica degli studi inclusi sia stata altamente variabile e non ottimale: quasi tutti gli studi sono stati globalmente valutati come aventi: "alto rischio di bias", così gli autori di questa meta-analisi non hanno potuto escludere che i risultati ottenuti potessero essere anch'essi stati influenzati da questo bias. A tal proposito, gli autori consigliano, per gli studi futuri, l'utilizzo e la trasmissione adeguata dei metodi di randomizzazione, un sufficiente blinding dei valutatori dell'outcome e le analisi Intent to-treat.

Nessuno degli studi, inoltre, riportava gli eventi avversi come l'inclinazione al suicidio, i tentativi di suicidio o i suicidi.

Solo uno degli studi inclusi ha introdotto le valutazioni dopo la fine del trattamento. Pertanto, l'evidenza degli effetti a lungo termine della psicoterapia breve sembrano mancare.

Tutti gli studi inclusi hanno reclutato partecipanti in regime stabile di trattamento antiparkinsoniano ma nessuno di essi ne ha preso in considerazione il tipo ed il dosaggio anche se, come suggeriscono Barone et al. (2010), il potenziale coinvolgimento della dopamina nella patogenesi della depressione in pazienti MP suggerisce che il trattamento dopaminergico potrebbe migliorare la depressione in questi individui. Il pramipexolo e altri agonisti della dopamina, come il ropinirolo, infatti, potrebbero anche avere proprietà antidepressive (Rekto-rova et al., 2008).

Altri fattori da considerare sono le abilità professionali dei terapisti coinvolti in questi progetti di ricerca. Ci sono evidenze che dei professionisti non psicoterapeuti, che lavorano sotto la supervisione dopo

una formazione minima, possono fornire delle psicoterapie brevi manualizzate per la depressione (Montgomery et al., 2010).

In conclusione, secondo questa meta-analisi, i pazienti MP trattati con psicoterapia breve presentano un significativo miglioramento dei loro sintomi depressivi, come evidenziato dal miglioramento dei loro punteggi sulla scala HAMD. Tuttavia, il miglioramento della qualità metodologica degli studi RCT è fondamentale per lo sviluppo di studi successivi e sono necessari studi più rigorosi in questo campo per i quali dovrebbero essere condotti dei calcoli sulla dimensione del campione prima dell'arruolamento dei soggetti. Successivamente, la scala HAMD potrebbe non essere adeguata per quantificare l'efficacia degli interventi sulla depressione. Altri strumenti utili a tale scopo potrebbero essere: Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS), self-rating depression scale (SDS), Beck depression inventory (BDI), Quick inventory of depressive symptomatology (QIDS). Inoltre, il grado di severità della depressione misurato dal punteggio sulla scala HAMD ha fallito nel predire i tentativi di suicidio e le inclinazioni al suicidio. Per questo motivo, sono necessari, per le prove di valutazione e di reporting, più misure di outcome clinicamente rilevanti per una comprensione estesa delle sfumature cliniche dei pazienti.

La ricerca futura, quindi, dovrebbe essere condotta con un follow-up a lungo termine, a basso rischio di bias e dovrebbe segnalare gli eventi avversi e l'inclinazione al suicidio. Potrebbe essere necessario, inoltre, un nuovo metodo di valutazione diverso dalla scala HAMD per valutare i sintomi depressivi.

Un motivo per minare la validità dei risultati ottenuti, dunque, è l'elevata eterogeneità clinica e la bassa qualità metodologica degli studi inclusi. Pertanto, studi clinici controllati con placebo, ben progettati, randomizzati, sono ancora necessari per promuovere la valutazione della terapia con psicoterapia breve su pazienti MP con depressione.

BIBLIOGRAFIA

Barone P, Poewe W, Albrecht S et al (2010) Pramipexole for the treatment of depressive symptoms in patients with Parkinson's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 9(6):573–580.

Carod-Artal FJ, Ziolkowski S, Moura ˆo Mesquita H et al (2008) Anxiety and depression: main determinants of health-related quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 14(2):102–108.

Chaudhuri KR, Schapira AH (2009) Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol* 8(5):464–474.

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P (2008) Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 76(6):909–922.

Dobkin RD, Menza M, Allen LA et al (2011) Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 168(10):1066–1074.

Du ZJ, Chang J, Xie Y (2013) Venlafaxine combined with cognitive-behavioral therapy in the treatment of depression in Parkinson's disease. *Hebei Med J* 35(9):1328–1329.

Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S et al (2004) Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand* 109(2):83–90.

Montgomery EC, Kunik ME, Wilson N et al (2010) Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bull Menninger Clin* 74(1):45–62.

Oehlberg K, Barg FK, Brown GK et al (2008) Attitudes regarding the etiology and treatment of depression in Parkinson's disease: a qualitative study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 21(2):123–132.

Price A, Rayner L, Okon-Rocha E et al (2011) Antidepressants for the treatment of depression in neurological disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 82(8):914–923.

Rektorova I, Balaz M, Svatova J et al (2008) Effects of ropinirole on nonmotor symptoms of Parkinson disease: a prospective multicenter study. *Clin Neuropharmacol* 31(5):261–266.

Veazey C, Aki SO, Cook KF et al (2005) Prevalence and treatment of depression in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 17(3):310–323.

Veazey C, Cook KF, Stanley M et al (2009) Telephone-administered cognitive behavioral therapy: a case study of anxiety and depression in Parkinson's disease. *J Clin Psychol Med Settings* 16(3):243–253.

Yang S, Sajatovic M, Walter BL (2012) Psychosocial interventions for depression and anxiety in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 25(2):113–121.

Zhang XL, Cui YZ, Yang XS, Yan YX (2007) Efficacy of citalopram and perception

treatment in cure of depression induced by Parkinson's disease. *Medical J Chin People Health* 19(12):1069–1070.

Zong YH, Chen NX, Li XP, Fan H (2009) Analysis of psychological therapy for treatment of depressive patients with Parkinson's disease. *China J Health Psychol* 17(8):941–943.

Psicopatologia delle relazioni di coppia: gli “incastrati perfetti”

Vincenza Perrone¹

Summary: Very often people who are in a couple's relationship wonder whether their life partner is the right one.

Probably, it would be far more appropriate to ask yourself if the relationship you are in provides opportunity for evolution and promotes the psychic development of the individuals involved in it, or, on the contrary, if it strengthens its static nature thus preventing any progress.

People with immature behaviour who are characterized by a weak self, are not able to tolerate the intimacy a relation entails, on the other hand may recognize a relationship which appears as pure fusion, since they are not differentiated individuals.

The following article aims to describe dysfunctional relationships between couples investigating the ways partners fit perfectly into each other within unwholesome dynamics and self-perpetuating cycles.

Una coppia rappresenta l'incontro di due mondi, di due storie; insieme si dà vita ad una realtà condivisa, che rappresenta la linfa vitale della relazione; insieme si costruisce una sfera mentale di coppia, dove ognuno trova sostegno, forza e passione, pur conservando la propria individualità; una nuova sfera psichica in cui interagiscono due soggettività in un reciproco rispetto.

Si costruisce una relazione d'amore fatta di intimità e reciprocità; dove entrambi i partner sono in grado di conservare un proprio stato di solitudine, fatto di momenti, pensieri e riflessioni proprie e personali, senza sentirsi minacciati o abbandonati, e continuando a sentirsi integri e non “monchi”.

Nella misura in cui l'identificazione proiettiva, tipica della fase di innamoramento, diventa stabile nel tempo, possiamo parlare di psico-

¹ Dott.ssa Vincenza Perrone, psicologa, psicoterapeuta, ex allieva I.R.P.P.I.

patologia della dinamica relazionale.

In un legame sentimentale di coppia, entrano in gioco le parti più profonde, più “oscure” di ciascuno; se l'individuo non ha raggiunto una struttura di personalità stabile e matura, se è connotato da una immaturità affettiva interna, tale da mettere in atto meccanismi difensivi primitivi, non è in grado di tollerare l'intimità che ogni relazione sana comporta.

Sono tante e diverse le situazioni che portano un bambino, futuro adulto, a disinvestire affettivamente, diverse le storie di vita, tante e possibili le ferite, che comportano, via via, la chiusura emotiva, la chiusura nel proprio mondo interno popolato da fantasie primordiali, timori, angosce e paure.

La prigione diventa soffocante, le catene sempre più strette, ed ognuno, per salvaguardare il proprio equilibrio psichico, fa ciò che può; se non è la madre a salvaguardare il bambino, se non è il suo contenitore, se non lo protegge, il piccolo si organizza come meglio può, con gli strumenti a sua disposizione, e, ahimè, vige il principio “si salvi chi può”.

Se i genitori non hanno capacità emotive-empatiche di riconoscere e decodificare le richieste del bambino, se quest'ultimo usufruisce di cure inadeguate o è, perennemente, in attesa di cure, molto presto è costretto a sperimentare il dolore, il dolore della frustrazione.

La madre che vive il bambino solo come un prolungamento di sé, un'estensione, una propaggine di se stessa, non ne favorisce un sano sviluppo psichico.

Si tratta di madri che considerano il proprio figlio un oggetto sé, impediscono che il bambino possa esprimersi autonomamente; ogni immagine diversa da quella che la stessa ha creato, viene svilita, denigrata, screditata e punita.

La definizione del figlio ed ogni suo comportamento avviene in termini di possesso; egli stesso non trova posto nella vita mentale della madre se non come oggetto essenziale a rinforzare l'esistenza, il valore, la grandezza di quest'ultima.

In tali condizioni, il bambino non può sviluppare un senso di sé

integro ed autonomo, non riesce a trovare una sua identità.

Domina il fallimento empatico e il completo mancato riconoscimento del piccolo come essere con bisogni primari necessari per la sua sopravvivenza.

Essendo oggetto ed ornamento della propria madre, e, considerando che quest'ultima non è capace di farsi investire narcisisticamente, non è in grado di farsi, temporaneamente, "possedere", non assolve al compito di oggetto, con cui il bambino si rispecchia, quest'ultimo sperimenta una vera e propria ferita narcisistica.

Il narcisismo infantile del bambino, in questa situazione, non può evolvere verso uno sviluppo maturo, ma rimane fissato lì dove è avvenuto il fallimento relazionale.

Il narcisismo immaturo rimarrà, probabilmente, attivo tutta la vita e i bisogni narcisistici insoddisfatti manterranno la loro forma primitiva, impedendo lo sviluppo di una futura relazione matura.

Nell'amore, l'oramai adulto, bambino ferito narcisisticamente, probabilmente, vedrà una tattica per usare gli altri, possederli, controllarli, soddisfare i suoi bisogni, così come, a suo tempo, lui stesso è stato usato, posseduto e controllato.

L'unica forma di amore che conosce è quella che si esprime attraverso una totale fusione in cui l'altro è "fagocitato", in cui l'altro non esiste autonomamente come individuo con una propria autonomia, pensieri propri ma esiste in quanto oggetto sé per nutrire un'autostima lesa.

Amore equivale a fusione, ma, al tempo stesso, la fusione rappresenta una potente minaccia perché riattiva vecchi schemi, angosce arcaiche di incorporazione; per cui non può permettersi questa unione totale, la rifugge.

Avendo un senso del valore di sé molto fragile, tende a sviluppare legami affettivi, relazioni interpersonali, basate sul possesso, sulla svalutazione dell'altro, considerato, a sua volta, oggetto narcisistico, al fine di controllare la sua angoscia, di poter lenire le ferite del passato, riaccese dalle relazioni attuali.

Si tratta di una **relazione perversa a connotazione narcisistica**, dove un partner cerca di controllare dall'interno l'altro, manipolandolo

ed inducendolo a soddisfare, completamente, i suoi bisogni, e quest'ultimo tenta, in ogni modo, di essere perfetto per i bisogni del suo interlocutore.

Per distinguere questa forma perversa, il cui focus è rappresentato dal controllo narcisistico, dalle vere e proprie perversioni sessuali, Bergeret ha proposto il termine di "perversità" al posto di quello di "perversione".

Il dinamismo perverso non consiste nell'imporre un comportamento, ma in un condizionamento ancora più forte, dall'interno; siamo in una dimensione dell'essere e non del "fare".

Il più delle volte, la "vittima" di queste relazioni è, in qualche misura, segretamente "complice".

Chi viene sedotto narcisisticamente possiede, infatti, una sua "tensione narcisistica" alla grandiosità, all'ideale, è anch'egli alla ricerca di uno specchio o di essere a sua volta uno specchio, il suo narcisismo è complice nel costruire un mondo di specchi.

Nello specifico, il partner del narcisista appare modesto, non esigente, succube, sembra rimanere sullo sfondo, mai protagonista; spesso si tratta di persone sminuite e non considerate sin dall'infanzia, come se gli fosse stato loro negato il diritto di avere un proprio sé.

In realtà non sono poi così modesti, ma sono, invece, caratterizzati da fantasie di grandezza.

Quello che chiameremo narcisista complementare, ovvero il partner del narcisista, ha, in fondo, una struttura narcisistica, seppure di segno rovesciato.

Se il narcisista ha bisogno di farsi ammirare, il narcisista complementare vuole perdersi, completamente, nell'altro.

Se il narcisista è angosciato dall'idea della fusione, il suo partner ha il desiderio di fondersi totalmente.

Dietro uno stato d'animo impotente e inibito, c'è sempre una fantasia inconscia di grandezza, la fantasia di essere stato privato ingiustamente della forza di cui è dotato l'oggetto. In modo reciproco, dietro la grandiosità di chi trasuda sicurezza, che rappresenta anche il grande

fascino del seduttore narcisista, è sempre presente un sentimento di fragilità, di impotenza e di vacuità che solo la sicurezza di tenere gli altri sotto il proprio controllo e manipolazione può attutire.

All'interno del narcisista grandioso si nasconde un piccolo bambino impacciato e timido e in ogni narcisista depresso e autocritico si nasconde un'immagine grandiosa di sé, della persona che egli vorrebbe o potrebbe essere.

Entrambi manifestano un sé malconfigurato, percepito di scarso valore, un senso interiore di inadeguatezza, vergogna, debolezza, inferiorità.

Si tratta di una collusione narcisistica, ovvero una intesa nevrotica inconscia tra i partner; il concetto verrà approfondito più avanti, insieme alle varie tipologie di collusione esistenti all'interno di una relazione.

I due partner, narcisista e narcisista complementare, differiscono nel meccanismo di difesa utilizzato per coprire, in malo modo, un sé debole e insoddisfacente: il narcisista cerca di valorizzare il suo sé attraverso la sua onnipotenza, si bea dell'ammirazione del suo partner, lo annienta, lo annulla, gli nega il suo narcisismo; il narcisista complementare cerca di mutuare dall'altro un sé idealizzato.

Alla fine, non è più chiaro chi si fonda nell'altro e chi prenda in prestito dall'altro il suo sé in questo scenario offuscato dall'identificazione proiettiva.

In realtà il narcisista disprezza, sminuisce, controlla svaluta, non perché odia il suo partner, ma proprio per evitare di odiarlo, di invidiarlo, per paura di distruggerlo e di distruggersi all'interno di un rapporto intimo che non può permettersi.

In maniera speculare, il narcisista complementare, che proietta nel partner le sue rappresentazioni ideali, si identifica e trova un sostituto idealizzato del sé, ma è angosciato dalla paura che le sue rappresentazioni di fusione idealizzata potrebbero essere sempre più forti e tali da non sopportare la frustrazione di una nuova delusione.

La posta in gioco, per entrambi, è sempre più alta; l'angoscia, figlia di ferite non ben suturate, aumenta; in definitiva, anche la paura della

fusione simbiotica contraddistingue entrambi all'interno dello stesso campo di battaglia che ferisce i partner coinvolti.

Come ha osservato Carl Gustav Jung, il contrario dell'amore non è l'odio, ma il potere. Relazionarsi utilizzando il potere, significa vivere secondo il principio della forza, sottomissione, subordinazione, mancanza di reciprocità.

È questo quello che avviene all'interno delle **relazioni perverse a connotazione sadomasochistica**, caratterizzate da ruoli rigidi persecutore/vittima.

Anche in questa dinamica vige il gioco del nutrimento narcisistico ed identificazione proiettiva; ma qui le dinamiche della coppia si organizzano intorno alla fusione, intorno al vissuto psichico di negazione di ogni forma di separazione; entrambi i partner non possono riconoscersi di essere due individui separati, due entità distinte.

L'interruzione del legame fusionale non è tollerata; non ci si può percepire separato dall'altro, "io, senza te, non esisto", questo il principio sotteso.

Le identificazioni proiettive, che in questi legami assolvono alla funzione di riempimenti vitali di vuoti depressivi primari e non svuotamenti di eccitamenti inconsci, tutelano l'io dal vissuto di alienazione, dalla percezione di non esistere.

L'altro viene vissuto come copertura del vuoto depressivo primario.

Viene creata un'alleanza a due, una chiusura all'interno della quale qualunque evento esterno che, potenzialmente, potrebbe minacciare l'illusione fusionale della coppia indifferenziata, viene, quindi, negato e respinto attraverso il rifiuto del principio di realtà; non ci si separa perché non si è in grado di percepirsi differenziati dall'altro.

"È un'intimità che si nutre della privazione del mondo, perché solo attraverso l'esclusione di qualsiasi relazione l'amante soddisfa il suo desiderio di possesso che, facendolo sentire unico beneficiario della dedizione, ottiene, attraverso l'altro, l'amore che non ha mai concesso a sé". (E. Fromm, 1983).

L'amore è troppo fragile per proteggere la coppia dagli attacchi degli stessi partner; essi, quindi, utilizzano la relazione per dominare le ansie

primitive attraverso la messa in atto di scenari fisici ed emotivi che vincolino e incanalino la loro aggressività in modi stereotipati.

L'aggressività, all'interno di questa dinamica viziosa, consente di mantenere il legame di dipendenza in quanto staticizza la relazione; ci si esprime attraverso modalità violente finalizzate a mantenere l'altro vicino a sé.

Nella relazione perversa a funzionamento sadomaso entra in gioco la pulsione sessuale, oltre che quella aggressiva.

L'aggressività non costituirebbe, di per sé, un problema, se non fosse per il peso corrispondente dato a ciascun partner.

“Laddove manchi l'aggressività, il soddisfacimento sessuale è scarso o impossibile”. (Hewison, 2005). Laddove l'aggressività venga usata al servizio dell'amore, per congiungersi, per raggiungere il contatto, allora la relazione ha tutte le caratteristiche di poter essere vissuta anche attraverso il soddisfacimento reciproco dei bisogni sessuali.

Nella fusione che coinvolge i due partner, non c'è posto per nessuno, neppure per un figlio; quest'ultimo non può essere accolto, in quanto scioglierebbe il nucleo simbolico inconscio.

La coppia sadomaso non può permettersi il passaggio da coppia sessuale a coppia genitoriale, pena l'interruzione del legame fusionale.

Per cui, la dimensione materna e paterna, all'interno di tali relazioni, produce effetti devastanti sulla prole, in quanto la coppia genitoriale perversa non è in grado di accogliere il figlio nella relazione ma si “impasta emotivamente in modo che l'anima dell'uno rimane legata al corpo dell'altro e le continue tensioni tra azioni passive e attive dell'uno e dell'altro li assoggetta a vivere attraverso modalità paranoiche perdendo di vista il figlio. Ognuno è possessore dell'altro e in questa relazione il figlio viene espulso, reso alieno, alienato”. (Lanotte, A., 2011).

Si stabilisce una vera e propria collusione tra il partner progressivo che esprime dominio e forza e il partner regressivo che rimane, docilmente, succube.

La modalità particolare che caratterizza il funzionamento della relazione perversa sadomaso solo, apparentemente, si esprime nella complementarità tra un soggetto attivo e uno passivo, tra un persecutore

ed una vittima, in quanto “dinamicamente appare connotata dalla tensione perenne tra due soggetti non vitali, illusi che la tensione sia vita, mentre non è altro che un'allucinazione proiettata, dove l'uno può solo riconoscersi nel rispecchiamento narcisistico persecutorio dell'altro, escludendo qualsiasi terzo” (Lanotte A., 2011).

In effetti, lo stesso concetto di sadomasochismo rimanda all'idea degli opposti nella vita psichica e della loro inseparabilità: il sadismo e il masochismo, oltre ad essere contrari, sono anche dipendenti l'uno dall'altro e, nella loro manifestazione di attività e passività, sono profondamente coinvolti nello sviluppo della vita sessuale dell'individuo.

Per concludere, la ricerca interna di una coppia sadomasochistica è finalizzata alla fuga dai conflitti legati ai bisogni di dipendenza, in virtù di un accordo, reciprocamente, condiviso in cui potenza e impotenza rappresentano la moneta emotiva di scambio tra i partner.

I partner, all'interno di una relazione, consapevolmente o meno, si attribuiscono dei ruoli; quanto più questi ruoli sono rigidi, ad esempio uno stesso partner, perennemente, in posizione regressiva e l'altro progressiva, tanto più la coppia rischia di staticizzarsi intorno al conflitto.

Più ampia è la gamma di possibilità comportamentali da cui uno dei due rimane escluso e che l'altro si deve, sostitutivamente, assumere, più il rapporto risulta essere in pericolo, sia a livello intraindividuale che a livello interindividuale.

Si stabilisce una sorta di patto segreto, un legame disfunzionale di cui, ahimè, entrambi i partner non possono più fare a meno.

Si tratta di un comportamento patologico che si attua in una sorta di intesa inconscia tra i due partner, definita collusione o incastro, che si rivela fondamentale nella relazione di coppia.

Etimologicamente, colludere significa giocare insieme (cum = insieme e ludere = giocare).

Esistono sostanzialmente quattro tipi di **collusione nevrotica di coppia**, tutti risalenti alle fasi di sviluppo psicosessuale dell'infanzia e ripercorrenti le tappe evolutive e di relazione con le figure genitoriali; dalla nascita fino ai 6-7 anni:

- *Collusione narcisistica*: il tema è l'amore come fusione e conferma di sé; descritta, ampiamente, nelle relazioni perverse a connotazione narcisistica.
- *Collusione orale*: il tema è l'amore come cura e dedizioni materne.
- *Collusione sadico- anale*: il tema è l'amore come appartenenza reciproca totale, possesso e dominio sull'altro.
- *Collusione edipico-fallica*: il tema è l'amore come conferma maschile.

Collusione Orale

Il nucleo della collusione orale è l'amore inteso come sollecitudine, cura, accudimento e sostentamento materno di un partner verso l'altro.

I due soggetti coinvolti si polarizzano, rispettivamente, nelle posizioni l'uno di bambino bisognoso di cure e l'altro di madre accudente.

Il primo cercherà un partner che lo maternizzi e soddisfi tutti i propri bisogni, il secondo cerca un partner da accudire, coccolare e di cui prendersi cura.

Il partner, "madre accudente", non esprimendo le sue debolezze e fragilità, nega i suoi bisogni di dipendenza, assiste, cura con premura e soddisfa ogni bisogno del suo compagno.

Il partner, "poppante", si pone invece in posizione regressiva, desiderando che la relazione soddisfi i suoi bisogni orali e si preclude la possibilità di diventare un adulto autonomo.

Bisogni e angosce di entrambi i partner si completano come la chiave e la serratura.

La relazione funziona e si sviluppa finché ognuno rimane nel suo ruolo, l'uno in posizione progressiva e l'altro regressiva; nel momento in cui il "poppante" vuole emergere e sperimentare la propria autonomia o la "madre accudente", vuole esprimere i propri bisogni di essere accudita, frustrando quelli del "poppante", la relazione giunge al conflitto.

Conflitto che scaturisce dal retroterra individuale nevrotico e si

basa sul ritorno del rimosso.

Collusione Sadico- anale

Nella collusione sadico- anale, accennata nella sua forma estrema all'interno delle relazioni perverse a connotazione sadomasochistica, l'amore assume la forma dell'appartenenza reciproca e totale.

Il conflitto è tra dipendenza e autonomia.

Nella collusione dominante/dominato, il primo cercherà di sottomettere ed assoggettare il compagno cercando persino di controllarne i pensieri, il secondo rivestirà, passivamente, il ruolo di soggiogato e succube.

In sostanza il partner "attivo" potrà negare le proprie angosce di separazione, in quanto espresse dal compagno. Il partner passivo rinuncia alla sua indipendenza ed autonomia, lasciando che se ne prenda carico il partner complementare.

Nella collusione simmetrica dominante/dominante, entrambi i partner aspirano alla posizione autonoma di potere, alla posizione dominante, negando i loro desideri di dipendenza; entrambi combattono a partire dalle loro stesse fantasie e con mezzi simili.

La collusione sadico- anale presenta due variazioni al tema principale: la collusione sado-masochista, la collusione gelosia- infedeltà.

Come su accennato, la collusione sadomasochistica è una forma esasperata del dominante/dominato.

Nella collusione gelosia- infedeltà, il tema centrale è il desiderio di autonomia e l'angoscia di separazione.

L'infedele, attraverso i suoi continui tradimenti, nasconde un conflitto personale relativo al bisogno di autonomia e indipendenza e la paura di perdersi totalmente nell'altro. Quest' angoscia, relativa alla simbiosi e ad un amore fusionale, egli la proietta sul compagno che così incarna e manifesta le sue stesse paure. Il partner complementare, per mezzo della sua gelosia, esprime la sua angoscia di separazione e la paura dell'abbandono e trasferisce sul compagno le proprie fantasie di infedeltà e desideri di emancipazione.

In sostanza, all'interno di questa dinamica, un partner, progressista-rivoluzionario, tende allo sviluppo e al cambiamento, l'altro, conservatore-tradizionalista, tende alla conservazione.

Anche in questa forma collusiva, nel momento in cui il partner regressivo prova ad esprimere la propria autonomia o nel caso in cui il partner progressivo mostra il proprio bisogno di dipendenza, l'idillio si rompe, ed inizia il circolo interattivo del conflitto che si esprime attraverso una esasperazione dei ruoli che tendono sempre a mettere alla prova il partner.

Collusione Edipico-fallica

Si tratta di una vera e propria rivalità, all'interno della coppia, per il ruolo cosiddetto "maschile". L'amore è vissuto soprattutto come autoaffermazione antagonista (virile) e il partner è vissuto, sostanzialmente, come rivale della propria affermazione, della propria supremazia.

Questa collusione è legata al non corretto superamento dei partner della loro fase edipica durante lo sviluppo, e cioè una relazione irrisolta con il genitore del sesso opposto e una mancata identificazione con il genitore dello stesso sesso; pertanto, giungono alla formazione della coppia con il loro schema mentale che vede un uomo sempre forte e superiore con una donna debole, succube e bisognosa di aiuto.

In entrambi vi è il desiderio del predominio: l'uomo, con angoscia di impotenza a causa della non riuscita identificazione con il padre, ricerca l'affermazione di potenza e la sicurezza rispetto alla propria virilità dalla partner. La donna, non essendosi identificata nel suo ruolo femminile, assume un atteggiamento fallico, di tipo maschile, per affermare la propria potenza.

Per concludere, in tutti i tipi di collusione analizzati, in cui è presente un aspetto progressivo ed uno regressivo, ciascun partner impersona nel proprio comportamento ciò che l'altro, a livello inconscio, rimuove e nega a se stesso. Attraverso un meccanismo di proiezione, ognuno trasferisce sul partner aspetti negati, rimossi e conflittuali di sé, per meglio difendersene e per non potersi confrontare con essi.

Si tratta di un processo dinamico, all'interno del quale il comporta-

mento dell'uno determina il comportamento dell'altro, in un processo attivato dall'inconscio comune tendente a preservare i protagonisti da angosce primordiali.

La collusione è un meccanismo distruttivo che genera rabbia, odio, vendetta, ma, nonostante la sofferenza, rimane il patto segreto di non voler cambiare nulla all'interno della relazione, mantenendo intatti i propri oggetti interni danneggiati; sarebbe troppo rischioso.

Essa blocca le possibilità di evoluzione della personalità dei partner e mantiene inconsci i loro conflitti personali irrisolti.

Essere imprigionati all'interno di ruoli rigidi, non permette alcun progresso; una relazione sana è caratterizzata dalla compresenza di tendenze e fantasie regressive e progressive, dalla possibilità che ogni partner ha di potersi permettere entrambe le posizioni, progressiva e regressiva, accudimento o sostegno, forza o sottomissione, e via via, secondo le condizioni di vita che vive.

Come più volte ribadito, entrambi i soggetti, all'interno della relazione, sfuggono, dal loro rimosso utilizzando il meccanismo della proiezione; tali aspetti, non visti, non accettati, andrebbero integrati, anche se angosciosi ed ansiogeni.

Questo comporterebbe che il partner, in posizione regressiva, dovrebbe essere in grado di confrontarsi con le proprie esigenze di sviluppare autonomia, assunzione di responsabilità e la sua posizione attiva rimossa.

Al contrario, il partner, in posizione progressiva, si dovrebbe confrontare con i suoi bisogni di dipendenza, con l'inateunticità della sua superiorità e la sua forza solo apparente.

Ci si difende da ciò che angoscia, ma, paradossalmente, ci si imprigiona ancora di più all'interno di un meccanismo che si autoalimenta; ma il "mostro" è sempre in agguato, pronto a riemergere, non appena il sistema difensivo mostra una "falla".

Nella misura in cui i partner sentono la spinta al comportamento opposto, che avevano delegato al partner (ritorno del rimosso), senza, tuttavia, essere in grado di assumere posizioni compensatorie e di bilanciamento, il rischio è la crisi, la quale, in moltissimi casi, si esprime

con forte tensione e violenza.

La terza vittima della collusione tra i due partner diventa la coppia, ed, in ogni caso, anche in assenza di tale crisi, a pagarne le conseguenze è ciò che a cui la coppia ha dato vita: il bambino.

“Certo l'amore è uno strano posto dove andare a cercare la salvezza. Diventi totalmente vulnerabile e infantile nei confronti di colui di cui sei innamorato; sei vulnerabile ai suoi stati d'animo, ai suoi bisogni. E diventi più vulnerabile anche nei confronti di te stesso, dei tuoi stessi bisogni. Una cosa amata tira fuori cose che non pensavi ci fossero in te, compreso il fatto che hai dei bisogni che probabilmente nessuno può soddisfare”

(J. Hillmann M. Ventura).

Bibliografia

- Andolfi M., (1999), *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Baldassarre M., (2008), *Coppia, famiglia e patologie emergenti*. Alpes, Roma.
- Baldassarre M., (2015), *Amori violenti. Cosa significa amare?.* Alpes, Roma.
- Cancrini M.G., Harrison L., (1986), *Potere in amore. Un viaggio tra i problemi di coppia*. Editori Riuniti, Roma.
- Carli L., Cavanna D., Zavattini G.C., (2009), *Psicologia delle relazioni di coppia*. Il Mulino, Bologna.
- Clulow C., (2012), *Sessualità e psicoterapia di coppia*. Il Mulino, Bologna.
- Fisher J., Crandell L., (2001), *I modelli di relazione nella coppia*. In Clulow C. (a cura di), *Attaccamento adulto e psicoterapia di coppia*, Roma, Borla, 2003.
- Fromm E. (1983), *L'arte d'amare*. Mondadori, Milano.
- Galimberto U., (2008), *Le cose dell'amore*. Feltrinelli, Milano.
- Hewison D., (2005), *Sex and imagination in supervision and therapy*, in *Psychoanalytic Perspectives on Couple Work*, 1, pp. 72-87.
- Holmes J., (1994), *La teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lanotte A., (2011), *Patologia delle Relazioni. La sacralità della coppia maledetta*, in *Newsletter CEIPA- Centro Studi Psicologia Applicata*, n° 10, luglio-settembre.
- Rholes W.S., Simpson J. A., (2007), *Teoria e ricerca nell'attaccamento adulto*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Shaver, P.R., Mikulincer M., *La psicodinamica dell'attaccamento*, In Barone, L.,

Del Corno, F., (2007), *La valutazione dell'attaccamento adulto: i questionari autosomministrati*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 83-118.

Società Psicoanalitica Italiana, (2013), *Attaccamenti*. Alpes, Roma.

Velotti P., (2012), *Legami che fanno soffrire. Dinamica e trattamento delle relazioni di coppia violente*. Il Mulino, Bologna.

Willi J., (2001), *La collusione di coppia*. FrancoAngeli, Milano.

Convegni e seminari a cura di Stefano Martellotti

V Regional Conference IASD Roma 7-8 Novembre 2014

Giuseppe Tropeano

Come accennato dallo scrivente nell'editoriale di apertura della rivista, il 7 ed 8 Novembre 2014 la sala UNICEF di Roma ha ospitato la "Regional Conference" della International Association for the Study of Dreaming (IASD), intitolata "The Varieties of Dreaming".

Il presidente della Conferenza Nicola Zippel, filosofo della mente e fenomenologo, docente presso l'IRPPI, ha promosso la partecipazione di un cast di relatori di altissimo livello provenienti da vari paesi Europei e dal Nord America.

La key note lecture finale di Jennifer Windt, ora docente di filosofia a Melbourne, e prima a Magonza, ha approfondito un modello concettuale dell'esperienza di coscienza durante il sonno e nel corso del sognare.

D'altra parte il suo lavoro di ricercatrice e docente si è focalizzato sulla filosofia analitica della mente, sulle scienze cognitive, sui sogni e sulla self-consciousness.

Utilizzando esempi tratti dalle ricerche empiriche sul sogno, la Windt ha proposto un modello concettuale in cui il fattore decisivo che permette il passaggio dalla veglia alla piena immersione nel mondo del sognare è un "modificarsi" nel posizionamento spazio-temporale del Self.

Rimandando il lettore ad un più completo sguardo sulle varieguate suggestioni offerte dal lavoro della Windt, è significativo come la ricerca scientifica sul sogno può collegarsi a ricerche recenti sulla "realtà virtuale, le "full body illusion" il "mind wondering" ed altre esperienze senso percettive e vissuti propri dei fenomeni psicotici .

Bruno Bara direttore del Centro di Scienze Cognitive dell'Università di Torino, ed autore di un brillante volume dal titolo "Dimmi come sogni", ha sottolineato, tra l'altro, come la presenza di un terapeuta esperto nel discorso "onirico" ha un duplice valore : tecnico e simbolico.

La funzione tecnica è l'allargamento dello spazio mentale soggettivo del paziente, arricchendo così la conoscenza del proprio universo emozionale, sovente misconosciuto nello stato di veglia.

La componente simbolica del nostro essere fondamentalmente sociali: la condivisione del racconto onirico con altra persona aiuta il ricordo onirico e lo sottrae all'oblio ed al confino nella nostra "memoria solitaria".

Il gruppo di ricerca del "Centro per i disturbi del sonno" Roma guidato dal Prof. Francesco Peverini, con la stretta collaborazione di Stefano Martellotti, Antonio Pedracca, Fulvia Adriano e Maria Grazia Capillo, ha intrapreso una ricerca su "Dreaming in Sleep Apnea", ricerca che, grazie anche al contributo importante di Nicola Zippel, ho ottenuto un finanziamento diretto dallo IASD.

Vari parametri sono stati presi in considerazione nei pazienti con OSAS, come la "quantità onirica" la vividezza del sogno, la ricorrenza di temi particolari nell'esperienza onirica. La ricerca prosegue e sarà presentata nei risultati definitivi nella Regional Conference, in Olanda/ Giugno 2016.

Giuseppe Tropeano, medico psichiatra, psicoterapeuta e direttore scientifico di questa rivista, ha esposto la propria esperienza terapeutica con un "Gifted boy", prendendo spunto da un "sand play": la discussione è stata arricchita dal contributo colto del Dr. Giuseppe Andretto, analista Junghiano ed espertissimo nel "gioco della sabbia".

Il team di ricercatori dell'Università di Lion con P.Ruby, ha esposto il proprio lavoro sulle caratteristiche del risveglio e dell' "arousal"

sul ciclo-sonno rispetto alla capacità di recall (ricordo e capacità di racconto) dell'esperienza onirica. La capacità di recall attinge alla fase Rem ed alla durata di questi, e al risveglio che subentra in questa stessa fase.

Tra le numerose presenze di ricercatori Polacchi, va citata quella dell'Università di Cracovia che ha discusso le caratteristiche del sognare nei disturbi di personalità borderline.

La dr.ssa Slodka et altr. hanno invece ripercorso la storia del lavoro terapeutico con i sogni nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale, da Aaron Beck, a Calvin Hall, a Jeffrey Young, alla tecnica detta "Schema Therapy" nei PTSD, integrativa di varie altre tecniche (psicodinamiche, Gestalt ecc).

Il rapporto tra creatività, arte, sogno è stato sviluppato dal noto artista, nonché direttore della rivista "Psicologia ed Arte", Sergio Lombardo. Si rimanda all'articolo sulla teoria "eventualista" della creatività artistica.

Michael Jenkins, artista e psicoanalista di New York, ha discusso una serie di sogni "di trasformazione" dove hanno risalto figurazioni di animali.

Il prof. Umberto Barcaro, di Pisa, ha presentato una fascinosa relazione sul più enigmatico dipinto di ogni tempo, la "Tempesta" di Giorgione e su i suoi aspetti oniroidi.

Louise Milhe Università di Edimburgo ha parlato dello stile "onirico" riscontrabile nel cinema di Andrei Tarkovky, col suo concetto di "time pressure".

Ha destato molto interesse la sessione gestita dai discenti dell'Istituto Romano Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI): Fulvia Adriano, con la sua relazione sul "tarantismo", la dr.ssa Pugliese, Valentina Bolle, Alina Paoletti, Giuseppe Centra hanno presentato casi clinici, con una esposizione chiara (in lingua Inglese - ndr lingua ufficiale della conferenza) sull'uso del sogno come strumento non solo terapeutico ma di assessment diagnostico e rivelatore nei vari stadi del processo terapeutico. L'uso del sogno, in psicoterapia psicodinamica,

è stato esposto con brillante competenza dalla dr.ssa Cristina Bottoni vice presidente IRPPI.

Da non dimenticare la presenza di Michael Schredl, Università di Mannheim /Heidelberg, Germania clinico e ricercatore: il tema da lui proposto riguarda la stimolazione olfattiva e l'associazione di questa con immagini oniriche "odor associated".

Lo spazio a disposizione non permette la dovuta citazione delle altre relazioni, come quella del dr. D'Agostino sul ruolo dell'emisfero destro nell'attività onirica.

Da menzionare l'interesse scaturito dalle "morning dream session" con la partecipazione lodevole di relatori come Paolo Clemente, e la conduzione del dr. Zippel e del dr. Martellotti.

Le due giornate sono in definitiva trascorse velocemente ed intensamente, creando altresì la base per importanti e prolifici contatti col mondo degli studiosi del sogno. Contatti che hanno trovato compimento in Virginia (U.S.A.) come si evince dal report della dr.ssa Bottoni.

IL SOGNO AMERICANO

Resoconto della 32esima Conferenza Annuale dell'International Association for the Study of Dreams-IASD 2015-“The Depths of Dreams”

Cristina Bottoni¹

L'International Association for the Study of Dreams-IASD è stata fondata nel 1983 a Berkeley in California ed è la prima organizzazione internazionale e multidisciplinare al mondo dedicata alla ricerca pura ed applicata sul sogno e sull'attività onirica. L'obiettivo principale dello IASD è promuovere la conoscenza e la diffusione dell'uso dei sogni in ambito pubblico e privato ed incoraggiare la ricerca sulla natura, funzione e significato dell'attività onirica, al fine di sviluppare l'applicazione degli studi sul sogno e costituire un network eclettico ed interdisciplinare per lo scambio di idee ed informazioni. Raccoglie centinaia di membri, di svariati orientamenti e provenienti da circa 55 paesi nel mondo e di tutte le discipline; inclusi psicologi, psicoterapeuti, universitari, antropologi, dreamwork, ricercatori, artisti, educatori e scrittori.

Ogni due anni si tiene la conferenza europea, IASD European Conference e nel Novembre 2014 si è tenuta a Roma la Quinta edizione organizzata dall'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata IRPPI dal titolo “The variety of dreaming” che ha visto la partecipazione di esperti del campo provenienti da diversi paesi europei e da USA e Canada. Il congresso, in lingua inglese, si è svolto presso la sede UNICEF nel modo più auspicabile, con l'attenta e brillante partecipazione di tutti, relatori e pubblico, ed ha toccato diversi ambiti di ricerca sul sogno da quello neurofisiologico, psicoterapico a quello filosofico e artistico. È stato proprio partecipando alla conferenza europea come relatrice e parte dell'organizzazione in qualità di vice direttore IRPPI che ho conosciuto il “mondo IASD” restando completamente af-

¹ 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

fascinata da due caratteristiche principali che lo contraddistinguono, l'accoglienza empatica ed indiscriminata a chiunque sia interessato ai sogni e al contempo l'elevato livello della ricerca che prosegue da oltre trent'anni. La mia passione per i sogni e per i viaggi mi ha spinto a voler partecipare alla conferenza internazionale annuale dello IASD che si sarebbe svolta a Giugno 2015 in Virginia con due lavori, una relazione sul metodo e sul lavoro con il sogno nella psicoterapia psicodinamica integrata (Dream work in Integrated Psychodynamic Psychotherapy-IPP Method) ed un poster in cui abbiamo presentato i risultati preliminari di un progetto di ricerca sulla relazione fra contenuto emotivo dei sogni e profili di personalità (Emotional content of dreams and personality profiles).

Alla conferenza internazionale annuale sul Sogno “ The Depths of Dreams” che si è svolta dal 5 al 9 Giugno 2015 in Virginia, hanno preso parte 140 relatori riconosciuti a livello internazionale e provenienti da tutte le parti del mondo, il programma ampiamente multidisciplinare ha permesso a tutti, chi per professione chi per semplice interesse ai sogni, di vivere un'esperienza arricchente sul piano umano e scientifico. Le sessioni congressuali numerose e dense hanno visto l'alternarsi continuo di relazioni, simposi, workshops; eventi speciali e i “morning dream groups” e la sessione poster. Gli argomenti hanno toccato tutti i campi specifici e di confine inerenti i sogni: la Ricerca e la Teoria, Arti e Scienze umane, incluso il Dream Theater; il settore educativo, religioso, Spiritualità e Filosofia; l'approccio Clinico; Sogni e Salute; e Extraordinary, PSI and Lucid Dreams. Il convegno è stato giornalmente arricchito da “worshop” su specifici argomenti, di lavoro in gruppo su alcuni aspetti del simbolismo onirico, sull'induzione dei “lucid dreams” e sull'addestramento alla scrittura creativa che sfrutti l'immaginazione onirica.

Tra i relatori principali presenti ho trovato particolarmente interessanti e utili per sviluppare ed aggiornare la ricerca sul sogno:

Jean Raffa, PhD, psicologa junghiana, professore universitario, nonché insegnante al Winter Park Jung Center. Personalità dotata di grande carisma la Raffa ci ha condotto nel sogno, teatro dell'anima leggen-

doci e rappresentando passi del suo ultimo libro *Dream Theatres of the Soul*, una guida pratica al lavoro sui sogni con il metodo junghiano, dove sono contenuti anche i sogni della stessa autrice raccolti in anni e anni con precisione e costanza.

Dawson Church, PhD, con la presentazione dal titolo *Sogni, Memoria, Trauma e resilienza: come le emozioni splasmano il nostro cervello, Dreams, Memory, Trauma and Resilience: How Emotion Shapes Our Brains*. Dawson Church, ha vinto diversi premi come autore di diversi libri tra cui *The Genie in Your Genes*, è il fondatore dell'Istituto nazionale He is the founder of the National Institute di Assistenza Sanitaria Integrata, editore del Giornale di Psicologia Energetica. Si occupa da anni di medicina epigenetica, che parte dal presupposto che le modificazioni epigenetiche possano essere il risultato dell'esposizione a fattori ambientali o dell'alimentazione, ed è un nuovo ambito scientifico che promette di rivoluzionare ciò che conosciamo della salute. Fino a oggi eravamo convinti che il DNA determinasse immutabilmente gran parte del nostro comportamento e delle nostre caratteristiche fisiche. Nuovi entusiasmanti studi scientifici dimostrano che spesso molti geni vengono trasformati dalle nostre convinzioni, dai sentimenti e dalle nostre attitudini. Ogni pensiero che formuliamo si diffonde nell'organismo, influenzando i sistemi immunitario, ormonale e cerebrale.

Jessica Payne, Professore Associato presso la facoltà di psicologia dell'Università di Notre Dame, in Arizona dove dirige anche il laboratorio Sleep, Stress and Memory (SAM) Lab. La sua ricerca si concentra su come il sonno e lo stress influenzano, indipendentemente ed interagendo tra loro, la memoria umana, le emozioni, le sue funzione psichiche influenzando la salute mentale. Le conoscenze attuali evidenziano che le nuove informazioni pur essendo codificate e immagazzinate nella nostra memoria continuano ad essere elaborate e trasformate da un processo noto con il nome di consolidamento. Questo processo solidifica i ricordi e li rende resistenti alle interferenze e al degrado, ma risultati molto recenti suggeriscono che esso può anche cambiare i ricordi in modo da renderli più utili ed adattabili.

Un'altra linea di ricerca esamina importanti questioni cliniche, ad esempio come i disturbi del sonno e lo stress influenzano il consolida-

mento della memoria in soggetti con disturbo depressivo maggiore e disturbi d'ansia, come il PTSD, e come questo, a sua volta, influenza il funzionamento psicologico.

Stanley Krippner, Ph.D., è professore di Psicologia alla Saybrook University, di San Francisco e past president dello IASD. Direttore della formazione presso il Maimonides Medical Center Dream Research Laboratory a Brooklyn NY, tra i suoi libri ricordiamo *Haunted by Combat: Understanding PTSD in War Veterans* (2007). Membro e presidente di due divisioni dell'American Psychological Association, nel 2002 ha vinto l'APA Award per Contributi Illustri al progresso Internazionale di Psicologia. Al congresso internazionale ha discusso in sessione plenaria la relazione dal titolo "Lavorare con gli Incubi nel Disturbo Post Traumatico da Stress, *Working with Post-Traumatic Stress Disorder Nightmares*.

Alle presentazioni dei relatori principali si sono alternati con ritmi serrati interventi di estremo interesse scientifico e culturale; in Virginia ho avuto il piacere e l'onore di conoscere di persona e confrontarmi con esperti del campo di fama internazionale, come Michael Schredl, Antonio Zadra e Alan Siegel, Deidre Barret, Teresa De Cicco, Katia Valli, Bobbie Ann Pinn e molti altri che per brevità non elencherò, ma di pari importanza. La conferenza si è conclusa con il Dream Ball evento tanto caro a Bob Van de Castle che ha dedicato la sua vita al sogno e alla ricerca sui sogni. Van de Castle è stato professore emerito presso l'Università della Virginia, Health Sciences Center con l'insegnamento di Medicina Comportamentale e Psichiatria, ma soprattutto ha fatto dello IASD la realtà attuale, una "coalizione arcobaleno" dei sognatori di tutto il mondo. Il Dream Ball è la festa finale di ogni conferenza internazionale IASD nella quale tutti sono invitati a rendere onore al sogno rappresentandolo o mascherandosi o con una poesia, un pensiero o raccontando direttamente un sogno.

Trovo difficile racchiudere in poche battute quanto l'esperienza in America sia stata unica, per le riflessioni e gli stimoli suscitati dalla conferenza, ma anche per l'arricchimento dal punto di vista umano e culturale che si può avere andando proprio nello stato, la Virginia pri-

ma colonia inglese del nord America, teatro di numerose battaglie, per l'indipendenza e durante la Guerra di secessione, in cui le leggi razziali sono state abolite soltanto negli anni '60.

Al mio ritorno in Italia, nella valigia insieme ai tanti libri specializzati sul sogno, ho riportato tante emozioni, tanti nuovi amici e anche la soddisfazione di essere stata nominata rappresentante italiana della IASD-IASD Regional Representative for Italy.

Come rappresentante IASD e vicedirettore IRPPI, insieme al Prof. Lago IRPPI e al Prof. Marco Zanasi (che si occupa di ricerca sul sogno qui a Roma da oltre trenta anni con originali metodiche di ricerca e autore del libro *Remando tra i sogni*) e con il nostro gruppo di ricerca stiamo portando avanti diverse iniziative e progetti sul sogno che saremo lieti di presentare alla prossima conferenza internazionale annuale dello IASD che si terrà in Olanda a Giugno 2016 nella suggestiva abbazia del 1200 di Rolduc cittadina situata al confine con la Germania e il Belgio e dal quale si possono raggiungere Maastricht (30 km), Aachen in Germania (10 km) e Tongeren in Belgio (40 km).

NDR: chi fosse interessato a sapere di più su attività, eventi, ricerche promosse dallo IASD, può contattarmi direttamente all'indirizzo email: crisubot@gmail.com oppure andare sul sito www.iasdream.org

Dream work in Integrated Psychodynamic Psychotherapy-IPP Method- Il lavoro con i sogni nella Psicoterapia Psicodinamica Integrata-PPI

Cristina Bottoni, Giuseppe Lago

La relazione delinea il lavoro con i sogni nella Psicoterapia Psicodinamica Integrata-PPI, tramite l'applicazione del metodo I.R.P.P.I. (Lago, 2006), i sogni sono 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 nostro metodo 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 non più considerato espressione dell'istinto, ma prodotto della mentalizzazione, sintesi di immagini mentali derivate da esperienze emotive e intersoggettive". 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). 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".

Emotional content of dreams and personality profiles- Il contenuto emotivo dei sogni e profili di personalità

Cristina Bottoni, Katia Bartoli, Alessia Carleschi, Alina Paoletti, Pierluigi Scarciglia, Nicola Zippel

Il presente lavoro descrive la sperimentazione preliminare di un intervento di psicoterapia integrata analizzando i sogni di pazienti in psicoterapia da due anni seguendo il metodo IRPII (Lago, 2002). 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.

L'analisi procedurale di queste dimensioni (clinica, individuale e sociale), permettono la valutazione vera e propria dell'intervento.

Gli obiettivi del lavoro possono essere così sintetizzati:

- monitorare il cambiamento nel soggetto durante il trattamento con il metodo IRPPI
- valutare le dinamiche interne dei sogni con un'indagine descrittiva dei sogni che gli stessi pazienti portano in seduta

Metodologia della ricerca

I pazienti a cui è stato proposto questo intervento integrato sui sogni sono utenti privati che usufruiscono di una terapia dinamica integrata da due anni (IRPPI).

Il gruppo è costituito da 4 soggetti (3 femmine e 1 maschio), di età compresa fra i 27 ed i 40 anni con media 32 anni

Procedura

Ciascun paziente è stato diagnosticato dal proprio psicoterapeuta, seguendo i criteri del DSM IV Tr, confermato dal MMPI

Suddividendo i pazienti rispetto alla diagnosi si evincono le seguenti categorie diagnostiche (Tab 1) con evidente prevalenza del disturbo depressivo.

Diagnosi secondo il DSM IV	
1	disturbo depressivo
2	disturbo depressivo
3	disturbo depressivo
4	disturbo fobico sociale

Tabella 1

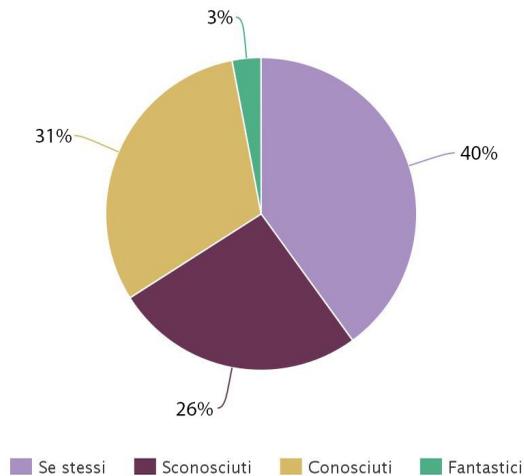
- Per descrivere l'analisi dei sogni portati in terapia è stata utilizzata una griglia descrittiva tratta da Bara (2012) La griglia da noi utilizzata per ciascun sogno è composta da alcune scale così suddivise: tema, emozioni, sensazioni, personaggi.
- Per esplorare i contenuti dei sogni è stato usato il Typical Dream Questionnaire, valutando anche l'intensità dei contenuti usando scale likert a 5 punti.
- Per esplorare i diversi aspetti del sogno dei pazienti è stato usato il MADRE tradotto in italiano valutando l'intensità per ciascuna risposta proposta dal questionario

Risultati

Dall'analisi dei protocolli emerge una prima indagine descrittiva dei sogni portati dai pazienti seguiti in terapia seguendo il modello PPI. Sono state analizzate tre settimane di elaborazione onirica portate dai pazienti. Su 31 sogni sono stati identificati i seguenti parametri. Seguendo la codifica del Bara, revisionato per le emozioni, si evince che la maggior parte dei sogni hanno contenuti riferiti a sé stessi nella vita reale, con una sensazione più sul versante negativo e neutro nel colore, con una emozionalità di intensità bassa sulla maggior parte delle emozioni

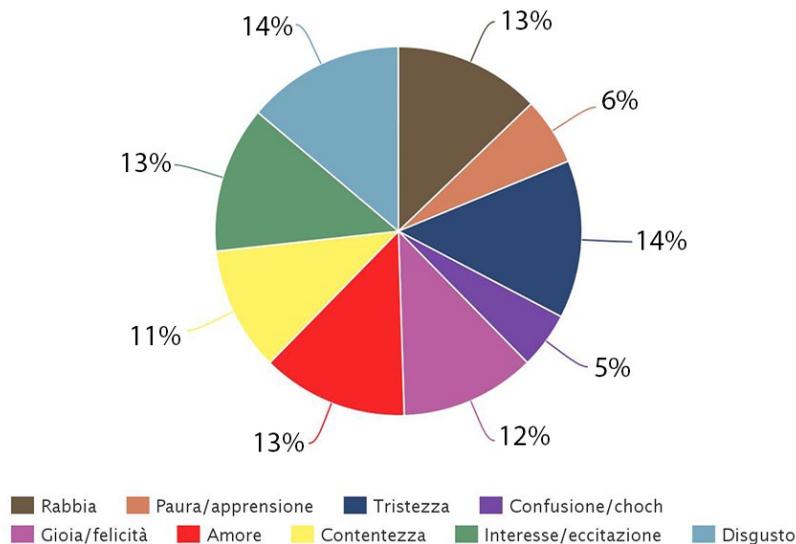
sia positive che negative, tranne per le emozioni: paura, apprensione, confusione che in alcuni sogni aumentano di intensità e durata.

Contenuti personaggi sogni



Graf. 1 Analisi descrittiva percentuali dei contenuti (N sogni=31)

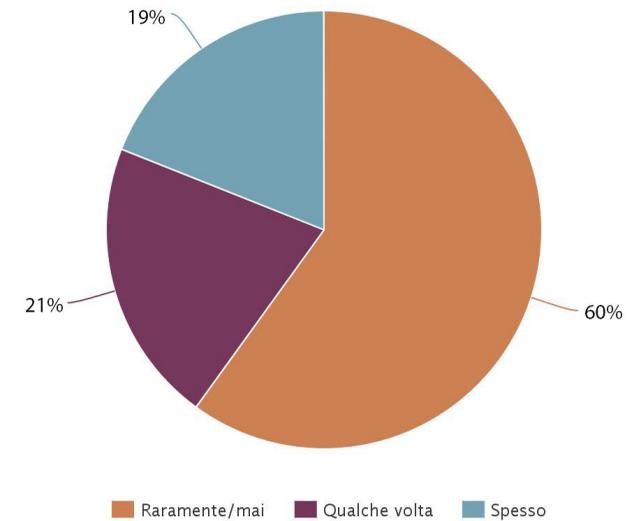
Intensità emotiva dei sogni



Graf. 2 Analisi descrittiva percentuali dell'intensità emotiva (N sogni=31)

Questi dati corrispondono ad una prima analisi di contenuti riportati dai pazienti nel TDQ in cui su 56 item, i soggetti si collocano su un versante basso, raramente sognano situazioni di pericolo o con contenuti forti e distruttivi.

Andamento di risposta al TDQ su scala likert

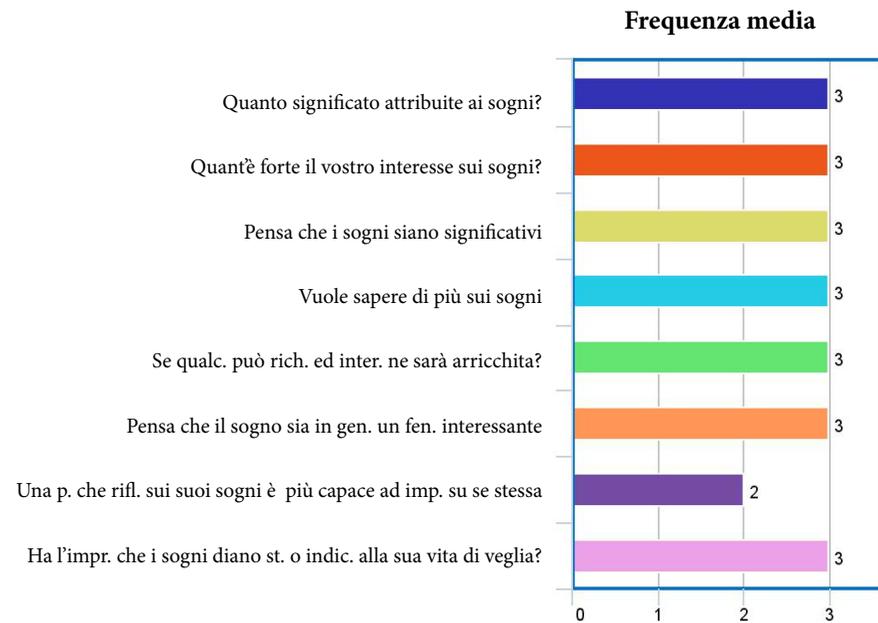


Graf. 3 Analisi descrittiva percentuali dei contenuti TDQ

Dato per altro in linea con l'autovalutazione che gli stessi pazienti danno dei propri sogni attraverso il MADRE.

Fra tutte le affermazioni proposte dal Madre è emersa più chiaramente l'autovalutazione dei proprio sogni da parte dei pazienti che sono in grado di ricordarli, valutandoli come intensi, pur non avendo incubi ma sogni con contenuti chiari e emotivamente pregnanti.

Il fatto stesso che la tonalità dei sogni sia chiara e lucida può essere letto come l'elaborazione del lavoro terapeutico con modalità dinamiche-integrate che consente il passaggio dal pensiero inconscio al pensiero verbale da parte dei pazienti.



Graf. 4 Analisi descrittiva sulle frequenze medie delle rappresentazioni sui sogni definite dai pazienti seguendo il MADRE

Conclusioni

I risultati preliminari della nostra indagine esplorativa su casi clinici seguiti per due anni, confermano l'ipotesi iniziale, ossia che un intervento di psicoterapia integrata ad indirizzo psicodinamico con focus sui sogni sembra avere effetti positivi sui pazienti in terapia.

Questo dato emerge dai valori medi ottenuti nei diversi protocolli che gli stessi pazienti hanno portato in seduta, volgendo un'azione di elaborazione e di riflessione condivisa con il proprio psicoterapeuta.

Dato riscontrabile anche nella produzione onirica dei pazienti in cui i sogni stessi diventano "barometro" dello stato psicofisico e del grado di consapevolezza delle proprie dimensioni interne.



MD, Department of Psychiatry ASL RMF, Rome, Italy
 Codirector of Integrate Psychodynamic Psychotherapy Roman Institute-IRPPI,
 Rome, Italy, www.irppi.it
 Regional Representative and Member of International Association for the Study
 of Dreams, www.iasdreams.org
 email crisubot@gmail.com

Cinema

a cura di Tiziana Liverani

Dal profilo della solitudine dell'uomo del terzo millennio con le difficoltà di vivere e gestire un'affettività sana (Shame) alla solitudine e al dolore di Margherita (Mia Madre) che sta perdendo sua madre. Due modi di rappresentare la solitudine, due modi di rappresentare il dolore di vivere, di affrontare la realtà. Questi i due film che presentiamo in questo numero "Mia Madre" diretto da Nanni Moretti e "Shame" diretto da Clint Eastwood.

L'uno un viaggio familiare, dentro al dolore personale di chi sta perdendo un genitore, il senso di estraneazione e l'inadeguatezza nell'affrontarlo. Tutto vissuto in una dimensione duale fatta di privato e di pubblico, di realtà e finzione, di attore e personaggio.

L'altro uno spaccato della "società liquida" di Bauman della nostra società: dove l'uomo in carriera che non ha bisogno di nulla, appare inadeguato, insoddisfatto, alla continua ricerca di stimoli che non arrecano soddisfazione e dove tutto si riconduce ad uno stile di vita consumistico, divorante, incerto che è causa di instabilità precarietà affettiva e relazionale.

Due aspetti molto presenti ed evidenti nella realtà contemporanea, che ognuno di noi può aver vissuto o vivere nel suo quotidiano.

MIA MADRE

Regia di Nanni Moretti (2015)

Un film, un viaggio familiare dentro un dolore così personale, intimo, dolore che va affrontato un po' di lato con manovre sottrattive elusive, il dolore solo così lo si può raccontare comunicare con sobrietà e pudore, attraverso gesti del quotidiano.

Questo è quello che si prova vedendo il film di Moretti "Mia Madre" l'ineluttabile scorrere della vita, il senso di estraneazione ed alienazione della morte di un genitore e l'inadeguatezza ad affrontare, lo sgomento.

Il racconto autobiografico, denso di suggestioni analitiche del regista, affida a Margherita (Margherita Buy), sua alter ego femminile, la scelta di rappresentare se stesso in un corpo femminile e il compito di raccontare la sua personale esperienza emotiva più forte, la morte di sua madre (avvenuta realmente nel 2010).

Margherita è infatti una regista, sta girando un film impegnato sulla difficile realtà della precarietà del mondo del lavoro; ha come protagonista uno stizzoso attore italo americano (John Turturro). Un attore in crisi, schiavo della sua maschera da divo, resa esasperata "dall'arte di arrangiarsi" e dal provincialismo del cinema italiano. L'attore è chiamato a rappresentare un italo americano che vuole acquistare la fabbrica in crisi, in vista di una ristrutturazione a danno dei suoi addetti.

A Turturro è affidata la ventata di spensieratezza, la lieve leggerezza della vita in un racconto di morte, la difficoltà di comunicazione con i suoi strafalcioni linguistici, una sorta di controbilanciamento del dramma che si sta consumando, e la fragilità di una figura gigiona, quando tira giù la maschera e lascia fluire la sua umanità.

Margherita ha una madre ricoverata in ospedale che assiste nelle pause di lavorazione del film, con suo fratello Giovanni, ingegnere in aspettativa per prendersi cura della madre malata (Nanni Moretti) è il "fratello perfetto" sempre attento ed accudente, sempre più avanti di lei.

Alla madre non resta molto da vivere, secondo le comunicazioni dei

medici e Margherita tra le riprese sul set che si rivelano più complicate del previsto, e la gestione della figlia 13enne alle prese con problemi col latino (lingua morta, che insegna la madre morente), vive la sua personale esperienza di dolore in una sorta di lutto precoce, ciò la porta ad estraniarsi dalla realtà, confondendola con il sogno e con i ricordi. Margherita si muove dunque dal set in fabbrica (vita lavorativa) all'ospedale (vita privata); e quest'ultimo luogo è spazio di incontro con la madre, dove vengono riflesse tutte le sue ansie, nella continua ricerca di una via d'uscita dalla sofferenza, nel continuo rapporto tra realtà e finzione, rapporto come solo il cinema ci sa regalare.

Il film è incentrato sulla morte di Ada (Giulia Lazzarini) madre di Margherita e di Giovanni insostituibile per i due come tutte le mamme, professoressa di liceo e di latino e di vita, gentile, garbata, preparata nonna attenta e presente con l'adolescente Lidia figlia di Margherita; alle prese con un ostico Latino, ed una ardua versione da tradurre. E appare dolce allora anche il sorriso di Margherita quando di fronte agli ex alunni della madre di cui è forse un po' gelosa, trova una madre a lei sconosciuta.

Mia Madre è quindi un film sincero, autentico, a volte crudele per certi aspetti, vero, stratificato, che si snoda da un personale dolore privato, nell'affrontare la realtà e l'inadeguatezza su più livelli.

Una dimensione dialettica tra privato e pubblico; personale e politico; maschile e femminile; attore e regista; attore e personaggio; realtà e finzione come la battuta della regista Margherita: "Fai sentire l'attore accanto al personaggio".

Tiziana Liverani

SHAME

Regia Di Steve McQueen (2011)

Brandon è un trentenne newyorkese di classe medio-alta, piacente, in forma, con un buon lavoro e un buon reddito, un elegante appartamento con vista sulla città e una dipendenza dal sesso, che non gli consente una soddisfacente vita di relazione e sentimentale.

E' ossessionato dal sesso in tutte le sue forme: pornografia, autoerotismo, prostituzione, sesso occasionale; ciò lo porterà ad una spirale di altre dipendenze.

Mc Queen ce lo racconta, riportando, non giudicando negli spazi asettici, glaciali della quotidianità, lui oggetto tra gli oggetti, un nichilismo che ci dà il senso dell'alienazione della vita di Brandon.

Niente traspare all'esterno, ma all'arrivo della sorella Sissy, problematica quanto lui, si scateneranno una serie di eventi che costringeranno Brandon a fare i conti con se stesso e con le sue problematiche.

Brandon ha una sessualità disordinata, non può pensare ad una relazione stabile, monogama, per eccitarsi ha bisogno di distrazioni di spostare "l'oggetto" sentimentale in continuazione e rapidamente, a seconda del bisogno del momento.

Questo in contrapposizione con la sua collega Marianne che invece desidera e progetta relazioni stabili e monogame.

Durante un incontro sentimentale tra i due e all'interno di una specie di gioco, quando Brandon chiede a Marianne chi vorrebbe essere se potesse rinascere in un altro tempo passato o futuro, lei gira la domanda a lui che risponde: un musicista negli anni Settanta. Quando poi arriva il turno di Marianne afferma di volere essere se stessa nel mondo presente, Brendon definirà la cosa come "noiosa".

L'unico che si annoia veramente è lui che ancora una volta si ritrova ad abbandonare se stesso, per fuggire da se stesso, attraverso una sessualità disperata, nell'attesa di un nuova eccitante espression-

ne sessuale, proiettato sul futuro per fuggire dal passato, dal rapporto con la sorella, dal caos e dalla rabbia.

Shame traccia il profilo dell'esistenza dell'uomo del terzo millennio con la sua solitudine, con la difficoltà di mantenere un rapporto affettivo o di amicizia sano. I soldi, una bella casa e un lavoro ben remunerato, il "sogno Americano" insomma, sono "illusioni", Brandon vive una vita fatta di dipendenza dal sesso, senza piacere, in solitudine e alla continua ricerca di stimoli.

Un film che appare molto in linea con le tematiche attuali riguardo la cosiddetta "Società liquida" di Z.Bauman. Dove il senso di insoddisfazione e di incertezza che consegue ad un ritmo di vita consumistico e competitivo, dove per occupare la scena bisogna scacciare gli altri, ha indotto Bauman a ribadire che "siamo condannati a vivere un'incertezza permanente" che è causa ed effetto di una precarietà emozionale e di instabilità relazionale e valoriale. (Z.Bauman "La società dell'incertezza" Il Mulino Bologna 1999; Z.Bauman "Modernità liquida" La Terza Bari 2003)

Questo è Shame, questa è la nostra società attuale.

Tiziana Liverani

Libri

a cura di Bernardino Foresi

Due libri in questo numero, entrambi pubblicati nel 2014.

Il primo, 'Coscienza e cervello' di Stanislas Dehaene, affronta il tema della coscienza nel modo in cui può essere visto da un neuroscienziato, ossia riducendo al misurabile il concetto di coscienza e rilevando il substrato neurologico del cervello nel passaggio dallo stato non cosciente a quello cosciente. Accantonando ad un secondo momento le esasperanti questioni del libero arbitrio e dell'autocoscienza, Dehaene e il suo gruppo di ricerca, si concentrano sull'accesso cosciente, rilevando le 'firme' oggettive della coscienza e teorizzando il 'flusso della coscienza' come un'attivazione integrata di aree corticali del cervello. Ad un impoverimento del concetto di coscienza (ricordo le recensioni su questa rubrica del libro 'Mente e corpo' e l'ultimo libro di Damasio 'Il sé viene alla mente') fa riscontro la possibilità di applicare a pazienti caduti in coma o in stato vegetativo gli strumenti di rilevazione di tracce minime di attività cosciente e stimolare i nuclei profondi del cervello per accelerare il recupero della coscienza. Considerandolo un disturbo della coscienza Dehaene e Jean-Pierre Changeaux ipotizzano anche la possibilità di spiegare gran parte dei sintomi della schizofrenia.

Il secondo, 'L'illusione di Mesmer' di Giuseppe Lago, è un'esemplare ricerca storica sul personaggio e sulle vicende di Franz Anton Mesmer che non solo svela la personale illusione di Mesmer, cioè quella di poter guarire tutte le malattie del mondo con il magnetismo animale, ma fa cadere anche l'illusione di quanti continuano a riferirsi a Mesmer come un precursore della psicoterapia. Il metodo utilizzato è quello di raccogliere e presentare tutta la documentazione disponibile (scritti, resoconti, carteggi, invettive, articoli di giornali, etc.) di e su Mesmer per vagliare giudizi già espressi da storici (e non) su Mesmer e il mesmerismo e valutare quanto appartiene alla verità storica e quanto a ricostruzioni romanzate e faziose. Scopo principale del saggio è però quello di evidenziare, anche sull'esempio di Mesmer, come certe pratiche psicoterapeutiche si basino ancora sul carisma personale del terapeuta piuttosto che su un metodo di cura verificabile.

COSCIENZA E CERVELLO: come i neuroni codificano il pensiero

Dehaene Stanislas

Raffaello Cortina Editore, Milano 2014; 442 pag.

Partendo da un graffito preistorico rinvenuto nelle grotte di Lascaux che, secondo Michel Jouvét potrebbe essere una delle prime rappresentazioni di un sogno e del suo sognatore, Dehaene ci dice subito che siamo di fronte ad una premonizione del dualismo: “l’errata intuizione che i pensieri appartengano ad un dominio differente dal corpo”. Questa antica intuizione, in vari modi presente in tutte le civiltà del passato, è stata ratificata ed esplicitata filosoficamente da Cartesio con la distinzione tra *res extensa* (il corpo) e *res cogitans* (la mente), identificando quest’ultima con il pensiero cosciente. A differenza dei detrattori del filosofo francese (che avrebbe ritardato di anni lo sviluppo delle neuroscienze) Dehaene rivaluta Cartesio come un pioniere della scienza, fondamentalmente un riduzionista, la cui analisi in termini meccanici della mente umana ha rappresentato il primo esercizio di sintesi e di modellazione teorica in biologia.

Mentre oggi possediamo una ragionevole comprensione dei principi matematici che governano il mondo fisico, sembra che lo studio della coscienza sia rimasto fuori dai confini della scienza normale. Negli ultimi 20 anni, però, le scienze cognitive, la neurofisiologia e le tecniche di *neuroimaging* hanno portato un duro attacco empirico alla coscienza, facendole perdere quello status speculativo di mistero filosofico per renderla una questione d’ingegnosità sperimentale compatibile con tecniche e misurazioni in laboratorio.

Per Dehaene la coscienza è utile, almeno come ‘funzione’: “la coscienza è una complessa caratteristica funzionale, e come tale è stata selezionata, attraverso milioni di anni di evoluzione darwiniana, poiché svolge un particolare ruolo operativo”. Per determinare quale sia questo ruolo bisogna tener presente l’unicità delle operazioni coscienti rispetto alle percezioni non coscienti, come la capacità di prendere decisioni, oppure di creare pensieri duraturi, o sintetizzare l’informazio-

ne e richiamarla in qualsiasi momento futuro. La ‘memoria di lavoro’ è una delle funzioni predominanti della corteccia frontale dorsolaterale e delle aree ad essa collegate, rendendo, quindi queste aree le depositarie della nostra conoscenza cosciente. Lesioni della corteccia prefrontale rivelano gravi carenze nella progettazione del futuro, mancanza di lungimiranza e ostinata aderenza al presente.

Lo studio contemporaneo della coscienza distingue almeno tre aspetti: la vigilanza, l’attenzione e l’accesso cosciente; orbene è quest’ultimo, per Dehaene e i suoi collaboratori, ciò che conta come vera coscienza. Il fatto cioè che alcune informazioni alle quali prestiamo attenzione diventano consapevoli e riferibili agli altri: fenomeno non solo ben definito ma anche facilmente studiabile in laboratorio. Ci sono tecniche e strumenti per misurare quando uno stimolo viene percepito o rimane non percepito, una immagine viene vista o rimane nascosta, con la possibilità di sondare cosa cambia nel cervello durante questi passaggi. Allo scienziato interessa scoprire cosa succede quando uno stimolo diventa cosciente oppure no, decifrare i meccanismi cerebrali che distinguono i due processi. La strategia sperimentale è quella di creare un contrasto minimo fra la percezione cosciente e quella non cosciente. In più questa nuova disciplina della coscienza prende in seria considerazione i resoconti dei soggetti sottoposti agli esperimenti.

Utilizzando ogni strumento a disposizione - dall’imaging mediante risonanza magnetica funzionale (fMRI), alla elettro- e magneto-elettroencefalografia, agli elettrodi inseriti in profondità nel cervello - Dehaene e il suo team di ricerca hanno potuto evidenziare quattro firme della coscienza, cioè quei marcatori dell’attività cerebrale che si manifestano se, e soltanto se, la persona scansionata sta avendo una esperienza cosciente, sia essa di tipo visivo, uditivo, tattile o cognitivo. Anche se uno stimolo subliminale può propagarsi in profondità nella corteccia, questa attività cerebrale si amplifica notevolmente una volta che lo stimolo viene percepito coscientemente, in particolare con una repentina e improvvisa attivazione dei circuiti parietale e prefrontale (firma 1); nell’elettroencefalogramma l’accesso cosciente genera un’onda lenta ritardata, alla sommità del cranio, chiamata onda P3 (firma 2); gli elettrodi collocati in profondità registrano, al momento della consa-

pevolezza dello stimolo, un ritardato e improvviso picco di oscillazioni ad alta frequenza (firma 3) e una sincronizzazione degli scambi d'informazione fra aree distanti nel cervello (firma 4). La firma della coscienza non avviene solo in corrispondenza del contenuto cosciente, ma deve far sì che questo contenuto emerga in maniera dimostrabile nella nostra consapevolezza. Siamo di fronte ad uno dei problemi più difficili da affrontare per un neuroscienziato: dimostrare che ad una configurazione di attività cerebrale corrisponda uno stato mentale. Se fosse possibile ricreare nel nostro cervello la precisa condizione di attivazione dei nostri circuiti di quando abbiamo visto un tramonto, dovremmo riattivare la stessa immagine e sensazione anche se non lo vediamo realmente. Per quanto possa sembrare inverosimile, secondo Dehaene, è quello che ci accade ogni notte quando sogniamo: mentre noi dormiamo il cervello attiva sequenze organizzate di configurazioni neuronali che evocano un preciso contenuto mentale. Le aree corticali attive appena un secondo prima del risveglio possono predire il contenuto del sogno riferito in seguito (ad esempio se sono attive le aree specializzate nel riconoscimento dei volti, il sognatore riferirà, prevedibilmente, la presenza di altre persone nel sogno).

Anche se le neuroscienze hanno identificato molte corrispondenze empiriche tra attività cerebrale e vita mentale, il divario tra mente e cervello non sembra essersi ridotto affatto. Nessun esperimento mostrerà mai le centinaia di miliardi di neuroni presenti nel cervello umano che si attivano nel momento della percezione cosciente. Per Dehaene “soltanto una teoria matematica può spiegare come il mentale si trasforma in neurale. Le neuroscienze hanno bisogno di una serie di leggi ‘ponte’, che colleghino un ambito all’altro. Servono molti, forse troppi livelli di spiegazione. Scatole cinesi, modelli frattali, livelli dentro i livelli, una grande complessità caratterizza i processi mentali e cerebrali”.

Nonostante queste difficoltà Dehaene e i suoi collaboratori (Jean-Pierre Changeaux e Lionel Naccache in primo luogo) propongono una teoria specifica della coscienza basata sullo **spazio di lavoro neurale globale**. L'idea non è originale: riprende la concezione dello spazio di lavoro globale cosciente dello psicologo Bernard Baars (1989) con l'aggiunta dell'aggettivo ‘neurale’ a sottolineare l'importanza dell'attività

e delle connessioni neurali a lunga distanza. Secondo questa teoria “la coscienza è soltanto condivisione dell'informazione a livello cerebrale”. I ricercatori credono che a diffondere i messaggi coscienti attraverso il cervello sia uno speciale gruppo di neuroni: cellule giganti i cui lunghi assoni attraversano la corteccia, interconnettendola in un tutt'uno integrato.

Una volta attivato, lo spazio di lavoro neurale globale non opera più secondo la modalità sollecitazione-risposta, ma acquista una sua autonomia rispetto all'esterno. Studi recenti hanno dimostrato che il cervello è sede di un'intensa attività spontanea, quella che a suo tempo William James aveva chiamato ‘flusso di coscienza’.

Dehaene e Changeaux hanno ideato e realizzato in laboratorio una simulazione al computer della percezione cosciente e non cosciente constatando che la simulazione al computer imitava la quattro firme empiriche dell'accesso cosciente. Non solo, il sistema presentava un'attivazione spontanea anche in assenza di stimoli esterni (ad esempio una piccola scarica elettrica). La stessa cosa succede nel cervello: un'attività spontanea è onnipresente nel cervello ed è rilevabile da un elettroencefalogramma. I due emisferi generano costantemente una massiccia quantità di onde elettriche ad alta frequenza, sia che la persona sia sveglia oppure addormentata. “Il sistema nervoso agisce, in primo luogo, come un meccanismo che genera i suoi stessi schemi di pensiero”. Anche quando siamo al buio e non pensiamo a nulla il cervello produce costantemente una complessa attività neuronale, in continuo mutamento. Può capitare a volte di essere talmente presi dai nostri pensieri che non ci accorgiamo di quello che accade intorno, questo perché l'attività cerebrale spontanea invade lo spazio di lavoro globale e può bloccare l'accesso ad altri stimoli esterni. L'attività spontanea del cervello è un aspetto che è stato trascurato nel modello dello spazio di lavoro, mentre per Dehaene è uno dei tratti più originali e importanti. La proprietà primaria del sistema nervoso non è più l'idea obsoleta dell'arco riflesso, ma la sua autonomia: “l'attività neuronale intrinseca ha il predominio sull'eccitazione esterna”.

Un altro aspetto importante caratterizza l'accesso cosciente, cioè che un pensiero che diventa cosciente esclude tutti gli altri (come aveva di-

mostrato lo psicologo inglese Donald Broadbent con l'addestramento dei piloti d'aereo). La percezione cosciente implica un canale a capacità limitata, un restringimento a collo di bottiglia capace di far passare solo un elemento alla volta. Un'altra metafora rappresenta la coscienza come 'un sistema di supervisione' di alto livello, una centrale esecutiva che controlla il flusso di informazione nel resto del sistema nervoso. In realtà è il sistema che riesce a regolare sé stesso e lo fa in maniera gerarchica, cioè i centri superiori della corteccia prefrontale, che si sono evoluti più recentemente, assumono la guida e il controllo sui centri inferiori, ossia le aree corticali posteriori e i nuclei subcorticali, spesso per inibirli (come già sosteneva il neurologo John Hughlings Jackson nella seconda metà dell'800!).

Gli stimoli subliminali che non raggiungono la coscienza tendono a decadere rapidamente se non sono richiamati alla coscienza, anche se un'immagine mascherata non riconosciuta dal soggetto genera comunque rappresentazioni visive, ortografiche, lessicali e persino semantiche nel cervello, ma soltanto per breve tempo. Inevitabilmente lo stimolo subliminale va incontro ad un decadimento esponenziale.

Un'altra non meno importante funzione della coscienza è quella di essere un meccanismo di condivisione sociale. Grazie al linguaggio umano, unito a quello non verbale e gestuale, la sintesi cosciente che emerge da una mente può essere trasferita agli altri. Negli esseri umani il 'formatore verbale' che ci consente di esprimere i contenuti della nostra mente è un elemento essenziale, che può essere impiegato soltanto quando siamo coscienti. Non tutto quello di cui siamo coscienti viene espresso con il linguaggio: noi percepiamo molto di più di quanto riusciamo a descrivere. Il linguaggio, però, ci permette di formulare i nostri pensieri coscienti, mettendo ordine nel nostro mondo mentale e, congiuntamente, potendo dividerli con gli altri.

Tutte le conoscenze acquisite in laboratorio possono tradursi in mezzi di cura per il trattamento dei disturbi della coscienza, a cominciare dai casi più gravi di pazienti caduti in coma o in stato vegetativo o nella terribile condizione di 'locked-in', coscienti ma completamente paralizzati (come è successo a Jean-Dominique Bauby che in quella condizione è riuscito a scrivere il libro 'Lo scafandro e la farfalla' – best

seller in Francia nel 1997). Sofisticata analisi matematiche e l'applicazione di nuovi strumenti di misurazione permettono di discriminare affidabilmente quali pazienti mantengono una vita cosciente e quali no. Si è visto come anche là dove non vi sono segni esteriori di attività cosciente la stimolazione dei nuclei profondi del cervello può accelerare il recupero della coscienza.

Ci sono domande che i ricercatori si pongono a cui non è stata ancora data una risposta certa. "Si può determinare il momento preciso in cui la coscienza emerge per la prima volta nei neonati? Gli animali hanno una loro coscienza? Possiamo una volta per tutte risolvere l'enigma dell'autocoscienza, la nostra sorprendente capacità di riflettere sui nostri stessi pensieri? Il cervello umano è unico? E cosa succede nel cervello di uno schizofrenico?"

Tra queste domande mi soffermo sulle ipotesi che Changeaux e Dehaene hanno fatto per cercare di spiegare i sintomi psichiatrici della schizofrenia. Quest'ultimi rientrerebbero nel quadro di un malfunzionamento dello spazio di lavoro neurale globale. Il deficit riguarda in particolare la percezione cosciente che risulta alterata: ai soggetti schizofrenici occorre più tempo per percepire un'immagine mascherata o una maggiore evidenza sensoriale prima di riferire l'esperienza della visione cosciente. L'ipotesi è quella di un danneggiamento delle fibre a lunga distanza che collegano la corteccia prefrontale alle regioni posteriori della corteccia visiva. Tuttavia l'elaborazione inconscia degli stimoli rimane intatta. Una simile dissociazione tra elaborazione subliminale intatta e accesso cosciente danneggiato è stato riscontrato in pazienti affetti da sclerosi multipla (malattia che colpisce le connessioni di materia bianca nel cervello).

L'imaging del cervello nei pazienti schizofrenici mostra che la loro capacità di attivazione cosciente è drasticamente ridotta. Viene a mancare anche l'onda 'P3' sulla superficie della testa, come pure risulta carente la formazione di una rete cerebrale tra regioni corticali distanti. L'imaging con tensore di diffusione rivela massicce anomalie nei fasci di assoni a lunga distanza che collegano le regioni corticali. Le fibre del corpo calloso, che interconnettono i due emisferi, sono particolarmente danneggiate, come pure le connessioni che collegano la corteccia

prefrontale con regioni distanti dalla corteccia, l'ippocampo e il talamo. Il risultato è una grave compromissione della connettività cerebrale, anche in stato di riposo: “nei pazienti schizofrenici la corteccia frontale perde la sua caratteristica di snodo interconnesso e le attivazioni sono molto meno integrate in un tutt'uno funzionale, rispetto ai soggetti normali di controllo”.

Secondo gli autori questa perdita generale di connettività gioca un ruolo importante nella schizofrenia. La perdita della connettività alto-basso (dalla corteccia al diencefalo) può spiegare la comparsa dei sintomi negativi (riduzione della capacità intellettuale ed emotiva, linguaggio disorganizzato e ripetitivo) e di quelli positivi (sentire le voci, fissazioni, allucinazioni) in quanto non verrebbe colpita la trasmissione in avanti dell'informazione sensoriale, ma viene impedita selettivamente la sua integrazione globale attraverso i circuiti a lunga distanza alto-basso.

Recentemente i neurologi dell'università della Pennsylvania hanno scoperto una nuova malattia, una forma di schizofrenia acuta con deterioramento rapido della coscienza (fino alla morte), dovuta ad un grave disturbo autoimmune. Invece di difendere l'organismo il sistema immunitario stava distruggendo il recettore NMPA per il glutammato. Questa molecola svolge un ruolo chiave nelle sinapsi corticali nella trasmissione verso il basso. Per Dehaene e Changeaux non è solo la conferma della loro ipotesi ma anche la prova di “come la distruzione di una singola molecola sia sufficiente a causare una perdita selettiva di salute mentale e, alla fin fine, della coscienza stessa”.¹

Bernardino Foresi

¹ Ho riportato quest'ultimo passo del libro per l'attualità del problema dell'immunità visto la recentissima scoperta di un collegamento diretto tra cervello e sistema immunitario. La scoperta, casuale, di vasi linfatici e quindi del sistema immunitario nelle meningi potrebbe cambiare il modo di affrontare malattie come la sclerosi multipla e l'alzheimer. Cfr.: www.lescienze.it/.../cervello_scoperto_sistema_linfatico_meningi_sclerosi

L'ILLUSIONE DI MESMER Carisma e pseudoscienza nell'epoca dei Lumi

Lago Giuseppe

Castelvecchi, Roma 2014; 324 pag.

Può sembrare forse eccessivo recensire il libro di Giuseppe Lago su questa rivista di cui lo stesso è fondatore e vice-direttore. Ma non farò una recensione (bastano quelle già fatte e visibili sul sito IRPPI) ma alcune considerazioni personali sul libro e su quanto sta accadendo intorno al libro.

La prima è sul titolo, “l'illusione di Mesmer”, che condensa il contenuto e il messaggio del libro. Non poteva essere più appropriato. Mesmer visto nella sua realtà personale e nella sua pratica assomiglia più ad un ‘illusionista’ che non ad uno scienziato. Come si illude su sé stesso (di possedere, lui solo, poteri magnetici) così illude chi si affida a lui. Magari alcune guarigioni ci saranno state (non certo quella della pianista Paradis) ma come non restare suggestionati dall'atmosfera ben preparata di suoni e profumi, da *baquet* in mezzo alla stanza, dall'incendere del taumaturgo coperto dal mantello lilla e con la bacchetta in mano, dalla sua vicinanza e i suoi tocamenti... Come non adeguarsi a ciò che ‘lui’ si aspetta: una crisi convulsiva più o meno accentuata, uno svenimento... e poi le evacuazione e sentirsi guariti, rinati. Il potere curativo non tanto nelle sue mani o nella messa in scena, ma nelle aspettative e nelle credenze di chi vuole guarire. Certo non è facile non subire il fascino di un personaggio che – da solo – si oppone alla cultura medica e alle istituzioni della sua epoca, attirando su di sé aspettative e speranza di guarigione per ogni male. Lui solo, però, detiene questo potere (e il segreto).

Per le due Commissioni incaricate di verificare gli effetti e valutare le prove del magnetismo – in realtà eseguite sulla pratica di Deslon e non su quella di Mesmer – non esiste alcun fluido magnetico e le crisi e le guarigioni sono dovute a fattori come l'imitazione e l'immaginazione. Lago sottolinea come siano i rappresentanti della medicina e della scienza ufficiale a scoprire i veri fattori che stanno alla base

dell'influenza interpersonale (e non certo Mesmer che li sfruttava per vantaggi personali).

La seconda è sull'organizzazione del libro: dalla domanda iniziale "Perché Mesmer?" alla risposta finale, con in mezzo tutto il percorso di ricostruzione storica attraverso i documenti consultati di prima mano (e consultabili online nei siti indicati nella bibliografia) e riportati nelle citazioni essenziali sia delle opere di Mesmer che quelle dei suoi avversari o sostenitori, con l'attenzione ai molti personaggi intorno alla figura di Mesmer e all'ambiente socio culturale degli anni precedenti la rivoluzione francese. Ogni capitolo è arricchito da una riflessione personale dell'autore a commento dei passi citati e degli avvenimenti.

La terza è sullo stile e l'intenzione dell'autore: non ha voluto fare né un panegirico né una demolizione della figura di Mesmer, ma raccontarlo nella sua realtà e nella sua epoca al fine di "far affiorare la vera personalità e l'autentico pensiero di Mesmer, senza inutili caricature né inutili monumenti di cartapesta alla memoria".

L'ultima considerazione è sulle conclusioni di Lago: Mesmer non può essere considerato un precursore né dell'inconscio né della psicoterapia come la intendiamo oggi, anzi il permanere di aspetti carismatici in ambito di cura psichica non può che nuocere alla psicoterapia. Su questo tema Lago porta avanti una ricerca da anni come si può constatare dagli articoli su 'carisma e psicoterapia' riproposti in Appendice II in fondo al volume.

Bernardino Foresi