

Il sogno nel trattamento integrato psicoterapeutico e psicofarmacologico

ANTONIO BRAIDA

Summary – DREAM IN THE COMBINED PSYCHOTHERAPIC AND PHARMACOLOGICAL TREATMENT. The synergy of psychotherapy and psychopharmacology treatment is an important aspect of the current approach to patients. This integration is very important in different areas, particularly for the sleeping well-being.

Keywords: DREAM, PSYCHOTHERAPY, PSYCHOPHARMACOLOGY

L'evoluzione della psicofarmacologia, rivolta in particolare al contenimento degli effetti collaterali neurologici, cognitivi e motori, apre prospettive sempre più interessanti riguardo le indicazioni alla psicoterapia, permettendo di estendere lo spettro di trattabilità anche verso forme psicopatologiche considerate in passato inaccessibili a percorsi psicologici di modificazione dello stile di vita. L'ansia tradotta in ossessioni e anancasmi, l'impulsività priva di filtro razionale, l'umore riflesso in oscillazioni bipolari, il pensiero incarcerato nella paura del male, vissuto nel sé corporeo o proiettato nel prossimo, sono sempre state espressioni di sofferenza di interesse preminentemente medico. La scienza della psicofarmacologia associata all'arte della pratica clinica, tuttavia, oggi, offre la possibilità di costruire un accordo psicoterapeutico e di supportarne la continuità, anche con soggetti che presentano forme cliniche la cui barriera sintomatologica e motivazionale è sempre stata ritenuta inesorabilmente impermeabile.

L'ampliamento dello spettro sindromico di trattabilità, con un trattamento integrato di psicoterapia e psicofarmacologia, si è esteso dalle forme classiche della psicoanalisi a quelle clinicamente stabilizzate delle psicosi acute, come le *bouffées* deliranti e le psicosi puerperali, di alcune forme croniche, come la schizofrenia paranoidea e i disturbi affettivi maggiori unipolari e bipolari, di certi disturbi di personalità e nevrotici fobico-ossessivi. Qui, il trattamento medico, clas-

sicamente mirato verso la sintomatologia e l'aspettativa al miglioramento del funzionamento sociale, acquisisce un obiettivo più specifico: creare quelle condizioni basilari del setting, come l'attenzione e la disponibilità all'introspezione, solitamente rintracciabili nelle forme "minori".

Il contesto terapeutico integrato si presenta con tutta la sua complessità, correlata alla compresenza di una pratica medica e di una psicoterapica. La prima si fonda sul rapporto soggetto-oggetto e segue una logica di evidenziazione e di spiegazione, applicata ai sintomi, all'anamnesi, all'inquadramento nosografico, all'eziopatogenesi e alla scelta psicofarmacologica, con le sue complesse sfaccettature: sistemi neurorecettoriali interessati, meccanismi d'azione, emivita, interferenze, effetti collaterali ecc. La pratica psicoterapica a sua volta si fonda prevalentemente sulla intersoggettività secondo la logica del comprendere e del capire.

Le peculiarità psicodinamiche di questo contesto sono correlate alla presenza del farmaco, entità presente nel contesto relazionale come terzo soggetto che modifica il *setting* da campo relazionale duale a campo di interazione plurima. Tutt'altro che neutrale, il terzo soggetto acquisisce, secondo la funzione prescrizione- assunzione, una sorta di doppia identità: neuroscientifica, in prevalenza da parte del terapeuta e magica, soprattutto da parte del paziente. In questo contesto relazionale plurimo possono prendere corpo vissuti e fantasie carichi di ambivalenza: aspettative di benessere e timori di malessere, sensazioni di modificazione della corporeità dall'interno e dall'esterno, vissuti di potere agito e impotenza subita. Il benessere apportato dal farmaco, per effetto biochimico e placebo, rischia di diventare un terreno particolarmente fertile al germogliare di nuove strategie di resistenza al trattamento. Un drammatico miglioramento, con precoci segnali di disimpegno introspettivo e di distanziamento nei confronti della sofferenza di cambiamento, può mascherare opzioni regressive finalizzate all'affidamento passivo nelle mani del sapere neuro scientifico o del potere magico. A sua volta, la comparsa di una sfida competitiva verso il ruolo medico, vissuto come rischio di prevaricazione, può celare un moto di protesta oppositiva, finalizzata a garantire i vantaggi secondari conquistati tramite la condizione di malattia.

Con il ripristino dell'architettura del sonno anche i contenuti e la forma dei sogni riportano i primi segni del cambiamento, a testimonianza della nuova condizione di benessere soggettivo, in genere con significati di maggiore sicurezza e minore impotenza. Nei casi di particolare ambivalenza, il dramma del repentino cambiamento può rivelarsi anche nelle immagini di un complesso di Penelope, dinamica conflittuale oppositiva fra vissuti coscienti e profondi. Sotto l'aspetto formale, a volte i sogni scompaiono, poi riappaiono in serie tumultuose, altre volte si evidenziano con specifici tratti, in particolare di vividità, a seguito delle modifica-

zioni prodotte dall'azione specifica dei vari psicofarmaci sui sistemi neurotrasmettitoriali.

Gli studi neurofisiologici hanno messo in evidenza specifiche modificazioni dell'architettura del sonno in diverse condizioni psicopatologiche, con riscontro elettroencefalografico. Nella depressione maggiore il sonno notturno è generalmente frammentato e si accompagna a sonnolenza diurna. L'architettura del sonno si caratterizza per una riduzione della latenza di comparsa della fase REM, conseguente ad una ridotta durata del primo ciclo NREM, all'inizio del sonno. I ricordi dei sogni sono più brevi, meno vividi, con minori contenuti emozionali ma più coerenti. Si riscontra, inoltre, in questa patologia, una maggiore densità e una maggiore durata delle fasi REM, correlate a ricordi di sogni più lunghi, più vividi e bizzarri, con forte componente ansiosa, con contenuto violento o aggressivo e attività motoria accresciuta o incontrollata.

Nella depressione bipolare la latenza di comparsa della fase REM è così ridotta che il sonno può iniziare addirittura in questa fase, per scomparsa del ciclo NREM, mentre nella depressione stagionale l'architettura del sonno non è alterata.

Nelle psicosi dove il sonno è generalmente frammentato, l'architettura ha alterazioni aspecifiche; più frequentemente si registrano minori onde SWS presenti nelle fasi 3 e 4 del ciclo NREM. Anche nei disturbi d'ansia il sonno è frammentato: nel disturbo d'ansia generalizzata le latenze sono invariate o aumentate e si ha una riduzione di densità delle fasi REM.

Caratteristica del sonno nei disturbi da attacchi di panico è la comparsa degli attacchi nel ciclo NREM, accompagnati da attivazione del Sistema Nervoso Autonomo con tachicardia e ipertensione mentre nel disturbo postraumatico da stress si hanno alterazioni della continuità del sonno per la comparsa degli incubi in fase REM.

Sono state osservate significative modificazioni dell'architettura del sonno nei vari tipi di trattamento. La psicoterapia senza integrazione farmacologica porta ad una riduzione della densità della fase REM. Segno predittivo di peggiore risposta alla psicoterapia nella depressione è la triade: ridotta latenza, maggiore densità della fase REM e mancato incremento delle onde SWS o mancato avanzamento verso le fasi precoci della notte.

Per quanto riguarda l'azione degli psicofarmaci, gli antidepressivi triciclici sopprimono la fase REM con rebound di questa fase alla fine notte con ricordi di sogni "spiacevolmente vividi". Gli antidepressivi serotoninergici (SSRI) e con doppia azione serotoninergica e noradrenergica (SNRI) causano insonnia (tranne quelli che hanno anche azione antistaminica: Citalopram e Mirtazapina), danno

aumentata latenza e ridotta durata della fase REM. Questi antidepressivi inoltre spostano il sonno con onde SWS nella prima parte della notte, con maggiore senso di riposo; la fase REM più tardiva dà un vivido ricordo dei sogni.

I tranquillanti (benzodiazepine) agiscono sui recettori GABA e sopprimono le fasi REM. Dai seguenti casi di terapia integrata si riportano modificazioni delle immagini e dei significati dei sogni nel periodo in cui l'architettura del sonno è in fase di ristrutturazione a seguito di un intervento farmacologico.

Primo caso: donna cinquantenne, insegnante di scuola superiore, con disturbo posttraumatico da stress: slivellamento depressivo del tono dell'umore, ansia, insonnia e *burn-out* lavorativo. Sogno ricorrente da mesi: «Ero inseguita da mostri che volevano uccidermi, non riuscivo a scappare, poi mi sono svegliata con un incubo». Dopo due settimane di trattamento farmacologico con SNRI: «Colpivo un mostro a coltellate». (Le ho proposto un'ipotesi di significato, mostro come depressione, perché si sentiva eccessivamente in colpa per la propria aggressività).

Sogno dopo sei settimane di trattamento farmacologico: «Ero in camera, guardavo con paura l'armadio dove dentro c'erano i mostri». Dai sogni si può cogliere un percorso di cambiamento in cui la paziente rafforza le sue difese contro il terrore, verso cui si sentiva del tutto impotente: libera dapprima la sua aggressività di difesa e poi confina la sua paura, rafforzando in parte il proprio autocontrollo emotivo.

Secondo caso: donna sessantenne, casalinga, con disturbo ansioso depressivo, trattato con SSRI. Sogni ricorrenti prima del trattamento: «ero in una casa diroccata, cercavo di metterla in ordine ma non riuscivo». Dopo due mesi di terapia farmacologica altri sogni ricorrenti: «incontravo molte persone sconosciute e con tutte facevo sesso». In questo caso il senso di impotenza si è compensato in un esplicito desiderio di contatto interpersonale, bisogno non appagato nella situazione e nella storia personale.

Terzo caso: donna trentenne, architetto, con disturbo d'ansia generalizzata, insonnia e progressiva perdita di interessi, trattato con SSRI. Serie di sogni ricorrenti, antecedenti l'inizio della terapia psicofarmacologica: «Mi cadevano i capelli a terra». Un sogno dopo due mesi di terapia integrata: «Mi cadevano a terra i capelli. Ne ho raccolto un mazzetto e lo stringevo in mano». Due sedute dopo: «Mi tagliavo i capelli da sola, corti e mossi come piacevano a me». In questa serie di sogni, il complesso di inferiorità femminile, statico e ineluttabile, comincia a mostrare segni di cedimento: iniziale presa di coraggio nel prendere in mano il problema e poi compiacimento nel potersi rispecchiare in una appagante immagine femminile.

In tutti e tre i casi i sogni rivelano segni di cambiamento che si accompagnano a rapidi miglioramenti dello stato soggettivo e ad attenuazione della sintomatologia. Le evidenze di questo tipo di trattamento possono indurre i terapeuti ad estenderne impropriamente le indicazioni, considerandolo come modello preferenziale rispetto alla sola psicoterapia, sottostimandone rischi e limiti. In primo luogo il doppio trattamento psicofarmacologico e psicologico integrato, cioè sostenuto dallo stesso terapeuta o combinato, quando è effettuato da due terapeuti, non va, in modo riduttivo, considerato come una semplice somma di due terapie ma come una modalità di intervento particolarmente complessa.

Tra i vari fattori di questa complessità sono state evidenziate le diverse modalità di rapporto medico e psicoterapica e l'identità attiva del farmaco come terzo soggetto relazionale. I rischi di questo particolare *setting* riguardano l'insorgenza di dinamiche di resistenza al percorso di cambiamento dello stile di vita che possono condurre all'abbandono del trattamento psicologico. Un limite va evidenziato nella stessa azione terapeutica del farmaco: la scomparsa dei sintomi toglie al *setting* quella loro funzione espressiva corporea e verbale carica di segni, simboli e significati, terreno specifico della psicoterapia. Da ultimo non si vuole eludere l'ipotesi di una possibile competizione fra i terapeuti, l'uno spinto dal potere della scienza psicofarmacologica e l'altro dal potere del sapere psicologico. La stima professionale reciproca e una buona dose di sentimento sociale rimangono il migliore antidoto verso questa problematicità.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 2003.
2. CARTWRIGHT, R. D. (2004), The Role of Sleep in Changing our Minds: A Psychologist's Discussion of Papers on Memory Reactivation and Consolidation in Sleep, *Learning & Memory* 11: 660-663.
3. GAZZANIGA, M. S. (2000), *The New Cognitive Neurosciences*, Editor-in-Chief, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge.
4. KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H., JESSEL, T. M. (2000), *Principles of Neural Science*, tr. it. *Principi di neuroscienze*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2003.
5. KATZ, M., SHAPIRO, C. M. (1993), Dreams and Medical Illness, *B. M. J.*, 306: 993-995.
6. LUSTBERG, L., REYNOLDS, III, C. F. (2000), Depression and insomnia, *Sleep Medicine Reviews*, 4: 253-262.
7. MAYERS, A. G., BALDWIN, D. S. (2005), Antidepressant and Their Effect on Sleep, *Human Psychopharmacology*, 20: 533-559.
8. MANCIA, M. (2006), *Psychoanalysis and Neuroscience*, tr. it. *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer, Milano 2007.
9. PAGEL, J. F., PARNES, B. L. (2001), Medications for the Treatment of Sleep Disorders: An Overview, *J. Clin. Psychiatry*, 3: 118-125.
10. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
12. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
13. WILSON, S., ARGYROPULOS, S. (2005), Antidepressants and Sleep. A qualitative Review of the Literature, *Drugs*, 65: 927-947.

Antonio Braidà
Via Cassini, 14
I-21020 Barasso (VA)
E-mail: braidantonio@libero.it