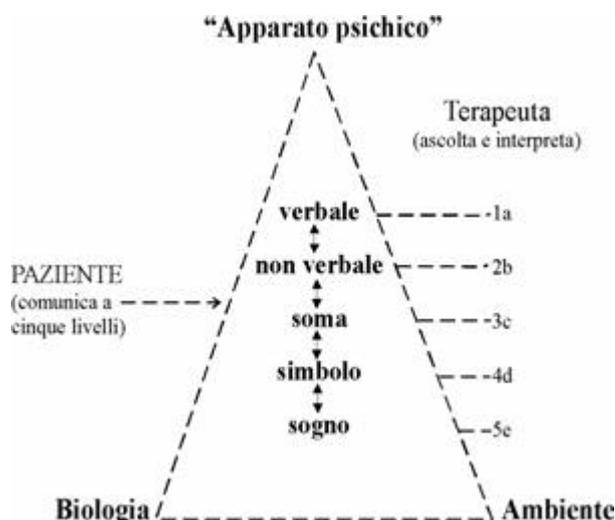


Fausto Agresta*

“SINDROME DI SOMATIZZAZIONE MULTIPLA”^o

Caso Clinico.

In altri lavori, ho ampiamente descritto la mia impostazione teorico - clinica, denominata *modello dinamico-psicosomatico* (Agresta F. 1997; 2001; 2002; 2003; 2005) e, seguendo detta impostazione, ho presentato questo caso clinico concluso con buoni risultati e in accordo con le premesse teoriche e con la pratica clinica di riferimento (Fig.1).



Agresta F.: Modello dinamico - psicosomatico, in *Malattia Psicosomatica e Psicoterapia analitica* (1997)

L'atteggiamento di tipo "dinamico - psicosomatico" nell'intervento terapeutico condivide un assioma ormai ineludibile: alla base di qualsiasi intervento terapeutico passa un tipo di rapporto emozionale di natura globale che investe contemporaneamente due o più persone a più livelli (cinque livelli: verbale, non verbale, corporeo, analogico/ metaforico / simbolico, e onirico). Questo modello, da me creato, non è uno schema rigido e universale, ma è un progetto di allineamento relazionale e di ascolto nella dinamica di tutte le relazioni umane. Non più due o un livello, ma quattro livelli nelle situazioni relazionali e interpersonali (coscienti), e cinque, nella relazione terapeutica (perché è inserita la comunicazione onirica). Gli sviluppi di tale metodologia riguardano le coppie, le famiglie e i gruppi di persone (Agresta F., 1997; 2000; 2002):

Il modello **dinamico psicosomatico** rappresenta una visualizzazione globale e una applicazione pratica della teoria dei "Sistemi Complessi", entro la quale si costituisce come una proposta del tutto originale. In particolare, secondo la Teoria dei "Sistemi Complessi" (L. von Bertalanffy, I. Prigogine, I. Steingers) alla base del reale non ci sarebbero delle sostanze di per sé esistenti e definibili, intese quindi come un permanere di qualità e di strutture di fondo, ma ci sarebbero delle relazioni organizzative nella loro processualità. **In altre parole, la nozione di oggetto è sostituita da quella di sistema.** Scrive von Bertalanffy: "Un sistema può essere definito come un insieme di elementi interagenti" (1983). Ho sviluppato questo apporto teorico - clinico nel volume "Malattie Psicosomatiche e Psicoterapia Analitica (1997) e la "relazione" **sostituisce la nozione di oggetto.** Questo aspetto, iniziato da Balint e dai teorici delle relazioni d'oggetto (Winnicott, Fairbairn), è diventato il "laboratorio" clinico e psicoterapeutico in cui, come cercherò ancora di dimostrare, è possibile osservare l'"unione mente- corpo" attraverso i livelli di integrazione (secondo la teoria dei livelli multipli di realtà di K. Lorenz e in accordo con la Teoria dei sistemi complessi). Le **interazioni tra i cinque livelli** (Fig.1) vengono, quindi, considerate alla luce della Teoria dei Sistemi Complessi con una visione epistemologica della

complessità della malattia psicosomatica Di conseguenza, questo tipo di terapia dinamica psicosomatica si specifica sia nel lavoro di interpretazione dei nessi tra i vari livelli (sintomi, parole, lapsus, metafore, linguaggio analogico, sogni), sia nell'analisi psicodinamica dei rapporti interpersonali nella coppia, nella famiglia e nel gruppo, laddove uno o più membri presentano **turbe psicosomatiche** (senza lesioni, cioè disturbi funzionali, come emicranie, coliti, lombalgie, somatizzazioni multiple) e **malattie psicosomatiche** (con lesioni, come ulcera, asma, gastroduodenite, colite ulcerosa ed emorragica, diabete, ipertensione essenziale, neurodermatiti) od altre "malattie" del corpo organizzate in senso più "perverso" come l'anoressia e la bulimia grave. In questo modello è inserito come struttura di base l'approccio teorico – clinico denominato "*appoggio oggettuale*" di E. Gilliéron che considera l'apparato psichico legato sia all'aspetto biologico che a quello ambientale. Il mio apporto si enuclea nel lavoro analitico sul setting e sui legami tra l'intrapsichico e l'interpersonale, da una parte, e quelli infrastrutturali per ogni individuo, dall'altra (analisi dei cinque livelli considerati alla luce dei "livelli multipli di realtà di K. Lorenz). Il vantaggio di questa interpretazione complessa e globale della relazione analitica è che la psicoterapia può iniziare da un qualsiasi punto di partenza della richiesta di aiuto, tenendo conto, però, del significato oggettivo e dinamico dei cinque livelli di comunicazione, sia degli aspetti interpersonali che a volte nascondono i disturbi del corpo, sia delle richieste sintomatiche stesse. Da qui inizia il processo di **mentalizzazione** (che è in rapporto alla **desomatizzazione**): esso è inteso come il precipuo lavoro di interpretazione simbolica, analogica, e onirica (4° e 5° livello) che parte dall'analisi dei livelli conflittuali del mondo dei fantasmi originari somatizzati nel corpo e delle relazioni tra i corpi fino ad arrivare ad "cambiamento intrapsichico" con "nuove rappresentazioni" individuali, di coppia, di gruppo. Le **nuove rappresentazioni psichiche**" (Agresta F., 1997; 2002; 2004) favoriscono sia la diminuzione del senso di colpa inconscio, sia quelli dei vissuti edipici e pre – edipici. Più sogni, più desomatizzazione: il processo di mentalizzazione porta l'individuo (il gruppo) ad un distacco dei conflitti e delle angosce dal corpo "malato" verso la mente e le nuove **"sovrastutture psichiche dell'immaginario"** (Agresta F., 1997) si evidenziano nei sogni; di conseguenza, anche le relazioni interpersonali e il carattere subiscono un cambiamento. Le *nuove sovrastutture psichiche* sono analizzate in qualsiasi tipo di terapia (dall'individuo al gruppo) e l'originalità di questo modello permette di intraprendere un lavoro psicodinamico psicosomatico a tutti i livelli considerandola alla luce dell'unità psicosomatica dell'uomo. In questi contesti e in questo setting (laboratorio sperimentale) si vanifica ogni eventuale visione solo psichica o solo corporea dell'individuo, ovvero solo sintomatica e solo relazionale della richiesta d'aiuto. Questo approccio rappresenta la sintesi tra la psicoanalisi e la terapia sistemico – relazionale indirizzata ai disturbi e alle malattie psicosomatiche anche nelle psicoterapie analitiche brevi.

CASO CLINICO

Primo colloquio: Clara, una signora di 44 anni, di bell'aspetto, con dei bei lineamenti, anche se grassottella, chiede un appuntamento al Terapeuta per una serie di sintomi. Clara è laureata in lettere ed è impiegata. Fa parte di una famiglia di laureati e professionisti anche se di origine contadina. Si presenta precisa all'appuntamento e la richiesta di aiuto è coincisa con il divorzio dal marito, poliziotto autoritario, dal quale non ha avuto figli. Presenta questi SINTOMI: *artrosi cervicale, vertigini, mal di stomaco, emicrania, vomito psicogeno, colite, agorafobia, attacchi di panico* con paura di allontanarsi sia da sola che dal posto di lavoro, tanto che non riesce più a prendere la macchina, va sempre a piedi e la sua vita è circoscritta nel raggio di qualche centinaio di metri. Il tutto riconduce ad una **"sindrome di somatizzazione multipla"**, una struttura nevrotica che somatizza **"sine materia"** sul corpo, e che rientra nell'ambito delle psicosomatosi (J. Bergeret, 1986; G.A. Fava, 1996; 2005; E. Gilliéron, 1996; 1998). Anche se Clara mi chiede una terapia di rilassamento (sapeva che avrebbe potuto chiedere questo tipo di approccio, così come aveva letto su alcune riviste specifiche), io le propongo una terapia verbale di indirizzo analitico - psicosomatico perché, le spiego che non faccio di prassi quel tipo di terapia (se non in casi specifici e nelle malattie psicosomatiche in appoggio alla terapia verbale, se necessario). Inoltre, le rispondo che lei ha bisogno di aprirsi, di parlare e di essere ascoltata, lei così **compressa e chiusa, razionale ed intellettualizzata** anche e, soprattutto, per i suoi "lamenti psicosomatici". Ancora di più, dopo tutta la serie di consultazioni di specialisti, per circa venti anni e, dopo un increscioso rapporto terapeutico con un collega, le chiedo quanta disponibilità ha di cambiare il suo mondo interno e, di conseguenza, la sua personalità. Come scrive B. Luban – Plozza: " Bisogna essere cauti nei confronti della "sindrome mamma mia" e della domanda: "Di quanti medici ha bisogno una persona?" (2001, pag. 34).

Il comportamento di Clara può rientrare in ciò che viene descritto come quello del burattino di legno di Pinocchio: "Si può paragonare il comportamento dell'alessitimico a quello del del burattino di legno che sembra

non conoscere i sentimenti e sembra incapace di collegare in modo sensato i propri vissuti interiori con le loro azioni” (Ibidem, pag.18).

Propongo come da prassi altri tre colloqui di consultazione (Agresta F., 2002; 2004; E. Gilliéron, 1998) così lei di volta in volta riprende gli appuntamenti fino al quarto colloquio in cui si decide se chiudere o iniziare una psicoterapia analitica breve o classica. Clara accetta il contratto terapeutico.

Secondo colloquio: Chiama dopo un mese e Clara si presenta fredda, stenta a parlare, a tratti racconta di tutti i suoi sintomi che durante la giornata e al lavoro la rendono “INVALIDA”. Parlando della sua famiglia d’origine noto che la sua attenzione è rivolta principalmente verso il padre malato che, dopo il suo matrimonio, lei ha assistito perché sentiva di farlo; un fratello medico, non sposato, “era troppo impegnato” - così lei lo giustifica.. Non manifesta alcuna emozione. Ipotizzo un **Edipo** forte paterno e che lei va a re-incontrare, sul piano personale e sublimato, nella figura di un marito militare.

Terzo colloquio: Richiama dopo 10 giorni (due giorni prima dell’udienza per l’annullamento del matrimonio). Lei riparte con il problema dei sintomi ed io le propongo il significato simbolico e intrapsichico dei sintomi stessi, e poi, il mondo interiore che pressa ma che non può uscire fuori, la difficoltà quindi dell’inconscio a manifestare i conflitti e le emozioni; il vissuto del corpo spezzettato e affidato a più specialisti (ortopedico, psichiatra, dietista, fisioterapista e trainer di palestra). Quindi un corpo che esprime tante parti divise e somatizzate, mentre il “corpo” è un tutt’uno sia con se stesso che in unione con la mente. Introduco il discorso sui sogni e le spiego l’uso che ne facciamo in psicoterapia. Lei è già convinta di iniziare una psicoterapia, vuole “cambiare” e stare meglio.

Quarto colloquio: Clara porta il PRIMO SOGNO: “Ho fatto un sognetto, dottore... sono nella casa di un vecchia compagna con cui avevo studiato all’università, passeggiavamo e parliamo del passato e degli studi”. (Sogna sempre le case). La casa possiamo interpretarla come il suo corpo, la sua mente, la sua personalità, quindi è lei al centro della sua vita e anche l’organizzazione psichica dell’Es, Io e Super Io. Mi parla un po’ di questa amica, fa la professoressa di lettere e dice che forse anche lei avrebbe voluto fare lo stesso lavoro, ma suo padre la voleva una “impiegata” e col posto sicuro. Prima di chiederle altro, introduco questo linguaggio nuovo dei sogni, per farle capire che questi devono essere rapportati ai sintomi, sia per cercare dei legami SIMBOLICI riguardo al sintomo, sia dal punto di vista della teoria della tecnica: bisogna riavvicinare l’inconscio al linguaggio del corpo verso l’unità mente-corpo. Ridefinisco i significati dei vari sintomi, per esempio i rapporti tra VERTIGINI e COLITE, quindi i rapporti ANALOGICI tra CIRCONVOLUZIONI CEREBRALI ed ANSE INTESTINALI. Lei mi ascolta ma non “fa una piega” e dirà: “IO LA SENTO, MA NON L’ASCOLTO!”. Farò tesoro di questa comunicazione di Clara. Comunque, torna a parlare delle vertigini e dice: “OGNI VOLTA CHE INIZIO A PARLARE DEL MIO PASSATO MI VENGO NO LE VERTIGINI.”

Alla fine del colloquio, fissiamo un anno di psicoterapia con una seduta la settimana (e la data della fine) con l’obiettivo di favorire il processo di mentalizzazione e per far diminuire la somatizzazione attraverso i sogni e i legami con il corpo (desomatizzazione). Questo senza “sconvolgere” la struttura di personalità, lavorando col materiale che la paziente porta volta per volta, ascoltando in modo veramente attento, quando il paziente ci parla, al di là dei sintomi, le motivazioni più profonde riguardo al cambiamento psichico.

Nella PRIMA SEDUTA, Clara dice di aver ripensato all’amica del sogno precedente: “Ho avuto un piccolo sogno, così lei sarà contento, DOTTORE!”. Ha sognato la casa dell’amica professoressa dissestata con attorno case sventrate, mentre lei sente la necessità di andare in bagno ma ha difficoltà ad esprimere il bisogno di “scaricare”. Questo sogno, come dice P. Marty, fa parte di quelli “CRUS”, sono sogni “crudi”, sia nei contenuti così “essenziali” e scarni, senza colori o emozioni, sia nel racconto che ne fanno i pazienti Alessitimici psicosomatici i quali, nel raccontarli, non avvertono alcuna reazione emozionale (Agresta F. 2004). Oltre a ciò, è un segnale dell’inconscio che parla attraverso il corpo.

E’ importante, quindi, non “interpretare” il sogno soltanto come una comunicazione staccata dal contesto della dinamica transfert – controtransfert e dai cinque livelli di comunicazione del mio modello di riferimento. Il sogno appartiene al “corpo del simbolo” cosicché il sintomo deve trovare “voce” anche su altri livelli di comunicazione e tenendo conto delle emozioni che passano sul livello interpersonale. Spesso, con gli psicosomatici, c’è una identificazione proiettiva che ripropone nel controtransfert del Terapeuta la stessa scissione che caratterizza la organizzazione del paziente. In questi casi il T. può somatizzare anche durante la seduta con mal di testa, dolori allo stomaco, come il paziente. Questa riflessione ci porta a considerare una diagnosi globale di somatizzazione multipla (M. Balint, J. Bergeret, G.B. Fava, E.

Gilliéron, P. Sifneos).

POSSIAMO RIFLETTERE SULLA TEORIA DELLA TECNICA DEI DISTURBI DI SOMATIZZAZIONE MULTIPLA CHE SONO COLLOCATI, TRA I DISTURBI FUNZIONALI E LE MALATTIE PSICOSOMATICHE (Fig 2).



Fig. 2 - Agresta F., Modello di Organizzazione Psicica della Personalità, in

Problemi di Psicologia Generale e Psicologia Clinica (2002)

Faccio notare a Clara che nei suoi racconti mentre parla delle stesse situazioni in cui ci sono sempre le “case”, vecchie, sventrate, confuse / pensiamo alla sua “casa interna” dall’altra, lei non parla affatto della sua vita adolescenziale; accenna soltanto al fatto che aveva qualche problema con sua madre perché non la lasciava libera di uscire: “Ma tanto che uscivo a fare, non mi potevo fidanzare, i ragazzi non mi interessavano, bastava passeggiare”. La sua razionalità si esprimeva, come difesa, in ogni tipo di narrazione o dialogo.

SECONDA SEDUTA: SINTOMI E VARIE RAZIONALIZZAZIONI E SOGNI. Clara dice: “Dottore, visto che lei ci tiene tanto ai sogni ne ho fatto un altro; ho sognato che ero motociclista con giacca e pantaloni in pelle e la moto Harley Davidson. Ah, io così dovevo essere una rivoluzionaria, ma mio padre me l’ha impedito”. Poi mentre parla, dice che ricorda un altro sogno, “L’ho ricordo adesso”. Sogno: “C’era una ragazza che scappava con un uomo adulto”. Così associa questo sogno al ricordo e all’affermazione di aver avuto il “grande amore” verso un uomo molto più grande e sposato. **DICO CHE NEL SOGNO LEI AVEVA PROIETTATO SE STESSA, E MI AVEVA RIVELATO, ATTRAVERSO DI ESSO, “QUELLA” VERITA’ CHE AVEVA PAURA DI CONFESSARE A LIVELLO CONSCIO.** Dopo questa interpretazione, lei “confessa” di avere,

attualmente, una storia con un uomo sposato che non vive con la moglie ma, a causa dei suoi sensi di colpa nei confronti dei figli, non ha il coraggio di lasciarla. **TERZA \ QUARTA SEDUTA:** racconta sogni uno dopo l'altro, senza lasciarmi spazio per il lavoro di interpretazione; questa condizione rappresenta una difesa dei pazienti somatici, una razionalizzazione e intellettualizzazione nei confronti del Terapeuta e, quindi, contro la terapia stessa. In questi sogni si nota la confusione della paziente riguardo ai legami nebulosi con i suoi parenti. Lei li butta lì senza collegarli emotivamente.

RIFLESSIONI TEORICO - CLINICHE: Il lavoro psicoanalitico con gli psicosomatici è caratterizzato da senso di frustrazione, noia, appiattimento emotivo; sensazione di paralisi interna, come se lo stesso terapeuta sentisse il rischio di diventare **ALESSITIMICO** (alessitimia, termine coniato da SIFNEOS "assenza di parole per esprimere sentimenti"). Con questi pazienti notiamo che esprimono poca fantasmizzazione, molta razionalità, nei casi più strutturati, una assenza quasi totale di sogni, e una tendenza ad avere una **RELAZIONE BIANCA** col Terapeuta e con gli altri. In loro c'è l'impossibilità e l'incapacità di effettuare introiezione e proiezione, anche perché gli altri "personaggi" del mondo sono percepiti in modo rudimentale.

RIPRENDIAMO IL CASO . QUINTA SEDUTA: Clara dice: "Ho sognato di fare una brutta litigata con mia madre perché c'era una cosa che mi era stata nascosta dalla mia famiglia; io propongo di chiamare il notaio, gli telefono e mi fa capire quello c'è da fare e quello che voglio io". Questo sogno è importante perché denota un *transfert* non ancora aperto, il notaio (terapeuta) è colui di cui lei ha fiducia. Clara comincia a mentalizzare il suo conflitto, cioè che è molto arrabbiata con sua madre e delusa con suo padre, ma non rivela le sue emozioni al terapeuta se non mentre "DORME". **SEDUTE SUCCESSIVE:** viene fuori il suo desiderio edipico, sempre negato. In un primo sogno cerca una casa singola e la trova, ma ha le finestre alte da rifare; in un altro sogno cerca una casa dove c'è tutto il nucleo familiare originario. Quindi c'è un sogno che è una fusione tra i suoi desideri e i suoi bisogni, e un altro dove sono contrapposti il desiderio di stare da sola e regredire nell'inconscio.

DOPO 5 MESI DI TERAPIA: Clara pur continuando tra alcuni sogni e le varie razionalizzazioni sta molto meglio, sia a livello sintomatologico, sia a livello di cambiamento intrapsichico. Tutti gli altri sintomi sono quasi del tutto scomparsi, ad eccezione delle vertigini che non sono più forti come all'inizio della terapia, ma a tratti "si fanno sentire". Le sue razionalizzazioni persistono. **A 10 MESI:** il senso del rapporto terapeutico è autentico, più sciolto e meno "intellettualizzato". Il processo di mentalizzazione è andato avanti e i sogni chiari, profondi, molto simbolici sono più legati direttamente con i sintomi. Dice Clara: "Ho notato una cosa che risale all'adolescenza, cioè che non potevo vedere i morti... alla morte di mio padre mi hanno accompagnato all'ospedale ma sono scappata... invece l'altra volta ho visto anche Ranieri... no, non l'ho sognato, è proprio l'angoscia di morte che ti prende". Si parla dell'angoscia di morte che era ricoperta, che pesava dentro. I sintomi erano i segnali di dolore dell'angoscia di morte che "viveva" sotto. Continua: "Ho visto il cadavere del Papa in TV con molta serenità, prima era inconcepibile vedere una cosa del genere". La terapia sta per finire e la paziente è molto cambiata; il linguaggio dei sogni e quello della relazione conversazionale e interpersonale hanno preso il posto del linguaggio dei sintomi. La struttura di personalità è ormai orientata verso una soluzione più nevrotica e meno psicosomatica nell'*equilibrio biopsicosociale* (Agresta F., 2004; J. Bergeret, 1988; G. E. Engel, 1967; E. Gilliéron, 2000). Il sintomo della vertigine aveva istituzionalizzato tutta la serie di sintomi sine materia: anche simbolicamente, il senso delle vertigini esprimeva la paura di cadere per terra, di toccare le parti basse del Sé, di scoprire gli scotomi e i desideri nascosti e somatizzati: tutto ciò aiuterà Clara ad uscire e a riconquistare lo spazio esterno, di camminare... vivere, insomma.

Alla fine, un sogno importante è quello della figura paterna che l'aspetta di fronte casa sua. Lei abita da "sola". "Ma come, papà - le dice - se eri morto, perché sei tornato?" E lui risponde: "E' per te bambina mia, ma non lo devi dire a nessuno, tanto la mamma dorme e tua sorella è fuori. Verrò a trovarti ancora, ma non pensare più a me!". Contemporaneamente entrano degli uomini dentro casa sua e lei non li caccia più, come era accaduto in un altro sogno. E' lei che fa tutte le associazioni a più livelli e afferma: "Allora, per questo motivo ho sempre relazioni nascoste con gli uomini!... Sono stata molto sospettosa, ora non devo nascondere tutto della mia vita...". Clara doveva vivere di nascosto il proprio mondo interiore col compromesso di tutta una serie di meccanismi di difesa tipo razionalità, rimozione, somatizzazione e con aspetti di sospettosità ed eccessivo controllo di tutte le azioni della sua vita, specialmente nell'area degli affetti e in quella lavorativa. Clara ha potuto, così, scoprire le sue verità e non ha più bisogno di nascondersi e di non rivelare i suoi legami affettivi, ri-scoprendo l'amore edipico per il padre e la forte rivalità per la propria madre. Rispetto alla struttura isterica classica, la scoperta, da parte di Clara di ciò che è nascosto è stato accolto da lei senza "tanta" meraviglia, con

poco stupore e poca teatralità, il tutto intriso da una altrettanta razionalità e con una approccio logico delle spiegazioni transferali. Forse è in questa caratteristica intrapsichica e strutturale inconciliabile che constatiamo la differenza tra le forme isteriche strutturate e quelle forme di somatizzazione multiple che si avvicinano alla malattia psicosomatica. Insomma, una netta differenza che nemmeno una terapia di tipo analitico può “avvicinare” (J. Mc Dougal, 1988), laddove il passato edipico o pre - edipico è “incarnato” nel corpo più interiore, più interno, nel simbolo e nella “localizzazione”, vale a dire più nel corpo striato che nel corpo “liscio”. Una relazione basata sulla ricerca della chiarezza e della trasparenza. Ad una mia precisa domanda di come lei vive il rapporto con la mia persona Clara dice: “Lei è una persona che trovo alla mia portata e che mi può controbattere!”. Infatti, l’ho lasciata con le sue forze, con le sue difese, ora meno rigide; abbiamo “combattuto” come in un gioco e ci siamo rispettati: un incontro terapeutico in cui la razionalità non ha ceduto il passo a tutte le emozioni, ma le ha riconosciute esistenti e vive, quando prima erano negate e somatizzate da molto tempo.

PROCESSO DI MENTALIZZAZIONE E FINE TERAPIA: Alla fine c’è l’elaborazione, iniziata un mese prima, della fine della psicoterapia. Tra varie resistenze e una lieve sintomatologia con vertigine e colite, Clara ha affrontato il lutto della separazione dal terapeuta. In un sogno di transfert dove lei era “toccata” sulla testa e sui capelli da un uomo giovane e piccolo, ha ritrovato nel ricordo analitico, quella emozione rimossa di essere stata “toccata” più volte da uno zio paterno: questo episodio lei non lo aveva mai detto e non lo ricordava più. Proprio in questo periodo è morta la zia Gianna, moglie dello zio seduttore e lei non si è depressa più di tanto, anche se erano piuttosto legati. In effetti, lei a otto anni, aveva rimosso anche questa esperienza. Poi ha aggiunto: “Non so se dire se è stata un’esperienza “brutta” o “bella” - afferma con decisione. D’altronde mio padre non mi ha mai sfiorata con un dito e chissà quante carezze avrei voluto avere, per esempio che mi toccasse la testa... che mi baciasse in testa!”.

ULTIMO SOGNO, SENZA SOMATIZZAZIONE: Clara sogna che corre in una sala da ballo e che può piegarsi bene eseguendo gli esercizi Shatzu col suo allenatore... che non conosce”. Prima della fine della terapia ha fatto un viaggio in aereo a Parigi con la sorella e non ha avuto più vertigini. E’ più aperta, più sorridente, meno puntigliosa e diciamo pure... meno antipatica agli occhi del Terapeuta.

Bibliografia

1. Agresta F. (1997) *Malattie Psicosomatiche e Psicoterapia Analitica. Individuo, Coppia, famiglia, Gruppo* (Pres. E. Gilliéron), N. Prospettive in Psicologia (II Ed. 2004), Pescara.
2. Agresta F. (2001), *Modelli Psicoterapeutici in Psicosomatica. Il processo di mentalizzazione in una coppia psicosomatica*, N. Prospettive in Psicologia, Anno IX, n. 2, (Fasc. n. 26), novembre 2001.
3. Agresta F. (2001), *Modello Dinamico Psicosomatico in Psicoterapia Analitica* in, *Psicoterapia dei conflitti coniugali* (a cura di), E. Gilliéron e M. Baldassarre, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
4. Agresta F. (2004), *Dal transfert al controtransfert: Psicosomatica e Bur – out*, N. Prospettive in Psicologia, Anno XII, n.1 maggio 2004, (Fasc. 31).
5. Agresta F. (2002), *Problemi di Psicologia Generale e Clinica*, N. Prospettive in Psicologia, Pescara.
6. Agresta F. (2005), *Il corpo e i sogni in psicoterapia individuale e in gruppi di rilassamento analitico con pazienti psicosomatici*, Med. Psicosomatica, 50 (1):17 – 23, SEU, Roma.
7. Agresta F. (2005), *Psicosomatica e sogni*, Atti del II Convegno Nazionale sulla Formazione, Università di L’Aquila, “Sogno e sogni”, Montesilvano (Pe), Hotel Adriatico, 30 Aprile 2005.
8. Bergeret J. (1974), *La personalità normale e patologica*, Raffaello Cortina, Milano, 1984.
9. Dougal J. (1987), *Teatri dell’Io*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.
10. Fava G. B., Fabbri S. Sirri L. (2005), *Gli ambiti applicativi della medicina psicosomatica*, Med. Psicosom., 50(1):7-15, SEU, Roma.
11. Gilliéron E., (1998), *Trattato di Psicoterapia Breve*, Borla, Roma.
12. Luban – Plozza B. et alii (2001), *Il medico come terapia. L’alleanza con il paziente*. Centro Scientifico Torinese.
13. Mancia M. (1994), *Dall’Edipo al sogno. Modelli della mente nello sviluppo e nel transfert*, Raffaello Cortina, Milano.
14. Marty P. (1991), *Mentalisation et Psychosomatique*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris.
15. Prigogine I., Stengers I. (1981), *La Nuova Alleanza*, P.B., Torino.

° Relazione presentata al II Congresso Nazionale Gruppo di Ricerca in Psicosomatica (GRP), Monopoli (Bari), 13 – 14 maggio 2005.

*Psicologo, Psicoterapeuta, Gruppo - Analista
Docente di Psicologia Generale Università L'Aquila
Docente di Psicosomatica Scuola di Specializzazione IREP Roma
Docente e Didatta Scuola Romana Balint Analitico
Direttore Rivista e Assoc. N. Prospettive in Psicologia
Via Bologna, 35 – 65121 Pescara
E – mail fagresta@hotmail.com