

La sindrome di Ekbom: revisione della letteratura ed osservazioni su di un caso clinico

A.M. IANNACCONE, S. IURASSICH*

RIASSUNTO: La sindrome di Ekbom: revisione della letteratura ed osservazioni su di un caso clinico.

A.M. IANNACCONE, S. IURASSICH

Introduzione. *La Sindrome di Ekbom è una rara malattia caratterizzata dalla convinzione del paziente di essere invaso da parassiti a livello cutaneo. Questi causano prurito e/o punture di spillo con conseguente intenso grattamento e comparsa di lesioni escoriate.*

Scopo. *Descriviamo un caso dove il trattamento psicoterapeutico ha permesso quello farmacologico, rimosso le cause e prodotto la scomparsa della sintomatologia.*

Caso clinico. *A.G. di anni 67, racconta che, dopo la morte del coniuge affetto da carcinoma epatico, numerosi "insetti" le avevano infestato la testa, il tronco e gli arti causando prurito e lesioni da grattamento. La paziente è stata sottoposta ai test Rorschach e Machover, alla psicoterapia ed alla somministrazione di antidepressivi e neurolettici.*

Risultati. *La paziente presenta compromesso l'esame di realtà ed il dirigersi verso una patologia psicotica (schizofrenia). Sono presenti coartazione affettiva, scarsi interessi, umore depresso, estraneità all'ambiente, difficoltà relazionali, povertà culturale ed intellettuale e polarizzazione del pensiero. I colloqui hanno evidenziato: a) il prurito è associato ad un nucleo emotivo problematico; b) la conversione (delirio) in termini somatici di un disagio psichico; c) il delirio coinvolge l'intero nucleo familiare.*

Il trattamento psicoterapeutico ha permesso l'accettazione di quello farmacologico e la regressione della psicosi.

Discussione. *Erano presenti nel caso A.G. il delirio, i fenomeni allucinatori visivi, il prurito e le lesioni cutanee ed inoltre l'induzione della psicosi nei familiari e la negazione del disturbo. Il prurito ed il grattamento potrebbero essere determinati da reazioni regressive emozionali che determinano un ruolo rassicurante e che stabilizzano il conflitto emotivo. Il contenuto del delirio è il male del coniuge che è collegato agli insetti. La prova del delirio sono le uova e le lesioni cutanee. Queste richiamano l'attenzione dei familiari che testimoniano l'infestazione (delirio familiare).*

Conclusioni. *Riteniamo che nel caso descritto il delirio e le allucinazioni tattili siano state indotte dal trauma psichico. Questo potrebbe essere considerato il determinante primario per la comparsa della sindrome.*

SUMMARY: Ekbom's syndrome: literature review and a case study.

A.M. IANNACCONE, S. IURASSICH

Introduction. *The Ekbom Syndrome is a rare disease characterized by the conviction of the patient to be invaded from parasitic on the skin. These cause itch and/or punctures of pin with consequent intense scratching and appearance of excoriated lesions.*

Purpose. *We describe a case where the psychotherapeutic treatment has allowed pharmacological one, removed the causes and produced the disappearance of the symptoms.*

Clinical case. *A.G. aged 67 years, tell us, after the death of the consort by liver carcinoma, numerous "bugs" infested her head, trunk and limbs and caused itch, scratching and excoriated lesions. The patient has been submitted to the Rorschach e Machover tests, to the psychotherapy and to the administration of antidepressants and anti-psychotic.*

Resulted. *The patient presents compromised the examination of reality and goes toward a psychotic pathology (schizophrenia). Affective compulsion, scarce interests, depressed humor, extraneousness to the environment, hard social relations, cultural and intellectual poverty and polarization of the thought, are present. The interviews pointed out: a) the itch is associated to a emotional problematic nucleus b) the conversion (delirium) in somatic terms of an uneasiness psychic c) the delirium involves the whole family nucleus. The psychotherapeutic treatment has allowed the patient to accept the pharmacological one and the regression of the psychosis.*

Discussion. *The delirium, the visual hallucinatory phenomena, the itch and the skin lesions and besides the induction of the psychosis in the family and the negation of the trouble, are present in A.G. case. The itch and the scratching could be determined by emotional regressive reactions that determine a reassuring role and stabilize the emotional conflict. The content of the delirium is the evil of the consort that is connected to the bugs. The proof of the delirium are the eggs and the skin lesions. These recall the attention of the family that testify the infestation (familiar delirium).*

Conclusions. *We retain that in the described case the delirium and the tactile hallucinations are been induced by the psychic trauma. This could be considered for the appearance of the syndrome the primary determinant.*

KEY WORDS: Delirio - Parassiti.
Delirium - Parasitic.

Introduzione

Il delirio è una falsa credenza basata su una non corretta interpretazione della realtà esterna. Esso non è riferibile al retroterra educativo, culturale o sociale del paziente ed è sostenuto con straordinaria convinzione e certezza soggettiva, nonostante esistano prove incontrovertibili della sua non veridicità (1, 2). La trasformazione del giudizio di realtà, con perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno, che caratterizza il delirio, è stata considerata il segno più importante per la dicotomia nosografica tra nevrosi e psicosi e l'osservazione di una sintomatologia delirante è un fattore necessario per caratterizzare specifici gruppi di disturbi come la schizofrenia (1, 2). Dal punto di vista soggettivo il delirio è una convinzione vera, mentre è definito tale da un osservatore esterno. I pazienti non descrivono i deliri "come se" esistessero poiché la loro è una "realtà conosciuta". Si può parlare quindi di delirio ogni volta che un'idea, un pensiero, una convinzione o un contenuto di coscienza si manifestano con un'assoluta certezza, non modificabile in alcun modo, nonostante che tale convinzione sia in contrasto con la realtà (1, 2).

La sindrome di Ekbom, o delirio di infestazione, o delirio dermatozoico, è una malattia poco nota, caratterizzata dalla convinzione del paziente di essere invaso da parassiti a livello cutaneo (3-5). Questi gli causano prurito e/o punture di spillo con conseguente intenso grattamento e comparsa di lesioni escoriate, eritematose, edematose, crostose. I pazienti difficilmente migliorano con la psicoterapia e spesso rifiutano l'assunzione di farmaci (antidepressivi triciclici e non, benzodiazepine e neurolettici) (6, 7).

Descriviamo un caso del raro disturbo psichico dove l'eziopatogenesi ed il processo evolutivo erano apparsi evidenti sin dal racconto anamnestico e dove il trattamento psicoterapeutico ha permesso quello farmacologico, rimosso le cause e prodotto la scomparsa della sintomatologia.

Caso clinico

Anamnesi. Giunge alla nostra osservazione, A.G. di 67 anni, con genitori non viventi e seconda di due fratelli. L'anamnesi rivela assenza nel gentilizio di patologie genetiche, metaboliche, autoimmuni, allergopatie, disturbi psichici e disendocrinopatie. A.G. racconta che, dopo la morte del coniuge affetto da carcinoma epatico, aveva osservato la presenza di numerosi "insetti". Questi provenivano dal materasso sul quale era spirato il marito e "volando" le avevano parassitato prima la testa e poi il tronco e gli arti causandole un intenso prurito.

Tale infestazione sarebbe divenuta notevolissima dopo il taglio del materasso, effettuato dalla paziente per accertarsi della presenza e dell'origine degli insetti. A.G. produce come prova un contenitore con le uova degli insetti che ha raccolto dai capelli ed inoltre, il fratello maggiore e la figlia, che presenziavano, confermavano i contenuti del racconto. La paziente era stata visitata da numerosi sanitari ed aveva praticato, per circa 7 mesi, terapie antiparassitarie topiche ed antistaminici per os senza notare alcun miglioramento. L'esame obiettivo evidenziava lesioni da grattamento (eritema, escoriazioni, croste, modico edema) che erano numerose e diffuse alle regioni nucale e periauricolare, sulla superficie volare delle braccia ed alle regioni addominali ed invece modeste alla superficie laterale degli avambracci, alle regioni scapolari superiori e sulla superficie estensoria degli arti inferiori. I valori delle indagini ematochimiche di routine erano compresi nella norma ed inoltre i precedenti esami microbiologici su reperti organici per ricerca di uova o parassiti erano negativi.

Metodi. La paziente è stata sottoposta a test psicodiagnostici della personalità Rorschach e Machover. Il primo è composto da dieci tavole che contengono figure astratte a cui il soggetto deve dare un'interpretazione. Tale test permette il confronto con stimoli poco strutturati, promuove l'espressione del proprio pensiero e l'esplicitazione dell'immaginario elaborato dalle figure osservate. Il test interpreta il disturbo psichico all'interno di una prospettiva fenomenologica dei disturbi percettivi nelle psicosi. Gli indici ed i risultati sono stati descritti nella Tabella 1 (8, 9). Il secondo è un test carta e matita, in cui si richiede al soggetto di disegnare la figura umana maschile e femminile. Il test permette di valutare il vissuto affettivo e relazionale, il livello intellettuale, la presenza di condizioni patologiche della personalità e l'identità del soggetto (10, 11). Sono state effettuate 40 sedute di psicoterapia ad orientamento sistemico relazionale, a cadenza settimanale, supportati da consulenza psichiatrica per la somministrazione di pimozide (dose abituale di 10 mg/die). Sono state inoltre prescritte creme contenenti cortisonico-antibiotici per ridurre il processo infiammatorio ed evitare sovrapposizioni di piogeni. Nel corso delle sedute sono state valutate all'interno del contesto familiare: la funzione del sintomo, il ciclo vitale, il significato del lutto subito e l'analisi della storia trigenitoriale. La psicoterapia è stata attuata mediante a) la prescrizione del sintomo (il grattamento) e proponendo una sua ridefinizione in positivo; b) spostando l'attenzione dal soggetto malato a tutti i componenti del nucleo familiare e rilevando come questi influenzano il decorso della patologia psichica; c) la modifica delle modalità relazionali disfunzionali e della funzione patogena che ogni membro assumeva per far mantenere il sintomo (12, 13).

TABELLA 1 - INDICI DEL RORSCHACH SECONDO IL METODO RIZZO (8,9). SONO STATI DESCRITTI I SIGNIFICATI DI CIASCUN INDICE E RIPORTATE LE RELATIVE INTERPRETAZIONI NELLA PAZIENTE PRIMA E DOPO IL TRATTAMENTO.

indice R % (indice più importante, indica la percentuale di risposte positive e quindi esprime il rapporto con la realtà)	
Prima	R% < 60 compromissione dell'esame di realtà
Dopo	R% = 75 (indice compreso nella norma)
indice F + % (indica la percentuale di risposte di buona forma della figura osservata)	
Prima	F+% = 81 compromissione del rapporto con la realtà
Dopo	F+% = 70 (indice compreso nella norma)
indice F% (valuta l'affettività, valuta i processi ideativi)	
Prima	F% = 80 coartazione affettiva ed inibizione dei processi ideativi
Dopo	F% = 70 (io funzionante)
indice M (indica le interpretazioni di movimento della figura osservata ed indica le tendenze depressive, valuta inoltre l'identità del soggetto)	
Prima	M = 0 tendenze depressive, inibizione della spontaneità e dell'autenticità, difficoltà ad entrare in contatto con il proprio sé
Dopo	M = 2 di buona forma
indice T.V.I. tipo di vita interiore primario (valuta l'aggressività verso se stessi e/o verso l'esterno e le tendenze suicidarie)	
Prima	T.V.I. 0/2,5 aggressività verso se stesso ed eccessiva polarizzazione del pensiero sugli stessi argomenti
Dopo	T.V.I. 0,25/0,25
indice t.v.i. tipo di vita interiore secondario (indica la presenza di un trauma)	
Prima	t.v.i. = 0/1 possibile presenza di un forte trauma
Dopo	t.v.i. = 0,1/0,15
indice H+A/Hd+Ad (valuta il deterioramento cognitivo)	
Prima	H+A/Hd+Ad = 6/2 disturbo di carattere cognitivo di lievissima entità
Dopo	H+A/Hd+Ad = 6/2 disturbo di carattere cognitivo di lievissima entità
indice G (valuta il modo di comprensione della realtà)	
Prima	presenza di diverse G ed approccio sintetico alla comprensione della realtà.
Dopo	presenza di diverse G ed approccio sintetico alla comprensione della realtà.
indice Dim (valuta il dettaglio intramaculare grande e/o frequente: le macchie bianche nelle figure)	
Prima	Assenti
Dopo	Assenti
indice G Dim (valuta la comprensione patologica ed indica il guardare la realtà nella globalità e nel dettaglio contemporaneamente)	
Prima	elevato numero di <u>G Dim</u> , modo di comprensione patologico della realtà
Dopo	assenti le <u>G Dim</u>
indice F- (individua forme cattive delle figure che non si vedono o si vedono male, le risposte F- denotano perdita del controllo logico ed il dirigersi verso una patologia psicotica)	
Prima	presenza di un elevato numero di F-
Dopo	rarissime le F-

Risultati

Dei test. Nella paziente risulta compromesso il rapporto con la realtà. È presente coartazione affettiva ed inibizione dei processi ideativi, della spontaneità e dell'autenticità. Molti indici dei test (R%, F+%, M, T.V.I.,

t.v.i., elevata presenza di F-, risultati del Machover) convergono verso una valutazione patologica della personalità. I test rilevano appiattimento ed inerzia mentale, difficoltà ad entrare in contatto con il proprio sé e con la realtà del mondo esterno. La paziente evidenzia scarsi interessi, inibizione, umore depresso, estraneità al-

l'ambiente, difficoltà relazionali, povertà culturale, ideativa ed intellettuale, ristrettezza mentale ed eccessiva polarizzazione del pensiero su determinati argomenti (infestazione di insetti). L'area cognitiva presenta un disturbo di lievissima entità, ma il deterioramento cognitivo è assente. Il soggetto ha un approccio sintetico alla percezione della realtà ed un modo di comprensione patologico della stessa. I test evidenziano la perdita del controllo logico ed il dirigersi del quadro clinico verso una patologia psicotica di tipo schizofrenico. Anche il test di Machover rileva una condizione patologica: la paziente tende ad immaginare e quindi a rifugiarsi in un mondo fantastico, è ansiosa ed affettivamente coartata, evidenzia un equilibrio affettivo precario ed evidente aggressività.

Delle sedute. Le sedute hanno evidenziato che in A.G.: a) il prurito è associato ad un nucleo emotivo problematico (mancata elaborazione del lutto); b) si è verificata la conversione in termini somatici di un disagio di tipo psichico e tale conversione è degenerata nel delirio; c) il delirio e la somatizzazione coinvolgono l'intero nucleo familiare. Infatti, il sintomo di A.G. serve per mantenere l'equilibrio del sistema famiglia dove il tempo è fermo poiché è mancata la separazione dei figli dai genitori.

Il trattamento psicoterapeutico ha permesso dopo la quarta seduta l'accettazione anche di quello farmacologico. Essi hanno prodotto dopo circa 9 mesi la regressione della psicosi e quindi la scomparsa della sintomatologia pruriginosa, delle lesioni traumatiche cutanee ed il miglioramento delle relazioni familiari.

Discussione

La prima descrizione clinica di un soggetto che attribuiva i propri sintomi ad un insetto (1843, Charcellay De Thours) fu definita "Acarofobia" e correlata alla "Gonococofobia" ed alla "Sifilofobia" (1982, Thiebirge). Tale sintomatologia fu descritta successivamente come "Ipocondria monosintomatica" (1902, Raeché), "Lesione talamica" (1921, Camper), "Allucinazioni cutanee visive" (1928, Mc Namara), che evidenzia il carattere delle false percezioni, "Psicosi maniaco depressiva" (1929, Schwarz), che attribuisce ad una fase melanconica l'insorgere del prurito e ad una successiva fase ipomaniacale l'interpretazione delirante, "Delirio cenestesico" (1930, Mallet e Male), che codifica nel delirio il sintomo caratteristico ed il carattere allucinatorio, "Osessione allucinatoria zoopatica" (1932, da Borel), che evidenzia gli aspetti fobico-ossessivi e allucinatori, ed infine come "sindrome di Ekbom" (1938) (3, 4). Questa si manifesta in prevalenza durante l'età pre-senile o senile nel sesso femminile ed in assenza di segni di deterioramento cognitivo o della personalità. L'e-

sordio è improvviso ed in relazione con un evento preciso: il contatto con un animale, l'aver indossato un indumento altrui o ingerito materiale infetto. In coincidenza cronologica con tale evento insorge un intenso prurito che rivela al soggetto l'esistenza di una infestazione. Successivamente compare un delirio monote-matico, lucido, sistematizzato, cronico e centrato sulla convinzione di avere piccoli animali o parassiti sulla pelle o sotto di essa. Tale convinzione è accomunata dal tentativo persistente di coinvolgere i medici nella veridicità dei sintomi riportati producendo reperti: frustoli di pelle, capelli, materiale diverso. Contestualmente al delirio compaiono i fenomeni allucinatori visivi: descrizioni dettagliate dei parassiti e/o delle uova (bestie, moscerini, cimici, pulci, piccoli elementi neri dalla forma indefinita) con diffusione distrettuale o dell'intero ambito cutaneo. Il soggetto, nel tentativo di liberarsi dai parassiti, impiega diverse strategie: lavaggi ripetuti, applicazione di antiparassitari, rimozione con pinze o lamette. La casa viene disinfestata periodicamente ed in seguito abbandonata a causa dell'estrema resistenza dei parassiti, i vestiti e la biancheria sono cambiati ripetutamente ed a volte bruciati. Queste persone richiedono incessantemente l'impiego di terapie farmacologiche e le consulenze specialistiche (dermatologia, malattie infettive, microbiologia). Le lesioni cutanee, ove presenti, sono infatti proprio dovute ai traumatismi che i pazienti si infliggono nel tentativo di estrarre gli animaletti impiegando punteruoli, forbici o piccoli oggetti appuntiti. La convinzione di essere infestato ed il timore di poter contagiare altre persone può indurre nel soggetto sentimenti di vergogna. È possibile l'insorgenza del fenomeno di induzione della stessa forma psicotica nei soggetti conviventi col paziente ed affettivamente significativi. Inoltre, sia l'esistenza di un disturbo del contenuto del pensiero sia la negazione della componente psicopatologica del fenomeno non consentono ai soggetti di accettare la consulenza psichiatrica (5-7).

Diversi fattori eziopatogenetici sono stati proposti nella sindrome di Ekbom quali: retinopatia diabetica, glaucoma e cataratta (che sembrano predisporre all'insorgenza di tratti paranoici e parafrenici) endocrinopatie (predominanza nel sesso femminile dopo la menopausa), leucemia linfoide, anemia perniziosa, insufficienza renale cronica, diabete, deterioramento mentale, atrofia cerebrale e disagi socio-ambientali (solitudine, carenze alimentari). Anche le intossicazioni da sostanze stupefacenti (cocaina, anfetamine) o da alcool e il sovradosaggio da farmaci anticolinergici, possono indurre fenomeni allucinatori tattili simili (4, 5, 7). L'ottica psicodinamica evidenzia le strette relazioni esistenti tra la pelle e la psiche attraverso il concetto di "Io-Pelle" (Anzieu) che ritiene la pelle la parte "più parlante" del corpo e sulla quale si scaricherebbero tutte le tensioni. Il parassita quindi potrebbe possedere tutte le qua-

lità per materializzare una minaccia diffusa, mentre il prurito ed il conseguente grattamento potrebbero essere determinati dalle reazioni regressive emozionali che riportano, il soggetto, ad un precedente stato di vita dove gli istinti emotivi sono meno controllati. Tale stadio di vita, poiché è già stato sperimentato dal soggetto, conferisce al prurito un ruolo rassicurante e stabilizza il conflitto emotivo. Pertanto il prurito ed il grattarsi possono essere vissuti come eventi centrali del comportamento, come conversione, come fattori tranquillizzanti o di piacere come meccanismi intrapsichici legati a desideri sessuali rimossi (il grattarsi come sostitutivo dell'atto sessuale) (1, 2, 4, 5, 7).

I pazienti hanno spesso una personalità fragile, emotivamente instabile, talvolta con tratti aggressivi. Dal punto di vista psichiatrico, la sindrome può sottendere vari disturbi: psicosi tossiche, disturbi schizofrenici, affettivi, nevrotici o paranoidei. Alcuni Autori si sono interrogati sui legami esistenti tra personalità ossessiva, depressione e delirio di infestazione. Si è infatti notato talvolta l'apparire di un delirio dermatozoico in soggetti con tratti di personalità anancastica marcata. In altri casi sembra trattarsi di personalità paranoica o istrionica. Inoltre certi sintomi del delirio sembrano contornarsi di un alone ossessivo, come la lotta ansiosa permanente, la verifica incessante, il timore di contagiare altre persone. Spesso i soggetti e i parenti prossimi presentano una morbilità per disturbi psichiatrici (attacchi di panico, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi affettivi e psicotici) più elevata che nella popolazione generale (2, 5, 7).

L'evento preciso che ha indotto il delirio è stato il trauma del lutto che non assume una precisa forma fisica come è stato descritto nei precedenti casi in letteratura (3, 4, 6). Il contenuto del delirio è il male e la morte del coniuge che è collegato agli insetti: se A.G. distrugge gli insetti, elimina la causa del male e quindi la paura delle sue conseguenze (contagio e morte). La prova del delirio (il raziocinio all'immaginario) sono le uova mostrate al medico e soprattutto il prurito o meglio i traumi prodotti sulla cute dal grattamento. Questi concretizzano la paura del contagio in un danno visibile e richiamano l'attenzione dei familiari che sono così co-

stretti a partecipare ed a "testimoniare" lo stato dell'infestazione (*la conferma* del delirio). In questa fase il delirio si amplifica per diventare familiare (plagio del processo delirante). La terapia non poteva essere un oggetto sostitutivo dell'attenzione richiesta dalla paziente perché assumeva un ruolo rassicurante nei familiari che avrebbero così diminuito la loro presenza e riduceva l'attesa del più numeroso coinvolgimento familiare al semplice rapporto medico-paziente. A.G. richiedeva invece essere il centro degli interessi affettivi familiari e che questi comunque fossero coinvolti nel lutto. In questa fase il delirio di infestazione evidenzia la sua personalità paranoica ed istrionica. Il grattarsi rappresenta ora per A.G. il principale contatto con la realtà, è attraverso di esso che "comunica" il suo disagio ai familiari, trova piacere e vince la patologia oncologica del marito a cui si sente esposta.

Conclusioni

Le caratteristiche della personalità del paziente con sindrome di Ekbohm non sono ancora del tutto note e nella letteratura sono stati proposti diversi fattori nosografici ed eziopatogenetici. Lo studio multidisciplinare (psichiatrico, psicoterapeutico, dermatologico) si è rivelato necessario per il miglioramento e la risoluzione della sintomatologia. Infatti, nel nostro caso, è stata la psicoterapia che ha permesso l'accettazione del trattamento farmacologico psichiatrico e dermatologico e quindi la progressiva regressione della sindrome. Il risultato positivo si lega alla buona alleanza stabilita con la paziente che ha accettato fin da subito il programma terapeutico. Riteniamo che nel caso descritto sia la componente delirante (infestazione con i conseguenti traumi della cute), sia quella allucinante (insetti che volano) siano state indotte dal trauma psichico (lutto). Questo infatti potrebbe essere considerato il determinante primario per la comparsa della sindrome. I fattori patologici e psicosociali descritti in precedenza, invece, avrebbero solo il ruolo di determinanti secondari, capaci di aumentare la suscettibilità ma non l'incidenza della sindrome.

Bibliografia

1. STANGHELLINI G. *Forms of Madness and Psychopathology*. Int J Psychoanal 90 (2): 420-422, 2009.
2. ROBINSON DJ. *Reel psychiatry*. Int. Rev. Psychiatry 21 (3): 245-260, 2009.
3. Ekbohm KA. *The Pre-Senile Delusion of Infestation*. History of Psychiatry 14: 232-256, 2003.
4. SLAUGHTER JR, ZANOL K, REZVANI H, FLAX J. *Psychogenic Parasitosis: A Case Series and Literature Review*. Psychosomatics 39:491-500, 1998.
5. SZEPIETOWSKI JC, SALOMON J, HREHOROW E, PAPAN P, ZALEWSKA A, SYSA-JEDRZEJOWSKA A. *Delusional parasitosis in dermatological practice*. J Eur Acad Dermatol Venereol 21: 462-465, 2007.
6. COLOMBO G, CAIMI M, DONA GP. *Shared Ekbohm's syndrome. A case study*. European Psychiatry 19: 115-116, 2004.
7. LEPPING P, FREUDENMANN RW. *Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment*. Clinical and Experimental Dermatology 33: 113-117, 2008.

8. DI NUOVO S, CUFFARO, M. Il Rorschach in pratica. Ed. Franco Angeli, Milano, 2004.
9. VALENTE TORRE L., FREILONE F. *Psicopatologia clinica e Rorschach. La valutazione psicodiagnostica*. Ed. UTET, Bologna, 2005.
10. OPALIC P. *Human figure test in the research of psychopathological state of refugees and somatically traumatized*. Srp Arh. Celok. Lek 133(1-2): 21-28, 2005.
11. MERRITT RD, KOK CJ. *Implications of the people = male theory for the interpretation of the Draw-A-Person Test*. J Pers Assess 68 (1): 211-214, 1997.
12. ANDOLFI M. *I pionieri della terapia familiare*. Ed. Franco Angeli, Milano, 2005.
13. BRUNI F, DE FILIPPI PG. *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*. Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2007.

Per richiesta estratti:

S. Iurassich
Via P. Del Torto, 41
80131 Napoli
Tel. 081/5467851
E-mail Iuraderm@libero.it

© CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI