

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE



UNIVERSITÀ DELLA  
VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA  
VALLÉE D'AOSTE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

**TESI DI LAUREA**  
SOGNO E FUNZIONAMENTO MENTALE

**DOCENTE 1° relatore:** Prof. MAURIZIO GASSEAU

STUDENTE: GAIA CORNALINO matricola 19 D03 111

## SOGNO E FUNZIONAMENTO MENTALE

### Indice

- Introduzione  
Ringraziamenti
  
- Capitolo 1: Il Sogno
  - 1.1 Introduzione al Sogno nella prospettiva della Psicologia Analitica.
  - 1.2 Ricerca di una definizione
  - 1.3 Il sogno prodotto dall'inconscio
  - 1.4 Prospettiva finalistica del sogno
  - 1.5 Il sogno come composizione drammatica
  - 1.6 Il sogno al centro della terapia
  - 1.7 Il metodo junghiano
  - 1.8 Il procedimento di analisi
  - 1.9 Le sette categorie del sogno
  - 1.10 Il sogno come strumento nell'elaborazione dei conflitti e dell'aggressività
  - 1.11 Definizione del sogno secondo la prospettiva freudiana
  - 1.12 Tecnica interpretativa dei sogni postulata da Freud
  - 1.13 Il sogno raccontato
  - 1.14 I meccanismi operativi per la produzione di un sogno
  - 1.15 I sogni secondo Gerolamo Cardano
  
- Capitolo 2: Sogno e Funzionamento Borderline di Personalità
  - 2.1 Definizione del disturbo di personalità borderline e criteri per la diagnosi secondo il DSM 5
  - 2.2 Come si tratta il disturbo Borderline?
  - 2.3 Il sogno nei pazienti con diagnosi Borderline
  
- Capitolo 3: Sogno e Nevrosi
  - 3.1 Cosa sono le nevrosi?
  - 3.2 Classificazione
  - 3.3 Sintomi
  - 3.4 Definizione del Disturbo Ossessivo Compulsivo di personalità e criteri per la diagnosi secondo il DSM 5
  - 3.5 Sogni e Disturbo Ossessivo Compulsivo
  - 3.6 Definizione del Disturbo Post Traumatico da Stress e criteri per la diagnosi secondo il DSM 5
  - 3.7 Sogni e Disturbo Post Traumatico da Stress
  
- Capitolo 4: Sogno e Psicosi
  - 4.1 Sogni nei pazienti Psicotici
  - 4.2 Definizione di Schizofrenia e criteri per la diagnosi secondo il DSM 5
  - 4.3 Sogni e pazienti Schizofrenici
  - 4.4 Un caso clinico di un paziente affetto da schizofrenia paranoide
  
- Conclusione
  
- Bibliografia e sitografia

## INTRODUZIONE

Nel corso della lettura del primo capitolo, passeremo in rassegna le definizioni di sogno elaborate dai maggiori esponenti dell'argomento quali Sigmund Freud, noto per essere stato un pioniere nell'interpretazione dei sogni. Analizzeremo anche il lavoro svolto dal suo allievo Carl Gustav Jung, il quale si è poi allontanato dalla visione freudiana fondando una sua linea di pensiero che prende in considerazione l'antica Grecia e il pensiero di Macrobio e la sua suddivisione delle tipologie di sogno che aveva identificato e le analizzeremo più approfonditamente. Nello specifico approfondiremo le cinque categorie del sogno stilate dall'antico studioso. Per avere una visione più completa della situazione, nel capitolo è stato aggiunto il lavoro svolto da Gerolamo Cardano. Egli ha infatti pensato di comporre un'opera in cui ha suddiviso i sogni secondo quattro generi, di modo che sarebbe stato possibile ad ogni individuo interessato all'argomento poter consultare l'opera ad essi dedicata.

Nel secondo capitolo introdurrò il concetto di Disturbo di personalità Borderline. Qui andremo a dare una definizione presa dal manuale DSM 5 del disturbo, inoltre troveremo i tratti principali che mostra un paziente a cui viene riconosciuto il disturbo, soprattutto dopo un quantitativo necessario di sedute con psicoterapeuti e specialisti. Nel corso del capitolo, inoltre, sono state inserite le considerazioni di questi pazienti dal punto di vista di Franco De Masi, noto psicoterapeuta con un particolare interesse per la comprensione psicoanalitica e la terapia dei pazienti gravi. Sono stati inoltre riportati, sempre nel contesto del medesimo capitolo, numerosi studi con i relativi risultati, svolti in contesti e in tempi differenti, ma con una caratteristica comune: pazienti con la medesima diagnosi. L'obiettivo di questi studi era identificare come cambiasse, e se cambiasse, nei pazienti con diagnosi borderline, la qualità del sonno e il racconto dei sogni in terapia.

Per quanto concerne il terzo capitolo, si apre con una breve digressione su come si definiscono le nevrosi, come esse si classificano e come si manifestano. Difatti, sarà possibile avere una definizione chiara e completa di criteri per la diagnosi, che è stata tratta dal manuale diagnostico DSM 5, ormai di utilizzo comune tra i terapeuti di tutto il mondo. Andremo, inoltre, ad analizzare come i sogni si manifestano in soggetti affetti da questi disturbi, ed in particolare, ci soffermeremo ad analizzare i disturbi ossessivo compulsivo di personalità (DOC-P) e il disturbo post traumatico da stress (PTSD). Anche qui sono stati riportati numerosi studi. Uno di questi, si è posto come obiettivo di valutare l'esposizione dei sogni eseguita dai pazienti seguendo alcune caratteristiche ovvero: lunghezza del sogno, elaboratezza/complessità, caratteristiche affettive, contenuti compulsivi.

Avvicinandosi alla conclusione di questa rassegna, troveremo il quarto ed ultimo capitolo, il quale ha come obiettivo principale lo studio delle psicosi, in opposizione al precedente capitolo che trattava le nevrosi. Qui troveremo e presenteremo numerosi studi sull'analisi dei sogni nei pazienti con psicosi, soffermandoci ad analizzare i sogni nei pazienti con diagnosi di Schizofrenia, di cui è presentata come sempre la definizione che si trova nel manuale diagnostico DMS 5 ed i relativi criteri necessari alla diagnosi. Sarà qui, inoltre, possibile trovare la presentazione di un caso clinico di un paziente che sarà convenzionalmente chiamato Mario, il quale è affetto da schizofrenia paranoide con pregresso uso di sostanze. Al momento dello studio, egli è ospite di una Comunità Psichiatrica di tipo A, in terapia farmacologica con antipsicotici e seguito in psicoterapia adleriana di tipo supportivo espressivo con una seduta settimanale.

L'obiettivo finale di questa tesi di laurea è quello di fornire gli elementi necessari per dare uno sguardo più approfondito al mondo della psicopatologia e al mondo dei sogni. Difatti, il titolo esplicativo, ci permette di avere un'idea degli argomenti trattati. Il mondo onirico nel suo complesso ha da sempre affascinato studiosi di ogni luogo e tempo, come allo stesso modo le menti più brillanti che hanno attraversato i secoli passati si sono interrogati sul funzionamento mentale

degli individui provando a dare delle risposte ai più grandi interrogativi sul cervello umano nella sua complessità.

La motivazione che mi ha spinto ad indagare l'argomento che andrò a presentare in questa tesi è prettamente personale. Sono sempre stata affascinata dal mondo interno degli individui, in particolare come essi funzionino in casi particolari come nel caso di una diagnosi psicopatologica. I sogni, anch'essi sono stati sempre un mistero che mi ha affascinato sin da bambina, quando mi domandavo che significato potessero avere. Ad alimentare questa mia passione ci ha pensato il corso tenuto dal professor Gasseau, oggi relatore di questo lavoro, di psicologia dinamica che mi ha permesso di iniziare ad avvicinarmi in maniera più approfondita e professionale a questo mondo.

## **Ringraziamenti**

Arrivata alla conclusione di questo percorso, bello e tortuoso nel suo complesso, mi sembra doveroso ringraziare chi mi ha accompagnato nel mio viaggio.

Alle mie compagne Marzia, Valentina e Maria Vittoria un grazie speciale per le risate e i momenti che abbiamo condiviso assieme in questi tre anni. Grazie per tutto il supporto che ci siamo vicendevolmente date per superare esami, momenti difficili, ansie e paranoie, che ci hanno permesso di costruire il bellissimo rapporto che ci unisce ora e spero ci unirà ancora nei giorni a venire.

Alla mia spalla più grande, la mia amica Giada, che anche nei miei momenti no, quando, presa dallo sconforto del momento, volevo premere il tasto "rinuncia agli studi" mi ha sempre dato la forza di continuare nel mio percorso ed è sempre rimasta con me. Da sempre l'unica cosa che posso dirti è grazie per essere al mio fianco.

Al mio fidanzato Paolo, che in questi anni insieme ha continuato a spronarmi per poter concludere il mio percorso supportandomi e sopportandomi. Non ho bisogno di dilungarmi per dire cose che già sai, perché sai già quanto questo tuo supporto sia stato importante per me ogni giorno. Grazie per avermi fatto amare questa città che mi ha ospitato seppur per poco tempo.

Ai miei nonni, a cui ho sempre confidato le mie ansie e le mie gioie, che hanno condiviso con me viaggi e giornate interminabili per sostenere esami su esami ad ogni sessione. Grazie per essere al mio fianco anche se non tutti fisicamente.

Alla mia madrina, la zia più formidabile che ci sia. Grazie per essere la forza della natura che sei e che mi hai trasmesso la testardaggine e la mia "follia" che mi contraddistinguono. Grazie perché mi hai aiutato a farmi forza quando è stato necessario.

Al mio papà va il mio ringraziamento più grande. A te che mi ha supportato economicamente e moralmente, che mi hai saputo spronare nei miei momenti di difficoltà, a dare sempre più del massimo che potevo dare perché c'era sempre qualcosa in più di me da offrire, che non sapevo di avere, ma che mi hai aiutato a tirare fuori. Grazie per esserti sempre preso cura di me in questi anni sempre più difficili.

Alla mia mamma, che anche nei momenti in cui non poteva più farlo è stata la mia guida nei momenti più bui. Sei stata e sempre sarai il mio faro ed il mio punto di riferimento. A te che hai sempre gioito con me e pianto con me in ogni momento che lo richiedeva e anche se ora non ci sei più so che anche in questo mio giorno di grande gioia sentirò il tuo caldo abbraccio che avevi

sempre in serbo per me. Grazie per essere stata la mamma speciale che non ho saputo apprezzare nel momento in cui avrei dovuto e potuto farlo.

Ringrazio sentitamente la mia università e questa città, Aosta, che mi hanno permesso di crescere come persona e di fare amicizie ed esperienze che mi resteranno nel cuore sempre.

Grazie agli amici, nuovi e vecchi, che in un modo o nell'altro hanno saputo lasciare un segno importante.

Un grazie anche al mio relatore, il professor Maurizio Gasseau, che mi ha permesso di mettere su carte le mie idee e che mi ha insegnato ad appassionarmi a questa professione.

Un grande grazie a me stessa, per essere stata capace di rialzarsi anche quando di forza non ne avevo più e mi sono presa quello che volevo.

Grazie.

7 Dicembre 2022

# CAPITOLO 1: IL SOGNO

## 1.1 Introduzione al sogno nella prospettiva della Psicologia Analitica

Jung ritiene che esistano due forme di pensiero:

- Il pensare indirizzato, che opera con il linguaggio, serve a comunicare ed è faticoso e sfibrante, ma crea acquisizioni nuove, adattamenti, limita la realtà e cerca di influire su di essa,
- Il sognare o fantasticare che opera con contenuti già pronti, senza sforzo, è guidato da motivi inconsci e mette in libertà tendenze soggettive.

Il sogno va contestualizzato nella relazione terapeutica, dà profondità al gioco psicodrammatico dei ruoli e, spesso, parla con linguaggio immaginifico della qualità e della dinamica della relazione analitica.

Nel Talmud si sostiene che solo chi ha lo spirito con sé possa interpretare i sogni. Questo significa che è necessario porsi da un vertice di osservazione decentrato rispetto al proprio Io, cioè che l'analista interpreti i sogni da un'altra prospettiva, irradiato dall'energia del Sé, della Totalità, che conosca la storia del simbolismo e che accompagni con il sentimento l'evoluzione della vita attraverso il lavoro interpretativo.

Il sogno può contenere nelle sue immagini analogiche la tensione conflittuale, ovvero quella dinamica degli opposti che, a volte, è indicibile e inesprimibile con la logica del pensiero verbale.

I contenuti onirici sono spesso solo dei flash che nella mente del sognatore si attivano in pochi secondi, ma la durata soggettiva è molto maggiore, configurandosi nel ricordo come la durata di un viaggio o di un film o di un'avventura.

In una vita media di circa 75 anni si passano 4 anni e mezzo nello stato REM. Le fasi REM sono più ampie se il sonno è superiore alle 7 ore.

## 1.2 Ricerca di una definizione

Secondo una definizione, espressa in maniera poetica da Jung:

“Il sogno è la piccola porta occulta che conduce alla parte più nascosta e intima dell'anima, aperta sull'originaria notte cosmica che era anima assai prima che esistesse una coscienza dell'Io”.

In modo più scientifico egli sostiene che:

“I sogni non sono invenzioni intenzionali e volontarie, ma fenomeni naturali che sono proprio ciò che rappresentano. Essi non ingannano, non mentono, non falsificano, non nascondono nulla ma enunciano ingenuamente ciò che essi sono e ciò che essi intendono. [...]. Possiamo anche capire la ragione per cui sono così strani e difficili. L'esperienza, infatti, ci mostra che si sforzano sempre di esprimere qualcosa che l'io non sa e non capisce”.

Freud sostiene che il vero significato e il messaggio del sogno sono trasformati dalla censura in una forma mascherata per confondere l'Io. Il sogno si collega così con i complessi rimossi da cui perviene l'energia che consente loro di manifestarsi.

## 1.3 Il sogno prodotto dall'inconscio

Effettuando una ricostruzione per “sedimentazioni” successive di concetti, si può pensare al modello junghiano come articolato attorno a quattro vertici costitutivi, il sogno è:

- Prodotto dall'inconscio;
- Orientato secondo una prospettiva finalistica;
- Espresso in forma di composizione drammatica;

- Centro del lavoro analitico.

Si possono ritrovare, inoltre, quattro dimensioni differenti attorno alle quali si può articolare l'analisi del legame tra sogno e inconscio. Si può dire cioè che il sogno sia:

- Naturale, spontaneo e obiettivo: l'accezione naturale sottolinea la mancanza di artifici o compromessi, il sogno è un prodotto "vero" dell'inconscio. Secondo Jung, lontano ormai dalla prospettiva freudiana, non vi è alcun tentativo di ingannare: "un fenomeno naturale, e non v'è ragione di credere che sia un abile artificio allo scopo di trarci in errore".
- Indipendente dalla coscienza, involontario e nel sonno: l'oscurità del sogno non è, per Jung, il segno di un lavoro di codifica, ma è analoga all'oscurità che si percepisce di fronte a ciò che è parlato in un'altra lingua. Una lingua lontana, perduta nella storia individuale e prima ancora nella storia del collettivo: la lingua dell'inconscio. In quanto "prodotto dalla psiche inconscia", il sogno è "indipendente dalla coscienza" e assume le proprietà di un processo involontario. È teorizzato comunque un legame con la coscienza, in quanto non è possibile prescindere dalla continuità con essa.
- Generato da un moto affettivo: alla base della formazione del sogno vi è un moto affettivo esso stesso potenzialmente soggiacente alla rimozione, in cui sono coinvolti i complessi.
- Individuale, autoreferenziato e aperto all'interno: il quarto vertice costitutivo del modello junghiano si riferisce alla qualità del sogno come elemento privato e personale, non per questo, tuttavia, così personale da non essere al tempo stesso anche parte di una vicenda collettiva. Il sogno guarda "dentro", ma contemporaneamente "lontano". Il sogno è strettamente connesso all'unicità del sognatore. La soggettività è il dato che rende il sogno unico e in questa prospettiva è riconosciuta all'individuo la specificità del suo essere e l'importanza della sua esistenza in quanto storia individuale.

#### 1.4 Prospettiva finalistica del sogno

Il significato del sogno per il soggetto è l'elemento che più di ogni altro oppone Jung a Freud. L'origine di una nuova possibilità di lettura del sogno si fa risalire ancora una volta al sogno della casa e alle differenti interpretazioni che ne sono derivate.

Per Jung il sogno non è casuale, ma non per questo necessariamente o conseguentemente determinato, anzitutto, non dall'appagamento del desiderio. Per la comprensione del sogno, ciò che contribuisce a determinarlo non è meno importante di ciò verso cui il sogno è indirizzato.

Mentre Freud recupera il passato, Jung sviluppa una concezione dinamica che guarda a ciò che il presente stesso del sogno, pur risalendo al passato, dice per il futuro.

La prospettiva finalistica del sogno riconduce a un intreccio di molteplici funzioni che hanno a che vedere con:

- L'equilibrio: la funzione equilibratrice è indirizzata al bilanciamento psicologico. È espressione di un'attività dell'inconscio volta a recuperare e a mantenere stabilità tra contenuti psichici consci e inconsci in relazione dialettica tra loro.
- La compensazione: la funzione di compensazione è l'elemento di maggiore innovazione, un pilastro del pensiero junghiano sul sogno. Lo scopo primario della compensazione è di evidenziare, rimarcare e segnalare tutti gli atteggiamenti, pensieri e comportamenti che nella vita conscia sono stati trascurati e non hanno considerato il punto di vista inconscio. La

compensazione rappresenta una forma di “autogoverno” dell’organismo psichico ai fini di un “adattamento completo” e reciproco tra l’inconscio e la coscienza. Quando manca la “sintonia con l’inconscio” si crea una “lacuna riempita di paura anziché di comprensione” per colmare la quale lavora la funzione di compensazione come espressione del punto di vista dell’inconscio. Anche per questo il sogno non è immediatamente riconosciuto: parla in un’altra lingua, ma parla anche di ciò che manca, di ciò che è opposto, di ciò che è distaccato e che assume una forma emblematica, ad esempio, nella dissociazione tra essere e dover essere.

- L’anticipazione o funzione prospettica: sottolinea le caratteristiche di plasticità del sogno e dei contenuti onirici. È uno sguardo verso il futuro di vicende o avvenimenti attesi, ma non sempre già presenti nel campo della coscienza. La funzione prospettica, tra i molti “scenari” ugualmente probabili, indica quello che meglio si accorda al valore di equilibrio e di compensazione che gli è assegnato.

Il processo di individuazione rappresenta il fine ultimo della terapia e, più in generale, è l’espressione della dialettica tra il destino e il progetto di ogni storia individuale, attraverso un percorso che consente di “diventare sé stessi” come soggetto unico, differenziato da ogni altro, ma compiutamente in relazione. È quindi fondamentale dipanare il filo che lega sogni successivi, cogliere il senso che la sequenza di sogni lascia intendere, la traccia che da un punto all’altro segna il cammino. Una serie di sogni consente di individuare motivi ricorrenti e variazioni sul tema, così come trasposizioni di registro e ribaltamenti di piano.

### **1.5 Il sogno come composizione drammatica**

Nella concezione junghiana il sogno è narrazione drammaturgica e azione scenica. Già in Freud c’è l’idea che nella forma manifesta del sogno si esprima la dissimulazione caratteristica della teatralità sociale. Più in generale, secondo la lettura egoistica del sogno, il sognatore vedrebbe se stesso variamente mascherato nei suoi personaggi.

Secondo Jung, il sognatore opererebbe in ogni possibile ruolo previsto o richiesto dalla scena teatrale.

Nella composizione drammatica del sogno è possibile rintracciare tre aspetti o temi principali:

1. **Struttura del testo:** Secondo Jung, il copione dell’azione teatrale, “la sceneggiatura”, tende ad assumere una forma costante riconducibile a una struttura simile a quella del dramma. Analogamente a Propp nella sua *Morfologia della fiaba*, nell’articolazione delle diverse fasi, egli distingue tra:
  - Esposizione, il luogo dell’azione;
  - Sviluppo in cui la situazione si complica e subentra una certa tensione;
  - Culmine o peripezia, momento in cui accade qualcosa di decisivo oppure si verifica un cambiamento radicale;
  - Soluzione o lysis che rappresenta il risultato del lavoro onirico, la soluzione proposta dall’inconscio.Ci sono sogni, tuttavia, in cui tutto si riassume in un’immagine, una figura, una voce in una cornice vuota.
2. **Linguaggio simbolico:** il sogno parla la lingua dell’inconscio, un linguaggio simbolico, figurato, che utilizza metafore, che parla per immagini e si esprime per analogie. Non si tratta del ricorso intenzionale a un codice per non farsi capire, per dirla con Freud, ma, più semplicemente di una lingua che non si padroneggia nel campo della coscienza. L’importanza

del simbolo consiste nell'espressione di un collegamento tra linguaggi differenti per consentire una più alta comunicabilità tra la dimensione conscia e quella inconscia.

3. Materiale originario: in questo spazio aperto alla comunicabilità, emergono gli elementi di cui il sognatore stesso è portatore come testimone di un passato dell'umanità, di una eredità inconscia che rivive in ciascuno come patrimonio iscritto di un'eredità collettiva. Qui si presenta quell'ambito di riflessione di Jung che distingue tra inconscio personale e collettivo postulando la coesistenza di una psiche originaria e di una personale.

Legata a questa teorizzazione è la distinzione tra i due principali tipi di sogni:

- I sogni con contenuto personale
- I grandi sogni, che hanno un significato per la collettività nel suo complesso.

I grandi sogni parlano per materiale archetipico che compone la struttura più profonda della vita psichica e tende ad affiorare soprattutto nei periodi decisivi della vita in cui è indispensabile ricevere e accogliere un messaggio di valore universale.

I grandi sogni sono fondamentali per il percorso di ciascuno verso l'individuazione.

Nell'ambito dei grandi sogni sono particolarmente significativi i sogni archetipici infantili. Il bambino è molto vicino al mondo inconscio da cui non si è ancora distaccato e, data la continuità tra i due mondi, può portare così materiale che affiora.

## 1.6 Il sogno al centro della terapia

Il sogno è materiale nucleare di ogni analisi: se non parla il sogno, più difficilmente parla l'analisi. Il lavoro sui sogni consente di cogliere pienamente la rete di quegli elementi inconsci determinanti per il recupero della storia personale e per la sua riappropriazione da parte del soggetto.

L'analisi dei sogni rappresenta il quarto vertice del modello junghiano i cui temi principali sono:

- I fondamenti di metodo;
- Le indicazioni sul procedimento di analisi;
- La specificazione di regole e risorse.

## 1.7 Il metodo junghiano

Jung si pone su un altro piano rispetto all'analisi "di dettaglio" ossessiva e indagatoria che caratterizza la procedura freudiana. Egli ritiene, infatti, che recuperare i dettagli allontani dalla realtà anziché avvicinare al testo del sogno.

Si può cogliere l'espressione simbolica seguendo una prospettiva che, per sintesi progressiva, porti dalle immagini personali a quelle dell'inconscio collettivo, non rilevabili attraverso il metodo causale freudiano.

È possibile lavorare sul sogno solo presupponendo che la conoscenza e la comprensione delle immagini sia anzitutto del soggetto; in questa prospettiva, l'accostarsi al sogno va visto come l'avvicinare un oggetto del tutto ignoto. Il rispecchiamento è l'obiettivo, prima che non l'interpretazione, nel senso che il sogno va restituito.

Il nucleo di metodo per l'analisi dei sogni si fonda sulla distinzione tra due piani di analisi: il piano oggettuale e il piano soggettuale. A ogni passaggio nella lettura del testo onirico ci si deve domandare se il sogno deve essere interpretato al livello soggettivo o se l'immagine si riferisce al soggetto stesso.

“Il metodo può essere descritto nelle sue linee generali:

- a) Il paziente fornisce un sincero resoconto del suo passato biografico;

- b) Egli raccoglie i suoi sogni e altri prodotti dell'inconscio e li sottopone all'analisi;
- c) Il procedimento analitico cerca di individuare il contesto proprio di ogni elemento del sogno, ecc. tale scopo si ottiene riunendo le associazioni relative a ogni elemento dato. Questa parte del lavoro analitico è svolta principalmente dal paziente;
- d) Il contesto chiarisce l'incomprensibile testo del sogno, allo stesso modo in cui i testi corrotti e lacunosi divengono leggibili mediante l'aiuto di paralleli filologici;
- e) In questo modo è possibile stabilire una lettura del testo del sogno, la quale comunque non implica ancora una comprensione del significato del sogno. La determinazione del significato è una questione di pratica, vale a dire che il significato apparente va messo in relazione e a confronto con l'atteggiamento cosciente. Senza tale confronto è impossibile vedere il significato funzionale del sogno.
- f) Di regola il significato del sogno è compensatorio rispetto all'atteggiamento cosciente, vale a dire, aggiunge a quest'ultimo ciò che gli mancava.”

## 1.8 Il procedimento di analisi

Il passaggio centrale di ogni lettura del testo onirico è costituito dal processo di amplificazione. L'amplificazione è assimilabile a un'operazione filologica applicata a un manoscritto frammentario, scritto in lingua sconosciuta.

Privilegiare l'amplificazione rispetto all'associazione libera consente di aderire totalmente al contenuto manifesto del sogno e quindi al vero messaggio che vuole trasmettere e di giungere sino agli elementi di natura archetipica nel caso la struttura sia prevalentemente mitologica.

Il passaggio successivo è caratterizzato dalla selezione del materiale raccolto e da una ulteriore rielaborazione.

Infine, per valutare la “rispondenza” del processo di interpretazione nelle risposte del sognatore si verifica:

- Se questa trova riscontro nel paziente;
- Se “funziona” per il soggetto, se fornisce cioè vitalità e stimolo per la situazione contingente;
- Se viene confermata nei sogni successivi.

Per accostarsi ad un'analisi basata su dati concreti e reali, è necessario approfondire campi d'indagine quali la mitologia e le fiabe, il simbolismo, la storia delle religioni e il folklore.

La capacità di accoglimento, l'intuizione e l'intelligenza sono doti essenziali per stabilire un dialogo e favorire la crescita all'interno della relazione.

Per riconoscere e contenere le proiezioni, Il terapeuta può avvicinare i sogni unicamente dopo aver effettuato un percorso di analisi personale.

Il primo sogno portato in seduta, il “sogno iniziale” “[...] molto spesso rivela al terapeuta con chiarezza l'intero programma dell'inconscio [...]”. (C.G. Jung, L'applicabilità pratica dell'analisi del sogno) e in genere tende a esser più chiaro di quelli successivi. Verso la fine della terapia il soggetto si avvicina gradualmente a un livello collettivo e l'inconscio, che si è svuotato dei suoi contenuti, stabilisce un rapporto diretto con la coscienza; i sogni iniziano a esaurirsi e ad assumere significati sempre più archetipici.

I nostri sogni ci precedono sempre, indicando in qualche modo un possibile cammino.

Secondo Karl Jaspers: “Nel sogno [...] gli elementi che sono presenti costantemente nella vita psichica dello stato di veglia sono aboliti. Manca una vera coscienza della personalità, per cui vengono commesse azioni che sarebbero completamente estranee alla personalità vigile [...]. Manca la coscienza di relazioni naturali tra gli avvenimenti, mancano veri e coscienti atti volontari [...]. Il

concatenamento tra i processi psichici scompare [...]. Si sgretolano i collegamenti fra le figure e le tendenze volontarie. Manca la rappresentazione del passato e dell'avvenire: l'individuo che sogna vive solo nel presente. Una scena si sostituisce all'altra e spesso la precedente è del tutto dimenticata. Si vivono successivamente, a breve distanza di tempo gli uni dagli altri, o anche contemporaneamente, gli avvenimenti più contraddittori, senza meravigliarsene [...].” (K. Jaspers, 1913. “Psicopatologia generale”).

## 1.9 Le sette categorie del sogno

Macrobio (385-430 d.C.), filosofo neoplatonico e letterato romano, nella sua opera più famosa: il “Commentarii in Somnium Scipionis”, distingue i sogni in cinque categorie:

1. Il sogno somnium;
2. La visione o sogno visio;
3. L'oracolo o sogno oraculum;
4. Il sogno insomnium o incubo;
5. Il sogno phantasma.

A queste, Maurizio Gasseau ne ha aggiunte altre due costituite da:

6. Il sogno ricorrente;
7. Il sogno sociale o “grande sogno”.

Passiamole ora in rassegna:

1. Sogno Somnium o sogno Simbolico: questa categoria è costituita dai sogni simbolici, i sogni per i quali è necessario un lavoro di comprensione e di traduzione interpretativa. Si può pensare che siano come un rebus che va decodificato. I sogni simbolici ci chiedono di comprendere l'inizio, dare poca importanza all'inizio è un po' come entrare al cinema in ritardo e non capire la trama del film. Si tratta di cogliere con attenzione il luogo dove si svolgono le scene iniziali di un sogno; un castello medioevale, una festa in maschera, per esempio, costituiscono i primi indizi che saranno fonte di riflessione per l'analista.

“[il] sogno propriamente detto nasconde ciò che ci comunica sotto uno stile simbolico e velato di enigmi il cui significato incomprensibile esige il soccorso dell'interpretazione”.

Macrobio, Commento al sogno di Scipione, cit., I,3,10.

Avremo due modi di vedere il sogno: nell'analisi individuale e nella rappresentazione tipica dello psicodramma junghiano.

→ Analisi individuale: nell'analisi individuale, i primi indizi dei rebus rappresentati dai sogni simbolici, sono fonte di riflessione per l'analista. Queste informazioni saranno utilizzate nell'ambito del processo interpretativo e gli indizi saranno collegati ai dati emergenti dal resto della trama del sogno e dalla conoscenza del sognatore.

→ Rappresentazione: nello psicodramma junghiano, è importante rappresentare la prima scena di un sogno anche se essa costituisce solo una parte di un sogno lungo. Spesso la presentazione di un sogno in un gruppo o in una seduta individuale è un modo di richiedere, di esprimere una Gestalt emotiva aperta e talvolta sanguinante, in tutta la sua problematicità.

2. Sogno Visio o Visione: Macrobio inserisce questi sogni tra quelli che, nel mito greco, come figli della Notte escono dalla porta di polito corno, in quanto essi, come “visione”, mostrano come si manifesterà l'evento nella realtà.

L'interpretazione è il sogno stesso. Il sogno visio ci presenta un'immagine che descrive esattamente come si svilupperà un evento nella realtà. È una visione di un evento futuro da incontrare.

Alcuni studi hanno dimostrato, con modelli matematici, la presenza di universi spazio-temporali che coesistono. Il sogno avrebbe quella straordinaria capacità di viaggiare nel tempo, veicolando contenuti e informazioni da un universo spazio-temporale a un altro.

Sono molto rari, non tutti li hanno e sono sviluppati soprattutto da tipi intuitivi.

→ Rappresentazione: nei gruppi psicodrammatici è bene rappresentare i sogni visio, elaborandoli non solo con il pensiero interpretativo, ma con tutte e quattro le funzioni psichiche: con il sentimento, con l'intuizione e con la sensazione, aiutando il protagonista a percepire, attraverso i cinque sensi, l'immagine dell'anima incontrata nel gruppo e sentita, così, non più solo come un concetto astratto.

3. Sogno Oraculum o Oracolo: questo tipo di sogno “si manifesta quando ci appare durante il sonno un parente o un personaggio venerabile e importante, come un sacerdote o una divinità stessa, per informarci di ciò che ci accadrà o non ci accadrà e di ciò che dobbiamo fare o dobbiamo evitare”.

Per Jung questi sogni sono estremamente significativi perché ci troviamo in presenza di un intervento diretto del Sé. La voce rivela una conoscenza che affonda le radici nei fondamenti collettivi della psiche. Il Sé che parla può essere di un antenato, di un dio, o una voce misteriosa fuori campo. Ciò che la voce dice non può essere discusso perché è una verità che emerge dal profondo.

→ Rappresentazione: quando sembra ci sia una voce nel sogno che parla fuoricampo, è utile darle spazio e farla rappresentare più volte invitando il protagonista a scegliere l'io-ausiliario più consono e porla nello spazio scenico, nel luogo da cui si immagina che questa provenga e a interpretarla per primo in modo serio, autorevole e con la dizione e la postura sacrale di questa voce che proviene dalle radici del Sé.

4. Sogno Insomnium o Incubo: per Macrobio, questo tipo di sogno “ha luogo [...] quando proviamo, dormendo, le stesse opprimenti ansie di origine psichica, fisica ed esterna che ci assillano essendo svegli”.

A differenza di quanto sostenuto dall'autore, secondo il quale l'incubo non merita di essere spiegato, si tratta invece di sogni molto importanti. Sono contrassegnati dall'angoscia con tachicardia e sudorazione che spingono il sognatore a svegliarsi improvvisamente per interrompere un sogno che non ha trama finita e lascia comunque un senso di profonda inquietudine e di oppressione.

→ Analisi Individuale: nell'analisi individuale, occorre aiutare il sognatore a prendere coscienza del fatto che l'incubo è espressione della sua dimensione psichica e che è presente un rischio dovuto al suo atteggiamento cosciente o alla realtà in cui è inserito. È importante che il sognatore si soffermi sulla trama del sogno senza fuggire dall'angoscia, per dare un senso alle immagini associando ricordi e contenuti della sua vita.

→ Nello psicodramma junghiano, è necessario far rappresentare l'incubo invitando ad associare una scena della vita personale connessa al sogno, e a rappresentarla. Si può utilizzare la tecnica dell'helper invitando il protagonista a trovare una figura che avrebbe voluto vicino per aiutarlo in quella situazione. Si permette così al sognatore di riappropriarsi delle funzioni protettive e salvifiche dell'io verso sé stesso.

5. Sogno Phantasma o Rappresentazioni fantastiche all'addormentamento: questi sogni si verificano al momento dell'addormentamento. Si tratta di immagini eidetiche nelle quali si possono vedere forme che si ingrandiscono e si rimpiccioliscono come hanno spesso i bambini. Sono immagini che preparano a una dimensione onirica più profonda.

6. Sogno ricorrente: rappresenta un conflitto antecedente la prima presentazione di una serie di sogni.

È frequente soprattutto fra le persone che non hanno mai fatto un'analisi o che ne stanno appena iniziando una. Quando è compreso non si manifesta più e la psiche si apre a nuovi contenuti. Il lavoro della psicologia analitica consiste, in fondo, nel fare emergere, attraverso i sogni le Gestalt interiori che danno un senso alla vita.

→ I sogni ricorrenti presentano una notevole difficoltà interpretativa perché i contenuti onirici cronicizzati bloccando la spontaneità dei nessi associativi, impediscono di tornare al ricordo del primo sogno della serie. Prima di interpretarlo, il sogno va accompagnato con tutte le funzioni psichiche: va disegnato, rappresentato, scritto, giocato per ripristinare il collegamento con il motivo oscuro e segreto che lo ha attivato.

→ Nella rappresentazione psicodrammatica è utile chiedere al protagonista di soffermarsi su un momento della rappresentazione del sogno in cui si trova in alterato stato di coscienza, di chiudere gli occhi e di associare il primo ricordo che emerge precedente alla prima manifestazione del sogno.

7. Sogno sociale o “Grande sogno”: Jung postula l'esistenza dei “grandi sogni” che hanno un contenuto sociale. Gordon Lawrence, ideatore del modello del Social Dreaming Matrix, sostiene che è limitativo vedere il sogno secondo una chiave interpretativa unicamente personale intrapsichica. Alcuni sogni hanno contenuto sociale, percepiscono una dinamica in un campo sociale, gruppale, comunitario e concepiscono in modo immaginativo soluzioni creative delle tensioni di forze opposte la cui complessità è spesso rappresentata simbolicamente.

Nei sogni sociali il sognatore, spesso, riesce a cogliere qualcosa del piccolo gruppo o della comunità in cui è inserito e a dare importanza ai contenuti del sogno per scopi sociali.

→ Rappresentazione: il sogno fu rappresentato ripetutamente dalla protagonista con diversi cambi di ruolo e costituì una svolta per il gruppo che raccolse il messaggio del giudice Falcone. Oltre a imprimere un nuovo senso alle pratiche professionali dei singoli, la rappresentazione contribuì ad accrescere la coesione del gruppo.

Il compito del conduttore consiste nel far crescere nel gruppo le immagini e il messaggio del sogno sociale affinché sia vivo nella memoria. Il sogno dev'essere drammatizzato più volte, con sacralità, facendo sì che il protagonista depositi nella drammatizzazione tutta la carica emotiva delle proprie immagini oniriche.

### **1.10 Il sogno come strumento nell'elaborazione dei conflitti e dell'aggressività**

Il sogno è un ottimo strumento per elaborare la conflittualità tra culture: ha un'incredibile capacità di affrontare i conflitti, di lavorare e smussare le tensioni. Per questo, nei gruppi, il lavoro sul sogno costituisce anche uno strumento preventivo per affrontare la conflittualità.

Nel lavoro sui conflitti inter e transculturali, chiedere ai partecipanti di rappresentare i sogni, permette una profonda elaborazione delle divergenze dei temi alla base del conflitto.

Una delle funzioni del sogno è di sviluppare l'integrazione tra parti interne scisse o conflittuali nei conflitti di coppia, nei gruppi o tra etnie differenti.

Per Freud il sogno è “guardiano del sonno” e riduttore della tensione conflittuale.

Nei sogni c'è un dramma. Se diamo la possibilità di sviluppo e di rappresentarsi a questo dramma, assistiamo a un'integrazione di energie psichiche che evitano che l'energia distruttiva divenga realtà e aggressività sociale.

## 1.11 Definizione del sogno secondo la prospettiva freudiana

Sigmund Freud fu il primo a vedere nei sogni una modalità di accesso all' inconscio, in questo si trovano i desideri più perversi, che prendono forma e vengono soddisfatti solo nei sogni. Freud affermava che i sogni fossero solo un appagamento camuffato di un desiderio rimosso. Questa sua definizione lo portò a scontrarsi con numerosi studiosi, i quali vedevano nei sogni molto di più che semplici appagamenti.

I sogni, secondo il pensiero Freudiano, si dividono in un contenuto latente e uno manifesto. Il contenuto manifesto è il sogno in sé, mentre il contenuto latente sono le circostanze che danno luogo alla scena onirica. Infatti, l'interpretazione psicoanalitica deve percorrere a ritroso la traslazione del contenuto latente in quello manifesto.

Per decifrare i sogni bisogna seguire una tecnica indiziaria che parte da un "sospetto", cioè una situazione anomala nei confronti di ciò che appare per capire cosa si celi dietro tale apparenza. Ovvero l'inconscio ci segnala attraverso i sogni i desideri proibiti e latenti che l'analista ha il compito di far emergere.

Il sogno è altamente radicato nell'uomo, ed è lo stesso uomo a dover fornire una chiave di lettura all'analista, il quale deve riuscire ad accedere all' inconscio grazie alla decodifica dei sogni, essendo questi lontani dalla vita psichica conscia.

Un atto inconscio può essere sottoposto a un'azione censoria e venendo censurato diventa rimosso. I sogni sono collegati con la realtà circostante e utilizzando le stesse parole di Freud:

*“Tutto il materiale che costituisce il contenuto del sogno deriva in qualche modo da ciò che abbiamo vissuto e viene riprodotto, ricordato nel sogno”.* (L'interpretazione dei sogni, Sigmund Freud).

A volte il sogno è il ricordo di un evento passato ormai rimosso. Succede spesso che capita di svegliarsi e si hanno acquisito conoscenze che prima non erano note o addirittura non si riesce a distinguere se ciò che si è sognato sia accaduto realmente oppure no. L'abilità dello psicologo sta nel far riemergere appunto ricordi che si avevano rimossi. Questi ricordi rimossi appartengono per lo più alla vita infantile, nella quale la nostra psiche è colpita inconsciamente una quantità di volte in più rispetto ad esempio alla vecchiaia.

Naturalmente la vita psichica inconscia è attiva allo stesso modo da adulti. Particolare è l'esempio del lutto di una persona cara, la quale non si sogna mai subito dopo il suo decesso, ma solo dopo tempo.

Una delle caratteristiche più interessanti dei sogni è la scelta dell'oggetto del sogno stesso. Infatti, non sempre sono ricordi intrinseci di significato, ma sono indifferenti e insignificanti.

I sogni, quindi, sono impressioni fugaci che ritornano inconsciamente grazie anche all'utilizzo dell'ipnosi. Quest'ultima fu praticata per un periodo da Freud, il quale però poi decise di affidarsi al metodo delle associazioni libere, che prevedeva di rilassare il paziente e farlo abbandonare ai propri pensieri, in modo da creare delle catene associative tra le parole da lui dette.

Il sogno è stato sicuramente il materiale clinico che Freud ha avuto a disposizione dopo aver abbandonato l'uso del metodo catartico a favore dell'associazione libera. I suoi pazienti spontaneamente portavano dei sogni in analisi e Freud li prendeva come "materiale" prodotto dall'inconscio a cui dare un preciso valore all'interno dell'attività psichica del paziente. Egli però procede anche attraverso il metodo autobiografico.

Molti sogni di Freud divengono, nel testo, oggetto di analisi e fonte per mettere in logica i meccanismi del sogno e della sua interpretazione. Questi sogni autobiografici sono frutto del procedimento di autoanalisi che Freud aveva iniziato pochi anni prima, grazie al quale egli procede per controbilanciare le scoperte che gli provengono dalla clinica con i pazienti.

Esempio tra tutti il famoso “Sogno dell'iniezione a Irma” del 24 luglio 1895, che è il primo sogno che Freud analizza dettagliatamente. Questo sogno verrà poi ripreso nell'opera *"L'interpretazione dei sogni"* come chiave per interpretare il sogno in quanto realizzazione di un desiderio rimosso. Un abbozzo alla teoria del sogno lo abbiamo anche in un'opera che Freud ha scritto sempre nel 1895 che si intitola *"Progetto per una psicologia"*, in cui gli ultimi tre paragrafi del primo capitolo sono dedicati al sogno e sono un'anticipazione dei temi che Freud tratterà nella sua opera maggiore.

I concetti fondamentali che Freud lavorerà in *"L'interpretazione dei sogni"* e su cui non tornerà più indietro possono essere riassunti in tre punti:

1. Il sogno è l'appagamento di un desiderio inconscio su cui opera la censura.
2. La spinta pulsionale del sogno è rappresentata dalla sessualità infantile.
3. Il sogno è la lingua dell'inconscio e funziona attraverso le leggi che regolano e strutturano il linguaggio stesso.

A segnare uno stacco definitivo con tutta la concezione sul sogno precedente a Freud è l'idea di considerarlo non un mero processo somatico, ma una formazione psichica densa di significato. Il sogno è dunque della stessa natura delle esperienze psichiche della veglia con la differenza che, invece di parlare per immagini verbali, parla per immagini visive. Esso rappresenta i pensieri come figure, le idee astratte come immagini concrete.

### **1.12 Tecnica interpretativa dei sogni postulata da Freud**

Le regole della tecnica interpretativa da applicare al sogno sono indicate da Freud su due versanti:

1. Al sogno va applicato il metodo dell'interpretazione già elaborato per il sintomo e quindi il sogno è analizzabile a partire dalla libera associazione del sognatore stesso e non attraverso un'interpretazione simbolica ricavata dall'uso di significanti comuni. Questo significa che il sogno ha un valore individuale e che il lavoro interpretativo è del soggetto.

*«La tecnica che sto per esporre si differenzia da quella antica in un punto essenziale: essa impone il lavoro dell'interpretazione al sognatore stesso, rifiuta di prendere in considerazione, per ogni elemento onirico, quel che viene in mente all'interprete e accetta quel che viene in mente al sognatore».*

(Freud S., *L'interpretazione dei sogni*, in "Opere")

2. Il sogno non va analizzato nella sua totalità, ma su singoli elementi. Il sogno è infatti un conglomerato di formazioni psichiche che vanno scomposte e analizzate in frammenti. Si tratta di un lavoro di decifrazione dei singoli elementi.

*«Un'interpretazione en detail, non en masse - che - concepisce a priori il sogno come qualche cosa di composito, come un conglomerato di formazioni psichiche».*

(Freud S., *L'interpretazione dei sogni*, in "Opere")

Per Freud il sogno è una manifestazione di contenuti psichici rimossi che, attraverso l'interpretazione, possono essere riportati alla luce. Esso è sempre l'espressione di un desiderio rimosso:

*«Il sogno è l'appagamento (mascherato) di un desiderio (represso, rimosso)».*

(Freud S., *L'interpretazione dei sogni*, in "Opere")

Questo è il motore sottostante a ogni sogno, senza eccezioni, e Freud articola la sua dimostrazione a partire dall'analisi del *Sogno dell'iniezione a Irma* che presenta nel secondo capitolo del testo. Dai sogni dei bambini ai sogni d'angoscia, Freud dimostra come tutti i sogni, nel loro fondamento, si originano da un desiderio inconscio.

Questo desiderio nel sogno risulta spesso irriconoscibile in quanto opera su di esso una forza psichica opposta che vi esercita una *censura*, provocando necessariamente una deformazione della sua espressione.

Possiamo così definire il sogno come un messaggio, un messaggio non esplicito ma da decifrare, indice del desiderio inconscio deformato dall'opera della censura.

Il sogno manifesto è ciò che la censura interna del sognatore permette che arrivi alla coscienza.

Abbiamo dunque un "*contenuto manifesto*" del sogno e un "*contenuto latente*".

Il contenuto manifesto maschera il vero contenuto del sogno tanto che spesso rimane irriconoscibile a una analisi ingenua. Questa deformazione è messa in atto a opera della "*censura*".

Ciò che emerge dalle associazioni del sogno riguarda il contenuto onirico latente, laddove il ricordo del sogno tratta invece del contenuto manifesto:

*«Contrappongo il sogno, quale mi si presenta nel ricordo, al materiale ad esso corrispondente trovato con l'analisi, e chiamo il primo contenuto onirico manifesto, il secondo (...) contenuto onirico latente».*

(Freud S., Il sogno, in "Opere")

Freud non manca di sottolineare che in ogni modo l'essenza del sogno non sta nel suo contenuto, fosse anche quello più profondo e nascosto, ma nel processo che costituisce il sogno stesso:

*«Una volta trovavo straordinariamente difficile abituare i lettori alla distinzione fra contenuto onirico manifesto e pensieri latenti del sogno (... ora...) alcuni di loro si rendono colpevoli di un altro equivoco, al quale sono legati con non minore tenacia. Essi cercano l'essenza del sogno nel contenuto latente e trascurano perciò la differenza esistente tra pensieri latenti del sogno e lavoro onirico».*

(Freud S., L'interpretazione dei sogni, in "Opere")

È attraverso il "*lavoro onirico*", cioè quel processo di coagulazione, condensazione, intensificazione, riduzione, ripetizione, che i pensieri del sogno si trasformano in una nuova lingua:

*«Il contenuto del sogno è dato per così dire in una scrittura geroglifica, i cui segni vanno tradotti uno per uno nella lingua dei pensieri del sogno. Si cadrebbe evidentemente in errore, se si volesse leggere questi segni secondo il loro valore di immagini, anziché secondo la loro relazione simbolica».*

(Freud S., L'interpretazione dei sogni, in "Opere")

Oltre che a un geroglifico, Freud assimila il linguaggio del sogno a un rebus, dunque di nuovo a una scrittura che va interpretata e riportata al suo significato originario.

### **1.13 Il sogno raccontato**

Se il sogno è costituito da immagini, esso viene però ricordato e trasmesso dalle parole, tramite il racconto che ne viene fatto. L'analisi cioè non si interessa alle immagini visive del sogno, che sono per altro percepibili solo dal sognatore, essa prende invece in conto proprio il suo versante narrativo:

*«... L'esperienza stessa è un'esperienza che si dispiega nel campo del linguaggio. Non si dispiega nel mondo della percezione. Quel che mobilita l'esperienza analitica è la funzione della parola, non è l'esperienza della funzione della visione».*

(Miller J.-A., Silet, in "La psicoanalisi")

Per Freud è chiaro che il sogno raccontato non è del tutto omogeneo a ciò che è stato sognato. Spesso non rimangono che frammenti, alcune cose vengono dimenticate, altre trasformate, altre anche omesse.

Freud suggerisce anzi di soffermarsi proprio sulle dimenticanze, i dettagli, le cose dette *en passant*. Ciò che conta cioè non è tanto il ricordo fedele del sogno, quanto il "come" viene raccontato, quello che emerge nella parola del sognatore al momento di riportare il sogno in analisi e dalle associazioni che si legano al sogno.

Nel "dire" il sogno è già interpretato dal soggetto. L'analista, in quanto uditore, in posizione di causa per il soggetto, permette che la catena significativa si dispieghi. A questo proposito Freud ci dice che il sogno è una formazione psichica che si inserisce in un contesto transferenziale determinato e non può essere interpretato indipendentemente da tale contesto.

Il sogno è esso stesso segno del transfert. Inutile, dunque, isolare gli elementi simbolici del sogno se non si tiene conto del momento particolare dell'elaborazione del soggetto e del contesto in cui si inseriscono.

L'analista è parte integrante di questo contesto, indipendentemente che sia presente o meno nel sogno del paziente. Come scrive Jaques Lacan nel "Seminario II":

*«In un'analisi non interveniamo solo perché interpretiamo il sogno del soggetto - ammesso che lo interpretiamo - ma anche perché, essendo già come analisti nella vita del soggetto, siamo già nel suo sogno».*

La presenza dell'analista nel sogno del paziente è un utile indicatore del transfert e della funzione che l'analista ricopre in quel preciso momento della cura per il soggetto.

#### **1.14 I meccanismi operativi per la produzione di un sogno**

Il sogno si lega alle esperienze più recenti, ma non arriva a costituirsi se non abbiamo un desiderio originato dagli elementi della vita infantile:

*«Ogni sogno implica nel suo contenuto manifesto un collegamento con un fatto vissuto recente, mentre nel contenuto latente implicherebbe un collegamento con un fatto vissuto più remoto».*

(Freud S., L'interpretazione dei sogni, in "Opere")

Il sogno restituisce avvenimenti del tutto dimenticati dalla coscienza che concernono le nostre prime esperienze infantili.

Per Freud, dunque, il sogno è un «surrogato, attraverso una traslazione su materiale recente, della scena infantile»<sup>10</sup> e il desiderio rappresentato nel sogno si origina da un desiderio infantile.

I meccanismi operativi che producono il sogno così come noi lo ricordiamo sono fondamentalmente di due tipi.

Sigmund Freud li nomina con le parole "condensazione" e "spostamento" che saranno poi tradotte da Jaques Lacan - a partire dalla linguistica di Roman Jakobson - in "metafora" e "metonimia".

Il lavoro di condensazione consiste in una riduzione, una concentrazione dei pensieri che originano il sogno.

Le particolarità del lavoro di condensazione consistono in:

- Scelta degli elementi che compaiono più volte nei pensieri del sogno; creazione di nuove unità (persone collettive, formazioni miste);
- Produzione di elementi comuni

Il lavoro di spostamento comporta invece una modifica dell'intensità psichica dei singoli elementi del sogno.

Lo spostamento interviene in primo luogo per ridurre l'intensità dei desideri che premono per manifestarsi e poi trasformarli. Così elementi essenziali del sogno possono venire trattati come se fossero di poco conto e al loro posto compaiono altri elementi che invece erano di scarso valore.

Altre particolarità del sogno sono che non conosce causalità, né contraddizione, né identità e che non conosce la negazione e rappresenta le persone e i sentimenti attraverso i loro contrari.

Il sogno è dunque una sorta di "*linguaggio cifrato*" la cui decifrazione è possibile solo a partire dalle significazioni fornite dal paziente. Il sogno, per essere letto, deve essere tradotto proprio come un linguaggio sconosciuto che va letto secondo delle connessioni logiche.

Il sogno, ricorda Freud, è la via regia all'inconscio. Rintracciare le regole del funzionamento del sogno significa dunque anche comprendere la struttura dell'inconscio.

Il sogno, infatti, non coincide con l'inconscio, ma è una sua formazione, qualcosa cioè che segnala, che dà una "*traccia*" del funzionamento dell'inconscio stesso.

Come dimostra il sogno, l'inconscio è strutturato secondo le regole del linguaggio. Lacan afferma che è tutta la struttura del linguaggio che l'esperienza psicoanalitica scopre nell'inconscio.

Ciò che del linguaggio sfugge alla significazione e che rimane come punto di inconoscibile, *un resto non interpretabile*, è quello che Freud ha riportato sotto il nome di "*ombelico del sogno*", punto oscuro che "*non si lascia sbrogliare*".

«Questo è allora l'ombelico del sogno, il punto in cui esso affonda nell'ignoto.

(...) *Da un punto più fitto di questo intreccio si leva poi, come il fungo dal suo micelio, il desiderio onirico*».

(Freud S., L'interpretazione dei sogni, in "Opere")

Lacan indicherà questo *resto* con una lettera, la lettera (a). Essa appare come un elemento del linguaggio che non è però significante: è l'indice del godimento, di quel godimento che già Freud aveva situato al cuore dell'essere umano e che è da lui riassunto come *il godimento interdetto della madre*. Si tratta, per Lacan, di quel godimento che è interdetto all'essere che parla.

### 1.15 I sogni secondo Gerolamo Cardano

Partiamo analizzando l'opera principale di questo autore in cui espone la sua teoria sui sogni.

Il titolo completo dell'opera, pubblicata per la prima volta nel 1562, è *Synesiorum somniorum omnis generis insomnia explicantes libri IIII*. Il riferimento al libro di Sinesio è dovuto in parte al taglio "spirituale" dell'opera, ma più probabilmente è stato determinato da ragioni ecclesiastiche.

Si tratta di un'esposizione analitica, condotta con una logica molto serrata, quasi da ingegnere, della quale Gerolamo Cardano si vanta dicendo che si tratta della prima sistemazione esauriente dell'argomento. In seguito, l'opera assume un carattere più enciclopedico, una specie di manuale di consultazione per coloro che intendono avventurarsi nella difficile arte dell'interpretazione dei sogni.

In quest'opera possiamo ritrovare la sua personale visione sui sogni in quanto definisce quattro categorie dei sogni che andremo ora a vedere.

Questi quattro generi si distinguono in base alle loro cause che possono essere *corporee* o *incorporee*, oppure *nuove* o *già presenti nel sognatore*. Combinando tra loro queste cause otteniamo i quattro generi.

- Primo genere (*cause corporee e nuove*):

Sono i sogni di nessun valore rispetto alla previsione del futuro. Sono generati da cibi indigesti ingeriti subito prima di dormire che fanno giungere al cervello vapori spessi e turbolenti, atti a generare sogni oscuri e confusi.

- Secondo genere (*cause corporee già presenti nel sognatore*):

Questi sogni si verificano in presenza di vapori meno agitati, sono più coerenti dei primi e dipendono dagli "umori". Sono molto importanti per il medico perché rivelano possibili malattie latenti nel sognatore. I sogni provocati dagli umori si distinguono secondo l'umore che prevale sugli altri, campanello d'allarme di uno squilibrio che può trasformarsi in malattia.

- Terzo genere (*cause incorporee già presenti nel sognatore*):

Sono i sogni generati dagli stati d'animo presenti nel sognatore durante la veglia. Quindi legati ai ricordi delle affezioni che lo turbano. Questi "sogni di memoria" sono prodotti da un surriscaldamento dei vapori che permette ai ricordi di apparire più nitidamente.

- Quarto genere (*cause nuove e incorporee*):

Questi sono i sogni provocati da agenti di ordine superiore come angeli o demoni. Che entrano nella nostra mente nel sonno soprattutto per ammonirci o per rivelarci il futuro.

I sogni veritieri sono di due tipi: gli *idoli* e gli *insomnia*. Gli idoli sono sogni che non hanno bisogno di interpretazioni. Gli insomnia sono invece oscuri e vanno decifrati. È la parte del libro che più si avvicina alla psicanalisi, che però, come sappiamo, considerava questi messaggi cifrati come provenienti dal profondo e non d'alto, come pensava Gerolamo Cardano.

## Capitolo 2: Sogno e Funzionamento Borderline

### 2.1 Definizione del disturbo di personalità borderline e criteri per la diagnosi secondo il DSM5

Un modello pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e marcata impulsività, che inizia dalla prima età adulta e presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti:

1. Sforzi frenetici per evitare l'abbandono reale o immaginario. (Nota: non includere il suicidio o comportamento automutilante di cui al Criterio 5.)
2. Un modello di relazioni interpersonali instabili e intense caratterizzate dall'alternanza tra estremi di idealizzazione e svalutazione.
3. Disturbo dell'identità: immagine di sé o senso di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree potenzialmente autolesionistiche (ad es. spese, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). (Nota: non includere suicidio o automutilazione comportamento contemplato nel criterio 5.)
5. Comportamenti, gesti o minacce ricorrenti suicidari o comportamenti automutilanti.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (es. intensa disforia episodica, irritabilità o ansia che di solito dura poche ore e solo raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (ad es temperamento, rabbia costante, lotte fisiche ricorrenti).
9. Ideazione paranoica transitoria legata allo stress o sintomi dissociativi gravi.

### 2.1 Cos'è il Funzionamento Borderline di Personalità?

I pazienti con disturbo borderline di personalità hanno una intolleranza all'essere soli; fanno sforzi frenetici per evitare l'abbandono e generare crisi, come la realizzazione di gesti suicidari in una modalità che invita al salvataggio e all'assistenza da altri.

Le comorbilità sono complesse. I pazienti spesso presentano un certo numero di altri disturbi, in particolare depressione, disturbi d'ansia (per esempio, disturbi di panico) e disturbo post traumatico da stress, come anche disturbi dell'alimentazione e disturbi da abuso di sostanze.

Quando i pazienti con disturbo borderline di personalità si sentono abbandonati o trascurati, provano intensa paura o rabbia. Per esempio, possono essere terrorizzati o furiosi quando qualcuno importante per loro ha pochi minuti di ritardo o annulla un impegno. Pensano che questo abbandono significhi che essi sono cattivi. Essi temono l'abbandono in parte perché non vogliono essere soli.

Questi pazienti tendono a cambiare la loro visione degli altri bruscamente e drammaticamente. Possono idealizzare un potenziale caregiver o amante nelle prime fasi del rapporto, chiedere di spendere molto tempo insieme, e condividere tutto. Improvvisamente, possono sentire che la persona non si preoccupa abbastanza, e diventare disillusi; poi possono sminuire o arrabbiarsi con la persona. Questo passaggio dall'idealizzazione alla svalutazione riflette il modo di pensare in bianco e nero (splitting, la polarizzazione del bene e del male).

I pazienti con disturbo borderline di personalità possono entrare in empatia con e prendersi cura di una persona, ma solo se ritengono che un'altra persona sarà lì per loro in caso di necessità.

I pazienti con questo disturbo hanno difficoltà a controllare la loro rabbia e spesso diventano inadeguati e intensamente arrabbiati. Essi possono esprimere la loro rabbia con pungente sarcasmo, amarezza o sfuriate, spesso rivolta ai loro caregiver o amanti per negligenza o abbandono. Dopo lo sfogo, spesso provano vergogna e si sentono in colpa, rafforzando la loro sensazione di essere cattivi. I pazienti con disturbo borderline di personalità possono anche bruscamente e drammaticamente cambiare la loro immagine di sé, come dimostrato da improvvisi cambiamenti nei loro obiettivi,

valori, opinioni, carriere, o amici. Essi possono essere bisognosi e il momento dopo arrabbiarsi legittimamente per essere stati maltrattati. Benché spesso si vedano cattivi, a volte provano la sensazione che non esistono affatto, per esempio, quando non hanno qualcuno che si preoccupa per loro. Essi spesso provano un vuoto interiore.

I cambiamenti di umore (per esempio, intensa disforia, irritabilità, ansia) di solito durano solo poche ore e raramente durano più di un paio di giorni; essi possono riflettere l'estrema sensibilità alle sollecitazioni interpersonali nei pazienti con disturbo borderline di personalità.

I pazienti con disturbo borderline di personalità spesso sabotano sé stessi quando sono in procinto di raggiungere un obiettivo. Per esempio, possono lasciare gli studi poco prima della laurea, o possono rovinare una relazione promettente.

L'impulsività che porta all'autolesionismo è comune. Questi pazienti possono scommettere, dedicarsi a rapporti sessuali non protetti, abbuffarsi, guidare incautamente, fare abuso di sostanze, o spendere troppo. I comportamenti suicidari, i gesti e le minacce e l'automutilazione (p. es., il taglio, la combustione) sono molto comuni. Anche se molti di questi atti autodistruttivi non sono destinati a porre fine alla vita, il rischio suicidario in questi pazienti è di 40 volte superiore a quello della popolazione generale. Circa l'8-10% di questi pazienti muore per suicidio. Questi atti autodistruttivi di solito sono innescati dal rifiuto, o dal possibile abbandono, o dalla delusione di un caregiver o un amante. I pazienti possono automutilarsi per compensare il loro essere cattivi o per riaffermare la loro capacità di provare qualcosa nel corso di un episodio dissociativo o per distrarsi da emozioni dolorose.

Gli episodi dissociativi, i pensieri paranoici, e a volte i sintomi di tipo psicotico (per esempio, allucinazioni, idee di riferimento) possono essere scatenati da stress estremi, di solito la paura dell'abbandono, reale o immaginaria. Questi sintomi sono temporanei e di solito non abbastanza gravi da essere considerati un disturbo separato.

I sintomi diminuiscono nella maggior parte dei pazienti; il tasso di recidiva è basso. Tuttavia, lo stato funzionale di solito non migliora molto con i sintomi.

## **2.2 I sogni nei pazienti con diagnosi Borderline.**

Lo studio di Schadler et al. (2012) ha preso in considerazione 27 pazienti donne, la totalità delle quali soddisfaceva i criteri del DSM IV relativamente al disturbo borderline di personalità, confrontate con un controllo di 20 soggetti.

I metodi utilizzati comprendevano la registrazione polisomnografica all'interno di un laboratorio del sonno che prevedeva inoltre: la valutazione di alcuni parametri del sonno, la somministrazione di questionari sul sogno e sul sonno e l'analisi del contenuto dei sogni. Quest'ultima indagava il grado di realismo/bizzarria dei sogni stessi, la presenza di emozioni positive e negative e il numero di personaggi all'interno dei sogni. La procedura consisteva nel trascorrere 3 notti consecutive in laboratorio, prima delle quali le partecipanti compilavano i questionari su sogno e sonno.

I risultati delle indagini polisomnografiche hanno mostrato, per i soggetti borderline, una leggera diminuzione degli indici di efficacia del sonno e un notevole incremento dei risvegli e di stati di arousal. La totalità dei soggetti ha riportato sintomi quali: insonnia, problemi con la qualità del sonno, stanchezza durante il giorno, problemi con il pattern sonno/risveglio e risvegli notturni significativamente superiori rispetto al gruppo di controllo.

Dal punto di vista dell'analisi contenutistica dei sogni, le pazienti borderline di questo studio riportarono emozioni negative durante il sogno in misura significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo.

Un risultato interessante di questo studio è quello relativo all'analisi contenutistica dei sogni, dalla quale è emerso come alcune caratteristiche generali del sogno (es. lunghezza, numero di sogni, bizzarrie...) siano comparabili tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

Mark J. Blechner nel suo studio "Changes in the Dreams of Borderline Patients" (1983), offre un importante spunto di riflessione sugli elementi prima menzionati. L'autore riscontra come i sogni raccontati dai suoi pazienti appaiano poveri, semplici, veritieri e senza elementi bizzarri, e per il racconto dell'esperienza di veglia avvenga invece il contrario: tale racconto risulta più caotico, complesso e ricco di elementi bizzarri. Considerando i livelli di funzionamento nevrotico, borderline e psicotico si è portati a pensare che, avvicinandosi al versante psicotico, la stessa produzione onirica dei pazienti si "psicoticizzi" divenendo bizzarra e caotica; secondo l'autore questo assioma è errato. Ragionando in termini diagnostici è possibile ipotizzare quanto segue: se il sogno è eccessivamente simile alla prosa diretta, è probabile che la personalità possieda delle caratteristiche psicotiche.

L'autore afferma di aver riscontrato nella sua pratica clinica che i sogni dei pazienti borderline spesso rappresentano le iniziali reazioni al trattamento, e che queste risultano essere diverse da quelle esplicitamente riportate all'analista nel corso dei colloqui. Sulla base di ciò, l'analista può dunque fare tesoro della comunicazione implicita nel sogno del paziente e adattare il suo stesso approccio terapeutico in relazione ai contenuti in esso presenti.

Secondo Blechner il sogno avrebbe una vera e propria funzione costruttiva: sarebbe la manifestazione d'idee razionali o sensazioni positive la cui espressione diretta ed esplicita è repressa; man mano che la terapia avanza e si ottengono conquiste terapeutiche, la struttura dei sogni di pazienti borderline tenderebbe a modificarsi, divenendo sempre più "filo-psicotica", complessa e bizzarra. Al tempo stesso, secondo l'autore, la vita nella veglia degli stessi soggetti si impoverisce di elementi "filo-psicotici" e acquisisce regolarità e razionalità. Questa dinamica sta ad indicare una sorta di omeostasi psichica che interessa il funzionamento borderline nel corso della terapia, processo che rende possibile arrivare a bilanciare la propria vita onirica e la propria vita psichica nella direzione del benessere.

Questi elementi indicano come il sonno e l'attività onirica possano essere un'importante fonte di informazioni cliniche per comprendere la sintomatologia e il funzionamento intrapsichico di un paziente con un'organizzazione borderline.

Nel tentativo di categorizzare i modelli di sonno nelle persone con psicosi sono emersi diversi disturbi; questi includono un maggior tempo trascorso a letto, una maggiore latenza del sonno, distruzione dei livelli di solfato della melatonina, alterazioni del ritmo circadiano, e infine, un sonno più frammentato.

È probabile che i numerosi e differenti disturbi del sonno rappresentino una varietà di profili che, in base all'individuo, rendono necessario uno specifico trattamento.

Ad esempio, esistono già delle evidenze in cui si sottolinea che l'aumento dei tassi dell'insonnia e dell'apnea ostruttiva notturna sono presenti in campioni di soggetti psicotici.

Un disturbo del sonno che ha ricevuto poca attenzione in questo gruppo specifico riguarda gli incubi. Gli incubi sono caratterizzati tipicamente da un risveglio improvviso durante la fase del sonno REM (Rapid-Eyes-Movement); diversi studi epidemiologici stimano che gli incubi settimanali si verificano in un range compreso tra lo 0,9% ed il 6,8% nella popolazione generale.

Tuttavia, per le persone aventi diagnosi quali Disturbo da stress post-traumatico e Disturbo borderline di personalità, questa prevalenza aumenta tra il 49 ed il 71%.

Gli incubi sono stati associati ad un aumento della sofferenza psicologica, peggiori risultati di salute fisica, aumento del rischio di autolesionismo e suicidio.

Mentre, precedentemente, gli incubi venivano considerati come un sintomo di altri disturbi, ora invece vengono considerati come specifici, aventi una comorbidità, e come condizione trattabile.

È stato suggerito che gli incubi e i sintomi psicotici rappresentano un dominio comune con un'etiologia condivisa.

A tal proposito, esistono prove preliminari che supportano tale ipotesi; secondo diverse ricerche gli incubi frequenti nella prima infanzia aumentano il rischio di esperienze psicotiche successive durante l'adolescenza.

L'ansia e lo stress incubo-correlato prevede maggiori livelli di paranoia e psicotismo in un campione di soggetti sani, ed è stata osservata una maggiore frequenza di incubi in persone con diagnosi di Disturbo dello spettro schizofrenico.

Il presente studio ha cercato pertanto di indagare la fenomenologia degli incubi nel contesto della psicosi. Gli autori hanno suggerito quattro ipotesi:

gli incubi saranno più diffusi in soggetti psicotici che nella popolazione in generale;

la frequenza degli incubi sarà associata ad un sonno più scarso;

lo stress è correlato all'incubo, piuttosto che alla frequenza con cui si verifica;

la qualità povera del sonno sarà associata a risultati più poveri nella memoria di lavoro. Più nello specifico, si prevede che una frequenza maggiore di incubi determinerà un maggiore malfunzionamento della memoria di lavoro.

Nello studio tratto dalla rivista "Canadian Journal of Psychiatry" sono stati selezionati 40 partecipanti; si criteri di inclusione riguardavano l'aver raggiunto la maggiore età o più, aver esperito sintomi psicotici, conoscenza della lingua inglese per il completamento dei questionari, ed essere in grado di fornire un consenso informato.

I criteri di esclusione includono una diagnosi primaria di dipendenza da alcool o da sostanza, una sindrome organica come ad esempio demenza, o avere un disturbo dell'apprendimento. I partecipanti erano consapevoli che lo studio riguardava i "modelli di sonno".

Sono stati raccolti dati inerenti gli aspetti sociodemografici, diagnostici, farmacologici, nonché uso di alcool o droghe.

Tra gli strumenti, è stato utilizzato il *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* al fine di valutare la qualità del sonno durante il mese precedente la valutazione.

L'efficienza del sonno è stata calcolata attraverso l'analisi del rapporto tra il numero di ore da addormentato e il numero di ore passate a letto. I partecipanti sono stati invitati a indicare quanti incubi avevano sperimentato durante le ultime due settimane.

Qualora il partecipante avesse sperimentato almeno 1 incubo, sono stati invitati a scegliere il loro peggior incubo e valutarlo su una Scala Likert da 1 a 7 punti, per intensità, vivacità, e angoscia, segnalando inoltre quanto fosse ricorrente.

È stata utilizzata la *Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS)*, la quale misura la gravità di 11 dimensioni riguardanti le allucinazioni uditive e 6 dimensioni inerenti il delirio.

La *Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21)* è composta da tre scale inerenti le emozioni negative, che riflettono le esperienze vissute durante la settimana precedente.

La *Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS)*, è stata somministrata per la valutazione della sintomatologia del disturbo da stress post-traumatico.

Il *Time Budget Questionnaire* è stato somministrato per valutare l'utilizzo del tempo durante la settimana precedente. Si precisa che è un test progettato appositamente per le persone con sintomi psicotici. Le attività vengono valutate sulla base della complessità dell'attività e lo sforzo richiesto.

Infine, il *Digit Span*, un sub-test della *Wechsler Memory Scale*, è stato somministrato per valutare la memoria di lavoro e offrire un punteggio standardizzato per ogni partecipante.

#### - Risultati dello studio

Questo è stato il primo studio volto a indagare il verificarsi di incubi all'interno di un campione che esperisce sintomi psicotici, nonché la relazione tra incubi e sintomi.

Oltre la metà del campione con psicosi (55%) ha riportato di avere incubi settimanali, riflettenti la gravità della patologia. Questo è significativamente superiore rispetto alle stime della popolazione generale che, ricordiamo, oscillano tra lo 0,9% ed il 6,8%.

Le persone affette da psicosi esperiscono frequenti incubi che, conseguentemente, determinano un'efficienza del sonno più povera, nonché una minore qualità della vita.

Tuttavia, i livelli maggiori di incubi erano associati ad una maggiore presenza di deliri, depressione, ansia, stress e scarsa memoria di lavoro.

All'interno del gruppo clinico, la frequenza degli incubi settimanali era strettamente correlata ad altri gruppi clinici, ad esempio il Disturbo da stress post-traumatico (dal 52% al 71%) e Disturbo borderline di personalità (49%).

Questo è un aspetto importante da considerare; gli incubi sono uno dei sintomi più comunemente segnalati nel disturbo da stress post-traumatico tanto da essere riportati tra i criteri diagnostici, ma il presente studio è il primo che dimostra come gli incubi rappresentino un problema comune anche nelle persone affette da psicosi.

La scoperta che lo stress incubo-correlato è la chiave che determina il funzionamento psicologico si adatta anche a quelle indagini sui sintomi positivi della psicosi.

I risultati del Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS), hanno rivelato che il 42,5% del campione reclutato soffriva di un probabile disturbo da stress post-traumatico, in linea con i tassi elevati riscontrati in altri campioni affetti da psicosi (dal 14% al 78%).

Tuttavia, lo stress legato all'incubo non era correlato con i sintomi del Disturbo da Stress Post-traumatico in questo specifico campione; al contrario, quelli che invece mostravano maggiori sintomi da stress post-traumatico non esperivano incubi frequenti o elevata ansia e stress correlati agli stessi. Dato che gli incubi sono considerati una caratteristica del Disturbo da stress post-traumatico, questo è stato un risultato sorprendente.

È possibile che gli incubi siano un problema comune per le persone con psicosi in generale, indipendentemente dai sintomi del Disturbo da stress post-traumatico.

Il presente studio, sottolineano gli autori, ha però diversi limiti, in quanto è stata utilizzata una misurazione retrospettiva degli incubi che non è stata convalidata per le persone che soffrono di psicosi.

Lo studio avrebbe potuto inoltre beneficiare di un gruppo di controllo accoppiato. Ad esempio, un gruppo clinico di controllo con sintomi affettivi avrebbe consentito di comprendere se gli incubi sono associati puramente ai sintomi psicotici o anche altre condizioni che possono presentarsi in comorbidità come l'ansia e la depressione.

Inoltre, il presente studio è solo una piccola valutazione iniziale rispetto ad una zona inesplorata in precedenza.

Un campione più grande consentirebbe di aumentare il potere di indagine e rintracciare così promettenti associazioni tra gli incubi e i sintomi psicologici, nonché il controllo dell'impatto che i singoli farmaci, così come la loro sospensione, hanno sul sonno e sul tono emotivo dei sogni.

Gli studi futuri possono così cercare di chiarire la direzione di causalità tra lo stress incubo-correlati e la gravità dei sintomi deliranti.

L'attività del sognare è stata teorizzata come svolgente un ruolo nell'estinzione della paura e nella regolazione delle emozioni.

Questi modelli prevederebbero che gli incubi sono il risultato di un'elaborazione disturbata delle esperienze diurne attraverso il sogno abituale.

Tuttavia, un modello alternativo potrebbe suggerire che il disturbo del sonno, e quindi gli incubi, sono fondamentali e portano alla formazione e alla manutenzione di idee deliranti.

Volendo concludere, gli incubi possono rappresentare una caratteristica clinica comune per persone che soffrono di sintomi psicotici.

Inoltre, la sofferenza ed i livelli di stress associati determinano conseguenti peggioramenti nelle attività diurne.

Questi risultati supportano l'affermazione di *Krakov* secondo il quale “*gli incubi dovrebbero essere considerati come un problema distinto che può essere in comorbidità con una gamma di altre diagnosi, tra cui Disturbo borderline di personalità, insonnia primaria, disturbo da stress post-traumatico e, ora, anche con la psicosi*”.

Franco de Masi cercherà di formulare due ipotesi.

La prima è che i pazienti borderline non posseggano una funzione inconscia capace di comprendere i propri e altrui stati mentali. In altre parole, essi non possono fare uso di un apparato inconscio emotivo-ricettivo, che permette la percezione dello stato emotivo al fine di monitorare e regolare il comportamento con gli altri.

La seconda ipotesi è che i pazienti borderline rimangano per tutta la vita prigionieri degli effetti che il trauma emotivo ha prodotto sulla loro psiche. Essi sembrano guidati da una continua riparazione maniacale del danno subito e da una relazione sadomasochistica con l'oggetto, mostrando intolleranza a ogni tipo di frustrazione.

Proprio perché mancano della capacità di comprensione emotiva, il comportamento di questi pazienti è ripetitivo e impulsivo, teso ad annullare la tensione piuttosto che a comprendere le ragioni dei conflitti. Dato che i processi introiettivi sono ridotti, le loro analisi sono complesse e difficili e lo stesso analista sente che il proprio metodo trova barriere che non sono presenti in altri trattamenti.

Si parte dalla premessa che la sanità mentale dipende dalla possibilità di usare un apparato che permette di contenere, mantenere vive le nostre emozioni e dare significato alla nostra esistenza. Questo apparato funziona continuamente al di là della consapevolezza di ciascuno. Alcuni pazienti posseggono questo apparato o, per lo meno, hanno le condizioni per poterlo sviluppare, altri, per esempio i borderline, ne sembrano completamente o parzialmente sprovvisti. Secondo il punto di vista dell'autore, la funzione che permette la percezione inconscia del proprio mondo interno appartiene a un inconscio emotivo-ricettivo, lo stesso inconscio che Freud (1912) ha descritto, ma mai teorizzato in modo compiuto, nel lavoro "Consigli al medico nel trattamento analitico" e recentemente rivalorizzato da Bollas (2009) Nel recente lavoro "La domanda infinita" l'autore sviluppa questo argomento, sottolineando che nella tradizione analitica è stata trascurata la potenzialità comunicativa dell'inconscio a favore dell'inconscio rimosso. L'autore sostiene che tutte le scuole teoriche hanno ripreso da Freud la teoria della rimozione e hanno lasciato cadere la sua teoria della ricezione. Di conseguenza la rimozione, lasciata sola a rappresentare l'inconscio nella storia della psicoanalisi, ha messo in ombra la percezione inconscia, l'organizzazione inconscia e la comunicazione inconscia.

Molte ricerche contemporanee hanno messo in evidenza l'importanza, ai fini della strutturazione del sé, delle interrelazioni precoci tra madre e bambino che avvengono nei primissimi mesi di vita e che si situano a un livello presimbolico. Tra i numerosi contributi del panorama contemporaneo viene citato solo il lavoro di Beebe, Lachman, Jaffe (1997). Questi autori cercano di fare luce sulle strutture interattive precoci che nascono dai modi con cui madre e bambino comunicano emotivamente nel corso del primo anno di vita prima che si sia sviluppato l'uso della parola. Tali esperienze diadiche costituiranno più tardi le strutture organizzative inconscie che sono alla base della personalità. Gli autori si riferiscono a un inconscio "preriflessivo" piuttosto che a quello dinamico. Essi ritengono che le rappresentazioni che il neonato organizza diventeranno simboliche primariamente attraverso il sistema di rappresentazione non verbale, e che non sempre saranno tradotte nel sistema di rappresentazione verbale. Sembra evidente che il sistema inconscio non è dato dall'inizio, ma si sviluppa se preesistono le condizioni emotive per la sua fondazione e la sua crescita. La mancanza di tali condizioni provoca danni irreversibili al buon funzionamento psichico dell'individuo. La mia ipotesi è che alla base delle psicopatologie borderline esista un mancato sviluppo, con conseguenti deterioramenti, delle funzioni inconscie, in particolare di quelle che sono alla base della consapevolezza emotiva. Se la nevrosi è il risultato di un funzionamento non armonico dell'inconscio dinamico, le strutture borderline traggono alimento da un'alterazione dell'inconscio emotivo-ricettivo, cioè dell'apparato mentale capace di simbolizzare gli affetti e di utilizzare la funzione del pensiero emotivo. Se paragonassimo l'inconscio emotivo a un linguaggio, potremmo dire che nella nevrosi è preservato il linguaggio che ci permette di leggere il contenuto; si tratta di articolarlo meglio in modo che sia comprensibile. Nel caso della patologia borderline ci troviamo di fronte a una civiltà la cui evoluzione verso il linguaggio, ossia verso la possibilità di strutturare e comprendere la propria storia,

non ha potuto formarsi. Non si ha, allora, a disposizione un linguaggio che possiamo comprendere, perché manca la capacità di narrare e comunicare. Queste riflessioni sono in linea con quanto più volte sottolineato da Fonagy (1996), ossia che i pazienti con disturbi gravi della personalità inibiscono una fase dello sviluppo normale dei processi mentali – la funzione riflessiva – impedendosi in tal modo di comprendere le qualità simboliche del comportamento altrui. L'acquisizione della capacità riflessiva fa parte di una linea di sviluppo che parte dalla risonanza affettiva dei primi mesi di vita (Stern, 1985), passa attraverso la risposta all'umore dell'altro nei bambini di otto mesi fino alla comprensione delle intenzioni altrui, mostrata nel gioco di cooperazione dai bambini di quattordici mesi. La funzione riflessiva, dunque, non è innata ma si acquisisce nel corso dello sviluppo.

- Il trauma precoce

Come detto precedentemente, gli studi sull'infanzia di questi pazienti hanno messo in luce numerose evidenze di traumi emotivi o di abbandoni precoci (Adler, 1988).

Tutte le manifestazioni della sintomatologia dei pazienti borderline (il fatto che oscillano continuamente nelle loro relazioni e anche nel transfert tra momenti di estrema dipendenza e altri di fuga) fanno pensare che, durante la loro infanzia e adolescenza, i processi che permettono lo sviluppo della simbolizzazione e del contenimento degli stati emotivi non siano mai avvenuti (Garland, 2007). In particolare, i genitori appaiono alternanti e mutevoli di modo che sono percepiti come confondenti e inaffidabili. Anche se si registrano casi di precoce abbandono o di abuso sessuale, l'elemento costante è rappresentato dalla mancanza di contatto emotivo che ha accompagnato tutto il periodo della crescita di questi bambini. Le difficili esperienze infantili favoriscono la costruzione di strutture patologiche e, in particolare, compromettono lo sviluppo di quella funzione che presiede alla comunicazione inconscia intrapsichica. Per questo motivo si potrebbe parlare del paziente borderline come un soggetto senza inconscio, ossia con un inconscio ricettivo-emotivo distorto o carente.

- La clinica

Nella clinica dei pazienti borderline vengono a mancare le condizioni che ritroviamo nei pazienti nevrotici: il transfert come espressione di un conflitto o di un desiderio infantile, la capacità di sognare, ossia di immettere in una sequenza narrativa le esperienze emotive, la costanza dell'attaccamento all'oggetto. Questi pazienti manifestano un'ipersensibilità personale, una confusione rispetto al proprio senso di identità, risposte emotive contrastanti e una difficoltà a mostrare un comportamento coerente e organizzato. Sono davvero difficili da raggiungere: alcuni di loro non riescono neppure a rispettare il setting temporale, arrivano regolarmente in ritardo alle sedute, non riescono a organizzare il loro tempo e hanno notevoli difficoltà a ricordare quanto avviene nel corso della terapia. L'elevata instabilità e imprevedibilità sembra essere una caratteristica centrale: le terapie hanno andamenti turbolenti, segnati da continui atti impulsivi, tendenze a gesti autolesivi e suicidari, da momenti di intensa dipendenza alternati ad allontanamenti e interruzioni. I pazienti sono dominati da violente emozioni, ma non sono in grado di descriverle, comprenderle e non possono elaborarle.

- Il vincolo sado-masochista

Se è vero che la sofferenza di questi pazienti si è creata sulla base di una precoce ferita narcisistica, è anche verosimile che tutta l'organizzazione borderline risulta orientata a un a rivincita vendicativa dei torti subiti, passati e presenti. Per questo motivo i borderline mantengono un legame molto tenace con gli oggetti primari traumatizzanti da cui non riescono a separarsi. Sembra che essi non possano mai arrivare a un vero lutto, cioè perdonare i torti subiti e accettare che non potranno più riavere quanto è stato perduto.

## - La violenza

Accenniamo ora agli episodi di violenza contro sé stessi che sono così frequenti nei pazienti borderline. Una caratteristica frequente e drammatica della terapia dei pazienti borderline è rappresentata da improvvise crisi di violenza che si esprimono contro le persone con cui entrano in rapporto ma più spesso contro sé stessi. A volte i pazienti dicono che lo stato di sofferenza derivante dalla percezione di non esistere è talmente insopportabile che l'atto del tagliarsi, il vedere fuoriuscire il sangue (e il dolore conseguente) hanno l'effetto di riportarli in vita. Nell'esperienza clinica di molti terapeuti si è visto che gli atti auto-aggressivi, portati avanti con una determinazione sconcertante, seguono spesso episodi di frustrazione emotiva anche quando l'attacco è diretto contro l'oggetto in modo vendicativo e in prima istanza il corpo stesso del paziente che diventa il bersaglio della violenza quando la tensione raggiunge un'acme insopportabile. Nel corso della terapia è difficile ricostruire con i pazienti la psicodinamica dell'atto auto-lesivo. Essi dicono spesso di non avercela fatta, di avere avuto il bisogno di scaricare una tensione altrimenti insopportabile e che l'impulso era troppo forte per essere trattenuto. Questi pazienti sono caduti in un intollerabile stato di depersonalizzazione, in cui avvertono drammaticamente di non esistere e da cui sentono di dover assolutamente uscire.

## - La depersonalizzazione

Spesso il taglio è un'estrema risorsa per uscire da uno stato mentale di perdita della percezione del sé. A volte i pazienti dicono che lo stato di sofferenza derivante dalla angosciosa sensazione di non esistere è talmente insopportabile che l'atto del tagliarsi, il vedere fuoriuscire il sangue (e il dolore conseguente) hanno l'effetto di riportarli in vita. I pazienti non sanno spiegare il motivo di queste azioni, dicono che è stato più forte di loro, che dovevano farlo e che una volta cominciato non è stato possibile arrestare il processo. Spesso queste violenze seguono esperienze frustranti ma non sono in relazione diretta con il trauma come potrebbe essere quando una componente sadomasochistica spinge il paziente a infierire sul proprio corpo per punire il supposto aggressore. Lo scopo di questa crudeltà è diverso.

La terapia psicoanalitica fa riferimento a quell'insieme di operazioni mentali (costruite nel tempo e regolate da legami affettivi originari) che organizzano i nostri processi del conoscere e ci mettono in relazione con il mondo. Essa si avvale di una funzione naturale della psiche, quella che utilizza le funzioni emotivo-intuitive collegate alla capacità di auto-osservazione dei propri processi mentali e emotivi. Uno dei contributi più rilevanti della psicoanalisi contemporanea è stato quello di mostrare che il pensiero intuitivo-emotivo si sviluppa solo se il bambino è in relazione con un oggetto primario empatico. Mi riferisco alla ricettività e alla restituzione da parte della figura materna delle prime proiezioni comunicative del bambino. Il processo psicoanalitico può essere definito come un metodo di sviluppo delle capacità intuitive emotive. Questo tipo di lavoro si avvale di legami e operazioni inconsapevoli. L'analista usa in modo appropriato la propria immaginazione intuitiva per comprendere le emozioni, i desideri e la visione del mondo del paziente. Questa continua esplorazione intuitiva e la sua restituzione all'analizzando costituisce il setting, un ambito sperimentale idoneo allo sviluppo delle facoltà potenziali di insight del paziente. Sono le precarie funzioni ricettive dei pazienti borderline che rendono il loro trattamento particolarmente difficile.

Gli elementi che fondano la patologia borderline nascono dal fatto che le esperienze traumatiche sono precoci ed avvengono nel periodo in cui si formano gli apparati idonei allo sviluppo delle funzioni inconsce ricettivo-emotive.

Tra le principali caratteristiche cliniche della sindrome borderline si ricordano:

- 1) La costante presenza di traumi nell'infanzia e nell'adolescenza;
- 2) L'uso risarcitorio e vittimistico del trauma;
- 3) La rabbia come stato mentale eccitante;

- 4) L'incapacità di tollerare un normale grado di frustrazione;
- 5) L'impossibilità di accedere alla posizione depressiva;
- 6) Movimenti transferali burrascosi;
- 7) Spinta a fare agire l'analista;
- 8) Presenza di un Super-io sadico;
- 9) L'incapacità di identificarsi con l'altro;
- 10) Vivere prevalentemente in un mondo di fantasia.

I pazienti borderline mantengono per tutta la vita la percezione di essere stati danneggiati e non riescono mai a venire a capo della loro sofferenza perché non sono in grado di accettare un trauma che ha inciso sulle loro potenzialità vitali. Questi pazienti non arrivano alla posizione depressiva e cercano per tutta la vita ricompense e trionfi per le umiliazioni subite. Agli insuccessi seguono di solito cadute depressive in cui un Super-io primitivo e implacabile li espone a violenze contro sé stessi, perpetuando un vincolo di risentimento e di odio mai sopito contro l'oggetto originario. Per questo motivo essi si sentono costantemente minacciati da un senso di doloroso svuotamento e dalla mancanza di speranza. Tenere i legami o mantenere una stabile identità sembra impossibile o pericoloso: essi oscillano tra un bisogno estremo di dipendenza e la paura di sentirsi ingabbiati o reclusi. Questo elemento clinico, cioè la tendenza a mantenere un legame di tipo sadomasochistico con gli oggetti frustranti, mi sembra molto presente nella patologia borderline e compare spesso nell'analisi di questi pazienti. Questi pazienti non arrivano alla posizione depressiva e cercano per tutta la vita ricompense e trionfi per le umiliazioni subite. Agli insuccessi seguono di solito cadute depressive in cui un Super-io primitivo e implacabile li espone a violenze contro sé stessi, perpetuando un vincolo di risentimento e di odio mai sopito contro l'oggetto originario. L'attenzione dell'analista nella relazione con il paziente borderline deve essere tesa a evitare di entrare nel circolo vizioso sado-masochista sapendo graduare i suoi interventi e sintonizzandoli sulla capacità ricettiva e di comprensione del paziente, momento per momento. L'analista che prende in carico un paziente borderline deve sapere di quali vicende emotivamente drammatiche e indomabili sarà testimone relegato per molto tempo in una posizione di relativa impotenza. Il suo ruolo non sarà tuttavia simile a quello del coro greco che commenta dolorosamente il destino tragico dell'eroe. Egli esercita la funzione mancante al paziente di intuire, comprendere, e modificare i propri stati mentali, essere cioè un vero contenitore di una mente esplosiva. Per questo motivo, le risposte dell'analista che descrivono al paziente il suo stato mentale, di cui egli è inconsapevole, le ragioni per cui egli non padroneggia le sue stesse emozioni, l'aiutano a individuare una via per affrontare la vita e a sviluppare quelle competenze di cui egli è originariamente carente. L'intenzione descrittiva dell'intervento analitico è molto utile per questi pazienti che mancano della capacità di comprendere i propri stati mentali e le proprie relazioni emotive, come altrettanto utili sono tutte le comunicazioni che chiariscono i percorsi mentali che l'analista compie per formulare i propri pensieri.

## Capitolo 3: Sogno e Nevrosi

### 3.1 Cosa sono le nevrosi?

Un disturbo mentale in cui il disordine principale è un sintomo o un gruppo di sintomi che angustiano il soggetto e che vengono riconosciuti dal soggetto stesso come inaccettabili ed estranei (ego-distonici); il giudizio di realtà è nel complesso intatto.

Il disturbo, se non trattato, è relativamente persistente o ricorrente e non è limitato a una reazione transitoria nei confronti di eventi stressanti. Non sono dimostrabili fattori o eziologie organiche.

Il termine nevrosi comprende un ampio gruppo di disturbi con vari segni e sintomi. Pertanto, ha perso qualsiasi specificità, tranne che per indicare che il giudizio di realtà della persona e l'organizzazione della personalità sono intatti.

Tuttavia, una nevrosi può essere sufficiente, e di solito lo è, ad alterare il funzionamento di una persona in numerose aree. Molti autori ritengono che il termine sia utile nella psichiatria contemporanea e dovrebbe essere mantenuto.

Alla base delle nevrosi, vi sono motivi variabili e molteplici, tutti riconducibili all'esistenza di conflitti intrapsichici tra desideri ed impulsi (per lo più inconsci) esistenti nella persona o presenti tra questa e il suo ambiente. Nel momento in cui questi pensieri inaccettabili e repressi minacciano di entrare nella coscienza, la mente umana si difende generando l'ansia, attraverso l'utilizzo di processi come la repressione, la negazione o la formazione reattiva. Spesso, i sintomi si presentano quando un meccanismo di difesa precedentemente utilizzato, smette di essere efficace per vari motivi. In ogni caso, la nevrosi non dipende da cause organiche e il giudizio di realtà del soggetto e l'organizzazione della personalità si mantengono intatti. Di solito, il disturbo si manifesta con senso di inadeguatezza, preoccupazione eccessiva, insoddisfazione e disturbi del comportamento. Durante un episodio di nevrosi, il paziente non è più in grado di controllare i propri sentimenti, ma è dominato da questi. Ciò provoca una sofferenza significativa e un forte disagio nel soggetto. La diagnosi si basa sull'anamnesi, sull'esame obiettivo e sul colloquio con il paziente, per valutare le condizioni cliniche e lo stato mentale. Il trattamento comprende generalmente la psicoterapia, la terapia farmacologica o entrambe.

### 3.2 Classificazione

Il termine non è più generalmente utilizzato da psicologi e psichiatri per indicare una categoria diagnostica, e non rientra nei sistemi di classificazione delle malattie psichiatriche (inoltre, è stato rimosso dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Al suo posto, si è preferita l'espressione di "disturbo" (es. disturbo d'ansia, disturbo dissociativo ecc.), indirizzandosi verso i sintomi prevalenti che si esprimono nel soggetto nevrotico. In tal modo, i quadri morbosi che erano inclusi nella categoria delle "nevrosi" sono stati così suddivisi in:

- Disturbi d'ansia;
- Disturbi somatoformi;
- Disturbi dissociativi;
- Disturbi fobici;
- Disturbo ossessivo-compulsivo;
- Disturbi distimici.

Il termine "nevrosi" comprende, dunque, un ampio gruppo di disturbi psicologici; il nucleo psicopatologico comune è costituito dall'ansia, ma non esiste un unico corrispettivo sul piano clinico: il significato e l'area di delimitazione della problematica hanno quindi perso qualsiasi specificità. Le

condizioni considerate in precedenza come “nevrotiche” sono oggi definite “reazione da stress acuta” e “disturbo dell'adattamento” e sono state sostituite da una serie di altri quadri clinici. Tuttavia, una nevrosi può essere sufficiente ad alterare il funzionamento di una persona in numerose aree ed il termine potrebbe essere ancora utilizzato per descrivere la centralità delle dinamiche conflittuali che attivano sintomi ansiosi e comportamenti associati. Per questo, alcuni professionisti ritengono che questo concetto sia ancora utile nella psichiatria contemporanea e dovrebbe essere mantenuto per descrivere la gamma di malattie mentali al di fuori dei disturbi psicotici (come la schizofrenia o il disturbo delirante).

### 3.3 Sintomi

I sintomi della nevrosi sono l'espressione simbolica di conflitti e rappresentano un compromesso fra desideri e meccanismi di difesa. La manifestazione più frequente è l'ansia, ma comunemente si riscontrano anche sentimenti di inadeguatezza, disturbi del comportamento e depressione reattiva (ossia in risposta a un evento giudicato offensivo).

Lo squilibrio emotivo può portare a uno stato di continua apprensione, per cui le persone che ne sono affette appaiono tese, irritabili, tendono a soffrire d'insonnia e reagiscono alle situazioni conflittuali in modo eccessivo. Altre manifestazioni sempre presenti sono l'iperemotività, il sentimento costante d'insoddisfazione e l'avvilimento, vissuto come inevitabile. Nel paziente nevrotico si possono osservare anche fobie (paura eccessiva di parlare in pubblico, degli spazi aperti, degli insetti ecc.) o comportamenti ossessivo-compulsivi (es. continuare a lavarsi le mani).

Anche le funzioni neurovegetative sono profondamente coinvolte; possono così verificarsi disturbi del sonno, dell'appetito e delle funzioni viscerali. In alcuni casi, le nevrosi inducono manifestazioni psicosomatiche varie, tra cui astenia, accelerazione del polso, palpitazioni cardiache, sudorazione eccessiva, tremito, vertigini, emicrania, talvolta anche con nausea, vomito o diarrea.

Anche se l'esame di realtà appare solidamente integro e la sintomatologia è tendenzialmente esperita in modo egodistontico, all'interno dello spettro nevrotico sono comunque presenti numerose manifestazioni psicopatologiche e in letteratura sono presenti numerosi studi che analizzano l'associazione tra produzione onirica e disturbi psicopatologici, in particolar modo rispetto a due condizioni: il Disturbo Ossessivo Compulsivo e il Disturbo Post Traumatico da Stress.

### 3.4 Definizione del Disturbo Ossessivo Compulsivo di personalità e criteri per la diagnosi secondo il DSM5

Con il disturbo ossessivo compulsivo vi sono disturbi correlati che includono il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbo da dismorfismo corporeo, disturbo da accumulo, tricotillomania (tirarsi i capelli disturbo da escoriazione (picking della pelle), disturbo ossessivo indotto da sostanze/farmaci disturbo compulsivo e correlato, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo correlato dovuto a un'altra condizione medica e ad altro disturbo ossessivo-compulsivo specificato e correlato e disturbo ossessivo-compulsivo non specificato e correlato (ad esempio, ripetitivo focalizzato sul corpo disturbo del comportamento, gelosia ossessiva).

Il DOC è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che vengono vissuti come invadenti e indesiderate, mentre le compulsioni sono comportamenti ripetitivi o atti mentali che un individuo si sente spinto a esibirsi in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. Sono caratterizzati anche altri disturbi ossessivo-compulsivi e correlati da preoccupazioni e da comportamenti ripetitivi o atti mentali in risposta a preoccupazioni. Sono caratterizzati principalmente altri disturbi ossessivo-compulsivi e correlati da comportamenti ripetitivi ricorrenti

incentrati sul corpo (ad es. strapparsi i capelli, strapparsi la pelle) e tentativi ripetuti di diminuire o fermare i comportamenti.

### 3.5 Sogno e Disturbo Ossessivo Compulsivo

Lo studio di Sauter et al. (2001) rileva come il sogno giochi un ruolo fondamentale nell'immagazzinamento mnemonico di eventi avvenuti durante il giorno. Da questo risultato si può ipotizzare, a rigor di logica, che i sogni dei soggetti ossessivi presentino un'evidenza di rituali compulsivi o ossessioni accaduti durante il giorno, così come avviene per i pazienti con diagnosi di depressione e per i pazienti con diagnosi di panico, compatibilmente con le tematiche per essi rilevanti (Mellman et al., 2001; Mellen et al., 1993; Schredl, 2009).

Per verificare questa ipotesi, sono stati coinvolti 10 pazienti con DOC (Gruppo A) comparati con 11 soggetti di controllo (Gruppo B). La procedura consisteva nel raccogliere ogni giorno i report dei sogni, non più di cinque minuti dopo il risveglio spontaneo, per sette notti consecutive. Le narrazioni oniriche erano poi trascritte così come riportate e valutate secondo la classificazione di Orinsky (Jouvet, 1992): con un punteggio da 0 a 7, sulla base del loro grado di elaborazione e complessità. I sogni erano poi sottoposti all'analisi di due giudici indipendenti, specializzati in DOC, i quali dovevano riconoscere eventuali temi di ossessione o comportamento o una ricorrenza di disagio o sofferenza.

In tutto, sono stati raccolti 55 sogni nel gruppo A (DOC) e 56 nel gruppo di B (controllo). Le iniziali analisi statistiche hanno rilevato come i sogni dei soggetti ossessivo-compulsivi non fossero più elaborati rispetto a quelli del gruppo di controllo. La presenza di temi ossessivi o rituali è stata rilevata nel 30% dei sogni dei pazienti DOC e nel 36% del gruppo di controllo, senza alcuna significativa differenza tra i due gruppi riguardo alla ricorrenza di sogni ossessivo-compulsivi, né riguardo al disagio esperito o all'emotività negativa. Il 40% di tutti i soggetti aveva avuto almeno un sogno ansioso e i sogni considerati erano equamente distribuiti nei due gruppi, mostrando quindi l'assenza di differenze riguardo all'espressione dell'ansia.

Questi dati mostrano come le diverse manifestazioni indagate fossero presenti nei due gruppi indipendentemente dai sintomi ossessivo-compulsivi; ciò indicherebbe una distanza tra il sogno e l'attività mentale durante la veglia, in contrasto con l'ipotesi di continuità. Tale risultato potrebbe essere dovuto al fatto che le ossessioni e i rituali sono fenomeni comuni a tutti i soggetti, per quanto accentuati in chi è affetto da DOC. Nonostante alcune limitazioni metodologiche e statistiche, ad esempio i campioni esigui, questo studio sembra dimostrare come l'attività onirica sia un complesso processo cognitivo indipendente dalla patologia DOC.

Nello studio di Kuelz et al. (2009) sono stati coinvolti 15 soggetti con DOC trattati con terapia cognitivo comportamentale, 15 soggetti con DOC non trattati e 15 soggetti non clinici. La valutazione di questi soggetti consisteva in due differenti momenti di registrazione, ognuno dei quali di 5 giorni consecutivi: i soggetti riportavano i loro sogni non più tardi di 5 minuti dopo il risveglio e successivamente compilavano un questionario sugli avvenimenti onirici. I protocolli onirici erano poi valutati seguendo una procedura di analisi contenutistica, che si concentrava sulla frequenza e specificità di determinate caratteristiche:

- 1) Lunghezza del sogno,
- 2) Elaboratezza/Complessità,
- 3) Caratteristiche affettive,
- 4) Contenuti compulsivi.

I risultati hanno evidenziato che i soggetti con DOC presentano meno emozioni positive nei loro sogni, i sogni tendono ad essere più brevi, meno complessi e meno emotivi rispetto a quelli del gruppo di controllo. L'alta frequenza di contenuti compulsivi in questi pazienti all'inizio del loro trattamento può essere interpretata nella direzione dell'ipotesi di continuità. In generale, i pazienti DOC non trattati con psicoterapia potevano recuperare più facilmente i propri sogni rispetto a quelli trattati e al gruppo di controllo: questo dato è di particolare interesse, nella misura in cui va nella direzione opposta rispetto allo studio di Sauterad et al. (2001).

Contrariamente alle ipotesi iniziali, il trattamento di esposizione non aveva comportato un aumento della frequenza, intensità, lunghezza o intensità emotiva dei sogni.

Questo articolo ha il pregio di aver considerato anche i potenziali cambiamenti onirici dovuti ad una terapia.

In conclusione, l'unica differenza significativa emersa tra la condizione pre e post trattamento di questi soggetti è relativa alla diminuzione delle emozioni negative durante i sogni.

In contrasto rispetto a quanto rilevato da Sauterad (2001), Kuelz et al. (2010) hanno riscontrato significative differenze strutturali, contenutistiche e nel ricordo dei sogni di soggetti affetti da DOC rispetto al gruppo di controllo.

Da questa discordanza tra i due studi emerge la necessità di ulteriori approfondimenti e analisi statistiche accurate.

### **3.6 Definizione del Disturbo Post Traumatico da Stress e criteri per la diagnosi secondo il DSM5**

A. Esposizione a morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenze sessuali in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Vivere direttamente gli eventi traumatici.
2. Testimoniare, di persona, l'evento o gli eventi così come sono accaduti ad altri.
3. Apprendere che l'evento o gli eventi traumatici si sono verificati a un familiare stretto o vicino amico. In caso di morte effettiva o minacciata di un familiare o di un amico, gli eventi devono essere stati violenti o accidentali.
4. Sperimentare l'esposizione ripetuta o estrema a dettagli avversivi del traumatico evento/i (ad esempio, i primi soccorritori raccolgono resti umani: agenti di polizia ripetutamente esposto a dettagli di abusi sui minori).

Nota: il criterio A4 non si applica all'esposizione tramite media elettronici, televisione, filmati o immagini, a meno che questa esposizione non sia correlata al lavoro.

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi di intrusione associati all'evento(i) traumatico(i), che inizia dopo che l'evento(i) traumatico(i) si è verificato:

1. Ricordi angoscianti ricorrenti, involontari e intrusivi degli eventi traumatici.

Nota: nei bambini di età superiore ai 6 anni, possono verificarsi giochi ripetitivi in cui temi o vengono espressi gli aspetti dell'evento o degli eventi traumatici.

2. Sogni angoscianti ricorrenti in cui si trovano il contenuto e/o l'affetto del sogno in relazione all'evento o agli eventi traumatici.

Nota: nei bambini possono esserci sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile.

3. Reazioni dissociative (es. flashback) in cui l'individuo si sente o si comporta come se gli eventi traumatici erano ricorrenti. (Tali reazioni possono verificarsi su un continuum, con l'espressione più estrema che è una completa perdita di consapevolezza del presente dintorno.)

Nota: nei bambini, durante il gioco può verificarsi una rievocazione specifica del trauma.

4. Distress psicologico intenso o prolungato all'esposizione a stimoli interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a un aspetto dell'evento o degli eventi traumatici.

5. Reazioni fisiologiche marcate a segnali interni o esterni che simbolizzano o assomigliano un aspetto degli eventi traumatici.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento o agli eventi traumatici, a partire da dopo l'evento o gli eventi traumatici si sono verificati, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti:

1. Evitamento o sforzi per evitare ricordi, pensieri o sentimenti angoscianti o strettamente associati all'evento o agli eventi traumatici.

2. Evitamento o sforzi per evitare promemoria esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi, pensieri o sentimenti angoscianti circa o strettamente associati all'evento o agli eventi traumatici.

D. Alterazioni negative delle cognizioni e dell'umore associate agli eventi traumatici, inizio o peggioramento dopo che si sono verificati gli eventi traumatici, come evidenziato da due (o più) dei seguenti:

1. Incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento(i) traumatico(i) (tipicamente dovuto a dissociativa amnesia e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).

2. Credenze o aspettative negative persistenti ed esagerate su se stessi, gli altri, o il mondo (ad es. "Io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è completamente pericoloso," "Il mio intero sistema nervoso è permanentemente rovinato").

3. Cognizioni persistenti e distorte sulla causa o le conseguenze del traumatico evento che portano l'individuo a incolpare se stesso o gli altri.

4. Stato emotivo negativo persistente (ad es. paura, orrore, rabbia, senso di colpa o vergogna).

5. Interesse o partecipazione ad attività significative notevolmente diminuite.

6. Sentimenti di distacco o estraniamento dagli altri.

7. Incapacità persistente di provare emozioni positive (es. incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).

E. Alterazioni marcate dell'eccitazione e della reattività associate all'evento(i) traumatico(i), inizio o peggioramento dopo che si sono verificati gli eventi traumatici, come evidenziato da due (o più) dei seguenti:

1. Comportamento irritabile e scoppi di rabbia (con poca o nessuna provocazione) tipicamente espressi come aggressione verbale o fisica verso persone o oggetti.

2. Comportamento sconsiderato o autodistruttivo.

3. Ipervigilanza.

4. Risposta di sussulto esagerata.

5. Problemi di concentrazione.

6. Disturbi del sonno (ad es. difficoltà ad addormentarsi o a rimanere addormentati o sonno agitato).

F. La durata del disturbo (Criteri B, C, D ed E) è superiore a 1 mese.

G. Il disturbo provoca disagio clinicamente significativo o menomazione in ambito sociale, lavorativo, o altre importanti aree di funzionamento.

H. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. farmaci, alcol) o un'altra condizione medica.

Specificare se:

Con sintomi dissociativi: i sintomi dell'individuo soddisfano i criteri per il post-traumatico disturbo da stress, e inoltre, in risposta allo stressor, le esperienze individuali sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei seguenti:

1. Depersonalizzazione: persistente o ricorrente e esperienze di sentirsi distaccati da, e come se si fosse un osservatore esterno dei propri processi mentali o del proprio corpo (es. sentirsi come in un sogno; provare un senso di irrealtà di sé o del corpo o del tempo che si muove lentamente).
2. Derealizzazione: esperienze persistenti o ricorrenti di irrealtà dell'ambiente circostante (ad esempio, il mondo intorno all'individuo è vissuto come irrealistico, onirico, distante, o distorto).  
Nota: per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (es. blackout, comportamento durante l'intossicazione da alcol) o un'altra condizione medica (ad es. Convulsioni parziali complesse).  
Specificare se:  
Con espressione ritardata: se i criteri diagnostici completi non sono soddisfatti fino ad almeno 6 mesi dopo l'evento (sebbene l'esordio e l'espressione di alcuni sintomi possano essere immediati).

### 3.7 Sogno e Disturbo Post Traumatico da Stress

Quello di Kramer (1984), è uno studio condotto sui reduci di guerra, dal quale è emerso che circa il 50% dei sogni del gruppo sperimentale (costituito da veterani del Vietnam) conteneva riferimenti militari.

Un altro studio condotto da Van Der Kolk et al. (1984) ha rilevato lo stesso quadro clinico e secondo Hartmann (1998) i sogni centrati sui traumi potrebbero servire a contestualizzare le emozioni del sognatore in modo adattivo.

Una ricerca più recente redatta da Esposito et al. (1999), si prefigurava l'obiettivo di operationalizzare il costrutto dei sogni legati al DPTS nel contesto del trauma da combattimento. Sono stati quindi coinvolti 18 veterani di guerra del Vietnam affetti da DPTS, tra i quali 4 pazienti di una clinica adibita al trattamento di DPTS e 14 soggetti partecipanti ad un programma di riabilitazione.

Gli autori hanno sviluppato una Scala di valutazione del sogno (DRS, Dream Rating Scale), includendo alcuni dei parametri utilizzati tipicamente per l'analisi contenutistica dei sogni: setting, personaggi, grado di minaccia, contemporaneità temporale rispetto al presente, grado di distorsione degli eventi.

Secondo gli autori, i sogni tipici da DPTS presenterebbero setting, personaggi e oggetti simili alle esperienze traumatiche, e in aggiunta alta minaccia, bassa contemporaneità temporale e bassa distorsione. Poco meno della metà dei sogni riportati dai soggetti presentavano ambientazione (47%), personaggi (47%) e oggetti (42%) caratteristici del combattimento. Considerando gli altri parametri prima citati, i risultati delle analisi sono stati i seguenti:

- soltanto tre sogni (14%) hanno presentato basso livello di "minaccia esplicita".
- 53% di essi erano ambientati in parte nel presente (bassa "contemporaneità")
- 79% di essi presentavano gradi di "distorsione" (solo il 21% dei sogni era stato valutato come esattamente replicante l'evento).

Questo studio supporta dunque l'idea che il contenuto dei sogni possa essere misurabile e valutabile, e che recenti e rappresentativi sogni riportati da sognatori con DPTS cronico e combattimento-relato, tipicamente contengano minaccia, alcuni gradi di distorsione e replicano gli eventi traumatici.

Mellman et al. (2001) si sono invece posti l'obiettivo di analizzare i sogni di soggetti poco tempo dopo l'aver vissuto un trauma, con l'idea che i sogni che rappresentavano o replicavano l'avvenimento traumatico potessero essere considerati uno specifico sintomo del DPTS. Per questo studio sono stati coinvolti 60 soggetti che avevano chiesto aiuto in un Centro per l'intervento sul trauma, a causa di incidenti che ne avevano minacciato seriamente l'incolumità.

Gli eventi traumatici includevano incidenti stradali, incidenti industriali o sul lavoro e assalti o aggressioni, e la severità dei sintomi del DPTS era valutata tramite un'apposita scala (CAPS). I

soggetti tenevano un diario dei sogni giornaliero; successivamente, veniva condotta una valutazione della somiglianza tra il contenuto del sogno e l'avvenimento traumatico e la valutazione del grado con il quale il sogno era considerato "disturbante" dal soggetto, tramite una scala Likert a 5 punti. I sogni descritti e valutati da "moderatamente" a "esattamente" somiglianti all'incidente erano anche vissuti come estremamente disturbanti, pertanto, sono stati categorizzati come "sogni sul trauma". Dei 60 partecipanti, 18 sono riusciti a riportare almeno 1 sogno e in tutto sono stati raccolti 21 report; dieci di questi (46%) erano sogni sul trauma (4 dei quali erano esatte repliche dell'evento traumatico). Nello specifico: sette sogni (33%) presentavano bassa somiglianza con l'evento e alto livello di angoscia, quattro invece (19%) presentavano sia bassa somiglianza sia basso livello di angoscia. I soggetti sono stati poi valutati a sei settimane di distanza: due partecipanti (che avevano inizialmente prodotto sogni sul trauma e che successivamente erano "guariti" dalla sintomatologia legata al DPTS) avevano prodotto sogni con un punteggio basso sul parametro "similarità"; altri due dello stesso gruppo, con persistenza della sintomatologia DSPT, hanno invece continuato a riferire sogni sul trauma.

## Capitolo 4: Sogno e Psicosi

### 4.1 I sogni nei pazienti psicotici

Lo studio di Khazaie et al. (2012) ha coinvolto in tutto 72 soggetti: 18 di essi erano pazienti con una diagnosi di schizofrenia, 16 erano affetti da disordini mentali non psicotici, 18 erano fratelli dei soggetti schizofrenici e 20 componevano il gruppo di controllo. Tutti i partecipanti erano intervistati sui

contenuti dei propri sogni in sessioni individuali e il contenuto dei sogni era poi analizzato e codificato indipendentemente da due giudici allenati in conformità ad un comune schema di codifica. In aggiunta sono state misurate le espressioni emotive, includendo l'ammontare delle emozioni riportate dai soggetti o che apparivano nel contenuto del sogno o anche durante il racconto del sogno stesso.

I risultati sul questionario self-report indicano differenze significative in tre aree tra i gruppi: presenza di conoscenze intime nei sogni, elementi femminili, sogni a colori. I ricercatori avevano ipotizzato che il contenuto dei sogni dei pazienti schizofrenici potesse avere meno componenti piacevoli, più incoerenza e più componenti negative e violente. Queste ipotesi sono state disattese, ma, nonostante ciò, sono emersi altri risultati significativi:

1. Entrambi i gruppi di pazienti del gruppo clinico avevano meno amici o conoscenti nei loro sogni rispetto al gruppo di familiari dei pazienti schizofrenici o al gruppo di controllo (riflettendo povertà di abilità sociali e la perdita di amici nelle vite di pazienti con importanti disturbi psichici).
2. Erano presenti più personaggi femminili che maschili nei sogni dei familiari dei pazienti schizofrenici rispetto agli altri gruppi (forse dovuto al fatto che i pazienti con schizofrenia sono accuditi più frequentemente da madri, sorelle, mogli nella cultura iraniana).
3. Sono stati riscontrati più sogni a colori nei pazienti con malattie mentali non psicotiche rispetto agli altri tre gruppi, ma questo dato è di difficile interpretazione.

Sembrano esserci alcuni cambiamenti e differenze significative nel contenuto dei sogni in pazienti con schizofrenia rispetto ai gruppi di controllo non clinici e questo potrebbe riflettere alcuni processi emotivi, comportamentali, fisiologici e neurocognitivi associati alla schizofrenia.

Per esaminare da vicino la dimensione onirica dei pazienti psicotici, saranno ora considerati due studi che propongono un utilizzo del sogno come un modello sperimentale per la psicosi stessa, basandosi su specifici indici e su alcune caratteristiche neurobiologiche e fenomenologiche. Scarone et al. (2008) hanno sviluppato e implementato il pensiero di molti studiosi che affermano la compresenza di somiglianze qualitative tra il normale stato onirico e lo stato mentale psicotico, in particolare a livello di incongruenza e bizzarria dell'esperienza personale e di distorsione spazio-temporale.

Bleuler (1966), ad esempio, riteneva che le modalità di pensiero di soggetti schizofrenici fossero molto simili al sogno.

Secondo studi tramite fMRI sembra che sia nel sogno che nella psicosi è possibile notare un'iperattivazione delle strutture limbiche e un'ipoattivazione della corteccia frontale; questo rifletterebbe somiglianze neurofunzionali tra le due condizioni (Weinberger, 2004). I risultati di tali ricerche hanno portato alla formulazione dell'ipotesi che considera il cervello, allo stato di sogno, come un modello biologico per la psicosi (Fischman, 1983).

Lo studio di Scarone et al. ha coinvolto 30 soggetti schizofrenici e 30 soggetti come controllo: sono state utilizzate solo 7 delle 20 tavole del TAT, considerando le difficoltà nell'attenzione sostenuta e nella memoria di lavoro tipiche della schizofrenia. La ricerca ha portato alla raccolta di 121 sogni e 210 storie TAT dei soggetti schizofrenici e 123 sogni e 210 storie TAT per i soggetti di controllo. Le

analisi statistiche hanno evidenziato che: il BDI (Bizarreness Density Index) era significativamente più alto per i soggetti schizofrenici rispetto al gruppo di controllo; il gruppo di controllo e i pazienti schizofrenici mostravano poi il medesimo livello di bizzarria cognitiva nei loro sogni, ma il livello di bizzarria era notevolmente più alto nelle storie TAT dei soggetti schizofrenici rispetto a quelli del gruppo di controllo. Nonostante i campioni esigui e alcune limitazioni metodologiche (ad esempio l'esclusivo utilizzo del TAT per valutare lo stato mentale durante la veglia) questo studio ha il pregio di essere stato il primo a indagare quantitativamente il livello di bizzarria nei sogni delle due condizioni considerate.

Lo Studio di Skrzypinska e Szmigielska (2013) considera le possibili similarità tra sogno e psicosi individuando due macrocategorie: fenomenologia e neurobiologia. Le caratteristiche fenomenologiche evidenziano la caratteristica – autismo – inteso come “l'assenza di contatto con il mondo esterno e la chiusura in un mondo interno” (Bleuler, 1966). Sia i pazienti schizofrenici sia i soggetti non clinici in fase sognante sono coinvolti in eventi interni piuttosto che esterni. La seconda caratteristica comune è l'aspetto allucinatorio: così come il sogno può essere considerato un fenomeno allucinatorio, altrettanto si può dire della schizofrenia in quanto contraddistinta dalla presenza di sintomi positivi di natura allucinatoria (Limosani, 2013). Un'ulteriore somiglianza valutata in letteratura riguarda i deliri di persecuzione: circa il 58% dei soggetti schizofrenici presentano questo tipo di sintomi (Grzywa, 2000), e tematiche legate alla molestia e alla paura di essere inseguiti sono contenute frequenti e comuni nei sogni (Schredl, 2013). Indagando le caratteristiche neurobiologiche le evidenze derivano da numerosi studi, elettrofisiologici, tomografici, neurochimici e farmacologici; questo tipo di analisi ha comparato l'attività della corteccia cerebrale, il flusso sanguigno e la secrezione di neurotrasmettitori e neuromodulatori in soggetti non clinici dormienti e in pazienti schizofrenici in stato di veglia. Dal punto di vista elettrofisiologico, sembra esserci un comune deficit dei processi di inibizione centrale durante il sonno REM e nella schizofrenia (Gottesmann, 2005).

#### **4.2 Definizione di Schizofrenia e criteri per la diagnosi secondo il DSM5**

- A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte significativa di tempo durante un periodo di 1 mese (o meno se trattato con successo). Almeno uno di questi deve essere (1), (2) o (3):
1. Deliri.
  2. Allucinazioni.
  3. Disorganizzazione del linguaggio (ad es., frequenti deragliamenti o incoerenze).
  4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
  5. Sintomi negativi (cioè, ridotta espressione emotiva o avolizione).
- B. Per una parte significativa del tempo dall'inizio del disturbo, livello di funzionamento in una o più aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali o la cura di sé nettamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (o quando l'esordio è nell'infanzia o adolescenza, non si riesce a raggiungere il livello atteso di relazioni interpersonali, accademiche, o funzionamento lavorativo).
- C. I segni continui del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfano il Criterio A (cioè sintomi in fase attiva) e può includere periodi di prodromia o residui sintomi. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestato solo da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel criterio 1 presente in forma attenuata (ad es. Credenze strane, esperienze percettive insolite).

- D. Disturbo schizoaffettivo e disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché 1) non si sono verificati episodi depressivi o maniacali maggiori se è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva, o 2) se si sono verificati episodi di umore si sono verificati durante i sintomi della fase attiva, sono stati presenti per una minoranza di durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (ad es droga di abuso, un farmaco) o un'altra condizione medica.
- F. Se c'è una storia di disturbo dello spettro autistico o un disturbo della comunicazione dell'infanzia all'esordio, la diagnosi aggiuntiva di schizofrenia viene fatta solo se deliri prominenti allucinazioni, oltre agli altri sintomi richiesti della schizofrenia, sono presenti anche per almeno 1 mese (o meno se trattati con successo).  
 Specificare se:  
 I seguenti specificatori del corso devono essere utilizzati solo dopo una durata di 1 anno del disturbo e se non sono in contraddizione con i criteri del decorso diagnostico.

### 4.3 Sogni e Pazienti Schizofrenici

Secondo Stompe e colleghi i pazienti schizofrenici si sognano più frequentemente come vittime di aggressione dall'esterno, il che corrisponderebbe alle forme di ansia più primitiva, ovvero all'angoscia di persecuzione e disintegrazione: la prima data dall'invasione di oggetti persecutori e dalla loro conseguente azione annichilente; la seconda dalla paura di perdere il senso di Sé o dei propri confini, attraverso la fusione con l'oggetto, e dalla preoccupazione che il proprio Sé si frammenti e perda la propria integrità.

Le alterazioni psicopatologiche, più del disturbo psichiatrico specifico, sembrerebbero avere un'influenza sul sogno, risultando sperimentalmente correlate a un impoverimento del contenuto onirico; in particolare, sarebbe la sintomatologia negativa, più della dimensione positiva, a influenzare la povertà di trama dei sogni.

Studi neurofisiologici hanno poi mostrato come i neurolettici possano disturbare la qualità del sonno; tuttavia, la dose di neurolettico non sembrerebbe influenzare la frequenza e l'intensità dell'angoscia e dell'ostilità riportata nei sogni dei pazienti schizofrenici.

La Psicologia Individuale può essere compresa tenendo conto innanzitutto del suo presupposto epistemologico di tipo analogico ("il come se"). In quest'ottica il sogno viene considerato come se fosse un "ponte gettato verso il futuro", la soluzione di continuo tra un problema e la meta perseguita, mediante cui l'individuo tenta di collaudare la sua posizione verso obiettivi attuali o ipotetici, incoraggiando o scoraggiando certe linee finalistiche.

Il Sé cerca nel sogno il conforto dell'immaginazione per risolvere una questione il cui appianamento è ostacolato dalla carenza di sentimento sociale. Fulcro di questo processo è l'importanza conferita soggettivamente al problema, che può spingere a cercare rifugio nell'esperienza onirica: quando lo stile di vita entra in conflitto con la realtà e il senso comune, diviene indispensabile far sorgere sentimenti attraverso idee e visioni oniriche che razionalmente non si comprendono.

Si possono ipotizzare diverse finalità nel sogno, considerato come linguaggio simbolico:

- La copertura di contenuti che possono determinare un conflitto etico;
- La copertura di contenuti con implicazioni devalorizzanti;
- La copertura di contenuti che esprimono un eccesso di rischio;
- La copertura di contenuti individuali, consoni al personale stile di vita.

Il sogno non rappresenta solo una forma di appagamento ma è anche segnale di allarme azionato per scoraggiare un desiderio o un progetto ravvisati come pericolosi o predittivi di insuccesso dequalificante. Chi sogna usa processi mentali “privati” piuttosto che consensuali e sociali. L’attività onirica svolge una funzione di “autoinganno”, che è tanto più valida quanto più è criptico il sogno e quante più emozioni porta con sé.

Si possono verificare casi in cui si assiste a una specie di trasmissione diretta fra sogno e produzione psicotica. Altre volte il sogno può essere considerato come mezzo di resistenza a un intervento costruttivo del terapeuta e come tentativo di instaurare una zona sicura in cui poter stare senza limiti e responsabilità. Il sogno va poi considerato in chiave prospettica oltre che causale al servizio della fuga dalla realtà, decodificato anche come tentativo di definire “un’area comune” in cui muoversi per trovare un punto di contatto e scambio.

Il sogno è comunque in relazione con il vissuto che il soggetto psicotico ha dei suoi problemi e va interpretato nello schema personologico individuale per comprendere profondamente lo stile di vita individuale. Non è infatti tanto importante la produzione onirica in quanto tale, ma come elemento interattivo con lo stile di vita dello psicotico e con le sue progettualità. Sogni, produzioni psicotiche e stile di vita rappresentano nodi significativi della stessa rete e devono trovare una corretta traduzione nel corso dell’intervento psicoterapico. Solo così si può arrivare a un’adeguata interpretazione sia per le esperienze oniriche realmente ricordate che per quelle inventate, poiché sia l’immaginazione che la fantasia sono espressione dello stile di vita.

Ogni terapeuta della schizofrenia sa che occorre, lavorando con la psiche dei pazienti, stare con un piede dentro e uno fuori, ascoltando la propria equazione personale facendosi costellare dalle fantasie inconscie del paziente, per poi potere elaborare ed avere coscienza di ciò che sta accadendo nella relazione terapeutica e nella vita interna e con una grande attenzione alla vita esterna del paziente. Questo permette al terapeuta di avere la comprensione prospettica del processo dando un senso reale a quello che sta avvenendo affinché la nascente coscienza nel paziente possa dialetticamente dialogare con l’inconscio senza esserne, come nella psicosi, sopraffatta a diventare, metaforicamente parlando, un’isola che va alla deriva. Solo l’integrazione di ciò è che racchiuso nell’ombra della propria storia e nel trauma subito di non essere più amati può dare luce e trasformare il disagio psicotico in una sofferenza che ha parola, può essere raccontato e condiviso col terapeuta, liberandosi, miticamente parlando, dell’uroboros (il serpente che si nutre della propria coda) per passare dalla fusione indifferenziata dell’idealizzazione onnipotente - impotente alla differenziazione degli opposti, alla nascita dello Io - Tu, alla coscienza che si autoriflette nella solidità psichica di un corpo metaforico e di una relazione autentica.

Ma cosa succede nella stanza terapeutica, tra il paziente ed il terapeuta quando dopo mesi di lavoro analitico si attivano le immagini? Incomincia a nascere una forma, una traccia dipinta sulla tela dell’esistenza dei rapporti umani e prende corpo il calore dell’intimità e non il fuoco vulcanico che desertifica le zone dello incontro con l’altro. Questo può succedere ai pazienti psicotici che hanno subito e a volte scelto per tanti motivi la strada del freddo, anzi come si raccontava con un sogno: “Scalavo una montagna bianca di ghiaccio. Arrivavo sulla cima e mi mettevo a riflettere”. Questo sogno raccontato da un soggetto affetto da psicosi veniva portato nell’incontro terapeutico dopo mesi di lavoro a cogliere i frammenti di parole, emozioni avvolte in nuvole tenebrose e lasciate con grande inconsapevolezza fuori dalla porta del setting, come momento in cui il contatto con l’Altro diverso da Sé poteva avvenire per poi allontanarsi e ritornare non nel gelo, ma nel vuoto più assoluto, nel nulla dove le parole non hanno esistenza e il pensiero ha abdicato di fronte all’irrealtà e alle fantasie inconscie permeate dal connubio delirante onnipotenza-impotenza. Mentre il paziente con non poca riluttanza aveva disegnato il sogno, lasciando una traccia concreta e visibile nel rapporto con l’Altro, e questo avveniva per la prima volta, mi rendevo conto che nella pratica clinica, dopo aver vissuto quello che Resnik chiama “l’impatto estetico” (Resnik, 1998), ritornavano alla mente le parole di Rilke, quando affermava a proposito dell’arte in rapporto alla sofferenza: “La bellezza non è niente altro che l’inizio del terrore” (Rilke, 1987), evidenziando come

la fascinazione di certe psicosi nasconde al proprio interno il rovescio della medaglia rappresentato dal terrore di non esistere e di essere disgregato nel proprio Sé, in frammenti scissi e proiettati con angoscia in oggetti inanimati. All'interno di un setting terapeutico strutturato e di un progetto terapeutico riabilitativo che si muove in un tempo cronologico a termine, con obiettivi ben definiti e determinati, non perpetuando una concezione a-temporale della riabilitazione, con la consapevolezza dell'importanza di altre aree di intervento (da quella familiare a quella socio-lavorativa), il lavoro sulla dimensione psichica, con le tecniche immaginative, il sogno-disegno del paziente può rappresentare un indicatore prezioso fornito dall'inconscio ponendosi come una sorta di auto-diagnosi della realtà psichica. Ciò permette di comprendere che in questa storia si era intrapreso un lungo viaggio nel mondo della psicosi e che occorreva attenzione, prudenza, pazienza poiché ciò che era stato seppellito per tanto tempo si affacciava a ritornare alla luce, in superficie.

#### **4.4 Un caso clinico di un paziente affetto da schizofrenia paranoide**

<sup>1</sup> Il caso che discutiamo vede come protagonista un ragazzo di 25 anni. Mario, così lo chiameremo, è affetto da schizofrenia paranoide con pregresso uso di sostanze; al momento è ospite di una Comunità Psichiatrica di tipo A, in terapia farmacologica con antipsicotici e seguito in psicoterapia adleriana di tipo supportivo espressivo con una seduta settimanale.

Mario nasce in un piccolo paese del Meridione e cresce in un ambiente culturalmente povero, socialmente chiuso, a elevata criminalità. Vive un'infanzia disincantata, segnata da un tragico episodio, in un contesto familiare solo apparentemente protettivo: all'età di 4 anni subisce violenza sessuale da parte di un amico di famiglia, abuso che sarà ostinatamente taciuto a causa dell'omertà propria del milieu sociale d'appartenenza. Violato nel candore e nell'innocenza infantile, brucia le tappe dello sviluppo sessuale, avendo molto presto rapporti sessuali completi con le coetanee.

Nell'adolescenza inizia a far uso di alcool e cannabinoidi (arrivando anche a coltivarli in casa), mostrando progressivamente aspetti antisociali. In questi anni frequenta baby-gang e tiene comportamenti dissociali. È sempre più spesso aggressivo e viene coinvolto frequentemente in risse, colluttazioni, liti e atti vandalici. Impara ben presto a costruire molotov, petardi e bombe artigianali; partecipa a reati di poco conto, per lo più trascinato da cattive compagnie. A 16 anni si verifica un altro episodio fortemente drammatico per il paziente: un suo amico si procura gravi lesioni ad un arto in seguito all'esplosione incontrollata di un petardo costruito da lui stesso. Tale personaggio tornerà spesso nei sogni di Mario per "perseguitarlo" senza tregua.

All'età di 21 anni si verifica ancora un'esperienza traumatica: un rapporto orale omosessuale (avvenuto in cambio di sostanze stupefacenti), in un momento di non completa lucidità mentale per la cocaina assunta, che segna il paziente in modo indelebile, divenendo una delle sue ombre persecutorie, presente tutt'oggi.

L'esordio dei disturbi psichiatrici risale al maggio 2004 con la comparsa di franchi deliri e allucinazioni; inizia in quel periodo una terapia farmacologica di cui beneficia significativamente, pur mostrandosi ben presto discontinuo nelle cure.

A partire dal gennaio 2005 si rendono necessari diversi ricoveri, in concomitanza ogni volta della cessazione della terapia farmacologica.

Il quadro psicopatologico caratteristico di Mario è dato dalla presenza di: interpretatività e autoriferimento; deliri a contenuto persecutorio, di avvelenamento, grandezza, influenzamento, inserzione e lettura del pensiero; pensiero magico e superstizioso; fenomeni di déjà vu e allucinazioni uditive; idee ossessive a carattere aggressivo e sessuale.

---

<sup>1</sup> Per il caso di Mario, vedi articolo "Il sogno nel paziente schizofrenico: un caso clinico secondo la Psicologia Individuale". Riv. Psicol. Individ., suppl. n. 65: 126-133 (2009).

Con gli anni il ragazzo è divenuto sempre più “compiante” alle cure. È regolare nell’assunzione dei farmaci e non fa uso di sostanze da anni. Ha sviluppato una discreta consapevolezza e critica di malattia e risulta avere complessivamente un sufficiente funzionamento nella quotidianità e sul piano relazionale. Ciò nonostante, permangono i fenomeni psicotici, con oscillazioni tra periodi di relativo benessere e altri a elevata produttività. Mario si è per così dire “abituato” a convivere con certi convincimenti patologici e dispercezioni, parlandone con disinvoltura nei colloqui psicoterapici.

La sua produzione onirica è molto ricca, specie nelle fasi di scompensamento psicopatologico.

È come se Mario vivesse nell’onirismo un’altra vita, più facile e meno dolorosa, dove i persecutori si concretizzano, ma possono essere “vinti” e i propri istinti trovano sfogo. Ne parla con grande entusiasmo, compiaciuto dall’interesse da parte di un estraneo per qualcosa di suo. Trascrive i sogni quasi ogni mattina su un diario personale, volendo custodire un patrimonio così intimo e prezioso.

I sogni, a volte a colori e altre volte in bianco e nero, vengono descritti come immagini che scorrono velocemente a scatti, in cui la costante è la presenza di confusione: vi sono in genere molti attori e rumore sullo sfondo.

Il contenuto è multiforme: vi sono sogni in cui il tema fondamentale è dato dalla persecuzione, cui il paziente sfugge grazie al possesso di poteri magici; vi sono sogni a contenuto aggressivo, altri che riguardano la quotidianità e altri ancora centrati sulla sessualità.

I colloqui effettuati hanno messo in evidenza una stretta correlazione tra contenuto del sogno e il quadro psicopatologico: temi persecutori, aggressivi, di grandezza e magia prevalgono nettamente nei periodi di maggiore produttività psicotica, mentre con il miglioramento clinico vi è una maggiore adesione alla realtà anche sul piano onirico. Nei momenti di maggiore benessere prevalgono i sogni a contenuto sessuale e centrati sulla quotidianità.

Il paziente attribuisce un’enorme importanza alla propria produzione onirica. Il sogno rappresenta per lui una sorta di sollievo dal reale. Lui stesso afferma: «Nel sogno mi rifugio e trovo una carica»; «Vorrei sognare sempre perché mi diverto»; «Se non dormo sono più vulnerabile». È come se per Mario il sogno fosse una necessità cui non riesce e non vuole sottrarsi.

Nelle fasi di scompensamento il sogno rappresenta per Mario la prosecuzione dell’ideazione delirante vigile, che trova oniricamente un espediente all’angoscia (sogni di persecuzione e magia). È questa una soluzione magica dei problemi, espressione di una sottostante volontà di potenza. Nei momenti di malessere il sogno rappresenta anche uno sfogo e uno strumento di adattamento al contesto di realtà (sogni aggressivi), riflettendo il proprio stile di vita patologico.

Tutto ciò ricade nella realtà attuale, permeata dal contenuto manifesto del sogno. Vi è una capacità critica di base, ma il paziente si abbandona a una dimensione immaginaria che ritiene molto benefica per sé. Si difende dai propri vissuti angosciosi con i contenuti compensatori delle proprie produzioni oniriche, riuscendo a vincere i suoi nemici con poteri magici.

Nel corso della psicoterapia è come se il sogno fosse un tentativo di fuga dalla realtà, al servizio di una modalità fittizia volta a risolvere il sentimento di inferiorità sottostante. L’identificazione con un personaggio che ritiene potente o magico, capace di sopraffare gli avversari o in grado soddisfare propri desideri (ad esempio quelli sessuali), lo ricompensa in qualche modo dalle frustrazioni negative interne ed esterne. Di qui il bisogno verbalizzato di sognare costantemente, come una sorta di forza emotiva positiva per affrontare la realtà.

Nelle fasi di maggior benessere psichico il sogno diviene compensatorio rispetto a fisiologici bisogni (sogni sessuali), sottolineando così la dimensione normale dello psicotico. In questi periodi il sogno si traduce in profondo sollievo: nel mondo onirico il paziente è protagonista e si diverte (sogni di grandezza).

Assume inoltre il significato di una fuga e rifugio dalla malattia e dalla realtà a volte sgradevoli («vorrei dormire sempre»).

Infine, la produzione onirica rappresenta un’area di gioco con il terapeuta (spazio transazionale) un importante canale comunicativo con lo stesso.

Mario è poco incline a riflettere e nella psicoterapia trovano poco spazio le interpretazioni. Prevale il bisogno del paziente di creare, lontano da tutto e dalle responsabilità. Prevale la necessità di avere la certezza che i suoi contenuti onirici siano possibili: questo “autoinganno” lo rassicura, anche se ostacola l’accettazione di se stesso e lo chiude nella progettualità acquisibile attraverso mete più reali. Il sogno sembra avere una funzione “protesica” esercitata anche dal terapeuta. Nella psicoterapia delle psicosi l’atteggiamento verso il vissuto onirico dovrebbe essere analogo a quello da attuarsi di fronte a deliri e allucinazioni. Emergono, infatti, contenuti che il paziente non è in grado di decodificare, a meno che non trovi con il terapeuta un autentico e collaudato rapporto di fiducia e sicurezza.

L’impiego dei sogni nella psicoterapia con soggetti psicotici sortisce un duplice vantaggio: da un lato consente di individuare la “percezione” del futuro del paziente e dall’altro abitua lo stesso a considerare processi mentali che sono indipendenti dalla volontà e può rivelare, almeno in parte, la sua modalità di soluzione dei problemi.

Perché l’interpretazione dei sogni assuma significato terapeutico essa deve essere compatibile con lo stato di insight dell’individuo in quel particolare momento e in un contesto di sufficiente contatto con la realtà. L’analisi precoce del sogno può distaccare il paziente dalla realtà.

## CONCLUSIONI

Nel corso dei capitoli che ci hanno condotto fino a qui abbiamo visto diverse sfaccettature del sogno e della psicopatologia che andremo qui ora a riassumere e riprendere per fornire un quadro più completo della situazione.

Nel primo capitolo, abbiamo visto alcuni degli approcci al sogno. Il primo, forse il più importante e che ha dato il via all'analisi dei sogni, è stato il pensiero freudiano. Sigmund Freud ha dato il via all'analisi dei sogni in terapia. Secondo Freud, infatti, il desiderio nel sogno risulta spesso irriconoscibile in quanto opera su di esso una forza psichica opposta che vi esercita una *censura*, provocando necessariamente una deformazione della sua espressione. Possiamo così definire il sogno come un messaggio, un messaggio non esplicito ma da decifrare, indice del desiderio inconscio deformato dall'opera della censura. Il sogno manifesto è ciò che la censura interna del sognatore permette che arrivi alla coscienza. Abbiamo dunque un "*contenuto manifesto*" del sogno e un "*contenuto latente*". Il contenuto manifesto maschera il vero contenuto del sogno tanto che spesso rimane irriconoscibile a una analisi ingenua. Questa deformazione è messa in atto a opera della "*censura*".

Freud, quindi, legge il sogno in chiave personale e intrapsichica. Ritene che esista una simbologia universalmente valida di natura sessuale. Sostiene anche che alla base del sogno vi sia un desiderio inappagato. Il sogno si collega, perciò, con i complessi rimossi da cui perviene l'energia che permette loro di manifestarsi. Egli introduce il concetto di processo di "sovradeterminazione" o polivalenza delle immagini oniriche, è segno dell'oscurità del pensiero onirico. Il sogno ha funzione di custode del sonno. Utilizza il metodo causale-riduttivo. "L'interpretazione è la via regia che porta alla conoscenza dell'inconscio nella vita psichica". Considera i sogni come il punto di partenza di un processo di "libera associazione".

Da questo pensiero si dissocia il suo allievo più importante, Carl Gustav Jung. Andiamo quindi a vedere cosa ha postulato Jung per allontanarsi da Freud e dalla sua analisi del sogno. Egli, infatti, postula l'esistenza dei "grandi sogni" che hanno un significato sociale. I simboli sono espressioni di contenuti che non hanno ancora trovato pieno riconoscimento nella coscienza. Sono mediatori di energia tra l'inconscio e il conscio e tra l'inconscio personale e l'inconscio collettivo. Studia il rapporto tra l'Io e l'inconscio e formula il costrutto di complesso psichico. Il sogno ha anche una funzione compensatoria, come un autogoverno della psiche con lo scopo di un adattamento completo attraverso un dialogo tra l'inconscio e la coscienza. Utilizza il metodo costruttivo-sintetico e postula la dimensione finalistica dei sogni. L'obiettivo è l'accompagnamento del sogno con tutte le funzioni psichiche piuttosto che la sola interpretazione logica. Sottolinea l'importanza di soffermarsi sulla prima o sulla seconda associazione e di tornare sempre a osservare il sogno, per non perdersi nella catena di nessi associativi che possono allontanarci dalla sua comprensione.

Tramiiamo giunti a conoscenza anche delle categorie del sogno stilate da Macrobio, filosofo neoplatonico e letterato romano:

1. Il sogno somnium;
2. La visione o sogno visio;
3. L'oracolo o sogno oraculum;
4. Il sogno insomnium o incubo;
5. Il sogno phantasma.

Sempre parlando di categorie del sogno abbiamo visto anche la divisione suggerita da Gerolamo Cardano, un medico, matematico, filosofo, astrologo, illusionista e accademico italiano:

- Primo genere (*cause corporee e nuove*):

Sono i sogni di nessun valore rispetto alla previsione del futuro. Sono generati da cibi indigesti ingeriti subito prima di dormire che fanno giungere al cervello vapori spessi e turbolenti, atti a generare sogni oscuri e confusi.

- Secondo genere (*cause corporee già presenti nel sognatore*):

Questi sogni si verificano in presenza di vapori meno agitati, sono più coerenti dei primi e dipendono dagli “umori”. Sono molto importanti per il medico perché rivelano possibili malattie latenti nel sognatore. I sogni provocati dagli umori si distinguono secondo l’umore che prevale sugli altri, campanello d’allarme di uno squilibrio che può trasformarsi in malattia.

- Terzo genere (*cause incorporee già presenti nel sognatore*):

Sono i sogni generati dagli stati d’animo presenti nel sognatore durante la veglia. Quindi legati ai ricordi delle affezioni che lo turbano. Questi “sogni di memoria” sono prodotti da un surriscaldamento dei vapori che permette ai ricordi di apparire più nitidamente.

- Quarto genere (*cause nuove e incorporee*):

Questi sono i sogni provocati da agenti di ordine superiore come angeli o demoni. Che entrano nella nostra mente nel sonno soprattutto per ammonirci o per rivelarci il futuro.

I sogni veritieri sono di due tipi: gli *idoli* e gli *insomnia*. Gli idoli sono sogni che non hanno bisogno di interpretazioni. Gli insomnia sono invece oscuri e vanno decifrati.

Focalizzando la nostra attenzione al secondo capitolo, abbiamo visto una definizione completa di criteri, estratta dal manuale diagnostico DSM 5, del disturbo di personalità Borderline.

Abbiamo visto in questo capitolo, anche alcune caratteristiche di pazienti con una diagnosi borderline: i pazienti spesso presentano un certo numero di altri disturbi, in particolare depressione, disturbi d'ansia (per esempio, disturbi di panico) e disturbo post traumatico da stress, come anche disturbi dell'alimentazione e disturbi da abuso di sostanze.

Quando i pazienti con disturbo borderline di personalità si sentono abbandonati o trascurati, provano intensa paura o rabbia. Per esempio, possono essere terrorizzati o furiosi quando qualcuno importante per loro ha pochi minuti di ritardo o annulla un impegno. Pensano che questo abbandono significhi che essi sono cattivi. Essi temono l'abbandono in parte perché non vogliono essere soli. Questi pazienti tendono a cambiare la loro visione degli altri bruscamente e drammaticamente. Possono idealizzare un potenziale caregiver o amante nelle prime fasi del rapporto, chiedere di spendere molto tempo insieme, e condividere tutto. Improvvisamente, possono sentire che la persona non si preoccupa abbastanza, e diventare disillusi; poi possono sminuire o arrabbiarsi con la persona.

Andando avanti nella lettura del capitolo, abbiamo visto una serie di studi in merito ai sogni di questi pazienti.

Nel primo degli studi analizzati abbiamo ottenuto risultati interessanti anche dal punto di vista contenutistico dei sogni raccontati, dove ogni paziente studiato ha riportato caratteristiche comuni agli altri. I risultati delle indagini polisomnografiche hanno mostrato, per i soggetti borderline, una leggera diminuzione degli indici di efficacia del sonno e un notevole incremento dei risvegli e di stati

di arousal. La totalità dei soggetti ha riportato sintomi quali: insonnia, problemi con la qualità del sonno, stanchezza durante il giorno, problemi con il pattern sonno/risveglio e risvegli notturni significativamente superiori rispetto al gruppo di controllo.

Dal punto di vista dell'analisi contenutistica dei sogni, le pazienti borderline di questo studio riportarono emozioni negative durante il sogno in misura significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo. Un risultato interessante di questo studio è quello relativo all'analisi contenutistica dei sogni, dalla quale è emerso come alcune caratteristiche generali del sogno (es. lunghezza, numero di sogni, bizzarrie...) siano comparabili tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

Qui abbiamo anche visto alcune considerazioni postulate da Franco De Masi, noto psicoterapeuta con un particolare interesse per la comprensione psicoanalitica e la terapia dei pazienti gravi.

Analizziamo ora i contenuti visti nel terzo capitolo di questo lavoro. Qui abbiamo visto una definizione dettagliata, in cui sono inseriti anche i criteri per la diagnosi, delle nevrosi, concentrandoci in particolare sul Disturbo Ossessivo Compulsivo e sul Disturbo da Stress Post Traumatico.

Anche qui abbiamo potuto analizzare alcuni studi sui sogni di pazienti con una di queste diagnosi. In uno di questi studi, abbiamo visto che sono stati coinvolti 15 soggetti con DOC trattati con terapia cognitivo comportamentale, 15 soggetti con DOC non trattati e 15 soggetti non clinici. La valutazione di questi soggetti consisteva in due differenti momenti di registrazione, ognuno dei quali di 5 giorni consecutivi: i soggetti riportavano i loro sogni non più tardi di 5 minuti dopo il risveglio e successivamente compilavano un questionario sugli avvenimenti onirici. I protocolli onirici erano poi valutati seguendo una procedura di analisi contenutistica, che si concentrava sulla frequenza e specificità di determinate caratteristiche:

- 1) Lunghezza del sogno,
- 2) Elaboratezza/Complessità,
- 3) Caratteristiche affettive,
- 4) Contenuti compulsivi.

I risultati hanno evidenziato che i soggetti con DOC presentano meno emozioni positive nei loro sogni, i sogni tendono ad essere più brevi, meno complessi e meno emotivi rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Per quanto concerne il quarto ed ultimo capitolo, abbiamo preso in considerazione le psicosi, focalizzandoci particolarmente sul disturbo della Schizofrenia di cui abbiamo inserito i criteri diagnostici e una definizione completa.

Passiamo a rivedere l'approccio della prospettiva adleriana al sogno. Qui il sogno viene considerato come se fosse un "ponte gettato verso il futuro", la soluzione di continuo tra un problema e la meta perseguita, mediante cui l'individuo tenta di collaudare la sua posizione verso obiettivi attuali o ipotetici, incoraggiando o scoraggiando certe linee finalistiche.

Il Sé cerca nel sogno il conforto dell'immaginazione per risolvere una questione il cui appianamento è ostacolato dalla carenza di sentimento sociale. Fulcro di questo processo è l'importanza conferita soggettivamente al problema, che può spingere a cercare rifugio nell'esperienza onirica: quando lo stile di vita entra in conflitto con la realtà e il senso comune, diviene indispensabile far sorgere sentimenti attraverso idee e visioni oniriche che razionalmente non si comprendono.

Si possono ipotizzare diverse finalità nel sogno, considerato come linguaggio simbolico:

- La copertura di contenuti che possono determinare un conflitto etico;
- La copertura di contenuti con implicazioni devalorizzanti;
- La copertura di contenuti che esprimono un eccesso di rischio;

- La copertura di contenuti individuali, consoni al personale stile di vita.

Il sogno non rappresenta solo una forma di appagamento ma è anche segnale di allarme azionato per scoraggiare un desiderio o un progetto ravvisati come pericolosi o predittivi di insuccesso dequalificante. Chi sogna usa processi mentali “privati” piuttosto che consensuali e sociali. L’attività onirica svolge una funzione di “autoinganno”, che è tanto più valida quanto più è criptico il sogno e quante più emozioni porta con sé.

Inoltre, in questo capitolo è stato anche inserito un caso clinico di un paziente convenzionalmente chiamato Mario, per poterne tutelare la privacy.

Il sogno rappresenta per Mario una sorta di sollievo dal reale. Lui stesso afferma: «Nel sogno mi rifugio e trovo una carica»; «Vorrei sognare sempre perché mi diverto»; «Se non dormo sono più vulnerabile». È come se per Mario il sogno fosse una necessità cui non riesce e non vuole sottrarsi. Nelle fasi di scompenso il sogno rappresenta per il paziente la prosecuzione dell’ideazione delirante vigile, che trova oniricamente un espediente all’angoscia (sogni di persecuzione e magia). È questa una soluzione magica dei problemi, espressione di una sottostante volontà di potenza. Nei momenti di malessere il sogno rappresenta anche uno sfogo e uno strumento di adattamento al contesto di realtà (sogni aggressivi), riflettendo il proprio stile di vita patologico.

Il capitolo si conclude con una riflessione sull’utilizzo della psicoterapia per trattare pazienti con questa diagnosi. Difatti, l’impiego dei sogni nella psicoterapia con soggetti psicotici sortisce un duplice vantaggio: da un lato consente di individuare la “percezione” del futuro del paziente e dall’altro abitua lo stesso a considerare processi mentali che sono indipendenti dalla volontà e può rivelare, almeno in parte, la sua modalità di soluzione dei problemi. Perché l’interpretazione dei sogni assuma significato terapeutico essa deve essere compatibile con lo stato di insight dell’individuo in quel particolare momento e in un contesto di sufficiente contatto con la realtà. L’analisi precoce del sogno può distaccare il paziente dalla realtà.

## Bibliografia

“*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*”. Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

C. Marogna, F. Giacomuzzi. “*Il Sogno come una Realtà Intrapsichica: una rassegna.*” *Gli Argonauti*. 2018, 157 (2)

F. Testa. “*Sogno, Immagini e Disagio Psicico: una cura per l’anima.*” *Salute mentale e immaginario nell’era dell’inclusione sociale*. Orazio Maria Valastro (a cura di) *M@gm@ vol.5 n.1° ottobre-Dicembre 2006*.

G. Cardano. “*Synesiorum somniorum omnis generis insomnia explicantes*” *libri IIII*. 1562. Per Sebastianum Henricpetri, 1585.

K. Jaspers, 1913. “*Psicopatologia generale*”. Terza edizione, *Il Pensiero Scientifico*, 2000

Macrobio (385-430 d.C.), “*Commentarii in Somnium Scipionis*”. *Bompiani*, 2007

S. Freud. “*L’interpretazione dei sogni*”, 1899. Prima edizione nell’Universale scientifica 1973. Ristampa ottobre 1997, Bollati Boringhieri.

Slides del corso di “*Teorie e Tecniche della Dinamica di Gruppo*”. Prof. M. Gasseau A.A 2021/2022.

S. Lerda, E. Gentile, D. Munno “*Il sogno nel paziente schizofrenico: un caso clinico secondo la Psicologia Individuale*”. *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 65: 126-133 (2009).

Benson K.L., Zarcone V.P. (2000), in Scarone, S., Manzone, M. L., Gambini, O., Kantzas, I., Limosani, I., D’agostino, A., & Hobson, J. A. (2007). *The dream as a model for psychosis: an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker*. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 515-522.

Blechner M.J. (1983), *Changes in the dreams of borderline patients*. *Contemporary psychoanalysis*, 19(3), 485-498.

Bleuler E. (1966), in Scarone, S., Manzone, M. L., Gambini, O., Kantzas, I., Limosani, I., D’agostino, A., & Hobson, J. A. (2007). *The dream as a model for psychosis: an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker*. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 515-522.

Breger L., Hunter I., & Lane R. W. (1971), in Skancke, J., Holsen, I., & Schredl, M. (2014). *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research*. *International Journal of Dream Research*, 7(1), 39-53.

Brink S., & Allan J.A.B. (1992), in Skancke, J., Holsen, I., & Schredl, M. (2014). *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research*. *International Journal of Dream Research*, 7(1), 39-53.

Bymaster F.P., McKinzie D.L., Felder C.C. (2004), in Scarone, S., Manzone, M. L., Gambini, O., Kantzas, I., Limosani, I., D’agostino, A., & Hobson, J. A. (2007). *The dream as a model for*

*psychosis: an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker. Schizophrenia Bulletin, 34(3), 515-522.*

Callicott, J.H., Bertolino, A., Mattay, V.S., Langheim, F.J., Duyn, J., Coppola, R., Goldberg, T.E., Weinberger, D.R. (2000), in Skrzybińska D., & Szmigielska B. (2013), *What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2, 29-35.*

Cavallotti S., Casetta C., Fanti V., Gambini O., Ostinelli E.G., Ranieri R. & D'Agostino A. (2016), *Dream content and intrusive thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatry research, 244, 410-414.*

Coyle J.T. (2006), in Skrzybińska, D., & Szmigielska, B. (2013). *What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2, 29-35.*

Esposito K., Benitez A., Barza L. & Mellman T. (1999), *Evaluation of dream content in combat-related PTSD. Journal of traumatic stress, 12(4), 681-687.*

Fischman L.G. (1983), in Scarone, S., Manzone, M. L., Gambini, O., Kantzas, I., Limosani, I., D'agostino, A., & Hobson, J. A. (2007), *The dream as a model for psychosis: an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker. Schizophrenia Bulletin, 34(3), 515-522.*

Free M.K., Winget C.N., Whitman R.M. (1993), in Sauteraud, A., Menny, J. C., Philip, P., Peyr., F., & Bonnin, J. M. (2001), *Dreams in obsessivecompulsive disorder: An analysis of semantic and emotional content compared to controls. Journal of psychosomatic research, 51(2), 451-457.*

Gilchrist S. A. (2013), in Skancke, J., Holsen, I. & Schredl, M. (2014), *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research. International Journal of Dream Research, 7(1), 39-53.*

Gottesmann C. (2006), in Scarone S., Manzone M.L., Gambini O., Kantzas I., Limosani I., D'agostino, A., & Hobson J. A. (2007), *The dream as a model for psychosis: an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker. Schizophrenia Bulletin, 34(3), 515-522.*

Grzywa, A. (2000), in Skrzybińska D., & Szmigielska B. (2013). *What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2, 29-35.*

Hadjez J., Stein, D. Gabbay, U., Bruckner J., Meged S., Barak Y., Elizur A., Weizman A. & Rotenberg V.S. (2003), Skancke, J., Holsen, I., & Schredl, M. (2014). *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research. International Journal of Dream Research, 7(1), 39-53.*

Hartmann E. (1998), in Esposito K., Benitez A., Barza L. & Mellman T. (1999), *Evaluation of dream content in combat-related PTSD. Journal of traumatic stress, 12(4), 681-687.*

Jouvet M. (1992), in Sauteraud A., Menny J.C., Philip P., Peyr. F., & Bonnin J.M. (2001), *Dreams in obsessive-compulsive disorder: An analysis of semantic and emotional content compared to controls. Journal of psychosomatic research, 51(2), 451-457.*

- Kay S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L.A. (1987), *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 13(2), 261.*
- Keller, J. W., Brown, G., Maier, K., Steinfurth, K., Hall, S., & Piotrowski, C. (1995), *Use of dreams in therapy: A survey of clinicians in private practice. Psychological Reports, 76(3\_suppl), 1288-1290.*
- Khazaie, H., Tahmasian, M., Younesi, G., Schwebel, D. C., Rezaei, M., Rezaie, L. & Ghanbari, A. (2012), *Evaluation of dream content among patients with schizophrenia, their siblings, patients with psychiatric diagnoses other than schizophrenia, and healthy control. Iranian journal of psychiatry, 7(1), 26.*
- Kramer, M. (1993), in Skancke, J., Holsen, I., & Schredl, M. (2014), *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research. International Journal of Dream Research, 7(1), 39-53.*
- Kramer, M. (2010), in Skancke, J., Holsen, I., & Schredl, M. (2014), *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research. International Journal of Dream Research, 7(1), 39-53.*
- Kramer, M., Schoen, L.S., & Kinney, L. (1984), in Esposito, K., Benitez, A., Barza, L., & Mellman, T. (1999). *Evaluation of dream content in combat-related PTSD. Journal of traumatic stress, 12(4), 681-687.*
- Kuelz, A. K., Stotz, U., Riemann, D., Schredl, M., & Voderholzer, U. (2010), *Dream recall and dream content in obsessive-compulsive patients: is there a change during exposure treatment?. The Journal of nervous and mental disease, 198(8), 593-596.*
- Limosani, I., D'Agostino, A., Manzone, M.L., Scarone, S. (2011), in Skrzypińska, D., & Szmigielska, B. (2013). *What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2, 29-35.*
- Lusignan, F.A., Zadra, A., Dubuc, M. J., Daoust, A. M., Mottard, J. P., & Godbout, R. (2009), in Khazaie, H., Tahmasian, M., Younesi, G., Schwebel, D. C., Rezaei, M., Rezaie, L., ... & Ghanbari, A. (2012). *Evaluation of dream content among patients with schizophrenia, their siblings, patients with psychiatric diagnoses other than schizophrenia, and healthy control. Iranian journal of psychiatry, 7(1), 26.*
- Mellman, T.A., David, D., Bustamante, V., Torres, J., & Fins, A. (2001), *Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD. Journal of Traumatic Stress, 14(1), 241-247.*
- Scarone, S., Manzone, M. L., Gambini, O., Kantzas, I., Limosani, I., D'agostino, A., & Hobson, J. A. (2007), *The dream as a model for psychosis: an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker. Schizophrenia Bulletin, 34(3), 515-522.*
- Schredl, M., & Reinhard, I. (2009), In Skancke, J., Holsen, I., & Schredl, M. (2014). *Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: a review and discussion of the implications for dream research. International Journal of Dream Research, 7(1), 39-5.*

Schredl, M., Ciric, P., G.tz, S., Wittmann, L. (2004), in Skrzypińska, D., & Szmigielska, B. (2013), *What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 29-35.

Schredl, M., Paul, F., Reinhard, I., Ebner-Priemer, U. W., Schmahl, C., & Bohus, M. (2012), *Sleep and dreaming in patients with borderline personality disorder: A polysomnographic study. Psychiatry research*, 200(2), 430-436.

Società psicoanalitica italiana. *Congresso nazionale*, Bolognini, S., & Argentieri, S. (2000). *Il sogno cento anni dopo*, Bollati Boringhieri.

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita/disturbo-borderline-di-personalita>

<https://www.studiopsicoterapia.si.it/le-nevrosi#:~:text=Nella%20terza%20edizione%20del%20DSM,realta%20%20%20%20nel%20complesso%20intatto>

<https://www.my-personaltrainer.it/salute/nevrosi.html>

<https://www.spiweb.it/eventi/franco-de-masi/>

<https://www.scuolepsicoterapia.it/news-ed-informazioni/gli-incubi-nei-pazienti-psicotici.html>