

## **Il Sogno come riflesso della realtà intrapsichica: una rassegna**

Abstract: Il sogno ha sempre destato un vivo interesse a livello interdisciplinare: in ambito psicoanalitico, Freud (1900) lo definì “l'appagamento mascherato di un desiderio inconscio” e dunque via regia per la conoscenza dell'inconscio. Considerando la prospettiva neurofisiologica, per oltre un ventennio ha dominato l'idea che il sogno corrispondesse alla fase REM del sonno, come teorizzato dal modello di Hobson e McCarley (1977). Indipendentemente dall'orientamento teorico preso in esame, il sogno è ritenuto un importante strumento in ambito clinico e viene utilizzato come contributo per la diagnosi e per la comprensione del paziente. È possibile quindi ipotizzare che la dimensione onirica rifletta il funzionamento psichico di soggetti con simili quadri psicopatologici. Per tale motivo risulta importante esplorare la letteratura che indaga il sogno in relazione al livello di funzionamento nevrotico-borderline-psicotico.

*Keywords: sogno, livello di funzionamento, nevrosi, borderline, psicosi*

## **The dream as a reflection of the intrapsychic reality: a review**

Abstract: The dream has always aroused a great interest in different fields: in psychoanalysis, Freud (1900) defined it as “the disguised satisfaction of an unconscious desire”, and its interpretation can lead to the comprehension of the Subconscious. In neurophysiology, Hobson and McCarley (1977) established that it occurs during the REM phase of sleep. Beyond any theoretical approach, it is also considered as an important tool into the clinic field, which can be used for the diagnosis and for understanding patients. It is possible to suppose that the oniric aspect reflects the psychic functioning of persons with similar pathological profiles. For this reason, it was decided to focus on the side of the literature which investigates these similarities, while considering the relationship between dream and mental functioning (neurotic-borderline-psychotic).

*Keywords: dream, level of functioning, neurosis, borderline, psychosis*

\* Professore Associato Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova, Psicoanalista SPI-IPA

\*\* Dottore in Psicologia Clinico Dinamica, Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova

## Gli Argonauti

Il sognare è un fenomeno che da sempre ha destato un vivo interesse sotto molteplici punti di vista: antropologico, scientifico, umanistico, letterario, artistico.

A livello prettamente scientifico, può essere definito come un fenomeno psichico legato al sonno, caratterizzato dalla percezione d'immagini e suoni riconosciuti come apparentemente reali dal soggetto sognante. Per circa un ventennio, dalla fine degli anni '70, in ambito neurofisiologico ha dominato il modello di Hobson e McCarley, secondo il quale il sogno corrisponderebbe alla fase REM del sonno. Tale modello è stato successivamente smentito da numerosi studi, per i quali l'attività onirica ed il sonno REM sono degli stati dissociati, e il sogno viene controllato da meccanismi delle strutture corticali superiori (Solms, 2000).

Osservando il fenomeno da una prospettiva psicoanalitica, una delle prime teorizzazioni sul sogno è da attribuire a Freud (1900), secondo il quale il sogno rappresenta l'appagamento di un desiderio inconscio, e la sua interpretazione costituirebbe la via regia che porta alla conoscenza dell'inconscio.

Molti altri autori dopo Freud si sono concentrati su questa tematica, Ferenczi (1913), ad esempio, non considerava più il Sogno come un soddisfacimento di desideri pulsionali bensì come la ri-presentazione e rappresentazione di vicende, soprattutto traumatiche, non verbalizzabili altrimenti.

Kohut (1984), caposcuola della "Psicologia del Sé", considerava il sogno come costituito da una serie di rappresentazioni relative a stati del sé, in rapporto ai suoi oggetti sé, e ad esso attribuiva molteplici funzioni: la funzione di mantenimento, di reintegrazione e di sviluppo del sé. Indipendentemente dall'orientamento teorico, numerosi studi in ambito clinico testimoniano come il sogno venga usato frequentemente come strumento di lavoro psicoterapeutico: Keller (1995) valuta che l'83% circa dei terapeuti ha utilizzato l'interpretazione dei sogni almeno occasionalmente nella propria pratica clinica. La ricerca offre numerose riflessioni sulle diverse caratteristiche e funzioni del sogno a seconda della condizione psichica del paziente preso in considerazione, poiché sono spesso presenti elementi strutturali, narrativi e contenutistici simili nei sogni di soggetti con la medesima condizione psichica.

Se poi spostiamo la prospettiva e guardiamo al dialogo esistente tra vita diurna e vita onirica scorgiamo come numerosi ricercatori si siano posti l'obiettivo di investigare la relazione che intercorre tra il sogno e la vita da svegli. I risultati di queste ricerche sono stati riassunti in quella che è stata definita l'"ipotesi di continuità del sogno", la quale afferma che i sogni rifletterebero la vita da svegli. I risultati di molti studi sono a supporto di questa ipotesi, e hanno permesso di identificare alcuni pattern di collegamento tra la vita da svegli e il sogno, a livello: emotivo, cognitivo e personologico (Gil-

christ, 2013; Kramer, 1993; Hunter, & Lane, 1971; Gilchrist, 2013; Hartmann et al., 1998; Brink & Allan, 1992; Pesant & Zadra, 2006). Nonostante questi risultati la formulazione dell'ipotesi di continuità rimane ancora vaga. È stata anche formulata l'ipotesi opposta: l'"ipotesi della discontinuità" (Okuma, 1970; Hadjez, 2003; Kramer, 2010; Sauterad, 2001): essa si poggia sull'idea che vi sia un'incoerenza ed una discontinuità tra gli elementi onirici e gli eventi di vita nella veglia. Riassumendo, possiamo osservare che sia continuità sia discontinuità possono essere riscontrate in pazienti psichiatrici, in accordo con alcune ricerche meta-analitiche (Skancke, 2014); secondo quest'ultima ricerca gli aspetti della vita durante la veglia riflessi nei sogni coinvolgono: emozioni, concezioni di sé, aspettative, sintomi, preoccupazioni, pensieri, variabili personologiche, relazioni sociali e pattern comportamentali.

### **Sogno e livelli di funzionamento**

#### ***1. Sogno e Funzionamento Borderline***

Numerose ricerche si sono interessate allo studio dell'architettura e delle caratteristiche del sogno dei soggetti borderline. Semiz et al. (2008), in uno studio condotto su 88 soggetti borderline, hanno voluto indagare quanti pazienti presentassero disturbi da incubi, disturbi del sonno e ansia durante i sogni, confrontandoli con un gruppo di controllo. Per compiere tale analisi è stata utilizzata un'intervista semi strutturata, contenente un questionario basato sugli assi diagnostici e i criteri del DSM IV nelle diverse scale che indagano aspetti e caratteristiche del sogno (PSQI, VDAS).

I risultati hanno mostrato come il 49% dei soggetti soffrisse di un disturbo da incubi, significativi livelli di ansia durante il sogno ed un sonno nettamente più disturbato rispetto ai controlli, ovvero il 95.5% dei soggetti riportava difficoltà nel sonno. In conclusione, questo studio, in linea con ricerche precedenti, ha corroborato l'ipotesi di un'associazione tra disturbo di personalità borderline, incubi angosciosi e scarsa qualità del sonno.

Un'ulteriore ricerca condotta da Schredl et al. (2012) è in linea con i risultati appena discussi; questo studio 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 re-

golarità 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. Blechner non è il solo ad aver riscontrato tali caratteristiche a livello di struttura onirica, sono infatti molti i *case studies* che offrono un'analisi puntuale di questo tipo: Brunswick (1929), ad esempio, riporta dettagliatamente i sogni dell'analisi di una sua paziente, che rispecchiano da vicino i pattern sopra descritti; Masterson (1981) si è concentrato sulle tempistiche con le quali i pazienti borderline tendenzialmente iniziano a riportare sogni nella terapia.

Questi studi offrono un'ampia varietà di contributi per l'indagine sul sogno dei soggetti borderline, avvalendosi di diversi strumenti di indagine: dalle interviste semi-strutturate, ai questionari, alle indagini di laboratorio, all'analisi contenutistica dei sogni, fino alla loro analisi strutturale e alla loro evoluzione nel corso della terapia. Riassumendo gli snodi fondamentali delle varie trattazioni considerate, si può affermare che i soggetti con funzionamento borderline hanno in comune una varietà di elementi riguardanti il sogno e il sonno: un'alta percentuale di incubi e sogni angosciosi, una scarsa qualità del sonno, insonnia, stanchezza durante il giorno, problemi con il pattern sonno/risveglio e risvegli notturni statisticamente superiori rispetto al gruppo di controllo. Dal punto di vista dell'analisi contenutistica, si riscontra una rilevante presenza di emozioni negative durante i sogni. 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.

### **2. Sogno e Psicosi**

Gli autori che hanno indagato la relazione tra sogni e psicosi sono numerosi. Tra questi, Okorome Mume (2009) si è posto l'obiettivo di indagare le possibili associazioni tra incubi e psicopatologia, più in particolare la schizofrenia e il disturbo depressivo. Per questo studio sono stati coinvolti 54 pazienti schizofrenici e 40 pazienti con diagnosi di depressione, confrontati con un gruppo di controllo composto da 123 soggetti non clinici. A tutti i partecipanti della ricerca è stato somministrato un questionario per determinare la prevalenza annuale di incubi. I dati sono poi stati analizzati con la metodologia del Chi-quadro e ANOVA, e i risultati emersi sono elencati di seguito:

- 9 su 54 soggetti schizofrenici (16.7%) riportavano l'esperienza di almeno un incubo nell'ultimo anno.

## Gli Argonauti

- 7 su 40 soggetti con diagnosi di depressione (17.5%) riportavano l'esperienza di almeno un incubo nell'ultimo anno (nello studio non si fa riferimento a depressione maggiore, né allo strumento usato per la diagnosi).
- 6 su 123 soggetti non clinici (4.9%) riportavano l'esperienza di almeno un incubo nell'ultimo anno.

La differenza tra soggetti psichiatrici e soggetti non clinici è risultata statisticamente significativa all'analisi Chi-quadro. I dati riguardanti la prevalenza di incubi in soggetti non clinici è in linea con ricerche precedenti, secondo le quali tale prevalenza si attesta circa attorno al 5-8%. È confrontando i dati sui soggetti psichiatrici che si può notare la notevole differenza rispetto al gruppo di controllo: 16,7% vs 4.9% per i soggetti schizofrenici e 17.5% vs 4.9% per i soggetti con diagnosi di depressione. Come si può notare, la prevalenza di incubi in soggetti psichiatrici in questo studio è elevata e questo sembra essere un dato a supporto dell'ipotesi di un'associazione tra incubo e schizofrenia, così come tra incubo e disturbo depressivo. Addentrandosi ad un livello di analisi del sogno maggiormente contenutistico, un importante contributo è riscontrabile nello studio di Khazaie et al. (2012), condotto in Iran. Questo studio s'inserisce in un filone di ricerca più ampio: precedenti ricercatori avevano riportato che i sogni dei pazienti con schizofrenia tendono ad essere più semplici e meno elaborati, meno sofisticati e coinvolti emozionalmente, più bizzarri, negativi, violenti e ostili rispetto a quelli di soggetti non clinici. Alcuni studi hanno paragonato il contenuto onirico di pazienti schizofrenici a quello di pazienti con malattie mentali non psicotiche: pur non riscontrando significative differenze tra i gruppi negli aspetti di contenuto onirico (ansia, disturbi cognitivi), sono emerse alcune discrepanze relative al coinvolgimento dei pazienti (gli schizofrenici mostravano meno coinvolgimento emotivo) e ai contenuti emozionali del sogno (gli schizofrenici presentavano minori contenuti emotivi).

Lo studio di Khazaie (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 dati sono stati analizzati utilizzando l'ANOVA e il test Chi quadro.

## Gli Argonauti

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.

È stato anche rilevato un trend significativo nel gruppo di soggetti non clinici, che presentava elementi più incoerenti e bizzarri, più tristi e spiacevoli e meno familiari rispetto agli altri due gruppi di pazienti, corroborando l'ipotesi di Blechner precedentemente trattata. Altri autori, come Kay et al. (1987), studiando i sogni di soggetti schizofrenici hanno sottolineato che essi presenterebbero contenuti maggiormente negativi rispetto a quelli di soggetti con malattia mentale non psicotica.

Per concludere, 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. Le conferme di queste ipotesi non tardarono ad arrivare anche dal punto di vista sperimentale. In letteratura

troviamo una comparazione tra lo stato onirico, la schizofrenia e lo stato allucinatorio indotto da droghe; in tutte queste esperienze si è riscontrata una diminuzione della conduzione serotoninergica e un aumento di quella noradrenergica (Fischman, 1983; Benson, 2000; Bymaster, 2004; Gottesmann, 2006). Studi anatomofunzionali condotti tramite fMRI vanno nella stessa direzione: 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).

Scarone et al. (2007) hanno voluto indagare queste ipotesi concentrandosi sul livello di bizzarria cognitiva nei report dei sogni e nelle produzioni verbali elicitate dal TAT (Thematic Apperception Test) in pazienti schizofrenici e soggetti non clinici. Lo studio 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.

Il secondo studio considerato è una rassegna redatta da Skrzypinska e Szmigielska (2013) che 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 schizo-



frenici 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). Dal punto di vista tomografico, sono stati riscontrati simili pattern di attivazione di aree cerebrali quali la corteccia dorsolaterale prefrontale (Maquet, 2000; Callicott, 2000) e dal punto di vista neurotrasmettitoriale sono state rilevate analogie nella secrezione di neurotrasmettitori e neuromodulatori quali la dopamina, la noradrenalina, il glutammato e l'acetilcolina (Coyle, 2006). Come si può notare, le attinenze tra la fase REM del sonno e la schizofrenia sono molteplici, dal punto di vista sia fenomenologico che neurobiologico. Per tale motivo il cervello che sogna durante la fase REM può essere utilizzato come un modello sperimentale per la schizofrenia, come ipotizzato dai ricercatori che hanno condotto gli studi riportati.

Da questa lunga rassegna di studi sono emersi numerosi elementi di interesse clinico e di ricerca: l'evidenza che i pazienti con schizofrenia abbiano meno elementi bizzarri nei loro sogni rispetto agli altri gruppi, e in particolare meno rispetto ai gruppi non clinici (Lusignan, 2009), è tra i risultati più interessanti. Questa evidenza sottolinea come la bizzarria dei sogni non tenda ad aumentare man mano che ci si avvicina al versante psicotico del continuum nevrosi-borderline-psicosi, ma avvenga contro-intuitivamente l'opposto (in linea con lo studio di Blechner, 1983).

### **3. Sogno e Nevrosi**

L'esperienza clinica indica come con il termine "nevrotico" si faccia riferimento a soggetti con un livello molto alto di funzionamento, nel quale le difese sono mature e la capacità di raziocinio viene mantenuta anche nel corso di forti tempeste emotive, come anche la coerenza e continuità temporale del Sé. 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.

### ***3.1 Il sogno e il Disturbo Ossessivo Compulsivo***

Il primo studio che proponiamo è stato condotto da Sauterad et al. (2001) e 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 Orlinsky (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.

Kuelz et al. (2010) hanno criticato il fatto che Sauterad abbia analizzato pochi aspetti emotivi, e che la narrazione verbale dei sogni possa aver influenzato sulla formulazione del sogno in chiave ossessivo compulsiva. Gli autori hanno quindi ipotizzato che i sogni dei soggetti ossessivi compulsivi potessero differire dal gruppo di controllo in relazione a lunghezza, contenuto e frequenza di ricordo del sogno, aspettandosi che essi presentassero un'alta percentuale di contenuti compulsivi o rituali. Inoltre, la critica si estendeva alla possibilità che il trattamento clinico di questi soggetti potesse portare ad un'"intensificazione" dei sogni stessi, a livello della frequenza di ricordo e dell'intensità delle emozioni.

Nello studio di Kuelz 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.

In un recente studio condotto in Italia da Cavallotti et al. (2016) sono stati coinvolti 18 pazienti con diagnosi di DOC che avevano accesso alla clinica ambulatoriale dell'ospedale San Raffaele e San Paolo di Milano, comparati con 18 soggetti non clinici. I partecipanti tenevano un diario sul quale annotare ogni mattina i sogni della notte passata; ai pazienti che avevano riportato almeno un sogno, era somministrato un test proiettivo (TAT), per elicitarne storie e narrative di fantasie da svegli. Due giudici addestrati analizzavano poi il materiale onirico e le storie dei due gruppi, identificando eventuali tematiche OC; sono stati studiati 62 sogni e 125 storie. L'interazione tra la lunghezza totale dei sogni e la diagnosi non è risultata statisticamente significativa, così come per la presenza di tematiche ossessive e compulsive nei sogni e nelle storie elicitate tramite il TAT. Circa il 78% dei pazienti OC e l'83% del gruppo di controllo hanno riportato almeno un sogno con contenuti ossessivi: questo dato permette di ipotizzare che la ruminazione e la cognizione intrusiva siano un aspetto comune all'intera natura umana, patologica e non patologica. La mancanza di differenze salienti tra le due popolazioni esclude che la presenza di DOC possa avere un effetto sull'ammontare di contenuti OC nei sogni, in linea con i precedenti risultati ottenuti da Sautehrad et al. (2001). La tipica ripetitività patologica osservata nella vita cosciente di soggetti OC sembra quindi interrompersi durante il sonno, corroborando l'ipotesi della discontinuità. La letteratura che indaga le correlazioni tra sogno e DOC è ricca e in alcuni punti controversa, e richiede pertanto ulteriori approfondimenti.

### *3.2 Sogno e Disturbo Post Traumatico da Stress*

Kramer et al. (1984) hanno condotto uno studio 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 replichino 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.

Riassumendo possiamo evidenziare come questi risultati supportino l'enfasi data dal DSM-IV ai sogni sul trauma nella fase iniziale (acuta) dello sviluppo del DPTS. Secondo gli altri studi precedentemente citati (Esposito et al., 1999; Kramer et al., 1984) la fase cronica di questo disturbo sarebbe invece meno interessata da queste “repliche oniriche” del trauma.

### **Conclusioni**

È possibile rilevare alcuni limiti nella presente trattazione: in primis l'insieme delle condizioni psichiche indagate in associazione al sogno è limitato; ci si è infatti concentrati esclusivamente sui tre livelli di funzionamento e, per maggiore completezza, si potrebbe allargare lo spettro di analisi estendendo la ricerca ad ulteriori condizioni psichiche che possono avere delle ricadute di carattere onirico. Si tratta comunque di una trattazione esplorativa che ha l'obiettivo di evidenziare e sottolineare l'importanza della dimensione onirica nella comprensione della psiche e, conseguentemente, la sua funzione terapeutica all'interno di processi di cura che si prefiggono il raggiungimento del benessere psicologico dei pazienti. A tal fine, ci si è mossi nella letteratura esistente in modo da esplorare il sogno in relazione ai livelli di funzionamento nevrotico-borderline-psicotico. Dall'esame scrupoloso di una molteplicità di pubblicazioni, saggi e manuali sono emerse numerose considerazioni, fondamentali per la presente trattazione e significative per cogliere la rilevanza del sogno nella valutazione del funzionamento psichico, tenendo come riferimento la suddivisione di McWilliams (2012) dei livelli di organizzazione psichica. In conclusione, la presente esposizione ha permesso di cogliere come il sogno rifletta da vicino una grande varietà di processi: emotivi, comportamentali, fisiologici e neurocognitivi, e più in particolare come il livello di funzionamento di un soggetto o un'eventuale psicopatologia, influisca notevolmente su questi processi con evidenti ricadute nella vita onirica.

Gli elementi onirici costituiscono quindi una fondamentale fonte d'informazioni cliniche, permettendo così di ampliare la conoscenza e comprensione del paziente che incontriamo nella pratica psicoterapeutica. Diviene quindi rilevante la possibilità di utilizzare il sogno come un vero e proprio strumento clinico, utile sia alla diagnosi sia al monitoraggio del processo terapeutico, grazie al riconoscimento dei suoi fattori determinanti: il contenuto, la frequenza, le tematiche, il tono emotivo del sogno e le dimensioni di transfert in esso riflesse. La capacità del terapeuta di utilizzare il sogno nella

*talking cure* risulta quindi importante per favorire la capacità di simbolizzazione e di mentalizzazione nel paziente.

## **Bibliografia**

- Benson K.L., Zarccone 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 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.
- 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 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.
- 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., Peyré, 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.
- Freud S. (2010), *L'interpretazione dei sogni*. Newton Compton Editori.
- 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 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.
- 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., Peyré 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.

- Maquet, P. (2000), 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.
- Masterson, J.F. (1981), in Blechner, M. J. (1983), Changes in the dreams of borderline patients. *Contemporary psychoanalysis*, 19(3), 485-498.
- Mellen, R.R., Duffey, T. H., & Craig, S. 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.
- 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.
- Okorome Mume, C. (2009), Nightmare in schizophrenic and depressed patients. *The European Journal of Psychiatry*, 23(3), 177-183.
- Okuma, T., Sunami, Y., Fukuma, E., Takeo, S., & Motoiku, M. (1970), 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.
- Pesant, N., & Zadra, A. (2006), 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.
- Sauteraud, A., Menny, J. C., Philip, P., Peyré, 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.
- 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), 39-53.
- Schredl, M., Ciric, P., Götz, S., Wittmann, L. (2004), in Skrzypińska, D., & Szmigielska, B. (2013), What links schizophrenia and dreaming?

## Gli Argonauti

- 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.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2008), Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 48-55.
- Skandcke, 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.
- 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.
- Società psicoanalitica italiana. Congresso nazionale, Bolognini, S., & Argentieri, S. (2000). *Il sogno cento anni dopo*, Bollati Boringhieri.
- Solms, M. (2000), in Zanasi, M. "il sogno tra la neurofisiologia e la psicologia"
- Van der Kolk, B., Blitz, R., Burr, W, Sherry, S., & Hartmann, E. (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.
- Weinberger, D.R., McClure, R.K. (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.