



PSICOANALISI
neo FREUDIANA

ATTIVITA' ONIRICA E PSICOPATOLOGIA

D. Pancani

G. Rossini

G. Mariotti

PARTE PRIMA

ATTIVITA' ONIRICA E PSICOPATOLOGIA: LA CONDENSAZIONE NELL'OMICIDIO DELLO SCHIZOFRENICO

I sogni secondo la psicoanalisi:

Tra i tanti meriti indiscussi di Freud e della psicoanalisi, senza dubbio, c'è anche quello di aver acceso una nuova luce sul mondo dei sogni, mondo fino ad allora sconosciuto ed inesplorato, ma che da sempre aveva destato la curiosità, l'interesse e, a volte, anche il timore di chi non riusciva a trovare altra spiegazione se non quella di "elemento magico" o di un messaggio proveniente direttamente dagli dei.

In ambito psicoanalitico, il sogno è il compromesso tra due bisogni: il bisogno di dormire, per volontà dell'Io cosciente, e il bisogno di soddisfare, seppur in modo allucinatorio, una pulsione legata ad una rappresentazione ideativa rimossa. Tutto ciò è reso possibile dal "lavoro onirico" che mette in atto i processi di condensazione, spostamento e raffigurazione per generare una deformazione, per la quale il contenuto latente del sogno viene mascherato e trasformato nel contenuto manifesto; solo in questa forma mascherata la pulsione legata ad un contenuto rimosso può oltrepassare la censura e trovare soddisfacimento, preservando allo stesso tempo il sonno.

Il lavoro onirico e il mascheramento del contenuto latente attraverso il contenuto manifesto è reso possibile dalla presenza di alcuni meccanismi che operano in sinergia. Tali meccanismi sono: deformazione, condensazione, spostamento, raffigurazione, elaborazione secondaria e sostituzione.

Deformazione

Effetto del lavoro onirico dove, per ragioni di censura, il contenuto latente viene trasformato in modo tale da essere difficilmente riconoscibile nel contenuto manifesto.

La deformazione del sogno, è tanto più accentuata quanto più riprovevole è il desiderio latente o quanto più severe sono le esigenze di censura del Super-Io.

Condensazione

E' la concentrazione di più rappresentanti ideativi e dei relativi ammontare affettivi, in un'unica rappresentazione. Essa si compie in tre modi:

1. **Fusione** (più frequente), in una sola unità, di due o più rappresentazioni che non hanno nulla in comune; ad ogni rappresentazione del contenuto manifesto possono corrispondere diverse

rappresentazioni del contenuto latente (con i relativi importi affettivi) e viceversa, una rappresentazione del contenuto latente può dar vita a numerose rappresentazioni nel sogno manifesto.

2. **Esclusione** di alcuni elementi latenti dal contenuto manifesto

3. **Trasposizione** di alcuni elementi del contenuto latente al contenuto manifesto.

La condensazione è presente anche nella formazione di sintomi, lapsus, motti di spirito e dimenticanze.

Spostamento

Processo che consiste nello spostamento dell'importo affettivo da una rappresentazione (o rappresentante ideativo) ad un'altra collegata alla prima da una catena associativa.

Raffigurazione

Traduzione di tutti i pensieri, astratti e non, in immagini; il lavoro onirico smembra il contenuto dei pensieri in oggetti e attività.

Elaborazione secondaria

E' un processo che mira a rendere coerente il contenuto spesso confuso del sogno, creando collegamenti razionali che lo rendono comprensibile; anche tale processo è al servizio della censura e viene attuato vicino allo stato di veglia o quando si racconta il sogno.

Sostituzione

Meccanismo che rende possibile il soddisfacimento di una pulsione legata ad un contenuto rimosso attraverso una formazione sostitutiva (come gli atti mancati, i lapsus e i motti di spirito); si tratta di un soddisfacimento sostitutivo di un desiderio inconscio.

Contenuto latente e contenuto manifesto

Con il termine “contenuto latente”, ci si riferisce al significato di una qualsiasi formazione inconscia (sintomo, lapsus, sogno, ecc.) acquisito mediante l'interpretazione analitica; con “contenuto manifesto” ci si riferisce ai significati attribuiti a tali formazioni prima dell'interpretazione analitica.

Tali espressioni sono state estese a qualsiasi formazione dell'inconscio rispetto alla sua manifestazione – sogno narrato, sogno interpretato; sintomo e suo significato; lapsus e suo significato.

Simbolizzazione e simboli

La simbolizzazione consiste nel sostituire delle rappresentazioni rimosse con rappresentazioni più “innocue”, in grado di eludere la censura. La rappresentazione innocua è quindi un simbolo della rappresentazione rimossa.

Il contenuto latente del sogno, dunque, trova espressione nel contenuto manifesto attraverso l'uso di

simboli.

Per comprendere il significato dei simboli esistono, secondo Freud, due vie:

- 1) associazioni del sognatore
- 2) fare riferimento a quel simbolismo che non appartiene esclusivamente al sogno, ma che è proprio della cultura d'appartenenza e che si ritrova nel folklore, leggende, miti, locuzioni, proverbi.

Secondo Jung, invece, il materiale simbolico non è codificabile dal momento che rappresenterebbe, piuttosto, un'esperienza. In particolare, egli afferma: “La macchina psicologica che trasforma l'energia è il simbolo. Intendo qui un simbolo reale e non un segno” (1976). Questa proprietà è spiegabile in quanto il simbolo trova origine dagli archetipi e partecipa della loro energia. Il simbolo è creatore di civiltà in quanto contrappone all'esperienza diretta individuale degli istinti una forma di conoscenza degli istinti stessi che, attraverso categorie universali, li riconduce ai grandi temi dell'umanità. Il simbolo junghiano è vitale perché è tramite fra inconscio e coscienza, collegamento fra mondo interno e mondo esterno dell'individuo, punto di incontro dell'inconscio individuale e dell'inconscio collettivo (Cucchi, 2000).

Schizofrenia e comportamento omicidiario

Nei disturbi deliranti dello spettro schizofrenico, i pazienti presentano uno stile di vita ritirato in quanto il mondo esterno viene percepito come minaccioso.

Caratteristica è la crisi d'identità del soggetto, in quanto lo stesso non sa più chi è ed è continuamente alla “ricerca di senso”. Questa ricerca di identità, ma anche di attribuzione di significato alle cose e/o agli eventi, deriva da una “riduzione della salienza” ossia della capacità di attribuzione di senso alla realtà. La riduzione della salienza, insita nelle patologie schizofreniche, viene anche aggravata dall'assunzione di psicofarmaci che bloccano i recettori dopaminergici e la riducono ulteriormente.

Il soggetto non sa più chi è (ricerca di senso) e il delirio assume il significato di difesa psichica del soggetto nel tentativo di fronteggiare la perdita di significati e quindi poter fronteggiare la riduzione della salienza stessa.

Secondo quanto sostenuto da Ballerini & Ballerini (1990), tale assenza di senso, però, è tale solo per chi osserva il soggetto schizofrenico dall'esterno, senza partecipare realmente alla sua condizione, perché, in realtà, è proprio il delirio ciò che guida attraverso il significato che caratterizza questi soggetti.

Il "percorso psicotico" che sfocia nella schizofrenia diventa, così, nel tempo, disastrosamente *distruttivo* dell'intersoggettività, ma anche *costruttivo* di un particolare ed esclusivo mondo proprio, di un particolare ed esclusivo "universo personale" (Ballerini, 2002).

Il paziente schizofrenico presenta un'iper-soggettivazione ossia una condizione in cui il soggetto è protagonista di esperienze del tutto personali tanto che il mondo privato si sgancia dalla rete interpersonale attraverso, per esempio, la presenza di allucinazioni uditive "voci". Il soggetto presenta anche una "difficoltà nella sintonizzazione emotiva e di contatto con la realtà". In passato tale condizione veniva identificata con il termine di "autismo", visto come ritiro psicotico, e, quindi, come forma di disinvestimento dalla realtà oggettuale esterna. Un'errata credenza, infatti, ha portato a pensare, per lunghissimo tempo, che un bambino autistico potesse diventare un adulto schizofrenico, come se la seconda patologia fosse un'evoluzione della prima (Barale, 2012). In realtà tale credenza è completamente errata e deriva proprio dalla confusione fatta tra le due patologie, proprio come sopra riportato.

Dall'inizio degli anni '80 la nozione di "schizofrenia infantile" è stata, infatti, abbandonata come riferimento all'autismo, e sostituita prima con quella di "disturbi generalizzati (o pervasivi) dello sviluppo" e poi con quella di "disturbi dello spettro autistico" senza alcuno altro riferimento alla schizofrenia (Barale, 2012).

Come sostiene, infatti, Ballerini (2002) questa differenza è sempre stata chiara in Bleuler, che aveva proprio parlato di schizofrenia e autismo in modo distinto e separato tanto che il delirio schizofrenico, indagato in termini psicoanalitici, viene considerato un derivato, una conseguenza, un'articolazione del "pensiero autistico".

Il termine schizofrenia significa "dissociazione della psiche". Una delle caratteristiche prevalenti di questo disturbo è la mancanza di coerenza nel pensiero con fenomeni di deragliamento (passaggio da un discorso all'altro), tangenzialità (si ha quando il soggetto non affronta l'argomento specifico ma lo sfiora). Queste forme rappresentano dei disturbi formali del pensiero che si possono associare a disturbi del contenuto del pensiero stesso, quali i deliri.

I criteri diagnostici del DSM-IV TR prevedono:

Durata: almeno 6 mesi

Criterio A: Deliri/Allucinazioni/Eloquio disorganizzato/Comportamento disorganizzato o catatonico/Sintomi negativi (isolamento sociale, appiattimento dell'affettività, alogia, abulia)

Criterio B: Disfunzione sociale/Sintomi positivi (deliri, allucinazioni)/Sintomi da disorganizzazione (comportamenti bizzarri), coesistono modalità diverse di pensiero e di comportamento (contaminazione).

A questo punto è necessario fare una specificazione che riguarda i criteri diagnostici.

Da maggio/giugno 2013 è entrato in vigore il DSM-5 in cui sono stati apportati dei cambiamenti anche per quel che riguarda la diagnosi della schizofrenia, sebbene il nucleo centrale sia rimasto lo stesso.

Innanzitutto, nel DSM-5, per la diagnosi, si richiede che il soggetto abbia **almeno uno** dei tre sintomi positivi (deliri, allucinazioni, disorganizzazione dell'eloquio) e la distinzione tra deliri bizzarri e non bizzarri è stata eliminata, anche se si richiede che siano presenti **almeno due** dei sintomi riportati nel Criterio A (Giordano, 2013).

C'è, poi, da dire che nel DSM-IV-TR la schizofrenia è divisa in 5 sottotipi (catatonico, disorganizzato, paranoide, residuo, indifferenziato) che riflettono cinque diversi profili somatici, ma la loro differenziazione ha sempre generato confusione. Ecco perché nella bozza del DSM-5 sono stati completamente eliminati e sostituiti con le dimensioni, dal momento che sintomi presenti in tali quadri possono essere presenti in differenti pazienti e in diverse condizioni di gravità, cui si aggiunge anche che il profilo sintomatico può cambiare nel tempo (Di Mauro, 2013).

È stato inoltre risolto un altro problema: la flessibilità cerea (waxy flexibility), non è più associato con la schizofrenia. La waxy flexibility è una sindrome descritta per la prima volta nel 1874 dallo psichiatra Karl Kahlbaum, ma che non è veramente specifica della schizofrenia. Infatti è principalmente connessa con alcuni tipi di danni cerebrali, con un tipo di depressione grave o con il disturbo bipolare (Di Mauro, 2013).

Un altro cambiamento riguarda l'introduzione della "Sindrome a rischio psicotico" che prevede la presenza di allucinazioni, autoinganni e pensieri disorganizzati, ma che non destabilizzano completamente il soggetto. In realtà l'introduzione di questa sindrome è un po' controversa proprio perché il soggetto interessato non mostra un comportamento nettamente patologico e non necessariamente può sfociare in un a schizofrenia conclamata (Di Mauro, 2013).

Le allucinazioni sono percezioni senza oggetto, più spesso sono presenti quelle uditive (forse perché siamo abituati a pensare in termini verbali), ma possono essere presenti anche voci dialoganti, commentanti, dispregiative ed imperative. Quest'ultime sono di particolare rilevanza dal punto di vista psichiatrico-forense perché impartiscono ordini e con più facilità quindi il soggetto può arrivare a compiere un reato. In questi casi, spesso il paziente agisce in uno stato di incapacità di intendere e di volere con riconoscimento di un'infermità mentale.

Secondo Ballerini (2002) è, però, necessario concentrarsi su ciò che egli definisce "rumore di fondo" dei sintomi schizofrenici. Troppo spesso, infatti l'attenzione sui deliri e le allucinazioni è pressoché totale, ma poca attenzione si pone a quelli che vengono indicati come sintomi negativi. Secondo l'autore, infatti, "occorre che la fenomenica psicotica non sia troppo inondata da deliri e da allucinazioni che coprono come suoni il rumore di fondo del modo di essere schizofrenico". Questo

vuol dire “chiudere gli occhi” davanti ai sintomi positivi, dal momento che il "modo di essere propriamente schizofrenico (...) forse è più coglibile proprio in quelle forme *in negativo*, paucisintomatiche, afferenti ai tipi ebefrenici o simplex della schizofrenia. Forme, occorre dire, che mostrano più allo scoperto, rispetto alle forme deliranti, il nucleo autistico della schizofrenia”. Questa prospettiva, pur facendo correre il rischio di non riuscire a separare nettamente i “suoni” dal "rumore di fondo", ha il vantaggio di ricondurre alle qualità peculiari del mondo interno di ogni singolo paziente l’intera gamma della sua sintomatologia, “le manifestazioni produttive assieme alle caratteristiche negative; il *plus* assieme al *minus*; i deliri e le allucinazioni assieme alle modalità del ritiro” (Ballerini, 2002).

Per quanto riguarda l'omicidio da parte di un soggetto schizofrenico, si realizzano diversi passaggi nell'attività psichica che, in un certo senso, presentano delle interessanti analogie con i meccanismi che si ritrovano durante l'attività onirica.

Come dimostrano le ricerche, in questo disturbo, questi soggetti hanno una carente o assente attività onirica tale da impedire i consueti canali sublimatori delle pulsioni interne che, unita alla carente capacità di mentalizzare gli stati interni attraverso una funzione riflessiva, li espone inevitabilmente alla possibilità di realizzare concretamente le loro pulsioni interne attraverso meccanismi proiettivi che possono sfociare in un fatto-reato quale l'omicidio e che ripropongono nella realtà meccanismi relativi al fenomeno della condensazione che si ritrova fisiologicamente durante l'attività onirica.

Per quel che riguarda, in modo più specifico, la messa in atto di un comportamento omicidiario c’è da dire, per prima cosa, che sì la schizofrenia si associa ad un aumento del rischio di commettere omicidi, ma sappiamo anche che la maggior parte degli psicotici non compie crimini violenti, ma quando ciò accade si scatena nell’immaginario collettivo, nell’ opinione pubblica e nei media una serie di commenti basati su pregiudizi o false teorie (Marcassoli, 2010). In realtà le percentuali a tal riguardo sono molto variabili e vanno dall’8 al 45%. Tale differenza sembra giustificata dalla gravità della situazione e dalla diagnosi stessa, infatti la percentuale più alta di omicidi sembrerebbe commessa dagli schizofrenici paranoici (secondo classificazione DSM-IV) che sembrerebbero più inclini a commettere atti violenti (Giusti, 2009).

Secondo quanto sostenuto da Mantovani (1989), gli schizofrenici, se è vero che come tali non sono da ritenersi necessariamente pericolosi, è, tuttavia, incontestabile che possono in certi casi presentare anche un’elevata pericolosità sociale quale conseguenza della globale alterazione del rapporto fra il soggetto schizofrenico e il prossimo, ma anche dell’atteggiamento ostile ed emarginante della società. Quest’ultima constatazione sottolinea, quindi, quanto conta l’aspetto sociale come fattore aggravante di una condizione già di per sé delicata e, anzi, mira proprio a specificare che, molto

spesso, non è il soggetto psicotico/schizofrenico a rappresentare una “minaccia”, quanto piuttosto il pregiudizio che si ha verso di lui.

Nella prospettiva psicoanalitica, questo tipo di legame è spiegato partendo dalla premessa fondamentale che l’uomo è per natura antisociale per i suoi istinti libidici ed aggressivi.

La socializzazione è un processo secondario, derivato dalla necessità meramente utilitaristica di evitare l’angoscia per la riprovazione del Super-io.

Le carenze di sviluppo del Super-io costituiscono pertanto la causa prima dell’incapacità di controllo dell’impulsività e, quindi, della criminalità.

È da notare che tale visione è nettamente in contrasto rispetto al modello dello sviluppo della personalità proposto da Fromm (1951; 1955) secondo il quale i fattori sociali e culturali sarebbero fondamentali per uno sviluppo sano e completo della personalità. La relazione che lega individuo e ambiente è, dunque, una relazione complessa tanto che l’ambiente giocherebbe un ruolo determinante nello sviluppo stesso della malattia psichica individuale: una società “malata” può, addirittura, condizionare e portare alla malattia individui che nascono sani.

In tal senso, dunque, lo sviluppo della personalità, secondo Fromm, sarebbe composto da due dimensioni, una sociale, appunto, e una individuale e attraverso i meccanismi dell’assimilazione (assorbimento dall’ambiente) e della socializzazione (tensione verso un Tu) il soggetto arriverebbe ad instaurare relazioni positive con il mondo (Fromm, 1955) laddove masochismo, sadismo, distruttività e conformismo sarebbero, invece, i quattro fattori che turberebbero il processo di socializzazione che sarebbe produttivo solo quando guidato dalla ragione e dall’amore (Fromm, 1955; 1956).

In ambito psicoanalitico, come accennato sopra, una notevole importanza, nella genesi del delitto, è stata attribuita alla formazione del Super-io, ritenendo che nel delinquente sia spesso riscontrabile una carenza, debolezza o incompletezza di tale istanza, oppure un vero e proprio Super-io criminale, come accade per i soggetti appartenenti a gruppi devianti (Civitelli, 2009).

In rapporto ai diversi stadi di svincolo progressivo dell’Io dal controllo del Super-io è stata effettuata quella classificazione psicoanalitica delle dinamiche criminali a cui si fa di seguito riferimento (Civitelli, 2009):

1. **normalità o integrazione sociale**
2. **delinquenza fantasmatica**
3. **delinquenza colposa**
4. **delinquenza nevrotica**
5. **delinquenza occasionale o affettiva**
6. **delinquenza normale**

In base a quanto rilevato da Correra e Martucci (2006), della schizofrenia, in questo specifico settore di studio, la fase più rilevante è quella dei sintomi positivi in cui, si è visto, che i pazienti hanno una maggiore propensione agli atti aggressivi. Nella fase negativa, invece, possono essere commessi reati di poco conto.

La percentuale di crimini violenti commessa da soggetti schizofrenici, dunque, non sembra superiore a quella che caratterizza la popolazione generale, ciononostante è, tuttavia, possibile che soggetti affetti da tale patologia possano commettere atti violenti. A tal proposito sono state individuate delle fasi ben precise che caratterizzerebbero questo tipo di condotta, prima, però, è necessario precisare che tali comportamenti nascono da una condizione ben precisa. Nel delirio gli elementi iniziali di un pensiero, quello che “viene in mente”, nasce come “vero” e non è solo un elemento iniziale, ma un vero e proprio dato di fatto. Chi delira, quindi, perde completamente la dimensione della fantasia. Questa, infatti, è una funzione che esiste nel momento in cui la persona riesce a pensare a ciò che non esiste, ma non per questo lo sovrappone alla realtà, anzi coltiva le proprie fantasie con desiderio, con ambizione, con rimpianto, con divertimento o fascinazione personale. Nello schizofrenico tale capacità è completamente compromessa, realtà e fantasia sono totalmente sovrapposte e l'impossibilità di sublimare i pensieri negativi e angosciosi attraverso il sogno rende ancora più difficile arginare il delirio stesso (Pacini, 2010).

Questa impossibilità di distinguere tra realtà, fantasie e sogno è la stessa che si trova alla base dei comportamenti omicidiari, in cui domina un movente irrazionale conosciuto solo dalla mente di chi agisce e proprio sulla base di tali constatazioni sono state individuate le fasi presentate di seguito.

1. **sospensione del significato:** il soggetto vede le cose ma non ne percepisce il senso a causa della riduzione della salienza;
2. **senso di estraneità:** il soggetto si sente estraneo alla realtà che lo circonda fino a forme di derealizzazione;
3. **allargamento dell'alone semantico:** il soggetto inizia ad attribuire un significato allargato agli eventi;
4. **mutamento pauroso:** il soggetto opera un'interpretazione personale ai segnali esterni che non comprendiamo;
5. **concretizzazione:** il soggetto decide di agire uno stato d'animo, identificando uno specifico nemico, attraverso il meccanismo della condensazione ossia dell'inglobamento di una persona in un'altra.

Dall'analisi delle fasi appena esposte è evidente quanto già detto in precedenza circa la sovrapposizione tra mondo reale e mondo fantasmatico.

L'agire simili comportamenti non è legato a moventi reali, ma a moventi presenti solo nella mente

del soggetto schizofrenico e ciò rende ancora più complesso darne un'interpretazione e tutto ciò considerando che, molto spesso, è il soggetto stesso a non riuscire a dare una spiegazione del suo agito.

Come visto già sopra in questo stesso capitolo è, però, fondamentale specificare che il fatto di non riuscire a trovare un significato o di non riuscire a spiegarlo non vuol dire che non ci sia e questo vale anche per i comportamenti violenti e omicidiari. In altre parole, ciò che potrebbe sembrare una condotta priva di senso nasconde, invece, molto spesso, un significato sottostante che lo stesso soggetto schizofrenico non è in grado di dare, ma che comunque riconosce.

Uno strumento utilizzato con lo scopo di aggirare questo problema è la perizia psichiatrica. Essa viene richiesta nei casi in cui esiste il problema di stabilire quali siano le condizioni psichiche (normali/anormali) di un soggetto e, più specificatamente, quale sia la sua “capacità di intendere e di volere”. Tale capacità rappresenta, infatti, il requisito fondamentale perché un soggetto possa essere ritenuto responsabile dei suoi atti soprattutto allorché il soggetto rischia di essere imputato per avere commesso un reato e cioè un atto penalmente perseguibile. In assenza di responsabilità non è possibile dichiarare un soggetto imputabile. Per questo assume particolare rilevanza lo stabilire se, al momento in cui egli ha commesso una certa azione, era o meno in possesso di una piena o parziale capacità di intendere e di volere e cioè della facoltà di intendere appieno il significato e le conseguenze dell'azione e della facoltà di autocontrollo. La compromissione di tale facoltà è rilevante e significativa quando è provocata da uno stato di “infermità mentale” e cioè dalla presenza di una alterazione psicopatologica consistente quale può essere, appunto, una psicosi quale la schizofrenia (De Leo, 1995).

La perizia psichiatrica diventa, così, quel tentativo di ricerca di senso di un agito a cui non si sa dare una spiegazione lucida e/o consapevole, ma che pur tuttavia è presente e che può essere trovato scavando sotto la superficie della perdita di contatto con la realtà, delle allucinazioni e dei deliri.

La perizia psichiatrica, però, non ha e non potrebbe avere scopo terapeutico.

Proprio in virtù di questa constatazione, Bisio (1997) ha suggerito di agire seguendo i seguenti punti:

1. indagare come il soggetto ha ceduto ai motivi che su di lui hanno agito;
2. determinare perché quelli antagonistici non lo hanno inibito;
3. come il soggetto ha concepito l'azione sociale dalla quale si è ripromesso un interesse;
4. la preparazione e l'esecuzione del reato;
5. passare allo studio del comportamento per verificare come la personalità reagisce agli stimoli nelle varie condizioni.

PARTE SECONDA

**ATTIVITA' ONIRICA E PSICOPATOLOGIA CON PARTICOLARE
ATTENZIONE AL MECCANISMO DELLA CONDENSAZIONE NELLO
SCHIZOFRENICO**

Il lavoro onirico è un processo di fondamentale importanza, poiché trasforma il contenuto latente in modo tale da essere difficilmente riconoscibile nel contenuto manifesto. Esso è tanto più accentuato quanto più riprovevole è il desiderio latente o quanto più severe sono le esigenze di censura del Super-Io.

Per Freud i sogni erano “la via regia per conoscere l'inconscio” (1913) e, come visto nel capitolo precedente, rappresentano la forma che l'attività psichica assume durante lo stato di sonno. Più precisamente, sono allucinazioni che, a differenza di quelle osservate nelle malattie mentali, risultano perfettamente normali e non patologiche. Il sogno raccontato dopo il risveglio, quindi, è solo il risultato finale dell'attività psichica inconscia che ha luogo durante il sonno.

Numerosi sono gli studi che ancora oggi vengono portati avanti nel tentativo di capire qual è la funzione del sogno e, in realtà, non esiste ancora una risposta certa e definitiva, anche se, in linea di massima, tre sembrano essere le sue funzioni principali, che possono essere riassunte come segue:

1. **Memorizzazione**
2. **Simbolizzazione**
3. **Ristoro dell'attività mentale**

Il meccanismo della condensazione nel soggetto schizofrenico

Ma qual è la funzione e il significato del sogno nella psicopatologia? Che significato e che funzione assume e cosa succede nel caso della schizofrenia?

Per prima cosa c'è da dire che la psicopatologia della simbolizzazione è un settore di grande interesse, perché una caratteristica delle psicosi, in generale, e della schizofrenia, in particolare, è quella di non sapere distinguere fra il simbolo e la rappresentazione della cosa.

Gli studi che si sono occupati di questo argomento hanno rilevato come il delirio, caratteristica

principale degli stati psicotici, per costituirsi, usi, in realtà, gli stessi processi sopraindicati, processi che, come visto, sono tipici del sogno, ma, mentre un comune sognatore non ha alcuna difficoltà a ricordare i contenuti dei suoi sogni, un soggetto psicotico mette in atto una rimozione delle realtà (Federn, 1976).

In effetti tra sogno ed allucinazioni vi sono fortissime analogie: vengono vissute esperienze rimosse del passato, spesso del passato infantile; il sistema di collegamento delle idee è quello privo di tempo e di spazio tipico del sogno; il tipo di pensiero non è caratterizzato da un fluire logico e concatenato. Lo scopo del sogno, così come quello delle allucinazioni e dei deliri che le sostengono, è quello di creare una realtà fantastica che possa soddisfare dei desideri altrimenti irrealizzabili, anche se, come si vedrà più avanti, nel caso di soggetti schizofrenici tale soddisfacimento è assente e, anzi, ciò che ne emerge è una sorta di incubo perenne che può risultare persino più angosciante della vita ad occhi aperti.

In realtà, sebbene esista questa stretta analogia, non si hanno molte informazioni riguardo la funzione dei sogni nei soggetti psicotici e le osservazioni a disposizione si dividono, sostanzialmente in due parti.

La prima parte deriva da due casi clinici studiati da Freud. In uno di questi il sogno poteva essere considerato un tentativo da parte dell'Io di contenere e gestire gli episodi deliranti; un ultimo, estremo sforzo, di sfuggire alla psicosi che, però, nella maggior parte dei casi, è destinato a fallire. Nell'altro si è osservata, invece, una vera e propria inversione tra vita conscia e vita onirica: gli atti deliranti agiti durante la veglia venivano accantonati durante il sonno, con il sogno che si svolgeva in modo perfettamente sereno mettendo in luce una divisione dell'Io tra un funzionamento di tipo psicotico e uno di tipo nevrotico.

La seconda parte è quella che ha evidenziato come le psicosi di lunga durata abbiano una funzione onirica molto incerta e questo sembra essere vero soprattutto per gli schizofrenici che raramente sono in grado di ricordare i sogni che fanno o di raccontarli come tali. Altri casi sono quelli in cui non vi è una netta distinzione tra sonno e stati di veglia con la conseguenza di non riuscire a distinguere tra i due stati che, di conseguenza, vengono riferiti in modo sovrapposto e confuso. I sogni di questi pazienti risultano, quindi, privi di uno spazio proprio.

A queste due prospettive ne può essere aggiunta una terza secondo al quale anche gli psicotici sognerebbero regolarmente, ma si tratterebbe di sogni particolarmente drammatici e dal contenuto angosciante che causano un profondo turbamento in chi li fa. Secondo alcuni autori, tuttavia, questi sogni raramente si presenterebbero in psicotici conclamati, ma sarebbero, piuttosto, sintomatici di una fase prepsicotica come tentativo di sfuggire ad essa. Tali sogni potrebbero, quindi, essere anche interpretati come un sintomo prodromico della patologia stessa e, se così realmente fosse, su di essi

si potrebbe intervenire per arginare il dilagare del disturbo.

Appare, dunque, evidente che nei soggetti psicotici la funzione del sogno di preservare l'integrità dell'Io è completamente disattesa e il sogno non perde solo la sua funzione, ma anche il suo spazio fino a confondersi, negli stati estremi, con la realtà.

Quanto detto fin qui ci dice che i sogni comuni sono molto diversi dai sogni dei soggetti psicotici. Nel primo caso, infatti, l'Io rimane comunque padrone, mentre nel secondo caso all'iniziale disintegrazione dell'Io segue una sua ristrutturazione attraverso il delirio che rappresenta, quindi, la soluzione estrema per tenere in vita l'Io stesso. Il sogno finisce, così, per perdere la sua normale funzione.

Dunque, in mancanza di alternative che gli permettano di contrastare i deliri, l'Io dei soggetti psicotici non trova altra possibilità se non quella di organizzare un drastico cortocircuito tra le pulsioni interne (causa dei deliri stessi) e il mondo esterno. Questo processo assume la funzione di meccanismo di difesa con lo scopo di salvaguardare l'Io, senza, però, riuscire a fronteggiare in modo efficace gli attacchi psicotici, ma creando, piuttosto, un ulteriore circuito patologico in cui non si capisce più dove finisce il sonno/sogno e inizia la veglia e viceversa.

Si potranno, allora, distinguere due casi, uno in cui l'apparato tipico del sogno cede completamente lasciandosi attraversare da tutta l'eccitazione pulsionale del soggetto (psicosi acute) e l'altro in cui l'apparato del sogno non cede completamente, ma subisce comunque dei cedimenti ripetuti e continui portando a delle eccitazioni ripetute (psicosi croniche) (Racamer, 1976). In altre parole, nel primo caso il sogno perde completamente la sua funzione finendo per confondersi totalmente con gli episodi deliranti, senza poter più distinguere l'uno dagli altri. Nel secondo caso la fusione tra sogno e deliri non è completa, ma esistono ancora dei momenti in cui è possibile distinguere il sogno dagli attacchi psicotici. Tuttavia, anche in questo caso, i deliri riescono comunque a penetrare nel sogno, seppur in modo meno pervasivo, creando, ugualmente, un cortocircuito tra Io e funzione onirica, che solo in parte e solo occasionalmente riesce a svolgere il suo compito.

Alla luce di ciò è lecito supporre che la funzione dell'attività onirica sia quella di "coprire" l'eccitazione psicotica della realtà con un eccesso ulteriore di eccitazione che possa sovrastare quello a cui quotidianamente si è sottoposti (come affermare che il soggetto psicotico/schizofrenico urla invece di parlare con il comune tono di voce per coprire le stesse voci presenti nella sua testa).

Il fenomeno dei sogni è stato analizzato anche, in modo più specifico, nella schizofrenia.

Alla base di tale psicopatologia c'è un deterioramento dell'immagine del proprio Sé e della sua simbolizzazione, per cui il Sé sofferente perde la sua autonomia di fronte al mondo e si confonde con esso (Benedetti, 1986).

Secondo quanto rilevato da Freud (1913), nei sogni degli schizofrenici è presente, innanzitutto, la

formazione di neologismi, proprio come avviene quando sono svegli, ma particolarmente coinvolto sembra essere il meccanismo della condensazione che interessa sia l'aspetto delle immagini sia quello del linguaggio.

Come, infatti, lo stesso Freud (1913) precisa : “Il lavoro di condensazione del sogno risulta particolarmente chiaro quando si tratta di parole e nomi. Per Freud, infatti, ciò che unisce la schizofrenia e i sogni è, appunto, il linguaggio, ossia la peculiare modalità di impiego delle parole. In particolare, secondo il padre della psicoanalisi, nella schizofrenia le parole sono soggette alle stesse operazioni che caratterizzano i sogni, cioè al processo psichico primario. Tale processo è costituito, come visto, principalmente dai tre meccanismi della condensazione, dello spostamento e della sostituzione.

Per lo psicotico, dunque, il contenitore conta più del contenuto e ciò vale anche per l'aspetto immaginativo, sia cosciente che onirico. In quest'ultimo in particolare, le immagini-ricordo del sogno vengono deformate e falsate e, attraverso il meccanismo della condensazione, assemblate tra di loro in una forma nuova che, molto spesso assume una connotazione carica di angoscia e terrore, ma a differenza del sognatore “comune” vi è l'assoluta certezza che quelle immagini siano vive, vere, reali. Si tratta di ciò che viene definito “certezza delirante” che porta ad un'incapacità di distinguere tra sogno e realtà, tra ciò che è vero e ciò che non lo è, con la conseguenza di vivere in un continuo stato di angoscia perché ciò che si sogna (e che viene scambiato per reale) continua a perseguitare il soggetto anche nello stato di veglia, ma, proprio in seguito alla condensazione, e agli altri meccanismi del processo primario, finisce per fare ancora più paura non solo per la fusione di più immagini tra loro, ma anche per la connotazione emotiva/affettiva che tali immagini finiscono per avere nella mente dell'individuo. Si tratta, dunque, di contenuti assurdi e incoerenti che vanno a sommarsi alle allucinazioni causa di alterazioni cognitive e viscerali. Ne deriva una sorta di perenne regressione in cui il soggetto del sogno viene visto come un aggressore da cui non è possibile trovare scampo (Rocca & Stendoro, 2003).

Da ciò ne deriva che il sogno sperimentato dagli schizofrenici non è un sogno ristoratore che svolge le tre funzioni viste in precedenza, ma è una prosecuzione della realtà e con essa si concatena in una relazione circolare fatta di angoscia e delirio.

Secondo quanto sostenuto dalla Tussi (2009), la funzione della condensazione sarebbe, piuttosto, quella di dare corpo alle energie psichiche che attaccano l'Io durante il sogno e, proprio per questo, avrebbe una funzione adattiva e non regressiva.

Secondo Givens (2011), nella schizofrenia l'atto del dormire e il sogno sarebbero separati, per questo i soggetti schizofrenici, quando si trovano in fase REM (quella in cui tipicamente si sogna) vivrebbero, piuttosto, uno stato separato di coscienza con le caratteristiche del sogno, ma che sogno,

di fatto, non è. In altre parole, la schizofrenia sembrerebbe la realtà della veglia elaborata attraverso il sogno. Lo stato REM sarebbe, quindi, un generatore di realtà che crea tutti i tipi di percezioni tipiche della veglia, però a livello onirico, ma queste sono percezioni illusorie. Un paziente psicotico, in realtà, descrive se stesso come "essere intrappolato in una terra dell'illusione". Si sa, infatti, che parlando con i pazienti psicotici nei loro momenti più sani, non esitano a riconoscere la sensazione di vivere intrappolati in uno stato di sogno.

Quello che si può tracciare seguendo questo filone di indagine è che nella schizofrenia tutti i meccanismi di difesa vengono a cadere e questo non è vero solo per la vita "ad occhi aperti", ma anche per il sogno causando la caduta di ogni sorta di barriera tra la realtà e il mondo simbolico.

Secondo quanto sostenuto da Sullivan (1993) il processo onirico dei soggetti schizofrenici non mostrerebbe nessun elemento che farebbe pensare ad un funzionamento diverso da quello non patologico, dal momento che tale attività sarebbe solo "un adattamento singolarmente imperfetto [...] alle necessità della vita adulta".

Da quanto fin qui riportato è molto facile capire quanto complesso sia l'argomento trattato, argomento che non ha ancora trovato una sua dimensione definitiva e che ancora vede contrapposte diverse ipotesi teoriche e, nonostante i progressi fatti da Freud ad oggi, molto resta ancora da fare.

PARTE TERZA

UTILIZZO DEL LAVORO SUL SOGNO NELLA PRATICA TERAPEUTICA: METODOLOGIA E TEORIA DI RIFERIMENTO

I motivi per i quali, nel periodo recente, abbiamo assistito ad un ritorno d'interesse per i sogni come argomento di ricerca e strumento di intervento terapeutico nella psicoanalisi sono essenzialmente due. Da una parte le acquisizioni delle neuroscienze hanno gettato nuova luce sulle funzioni ed i meccanismi implicati nella produzione onirica, dall'altra una differente pratica clinica che risente delle posizioni degli psicologi del sé (Migone, 2006).

Sono molti gli autori che nel passato, anche recente, hanno cercato di dare una spiegazione sulla funzione dell'attività onirica. Frida Fromm-Reichmann, allontanandosi dal pensiero della psicoanalisi classica, riteneva che i sogni non sempre hanno la funzione di soddisfare i desideri (1950). Erich Fromm, nel suo "linguaggio dimenticato" sostiene che il sogno sia un linguaggio simbolico non mascherato, "un linguaggio nel quale esprimiamo un'esperienza interiore come se fosse un'esperienza sensoriale" (1951). Paul Lippmann sottolinea che le fonti di preoccupazione

esprese nell'attività onirica possano essere sia di origine sociale che elementi personali (1998). Edgar Levenson ha dimostrato che i sogni mascherano contenuti dolorosi dell'esperienza che possono essere compresi solamente attraverso il lavoro interpretativo nel setting analitico (1983; 1991).

Un aspetto estremamente interessante del sogno “è che ci permette di avere pensieri che non possono essere tradotti in parole. Sognare ci consente un pensiero extralinguistico, un pensiero che si estende oltre i confini del linguaggio” (Blechner, 2012).

Nel 1987 Bollas formula il concetto di “conosciuto non pensato” come coacervo di elementi non strutturati e perciò non pensabili, concettualmente simili agli elementi beta di Bion; allo stesso modo Stern (1997) definisce “l'esperienza non formulata” il continuo accumulo di sottoprodotti provenienti dalle nostre autobiografie nel loro incessante evolversi; si tratterebbe dell'inconscio implicito che esiste in relazione alle storie che raccontiamo, in relazione al linguaggio (Stern, 2003). In precedenza Harry Stack Sullivan affermò che “gran parte del materiale che siamo soliti chiamare rimosso è semplicemente non formulato” (Sullivan, 1940; Loiacono, 2007).

Questi concetti “implicano che i pensieri potrebbero essere espressi a parole, ma non lo sono. I sogni ci permettono di esprimere pensieri letteralmente indescrivibili, pensieri che non possono essere espressi a parole perché non abbiamo le parole per esprimerli. Ed ecco perché i sogni ci possono dire cose che nessuna libera associazione può dirci. Quindi il sogno permette alla mente di pensare senza i vincoli del linguaggio” (Blechner, 2012).

Blechner da una parte evidenzia la valenza del linguaggio come strumento di pensiero e comunicazione, ciò che Sullivan (1953) ha chiamato “il modo sintattico di pensare”, dall'altra lo vede come un limite espressivo che la funzione onirica può superare, “i sogni ci consentono di pensare l'impensabile” (Blechner, 2012).

Viene messo in discussione, secondo questo punto di vista, un principio base della psicoanalisi secondo il quale l'indicibilità simbolizzata dal sintomo nevrotico è causata dalla rimozione di rappresentazioni inaccettabili e perciò inesprimibili a causa dell'opposizione di istanze contrarie (senso di colpa, tabù culturali); “potrebbe darsi, piuttosto, che essi non possano essere espressi a parole perché coinvolgono concetti per cui non abbiamo termini nella nostra lingua” (Blechner, 2005).

Già Fromm parlava del sogno come del linguaggio dimenticato (Fromm, 1951), il linguaggio dell'affetto e dell'emozione, di ciò che a parole è inesprimibile. Come per Fromm vengono riedite le idee della psicologia umanistica ed i concetti di Jung come il sogno premonitore.

Un punto di vista interessante è quello proposto dalle neuroscienze con la teoria di Hobson e McCarley definita “ipotesi dell'activation-synthesis”. Il sogno viene descritto come una narrazione

sviluppata dai livelli superiori della mente su uno stimolo casuale di tipo sensoriale prodotto da un'attivazione intermittente del ponte, una struttura del tronco encefalico. In un processo che Blechner (2005) definisce come proiettivo, la mente infatti mostrerebbe un'immagine a se stessa e poi elaborerebbe una narrazione basata su di essa.

Fossahage (1983) ridefinisce i concetti di processo primario e secondario che ampliano ed approfondiscono i contributi descritti precedentemente sulla funzione e la modalità fattuale del lavoro onirico. Secondo il suo pensiero il processo primario è una modalità di funzionamento della mente che utilizza elementi sensoriali connotati da valenze intensamente affettive con finalità integrative e di sintesi. Mentre il processo secondario è una modalità concettuale e logica che utilizza il linguaggio per fini integrativi e di sintesi. “Questi processi sono da considerarsi come modalità diverse, ma complementari di apprendere, di rispondere e di organizzare il mondo esperienziale... Entrambi i processi sono operativi e si intrecciano nel corso dell'attività mentale (ad es. durante il sogno o la veglia), ma in proporzioni che variano a seconda del momento e della persona” (Fosshage, 1983).

Nella pratica clinica attuale molti analisti pongono in secondo piano l'interpretazione del sogno, concentrandosi sull'aspetto manifesto in quanto avente valore in sé, il concetto di fondo alla base di questo tipo di approccio descrive come il sogno non sia la via regia per conoscere l'inconscio ma per conoscere il funzionamento della mente.

Proprio per quanto sostenuto fin qui, secondo Fosshage non vi sarebbe alcuna differenza tra contenuto latente e contenuto manifesto nell'accezione freudiana classica, escludendo, pertanto, il processo di mascheramento e trasformazione nella formazione del sogno.

La difficoltà di cogliere il significato del sogno nella terapia sarà dunque data da un ricordo imperfetto, la diversità dello stato mentale in cui il sogno è stato prodotto, il linguaggio metaforico ed il setting intersoggettivo.

Non si ricerca, dunque, un significato nascosto, ma la metafora e la tematica sottesa alla produzione onirica e, in genere, tali tematiche includono le preoccupazioni reali del soggetto correlate a temi conflittuali primari e a schemi organizzativi della psiche.

Tutti questi elementi concorrono a far ipotizzare che “nei sogni vengono rappresentati direttamente gli aspetti della personalità” (Fosshage, 2005).

Conclusioni

Il lavoro qui svolto ha messo in luce un mondo, quello della schizofrenia, complesso e multifaccettato, che non si esaurisce con il diagnosticare il disturbo, ma che, anzi, trae proprio inizio dalla diagnosi.

Il soggetto schizofrenico, ancora oggi, spesso, oggetto di pregiudizio da parte della società, è molto più dei sintomi da cui è affetto. Dietro di questi, infatti, si nascono processi fisiologici e psicologici ancora in parte sconosciuti la cui difficoltà di studio e comprensione risiede sì nella natura dei sintomi stessi, ma anche nelle difficoltà che l'individuo ha di distinguere se e altro da sé, mondo interiore e mondo esteriore, realtà e allucinazione.

Come visto attraverso il dispiegamento delle tre parti che compongono la presente relazione, ciò che per l'uomo "mediamente nevrotico" ha dei confini ben definiti e, anzi, rappresenta una risorsa che permette di sfuggire e/o trovare sollievo da angosce e paure diventa, invece, per lo psicotico motivo di ulteriore disorientamento.

Il sogno non è più, quindi, funzionale al recupero delle energie psicofisiche, ma va collocarsi in continuità con la realtà finendo, persino, per confondersi con essa.

In questo quadro, ogni singolo tassello della vita del paziente schizofrenico assume un significato del tutto peculiare e questo vale anche per ciò che sembra non avere un significato come, appunto, i comportamenti violenti di cui si è parlato nella prima parte. In quest'ultimo caso specialmente lo scopo non è certo quello di trovare una giustificazione a ciò che comunque resta un reato, ma è legato, piuttosto, alla necessità di dare un contenuto ad un comportamento che altrimenti rimarrebbe "insensato".

Da quanto detto si può, dunque, ipotizzare che il soggetto affetto da schizofrenia abbia un'attività onirica compromessa, anche a causa dell'assunzione degli psicofarmaci che riducono la salienza (bloccanti i recettori dopaminergici), oltre che dalla natura della patologia stessa.

Si comprende come l'indagine dell'attività onirica attraverso gruppi terapeutici possa avere, da una parte, per soggetti affetti da schizofrenia, una funzione preventiva e trattamentale, permettendo un monitoraggio della sintomatologia; dall'altra, in gruppi di pazienti schizofrenici autori di reato, consentirebbe una prevenzione delle recidive e una possibilità di trattamento; questo può essere attuato attraverso un'elaborazione dell'azione violenta che possa favorire la mentalizzazione e, quindi, un'elaborazione dell'evento, favorendo, in altri termini, il passaggio da elementi beta non strutturati, e quindi passibili di acting, ad elementi alfa. Il lavoro sull'esperienza onirica potrebbe altresì consentire di individuare gli elementi prodromici allo scoppio psicotico consentendo di intervenire ancor prima di giungere alle conseguenze estreme di un crollo psicotico.

Sarebbe auspicabile, per fini di ricerca e successivamente di trattamento, organizzare un progetto volto ad indagare la casistica presente di soggetti

affetti da schizofrenia autori di reato.

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini, A. & Ballerini, A. (1990). *Affetti e delirio*. www.psychomedia.it
- Ballerini, A. (2002). *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Bollati Boringhieri.
- Barale, F. (2012). *Esiste davvero un legame tra autismo e schizofrenia?*. www.fondazioneveronesi.it
- Benedetti, G. (1986). Il pensiero figurativo, il sogno, l'immaginario e il simbolico. *Psicoterapia e scienze umane*, 3; 285-289.
- Bisio, P. (1997). *Un esame dei metodi peritali dagli anni '70 ad oggi*. www.altrodiritto.unifi.it
- Civitelli, S. (2009). La sociologia causale in criminologia. www.tesionline.it
- Corra, M. & Martucci, P. (2006). *Elementi di criminologia*. Bologna: Cedam.
- Cucchi, T. M. (2000). *Il simbolo Junghiano*. www.esonet.org.
- De Leo, G. (1995). *Manuale di psicologia giuridica*. Edizioni Led
- Di Mauro, C. (2013). *Aggiornamento dei disturbi mentali*. Neuromancer. www.camelodimauro.com
- Dizionario delle scienze psicologiche. *Condensazione*. Bologna: Zanichelli.
- Federn, P. (1976). *Psicosi e psicologia dell'Io (ristampa)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1913). *Totem e tabù. Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Milano: La Feltrinelli.
- Fromm, E. (1951). *Il linguaggio dei sogni*. Milano: Bompiani.
- Fromm, E. (1955). *Psicoanalisi della società contemporanea*. Roma: Mondadori.
- Fromm, E. (1956). *L'arte di amare*. Roma: Mondadori.
- Giordano, C. (2013). *Differenze tra DSM-IV-TR e DSM-5: disturbi dello sviluppo neurologico e spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici*. Psicologia per tutti.
- Giusto, G. (2009). *Trattato di medicina legale (vol.4)*. Milano: La Feltrinelli.
- Jung, C. G. (1976). *La dinamica dell'inconscio*. Torino: Boringhieri.
- Marcassoli, C. (2010). *Omicidio dello schizofrenico, omicidio nello schizofrenico: profili di imputabilità*. Atti XXIV Congresso nazionale della società italiana di criminologia. Como,

14-16.

- Pacini, M. (2010). Delirio e psicosi: manifestazioni e tipi di pensieri. www.psichiatriaedipendenze.it
- Perfetto, G. (2003). Allucinazioni. *Una prospettiva sulla psicofisiologia degli stati di coscienza*. Atti VII Congresso internazionale di studi sulle esperienze di confine. San Marino.
- Pietropaolo, M., Giannoudas, I., Testoni, f., Santini, M. L., Tittoni, M., Zanasi, M. (2011). *Studio pilota sull'attività onirica nei malati terminali: esiste un linguaggio comune?* www.aimgroupinternational.com
- Racamier, P. C. (1976). Sogno e psicosi, sogno o psicosi. *Revue Francaise de Psychoanalyse*, vol. XL, gen/feb.
- Rocca, R. & Stendoro, G. (2003). *Il potere curativo della procedura immaginativa*. Roma: Armando Editore.
- Scalini, L. (2010). *Sogni e psicoanalisi*. www.psichepedia.it
- Sullivan, H. S. (1993). *Scritti sulla schizofrenia*. Milano: Feltrinelli.
- Tussi, L. (2009). Schizofrenia e realtà. La denegazione e l'idealizzazione dell'altro. *Il dialogo - periodico di Monteforte Irpino*.
- Verde, A. (1991). *Perizia psichiatrica: problemi e difficoltà*. www.altrodiritto.unifi.it

SITOGRAFIA

- <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/43-fosshage.htm>
- <http://rivistapsicoterapia.wordpress.com/2013/05/15/analisi-e-creazione-del-significato-dei-sogni-prospettive-interpersonali-intrapsichiche-e-neurobiologiche/>
- <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt102-06.htm>
- <http://www.stefaniamarinelli.it/public/44.pdf>