

## **Il sogno nella psicoterapia individualpsicologica. Riferimenti recenti alle neuroscienze**

SECONDO FASSINO, CARLA GRAMAGLIA

*Summary* – DREAM IN INDIVIDUAL PSYCHOLOGY PSYCHOTHERAPY. RECENT RELATIONS WITH NEUROSCIENCE. In this paper are shortly considered recent neurophysiological and functional data about dream that include also its important role in consolidating memory. The dream would consent recollecting presymbolic and preverbal experiences, emotionally strong (stored in implicit memory), by their symbolization “even without recollection”, their pensability and their final verbalization. In Individual Psychology context, dream is considered as a link between dreamer’s problem and the aim that he/she pursues. Moreover, dream is discussed referring to action mechanisms of psychodynamic psychotherapy, of explicative formulation and of meaning moments. Finally we consider some addresses and clinical research developments about dreams, useful for new acquisitions about dream functions in psychotherapy. Adler’s hypothesis about dream function as an “ineffabile” communication-emotion and as a link between oneself and fictitious aim, past and future, are confirmed by recent neuroscience data. Talking about, in, with, dreams seems to be even more important than their cognitive interpretations; the emotional atmosphere of the dream, the implicit language of the oneiric set produce other and new – encouraging or discouraging – deep emotions.

*Keywords:* DREAM, INDIVIDUALPSYCHOLOGY, NEUROSCIENCE

I sogni sono stati centrali nella nascita e nell’evoluzione della psicoanalisi. La psicoanalisi sembra però essersi allontanata dai sogni quanto a ispirazione centrale, in parallelo all’allontanamento della cultura generale dai sogni e dalla realtà della *vita interiore* [29]. Tuttavia la cultura moderna postindustriale è trafitta dalla versione della “vita da sogno” in un modo che si sta solo iniziando a capire (per esempio, nella trasformazione di un antico interesse nello schermo interno allo schermo esterno). Lavorare con i sogni nella psicoterapia psicoanalitica era un’arte creativa e rivoluzionaria per i nostri progenitori: oggi lo è persino di più [29].

### I. *Acquisizioni delle neuroscienze già fruibili in psichiatria e psicoterapia*

Per cogliere i più recenti contributi delle neuroscienze alla funzione dei sogni è utile richiamare preliminarmente alcune acquisizioni neurobiologiche riguardanti personalità e memoria.

a) Secondo il *modello psicobiologico* [8], la memoria svolge ruoli fondamentali nella costruzione della personalità. Questa risulta costituita da due componenti fondamentali. La prima è il temperamento, cioè i tratti biologicamente determinati e geneticamente trasmessi che funzionano sulla base dei sistemi della memoria procedurale. Tali dimensioni interagiscono con le funzioni cognitive e le spinte motivazionali per produrre le risposte automatiche agli stimoli ambientali. La seconda componente è rappresentata dal carattere, ovvero l'insieme dei tratti della personalità basati sulle differenze negli autoconcetti verso se stessi, gli altri, il mondo. Si sviluppano e funzionano sulla base dei sistemi della memoria proposizionale e dichiarativa e producono le risposte cognitive agli stimoli ambientali [8]. Rilevanti sono le attinenze di questo modello con i concetti adleriani di schema appercettivo, sentimento di cooperazione, linea direttrice, etc.

b) Vi sono due forme principali di memoria, dalle caratteristiche ben definite [42]. Vi è una *memoria implicita, procedurale* caratterizzata dal non essere associata all'esperienza soggettiva interna di "stare ricordando qualcosa", né a un senso di se stessi o del tempo; inoltre è implicata nella creazione di modelli mentali e comprende varie forme di memoria: comportamentale, emozionale, percettiva e probabilmente anche somatosensoriale. I processi di registrazione non richiedono un'attenzione focalizzata e tale tipo di memoria è mediata dai circuiti coinvolti nella registrazione iniziale, indipendenti dal lobo temporale mediale/ippocampo. Vi è un'attivazione dell'amigdala.

Vi è poi una *memoria esplicita e dichiarativa* che è associata all'esperienza soggettiva interna di "stare ricordando qualcosa" e nel caso della memoria autobiografica è anche legata a un senso di se stessi e del tempo; comprende le forme di memoria semantica ed episodica (autobiografica). I processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un'attenzione focalizzata. L'immagazzinamento dei ricordi richiede il coinvolgimento dell'ippocampo. I ricordi selezionati entrano a far parte della memoria permanente attraverso processi di consolidamento corticale.

Per quanto riguarda memoria *procedurale* e *dichiarativa* in psicoterapia, nella relazione con il terapeuta si svela la modalità stereotipata, automatica ed abituale delle relazioni del paziente, plasmata dalle relazioni di attaccamento nei primi anni di vita. Queste configurazioni relazionali codificate nella memoria procedurale sono anche implicite perché operano al di fuori della coscienza [4]. La psi-

coterapia rappresenta quindi una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata. Prototipi preesistenti possono essere modificati da nuove interazioni – internalizzate dal paziente – con il terapeuta. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l'apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida esperienza affettiva del terapeuta adatta alla crescita del Sé e all'autonomia del paziente.

La teoria di Freud per la quale un processo primario è seguito da un processo secondario, corrisponde alla progressione da un sistema di memoria (procedurale) non concettuale, basato sulla tassonomia, a un sistema localizzato (ippocampo e corteccia) nel quale le memorie esplicite sono formate all'interno di contesti spazio/tempo [23]. Nel trattamento, il transfert ricorda il costrutto della teoria dell'apprendimento della generalizzazione e il codice non contestualizzato del sistema tassonomico: gli approcci ortodossi psicoanalitici hanno forse sovrastimato l'efficacia delle parole e dei vettori intellettuali nel ricercare i cambiamenti terapeutici [23]. Strategie non verbali potrebbero essere necessarie per raggiungere materiale che è archiviato nelle aree cerebrali dello sviluppo precoce che potrebbero essere inaccessibili alle parole [23].

c) Le teorie funzionali sul sogno sono diverse e divergenti, a partire da quella cosiddetta dei *rumori di fondo*. In questa ottica, le ipotesi dell'attivazione-sintesi [22] ritengono il sogno sostanzialmente non importante, privo di funzione. Per Staunton [43], le teorie sulla funzione del sonno REM e sul sogno, tra i quali c'è contingente relazione, restano distinte. Esse comprendono la facilitazione dell'immagazzinamento in memoria, l'apprendimento inverso, la maturazione anatomica e funzionale del cervello, il ripristino delle catecolamine e quello psicoanalitico (appagamento del desiderio o suo opposto). È possibile che ognuna di queste funzioni si stabilisca alle basi di un'altra, durante lo sviluppo della personalità. Dato che c'è una stretta correlazione tra il sonno REM e il sogno e poiché il neonato dorme ogni giorno 18 ore di cui 12 in sonno REM è utile riferirsi al neonato per capire la funzione primaria del sogno. Le due costanti nel processo del sogno sono, secondo Staunton, che chi sogna è sempre presente come osservatore in prima persona e che c'è sempre un setting topografico. La più importante funzione del sonno REM sembra essere lo sviluppo e il mantenimento di un senso di identità personale, attraverso la creazione di un ambiente in cui stare a intervalli regolari durante periodi prolungati di assenza dallo stato di veglia, all'interno di margini topografici. Attraverso l'ampia dimenticanza dei sogni fatti, il bimbo non deve subire il peso della necessità di un metodo elaborato di immagazzinamento di tali esperienze vicarie e bizzarre.

d) Vi sono altre teorie che sottolineano il ruolo del sogno nei processi di *consolidamento della memoria*, come avviene per il sonno [7, 33]: la memoria dichiara-

tiva o esplicita è connessa a processi consci; la memoria procedurale o implicita è connessa all'inconscio non rimosso, non legato a tracce cosce poi rimosse, quindi non esprimibile con simboli o parole.

Un terzo gruppo di teorie sottolinea la *funzione di ponte*: nuove connessioni tra frammenti di memoria situati in diverse aree cerebrali. Queste memorie così elaborate sarebbero utili al risveglio delle strategie di *problem solving*. Vi è poi il "memory processing": funzione adattativa cruciale del sonno REM per la sopravvivenza. Durante il sonno, quando i circuiti relativi agli input sensoriali esterni sono inattivi, si immagazzinano informazioni importanti e si scartano quelle che non lo sono. Infine, il "problem solving" [19, 37]: la ricerca di soluzioni a problemi che la mente nella veglia trova particolarmente difficili, anche evidenziando segni subliminali durante lo stato di veglia. Il sogno avrebbe dunque una funzione adattativa [12] correlata all'emozione e ha un ruolo nell'apprendimento e nel consolidamento della memoria.

e) Memoria implicita e inconscio precoce non rimosso, costituito da tracce che non sono mai state cosce né rimosse, hanno un ruolo specifico nei *processi terapeutici* [31]: il sogno può essere inteso anche come strumento per il recupero delle esperienze passate e per l'attivazione di funzioni inconscie, e non solo o non tanto per rendere coscio l'inconscio. La disattivazione di aree cerebrali prefrontali dorsolaterali e la parallela attivazione dell'ippocampo permettono il recupero di esperienze rimosse deposte nella memoria esplicita. Inoltre, l'inconscio non rimosso attiva l'amigdala e le aree parieto-temporo-occipitali; si ha dunque tramite il sogno un recupero di esperienze presimboliche e preverbal dalla forte carica emozionale (depositate nella memoria implicita) mediante la loro simbolizzazione – anche senza ricordo – la loro pensabilità e la loro finale verbalizzazione.

Esso permette un lavoro specifico di *pontifex* che unisce le esperienze più precoci dell'uomo collegate dalla sua memoria implicita ed esplicita all'attuazione degli affetti ed emozioni attivati dal transfert. Nel corso di un'analisi queste memorie sono infatti parti del transfert rese attuali nell'*hic et nunc* della relazione. Esse permettono un lavoro costruttivo e ricostruttivo della storia affettiva ed emozionale del soggetto, a partire dall'infanzia. Kandel [25, 26] ha suggerito che questo sistema di memoria strumentale possa costituire un "altro sistema inconscio" in grado di dare inizio o di guidare il comportamento, analogamente alle informazioni represses nell'inconscio dinamico, fatto cioè di tracce cosce rimosse. Egli ha anche aggiunto che si tratta di un sistema che non sembra passibile di recupero a livello coscio semplicemente interrompendo la repressione. Ha spinto la psicoanalisi a prendere in considerazione questi aspetti negli studi sui comportamenti motivati inconsciamente. La mente sfrutta (per la memoria e le funzioni cognitive) lo speciale stato fisiologico del cervello attivato che sogna. Come

rivelato da dati della PET, il cervello potrebbe fornire i meccanismi neurali per le operazioni mentali, come la funzione mnemonica di collegamento – *mnemonic matching function* – una funzione che potrebbe essere utile al sognatore nel momento in cui si confronta con i problemi della vita attuale. Questo è un concetto psicobiologico che contiene il razionale per promettenti approcci tecnici per il lavoro con i sogni in psicoterapia e psicoanalisi [36].

f) Coutts [9], tramite la revisione di studi neurofisiologici, propone un'articolazione interdisciplinare dei diversi approcci. Secondo l'*ipotesi della selezione emotiva*, i sogni sono modificatori e valutatori-test degli schemi mentali. Gli schemi sono strutture che comprendono i concetti: essi si interconnettono e si organizzano in reti complesse che modellano, per comprenderlo, l'ambiente fisico e sociale. Le reti degli schemi si evolvono. Gli schemi in generale concordano con i meccanismi neurali dei sistemi di consolidazione della memoria. Gli schemi aiutano l'individuo a trovare un adattamento all' ambiente sociale.

Gli schemi si articolano in un processo a due fasi, accomodazione e selezione, che si propone di aiutare un individuo ad adattarsi all'ambiente sociale. Durante il sonno, questo processo esegue un set di sogni con un contenuto sociale che gli schemi incorporano in modo provvisorio attraverso l'auto-modificazione. A causa della vasta interconnettività che esiste tra schemi sociali, tali modificazioni potrebbero introdurre conflitti maladattivi. Di conseguenza, un secondo set di sogni è eseguito nella forma di test-scenari per valutare le modificazioni dello schema eseguite dal primo set di sogni. Il processo sarebbe così sotto controllo le emozioni generate durante questi test sui sogni più tardivi. Se le modificazioni e le prove-tests precedentemente saggiate sono in grado di alleviare l'ansia, la frustrazione, la tristezza e di apparire emozionalmente adattive, potrebbero essere selezionate per restare in memoria. Le modificazioni evidenziate come negative dagli schemi esistenti potrebbero essere abbandonate o ulteriormente modificate e testate. L'amigdala è iperattiva durante il sonno REM e ipoattiva durante il sonno NREM. L'attivazione dell'amigdala durante la fase della selezione emotiva sarebbe essenziale per generare le emozioni necessarie per valutare i cambiamenti agli schemi che si ipotizza avvengano durante il sonno REM. Durante il sonno NREM il cervello si pensa che non valuti questi schemi, corrispondendo logicamente all'ipoattività osservata dell'amigdala. È plausibile che le fasi operino indipendentemente dal ciclo del sonno, per esempio che i test dei sogni possano avvenire durante il sonno NREM, o che le accomodazioni possano avvenire durante il sonno REM.

Sembrano evidenti alcune ricorrenze concettuali con l'Individualpsicologia: *schema appercettivo*, *espediente di salvaguardia e linea direttrice*. La teoria della selezione emotiva sarebbe in linea con la *prova aneddotica*, sostiene Coutts, che suggerisce che alcuni sogni presentano una direzione verso ulterio-

ri sviluppi della persona e con l'osservazione che i sogni contengono ricchi temi sociali.

## II. *I sogni nella Psicologia Individuale*

I sogni sono espressioni dello Stile di vita, della Personalità [2]. La legge fondamentale di entrambe le forme di vita, sonno e veglia è: “Il valore del Sé non deve mai essere sminuito”. Il concetto di conscio /inconscio non è contraddittorio, infatti conscio e inconscio formano una singola unità, al servizio del bisogno di autocoerenza. Inoltre, la soluzione dei problemi avviene mediante la progettazione del futuro. Il sogno è considerato un ponte tra il problema che ha il sognatore e la meta da lui perseguita: durante il sogno il soggetto si addestra alla realizzazione. Il Sé nel sogno cerca il conforto dell'immaginazione per risolvere il problema, seguendo due principali bisogni “avanti verso uno scopo” e “procedere verso una direzione”. Ogni individuo deve rappresentarsi il cammino che vuol seguire e formarsi opinioni sul suo senso della vita. Vi sono poi le metafore del sogno; nei sogni ci inganniamo con una soluzione solo apparentemente adeguata allo Stile di Vita del sognatore, ma inadeguata per il *senso comune*. Il sogno è una lotta verso la soluzione del problema attraverso una metafora: è il segno dell'inadeguatezza del Sé, una forma di autoinganno nell'interesse della meta (fittizia) individuale.

### a) *A cosa servono i sogni?*

Vi è uno scopo delle emozioni suscitate nel sogno. «Se veramente vogliamo scoprire il significato del sogno, dobbiamo trovare il significato che ha il fatto di non comprenderlo, o di dimenticarlo: forse il reale significato dei sogni è proprio quello che non devono essere compresi. Forse c'è un dinamismo della psiche che lavora per ostacolarci e quindi non è nei pensieri che ci inganniamo, ma nei sentimenti sorti dai pensieri e dalle immagini oniriche» (2, pp. 5-6). Il sogno ha la funzione di indurre emozioni utili all'azione: l'immagine onirica serve a produrre emozioni piuttosto che pensieri o ragionamenti. Infatti il solo ragionamento non potrebbe ingannarci intenzionalmente. Nei sogni elaboriamo immagini utili a far sorgere i sentimenti e le emozioni di cui abbiamo bisogno per il conseguimento dei nostri scopi, cioè per trovare una soluzione ai problemi con cui ci confrontiamo, in conformità al nostro stile di vita.

Nel tipico approccio finalistico adleriano, molti autori dell'Individualpsicologia si sono interrogati sullo scopo dei sogni [5, 32, 34, 44]. «Lo scopo del sogno è ottenuto attraverso l'uso delle emozioni e dell'umore, piuttosto che con la ragione e il giudizio» (2, pp. 5-6). Nel sogno c'è materiale “proiettivo”: il soggetto crede di riferire un evento oggettivo – come per i primi ricordi – senza accorgersi che il rac-

conto è in larga misura una sua creazione e quindi aperto all'interpretazione delle sue tendenze. Nel sogno non esistono simbolismi fissi, metafore e simboli possono essere usati a sproposito. L'interpretazione deve avvenire sulla base dello stato d'animo che lasciano dietro di sé: sono rivolti a rinforzare lo Stile di vita quando l'individuo è in contraddizione con la realtà, con il buon senso e con lo stile di vita. Inoltre, bisogna considerare che la relazione terapeutica cambia i sogni e i sogni cambiano la relazione. Il sogno per il terapeuta ha svariati scopi: ad esempio, permettergli una più completa comprensione del caso, servirgli come mezzo per aiutare il paziente a capire se stesso e a controllare la correttezza sulla "formulazione esplicativa" del paziente.

b) *Il sogno usa un linguaggio multimediale, in cui spesso significato e significante coincidono*

La ricostruzione di un sogno attraverso le parole è spesso un tradimento; magicamente grida, luci, colori, vibrazioni, movimenti, odori, caldo e freddo, risvegliano forti sentimenti ed emozioni [15]. Nei sogni c'è un intervento "registico" che, guidato dalla legge individuale di movimento, ordina la scenografia, le distanze prossemiche, le entrate, le uscite, gli interventi di personaggi; sono abolite le aristoteliche unità di tempo, di luogo, di azione. Lo spazio e il tempo onirici possono deformarsi, con sintesi e prolungamenti estranei al *senso comune*. Come al cinema tutto si svolge al presente, con l'illusione di vivere realmente quanto si sta svolgendo. I modelli interpretativi tipici del linguaggio articolato non sono applicabili al linguaggio onirico. Il sogno, come il cinema o il teatro, parla a modo suo, facendo riferimento a quei codici, ormai dimenticati, tipici della comunicazione infantile [15]. Punti di vista diversi e contrastanti – del regista, protagonista, scenografo, co-protagonista, attor giovane, etc. – sarebbero tuttavia rappresentati da altrettanti componenti del *Sé-Stile di vita*, mete finali, mete fittizie, in dialogo, in conflitto, etc. Col progredire dell'analisi le funzioni di spettatori prima e di regista poi sono condivise da paziente e terapeuta: esperienza in vivo del Sentimento di appartenenza e cooperazione.

Vi sono aspetti rappresentazionali del e nel sogno – metafora vivente come un "set cinematografico interiore" – in cui si possono svolgere giochi ricorrenti tra immagini, suoni, vuoti, sovrapposizioni, rappresentazioni, colloqui, soliloqui, dialogo interiore [14]: tra paure, affetti e difese, come poi nel transfert, momenti decostruiti e poi ricostruiti collegati alle esperienze preverbal e presimboliche dell'inconscio implicito, ma anche del Sé Creativo e della meta finzionale. Le emozioni trasmesse e condivise con il terapeuta nel *setting* favoriscono, più che le interpretazioni, la mentalizzazione e rendono percepibili – anche se non ricordabili, non dicibili – esperienze traumatiche, esperienze di vuoto, vissuti di deficit depositati nella memoria implicita. Queste lasciano tracce subliminali nel linguaggio, nel tono prosodico della voce o in altre forme espressive non verbali,

l'utilizzo del primo piano, dello sfondo, dell'arredo, di oggetti e *flash-back*. Come nel sogno riportato in tabella il terapeuta può essere coinvolto dal paziente – regista del sogno – nelle vesti di attore – colui che agisce – modi di fare e di essere prefiguranti nuovi modelli usufruibili per la vita da svegli.

Linguaggio senza parole e senza concetti?

«Dove manca la parola, là comincia la musica,... l'indicibile è il discorso sulla morte, indicibile perché su di essa non c'è nulla da dire... l'ineffabile è l'inesprimibile perché su di esso c'è infinitamente da dire... come per l'insondabile mistero di Dio... la musica non significa niente, ma l'uomo che canta è un luogo d'incontro di significati» (24, pp. 61-64), «forse il reale significato dei sogni è proprio quello che non devono essere compresi» (2, pp. 5-6).

Vi è il senso del non senso: l'indicibile e l'ineffabile. Indicibile è ciò che non può essere detto perché troppo doloroso, rimosso, dimenticato; ineffabile è quanto sperimentato quando la memoria non aveva ancora gli schemi *apperceptivi* né per *assimilarlo* né per *accomodarlo* e non può essere ricordato secondo gli aspetti dichiarativi, rimuovibili verbalizzabili: l'emozione non può essere detta, ma persiste, agisce e *disturba*.

Gli approcci analitici ortodossi hanno forse sovrastimato l'efficacia delle parole e dei vettori intellettuali nel ricercare i cambiamenti terapeutici. Se significato e significante, come nella musica, coincidono, strategie non verbali sembrano necessarie per raggiungere materiale archiviato nelle aree cerebrali dello sviluppo precoce, ineffabile e inaccessibile ai ricordi di pensieri e parole, oltre che troppo penoso per essere ricordato e discusso, cioè indicibile. Rispetto alle interpretazioni verbali, sembra decisivo ciò che il paziente sente, sia nel setting del sogno sia in quello *condiviso* con il terapeuta. È allora necessario che il terapeuta *senta* e *stia* nella relazione. Il sogno rivissuto nella narrazione – oltre che utile a spiegare e a comprendere più elementi dello Stile di Vita – favorisce di per sé una nuova relazione di attaccamento che è in grado talora di ristrutturare e riparare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata. Prototipi di attaccamento patologici possono essere modificati da nuove interazioni empatiche con il terapeuta, se internalizzate nel transfert anche senza parole. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l'apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida *ottimale* affettività e *affettuosità* del terapeuta [3], quasi la tardiva assunzione della funzione materna.

### c) *Utilizzo clinico dei sogni*

Il contenuto manifesto dei sogni può essere utilizzato come variabile indipendente per indagare il progresso clinico dei pazienti, con una finalità di incorag-

giamento, scoraggiamento, conferma o disconferma di sé: “Ecco come sei...vedi cosa fai”. Il materiale onirico può indicare miglioramenti o regressioni dal punto di vista clinico. Il transfert può presentarsi precocemente nei sogni, prima di raggiungere un’espressione conscia. Il controtransfert può divenire in prima battuta evidente nei sogni del paziente e pure del terapeuta, informando su sentimenti e atteggiamenti non ancora riconosciuti nei confronti del paziente [17, 18]. Molti clinici adleriani utilizzano il contenuto manifesto dei sogni come variabile indipendente per indagare il progresso dei pazienti. Sogno e psicoterapia condividono aspetti comuni quali la regolazione degli affetti e delle emozioni, la risoluzione di conflitti, la soluzione di problemi, la consapevolezza di sé, la consapevolezza delle proprie capacità e l’adattamento.

Le immagini oniriche riflettono quindi desideri e timori e veicolano emozioni, esperienze passate o recenti, meccanismi di difesa, modalità di percepire se stessi e gli altri, conflitti, problemi e tentativi di soluzione di questi. Come una “anamnesi proiettiva” il materiale onirico può fornire ulteriori informazioni rispetto alla psicodinamica del paziente. Se contestualizzato rispetto alla situazione clinica complessiva, il sogno è uno strumento informativo prezioso su linea direttrice, mete fittizie, Stile di Vita, costellazione familiare ed espedienti di salvaguardia. I sogni sono indicatori precoci di transfert, resistenza, imminenti crisi, *acting-out*, risoluzione di conflitti e processi decisionali. L’applicazione clinica del materiale onirico non è limitata all’analisi di lungo periodo, ma è fruibile anche in altri tipi di situazioni cliniche, inclusi il consulto singolo, la terapia *time-limited* e i contesti di *liaison*. La analisi dei sogni può quindi essere impiegata in diversi contesti clinici per supportare ed integrare la formulazione esplicativa psicodinamica propedeutica al Progetto terapeutico e alle ricalibrature di questo.

### III. Sogno e meccanismo d’azione della psicoterapia

I sogni, come per altro i primi ricordi, possono contribuire a convalidare diversi aspetti della linea direttrice dello Stile di Vita, formulazione sul senso, significato e direzione dei sintomi e disturbi del paziente. Questi processi per la costruzione del progetto terapeutico [13] sono stati di recente articolati in una procedura clinica denominata *formulazione esplicativa psicodinamica* [30]. Essa ha varie funzioni: la più importante è quella di riassumere i fattori psicodinamici che contribuiscono alle difficoltà attuali, fornendo una spiegazione, e ancor più una comprensione psicologica, di cause e scopi per cui quel paziente ha quel problema in quel determinato momento. Inoltre deve facilitare la predizione di ciò che potrebbe avvenire in futuro, come per esempio eventuali resistenze e risposte ai trattamenti; è il prodotto dell’interazione fra paziente e intervistatore e dipende dell’acume di quest’ultimo, ma anche del grado di difficoltà del paziente.

A proposito del meccanismo che rende efficace la psicoterapia dinamica, diversi studi hanno evidenziato le implicazioni delle neuroscienze sulla teoria del transfert [46]. Tuttavia un tempo si pensava che l'interpretazione di contenuti inconsci e lo smascheramento delle mete fittizie provocassero il cambiamento. Ora studi di *follow-up* svelano che i pazienti spesso non si accorgono e non ricordano neppure le interpretazioni [16]; molti cambiamenti avvengono nell'inconscio e sembra che il meccanismo d'azione principale sia nell'esperienza ripetuta di *un nuovo tipo di relazione* durante la psicoterapia che entra a far parte della memoria procedurale attraverso *momenti di significato* [25] esperiti nel *setting* durante la relazione con il terapeuta. Per la Psicologia Individuale l'agente terapeutico di cambiamento si colloca nell'esperienza relazionale in vivo di un nuovo sentimento di appartenenza e di cooperazione che si sviluppa da un attaccamento sicuro tramite il coinvolgimento empatico di paziente e terapeuta. C'è nel paziente un nuovo collaudo creativo della stima di sé: il terapeuta vive il paziente come persona meritevole di attenzione, impegno, apprensione e autonomia in un coinvolgimento relazionale ottimale che modifica entrambi; egli, inoltre, trasmette empaticamente fiducia verso una persona capace di sofferenza, di solitudine, di frustrazione, ma anche di iniziativa per un originale senso della propria vita (attivazione del Sé creativo evoluto che diventa più efficace a prendersi cura di sé).

Il lavoro clinico sui sogni consente talora di (ri-)attivare nel qui e ora l'atmosfera emotiva che questi indicano e producono nel *setting*, risultando così tra i principali produttori di momenti trasformativi. Il sogno ha delle implicazioni peculiari infatti riguardo ai *momenti di significato* che "rappresentano il raggiungimento di un nuovo assetto di ricordi impliciti, che consentono alla relazione terapeutica di progredire a un nuovo livello" [25] più adattativo rispetto ai sintomi. Il collaudo di nuove esperienze relazionali nel *setting* non richiede che l'inconscio diventi conscio, contrariamente a quanto si riteneva circa la natura dell'insight. I momenti di significato sono "capaci di produrre cambiamenti comportamentali tali da ampliare il repertorio di strategie procedurali del paziente tanto nei modi di fare che di essere". Le ipotesi della Psicologia Individuale sono da tempo focalizzate sulla funzione di cambiamento propria di stili relazionali sperimentati *hic et nunc* nel *setting* e trovano nelle acquisizioni neurocognitive importanti convalide. Rispetto alle ipotesi sulle interpretazioni verbali sui vissuti del paziente sembra quindi decisivo "l'essere con", "lo stare" nella relazione con il proprio paziente: il sentimento di appartenenza e cooperazione.

Nell'incontro regressivo col *deficit*, il sogno può attivare la *segreta forza motrice* [41], solo se il paziente non si sentirà punito, per quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per perdonarsi di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione. Perdonato, egli potrà perdonare se stesso. Durante que-

sto processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di un modello relazionale intrapsichico accettante il deficit. Questa esperienza autentica del deficit in terapia è vissuta dal paziente insieme al suo terapeuta, e non raramente nei sogni compaiono le avanguardie di tali nuove esperienze e momenti di significato. Nella paziente di cui alla *Tabella 1* l'emozione prodotta dal primo sogno ha segnalato la crescita notevole della disponibilità all'alleanza col terapeuta, come più avanti la forte impressione a constatare di essere desiderabile dal marito. La registrazione di questo sentimento di appartenenza e di cooperazione sperimentata vivamente nei sogni attiva non raramente quella *segreta forza motrice* del cambiamento.

*Il caso di Marianna: 45 anni, imprenditore, struttura fobico depressiva di personalità, padre assente, madre depressa alcolista trascurante, due figli di cui uno con disturbo grave di personalità.*

*Sogno a metà analisi:*

«In seduta, non nello studio, ma a casa dell'analista... conosco tutta la famiglia, figli, tanti bambini, gabbia con criceto o scoiattolo che girava in giostra. Mia mamma mi aspettava fuori alla fine della seduta, già arrabbiata, la facevo entrare, anche lei... (mia madre è sempre arrabbiata!). Appena sveglia ero molto meravigliata di essere accolta in casa così affettuosamente dal mio analista e ancor più della calma con cui accoglievo mia madre... Riflettevo poi ... sono quindi degna di essere accolta in casa da lui quindi sono anch'io in grado di accogliere... perdonare mia madre».

*Sogno a fine analisi:*

«Vivevo in un grande loft casa e ufficio... scendo le scale e assisto, non vista, ad un omicidio... due delinquenti mi vedono ...mi prelevano dal mio abitat per non tornare mai più a casa... avrei vissuto squallidamente... mio marito accetta... quasi una trattativa... si dà un gran da fare per salvarmi. Al risveglio: ma, allora mi vuole... sono fortemente stupita e impressionata della viva apprensione di mio marito per me...».

Tabella 1

#### IV. Ulteriori sviluppi della ricerca

Un problema della ricerca sul sogno è legato all'uso di tecniche di *imaging* per l'indagine delle funzioni cerebrali. La psicodinamica sembra avere aderito ai risultati delle recenti ricerche senza tuttavia domandarsi se questi portino chiarezza nell'irrisolta questione della dicotomia mente/cervello e se realmente

rispondano alle domande che gli psicoterapeuti si pongono. I sogni sono il correlato soggettivo dell'attività cerebrale durante il sonno REM, ma le teorie biologiche sul sogno hanno dei limiti in quanto possono, nel migliore dei casi, spiegare la sintassi del sogno, ma non si occupano della semantica, del significato, del contenuto e del vissuto del sogno, né dell'aspetto pragmatico che a questo compete, ossia della sua funzione [27, 36].

La maggior parte del lavoro empirico sull'utilità e l'efficacia dell'interpretazione dei sogni nella terapia individuale si è concentrato sul modello cognitivo-esperienziale di Hill et al. [21]. Vari studi hanno indagato se l'interpretazione dei sogni determini benefici unici per i pazienti che non potrebbero dunque essere ottenuti con altri interventi terapeutici: i risultati sono stati nel complesso misti [11, 21]. Sebbene alcuni autori riportino che il lavoro sui sogni permette un rapido accesso alle questioni essenziali per la vita del paziente (es. formulazione esplicativa) e fornisce un ambiente protetto che aiuta a superare le difese, altri autori invece non hanno riscontrato maggiori benefici dalle sedute coinvolgenti i sogni [35].

L'uso del contenuto dei sogni per studiare i cambiamenti dei pazienti nel corso del trattamento pone un problema rispetto agli strumenti da utilizzare in tale ambito di ricerca, per permettere una classificazione funzionale dei sogni allo scopo di facilitare la comprensione di psicopatologia, aspetti psicodinamici, struttura di personalità e di vari elementi del processo psicoterapeutico [17]. Oltre a vari studi che suggeriscono approcci più o meno arbitrari al contenuto onirico (anche da impiegare nelle relazioni col paziente come il Dream Interview Method, [10]) è stato proposto l'impiego della SCORS (Social Cognition and Object Relations Scale, [45]) come misura delle rappresentazioni interpersonali nella narrativa del sogno. La SCORS ha dimostrato attendibilità elevata come siglatura del T. A. T. e ha riconsiderato l'utilità stessa del Thematic Apperception Test (T. A. T.) come tecnica proiettiva nell'indagare le rappresentazioni mentali e i comportamenti interpersonali.

Due ambiti di ricerca sembrano particolarmente promettenti: il sogno studiato come indicatore di processo in psichiatria clinica e psicoterapia e il sogno come modello di patogenesi nelle psicosi.

a) Una ricerca, in corso di pubblicazione [1], esamina con lo SCORS i sogni di 16 soggetti con Anoressia o Bulimia, in trattamento in Day Hospital, di cui sono state rilevate le dimensioni TCI della personalità [8], EDI2 (valutazione psicopatologia alimentare e personalità) e STAXI (valutazione gestione rabbia).

La capacità di investimento emotivo è una delle 5 aree dello SCORS e valuta la misura in cui gli altri sono trattati come fini piuttosto che come mezzi e se gli

standards morali sono evoluti. Tale area correla significativamente con le seguenti variabili psicometriche: bassi livelli di rabbia, più alti punteggi di autotrascendenza, bassa inadeguatezza, bassa sfiducia interpersonale, attaccamento insicuro, buona qualità di vita percepita. Questi risultati confortano l'ipotesi di una funzione dei sogni in rapporto ad alcune dimensioni della personalità: sogni più espressivi sarebbero caratteristici di personalità meno compromesse, nel senso che sogni carichi di emozioni proteggono la personalità. Se un buon investimento emotivo nei sogni indica una buona funzione autoterapeutica dei sogni, bisogna che i terapeuti aiutino la paziente anoressica a gestire meglio la rabbia inconscia e a sviluppare quella parte del carattere che contiene le capacità di coping (accudimento di sé, in genere appreso dai genitori); così la paziente "farà sogni più utili" al proprio equilibrio psicologico.

b) Per quanto riguarda i sogni e le psicosi, recenti dati psicologici, topografici, elettrofisiologici e neurochimici sembrano confermare la similarità funzionale tra questi due stati. Scarone et al. [40] hanno misurato le bizzarrie cognitive su relazioni scritte e verbali di fantasie da svegli in 30 schizofrenici e in 30 soggetti normali di controllo. Sette tavole del T. A.T. furono somministrate come stimolo per suscitare fantasie da svegli e a tutti i soggetti partecipanti fu chiesto di registrare i propri sogni una volta svegli. Le bizzarrie cognitive erano significativamente inferiori nelle storie T. A.T. dei soggetti normali rispetto sia a quelle degli schizofrenici sia alle relazioni dei sogni di entrambi i gruppi. Le differenze tra i 2 gruppi indicano che, in condizioni sperimentali, la cognizione dei soggetti schizofrenici in stato di veglia condivide un grado comune di bizzarrie cognitive formali con le relazioni dei sogni di entrambi, soggetti controllo e schizofrenici. Questi risultati preliminari supportano l'ipotesi che il cervello che sogna potrebbe essere un utile modello sperimentale per la psicosi.

c) Diverse ricerche empiriche indicano come sia possibile impiegare la comprensione del sogno per operare cambiamenti concreti nella vita del sognatore [35].

I risultati sulle misure di insight e comprensione indicano che l'esplorazione del contenuto onirico può aiutare nei pazienti l'insight e lo sviluppo di migliore comprensione di se stessi, favorendo collegamenti-ponte tra il contenuto dei sogni e alcuni aspetti della personalità o della vita del sognatore. I punteggi ottenuti su misure come la qualità delle sedute e l'alleanza terapeutica confermano quanto precedentemente rilevato da Bonime [6]: l'interpretazione collaborativa del sogno, oltre a facilitare l'insight, contribuisce al coinvolgimento del paziente rispetto alla psicoterapia. Per esempio dopo una seduta in cui si è lavorato sui sogni può essere utile domandare al paziente cosa pensi di avere acquisito attraverso tale processo e quali cambiamenti desidererebbe apportare alla propria vita alla luce di quanto è stato discusso [20, 21].

## V. Conclusioni

La componente emotivo-affettiva della personalità, in riferimento a studi sia clinici sia neurofisiologici, sembra costituire il principale stimolo induttore del sogno, al posto o in combinazione con componenti del desiderio, come ritenuto dalle passate teorie psicoanalitiche. Rispetto al processo ed alla formazione del sogno, la sua importanza sembra pari a quella della memoria: studi di laboratorio sugli aspetti clinici psicofisiologici del sonno dimostrano infatti che il contenuto manifesto dei sogni è correlato alle situazioni conflittuali e problematiche della vita attuale del sognatore [36]. La funzione *pontifex* e di collegamento – *matching function* – per mezzo dell'emozione condivisa sembra collegare i problemi attuali ai ricordi di analoghi problemi del passato, immagazzinati nella rete nodale della memoria del sognatore, ma accessibili.

Il posto del sogno nella psichiatria si sta muovendo verso una posizione più interessante e preminente rispetto a quella occupata negli anni recenti, quando era considerato un sottoprodotto della fisiologia del tronco encefalico senza alcun intrinseco significato psicologico. Quell'atteggiamento che tendeva a ridurre l'interesse clinico, si era sviluppato in parte come reazione al prevalente e quasi esclusivo interesse legato alle teorie di Freud e di Adler come unica base per l'approccio teorico e clinico al sogno. Attualmente la disponibilità di nuove tecniche di neuroimaging insieme alla aumentata sensibilità della psicologia cognitiva, rende il sogno un soggetto ideale per l'esplorazione sperimentale della relazione tra mente e cervello. Questa, da sempre, è una questione cruciale per la psichiatria e ora anche per l'efficacia della psicoterapia. Una recente *review* [28] riporta le prove *neuroimaging* dell'efficacia della psicoterapia. Nel momento in cui cresce la nostra comprensione del sogno come prodotto integrato delle funzioni adattive di mente/cervello, il potenziale terapeutico per il lavoro clinico con il sogno sarà più chiaro.

Vi è attualmente una ricchezza di nuovi dati e interpretazioni teoriche che giustificano una rivalutazione dei più vecchi punti di vista. L'ipotesi di Adler [2] sulla funzione del sogno come comunicazione-emozione "ineffabile" – ipotesi questa rimossa dagli stessi studiosi adleriani, – insieme a quella riguardante la funzione di collegamento-ponte tra passato e futuro, ricevono piene conferme dalle più recenti scoperte delle neuroscienze [25, 31].

Rimangono tuttavia molte domande senza risposta e la ricerca è necessaria in entrambi gli ambiti, della mente (psicoterapie) e del cervello (*brain imaging*).

Il processo onirico nell'uomo può essere considerato un processo psicobiologico, dove l'esperienza soggettiva nella coscienza onirica della memoria e delle operazioni cognitive sono rese possibili dalle speciali condizioni psicofisiologiche pre-

sentì nella mente/cervello durante la fase REM e NREM e analoghi stati attivati del cervello durante il sonno [36]. Un dialogo ulteriore e profondo tra i dati ed i concetti clinici della psicoanalisi e delle neuroscienze cognitive potrà essere fonte di arricchimento reciproco.

La conversazione *sul, nel, col* sogno sembra più importante della sua interpretazione cognitiva; l'atmosfera emotiva del sogno, il linguaggio implicito del set onirico producono altre e nuove emozioni – incoraggiamento o scoraggiamento – più in profondità. La molteplicità e contraddittorietà dei linguaggi e dei discorsi nei sogni e la complessa condensazione di immagini e suoni invita al senso del non-senso: l'ineffabile e l'indicibile si intrecciano nell'atmosfera emotiva del sogno. Il sogno per la sua contiguità alle memorie implicite sembra denso di *momenti di significato* e di *segreta forza motrice*. La ricerca sui sogni accrescerà la conoscenza sui meccanismi d'azione della psicoterapia e della sua principale funzione di incoraggiamento di spiegazione e comprensione [38, 39] del Sé: *insight* ma soprattutto collaudo trasformante di più adattative e creative modalità di dialogo interiore [14] e interpersonale, nell'*incontro* autentico e transmotivante col terapeuta.

## Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., COMBA, E., GRAMAGLIA C., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2007, in Press), *L'uso dei sogni nella cura dell'anoressia nervosa*.
2. ADLER, A. (1936a), On the Interpretations of Dreams, *Int. J. Indiv. Psychol.*, 2: 3-16.
3. ADLER, A. (1936b), Prefazione al diario di V. Nijinsky, in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1981), *Adler e Nijinsky*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., 6.
4. AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., LOUIE, A., BAUMBACHER, G., McGUINNESS, T., SCHIFF, E. Z. (1996), Affect, Attachment, Memory: Contributions Toward Psychobiologic Integration, *Psychiatry*, 59: 213-239.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BONIME, W. (1962), *The Clinical Use of Dreams*, tr. it. *L'uso clinico dei sogni*, Boringhieri, Torino 1989.
7. CARTWRIGHT, R. D. (2004), The Role of Sleep in Changing Our Minds: a Psychologist's Discussion of Papers on Memory Reactivation and Consolidation in Sleep, *Learn Mem.*, 11: 660-663.
8. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
9. COUTTS, R. (2008), Dreams as Modifiers and Tests of Mental Schemas: an Emotional Selection Hypothesis, *Psychol. Rep.*, 102: 561-574.
10. DELANEY, G. (1991), *Breackthrough Dreaming*, Bantam Books, New York.
11. DIEMER, R. A., LOBELL, L. K., VIVINO, B. L., HILL, C. E. (1996). Comparison of

Dream Interpretation, Event Interpretation, and Unstructured Sessions in Brief Therapy, *J. Couns. Psychol.*, 43: 99-112.

12. EISER, A. S. (2005), Physiology and Psychology of Dreams, *Semin. Neurol.*, 25: 97-105.

13. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.

14. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.

15. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 3-34.

16. GABBARD, G. O. (2007), Psychotherapy in Psychiatry, *Int. Rev. Psychiatry*, 19: 5-12.

17. GLUCKSMAN, M. L. (2001), The Dream: a Psychodynamically Informative Instrument, *J. Psychother. Pract. Res.*, 4: 223- 230.

18. GLUCKSMAN, M. L., KRAMER, M. (2004), Using Dreams to Assess Clinical Change During Treatment, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 32: 345-358.

19. GREENBERG, R., KATZ, H., SCHWARTZ, W., PEARLMAN, C. (1992), A Research-Based Reconsideration of the Psychoanalytic Theory of Dreaming, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 40: 531-550.

20. HILL, C. E., DIEMER, R. A., HEATON K. J. (1997), Dream Interpretation Sessions: Who Volunteers, Who Benefits, and What Volunteer Clients View as Most and Least Helpful, *J. Couns. Psychol.*, 44: 53-62.

21. HILL, C. E., ZACK, J. S., WONNEL, T. L., HOFFMAN, M. A., ROCHLEN, A. B., GOLDBERG, J. L., NAKAYAMA, E. E., HEATON, K. J., KELLEY, F. A., EICHE, K., TOMLINSON, M. J., HESS, S. (2000), Structured Brief Therapy with a Focus on Dreams or Loss for Clients with Troubling Dreams and Recent Loss, *J. Couns. Psychol.*, 47: 90-101.

22. HOBSON, J. A., MCCARLEY, R. W. (1977), The Brain as a Dream State Generator: an Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process, *Am. J. Psychiatry*, 134: 1335-1348.

23. HUTTERER, J., LISS, M. J. (2006), Cognitive Development, Memory, Trauma, Treatment: An Integration of Psychoanalytic and Behavioural Concepts in Light of Current Neuroscience Research, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34: 287-302.

24. JANKELEVICH, V. (1961), *La musique et l'ineffable*, tr. it. *La musica e l'ineffabile*, Bompiani, Milano 1998.

25. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-524.

26. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Cortina, Torino 2007.

27. KRAMER, M. (2002), The Biology of Dream Formation: a Review and Critique, *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 30: 657-71.

28. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain – The Contribution of Functional Neuroimaging. *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.

29. LIPPMANN, P. (2006), The Canary in the Mind: on the Fate of Dreams in Psychoanalysis and Incontemporary Culture, *Am. J. Psychoanal.*, 66: 113-130.

30. MACE, C., BINYON, S. (2006), Teaching Psychodynamic Formulation to Psychiatric Trainees, Part 2: Teaching Methods, *Adv. Psych. Treat.*, 12: 92-99.

31. MANCIA, M. (2006), Implicit Memory and Early Unrepressed Unconscious: Their Role in the Therapeutic Process (How the Neurosciences Can Contribute to Psychoanalysis), *Int. J. Psychoanal.*, 87: 83-103.

32. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa di un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 11-26.
33. PALLER, K. A., VOSS, J. L. (2004), Memory Reactivation and Consolidation During Sleep, *Learn. Mem.*, 11: 664-670.
34. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Cortina, Milano.
35. PESANT, N., ZADRA, A. (2004), Working with Dreams in Therapy: What Do we Know and What Should we Do?, *Clin. Psychol. Rev.*, 24: 489-512.
36. REISER, M. F. (2001), The Dream in Contemporary Psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 158: 351-359.
37. REVONSUO, A. (2000), The Reinterpretation of Dreams: an Evolutionary Hypothesis of the Function of Dreaming, *Behav. Brain Sci.*, 23: 877-901.
38. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
39. ROVERA, G. G. (2008), Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito postmoderno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 129-148.
40. SCARONE, S., MANZONE, M.L., GAMBINI, O., KANTZAS, I., LIMOSANI, I., D'AGOSTINO, A., HOBSON, J. A. (2008), The Dream as a Model for Psychosis: an Experimental Approach Using Bizarreness as a Cognitive Marker, *Schizophr. Bull.*, 34: 515-522.
41. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. Z. Individualpsychologie*, 6: 90-99.
42. SIEGEL, D. J. (1995), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Torino 1999.
43. STAUNTON, H. D. (2001), The Function of Dreaming, *Rev. Neurosci.*, 12: 365-371.
44. WAY, L., (1956). *Alfred Adler: an Introduction to His Psychology*, tr. it. *Introduzione ad Alfred Adler*, Giunti-Barbera, Firenze 1969.
45. WESTEN, D., BARENDT, A., LEIGH, J., MENDEL, M., SILBERT, D. (1994), *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS). Manual for Coding Interview Data, Unpublished Manuscript*, Harvard University, Cambridge, MA.
46. WESTEN, D., GABBARD, G. O. (2002), Developments in Cognitive Neuroscience: II. Implications for Theories of Transference, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 99-134.

Secondo Fassino  
Dipartimento di Neuroscienze  
Università di Torino  
Via Cherasco, 11  
I-10126 Torino  
E-mail: secondo.fassino@unito.it