

I sogni nella psicologia clinica e nella psichiatria di *liaison*

DONATO MUNNO

Summary – DREAMS IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND LIAISON PSYCHIATRY. In this article we describe different approaches to the study of the unconscious mental life. In particular, we underline psychoanalytic, cognitive, and psychophysiological theories and we try to apply these different methods to the study of dreams. Besides, we try to correlate oneiric life to the physical and mental illness and their treatment. We analyse dreams in a group of patients of the consultation-liaison psychiatric service that assumes a particular importance both in the anamnestic, diagnostic and in the treatment phase. Results and implications of our study will be exposed

Keywords: DREAMS, CLINICAL PSYCHOLOGY, LIAISON PSYCHIATRY

I. Il significato del sogno secondo le principali teorie psicoanalitiche

Il sogno è l'attività mentale comune agli uomini di tutte le culture e di tutti i tempi, il cui significato è stato interpretato nei modi più disparati, da messaggi divini ad elaborazione di esperienze vissute. Secondo le teorie psicoanalitiche classiche, i sogni assumono significati differenti: desideri inappagati per Freud, rivelatori delle nostre origini arcaiche per Jung, espressioni della volontà di potenza per Adler.

Per Freud il sogno rappresenta il tentativo di appagare un desiderio sessuale infantile che si può manifestare in modo più o meno simbolico. Il desiderio sessuale incompatibile con l'attività dell'Io e, quindi represso, può emergere nei sogni soltanto in forma alterata in simboli, allo scopo di evadere dalla censura del preconcio, che è il mediatore fra l'inconscio e il conscio. Il sogno ha, perciò, la funzione di alleviare la tensione fornendo una compensazione illusoria di questi desideri proibiti e repressi e permettendo quindi alla persona di dormire. È frequente che il contenuto del sogno prenda spunto da esperienze reali di vita: anche

sogni di questo tipo hanno un significato sessuale nascosto (*contenuto latente*), che si trova al di là del *contenuto manifesto*, ovvero del modo in cui il sogno appare al sognatore. Il contenuto latente emerge dalle libere associazioni, dai ricordi e dagli atteggiamenti emotivi. La trasformazione dal contenuto onirico *latente* in quello *manifesto* viene prodotta da alcuni meccanismi specifici: la condensazione, lo spostamento, la drammatizzazione, la simbolizzazione e l'elaborazione secondaria [12, 17].

La Psicologia Individuale contrappone alla regressione ed alla soddisfazione di desideri infantili, sostenute da Freud, i concetti di “avanti verso uno scopo” e “procedere in una direzione”. Nella teoria di Adler si sottolinea il carattere progressivo e di crescita dell'evoluzione: ogni individuo deve crearsi una via da seguire e deve formarsi un'opinione sul proprio modo di essere e sul proprio senso della vita [1].

Il sogno è un metodo per trovare, mediante una rappresentazione metaforica, la soluzione ad un problema; il sognatore, essendo inadeguato a risolvere la situazione attraverso il senso comune, utilizza la forma comparativa “come se”: un autoinganno con l'obiettivo di facilitare il conseguimento della meta individuale. Il fine del sogno non viene raggiunto attraverso l'utilizzo di logica e giudizio ma attraverso emozione e umore. Infatti, il solo ragionamento non basterebbe ad *ingannare* chi sogna. Quando lo stile di vita entra in conflitto con la realtà e il senso comune, per preservarlo si ricorre a sentimenti ed emozioni provocate dall'uso di idee e visioni oniriche che non comprendiamo. Il Sé cerca nel sogno il conforto dell'immaginazione per risolvere un problema, la cui soluzione è ostacolata dalla carenza di sentimento sociale. Al centro di questo processo si pone l'importanza soggettiva del problema affrontato, che può spingere anche l'individuo più forte a cercare rifugio nel mondo onirico [1].

Anche secondo Adler il sogno rappresenta l'appagamento di un desiderio, ma si tratta di un desiderio di superiorità e di potenza volto alla compensazione di un sentimento d'inferiorità. Ogni individuo parte da una supposta inferiorità fisica o psichica per crearsi una meta fittizia, compensatoria. Il mancato raggiungimento di tale meta può favorire lo sviluppo di quadri di nevrosi o di altri sintomi. Pur considerando che ogni produzione onirica ha una componente esogena, questo presupposto ha un significato molto più ampio rispetto ai resti diurni di Freud, in quanto implica il bisogno di cercare una soluzione reale. Per Adler, quindi, i sogni manifestano l'appagamento di una tale meta attraverso simboli quali il volo, la caduta, ecc. Anche un sogno a contenuto sessuale manifesto, in questo caso può appagare una volontà di supremazia su un'altra persona. A differenza di Freud, per Adler i sogni e le fantasie non sono l'espressione dei desideri repressi, ma un messaggio che l'individuo si dà, sperimentandosi con i propri vissuti, in una situazione che è fittizia (il sogno stesso), ma che viene vissu-

ta come se fosse reale. L'analista adleriano dedica ampio spazio allo studio e all'interpretazione dei sogni e delle fantasie che sono la porta d'ingresso agli anfratti più profondi della mente e contribuiscono alla comprensione delle distorsioni della percezione del Sé e delle mete inconse. Freud interpreta il sogno come una coazione a ripetere subordinata al principio di piacere ancorato alle pulsioni primordiali, mentre in Adler la funzione immaginativa del sogno non è solo un processo di fantasia, ma un mezzo che in senso prospettico recupera le concezioni escatologiche classiche. Grazie alla memoria appercettiva del passato, l'individuo può sperimentarsi verso determinazioni future, oltre che vivere esperienze presenti. Le immagini mentali, essendo non solo un derivato della percezione, ma anche una costruzione soggettiva e unica per ogni individuo, sono distanti dalla realtà oggettiva e possono essere sia regressive che anticipatrici, in quanto rivolte a realtà possibili. In questo modo si sperimenta in modo inconscio il potere creativo di ogni individuo.

L'immaginazione onirica permette, attraverso l'addestramento a esperienze passate e future, di vivere potenziali sentimenti ed emozioni, cosicché durante il giorno le energie potranno essere convogliate verso gli obiettivi prefigurati. Secondo Adler quindi, esiste un principio dinamico: in questo senso il "sogno deve essere un prodotto dello stile di vita e deve contribuire a costruire e a rafforzare lo stile di vita", ed è, quindi, uno strumento attraverso il quale ogni soggetto si sperimenta verso obiettivi reali o ideali, si allena a recitare il proprio ruolo incoraggiando o scoraggiando specifiche linee finalistiche [3, 10].

La teoria dell'inconscio di Jung differisce da quella di Freud e di Adler e così anche dalla loro concezione dei sogni. Jung concorda nell'affermare che certe esperienze individuali del passato possono essere represses e che perciò parte dell'inconscio si compone di queste esperienze personali represses (inconscio personale). Tuttavia, egli sostiene che uno studio dei sogni prova chiaramente che in essi c'è del materiale che non proviene da esperienze personali, ma da strati mentali più arcaici la cui origine si può trovare soltanto nei nostri antenati e nelle esperienze della razza (inconscio collettivo) che si manifestano in immagini primordiali. L'inconscio collettivo influenza costantemente le nostre abitudini e il nostro comportamento, a nostra insaputa, perché è una componente determinante di tutte le esperienze. Le immagini primordiali, essendo arcaiche, sono regolate da processi differenti da quelli della mente conscia, sono irrazionali, illogiche e per gran parte amorali: "Esse producono i sogni, le fantasie irrazionali, appaiono sotto forma di emozioni primitive e di idee grottesche". Nella vita conscia tali immagini primordiali si manifestano sotto forma di "immagini archetipe" (l'Eroe, la Madre Terribile, l'Ombra, la Persona, l'Anima). Nei sogni il simbolismo spesso è strettamente correlato ai miti, tanto che Jung fa spesso ricorso ad essi come ausilio per l'interpretazione dei sogni. Pertanto i sogni non ci rivelano soltanto quali siano le forze primitive del nostro inconscio, ma anche qual

è la natura delle potenzialità che sono a nostra disposizione per affrontare le necessità della vita.

Ne consegue che i sogni esprimono un bisogno di compensazione e di realizzazione di ciò che è represso nella nostra vita conscia. “Il principio più importante dell’analisi dei sogni è la funzione compensatrice dell’inconscio in relazione al conscio”. I sogni, perciò, non sono interpretati secondo il principio di causalità come avviene in Freud (origine, appagamento di desideri infantili, complessi), ma secondo il principio della finalità: ci dicono dove ci sta conducendo l’inconscio e ci indicano la nostra via [12].

II. *Ipotesi psicofisiologica*

Mentre i contenuti dei sogni vengono indagati da molto tempo, le cause e le modalità di formazione dei sogni sono oggetto di studio a partire dal secondo dopoguerra. Tramite la registrazione contemporanea dell’attività elettrica cerebrale mediante EEG e dell’attività somatica (muscolare e oculare), è stata identificata una fase di sonno definita la fase REM (*Rapid-eye-movement*). Tale fase pare essere la sede preferenziale dell’attività onirica. Infatti, risvegliando un soggetto in questa fase di sonno, si ottiene una descrizione del sogno più dettagliata che non risvegliandolo in una fase non-REM. Sono stati effettuati importanti studi sul sogno correlati con la maturazione dei processi cognitivi.

Dall’attività onirica rudimentale dei bambini di età compresa fra i due e i cinque anni, prevalentemente composta da immagini statiche, i sogni assumono una struttura narrativa con il trascorrere degli anni fino a diventare astratti verso i tredici anni, età in cui compaiono i simbolismi e aumenta la componente verbale. Il sogno risulta associato a variazioni di parametri fisiologici quali temperatura corporea, battito cardiaco, pressione arteriosa, secrezione di acidi grassi e catecolamine [5].

III. *Il sogno nella psichiatria di liaison*

Nel corso di patologie organiche è comune il riscontro di disturbi del sonno e di variazioni nella qualità e nella quantità dei sogni in relazione alla fase di malattia e delle ripercussioni di essa sull’individuo.

I sogni, infatti, possono riflettere, secondo alcuni autori [14], la presenza di una patologia concomitante, possono causare o far precipitare una malattia organica e possono anche essere un segno sia di conflitti psicologici che di tratti di personalità che possono influenzare lo sviluppo di una malattia organica (le cosiddette

dette malattie psicosomatiche) [15]. Ad esempio, pazienti con malattie gravi spesso sognano la morte e tali sogni sembrano correlarsi ad una peggiore prognosi nei pazienti con disturbi cardiaci, indipendentemente dalle condizioni cliniche [14].

IV. I trapianti d'organo e i sogni

Nei pazienti sottoposti a trapianti d'organo la qualità del sonno risulta bassa indipendentemente dal successo del trapianto e risulta alta la frequenza di disturbi del sonno, che paiono legati all'importante comorbidità medica ed alle problematiche psicologiche connesse al trapianto. Riguardo al contenuto dei sogni, pare che essi aiutino l'adattamento psicologico all'organo trapiantato.

V. Le malattie neurologiche e i sogni

Nelle malattie neurologiche vi può essere il riscontro di cambiamenti nella frequenza e nella qualità dei sogni che, in tal modo, riflettono il danno neurologico.

Negli eventi cerebrovascolari, soprattutto se si associano lesioni parieto-occipitali posteriori, si può perdere la capacità di richiamare il sogno alla memoria ed in particolare la sua componente visiva. Una lesione nell'emisfero destro può essere associata ad un *deficit* della "visual imagery", mentre lesioni all'emisfero sinistro possono portare a perdita della struttura e del contenuto narrativo dei sogni [13, 16].

Danni a livello del lobo frontale possono produrre una difficoltà nel ricordare i sogni [14]. Un'altra area coinvolta nel riportare alla memoria i sogni risulta essere a livello del lobo temporo-mediale (corteccia rinoippocampale), come descritto in un recente studio su pazienti epilettici a confronto con controlli sani [9].

In letteratura sono numerosi gli studi relativi al sonno ed ai sogni nei soggetti affetti da Morbo di Parkinson. Il disturbo più frequente sembra essere il *Rapid Eye Movement Sleep Behaviour Disorder (RBD)*, caratterizzato da perdita della normale atonia muscolare durante la fase REM associato a sogni dal contenuto aggressivo. È presente nel 30% dei pazienti con Parkinson, mentre nella popolazione generale anziana la frequenza di tali disturbi si aggira intorno allo 0,4% (4,11). L'RBD è risultato essere un fattore predittore della diagnosi di Morbo di Parkinson di alcuni anni ed è correlato ad un maggiore rischio di deterioramento cognitivo [2]. Gli stessi autori affermano che la qualità dei sogni dei pazienti affetti da morbo di Parkinson peggiora qualora essi vengano trattati con levodopa. In particolare, il 30% circa dei pazienti manifesta incubi, terrori notturni e sogni vividi.

Nei pazienti con epilessia, i disturbi del sonno sono frequenti ed è difficile differenziare i casi di disturbi motori dagli attacchi epilettici durante il sonno. Ad esempio, le distonie parossistiche notturne spesso espressione dell'epilessia del lobo frontale, sono state a lungo non riconosciute come crisi epilettiche, ma come disturbi associati al sonno. Inoltre, è difficile differenziare l'epilessia del lobo frontale dai disturbi del sonno REM [7]. Per quanto riguarda l'epilessia del lobo temporale, risulta associata a disturbi della capacità di sognare, a incubi ricorrenti, a sonnambulismo e a confusione al risveglio [14, 19].

VI. *Le malattie neoplastiche e i sogni*

I disturbi del sonno si riscontrano nel 40% circa dei pazienti affetti da neoplasie. In particolare, i più frequenti risultano la sindrome delle gambe senza riposo (41%), insonnia (31%) e ipersonnia (28%). Uno studio longitudinale, condotto su 982 pazienti afferenti a strutture specializzate nei trattamenti dei tumori, ha rilevato che, nel 48% dei casi, l'insonnia è esordita entro sei mesi dalla diagnosi e in prossimità dell'intervento chirurgico [6].

Altri studi descrivono i fattori implicati nel favorire la comparsa dei disturbi del sonno, quali il dolore e altri sintomi secondari alla malattia neoplastica, gli effetti collaterali delle terapie e le condizioni psicologiche del paziente [8, 18].

Nelle patologie neoplastiche i sogni risultano strettamente correlati alla consapevolezza di malattia e giocano un ruolo fondamentale fornendo elementi relativi ai progressi terapeutici e allo stato della condizione neoplastica. I processi di malattia e le condizioni organiche possono quindi apparire in sogno prima e dopo la comparsa dei sintomi fisici. Il sogno, in questo caso, fornisce quindi una "strada reale" per comprendere la malattia somatica, rappresentando in modo simbolico, ma attendibile, lo stato, il tipo e la localizzazione del tumore. Ogni singolo sogno può essere scatenato da una situazione di crisi connessa alla memoria precoce traumatica.

VII. *Ricerca: materiale e metodi*

Il nostro lavoro si propone, senza pretese di validità statistica, come studio clinico per indagare un'eventuale correlazione fra patologia e tipologia di sogno e a tal fine abbiamo formulato un questionario costituito da dodici domande a risposta multipla e due domande aperte. È stato somministrato, al *baseline*, a pazienti afferenti al *Servizio di Psicologia Clinica e di Psichiatria di Liaison del Dipartimento di Neuroscienze dell'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino*, nel periodo compreso fra il mese di luglio e il mese di settembre 2007. Il questiona-

rio comprende una prima parte per la raccolta di dati sociodemografici e clinici (età, sesso, scolarità, reparto di ricovero, diagnosi medica, diagnosi psichiatrica, terapia psicofarmacologica). Ogni domanda indaga le caratteristiche e i contenuti dei sogni esperiti sia prima che dopo l'insorgenza della malattia internistica o dell'effettuazione dell'intervento chirurgico.

Sono stati inclusi 42 pazienti: 32 (76%) ricoverati nei reparti di Medicina Generale e 10 (24%) sottoposti a trapianto d'organo. 17 dei 32 pazienti ricoverati nei reparti di medicina generale e tutti i 10 pazienti trapiantati hanno completato il questionario.

Dei 15 pazienti (47%) che hanno rifiutato, 9 erano in stato di sedazione o in condizioni cliniche gravi tali da non permettere un colloquio con essi, 3 hanno riferito di soffrire di insonnia e i restanti 3 non ricordavano i loro sogni. Inoltre, la comorbilità per disturbi psichiatrici comprendeva Disturbo Depressivo Maggiore (54%), Psicosi NAS (20%), Demenza (26%).

Dei 17 pazienti (53%) che hanno completato il questionario, 6 hanno effettuato un periodo di degenza nel reparto di Medicina Generale, 7 in Neurologia, 3 in Chirurgia Generale e 1 in Dietetica e Nutrizione Clinica. La comorbilità per disturbi psichiatrici comprendeva Disturbo Depressivo Maggiore (52%), Disturbi d'Ansia (24%), Disturbi di Personalità (12%) e Psicosi NAS (6%). Un solo paziente (6%) non ha presentato alcuna patologia psichiatrica.

Dei 10 pazienti sottoposti a trapianto d'organo, 7 (70%) sono stati trapiantati di rene, 2 (20%) sottoposti a trapianto di fegato e 1 (10%) di midollo. È emersa comorbilità per disturbi psichiatrici (episodio depressivo maggiore) nel paziente sottoposto a trapianto di midollo.

VIII. *Ricerca: risultati*

I dati del questionario, completato dai 27 pazienti (64%), ci hanno permesso di valutare:

- 1 eventuali disturbi del sonno, presenza di incubi, variazioni nella frequenza e nell'intensità dei sogni, sia prima che dopo la malattia/trapianto;
- 2 influenza degli avvenimenti quotidiani sul contenuto dei sogni;
- 3 analisi dei contenuti dei sogni;
- 4 valore intrinseco attribuito ai sogni.

1. Per quanto riguarda i dati sui disturbi del sonno, 12 (70%) dei 17 pazienti ricoverati nei reparti di medicina generale hanno presentato disturbi del sonno (insonnia iniziale e di tipo misto), mentre 4 (40%) dei 10 pazienti sottoposti ai trapianti

ti hanno presentato insonnia iniziale. Interrogato il campione sulla frequenza dei sogni prima e dopo l'intervento, le risposte fornite dai pazienti della medicina generale non rilevano variazioni significative. Fra i pazienti trapiantati si è evidenziato che 2 (20%) di essi, che non sognavano mai prima del trapianto, hanno iniziato a farlo dopo e altri 3 (30%) hanno smesso di sognare dopo il trapianto. Considerando l'eventuale presenza di incubi, i pazienti della medicina generale ne dichiarano una bassa percentuale sia prima che dopo la malattia. Fra i pazienti trapiantati, soltanto 2 (20%) riportano una maggiore incidenza di sogni angosciosi dopo l'operazione.

2. Alla domanda di quanto gli avvenimenti quotidiani influiscano sul contenuto dei sogni, 12 (70%) dei 17 pazienti ricoverati nei reparti di medicina generale ritengono che ciò che accade nel corso della giornata influenzi i contenuti dei loro sogni. Anche fra i pazienti trapiantati, 5 (50%) ritengono che gli eventi quotidiani si riflettano intensamente nei loro sogni.

3. Raccogliendo le informazioni riguardanti i contenuti dei sogni dei 17 pazienti ricoverati nei reparti di medicina generale, i temi prevalenti comprendono: nel 24% morte, nel 18% sensazione di impotenza, nel 12% rispettivamente derealizzazione, minaccia e nostalgia, nel 6% rispettivamente aggressività, amore, malattia e evasione. Nella casistica dei pazienti sottoposti a trapianto d'organo, il 30% sogna la morte, il 20% presenta contenuti legati alla malattia, alla minaccia della propria incolumità o a sentimenti di impotenza.

4. Per quel che riguarda il valore attribuito ai sogni, il 99% dei pazienti ricoverati nei reparti di medicina generale, ritiene che essi non siano d'aiuto per risolvere i problemi o i conflitti quotidiani. Nella casistica dei pazienti sottoposti a trapianto d'organo, il 10% dei pazienti riferisce che i suoi sogni hanno assunto una diversa valenza successivamente al trapianto. Nel medesimo campione, il 50% dei pazienti afferma che l'attività onirica non possa essere d'aiuto nella risoluzione delle problematiche quotidiane, mentre il 30% sostiene che i sogni possano fornire consigli utili per affrontare i problemi.

IX. Conclusioni

L'analisi dei risultati evidenzia disturbi del sonno in entrambi i gruppi dei pazienti. Mentre i disturbi del sonno risultano prevalenti fra i pazienti ricoverati nei reparti di medicina generale, gli incubi e i sogni dai contenuti angosciosi sono più presenti fra i pazienti sottoposti al trapianto d'organo. Possiamo ipotizzare che nel primo caso ciò sia prevalentemente attribuibile ad alterazioni dei meccanismi psicofisiologici del sonno e nel secondo caso si possa ricondurre alle componenti emozionali reattive alla presenza e all'accettazione del nuovo organo.

La maggior parte dei pazienti di entrambi i gruppi concorda nel ritenere che i contenuti dei sogni derivino dalle attività quotidiane, ma non ritiene che l'attività onirica sia d'aiuto nella risoluzione dei problemi, né fornisca elementi per predire l'avvenire.

Se esaminiamo il contenuto dei sogni di entrambi i gruppi, i temi predominanti risultano quelli inerenti a pensieri di morte e di malattia. Ciò che pare interessante è che non compaiono sogni con tematiche di speranza né sogni progressivi risolvitori la malattia.

Infine, è opportuno ricordare che i risultati sono specchio di un piccolo campione e che il ricordo del contenuto del sogno raccolto da uno psicologo "sconosciuto" in un singolo colloquio potrebbe essere diverso da quello raccolto nel contesto di una psicoterapia. Tuttavia è possibile ritenere che la comorbidità alteri l'attività onirica consentendoci di ipotizzare che il funzionamento dell'inconscio e la produzione onirica variano col passaggio dallo stato di salute allo stato di malattia psichica e fisica e che le teorie psicodinamiche dei sogni siano valide solo per patologie psichiatriche "pure" e non per quadri patologici più complessi.

Secondo la teoria adleriana possiamo formulare le seguenti osservazioni:

- un individuo sia sano sia malato per potersi orientare ha bisogno di ricorrere a finzioni per costruire una propria visione del mondo e, quindi, della propria vita e, nelle situazioni di incertezza, tali finzioni divengono imperative o agiscono nell'inconscio;
 - la meta finale si manifesta sia a livello conscio che inconscio, ma il soggetto non ne comprende il significato;
 - il sogno è in sintonia con lo stato di veglia;
- l'inconscio è una parte del conscio non compresa pienamente senza riuscire a formulare concetti chiari;
- il Sé cerca nel sogno l'aiuto dell'immaginazione per risolvere un problema, la cui soluzione è ostacolata dalla carenza di sentimento sociale o da malattia. Se il problema è molto grave non si sogna e si rinuncia a questa possibilità d'aiuto;
 - considerato il carattere progressivo dei sogni, secondo Adler, l'assenza di essi può essere indicativa o della capacità di affrontare i problemi o del fatto che essi siano stati dimenticati quando sono in contrasto grave con le convenzioni sociali o quando sono inattuabili per la malattia;
 - emergono pochi sogni articolati intorno a tematiche d'inferiorità d'organo o sentimento di inferiorità (4 pazienti) e nessun sogno con contenuti di volontà di potenza.

Ci proponiamo di replicare questi risultati in un campione più numeroso, indagando le comorbidità psichiatriche nei due gruppi di pazienti per proseguire la

ricerca, confrontando pazienti affetti da patologie internistiche e chirurgiche, per evidenziare eventuali differenze nel sonno e nei contenuti dei sogni. L'intento finale consiste nel ricreare nella clinica psicologica, psichiatrica e medica una verifica e un'attualizzazione della teoria adleriana.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. ARNULF, I., LEU, S., OUDIETTE, D. (2008), Abnormal Sleep and Sleepiness in Parkinson's Disease, *Curr Opin. Neurol.*, 21: 472-477.
3. BARBONI, S., MUNNO, D. (1985), "I sogni negli schizofrenici. Alcune considerazioni secondo la Psicologia Individuale", *Atti del XVIII Congresso nazionale SIPM*, Bologna.
4. BOREK, L. L., KOHN, R., FRIEDMAN, J. H. (2006), Phenomenology of Dreams in Parkinson's Disease, *Movement Disorders*, 22: 198-202.
5. CASSANO, G. B., PANCHERI, P., PAVAN, L. (1999), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
6. DAVIDSON, J. R., MACLEAN, A. W., BRUNDAGE, M. D., SCHULZE, K. (2002), Sleep Disturbance in Cancer Patients, *Soc. Sci. Med.*, 54: 1309-1321.
7. EISENSEHR, I., SCHMIDT, D. (2005), Epilepsy and Sleep Disorders, *MMW Forschr. Med.*, 17: 54-57.
8. ENGSTROM, C., STROLH, R., ROSE, L. (1999), Sleep Alterations in Cancer Patients. *Cancer. Nurs.*, 22: 143-148.
9. FELL, J., FERNANDEZ, G., LUTZ, M. T., KOKELMANN, E., BURR, E., SCHALLER, C., ELGER, C. E., HELMSTAEDTER, C. (2006), Rhinal-Hippocampal Connectivity Determines Memory Formation During Sleep, *Brain*, 129: 108-114.
10. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà. *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 5-34.
11. FRIEDMAN, J. H., MILLMAN, R. P. (2008), Sleep Disturbances and Parkinson's Disease, *CNS Spectrum*, 13: 12-17.
12. HADFIELD, J. A. (1961), *Sogni e incubi in psicologia*, Universitaria, Firenze.
13. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. (2001), *Psichiatria, manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
14. KATZ, M., SHAPIRO, C. M. (1993), Dreams and Medical Illness, *BMJ*, 306: 993-995.
15. MUNNO, D., MORANDO, S., STERPONE, S., ZULLO, G. (2004), Sonno e sogni nei Disturbi del Comportamento Alimentare, in ANGELICI, G., ABRAHAM, G. *Sonno come necessità e sonno come piacere*, Cortina, Torino: 91-120.
16. POZZA, J. J., MARTÌ MASSÒ, J. F. (2006), Total Dream Loss Secondary to Left Temporo-Occipital Brain Injury, *Neurologia*, 21: 152-154.
17. SHARPE, E. F. (1937), *Dream Analysis*, tr. it. *L'analisi dei sogni*, Bollati Boringhieri, Torino 1981.

18. SHEELY, L. C. (1996), Sleep Disturbances in Hospitalized Patients with Cancer, *Oncol. Nurs. Forum*, 23: 109-111.
19. SILVESTRI, R., BROMFIELD, E. (2004), Recurrent Nightmares and Disorders of Arousal in Temporal Lobe Epilepsy, *Brain Res. Bull.*, 63: 369-376.

Donato Munno
Servizio di Psicologia Clinica S.C.U. di Psichiatria
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: donato.munno@unito.it