

**Analisi dei sogni nei tre livelli di organizzazione di personalità.
Uno studio preliminare**

**Analysis of dreams in the three levels of personality organization.
A preliminary study**

Giuseppe Craparo*

* Professore ordinario di Psicologia clinica,
Università degli Studi di Enna “Kore”,
Piazza dell’Università, 94100 Enna,
e-mail: giuseppe.craparo@unikore.it.

Ricevuto: 19.12.2024. - **Accettato:** 23.12.2024

Pubblicato online: 10.07.2025

Riassunto

In psicoanalisi, l’analisi clinica dei sogni può offrire all’analista un prezioso strumento per formulare un’ipotesi diagnostica. In questo contributo, propongo di esplorare il rapporto dei sogni in relazione ai tre livelli di organizzazione della personalità: nevrotico, borderline e psicotico. Basandomi sulla diagnosi strutturale elaborata da Otto Kernberg, valuterò la possibilità di individuare nei sogni le sette dimensioni fondamentali per la diagnosi strutturale della personalità, che comprendono: identità, relazioni oggettuali, esame di realtà, difese, aggressività, coping e valori morali, a cui l’autore di questo articolo aggiunge due dimensioni: tonalità affettiva e simbolizzazione/metaforizzazione.

Parole chiave: Sogni, Kernberg, Diagnosi strutturale, Nevrosi, Borderline, Psicosi

Abstract

In psychoanalysis, the clinical analysis of dreams can offer the analyst a valuable tool for formulating a diagnostic hypothesis. In this contribution, I propose to explore dreams in relation to the three levels of personality organization: neurotic, borderline, and psychotic. Based on the structural diagnosis developed by Otto Kernberg, I will assess the possibility to identify in dreams the seven key dimensions

G. Capraro / *Ricerche di Psicologia*, 2025, Vol. 48
ISSNe 1972-5620, Doi: 10.3280/rip2025oa20565

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

for structural personality diagnosis, which include: identity, object relations, reality testing, defenses, aggression, coping, and moral values o which the author of this paper adds two dimensions: affective tonality and symbolisation/metaphorisation

Keywords: Dreams, Kernberg, Structural Diagnosis, Neurosis, Borderline, Psychosis

Introduzione

L'interpretazione dei sogni è senza dubbio uno dei lavori più importanti e innovativi di Freud. Il merito di quest'opera risiede in particolar modo nell'aver conferito un interesse clinico e scientifico ad un sapere popolare, secondo cui il sogno era la realizzazione di desideri. L'originalità di Freud consisteva nel riconoscimento della centralità dell'inconscio (rimosso) nella produzione dei sogni. Nello specifico, egli era convinto che il sogno esprimesse il soddisfacimento diretto di desideri accettabili, o indiretto nel caso di desideri rimossi che riescono ad accedere alla coscienza in maniera non immediatamente riconoscibile dall'Io per effetto dei processi di spostamento e di condensazione. Come ho rilevato in altri lavori (Craparo, 2019), uno dei limiti della teorizzazione freudiana dei sogni è l'aver trascurato le loro caratteristiche relazionali ed emotive, aspetti che ad esempio Bion ha messo in luce. Secondo Bion infatti, il sogno è in grado di creare un nuovo significato partendo dalla rievocazione di un'esperienza relazionale ed emotiva, attraverso un lavoro trasformativo della funzione alfa di contenuti sensoriali. Se questo lavoro psichico fallisce, le emozioni rimangono allo stato sensoriale grezzo (elementi beta), compromettendo la stessa produzione onirica, come osserviamo, ad esempio, nei pazienti psicotici e borderline. A tal proposito, Franco De Masi (2006), distingue tra sogno-pensiero e sogno-delirio, il primo considerato una "trasposizione simbolica di un'esperienza emotiva" (p. 146), il secondo invece caratterizzato dall'assenza di una rappresentazione psichica che permetta all'analista di coglierne il rimando inconscio.

L'importanza riconosciuta all'emotività ha inoltre indotto, in anni recenti, diversi psicoanalisti a considerare il ruolo di un altro tipo di inconscio, quello non rimosso, nella produzione ma anche nell'analisi dei sogni.

I contenuti non rimossi del sogno

Sebbene Freud si sia concentrato sul rapporto fra contenuti rimossi e

sogni, tanto da considerare questi ultimi manifestazione di desideri indicibili, recentemente si è fatta strada l'interesse sul ruolo dell'inconscio non rimosso e di conseguenza sugli aspetti pre-verbali, pre-riflessivi, sensoriali ed emotivi associati alle scene oniriche, tanto da sostenere che nella costruzione onirica partecipino sia l'inconscio non rimosso che l'inconscio rimosso: intendo dire che il campo analitico è dotato di un inconscio sia rimosso che non rimosso. Dobbiamo soprattutto a Maura Mancina il contributo di maggior rilievo per quanto riguarda il ruolo dell'inconscio non rimosso nella produzione onirica. Nello specifico, egli (2006) ha sostenuto che la: "funzione del sogno è quella di rendere simboliche esperienze (anche traumatiche) precoci e pre-simboliche permettendone la pensabilità e la verbalizzazione. Inoltre il sogno apre il sipario sul transfert creando raffigurazioni che possano colmare il vuoto della non-rappresentazione che caratterizza l'inconscio non rimosso. La sua interpretazione favorirà il processo ricostruttivo necessario alla psiche per migliorare le proprie capacità di mentalizzare e rendere quindi pensabili, anche se non ricordabili, esperienze all'origine non rappresentabili né pensabili" (p. 641). A queste considerazioni, aggiungerei che la traduzione, nell'inconscio non rimosso, di contenuti pre-simbolici in simboli (immagini) dalla forte connotazione sensoriale (possiamo parlare, utilizzando il modello di Wilma Bucci, di contenuti simbolico-non verbali) è la condizione essenziale perché tali immagini possano giungere nell'inconscio rimosso dove verranno ulteriormente elaborate e trasformate in contenuti mentalizzabili e disponibili ad accedere direttamente alla consapevolezza cosciente, o indirettamente qualora dovesse intervenire la rimozione contro stati affettivi considerati inaccettabili dall'Io.

Ora, se l'inconscio non rimosso e l'inconscio rimosso sono in un rapporto di continuità processuale (oltre che evolutiva, vedi Craparo, 2018), in cui il primo simbolizza i contenuti che il secondo rende verbalizzabili e pensabili, possiamo considerare la produzione onirica nella sua funzione di regolatore degli affetti: recentemente ho usato l'espressione di *regolazione onirica degli affetti* (Craparo, 2018), tema che affronterò brevemente nel prossimo paragrafo. Quello che sembra peculiare in questo riferimento all'inconscio non rimosso nel discorso sul sogno è l'attenzione da dare agli aspetti sensoriali e corporei che caratterizzano non solo le scene oniriche (ad esempio, l'emozione vissuta dai personaggi ma anche l'atmosfera del sogno in stretto rapporto con la scena affettiva e sensoriale del sogno, così come le sensazioni che accompagnano e seguono il sogno nel momento in cui il paziente ricorda e narra il contenuto del sogno).

Regolazione onirica degli affetti

In un mio libro del 2018 dal titolo *Inconscio non rimosso. Riflessioni per una nuova prassi clinica*, ho parlato di regolazione onirica degli affetti, intendendo con questa espressione il processo di traduzione delle memorie sensoriali in immagini oniriche al fine di mantenere, entro i confini della finestra di tolleranza (Siegel, 2012), l'intensità dei vissuti emotivi, con chiari effetti positivi sulla possibilità per il corpo di trattenersi nello stato di sonno. In questo processo, è l'inconscio non rimosso a svolgere il fondamentale lavoro di traduzione, in un percorso *top-down* (di raffigurabilità) nel caso del sogno nevrotico, e *bottom-up* nel sogno psicotico, sebbene nei pazienti psicotici, come già sostenuto, i due inconsci siano seriamente compromessi. In altre parole, il sogno ha una funzione sia biologica di regolatore utile a garantire il sonno sia psicologica in quanto associato al mondo interno e inconscio (non rimosso e rimosso) del soggetto.

Ritornando alla stanza di analisi, secondo questa prospettiva, un obiettivo del lavoro analitico dovrebbe essere quello di aiutare il paziente a tenere a mente gli affetti (Jurist, 2018) espressi nella narrazione del sogno. Nella relazione analitica, la coppia (analista e paziente) partecipa così ad una esperienza trasformativa di co-narrazione e co-regolazione affettiva in grado, per dirla alla maniera di Ogden, di *sognare i sogni non sognati o interrotti* (2005) del paziente.

I sogni nelle personalità nevrotica, borderline e psicotica

Come ho già precisato nei precedenti paragrafi, è oramai superata l'idea che in analisi il sogno sia da intendere unicamente come espressione di desideri infantili rimossi del paziente che il terapeuta deve cercare di svelare, portandoli alla coscienza, attraverso il lavoro interpretativo, il cui fine invece, come ho sostenuto, consiste nell'attivazione di un processo trasformativo nel mondo interno (emotivo) del paziente. Vorrei a questo punto aggiungere un'ulteriore considerazione che riguarda il rapporto dei sogni con le caratteristiche di personalità del soggetto. Per spiegare questo punto trovo utile riprendere innanzitutto il concetto di "pensiero" formulato da Bion. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Bion sostiene che il pensiero corrisponde alla non realizzazione o non soddisfazione (o anche realizzazione "negativa") di una aspettativa, una pre-concezione. Nello sviluppo psichico dell'infante, la frustrazione legata alla mancata corrispondenza di una idea (pre-concezione) con i dati di realtà esperiti (ad esempio, non soddisfazione dell'aspettativa di trovare un seno che lo nutra immediatamente

quando ne ha bisogno) se tollerata permette al bambino di tradurre la pre-concezione in pensiero. Bion ribadisce che a rendere tollerabile la frustrazione è la capacità dell'ambiente, della figura di accudimento, generalmente la madre, di rêverie (lavoro psicologico inconscio), ovvero di saper riparare all'esperienza di rottura associata all'assenza dell'oggetto, percepita dall'infante come "non-seno". "Pertanto è la capacità di sopportare la frustrazione quella che dà alla psiche lo spunto per sviluppare il pensiero in quanto strumento per mezzo del quale la già tollerata frustrazione viene resa ancora più tollerabile" (Bion, 1967, p. 172). Lo sviluppo di questa capacità, sostiene sempre Bion, è necessaria anche per la maturazione della facoltà di pensare in rapporto allo sviluppo di un "apparato per pensare i pensieri". Si tratta di una facoltà in stretto rapporto con un'altra facoltà psichica, quella del sognare. Come a dire che pensare è sognare, che il sogno è come un pensiero, che il sogno è un pensiero e che il pensiero è un sogno. Insomma non si tratta di considerare il "pensiero come sogno" (Riolo, 2019), ma il *sogno come pensiero*. Potrebbe sembrare a prima vista un salto eccessivo e poco coerente quello di porre il "semplice" pensare, o il pensare della veglia, con il sognare, tanto da considerare il sogno nei termini di un pensiero, seppure con una specifica qualità, quella onirica per l'appunto, e parlare di conseguenza di un *pensiero onirico della veglia* e un *pensiero onirico del sonno*, in stretto rapporto di continuità. Ma ha una sua coerenza logica. Ricordo quanto scritto da Bion sul pensiero onirico della veglia:

Come dice Freud, Aristotele afferma che il sogno è il modo in cui la nostra psiche lavora durante lo stato di sonno, io dico che è il modo in cui lavora anche quando è sveglia (...). In altre parole, il lavoro del sogno-funzione alpha è continuo. [...], Il lavoro del sogno che conosciamo è solo un aspetto del sognare, essendo quest'ultimo un processo continuo che è attivo nella vita della veglia, ma che non è solitamente osservabile in quel periodo se non nel paziente psicotico. (...) Vorrei perciò estendere il termine sogno in maniera da comprendervi anche una serie di eventi che hanno luogo nell'analisi dello schizofrenico. (1991, p. 57)

In linea col pensiero di Bion, Ogden sottolinea il rapporto fra sognare e pensare inconsci (quest'ultimo inteso anche come un pensare onirico). Il sognare acquisisce così un ruolo fondamentale nel rendere non conscio l'inconscio, ma l'esatto contrario e cioè il conscio inconscio. "Vedo il sognare (pensiero inconscio) come *intrinsecamente terapeutico*" (2022, p. 113), nel senso che "sognare contribuisce a risolvere i problemi emotivi a poco a poco, senza che vi sia un esito ("la soluzione") da raggiungere" (*ibidem*).

Se diamo per assodato lo stretto rapporto fra sogno (nelle sue caratteristiche strutturali), compresa l'esperienza del sognare (inteso come lavoro psicologico inconscio), e pensiero, compresa l'esperienza del pensare (inteso

come lavoro psicologico conscio), allargherei il discorso ad un altro punto ovvero al fatto che il pensiero/pensare e il sogno/sognare non possono non risentire dell'influenza dell'organizzazione di personalità (in senso nevrotico, borderline o psicotico). Come clinici, riconosciamo nel sogno nevrotico specifiche caratteristiche strutturali che lo differenziano dai sogni di pazienti con organizzazione borderline o psicotica. Per questo motivo, il sogno può essere utile al clinico come un ausilio alla comprensione del funzionamento della personalità, assieme a strumenti diagnostici come, ad esempio, la STIPO. Inoltre, l'analisi dei sogni può rivelarsi preziosa per monitorare i progressi del lavoro analitico.

I tre livelli di organizzazione della personalità secondo Otto Kernberg

Secondo Kernberg (1984), per una diagnosi di personalità è necessario valutare le seguenti sette dimensioni:

1. **Identità:** L'identità è un descrittore sia dell'organizzazione sia dei contenuti del mondo interiore del soggetto. Un'esperienza interiore integrata e stabile di sé e degli altri è responsabile del senso soggettivo di un sé coeso e corrisponde anche al costrutto dell'identità, insieme ai suoi correlati comportamentali come la capacità di investire nel lavoro e in relazioni intime stabili. Allo stesso modo, un'esperienza di sé e degli altri non integrata e instabile è responsabile del senso soggettivo di non avere un sé coeso e corrisponde anche al costrutto della diffusione dell'identità, insieme ai suoi correlati comportamentali. Pertanto, un'identità consolidata corrisponde a un mondo interiore in cui le esperienze di sé e degli altri sono ben integrate e hanno profondità e sottigliezza, cioè possiedono le qualità di "oggetti interi" e sono relativamente stabili nel tempo. La diffusione dell'identità corrisponde a un mondo interiore in cui le esperienze di sé e degli altri sono polarizzate, cioè hanno la qualità di "oggetti parziali" e sono instabili.
2. **Relazioni oggettuali:** Ci si riferisce nello specifico sia alla qualità delle relazioni interpersonali del soggetto sia alla natura dell'esperienza interiore di sé e degli altri. Intrapsichicamente, la qualità delle relazioni oggettuali è descritta in termini di stabilità, grado di integrazione e profondità dell'esperienza interiore di sé e degli altri e in termini di capacità di investimento nelle relazioni.
3. **Meccanismi di difesa:** Le difese sono le reazioni abituali che il soggetto utilizza per mitigare lo stress emotivo. Vengono distinte le difese

- primitive (o primarie), come ad esempio scissione, idealizzazione/svalutazione, diniego primitivo, identificazione proiettiva, la proiezione, l'introiezione, dalle difese mature (o secondarie), come ad esempio la rimozione, l'intellettualizzazione, l'isolamento dell'affetto, la moralizzazione.
4. **Coping:** Il coping si riferisce al fronteggiamento dell'individuo di situazioni stressanti con strategie che possono essere adattive, flessibili ed efficaci, minimizzando il disagio psicologico rispondendo in modo appropriato e costruttivo alle circostanze esterne, o disadattive e rigide: in quest'ultimo caso c'è una tendenza cronica a rispondere a situazioni stressanti in modo automatico e stereotipato, con effetti disadattivi.
 5. **Aggressività:** La qualità dell'aggressività si riferisce al suo grado di maturità e distruttività distruttiva.
 6. **Valori morali:** I valori morali si riferiscono all'interiorizzazione di valori e principi morali stabili che influenzano l'esperienza interiore e il comportamento del soggetto. La moralità e i valori sono in relazione alle decisioni morali e alla capacità di provare senso di colpa.
 7. **Esame di realtà:** Si intende la capacità di differenziare tra le fonti interne ed esterne degli stimoli, e l'adeguata valutazione del proprio funzionamento.

Il livello di maturazione delle sette dimensioni porta a distinguere i tre livelli di organizzazione di personalità nevrotico, borderline e psicotico (vedi Tabella. 1).

Tabella 1 - Livelli di organizzazione della personalità

	Nevrotico	Borderline	Psicotico
<i>Identità</i>	Consolidata (in alcuni, senso di sé e degli altri moderatamente superficiale)	Compromissione lieve o moderata dell'identità.	Non integrata
<i>Relazioni oggettuali</i>	Stabili, complesse (può mostrare una certa difficoltà nell'empatia o integrare sentimenti di tenerezza ed erotismo)	Instabili, superficiali, non durature. Possono essere controllanti per evitare angosce abbandoniche	Assenza di relazioni stabili, intime
<i>Livelli difensivi</i>	Difese mature (alcuni soggetti possono fare un raro ricorso a difese primitive)	Difese immature o primitive	Difese immature

<i>Esame di realtà</i>	Integro, può presentare distorsioni percettive (lievi-moderate)	Distorsioni percettive moderate o gravi associate a processi dissociativi	Non integro, gravi distorsioni percettive
<i>Coping</i>	Rigido	Maladattivo	Maladattivo
<i>Aggressività</i>	Difficoltà, lieve o moderata, dell'aggressività.	Aggressività primitiva. Difficoltà nella gestione dell'aggressività, soprattutto autodiretta. Nelle forme più gravi anche di quella eterodiretta.	Primitiva e non modulata, soprattutto in condizioni di stress.
<i>Valori morali</i>	Rigidi, con forte critica, anche autodiretta.	Variabili. In alcuni casi scarsamente integrati	Gravemente non integrati.

Tentativi di applicare le sette dimensioni nell'analisi dei sogni

La domanda che possiamo porci a questo punto del discorso è se sia possibile applicare le sette dimensioni per l'analisi della struttura del sogno tanto da poter distinguere un sogno nevrotico, un sogno borderline e un sogno psicotico.

In questo paragrafo cercherò di rispondere a questo interrogativo attraverso la presentazione di sogni di pazienti a cui è stata diagnosticata una delle tre strutture di personalità (nevrotica, borderline, psicotica) attraverso la *STIPO*, un'intervista strutturata creata da John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern e Otto F. Kernberg (2004) ideata sul modello del colloquio strutturale di Kernberg. La *STIPO* è composta di cento domande per indagare le sette dimensioni (già descritte nel paragrafo precedente) ognuna delle quali viene valutata attraverso l'utilizzo di due sistemi di valutazione. Il primo prevede l'attribuzione di un punteggio su una scala da "0" a "2", dove "0" indica l'assenza di un determinato aspetto patologico, "2" la presenza di quell'aspetto patologico, "1" un valore intermedio. Il secondo sistema prevede invece un'attribuzione di punteggio su una scala a 5 punti, da "0" a "5". Entrambi i sistemi di scoring sono basati sulle valutazioni dell'intervistatore durante la somministrazione dell'intervista. Ognuna delle sette dimensioni si compone di sottodimensioni, così come presentato nella Tabella 2.

Tabella 2 - Sottodimensioni e item della STIPO

Dimensioni e sottodimensioni	Item
1. Identità	
1.1 Investimenti	Lavoro-Efficienza, Lavoro-Stabilità, Lavoro-Ambizioni/obiettivi, Lavoro-Soddisfazione, Studio-Efficienza, Studio-Stabilità, Studio-Soddisfazione, Studio-Corrispondenza studi-lavoro, Att. Ricreative-Ha interessi, Att. Ricreative-Interesse sostenuto, Att. Ricreative – Soddisfazione
1.2 Senso di Sé – Coerenza e continuità	Descrizione, Stabilità nel tempo, Gusti/opinioni, Senso stabile di sé nel presente, Tempo trascorso in solitudine
1.3 Senso di Sé – Autovalutazione	Sé-Autovalutazione, Sé-Aut. Comparativa positiva I, Sé-Aut. Comparativa positiva II, Sé-Aut. Comparativa negativa I, Sé-Aut. Comparativa negativa II, Autostima-Fluttuazioni, Autostima-Influenza esterna
1.4 Senso degli altri	Altri-Descrizione, Altri-Valutazione degli altri, Altri-Giudizio degli altri, Altri-Influenza esterna, Altri-Esame di realtà sociale, Altri-Famiglia d'origine
2. Relazioni oggettuali	
2.1 Relazioni interpersonali	Relazioni interpersonali-Isolamento sociale, Relazioni interpersonali-Problemi/Instabilità, Relazioni interpersonali-Indisponibilità degli amici, Relazioni interpersonali-Stabilità temporale, Relazioni interpersonali-Al lavoro/a scuola-Conflitto
2.2 Relazioni intime e sessualità	Relazioni intime-Storia, Relazioni intime-Intimità/Interdipendenza, Relazioni intime-Economia della relazione, Relazioni intime-Esperienza della noia, Relazioni intime-Attività sessuale, Relazioni intime-Inibizione sessuale, Relazioni intime-Piacere sensuale nel sesso, Relazioni intime-Amore e sesso
2.3 Modello operativo interno delle relazioni	Idealizzazione/Svalutazione, Qualità delle relazioni oggettuali, Empatia, Sensazione che tutto sia dovuto, Autonomia degli altri, Gratificazione di bisogni
3. Difese primitive	Proiezione primitiva, Comportamento imprevedibile, Idealizzazione/Svalutazione, Pensiero “Tutto bianco-Tutto nero”, Diniego primitivo, Esternalizzazione, Identificazione proiettiva, Fantasia, Somatizzazione
4. Coping/rigidità	Anticipazione/pianificazione, Repressione, Flessibilità, Tendenza a colpevolizzare, Coping proattivo, Perfezionismo, Multi-tasking/cambiare scenario, Controllo, Preoccupazione, Sfide

5. Aggressività	
5.1 Aggressività autodiretta	Trascuratezza di sé, Comportamenti a rischio, Scarica di tensione, Suicidalità, Pratiche sessuali aggressive-Sé
5.2 Aggressività eterodiretta	Scoppi di rabbia, Aggressioni verso gli altri-Rimorso, Piacere per la sofferenza altrui, Pratiche sessuali aggressive, Minacce autolesive, Inimidazione, Odio
6. Valori morali	Valori morali interiorizzati, Mendacia/inganno, Dilemmi morali, Attività illecite, Colpa, Sfruttamento, Sadismo
7. Esame di realtà e distorsione percettiva	Paranoia, Reazione eccessiva, Dissociazione, Depersonalizzazione, Idee e pensieri bizzarro, Esperienze allucinatorie, Idee di riferimento

Merito della STIPO è aver approfondito il sistema di classificazione con una suddivisione dei livelli nevrotico e borderline in sottolivelli (Preti, Prunas, Sarno, 2012; Tabella 3).

Tabella 3 - Descrizione dei sottolivelli relativi all'organizzazione di personalità nevrotica e borderline

Nevrotico 1 Identità Relazioni oggettuali Difese primitive Coping/rigidità Aggressività Valori morali Esame di realtà	Consolidata Stabili, complesse e durature; difficoltà nell'integrare sentimenti di tenerezza ed erotismo Nessun ricorso a difese primitive Una certa rigidità Assenza di aggressività primitiva, qualche segno di lieve difficoltà nella modulazione della rabbia (per lo più di tipo verbale) Eccessivamente severo e/o inflessibile Integro, possono essere presenti lievi distorsioni
Nevrotico 2 Identità Relazioni oggettuali Difese primitive Coping/rigidità Aggressività Valori morali Esame di realtà	Consolidata, senso di sé e degli altri moderatamente superficiale Moderatamente superficiali Raro Rigido e vulnerabile allo stress Assenza di aggressività primitiva, qualche difficoltà nel modulare l'aggressività (ad esempio, stile interpersonale controllante) Rigidi con tendenza all'autocritica in rapporto ad elevati standard Integro; può riportare lievi distorsioni

Borderline 1 Identità Relazioni oggettuali Difese primitive Coping/rigidità Aggressività Valori morali Esame di realtà	Lieve diffusione dell'identità Scisse e/o superficiali ma con un certo livello di stabilità e integrazione Presenti Rigido e maladattivo Primitiva Variabili Distorsioni percettive da lievi a moderate
Borderline 2 Identità Relazioni oggettuali Difese primitive Coping/rigidità Aggressività Valori morali Esame di realtà	Moderata diffusione dell'identità Superficiali e fondate sul soddisfacimento, ridotta empatia, instabilità relazionale Predominanti Maladattivo Primitiva e auto o eterodiretta Scarsamente integrati e interiorizzati Distorsioni percettive da moderate a gravi
Borderline 3 Identità Relazioni oggettuali Difese primitive Coping/rigidità Aggressività Valori morali Esame di realtà	Grave diffusione dell'identità Superficiali e fondate sul soddisfacimento di bisogni Costante uso di difese primitive Maladattivo Primitiva con pericolosi comportamenti aggressivi auto ed etero-diretti Comportamenti antisociali Marcata distorsione della percezione

Gli approfondimenti di Clarkin e colleghi (2004) aiutano il clinico nel riconoscimento delle caratteristiche associate alle sette dimensioni, oltre a delineare un quadro diagnostico dimensionale in cui è possibile riconoscere livelli differenti di organizzazione di personalità nevrotica e borderline, ad alto o a basso funzionamento.

Sogno di un paziente nevrotico

Nicola è un uomo di 35 anni che mi chiede di essere seguito perché preso da una forte ansia a seguito della fine della sua relazione con la fidanzata che decide di lasciarlo dopo una travagliata serie di tentativi falliti di salvare il loro rapporto. Nicola è un ricercatore piuttosto bravo anche se ultimamente non riesce ad appassionarsi agli studi e alla ricerca. Riporto di seguito il primo sogno narrato in analisi.

Mi trovo in una piazza, nei pressi di un chiosco a bere una bibita gassata, non ricordo cosa fosse nello specifico. In quella piazza, che è quella del mio paese, ero da solo. Era una giornata afosa. Un caldo insopportabile. Ad un certo punto una ragazza, giovane e molto attraente, attraversa la piazza e mi guarda. Al caldo si era aggiunto anche l'eccitazione nel vedere la ragazza. D'improvviso mi ritrovo in macchina con lei. Siamo seduti, io nel posto del conducente lei in quello del passeggero. Ricordo che ero molto intimorito, ma desideravo baciarla. Quando le nostre labbra stanno per incontrarsi spunta dai sedili posteriori un pastore tedesco che abbaia impedendoci di baciarci. Presi dalla paura scendiamo immediatamente dalla macchina e corriamo via.

Nel delineare il modo tipico di funzionare del paziente nevrotico, e nello specifico di quello ossessivo, nel mondo, nelle relazioni interpersonali, nelle scelte professionali ecc. emerge una costante che un ascolto clinico attento coglie e che prende forma in una sorta di principio che sembra caratterizzare la sua vita, ovvero: *“Vorrei ma non posso perché devo”*. Si tratta, a mio parere, di una peculiarità del paziente nevrotico ossessivo, così dedito alla rinuncia (*non posso*) dei propri desideri (*vorrei*) per assecondare una spinta super-egoica (*perché devo*), frutto dell'interiorizzazione di figure familiari particolarmente rigide, che richiamano alla necessità del sacrificio e alla colpa/punizione (che prendono forma nell'angoscia) nel momento in cui il soggetto dovesse dare spazio alle proprie inclinazioni personali, emotive, ai propri desideri, ovvero nel momento in cui decidesse di “essere e diventare” se stesso in accordo con la propria verità emotiva. Il paziente nevrotico vive un'impotenza (appresa) a cui si è identificato e a cui non riesce a sottrarsi. È un sentimento di impotenza incarnata (in alcuni pazienti può prendere la forma di una difficoltà sessuale, come l'eiaculazione precoce, la detumescenza ecc.) che si traduce nella perdita di una autenticità emotiva. La sintomatologia nevrotica rimanda così ad un messaggio da cifrare che riguarda una conflittualità interna fra paura e curiosità, fra ciò che gli è concesso (assecondare il dovere) e ciò che vorrebbe ma che gli è precluso (accedere al proprio desiderio), fra dovere e libertà. Questa conflittualità si risolve, per lo più, con il ricorso a difese mature (secondarie) come, ad esempio, la rimozione, l'intellettualizzazione, la moralizzazione. L'aspetto interessante è che anche i loro sogni esprimono questa conflittualità che prende forma in scene e contenuti che rimandano a funzionamenti tipici della loro personalità. Come afferma Vittorio Lingiardi (2023), i sogni nevrotici “tendono a presentare una narrativa ricca, spesso iperarticolata, ma ‘pensabile’ e quindi comunicabile attraverso racconti, metafore, ricordi, simbolizzazioni. L'esperienza soggettiva mostra un sentimento stabile di sé e degli altri e un Io abbastanza saldo, capace di tollerare l'angoscia e di riconoscersi in una dimensione temporale” (pp. 132-133). In altre parole, ci sono delle invarianti che se

individuate, orientano il clinico a valutare il tipo di funzionamento di personalità. Come illustrato nel paragrafo precedente, Kernberg ha descritto sette dimensioni per la diagnosi dei livelli di organizzazione di personalità (nevrotico, borderline, psicotico). Obiettivo di questo lavoro è esplorare la possibilità di individuare nel sogno le dimensioni descritte da Kernberg, al fine di contribuire alla valutazione del funzionamento di personalità del paziente. Procederò quindi con l'analisi del sogno sopra riportato, cercando di identificare, ove possibile, le 7 dimensioni.

1. **Identità.** Nel sogno di Nicola è presente un Io stabile come emerge chiaramente dalla differenziazione Sé-Altro: *“io nel posto del conducente, lei in quello del passeggero”*.
2. **Relazioni oggettuali:** Il sogno mostra un chiaro appello, interesse, all'Altro, un desiderio di intimità, seppur ostacolato dall'entrata in scena di un divieto (il pastore tedesco): si tratta di una significativa *inibizione sessuale limitata da conflitti*. La possibilità di un approccio sessuale all'Altro è ostacolata da un Super-Io rigido che lo induce alla rinuncia della soddisfazione del bisogno, rimarcando un senso di impotenza: caratteristica tipicamente nevrotica (ossessiva).
3. **Difese:** Ci sono due passaggi che richiamano misure difensive di tipo secondario: negazione *“non ricordo cosa fosse nello specifico”*, rimozione, *“Presi dalla paura scendiamo immediatamente dalla macchina e corriamo via”*.
4. **Esame di realtà:** Come emerge dal sogno non sono presenti distorsioni percettive correlate ad esempio a scene di natura paranoica né correlate ad una alterazione dell'immagine corporea.
5. **Aggressività:** Nel sogno non è presente un'aggressività primitiva, distruttiva, violenta, impulsiva verso sé o gli altri. C'è invece una intimidazione (il pastore tedesco) finalizzata a limitare la realizzazione di un desiderio.
6. **Valori morali:** In questo caso, il sogno mostra valori morali interiorizzati rigidi, rappresentati dall'entrata in scena del cane oltre che dalla stessa tipologia di cane (un pastore tedesco). Un Super-Io castrante che marca una impossibilità e una rinuncia.
7. **Coping:** La fuga nel sogno rappresenta un evitamento della sfida e un atteggiamento passivo, rappresentato dal rapporto con la ragazza. La risposta di fuga esprime la rinuncia al proprio desiderio.

Alle sette dimensioni ritengo che possano essere incluse due dimensioni in grado di fornire informazioni altrettanto importanti per la diagnosi dell'organizzazione di personalità attraverso l'analisi dei sogni, mi riferisco nello specifico alla tonalità affettiva, ovvero alla qualità e alla ricchezza dello spettro emotivo, e alla simbolizzazione, in questo caso riconoscibile dalla ricchezza metaforica dei contenuti del sogno.

8. **Tonalità affettiva:** Il sogno di Nicola mostra diverse emozioni sia positive che negative. Quelle positive sono collegate al piacere dell'incontro con la ragazza, quelle negative riguardano la rabbia e la paura edipiche. Si tratta di emozioni che hanno raggiunto un buon livello di rappresentazione psichica e che permettono al paziente di poterne avere un buon ricordo, oltre a poterle narrare ricorrendo anche a metafore.
9. **Simbolizzazione/metaforizzazione:** Si tratta di una dimensione che nel caso dei sogni legherei al livello di simbolizzazione e di metaforizzazione del sogno, che lo rendono ricco e articolato, oltre che narrabile e, come affermato da Lingiardi, pensabile, caratteristica quest'ultima tipica di un paziente dotato di un *apparato per pensare i pensieri* (Bion, 1962). Nel sogno di N. possiamo riconoscere le trame della messa in scena di un conflitto irrisolto. Il "caldo", "il pastore tedesco" sono alcuni esempi di questo lavoro di metaforizzazione di rappresentazioni psichiche inconscie in conflitto fra loro. Nel suo insieme, il sogno mette in luce un aspetto peculiare del funzionamento di personalità di Nicola: la tendenza a rinunciare ai propri desideri, un tratto frequentemente associato al timore del cambiamento. Questi pazienti manifestano un forte bisogno di prevedibilità e controllo, riducendo al minimo la possibilità di lasciarsi sorprendere da eventi inaspettati, che vengono vissuti come fonti di angoscia.

Queste ultime due dimensioni verranno considerate anche nell'analisi dei sogni di un paziente borderline e di uno psicotico.

Sogno di un paziente borderline

Savio è un uomo di 42 anni che inizia un percorso analitico a causa di un uso reiterato di alcol. Alla prima seduta, Savio sostiene che l'alcol "mi rende tutto più accettabile, sto meglio, la realtà mi appare meno molto meno orribile". Savio presenta infatti una dipendenza da alcol e un livello di organizzazione borderline di personalità. La sua storia familiare è contrassegnata da traumi cumulativi. Sin dall'infanzia viene ripetutamente picchiato e umiliato fisicamente e verbalmente dalla madre: "mi picchiava ferocemente per ogni piccolo pretesto. Ricordo che ero terrorizzato", il padre era "soggiogato da mia madre". Ogni volta che Savio parla, in particolar modo nei nostri primi incontri, dei propri familiari il suo corpo appare ricurvo, sostenendo di sentirsi rigido soprattutto alla schiena, al collo, rigidità che emerge anche dai suoi gesti e dall'espressione del volto. In una seduta, ritornato da casa dei genitori, dice: "Abbiamo avuto una delle nostre solite litigate. Ma in fondo è andato tutto bene, sto bene". Ad un certo punto accenna di essere appena

uscito da una influenza e aggiunge che “è matematico che ogni volta che torno dai miei sono influenzato”. Gli chiedo che sensazioni stesse provando, risponde di fare fatica a respirare. “Mi sento tutto rigido. Ho difficoltà a parlare”.

Mi racconta anche di un sogno in cui si trova in casa della madre: *Ad un certo punto vedo lei che distrugge con una mazza di legno pareti, sedie, porte, tutto. Ricordo che distrugge anche l'unica via di uscita che avevo per scappare. Ad un certo punto del sogno cerco di dire qualcosa ma non riesco a parlare perché ho qualcosa in bocca che mi procura dei tagli ogni volta che provo a muovere la bocca. Erano dei pezzi di vetro di bottiglia. Provo a sputare i pezzi di vetri. Ci riesco e inizio a gridarle contro con rabbia.*

A colpire è non solo la sensorialità di questo sogno, quindi l'assenza di una elaborazione simbolico-verbale e metaforica del sogno, ma anche la violenza della scena. Di seguito, come fatto nel caso del sogno di un nevrotico, propongo un'analisi attraverso le dimensioni descritte da Kernberg, con l'aggiunta delle due dimensioni della tonalità affettiva e della simbolizzazione/metaforizzazione.

1. **Identità.** Il repentino passaggio da una situazione “adrenalinica” a quella dell'odio, sembrano richiamare una divisione della personalità e di conseguenza la mancata integrazione del Sé.
2. **Relazioni oggettuali:** Nel sogno, manca una relazione di intimità e di fiducia.
3. **Difese:** Il sogno mostra la presenza di difese di natura primaria. In questo caso, l'identificazione proiettiva di oggetti parziali non simbolizzati, rappresentata da pezzi di vetro in bocca (elementi beta, nel linguaggio bio-niano) che vengono sputati.
4. **Esame di realtà:** Risulta gravemente distorta come emerge dai pezzi di vetro frantumati presenti nella bocca, che gli impediscono di gridare.
5. **Simbolizzazione/metaforizzazione:** Il sogno presenta una forte sensorialità, sebbene ci sia una simbolizzazione che porrei più a livello di immagini sensoriali che di una rappresentazione di tipo simbolico-verbale. Il sogno non ripropone alcuna conflittualità interna, ma esprime in tutta la sua potenza emozioni particolarmente intense, non trasformate da un lavoro di simbolizzazione e metaforizzazione.
6. **Aggressività:** La presenza di una aggressività primitiva è assai palese: la madre del paziente che *distrugge con una mazza di legno pareti, sedie, porte, tutto.*
7. **Tonalità affettiva:** Il sogno riporta un prevalere di emozioni negative, in particolare rabbia e paura.

8. **Valori morali:** Il sogno non mostra la presenza di saldi valori morali interiorizzati.
9. **Coping:** La distruzione di oggetti da parte della madre non rappresenta una strategia adeguata.

Sogni di un paziente psicotico

A caratterizzare la vita psichica dei pazienti psicotici è l'ipersensorialità delle loro percezioni. Una ipersensorialità che in questi pazienti è in rapporto a gravi compromissioni delle capacità di mentalizzazione, di regolazione degli affetti, delle competenze relazionali oltre che un ritiro dalla realtà percepita in maniera persecutoria (Mucci, 2018). Ulteriore caratteristica è la presenza ricorrente di "immagini di sé e degli oggetti frammentate, mutilate, deteriorate, inanimate, bizzarre, estranee e terrificanti" (Lingiardi, 2023, p. 135). Privi di un apparato per pensare i pensieri, questi pazienti tendono ad usare la loro mente come se fosse un organo di senso (De Masi, 2020). I sintomi di questi pazienti non sono espressione di un ritorno del rimosso. Precoci vissuti traumatici li inducono a dover gestire un terrore senza nome; lo fanno attraverso la costruzione di una realtà alternativa, di rifugi mentali (Steiner, 1993). Pur concordando con Steiner, per il quale il ritiro è un insieme di difese e di relazioni oggettuali che realizzano uno spazio mentale in cui il paziente può ritirarsi quando deve affrontare emozioni intollerabili, De Masi (2022) sostiene che il ritiro non ha solo questa funzione prevalente ma che è una struttura psicopatologica che inizia nell'infanzia e che non è destinata a rimanere statica: "Il ritiro è prima di tutto un mondo sensoriale che cancella il mondo emotivo e la nuova realtà sensoriale creata continuamente nel ritiro tende a espandersi e a catturare il resto della personalità" (p. 165).

Di seguito, riporto il sogno di un mio paziente psicotico.

Giulio è un ragazzo di 25 anni che si presenta da me, spinto dalla madre e dallo psichiatra, perché è sempre più ritirato, non prova nessun interesse e piacere nel confronto interpersonale, non ha obiettivi lavorativi né di studio. Passa intere giornate ad ascoltare musica tecno e a leggere la cronaca nera che riguarda soprattutto l'arresto di spacciatori. Dai colloqui emerge che nei momenti in cui ascolta la musica tecno si sente meno agitato. Durante una seduta mi parla del seguente sogno:

Mi trovo affacciato al balcone, ad un certo punto sono in un posto buio dove ci sono persone che sembrano che spacciano droga. Sul posto arriva la polizia e li arresta tutti. Io sono molto esaltato. Ad un certo punto, i poliziotti vengono decapitati e i loro corpi fatti a pezzi e mangiati da cani

randagi. Quando chiedo al paziente di darmi più informazioni sulle caratteristiche del suo personaggio nel sogno, Giulio afferma: “*Sono di spalle. Sono io ma è tutto molto confuso, come se non fossi io.*”

Il sogno di Giulio ripropone il suo pensiero della veglia, e nello specifico i suoi continui pensieri sui quartieri di Catania in cui si spaccia. Ogni volta che sente le sirene delle forze dell'ordine si attiva, e corre alla finestra per vedere se si tratta di un inseguimento di spacciatori. Allo stesso tempo viene assalito da una forte rabbia che lo porta a dare pugni alle porte e ad insultare dal balcone tutti i passanti.

Valutazione delle dimensioni:

1. **Identità.** Dall'analisi di questo sogno non emerge una rappresentazione chiara, distinta e realistica di sé “... *Sono io ma è tutto molto confuso, come se non fossi io*”.
2. **Relazioni oggettuali:** Nel sogno mancano relazioni di intimità, fiducia, sono invece presenti relazioni intrise di violenza.
3. **Difese:** La separazione degli spacciatori (oggetti cattivi) e dei poliziotti (oggetti buoni) esprime una scissione.
4. **Esame di realtà:** Gravemente compromessa come emerge dalla violenza delle immagini.
5. **Simbolizzazione/metaforizzazione:** Non è presente una metaforizzazione quanto una ipersensorialità e concretezza dei contenuti.
6. **Aggressività:** L'atmosfera e gli eventi del sogno dimostrano un'aggressività cruenta e primitiva come emerge dalla decapitazione e dai corpi fatti a pezzi dei poliziotti.
7. **Tonalità affettiva:** Le emozioni sono negative, in particolare emerge un sentimento di odio.
8. **Valori morali:** Non è presente alcun riferimento ad una coscienza morale. Per quanto siano presenti i poliziotti, come rappresentanti della giustizia, l'aggressione distruttiva nei loro confronti mostra una coscienza morale non sviluppata.
9. **Coping:** L'azione aggressiva rappresentata dall'aggressione nei confronti dei poliziotti esprime una strategia gravemente non adattiva, caratterizzata da violenza distruttiva.

Conclusione

Proposito di questo articolo è quello di riflettere sulla possibilità di analizzare i sogni dei pazienti così da poter cogliere quelle caratteristiche che

permettono di riconoscere una struttura di personalità di tipo nevrotico, borderline o psicotico così come descritto da Kernberg in rapporto alle sette dimensioni sopra descritte (identità, relazioni oggettuali, difese, esame di realtà, aggressività, coping, valori morali).

Sebbene queste dimensioni non siano state pensate per la valutazione dei sogni, ritengo che un ascolto attento possa permettere di individuarle con l'intento di utilizzare i sogni come ausilio alla comprensione del funzionamento della personalità del paziente, secondo i tre livelli di organizzazione.

Condivido con Vittorio Lingiardi (2023) che “il sogno possa essere visto come una finestra sul funzionamento mentale e che l'attenzione clinica al rapporto sogno-sognatore, oltre all'intensità e alla ripetitività dei temi onirici, possa concorrere a una valutazione più ampia e approfondita del paziente e della sua relazione con l'esperienza”. Così come condivido che non si debba psicopatologizzare il sogno, ciò comporta che un paziente con una organizzazione nevrotica possa fare un sogno che potrebbe rientrare apparentemente in una modalità borderline o psicotica. Ritengo però, come ho cercato di sottolineare nell'articolo, che esiste un rapporto specifico fra sogno (contenuto) e stato mentale (contenitore) del sognatore, che si ripropone non solo nella vita onirica ma anche nella vita da sveglio. I contenuti sono generalmente inquietanti nel borderline, terrificanti nello psicotico, turbanti nel nevrotico: se nel nevrotico c'è un lavoro di simbolizzazione dei contenuti, nel paziente sono compromessi mentre sono assenti nello psicotico. Questi contenuti si associano a stati mentali disintegrati nello psicotico, digregati (dissociati) nel borderline, integrati nel nevrotico. Un ulteriore aspetto da considerare, in stretto rapporto con quanto appena affermato, è il lavoro psicologico che il paziente riesce a fare del sogno: il paziente nevrotico è in grado di sviluppare pensieri, a partire dall'analisi del sogno, che rimandano ad una processualità di tipo simbolico-verbale. Il nevrotico è in grado cioè di riflettere sul sogno, sganciandosi dall'aspetto sensoriale: il cane, ad esempio, rappresenta la legge castrante.

Il soggetto borderline non è in grado di leggere adeguatamente i suoi sogni, i cui contenuti ripropongono un funzionamento mentale contrassegnato da instabilità (stabile) emotiva, identitaria e relazionale. La tendenza del paziente a mantenersi, quando invitato a commentare il sogno, sul piano sensoriale, è il rapporto ad una significativa compromissione della mentalizzazione, ovvero nel riuscire a interpretare gli stati mentali intenzionali (Colli, 2024) associati nei contenuti del sogno. Un aspetto ravvisabile nei loro sogni, non in un sogno sporadico, è la presenza di un ambiente traumatico “iperstimolante, eccessivo, allarmante, aggressivo, esageratamente eccitatorio” e una eccessiva tendenza all'azione (Correale, 2021, p. 151).

Nelle psicosi, i sogni ripropongono contenuti non elaborati simbolicamente in rapporto ad un funzionamento mentale disintegrato, frantumato in tanti

pezzi. Peculiarità del sogno nel paziente psicotico è il carattere irrealistico, eccessivo, bizzarro, delirante, allucinatorio. Quando invitato a commentare il sogno, il paziente psicotico mostra l'incapacità di un lavoro di simbolizzazione.

L'analisi dei contenuti e della narrazione dei sogni dei tre pazienti citati (Nicola, Savio e Giulio) ha permesso di individuare due dimensioni in aggiunta alle sette descritte da Kernberg per la diagnosi strutturale, e cioè la *tonalità affettiva* e la *simbolizzazione/metaforizzazione* (vedi Tabella 4).

Tabella 4 - Caratteristiche dei tre sogni in rapporto ai tre livelli di organizzazione di personalità

	Nevrotico	Borderline	Psicotico
Identità	Rappresentazione di sé integrata e complessa	Rappresentazione di sé non integrata, caratterizzata da una dissociazione nella rappresentazione di sé	Rappresentazione non integrata. È presente una diffusione dell'identità
Relazioni oggettuali	Stabili, complesse (può mostrare una certa difficoltà nell'empatia o integrare sentimenti di tenerezza ed erotismo)	Instabili e superficiali. Possono presentarsi tematiche controllanti per evitare angosce abbandoniche	Relazioni instabili, superficiali e assenza di sentimenti di intimità
Difese	Mature	Primitive	Primitive
Esame di realtà	Integro	Compromissione da moderata a grave	Gravemente compromessa
Aggressività	Associata ad aspetti conflittuali. Può essere lievemente o moderatamente non regolata	Primitiva e non regolata	Primitiva e non regolata
Valori morali	Presenti e rigidi	Variabili. A volte scarsamente integrati	Gravemente non integrati
Coping	Rigide e disadattive	Gravemente disadattive	Gravemente disadattive
Tonalità affettiva	Integrata e complessa. Sono prevalenti tematiche che riguardano sentimenti di colpa e ansia, quest'ultima per lo più legata a episodi di separazione	Particolarmente intensa e scissa. Prevalente presenza di affetti negativi di odio, paura e vergogna	Stati affettivi intensi e gravemente non integrati. Prevalenza di stati affettivi negativi di odio, terrore, paura
Simbolizzazione/metaforizzazione	Ricca e complessa	Superficiale e sensoriale	Assente

Le nove dimensioni sono state descritte attraverso l'analisi dei sogni dei tre pazienti, rispettivamente con un livello di organizzazione di personalità nevrotico, borderline e psicotico, valutati attraverso la STIPO di Clarkin e colleghi (2004).

Il paziente nevrotico, può portare in seduta, così come è accaduto con Nicola, sogni che possono richiamare una modalità di tipo borderline o psicotico, soprattutto quando si trova a vivere una situazione di stress emotivo. Ma diversamente dal paziente con un funzionamento borderline o psicotico, il paziente nevrotico è in grado non solo di non confondere il piano onirico con quello della realtà, ma di utilizzare anche il sogno (contenuto) rendendolo pensabile e narrabile. In altre parole, il paziente nevrotico riesce a fare un lavoro psicologico, ovvero un lavoro (inconscio) che si accompagna ad una capacità di comprensione cosciente del sogno. Caratteristica questa assente nel paziente psicotico e compromessa nel paziente borderline: in virtù di una mente disgregata, nel borderline la comprensione del sogno non è del tutto assente, come nello psicotico, ma si accompagna a un senso di vacillamento e disorientamento. Il paziente nevrotico è invece in grado di comprendere, anche con l'ausilio dell'analista, il sogno, il suo significato inconscio, anche se a volte può esserne angosciato/turbato.

È evidente che il presente studio presenta dei limiti associati soprattutto all'assenza di un numero significativo di partecipanti afferenti alle tre organizzazioni di personalità. Sarebbe infatti opportuno che ulteriori ricerche fossero svolte su un numero maggiore di soggetti valutati con la STIPO, così come è stato fatto nei tre casi presentati, o con l'Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg, Clarkin, 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, Foelsch, 2001) al fine di comprendere meglio il rapporto fra sogno e funzionamento mentale: una conoscenza che sarebbe d'aiuto sia per cogliere il livello di organizzazione di personalità, oltre che l'efficacia dell'intervento clinico.

Riferimenti bibliografici

- Bion W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bion W. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Clarkin J.F., Caligar E., Stern B., Kernberg O.F. (2004). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Personality Disorders Institute, Weil Medical College of Cornell University.
- Correale A. (2021). *La potenza delle immagini*. Milano-Udine: Mimesis.
- Craparo G. (2018). *Inconscio non rimosso*. Milano: FrancoAngeli.

- Craparo G. (2019). Brevi riflessioni sulla funzione clinica dell'interpretazione dei sogni, *Giornale Italiano di Psicologia*, 3: 509-512.
- De Masi F. (2006). *Vulnerabilità alle psicosi*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Masi F. (2012). *Lavorare con i pazienti difficili*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Eagle M. (2011). *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea*. Milano: Raffaello Cortina, 2012.
- Freud S. (1900). L'interpretazione dei sogni. In. *OSF, Vol. 3*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1938). Compendio di psicoanalisi. In. *OSF, Vol. 11*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg O.F. (1984). *Disturbi gravi di personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Kernberg O.F., Clarkin J.F. (1995). *The inventory of personality organization*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Lenzenweger M.F., Clarkin J.F., Kernberg O.F., Foelsch P.A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self domains in a nonclinical sample, *Psychological Assessment*, 13: 577-591.
- Lingiardi V. (2023). *L'ombelico del sogno*. Torino: Einaudi.
- Mancia M. (2006). Memoria implicita e inconscio precoce non rimosso: loro ruolo nel transfert e nel sogno. *Rivista di psicoanalisi*, 3: 629-655.
- Mucci C. (2018). *Corpi borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2020.
- Ogden T. (2005). *L'arte della psicoanalisi. Sognare i sogni non sognati*. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Ogden T. (2001). *Conversazioni al confine del sogno*. Roma: Astrolabio, 2002.
- Ogden T. (2022). *Prendere vita nella stanza d'analisi*. Milano: Raffaello Cortina, 2022.
- Preti E., Prunas A., Sarno I. (2012). Dal colloquio strutturale all'intervista strutturata. In: Madeddu F. & Preti E. (a cura di). *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di Kernberg*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riolo F. (2019). Le correnti del sogno. In: Musella R. & Trapanese G. (a cura di). *L'interpretazione dei sogni. Dialoghi sulla tecnica psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli.
- Siegel D.J. (2012). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- Steiner J. (1993). *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Zavattini G.C., & Velotti P. (2019). È ancora attuale l'uso del sogno nella pratica clinica?. *Giornale Italiano di Psicologia*, 46(3): 434-462.