

## **Il potere trasformativo dei sogni in psicoterapia. Ricerche scientifiche attuali e riflessioni teorico- metodologiche**

*Maria Rizzi<sup>1</sup>, Silvana Bove<sup>2</sup>*

*The transformative power of dreams in psychotherapy.  
Current scientific studies and theoretical-methodological  
reflections*

### **Abstract**

*A distanza di oltre un secolo da L'interpretazione dei sogni di Freud, il sogno è di grande importanza per la pratica psicoterapeutica. L'intuizione che i sogni hanno un ruolo nella vita psichica umana nel rappresentare un significato emotivo, e quindi sono un valido strumento clinico, attualmente trova sostegno nelle conoscenze che le neuroscienze e la psicologia sperimentale cognitivista forniscono sui processi e i sistemi di memoria e sull'influenza che le emozioni esercitano su questi processi. Tali conoscenze aprono nuove*

---

<sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta Certified Transactional Analyst Trainer (CTA TRainer-P) Docente e Supervisore della SSPC-IFREP e della SSPT-SAPA  
Email: [rizzimariella@yahoo.it](mailto:rizzimariella@yahoo.it)

<sup>2</sup> Psicologa Psicoterapeuta Certified Transactional Analyst Trainer (CTA TRainer-P) Docente e Supervisore della SSPC-IFREP e della SSPT-SAPA  
Email: [silvana2.bove@libero.it](mailto:silvana2.bove@libero.it)

*prospettive sulla comprensione del fenomeno mentale che chiamiamo 'sogno', considerandolo una particolare forma di coscienza.*

*L'articolo presenta una breve sintesi di tali sviluppi con lo scopo di offrire una base scientifica più solida ad alcuni elementi teorici e metodologici, orientati secondo una prospettiva fenomenologica, che risultano preziosi per la pratica clinica.*

*Completano il lavoro esemplificazioni cliniche e riflessioni sull'attività onirica in alcune particolari condizioni psicologiche ed esistenziali (lutto, pandemia, maladaptive daydreaming).*

*More than a century after The Interpretation of Dreams by Freud, dreams are still of great importance for psychotherapeutic practice today. The intuition that dreams have a role in human psychic life in representing an emotional meaning, and therefore are a valid clinical tool, currently finds support in the knowledge that neuroscience and cognitive experimental psychology provide on memory processes and systems and on the influence that emotions exert on these processes. This knowledge opens new perspectives on understanding the mental phenomenon we call 'dream', considering it a particular form of consciousness. The article presents a brief summary of these developments with the aim of offering a more solid scientific basis to some theoretical and methodological elements, oriented according to a phenomenological perspective, which are valuable for clinical practice. The work is completed by clinical examples and reflections on dream activity in some particular psychological and existential conditions (mourning, pandemic, maladaptive daydreaming).*

### **Keywords**

*Sogno; attività onirica; metodologia clinica; Maladaptive Daydreaming*

*Dream; dream activity; clinical methodology; Maladaptive Daydreaming*

Chuang Tzu sognò di essere una farfalla e al risveglio non sapeva se era un  
uomo  
che aveva sognato di essere una farfalla o una farfalla che ora sognava di  
essere un uomo.

Herbert Allen Giles  
*Chuang Tzu 1889*

## **Introduzione**

Da diversi anni è in atto una forte ripresa d'interesse verso il fenomeno del sogno. Attualmente, l'attività onirica che compare nel sonno è oggetto di studio interdisciplinare da parte di neurobiologi, psicologi sperimentali e cognitivisti, oltre che - da L'interpretazione dei sogni di Freud in poi - di psicoanalisti e psicologi clinici. La nostra conoscenza dei correlati biologici, dei processi mentali che organizzano l'attività onirica e del significato dell'esperienza che chiamiamo *sognare*, dipende essenzialmente dall'approccio delle diverse discipline e dai setting creati per indagarlo. La neurobiologia, offrendo preziose informazioni sui principali neurotrasmettitori e circuiti cerebrali coinvolti nei meccanismi di produzione e mantenimento delle varie fasi del sonno, permette di comprendere sempre meglio in che modo l'attività mentale si organizza e produce l'attività onirica, a volte conservandone le tracce al risveglio. La psicologia sperimentale contribuisce alla conoscenza collegando i diversi stadi del sonno con le forme narrative e le sue caratteristiche (lunghezza, frequenza della comparsa di parole, numero di parole e grado di bizzarria del sogno). Tale indagine è interessata a mettere in luce come si formano i sogni e formula ipotesi sui processi di elaborazione delle informazioni sensoriali, di attivazione della memoria a lungo termine, di organizzazione del pensiero nel sogno e della sua narrazione al risveglio. Infine, la psicoanalisi e i diversi modelli di psicologia clinica si occupano del lavoro della mente nell'attività onirica e ipotizzano modi di lettura del significato, contestualizzando i sogni nell'ambito della relazione terapeutica.

Da quest'ultima particolare angolatura, l'attività onirica - al di là delle differenze tra modelli - è considerata un'esperienza

affettivo-cognitiva con una *specific* impronta soggettiva, diversa per ogni individuo poiché costruita dentro le trame della sua storia affettiva personale. Dalla prospettiva neurobiologica, invece, l'attività onirica è un processo *non-specific* collegato a condizioni identiche per tutti gli individui appartenenti alla stessa specie. Dunque, anche se si può affermare che l'attività onirica è una funzione del sonno, gli eventi biologici tipici delle sue varie fasi certamente non esauriscono la spiegazione e la comprensione dell'attività mentale che chiamiamo *sogno*. A questo proposito, Scilligo (2009) ci mette in guardia dai rischi del *riduzionismo neurobiologico* che spinge a ridurre l'attività mentale onirica a semplici correlati secondari dell'attività cerebrale e riafferma l'importanza del significato e del simbolo nell'ambito di un'ermeneutica contestuale. Egli afferma che “ci troviamo di fronte a due modi di guardare alla realtà psicologica: l'una a orientamento scientifico, che dà importanza al segno e agli assunti naturalistici [...] e l'altro che dà importanza al significato e al simbolo. È possibile una dialettica tra questi due modi di fare scienza” (p. 58). Come sostiene Mancina (1996), neurofisiologo e psicoanalista che a lungo si è occupato di questo tema, l'attività metaforica e simbolica della mente durante il sonno non si pone sullo stesso livello epistemologico dell'attività neuronale, dunque è utile mantenere un *dualismo epistemologico*, in cui mente e cervello, sebbene in correlazione, rimangono ambiti indagati da differenti discipline.

A queste riflessioni si aggiungono le considerazioni di Occhionero (2021) a proposito della problematicità di considerare il sogno un argomento di ricerca scientifica. Per definizione, infatti, la scienza richiede una descrizione 'oggettiva' della realtà e, nel caso del sogno – così come di altre aree di studio della psicologia sperimentale - si tratta di un'esperienza interna, che non può essere indagata direttamente. Inoltre, il sogno è un'esperienza soggettiva, che può essere conosciuta al risveglio solo da chi sogna, dunque in una condizione psicofisiologica molto diversa da quella in cui quell'esperienza ha avuto origine. Per il ricercatore che studia il sogno, si tratta di un problema fondamentale quanto inevitabile: la descrizione dell'esperienza onirica da parte del sognatore, registrata

come parola o scrittura, costituisce un oggetto controllabile, ma non la sua fonte. Inoltre, il sognatore è costretto a tradurre esperienze principalmente visive, e talvolta strane e sconnesse, in una storia verbale che possa essere compresa da un'altra persona.

Tutto questo suggerisce l'opportunità di un dialogo tra le discipline improntato al riconoscimento e al rispetto delle diverse impostazioni epistemologiche, un dialogo a più voci che consente di avvicinarci al sogno con la consapevolezza della sua caleidoscopica e affascinante complessità.

### **Sviluppi recenti nell'ambito neuroscientifico e della psicologia cognitivista**

Fatta questa necessaria premessa epistemologica, prendiamo brevemente in considerazione alcuni importanti sviluppi che la ricerca ha prodotto, soprattutto dagli anni '50 grazie allo sviluppo delle neuroscienze. Abbiamo oggi a disposizione, infatti, un corpus di studi sperimentali molto interessanti, una lunga serie di dati riguardanti la natura e le caratteristiche di questo affascinante processo cognitivo (Foulkes, 1962; 1985; 1996). Innanzitutto, all'interno della ricerca psicologica, precisiamo che il termine *sogno* definisce una specifica attività mentale della condizione psicofisiologica chiamata *sonno*. Dormire significa in primo luogo perdere quasi completamente il controllo degli input dall'ambiente esterno e, in secondo luogo, non essere consapevoli della propria vigilanza, cioè del fatto che si sta dormendo. Il sonno è lo stato fisiologico essenziale affinché l'attività onirica sia possibile (Nir e Tononi, 2009).

L'approccio psicofisiologico allo studio del sogno ha avuto avvio proprio dalla scoperta della fase REM del sonno (Aserinsky & Kleitman, 1953; Dement & Kleitman, 1957); da allora lo studio del sogno ha seguito due direttrici: la prima studia l'attività onirica per stabilire precise relazioni tra gli aspetti fisiologici del sonno (in particolare l'attivazione corticale) e gli eventi mentali; la seconda considera l'attività onirica (e i meccanismi coinvolti nell'elicitarla il

pensiero nelle diverse condizioni di coscienza) come un processo mentale simile ad altri processi cognitivi, anche se con caratteristiche specifiche.

Per quanto riguarda la prima questione, i ricercatori si sono occupati di analizzare la struttura dell'attività mentale onirica attraverso studi volti a trovare indici psicofisiologici che potessero essere correlati a tale attività. L'analisi dettagliata dei resoconti onirici, raccolti in laboratorio sotto controllo elettropoligrafico, ha così consentito di valutare eventuali differenze relative all'attivazione corticale durante le diverse fasi del sonno, comprese le fasi di transizione dalla veglia al sonno e dal sonno alla veglia (Cicogna et al., 1998). La scoperta del sonno REM ha portato a un'analogia tra sonno REM e sogno, considerato semplicemente un epifenomeno dell'iperattivazione corticale di questa fase del sonno (Hobson, 1990); tuttavia, altre ricerche hanno dimostrato che un'attività mentale può essere osservata dopo il risveglio da tutte le fasi del sonno, compreso il sonno profondo, quindi a prescindere dal sonno REM (Foulkes, 1962, 1996; Cavallero et al., 1992; Cicogna et al. 1998; Solms, 2000; Occhionero et al., 2005). Questi studi hanno avuto anche il merito di evidenziare le differenze riscontrabili sia in termini di ordine quantitativo relativo alla percentuale di probabilità di ricordare un sogno (molto maggiore in REM rispetto alle altre fasi del sonno), ma anche in termini di natura qualitativa relativa ai contenuti e alla struttura del sogno. È particolarmente interessante sottolineare che, anche se sogni e sonno REM sono fenomeni che di frequente accadono in modo concomitante (anche se non esclusivo), il *circuito dopaminergico mesocorticale-mesolimbico* sembra essere il principale motore del sogno. Questo circuito, una parte del cervello deputata all'attivazione di comportamenti esplorativi e di ricerca, è chiamato il *sistema della ricerca*, del *desiderio* o della *ricompensa* (Reward Activation Model) e la sua attività dopaminergica rimane continua dopo l'addormentamento, raggiungendo il picco proprio durante il sonno REM (Solms, 2023). La *neuropsicoanalisi* di Solms afferma, confermando l'ipotesi di Freud, che i circuiti neurali coinvolti nella produzione dell'esperienza onirica testimoniano una

partecipazione di emozioni e memoria, hanno rilevanza nell'attivazione del sistema della ricompensa e orientano a pensare che l'esperienza del sogno abbia la funzione di simulare e mettere alla prova, in modo sicuro, soluzioni adattive a una varietà di problemi. (Lingiardi, 2023)

Per quanto riguarda la seconda questione, l'aspetto da considerare è quello più peculiare del sogno: il processo allucinatorio. La differenza tra immaginazione e allucinazione sta nel modo in cui il contenuto si presenta alla coscienza. Il nucleo del processo allucinatorio consiste in un *errore* nell'operazione mentale che differenzia ciò che è oggettivo e reale, e ciò che è soggettivo, cioè il prodotto di un processo mentale endogeno. Questo processo conoscitivo, in condizioni normali, permette di distinguere l'origine interna (rappresentativa) dall'origine esterna (fenomenica) di un'esperienza; in altre parole, distingue una rappresentazione mentale da una percezione vera (Ohayon, 2000). In questo senso, quindi, il sogno è un'esperienza allucinatoria poiché è una rappresentazione non reale di cui non si riconosce l'origine interna<sup>3</sup>. All'interno di questa definizione, *l'allucinazione multisensoriale* è un processo mentale esclusivo del sogno in cui, a differenza di altri fenomeni allucinatori (psichiatrici o causati da farmaci psicotropi), c'è una perdita dell'autocoscienza che si sperimenta durante la veglia (Cicogna & Bosinelli, 2001).

Dal punto di vista cognitivo, la caratteristica centrale è che questa esperienza presenta una qualità multisensoriale, con un'attività allucinatoria prevalentemente visiva, la partecipazione del sognatore e una trama narrativa. Inoltre, il sogno è vissuto dal sognatore come una reale percezione della realtà, e la sua fenomenologia allucinatoria

---

<sup>3</sup> Un'eccezione è costituita dai cosiddetti *sogni lucidi*. Si tratta di un'esperienza onirica in cui il sognatore ha l'impressione di essere sveglio, consapevole di sognare, e di potersi muovere in modo deliberato all'interno del sogno, a volte anche modificando l'andamento del sogno. Piuttosto frequente è l'esperienza *semi-lucida* di pensare nella scena onirica che è *solo un sogno*. (Baird et al., 2019)

è riconosciuta solo in seguito, al risveglio. In realtà, il sogno non sempre ha caratteristiche così definite, e la sua peculiarità saliente è legata all'essere un processo mentale estremamente polimorfico, con livelli di variabilità che ne rendono difficile la definizione. Questa variabilità è riscontrabile nel livello della qualità allucinatoria, talvolta poco definita o incerta, dei ricordi che si rendono disponibili per la costruzione del sogno, nei livelli di consapevolezza che il sognatore sperimenta durante il sogno, la presenza della bizzarria, e nella rappresentazione del sé all'interno del racconto onirico (Occhionero, 2004).

Verso la fine degli anni '80, l'interesse si è orientato maggiormente verso i processi cognitivi coinvolti nella produzione onirica. Un aspetto importante è legato ai ricordi specifici - la materia dei sogni - che si rendono disponibili durante il sonno (Cavallero, 1993), nonché all'attivazione e all'elaborazione di ricordi autobiografici, episodici e semantici che sono alla base della costruzione di esperienze oniriche (Fosse et al., 2003). L'attivazione dei ricordi e le loro trasformazioni secondo un meccanismo di attivazione di altri ricordi permettono di costruire il sogno nella forma in cui lo ricordiamo da svegli (Cicogna et al., 1986). *L'attivazione mnemonica* è inizialmente sollecitata, e durante questa attivazione un processo di elaborazione attiva, all'interno di un processo di feedback, reti mnemoniche coerenti con i ricordi accaduti in precedenza. La traduzione on-line in immagini, linguaggio ed emozioni, che costituiscono la parte cosciente del sogno, può, a sua volta, essere in grado di influenzare l'andamento del sogno controllando e selezionando le informazioni utilizzate. Per quanto riguarda le caratteristiche delle fonti di memoria, secondo la tassonomia della memoria proposta da Schacter e Tulving (1994), i sistemi di memoria a lungo termine possono essere episodici, semantici o riferirsi a caratteristiche autobiografiche del sognatore (Cicogna et al., 1986; Malinowski & Horton, 2014).

È importante porre l'accento sul fatto che nel sogno queste tracce di memoria subiscono un *processo di riscrittura*, consentendo la generazione di una trama onirica che mantiene un legame più o



meno evidente con le tracce di memoria dell'evento realmente accaduto (Malinowski & Horton, 2014). Inoltre, un aspetto particolarmente interessante sembra essere legato alla memoria autobiografica: *l'autobiografia del sognatore resta l'elemento determinante*, il filo rosso dell'intera costruzione onirica. Questo tipo di memoria è una complessa articolazione di contenuti relativi non solo a eventi ed esperienze, ma a quella conoscenza generale di sé che assume un ruolo fondamentale per la costruzione dell'identità (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Secondo Occhionero (2021), la presenza di memorie autobiografiche nella trama onirica potrebbe suggerire l'ipotesi che la rappresentazione di sé sia un potente fattore organizzativo della struttura e della narrazione onirica.

Un altro elemento degno di nota è la rappresentazione di sé all'interno del sogno e le ripercussioni che questa rappresentazione può avere in relazione ai livelli di coscienza attivi durante l'allucinazione onirica (Bosinelli et al., 1982; Kozmovà & Wolman, 2006). Varie ricerche hanno mostrato una notevole variabilità di questa specifica allucinazione: si va dalla presenza riflessiva del sognatore, a una presenza come osservatore passivo, fino a un'allucinazione completa che corrisponde al modo in cui ci percepiamo in condizioni di veglia, cioè una complessa integrazione della struttura corporea e dell'identità psicologica (Occhionero et al., 2005). Un altro aspetto interessante legato all'attivazione delle tracce mnestiche è la frequente presenza di memorie molto recenti, i cosiddetti 'resti diurni' di Freud, che compongono la sceneggiatura onirica. Questi resti diurni sono spesso caratterizzati da un'elevata rilevanza emotiva; è quindi possibile pensare che il sogno abbia anche qualche ruolo nei processi di regolazione delle esperienze emotive (Vallat et al., 2017).

Tuttavia, i processi che attivano le tracce mnestiche non sempre garantiscono una forte coerenza tra contenuti diversi, dato il basso livello di attivazione dei sistemi di controllo. Quando questa coerenza non è pienamente realizzata, il sogno può presentare elementi di bizzarria (Colace, 2003; Cicogna et al., 2007). Il fenomeno di bizzarria all'interno dell'intreccio onirico può quindi essere

attribuito alla forte intrusione di elementi di memoria attivati e persistenti, difficilmente eliminabili nonostante la loro inconciliabilità con il resto della narrazione. Questa situazione rende difficile il processo di costruzione di un coerente copione onirica, influenzando così il montaggio e l'organizzazione spazio-temporale della narrazione (Revonsuo & Tarkko, 2002).

In conclusione, la ricerca ci consente di affermare che *sognare* può appartenere al sonno in tutte le sue fasi, anche se durante il sonno REM aumenta la probabilità che ciò si verifichi, naturalmente con differenze talvolta significative di frequenza e caratteristiche di contenuto. Se il sogno è una caratteristica del sonno in sé, allora si può ritenere che il sogno sia la modalità cognitiva propria del funzionamento del Sistema Nervoso Centrale durante il sonno (De Gennaro et al., 2012), una funzione supportata da strutture e aree cerebrali che si attivano in modo peculiare e specifico e che includono aree cerebrali coinvolte nelle operazioni simboliche, nel pensiero spaziale e nel controllo pulsionale, come hanno mostrato le più recenti ricerche nel campo della psicofisiologia e neurofisiologia (Nir & Tononi, 2009; Perogamvros et al., 2017; Siclari et al., 2017).

Questi studi consolidano l'ipotesi di una relazione di *continuità* tra i processi mentali durante il sonno e le attività mentali della veglia piuttosto che di una loro separazione. Da questa prospettiva, il sogno sembra essere il risultato di un sistema di elaborazione cognitiva che ha a disposizione il medesimo patrimonio di conoscenze (o contenuti mnestici) di cui dispone il pensiero vigile; al contrario non sembra ragionevole ipotizzare il coinvolgimento di processi ad hoc durante il sonno, diversi da quelli che generano l'attività mentale vigile.

La caratteristica principale dell'attività onirica è che l'attenzione è diretta verso l'interno e verso i propri ricordi, piuttosto che essere rivolta al mondo esterno, come accade solitamente nella veglia. Inoltre, è diversa l'intensità dell'attivazione mnestica, sia della memoria a lungo termine che della capacità della memoria di lavoro di organizzare i contenuti mnestici. Infine, sembra che il sonno REM

giochi un ruolo fondamentale nell'elaborazione delle esperienze di veglia emotivamente significative contribuendo fortemente al *consolidamento della memoria emotiva*.

In sintesi, secondo le ricerche della psicologia cognitiva almeno alcune categorie di sogni sembrano avere una funzione importante. Secondo questa ipotesi (teoria della simulazione della minaccia), il funzionamento del cervello durante il sonno è un *prodotto dell'evoluzione* che procura diversi vantaggi, ad esempio simulare le minacce e i pericoli per allenare le strategie di difesa e di adattamento, fare esercizio nella gestione di emozioni spiacevoli, consolidare la memoria di eventi recenti attraverso una rielaborazione creativa, con associazioni e idee nuove. Infine, alcuni sogni sembrano avere l'importante funzione sociale di metterci nei panni degli altri stimolando la capacità empatica e simulando la realtà sociale (Revonsuo et al., 2015).

In una recente pubblicazione, trattando il problema della coscienza, Seth (2023) giunge ad affermare che i sogni (almeno una parte di essi) sono *esperienze coscienti* ricche e diversificate, prodotte da un *oggetto di esperienza*. “Si consideri un adulto umano tipico. Il suo livello di coscienza è più alto (o più basso) quando sogna rispetto a quando è seduto alla scrivania dopo un pranzo pesante, in uno stato soporifero? Non ci sono risposte semplici a domande come questa. Sognare può essere *più cosciente* sotto certi aspetti (per esempio, la vividezza della fenomenologia percettiva) e *meno cosciente* sotto altri (per esempio, il grado di comprensione riflessiva di quello che sta accadendo)” (p. 59), ad eccezione del sogno lucido.

In ogni caso, anche nel sogno lucido, possiamo affermare che il sognatore è immerso, a doppio livello, nella propria *allucinazione multisensoriale* ed è solo da sveglia, e grazie al ricordo dell'esperienza fatta in sogno, che ha la possibilità di attivare l'*autocoscienza riflessiva*, ossia può considerare il proprio vissuto soggettivo come oggetto di conoscenza.

### **Il sogno in ambito clinico: alcuni elementi teorici**

È proprio nel setting clinico, all'interno di quella specifica relazione che è il rapporto terapeutico, l'autocoscienza riflessiva del sognatore è stimolata a mettere al centro dell'esplorazione *il proprio significato soggettivo*. Dalla prospettiva clinica, che valorizza l'unicità e la soggettività dell'essere umano, gli sviluppi attuali in ambito neuroscientifico e cognitivista sono ritenuti necessari nella rilettura dei contributi delle teorie psicodinamiche allo scopo di aprire nuovi orizzonti, orientare modelli e pratiche cliniche sempre più efficaci, da un lato superando vecchi pregiudizi e dall'altro evitando di cadere in tentazioni riduzioniste.

Con questa premessa, proponiamo alcuni spunti teorici ripresi da modelli in sintonia sia con le acquisizioni esposte brevemente nel paragrafo precedente, sia con gli assunti di base dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (Scilligo, 2009; De Luca & Tosi, 2012). Il punto di partenza è quello di riconoscere valore al sogno e, nella stanza di terapia, accogliere la narrazione dell'esperienza onirica da parte dell'autore con la consapevolezza di avere a che fare con una ricca fonte di informazione sul Sé, un prodotto dell'attività creativa della persona basato sulle sue memorie, profondamente connesso alla sua autobiografia e teso verso un migliore adattamento nel futuro (Scilligo, 2009).

In ambito clinico, l'oggetto d'indagine è il *racconto* del sogno, la narrazione del paziente che traduce nel codice verbale le rappresentazioni mentali, le immagini e le scene ricordo dell'esperienza onirica. Nel modello proposto dalla Teoria del Codice Multiplo<sup>4</sup> (Bucci 1999) corrisponde alla *modalità simbolica verbale*,

---

<sup>4</sup> La Teoria del Codice Multiplo è una teoria psicologica dell'elaborazione emotiva dell'informazione secondo cui il sistema umano di elaborazione è costituito da *un apparato a codice multiplo*, operante con processi paralleli di grande complessità. L'informazione è analizzata da diverse modalità che processano tipi diversi di contenuti in formati diversi, simultaneamente, parallelamente e in interazione: il *modo sub-simbolico non verbale* (riguarda l'elaborazione di tutta la parte dell'informazione non verbale, nella

quel potentissimo strumento mentale attraverso il quale comunichiamo il nostro mondo interno agli altri. Per il buon funzionamento globale del sistema umano di elaborazione dell'informazione c'è bisogno di connessione tra tutti i sistemi rappresentazionali: i formati sub-simbolico, simbolico non verbale e simbolico verbale devono essere *interconnessi* per consentire l'integrazione delle funzioni, l'organizzazione del comportamento orientato allo scopo e lo stabilirsi di un senso di sé unitario. Questo processo attraverso il quale s'interconnettono, ad esempio, le parole a un'immagine (simbolo) e a un'emozione o sensazione, è definito *processo referenziale*, e la capacità di esprimere tutti i modi dell'esperienza non verbale, in particolare l'esperienza emotiva, in forma verbale è chiamata *attività referenziale*. Il processo referenziale è bidirezionale: attraverso esso chi ascolta traduce i messaggi verbali in tutti i modi non verbali. Il processo è anche ricorsivo, con un feedback dalle nuove connessioni verbali verso l'attivazione di nuove connessioni non verbali. Queste idee fanno da sfondo a un'impostazione che mette in risalto l'importanza di facilitare e stimolare il sognatore, attraverso l'associazione libera, a connettere diversi modi di simbolizzare l'esperienza, a poter accedere agli schemi emotivi che veicolano, e creare nuovi significati nel contesto della relazione terapeutica.

L'esperienza onirica che la persona cerca di raccontare è un'*allucinazione multisensoriale*, come definita da Occhionero (2021), costituita essenzialmente da rappresentazioni tramite *immagini, o altri formati simbolici legati ai sensi*, che offrono significato simbolico (*modalità simbolica non verbale*) all'esperienza

---

vastissima gamma che va dai sentimenti alle informazioni motorie); il *modo simbolico non verbale* (riguarda quelle immagini mentali che non sono espressi in parole); il *modo simbolico verbale* (riguarda il linguaggio verbale). Per un ulteriore approfondimento si veda: Tauriello, S.; Bastianelli, L. (2009). La teoria dei codici multipli e gli Stati dell'Io Sé: un'integrazione attraverso un'esemplificazione clinica. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, vol.15, n.2-3, p. 123-138).

sub-simbolica (*attivazione sub-simbolica*), ossia alle esperienze viscerali, sensoriali e cinestetiche attivate. Durante il sonno, in particolare nelle fasi REM, predomina il sistema di elaborazione sub-simbolico delle informazioni, riguardante tutte le modalità sensoriali, che rappresenta le informazioni in codici personali, non immediatamente comunicabili o condivisibili con altri, dato che gli elementi attivati sono schemi emotivi soggettivi (*modalità sub-simbolica*) relativi a una molteplicità di contenuti, un desiderio che cerca di essere soddisfatto, un timore, un conflitto, un problema che la persona sta cercando di risolvere.

Seguendo il modello dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva, proponiamo l'idea che la costruzione dell'esperienza onirica sia in grado di offrire una veste simbolica agli schemi del Livello Tacito, essenzialmente corporeo e prevalentemente processuale; agli schemi tipici del Livello Intrapsichico Inconscio - ossia a quegli automatismi che possono essere stati consci inizialmente e poi sono diventati inconsci e automatici -, ed anche agli schemi del Livello Intrapsichico Conscio, esemplabili (resi osservabili) sotto l'impulso di stimoli esterni o interni ed esprimibili in una varietà di comportamenti, inclusa l'interazione interpersonale. Così rivestiti simbolicamente, gli schemi taciti e intrapsichici - consci e non-consci - possono entrare, attraverso la *narrazione* offerta all'ascolto del terapeuta, nel Livello Interpersonale e, nel lavoro terapeutico, essere messi a disposizione dell'*autocoscienza riflessiva* del sognatore e del suo processo di cambiamento.

Nella teoria del Codice Multiplo, i simboli onirici sono espressione della *modalità simbolica non verbale*, rappresentano la ricchezza della conoscenza di sé della persona e, anche se portano le tracce del contesto storico e culturale, sono un repertorio non caotico di memorie coscienti e non coscienti, dichiarative e processuali di varia natura, che esprimono l'identità soggettiva del sognatore. Il modello si basa anche su un nuovo concetto di *processo primario*, ancorato agli studi sulla memoria implicita, che vede nella *modalità sub-simbolica* una modalità specifica di elaborazione delle

informazioni, un livello del funzionamento mentale operante in parallelo alle altre modalità.

Nell'ambito analitico-transazionale, Cornell (2003) ha ripreso questo concetto per ridefinire il *protocollo*<sup>5</sup> come uno schema corporeo, non verbale e non conscio, che il bambino si costruisce attivamente per dare senso e significato alla sua esperienza. Il protocollo, oltre a essere uno schema organizzato e organizzante, rappresenta un livello di funzionamento, un modo specifico di "conoscere" basato sui sensi e sul corpo, un livello dell'organizzazione mentale che si forma in modo sub-conscio ed inconscio all'interno di una matrice di forze motivazionali basate su aspetti emotivi e somatici. In questo senso, è più di una memoria implicita: è espressione di un processo di elaborazione e di adattamento, un modo specifico di fare esperienza basato sui sensi e sul corpo, un livello latente di organizzazione somatica e relazionale che opera al di fuori della consapevolezza. Ontogeneticamente, la memoria implicita precede l'evoluzione della memoria esplicita, tuttavia non è da questa rimpiazzata: continua a operare in parallelo con la memoria esplicita nell'elaborazione dell'attività somatica e dell'esperienza emotiva.

In sintesi, l'esperienza implicita, processata a livello sub-simbolico, è una costante nell'organizzazione psichica, coesiste fianco a fianco con i livelli espliciti e dichiarativi dell'esperienza nel corso della vita, continuando ad avere un posto centrale nell'elaborazione di molti tipi di esperienza, tra cui quella onirica.

In accordo con la maggior parte dei modelli psicodinamici e clinici attuali, questo tipo di concezione converge nel ritenere che l'attività onirica abbia un significato psicologico, e che i sogni siano una *creazione formativa* piuttosto che compositiva, ossia di semplice e casuale sovrapposizione delle tracce mnestiche.

---

<sup>5</sup> Per Berne (1972) il protocollo è la valutazione somatica relazionale inconscia che il bambino elabora nell'esperienza d'interazione con la madre (caregiver), mosso dalla primaria fame di riconoscimento.

Tale posizione, con il sostegno dei risultati più recenti delle ricerche, porta a dare valore al *livello fenomenologico*, nel solco già tracciato da Jung e successivamente sviluppato dalla Psicologia del Sé. Secondo questa prospettiva, il mondo onirico che emerge creativamente attraverso l'espressione simbolica dei processi dell'esperienza punta a integrazioni complesse, al servizio di svariate funzioni di adattamento e sviluppo. Kohut, ad esempio, parla di *sogni di stato del Sé*, ossia sogni il cui contenuto manifesto è l'espressione dello stato della mente attuale del paziente. Secondo questa visione, il *contenuto manifesto* del sogno è un prodotto psichico avente validità in se stesso: le immagini del sogno non nascondono il presunto vero significato latente, ma hanno valore e potenza espressiva in se stesse (Fosshage 2009). Dunque, il sogno esprime in maniera aperta, non clandestinamente, il mondo interno del sognatore; il simbolo non nasconde ma rivela, e dunque non va interpretato e de-codificato, ma accolto e ampliato nei suoi significati. Ne deriva che le immagini del sogno non vanno tradotte o decifrate secondo criteri esterni ma accolte nella loro complessità, nella loro *polisemia*: come altri formati simbolici legati all'esperienza sensoriale servono come *correlati oggettuali* per gli stati emotivi, esattamente come accade per le espressioni artistiche (Bucci 1999)<sup>6</sup>. Secondo la prospettiva della teoria del Codice Multiplo, i sogni operano per rappresentare l'esperienza nella sua complessità e profondità, e sono dominati dai

---

<sup>6</sup> In poesia, una simile concezione del simbolo è costituita dal *correlativo oggettivo* (Eliot 1919), definito come la rappresentazione di una determinata sensazione o emozione attraverso alcuni oggetti concreti che mirano a suscitare nel lettore ciò che prova il poeta. Sentimenti e concetti astratti s'incarnano negli oggetti, negli elementi della natura, nei paesaggi; tali elementi concreti sono personificati e presentati come una presenza reale, fisicamente tangibile. Un esempio illuminante è la celeberrima poesia "Spesso il male di vivere ho incontrato" (Montale 1925), dove il poeta identifica direttamente il male di vivere con una serie di oggetti "il rivo", "la foglia", "il cavallo", colti in un momento di precarietà e dolore.



formati sub-simbolici, maggiormente accessibili durante il sonno. Da questo punto di vista, sono una preziosa porta d'accesso per gli schemi emotivi dominanti nella vita della persona, poiché comprendono sia elementi sub-simbolici mai verbalizzati sia elementi simbolici dissociati, scarsamente integrati. A partire da questi elementi, il sogno e la sua narrazione sono preziosi per il contributo che offrono nell'elaborare l'esperienza e far emergere nuovi significati.

Da una prospettiva che ben si integra con quanto finora esposto, Fosshage (1997) concepisce le funzioni del sogno essenzialmente come orientate alla crescita, al problem-solving, al mantenimento, regolazione e riparazione dei processi psichici allo scopo di favorire l'adattamento, il funzionamento mentale e l'integrazione del Sé. Affermando esplicitamente che il Sé ha una tendenza innata allo sviluppo e alla crescita, alla ricerca del miglior adattamento possibile al mondo esterno, sia fisico sia relazionale, tale concezione risulta molto vicina all'approccio fenomenico della Psicologia della Gestalt e all'impostazione della *psicologia umanistico-esistenziale*, cornice di riferimento anche del modello dell'ATSC. Inoltre, i punti convergenti tra questi diversi modelli forniscono un'impostazione che trova sostegno nei risultati più recenti ottenuti sul piano neuroscientifico e sperimentale, come riportati nel paragrafo precedente.

In particolare, sembra corroborata la visione di Scilligo (1988; 2009b) secondo la quale il mondo psichico della persona è un complesso sistema gerarchizzato di processi consci e inconsci e il sogno è concepito come uno strumento di equilibrio e integrazione a disposizione della persona. Esso informa sullo status quo, ma può anche attivamente promuovere integrazione e sviluppo mantenendo da un lato in uno stato quasi stazionario il sistema, smussando e compensando oscillazioni verso condizioni polarmente opposte; dall'altro promuovendo trasformazioni e aumentando la complessità del sistema attraverso i processi legati all'intenzionalità e all'orientamento verso il futuro.

In sintesi, con il sogno la persona si dà dei segnali per indicare a sé stessa cosa occorre recuperare omeostaticamente e cosa

sviluppare dinamicamente. In modo coerente con questa visione e in linea con le ipotesi della ricerca scientifica, si può affermare che i contenuti specifici degli schemi emotivi attivati possono essere estremamente vari, poiché riguardano il mondo emotivo della persona nel suo complesso, con i suoi temi e problemi, dunque possono riguardare tutti gli Stati dell'Io e i diversi livelli di consapevolezza.

In questa cornice, focalizzandoci sul lavoro terapeutico e la promozione del cambiamento in terapia, risulta utile fare riferimento all'approccio meta-teorico offerto dalla Coherence Therapy (Ecker et al., 2018) che, basandosi su recenti studi neurobiologici ha messo in luce una *sequenza trasformativa* che si verifica in ogni terapia efficace.<sup>7</sup> Sembra lecito ritenere che, in ognuna delle diverse fasi del processo di riconsolidamento terapeutico, i sogni raccontati dal paziente possano offrire un non trascurabile contributo alla messa in atto dei passi necessari al processo di applicazione clinica del riconsolidamento mnestico: dalla identificazione del sintomo e dello schema richiedente il sintomo, alla attivazione di una conoscenza o creazione di una esperienza disconfermante lo schema, fino alla verifica della non riattivazione dello schema e del sintomo connesso.<sup>8</sup>

La prospettiva teorica si arricchisce ulteriormente quando, seguendo la proposta di Bromberg (2009), si considera la diade paziente-terapeuta come una *coppia* che condivide un campo interpersonale affettivo/emotivo. Egli concepisce il funzionamento mentale come un collage di organizzazioni e prospettive multiple e

---

<sup>7</sup> Tali studi hanno individuato le condizioni nelle quali gli schemi impliciti codificati nella memoria emotiva (circuiti limbici) possono essere 'deconsolidati' a livello sinaptico e 'riconsolidati' in modo nuovo e differente. I passi della sequenza per il cambiamento trasformativo messi a punto da Ecker e coll. (2018) si basano sulla revisione del contenuto della memoria, un aggiornamento dell'apprendimento emotivo che, grazie all'esperienza attuale di disconferma circa il pregresso apprendimento implicito, attivano il meccanismo neuroplastico del riconsolidamento mnestico.

<sup>8</sup> Per un approfondimento della Coherence Therapy e un esempio clinico di lavoro clinico con il sogno si rimanda al testo di Ecker e coll. (2018) p. 124

discontinue. La mente tollera e cerca di integrare le esperienze costruendo un senso di continuità e negoziando continuamente tra diversi stati del Sé. In questo modello il sogno è un tramite per entrare in contatto con la varietà degli stati del Sé del paziente e costruire in un'esperienza co-creata un maggiore collegamento/integrazione tra elementi dissociati. L'Autore enfatizza i significati creati dalla coppia nello spazio intersoggettivo e attribuisce a questo livello il potenziale trasformativo del lavorare con i sogni, permettendo l'accesso, in particolar modo, a schemi emotivi dissociati che possono trovare spazio e integrazione nel Sé.

Infine, vogliamo citare un autore che ha particolarmente sottolineato la dimensione *affettiva* del sogno (Mancia 2007). Egli giunge a considerarlo come espressione di una *teologia della mente*, nel senso che il sogno si riferisce a quelle figure o rappresentazioni che hanno acquisito una dimensione sacra (religiosa = re-ligare, unire insieme) nel mondo interno della persona, in quanto espressione dei propri oggetti interni, in altri termini gli altri importanti e le loro interiorizzazioni. La dimensione affettiva e storica della persona è considerata il cuore del significato del sogno; una messa in scena, o presentazione di rappresentazioni cariche di affetti, dove gli oggetti interni del sognatore sono in relazione tra loro (dimensione intrapsichica) e in relazione con il Sé e gli oggetti della realtà (dimensione intersoggettiva), inclusa la relazione transferale.

### **Dalla teoria alla metodologia**

In questo paragrafo presentiamo una sintesi di elementi metodologici e tecnici provenienti dai diversi contributi teorici in precedenza considerati. Lo scopo è di offrire un ventaglio di opzioni – certamente non esaustivo – utili nel lavoro clinico, che siano da suggerimento e incentivo per creare interventi *su misura* per quel paziente e in quella specifica situazione terapeutica.

La considerazione centrale è che l'*evento* costituito dal racconto del sogno in terapia sia un atto di per sé significativo, da contestualizzare tenendo conto di diversi fattori, tra cui l'ipotesi diagnostica (cui peraltro il sogno può contribuire con l'emersione di

importanti schemi impliciti), la fase della terapia, specifici processi su cui si sta lavorando, etc. L'attenzione a cogliere gli elementi del *contesto terapeutico*, in modo coerente ad un approccio ermeneutico, stimola preziose domande e attiva riflessioni circa il modo in cui il sogno, qui e ora, si presenta e si innesta nella terapia con quello specifico cliente. Inoltre, va considerato che, come per qualsiasi altro intervento terapeutico, anche nel lavorare con i sogni è utile che il terapeuta abbia a disposizione diverse strategie e tecniche cui riferirsi, si basi sempre sul suo giudizio clinico, tenga conto del proprio livello di esperienza, in accordo con lo stile personale e in un processo contrattuale bilaterale con il paziente da tener conto anche della sua disponibilità e apertura verso alcune metodologie piuttosto che altre. In questo modo, l'azione terapeutica sarà fortemente connotata in senso *etico*, poiché assumerà le caratteristiche di una *cura responsabile*<sup>9</sup>, orientata a costruire benessere e a promuovere autonomia assertiva in entrambi i membri della coppia terapeutica (Bove et al., 2022).

### ***Bucci: connettere forme di pensiero e costruire significati***

Nella stanza di terapia il paziente arriva con un sogno da raccontare, oppure esso emerge nel corso della seduta, in ogni caso si tratta del racconto del *ricordo* del sogno, tracce che il sogno ha lasciato al risveglio o che sono affiorate in seguito. Nella narrazione il sogno è rielaborato dai principi organizzativi del sistema verbale; questa rielaborazione (la cosiddetta *revisione secondaria*) implica immaginare ciò che si è sognato mentre si ricorda e trasformare le impressioni in un racconto che, in quanto tale, include associazioni logiche, conferimento di struttura sintattica, messa in sequenza di episodi e immagini, e una varietà di meccanismi comunicativi e narrativi necessari alla comunicazione verbale, quindi alla *narrazione* nella stanza di terapia (Bucci, 1999).

---

<sup>9</sup> Per un approfondimento del concetto di *cura responsabile* si rimanda all'articolo riportato in bibliografia.

Nell'*ascoltare* il racconto del paziente, il terapeuta sospende ogni giudizio, si pone in modo recettivo, accoglie la narrazione negli elementi verbali e non verbali. I contenuti e i temi, con elementi bizzarri o più simili alle esperienze della veglia, possono essere molteplici, come molteplici sono gli schemi che costituiscono il mondo emotivo della persona. L'espressione facciale, la postura, i gesti, il timbro di voce, la velocità del discorso trasmettono informazioni circa gli aspetti emotivi del paziente. Il terapeuta è aperto, si connette allo schema emotivo attivato in quel momento dal paziente con il suo livello affettivo sub-simbolico, immagina ciò che il paziente descrive, traduce la rappresentazione tramite le parole nei propri sistemi rappresentazionali sub-simbolici ed emotivi, mentre si rende disponibile ad adottare la prospettiva del cliente, a entrare in risonanza con i suoi stati mentali.

La proposta metodologica del Modello del Codice Multiplo si completa nella fase della *Riflessione*, in cui grazie alle libere associazioni stimulate nel paziente e al discorso condiviso tra terapeuta e paziente, si creano connessioni tra le immagini specifiche concrete e le parole usate per descriverle con l'attivazione sub-simbolica, in modo da cogliere il significato emotivo. Le associazioni, infatti, congiungono tali sistemi al linguaggio, realizzando un'operazione di correlazione preziosa tra i diversi sistemi di rappresentazione ed elaborazione dell'esperienza, il *processo referenziale*. "Questa è la funzione simbolizzante di base che opera, in diversi gradi, nella costruzione di nuove idee e di nuove forme nelle scienze e nell'arte, nonché nella costruzione di significati emotivi nella vita degli individui" (p.13).

Esempio clinico. Un paziente di 40 anni, con una problematica di forte ansia e attacchi di panico, in una fase avanzata del trattamento.

*Mi trovo a P. [una città diversa da quella in cui vive], mi sento rilassato. Sono a cena in un locale con alcuni colleghi: non ho idea di chi siano, non ho memoria dei loro volti, ma la sensazione è positiva. Sto bene, il colore che predomina nel locale è nero, luci arancioni e gialle soffuse. Sono i colori che mi danno tranquillità, rispetto a colori vivaci e accesi che al contrario mi darebbero fastidio.*

*Sono a mio agio, contrariamente a quanto spesso mi accade [da sveglia] nei locali affollati.*

*La cena finisce e improvvisamente il mio pensiero va alla seduta di psicoterapia che avrò l'indomani. Sento di voler condividere con la psicoterapeuta il senso di serenità che ho vissuto a Perugia e per questo, probabilmente dopo averlo concordato, mi ritrovo con lei in quella città. Stiamo in giro, c'è ancora sensazione di serenità, è giorno e presumibilmente la seduta sta per avere inizio. All'improvviso la psicoterapeuta manifesta la necessità di allontanarsi brevemente. Il tempo, da quel momento, scorre via veloce e mi ritrovo, da solo, nel punto in cui ci siamo lasciati dopo diverse ore. È sera, è buio. Che cosa sarà successo? Con una certa preoccupazione, ma non eccessiva, inizio a cercarla.*

*All'improvviso, mi ritrovo accanto una donna che mi dice che la psicoterapeuta ha avuto un incidente: le è caduto addosso qualcosa dall'alto. Ma non c'è da preoccuparsi, quel "qualcosa", tipo un cornicione di un palazzo, dovrebbe essere di materiale leggerissimo, tipo cartone. Ora sono abbastanza tranquillo.*

*La sensazione è che sia ormai notte fonda. La donna mi accompagna dalla psicoterapeuta, che si trova "ricoverata" non in ospedale, ma in quello che sembra essere una sorta di ostello per turisti: tra poco scenderà a salutarmi ed io mi sento tranquillo.*

Il racconto del sogno in seduta, in prima persona e al presente, attiva nel paziente un senso di serenità e benessere, un'esperienza di calma percepita fisicamente ed emotivamente che il paziente è in grado di percepire e verbalizzare. Spontaneamente, in contatto con questo stato d'animo, egli associa la scena dell'allontanamento della terapeuta e della donna che le subentra a un sogno precedente, in cui era alla ricerca – allora con un certo livello di preoccupazione - di una persona cara che si era allontanata. Continuando a stimolare (stai con questa immagine/sei nella scena, cosa provi? Quali sensazioni/emozioni percepisci? Questa sensazione/emozione a quale immagine/scena ti riporta?) le sue associazioni tra scene, immagini ed emozioni correlate, il paziente coglie intuitivamente e individua lo schema emotivo per lui significativo: il sogno esprime in modo chiaro,

mette concretamente in scena, la sua nuova danza nell'andare e venire nelle relazioni importanti; la serenità di esplorare in libertà, tornare nella relazione con il desiderio di intimità e condivisione, sostenere emotivamente la separazione rassicurandosi – non è più, come in passato, vissuta con angoscia - e, con fiducia, attendere un nuovo futuro incontro. È emozionato e stupito nello sperimentare uno stato di serenità e benessere, fisico ed emotivo. Dalle connessioni spontanee del paziente emerge un significato emotivo per lui prezioso, che consolida e potenzia il cambiamento di nuovi schemi del Sé, nel suo assetto sia intrapsichico sia relazionale.

***Scilligo: fare spazio alla creatività del sognatore per ampliare i significati esistenziali***

Coerentemente con l'assunto di dare valore al significato soggettivo e alla narrazione personale che esprime l'identità (ricordiamo che l'autobiografia del sognatore è il filo rosso individuato dagli studi della psicologia sperimentale), Scilligo (2009a) propone una procedura a tre stadi per mettere a fuoco la creatività del sognatore e ampliare i significati esistenziali.

Il primo passo è la *narrazione espositiva*: il paziente è invitato a raccontare il sogno, per come è vissuto e ricordato, in prima persona “come se il sogno si stesse sviluppando qui nel presente” (p. 55). Attraverso il secondo passo, la *narrazione identificatoria*, il sognatore drammatizza le parti del sogno come espressione viva di sé. Gli elementi del sogno sono considerati simboli attraverso i quali la persona esprime proiettivamente le proprie memorie coscienti e non coscienti, dichiarative e procedurali. Attraverso l'esperienza immersiva della drammatizzazione emergono nella coscienza nuove associazioni che amplificano i significati della propria coscienza conscia e inconscia in modo creativo. “Tali associazioni non sono caotiche se non nel grado in cui la persona che sogna ha vissuto una vita caotica. Possono emergere nuovi orizzonti di significato, che possono dare senso a quanto si fa nella vita di veglia con un certo livello di automaticità non riflessiva” (p. 56). Infine, attraverso la *narrazione correlativa*, il sognatore collega la narrazione espositiva al

dialogo proiettivo, esercita la coscienza autoriflessiva e accede a una più ampia coscienza dei propri significati e della contestualizzazione conscia del proprio agire.

L'obiettivo strategico è quello di aprire una porta alla comprensione di sé, sia riguardo a schemi basati sulle memorie implicite precoci (di protocollo), sia riguardo a schemi coscienti che, dopo molte ripetizioni, sono diventati inconsci e automatici, limitanti e poco flessibili. Scrive Scilligo: "Spesso uso la metafora di dichiararci personalità multiple, in quanto deleghiamo molte delle nostre decisioni a processi automatizzati creati in contesti spesso lontani dal presente e dalla competenza complessa del presente, processi che talora diventano gestori di scelte non consapevoli poco sincronizzate con il variare e l'espandersi dell'esperienza di vita, poco accompagnate dalla riflessione e la meditazione integrativa dei nostri processi decisionali" (p. 56).

Esempio clinico.

"D. sogna di entrare in un negozio per comprarsi un vestito da sposa e ne vede uno bianco che si adatta proprio a lei. La proprietaria del negozio svaluta la sua scelta e le dice che lei è troppo piccola per quel vestito e che non le va bene e non lo può prendere. Allora si rivolge ad un'amica che l'accompagna ed esprime l'intenzione di misurarsi il vestito bianco. Anche l'amica la dissuade, assume un atteggiamento critico e le dice che è solo buona per andare a casa a mangiare piuttosto che prendersi un vestito da sposa. Improvvisamente D. sente un clamore fuori del negozio e quando esce c'è grande esultanza perché arriva l'acqua, chiusa in una cassa ben custodita e circondata da poliziotti. Scopre che la gente batte le mani e accoglie l'arrivo dell'acqua. Il giorno prima del sogno D. era stata accolta festosamente da una persona per lei importante e ciò fu per lei un'esperienza positiva forte. Nello sperimentare le diverse parti del sogno D. coglie il negozio di vestiti e la piazza come simboli di quello che fu la sua vita e di quello che sta per essere. Nell'esperienza di vita non aveva potuto mettersi il proprio vestito da sposa, crearsi una ricca identità personale, un sé autentico; ora invece l'acqua, la genuinità interiore protetta da una struttura difensiva caratterizzata da



riservatezza ermetica, in una cassa sigillata, con atteggiamenti quasi paranoici si ripresenta in pubblico. Il mondo esterno, la gente che batte le mani per l'arrivo dell'acqua, ora è accogliente e non si ripete la scena del rifiuto del vestito da sposa.

Col simbolismo del negozio e dell'acqua chiusa nella cassa il sogno presenta chiaramente alla persona le grandi tappe della sua evoluzione psicologica e il punto di sviluppo al quale è arrivata. L'esperienza del giorno precedente era servita da stimolo ed era stata trasformata in simbolo per rappresentare a sé la situazione intrapsichica attuale dominante. D. aveva, tra l'altro, particolare difficoltà nel comprarsi i propri vestiti e andava in panico quando voleva farlo; aveva grande riservatezza nell'esprimere a chiunque in modo confidenziale sentimenti e pensieri personali e solo nei mesi susseguenti iniziò a mettere tra la gente, a cominciare dal terapeuta, la sua acqua. D. aveva protetto bene la sua acqua con dei bravissimi poliziotti, espressione di una struttura protettiva (la struttura Esterna, genitoriale) facente parte della sua identità profonda (la struttura Interna).

Il lavoro sul sogno consistette essenzialmente nel prendere consapevolezza del diritto di misurarsi di propria iniziativa il vestito da sposa, le proprie scelte come persona autonoma e separata dalla madre, di gioire come acqua per l'accoglienza della gente e di gioire come acqua del fatto che può uscire dalla cassa sigillata per dissetare ed essere dissetata. Era in atto un ampio processo integrativo di strutture Interne e un processo di depotenziamento di una struttura Esterna (Genitore) tiranneggiante. Nel sogno è evidente il significato oggettivo-reale, il legame con la realtà oggettiva vissuta il giorno precedente come vissuto nuovo e occasione di integrazione e benessere. È evidente il significato soggettivo simbolico che comunica a D. dove sta nel suo processo di integrazione intrapsichica e relazionale. E' anche evidente il significato oggettivo-causale, soprattutto l'esperienza infantile con la madre, che ha intralciato la ricchezza della crescita psicologica di D. I significati del sogno non emersero per interpretazione del terapeuta, ma dalle intuizioni della persona che fece il sogno a mano a mano che riviveva come su un

palcoscenico ognuna delle parti: la commessa, l'amica, se stessa, il vestito da sposa, l'acqua, la cassa, i poliziotti, la gente, il negozio” (Scilligo 1998, p. 212-214).

### ***Bromberg: destare il sognatore***

Il sogno è la voce di aspetti dissociati del Sé che il paziente non riconosce come ‘me’ e il lavoro terapeutico è il tentativo di stimolare e sviluppare un dialogo tra il sé della veglia e il sé onirico, creando ponti tra diversi stati di coscienza e aumentando la coerenza tra stati del sé.

L’obiettivo metodologico che ne deriva è trasformare i sogni notturni in sogni ad occhi aperti, portare in seduta il sognatore. La via regia per l’inconscio è costituita dall’esperienza della *sorpresa* piuttosto che dall’interpretazione: la relazione tra il sogno e la sorpresa è l’*affetto*, la portata emozionale della scoperta. Ne deriva l’opzione tecnica di “rendere ogni sogno somaticamente reale [...]. Il principio generale è concepire il sogno come parte integrante di una seduta. Non è un racconto da comprendere ma una realtà di cui fare esperienza con la maggiore profondità possibile, come se stesse avendo luogo in questo momento” (p.45).

Dunque, l’opzione proposta è di trattare il sogno come un luogo in cui si è stati, un luogo da esplorare come se appartenesse alla nostra vita vigile, entrando nello *spazio* del sogno piuttosto che rimanere nel testo del sogno (Bromberg, 2009). In questa prospettiva, il paziente è invitato a percepirsi dentro l’esperienza del sogno come in un territorio fisico, piuttosto che raccontarlo come una storia. Secondo Bromberg (2009), infatti, un sogno è una realtà non lineare e va affrontato come tale, *come un luogo reale* di cui il paziente ha fatto esperienza da esplorare qui-e-ora con il corpo e i sensi.

Cosa prova vedendo X? In quale punto della stanza si trova? Si guardi intorno e descriva ciò che vede. Dice di sentirsi vicina a quest’uomo. In che modo *si sente*?

Il risultato è la creazione di un'esperienza, nel contesto sufficientemente sicuro di relazione terapeutica, in cui diviene possibile conciliare, avvicinare, integrare stati del sé dissociati.

Nello spazio intersoggettivo, il terapeuta è attento a promuovere la capacità della mente di riorganizzarsi al servizio di un adattamento creativo, individuando le dissociazioni patologiche, ossia quelle strutture mentali sviluppate per evitare l'esperienza traumatica, la sua ripetizione e l'esperienza emotiva dis-regolata a essa collegata. In questo senso, egli partecipa alla creazione di uno spazio in cui favorire la capacità del paziente di *restare tra gli spazi* di diversi aspetti del sé, generando nuove forme di integrazione e dialogo interno. In questa prospettiva, l'autorivelazione del terapeuta non è una comunicazione autobiografica quanto piuttosto una *condivisione* di uno stato emotivo, la sua compartecipazione a un *campo affettivo* continuamente costruito e modificato da entrambi.

Esempio clinico. Un paziente di circa 30 anni.

*“Sto facendo una gara su una superficie di asfalto e calcestruzzo con qualcun altro che corre dietro di me. Nel sogno io sono un principiante, l'altro è un professionista e penso sempre che mi raggiungerà prima o poi, ma non lo fa. Continuo a correre la mia gara tenendo un occhio su di lui. C'è una curva sulla strada e l'uomo dietro di me pensa che prenderò la curva larga perché sono un principiante, ma non è così. Di fatto, gli impedisco il sorpasso. Divento ancora più forte verso il traguardo e finisco per vincere. Ma è la mia prima gara e non sono sicuro di aver tagliato il traguardo quindi, nel dubbio, continuo a correre.*

[...] Gli chiesi di tornare sulla scena della corsa e di entrare fisicamente nel sogno. [...] Quando mi disse di essere sulla scena, gli chiesi di guardarsi intorno e di focalizzare l'attenzione su immagini, suoni, sensazioni fisiche e persino odori.

Dopo alcuni momenti disse: “E' curioso. Riesco a percepire che si tratta di una giornata caldissima. Vedo del vapore salire dall'asfalto”.

Gli chiesi cosa si provasse a gareggiare in una giornata così calda. Dopo una breve pausa mi disse che si sentiva alla grande. “Il

caldo non mi tocca, ma riesco a vedere la faccia del ragazzo dietro di me, e lui sì che sente caldo. Sembra che stia forzando troppo – con l'intento di superarmi – riesco a vedere tutto ciò che fa, e mi sento sempre più forte a mano a mano che ci avviciniamo al traguardo.”

Gli chiesi cosa provasse a vedere il rivale così chiaramente e Daniel disse di aver provato una sensazione straordinaria, “soprattutto quando l’ho sorpassato”. Gli chiesi allora di spostarsi più vicino al ragazzo, così da riuscire a guardarne chiaramente il volto mentre cercava di superarlo. [...] Gli chiesi di entrare nei panni di quel ragazzo e di fare esperienza, dall’interno, di ciò che provasse a essere lui, così da poter vedere se stesso attraverso gli occhi del ragazzo [...]. Dopo circa un minuto, cominciarono a scorrere delle lacrime lungo le sue guance. “Gli piaccio. Ha buoni sentimenti per me anche se ho vinto la gara. [...] “Vorrei uscire dal sogno adesso. Riesco a capire il senso del sogno e vorrei parlarne con lei” (p.48-51)

### ***Fosshage: orientarsi con qualche punto di riferimento tecnico***

Tramontata l’idea di un sogno manifesto (falso) e di un sogno latente (vero), l’aspetto manifesto del sogno e il racconto che lo costruisce attraverso le immagini, la narrazione, le emozioni correlate, sono considerate raffigurazioni dei modelli dell’organizzazione psichica, immagini simboliche rivelatrici degli schemi sé-altro attivi a livello intrapsichico e interpersonale. Data questa premessa, terapeuta e paziente potranno prestare fede alle immagini del sogno, alle sue metafore e ai suoi temi, come qualcosa che comunica in modo diretto.<sup>10</sup> Per esplorare e far emergere tali schemi/temi, Fosshage (1997) fornisce sette principi tecnici.

---

<sup>10</sup> In letteratura, una simile ‘lezione’ (prendendoci la licenza di sostituire *mito* con *sogno*) arriva da Italo Calvino (1988) in *Lezioni americane* quando, volendo interrogare una storia mitologica, afferma “... so che ogni interpretazione impoverisce il mito [*sogno*] e lo soffoca: coi miti [*sogni*] non bisogna aver fretta, è meglio lasciarli depositare nella memoria, fermarsi a meditare su ogni dettaglio, ragionarci sopra senza uscire dal loro linguaggio di immagini. La lezione che possiamo trarre da un mito [*sogno*] sta nella

Il *primo* è ascoltare in modo attento, accurato ed empatico l'esperienza del sogno del paziente. Il *secondo* è ampliare l'esperienza del paziente all'interno del sogno (es. cosa sentiva quando nel sogno succedeva X? Cosa provava in quel momento?). La combinazione di ascolto empatico e domande specifiche sull'esperienza onirica stimola il paziente a sentirsi coinvolto e in contatto affettivo con l'esperienza, la amplia per la successiva comprensione del significato. L'indagine empatica avvalorata l'esperienza del sogno, la significatività dell'esperienza onirica. Concentrare l'attenzione sull'esperienza del sogno ne mette in luce la struttura metaforica e tematica. Il *terzo* principio afferma che le immagini di un sogno non devono essere tradotte o pensate come qualcosa che sta al posto di qualcos'altro, ma devono essere comprese nel loro contenuto metaforico e tematico. Richiedere associazioni a singoli elementi del sogno presi al di fuori del loro contesto porta ad una frammentazione dell'esperienza del sogno e della sua coerenza: il contesto del sogno dà forma al suo significato. Il *sogno nel suo complesso* è in grado di rivelare in modo potente i processi psichici del sognatore; al tempo stesso alcune immagini, alcuni dettagli possono risaltare e richiedere un'attenzione speciale, attivando associazioni spontanee e mirate: perché il sognatore ha scelto questa immagine o questa persona? Dopo aver elaborato l'esperienza onirica, il *quarto* principio invita a ricollegarla alla vita reale. Spesso le due cose avvengono contemporaneamente, a volte sono processi separati.

Il significato di alcuni sogni emerge ben chiaro al sognatore, in altri è necessaria ulteriore indagine. In ogni caso, ed ecco il *quinto* principio, paziente e terapeuta collaborano per cogliere il collegamento tra vita e sogno, per mettere a fuoco il dialogo tra i due piani e accrescere la comprensione e l'integrazione dei processi psichici. Il *sesto* principio afferma che il contenuto del sogno non deve necessariamente avere un

---

letteralità del racconto, non in ciò che vi aggiungiamo noi dal di fuori“ (p.8, 9).

riferimento diretto col transfert a meno che non sia esplicito; casomai è l'evento di comunicare il sogno al terapeuta, piuttosto che il contenuto, che può rivelare un significato transferale. Sono innanzitutto i modelli relazionali a dover essere identificati e poi connessi alla vita del paziente. Infine, il *settimo* principio dice che i sogni possono essere utili alla psicoterapia di qualunque paziente, indipendentemente dalla diagnosi.

Esempio clinico: “Lampi di sogni”. Una donna di 50 anni, in terapia da circa 3 anni, negli ultimi mesi porta in seduta varie scene di sogni, rappresentative di un processo di elaborazione della sua esperienza infantile traumatica con una figura di attaccamento. La serie comincia con un sogno: uno schermo nero e una voce maschile che dice: “non lo dire a nessuno e se lo dici nessuno ti crederà!”. Quest’ordine minaccioso, ingiuntivo, ha un impatto profondo sulla paziente: si sente sola e in balia della voce. Allo stesso tempo la paziente mantiene un solido contatto visivo con la terapeuta che, cogliendo l’appello, risponde alla paziente: “tu stai dicendo questo, qui e a me, e io ti credo. Credo a te”. Questa risposta risulta per la paziente profondamente e apertamente contraddittoria rispetto alla convinzione che nessuno le avrebbe mai creduto e mette in crisi le conseguenti dolorose strategie di adattamento a essa. L’impatto di questo lavoro apre la possibilità di avvicinarsi alla propria esperienza traumatica dandole spazio e possibilità di elaborazione. Da lì seguono una serie di sogni esplicitamente rappresentativi del processo di cambiamento e cura: da “flash di immagini di corpi nudi” a “la sagoma di un uomo seduto ai piedi del letto”. La paziente riconosce in queste immagini notturne il ricomporsi di ricordi che affiorano, che di giorno può elaborare in terapia per “costruire un atterraggio non deflagrante” e restituire verità, dicibilità e contenibilità emotiva alla sua esperienza. Con questa paziente, il potere trasformativo del lavoro sui sogni sta nel passaggio dalla storia della “vecchia cameretta” alla costruzione dell’esperienza in terapia di uno spazio sicuro che lei definisce “il posto felice”, che ora può estendere a contesti e relazioni dove nel suo presente può co-costruire esperienze di connessione con l’altro improntate a senso di sicurezza, rispetto dei confini e protezione di sé.

## **Sognare al tempo del Covid-19**

Se è vero che il sogno è intimo e soggettivo, è altrettanto vero che compare nella vita psichica di tutti ed è un'esperienza che avviene in un preciso momento, sia della vita individuale sia della vita sociale e del tempo storico che si sta attraversando; dunque, passaggi difficili della vita collettiva riverberano nei sogni, testimoniando pensieri, preoccupazioni e vissuti comuni di quel tempo storico.

Molti studiosi e ricercatori si sono interessati allo studio dell'impatto della recente pandemia sull'attività onirica. L'11 Marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria per l'intera popolazione mondiale e date le gravi conseguenze pratiche e psicologiche, molti ricercatori hanno rilevato una maggiore possibilità di sviluppare un Disturbo Post-Traumatico da Stress con implicazioni significative anche sull'attività onirica. La presenza di incubi ricorrenti<sup>11</sup>, infatti, è uno dei criteri considerati per la diagnosi di tale disturbo e insieme alla sintomatologia sono associati ad una compromissione delle aree cerebrali come l'alterazione dell'attività dell'amigdala, della corteccia mediale, dell'ippocampo, responsabili della mancanza di controllo emotivo, delle bizzarrie del sogno e la riproduzione di memorie traumatiche.

In quanto evento traumatico, la pandemia e il lockdown hanno rappresentato il potenziale per la genesi e la ripetizione di esperienze traumatiche, viste anche le diverse ondate e periodi ripetuti di lockdown durante l'anno. Di fronte a vicende di tale importanza, i sogni non sono più solo un evento intimo e personale ma assumono un significato sociale in quanto rappresentano la realtà sociale, politica

---

<sup>11</sup> Un incubo è un sogno collegato a intense emozioni spiacevoli che spesso portano al risveglio. Sovente si tratta di una sensazione intensa di paura, ma possono comparire anche tristezza, disgusto, vergogna o rabbia. Quasi sempre, il sognatore ricorda cosa lo ha angosciato e/o minacciato, diversamente da molti altri sogni. Gli incubi sono molto diffusi, ma per alcune persone diventano un carico pesante e limitante, costituendo un vero e proprio disturbo.

e ambientale in cui viviamo. Negli anni '80 Gordon Lawrence mise a punto la tecnica del *social dreaming* con l'obiettivo di esplorare i sogni in un'ottica sociale. Lavorò sui sogni di un gruppo di persone attraverso le libere associazioni per trovare dei collegamenti tra di loro, cogliere delle tematiche collettive e ampliare con riflessioni e pensieri. Anni prima, anche la giornalista tedesca Charlotte Berardt nel 1933 aveva raccolto i sogni durante la dittatura di Hitler mostrando come i contenuti fossero comuni e influenzati dal momento storico. Allo stesso modo, anche gli studi sui sogni dopo l'attentato alle torri gemelle hanno dimostrato come immagini e contenuti riportati dai cittadini americani, fossero rappresentativi dell'angoscia e della preoccupazione legate all'esperienza traumatica.

Durante eventi così epocali e collettivamente difficili, il sogno diventa messaggero di preoccupazioni e pensieri trasversali a tutti, e le ricerche fatte mettono in luce come l'inconscio collettivo influenza quello individuale.

Come già affermato nella prima parte di questo scritto, i sogni e gli incubi hanno una funzione importante per la nostra psiche: secondo la Threat Simulation Theory, l'attività onirica è concettualizzata come un meccanismo per allenarsi ed imparare nuove strategie di sopravvivenza. L'Emotion Regulation Theory sostiene che la funzione dei sogni è quella di regolare le emozioni per risolvere problemi emotivi ed elaborare le memorie paurose. La Social Simulation Theory (SST) concettualizza i sogni come un ricordo delle memorie quotidiane e come mezzo per nuove strategie di comportamento sociale sperimentate in un ambiente protetto senza gravi conseguenze concrete. Infine, la Continuity Hypothesis sostiene invece che i sogni sono influenzati dalle preoccupazioni e pensieri presenti nella vita quotidiana che quindi hanno un impatto sull'attività onirica (Barrett, 2020).

Tenendo presenti le varie concettualizzazioni teoriche, durante la pandemia sono stati messi a punto dei progetti di ricerca in tutto il mondo; per citarne alcuni, in Italia (Scarpelli et al., 2021; Dondi et al. 2021), in Cina (Guo & Shen, 2021), in Brasile (Musse et al., 2020); negli Stati Uniti (Schredl & Bulkeley, 2020) che hanno messo



in luce proprio il *trauma collettivo* che si rifletteva nella vita e nello spazio onirico, come fattore stressogeno, che a sua volta aveva delle conseguenze nello stato di veglia, innescando così un circolo vizioso. Nel 2021 è stata pubblicata la ricerca *Dreaming during Covid-19: the effects of a world trauma* (Marogna et al., 2021), in cui tramite whatsapp molte persone erano state invitate a raccontare la propria esperienza onirica con particolare attenzione alle emozioni, alle immagini e relative associazioni libere. La ricerca ha evidenziato “elementi diurni” non metabolizzati e la presenza di contenuti angoscianti con immagini legate alla pandemia. Un altro interessante resoconto onirico durante il lockdown è stato fatto grazie ad un’iniziativa del quotidiano La Repubblica in cui sono stati riportati i contenuti di sogni caratterizzati da un’atmosfera angosciante, persecutoria e invasiva. I sogni presentavano immagini che evocavano rifugio e protezione, ricordi di infanzia con i genitori e persone che hanno fatto parte della vita passata. Le persone hanno riportato come immagine ricorrente nei propri sogni l’acqua sotto forma di inondazione o tsunami, quasi a riattivare un trauma collettivo del maremoto dell’Oceano Indiano avvenuto nel 2004, un’evocazione di uno spavento per questo evento che Bromberg definisce *L’ombra dello Tsunami* (2011). Altri temi rilevati sono quelli del contagio e la contaminazione nelle sue diverse forme rappresentate da figure di animali o persone accompagnate da angoscia; nei sogni apparivano anche immagini surreali (weird dreams) per esempio un pandoro sul quale spuntava l’erba, un cerbiatto, la muffa che invadeva un’abitazione. Macchie che appaiono sui denti, sogni in cui si perde tutto e ci si ritrova in un mondo deserto, in cui la pandemia ha cancellato ogni traccia e ci si ritrova a cercare i propri cari. Tali sogni sono rappresentativi di più aspetti collegati alla capacità di fronteggiare le minacce e lo spavento; la separazione, il senso di solitudine, l’isolamento e la distanza fisica ed affettiva hanno caratterizzato l’esperienza onirica di molte persone, probabilmente inerenti alla convivenza soprattutto domestica ma anche sociale. Infine, i sogni riportati non erano solo portatori di contenuti angosciosi e di preoccupazioni ma anche di conforto e rassicurazioni,

caratterizzati da immagini come la casa dell'infanzia, alcuni rifugi, la natura stessa come il mare e il prato. La maggior parte delle donne ha riportato contenuti riguardanti la maternità, probabilmente collegati al desiderio di rinascita.

L'attività onirica rilevata dalle suddette ricerche può far riflettere riguardo alla sofferenza intrapsichica vissuta durante la pandemia e come le emozioni correlate rimaste nella nostra memoria si siano infiltrate nella nostra sfera non conscia influenzando il nostro modo di sognare.

### **Sogno ed elaborazione del lutto**

Durante la nostra esistenza facciamo continuamente esperienza della perdita e della copresenza della vita e della morte. La pandemia, per esempio, ci ha messo di fronte a questa esperienza collettivamente. Come esseri umani viviamo non solo in un mondo fisico presente e concreto ma viviamo anche in e attraverso un mondo simbolico, abitato da ricordi, anticipazioni, valutazioni, obiettivi, credenze, metafore e dunque significati. Abitare e costruire un mondo simbolico, permette alle persone di ricamare l'esperienza con il linguaggio, narrare e ascoltare storie, maneggiarle fino a tessere dei significati riguardo agli eventi della nostra vita. Alcuni eventi incompatibili, incontrovertibili e inaspettati possono portare a sentirsi immobili e alienati, il mondo diventa inabitabile e la tela dei significati costruita intorno alla nostra esistenza rischia di aggrovigliarsi o anche recidersi.

Metaforicamente, è ciò che può succedere in seguito all'esperienza di perdita e lutto<sup>12</sup> soprattutto di persone importanti, che porta ad una vera e propria crisi di significato. Risulta utile in questi casi orientare un processo di ricostruzione dei significati e ricostruzione del legame con la persona scomparsa per essere di nuovo in grado di scrivere la propria storia. Il lutto corrisponde sia all'espressione individuale che sociale della perdita, pertanto ha una

---

<sup>12</sup> Per approfondire il tema del lutto e del lavoro clinico con un approccio integrato in una cornice di Analisi Transazionale suggeriamo il testo di De Luca (2023).

doppia valenza che si sostanzia sia nell'espressione individuale di fronteggiare il dolore, sia relazionale-comunitario dove ognuno di noi attinge al confronto con gli altri per facilitare il processo di elaborazione. Il lutto altera i processi di auto-narrazione in coloro che sono sopravvissuti gettandoli in una continua ricerca di significato della perdita e dei cambiamenti nella loro vita in uno sforzo continuo per mantenere una narrativa di sé coerente. Per questa ragione il confronto con lo stato di sofferenza degli altri risulta a volte sterile e necessita di un contesto in cui è possibile la condivisione profonda di stati d'animo, in cui è possibile riscrivere insieme la propria storia e costruire il significato per riprendere una linearità nella propria narrazione.

Nella letteratura classica, l'elaborazione del lutto viene descritta come un processo dinamico che può svilupparsi in due direzioni: il lutto sano e il lutto patologico. Il lutto sano viene considerato tale quando il processo di adattamento alla perdita e la ripresa del proprio andamento di vita si evolve nell'arco temporale dai 6 mesi ad un anno. Il modello di riferimento più accreditato sin dagli anni '70 è quello elaborato da Elizabeth Kubler Ross, che descrive cinque fasi che la persona attraversa durante l'elaborazione del lutto.

In seguito, il suo allievo Dennis Klass<sup>13</sup> ha proseguito gli studi a partire proprio dall'osservazione diretta di come le persone ricostruivano la propria vita in seguito alla perdita della persona amata. L'autore ha osservato come il modello precedente, non tenesse conto di come le persone riuscissero ad adattarsi alla perdita e a riprendere la loro vita strutturando un nuovo rapporto con la persona amata piuttosto che 'lasciarla andare'. Il modello dei *Continuing Bonds* (CB) si inserisce quindi all'interno di una riflessione più ampia sulla sofferenza, in quanto dimensione imprescindibile della nostra

---

<sup>13</sup> Nel 2018 Dennis Klass ha tenuto una relazione dal titolo: "Il Modello dei Continuing Bonds: origini e nuove direzioni" nell'ambito del Convegno "Il Legame Continua. Dal lutto alla Crescita Post Traumatica", Roma, Università Pontificia Salesiana, 27-28 ottobre. Per maggiori informazioni consultare: <http://www.luttoecrescita.it/convegno-ottobre-2018/>

esistenza. In questa cornice il legame con il defunto può essere rielaborato in maniera adattiva e può durare in modi diversi per tutta la vita. Tale relazione non è patologica e soprattutto non nega il dolore per la perdita; la teoria del CB sostiene che esistono forme diverse di attaccamento che permangono dopo la morte senza essere disfunzionali. Secondo Klass, il normale processo di adattamento alla perdita, comporta la creazione di una rappresentazione interna di un nuovo legame con il defunto in un'ottica del lutto come processo cognitivo ed emotivo che si sviluppa all'interno di un contesto sociale di cui il defunto fa parte (Klass et al., 1996).

Attraverso la ricerca e la pratica clinica è stato dimostrato come compito del clinico è quello di aiutare la persona impegnata nell'elaborazione del lutto, a lasciar andare parti indigeste della relazione ed introiettare in un oggetto interno stabile e duraturo nel tempo le parti sane. A questo scopo il lavoro sui sogni e le fantasie riportate dal paziente ha dimostrato la produzione di insight significativi in cui la persona si permette di parlare o ricevere risposte dai propri cari. L'attività onirica facilita quindi l'elaborazione del lutto in quanto tratta la morte come continuità con la vita delineando così una lettura meno angosciante per la persona. Ciò è in linea con il modello appena esposto, che considera normale e sano continuare a coltivare il legame con la persona cara. Secondo il modello Duale (Stroebe & Schut, 1999) in un processo dinamico di coping adattivo la persona è orientata sia alla perdita in quanto è concentrata sugli aspetti legati alla mancanza della persona perduta, e orientata alla ricostruzione cioè concentrata sul suo futuro e le sue nuove prospettive.

Se la ricerca di senso è una chiave per la salute mentale (Frankl, 2001), trovare un senso alla sofferenza è una delle nuove strade di intervento possibili in contesto di lutto. I sogni e la loro elaborazione rappresentano una risorsa per l'elaborazione della perdita e del lutto in quanto forniscono una forma di ritualità e ri-narrazione favorendo la crescita post-traumatica. Il lavoro sui sogni nella stanza di terapia permette alle persone di accedere

all'elaborazione degli schemi per "ricucire" la frattura del prima e dopo, grazie proprio alla rielaborazione narrativa.

Esempio clinico.

Uomo di 55 anni. Nel momento in cui sogna, il padre è morto da circa due mesi; nella seduta precedente il paziente ha affermato di sentirsi piuttosto indifferente, di non provare emozioni al riguardo.

*"Sono in macchina con mio padre. Discutiamo sul percorso da fare per arrivare in un posto."*

Nel raccontare il sogno il paziente riconosce che la morte del padre ha, in effetti, un impatto emotivo ed è disposto a calarsi nel sogno per esplorarlo. Rientrando nella scena prova irritazione nei suoi confronti e afferma con decisione di essere sicuro di sapere quale strada percorrere per arrivare alla meta. A questo punto, con la tecnica della fantasia guidata (re-enactment) è invitato a proseguire la storia, ad agire nella scena. Il paziente 'si accorge' di essere al volante della sua macchina, e dice al padre che può andare con lui o scendere, il padre rimane e il paziente avvia la macchina con un senso di soddisfazione.

Fuori dalla scena, attivato dall'esperienza appena vissuta, il paziente dice con tristezza: mi rendo conto che mio padre non è mai stato un faro per me!

Il lavoro prosegue con l'elaborazione di aspetti importanti della sua relazione con il padre, da cui non aveva ricevuto alcuna guida per orientarsi nella vita.

### **Sogni ad occhi aperti e Maladaptive daydreaming**

Sognare ad occhi aperti è un comportamento umano molto comune. Permette di sfuggire mentalmente al presente diventando una fonte di piacere e qualche volta offre dei vantaggi, come per esempio anticipare la risoluzione di problemi, combattere la noia, pianificare il futuro, stimolare la creatività, essere un antidoto contro la solitudine. Quindi, possiamo affermare che l'immaginazione e l'immersione nei sogni ad occhi aperti è un'esperienza normale; ciò che la rende

disfunzionale è quando diventa difficile da controllare, quando il tempo speso in queste attività va a compromettere il funzionamento della persona e interferisce nelle diverse aree della vita quotidiana. In questi casi si parla di *Maladaptive Daydreaming* (MD). A descrivere per la prima volta tale condizione fu un professore e ricercatore israeliano Eli Somer (2002), il quale pubblicò una ricerca con le caratteristiche di un disordine nel quale le persone trascorrono circa il 60% del loro tempo da svegli in un mondo immaginario auto-creato (fantasticare compulsivo).

Coloro che ne soffrono sanno che quel mondo è di fantasia, e riescono comunque a mantenere il contatto con il mondo reale, ma in casi estremi l'estesa attività di fantasticare rimpiazza l'interazione umana e/o interferisce con il funzionamento della vita accademica, interpersonale o professionale. È una forma di dipendenza comportamentale caratterizzata da un forte bisogno di immergersi in queste fantasie. Per questo, chi soffre di MD può provare fastidio o rabbia quando questa attività non è permessa o viene interrotta. La maggior parte dei soggetti con MD, infatti, trovano difficile ridurre o smettere di sognare a occhi aperti, alla stessa stregua di altri comportamenti di dipendenza. La condizione di MD è caratterizzata da alcuni sintomi comuni: la persona trascorre periodi prolungati della giornata a fantasticare; tali fantasie sono molto elaborate e dettagliate simili ad un romanzo o film; la persona prova un'estrema difficoltà a smettere di fantasticare paragonabile ad una dipendenza da droga o alcol; è presente una difficoltà ad addormentarsi a causa del flusso di fantasie che non si riesce ad interrompere, così come la difficoltà ad alzarsi la mattina; i film, la musica, libri o videogiochi diventano uno stimolo per innescare nuove fantasie; le persone con questo disturbo mostrano dei movimenti ripetitivi come dondolarsi, camminare su e giù, manipolare continuamente un oggetto proprio come in uno stato di ipnosi; la mimica facciale e corporea segue il sogno ad occhi aperti infatti il sognatore ride, piange, parla come i personaggi delle sue fantasie; infine la persona presenta delle difficoltà nella vita quotidiana a causa delle fantasie. Il sognatore può trascurare alcune attività basilari, come mangiare o lavarsi, o non riesce a svolgere

determinati compiti che si è prefisso a causa del tempo speso nella fantasia. In altre parole, il disturbo da fantasia compulsiva interferisce con il normale svolgimento della vita di tutti i giorni. Anche se le persone che soffrono di MD possono scivolare nei loro mondi fantastici inconsapevolmente – per esempio quando cercano di concentrarsi su altro – di solito entrano in questi sogni volontariamente. Riferiscono infatti di avere la facoltà di immergersi in qualsiasi momento per poter continuare la storia. I loro mondi, infatti, sono caratterizzati dalla continuazione attraverso più episodi: spesso tornano allo stesso scenario e agli stessi personaggi per anni, con personaggi che invecchiano e si evolvono nel tempo. Nonostante il forte impulso a sognare ad occhi aperti, le persone generalmente si sentono male emotivamente dopo averlo fatto: provano emozioni di vergogna e colpa per il tempo occupato nelle fantasie e sperimentano angoscia a causa della perdita di controllo sull'attività. Le conseguenze del MD sulla vita di un individuo possono essere così gravi che Soffer-Dudek e Somer (2018) hanno mostrato che quasi la metà del campione di soggetti con MD era disoccupato e oltre un quarto aveva tentato il suicidio almeno una volta nella propria vita. In letteratura a oggi non è indicata una causa specifica del MD, alcune teorie suggeriscono che possa essere una strategia utilizzata per far fronte ad emozioni e situazioni negative. Ad esempio, pensiamo alla situazione di un bambino esposto a esperienze traumatiche multiple e/o croniche, come la trascuratezza o l'abuso. Un modo per sopravvivere a quella situazione, non potendo cambiare la realtà in cui vive, può essere la capacità di creare, attraverso la fantasia e l'immaginazione, un mondo più sicuro in cui rifugiarsi, che gli permetta di alleviare il dolore della vita reale. Il sognare a occhi aperti potrebbe nascere come una strategia di autoregolazione interna volta a creare un mondo interiore di conforto che permetta di fronteggiare una realtà difficile. È importante sottolineare che non tutti coloro che attraversano esperienze traumatiche diventano affetti da MD e allo stesso modo non tutte le persone con MD hanno subito traumi dello sviluppo. Sebbene dunque il MD possa essere una strategia di fuga da

una realtà difficile, negli ultimi anni sta diventando evidente che l'eccessivo sognare ad occhi aperti può diventare di per sé patologico e rappresentare un problema significativo per la persona.

Per quanto riguarda l'intervento terapeutico, poiché l'MD è un fenomeno nuovo e poco conosciuto e non essendo riconosciuto come disturbo nel DSM, poco spazio è stato dato per valutare l'efficacia di interventi specifici. Alcuni suggerimenti utili possono riguardare l'importanza di ricostruire la storia della sintomatologia per riconoscere il ruolo e la funzione che il MD ha avuto nella vita della persona. Se rappresenta una strategia di coping di esperienze traumatiche del passato, è importante favorire l'elaborazione delle stesse e rendere meno necessario il ricorso al MD. Altri temi riguardano lo sviluppo di un'immagine di sé più positiva, l'accrescere o sviluppare le abilità sociali e la fiducia necessaria per interagire nel mondo reale. Come professionisti della salute mentale essere consapevoli dell'esistenza di questo fenomeno è utile per poter dare un nome alla sofferenza sperimentata da molte persone, studiare le caratteristiche di questo disturbo e consentire lo sviluppo di trattamenti supportati empiricamente. Nell'esperienza clinica diretta in un caso di MD, abbiamo potuto osservare come la pervasività delle fantasie fosse in relazione inversa con l'attività onirica: quando le fantasie erano molto presenti i sogni erano assenti o scarsi (nelle fasi iniziali della terapia e in periodi in cui erano più scarsi gli stimoli sociali esterni); viceversa, nell'avanzare della terapia, i sogni sono notevolmente aumentati e sono diventati un potente alleato nel dare espressione, tollerabilità e comprensibilità a specifiche esperienze, stati mentali e desideri, prima espulsi e ora avvicinabili e riconoscibili nel processo di elaborazione e sviluppo di un Sé capace di sostenere un maggior contatto con l'Altro e il mondo.

## **Conclusioni**

L'attività onirica, e i sogni che ne sono l'espressione, si accreditano come importante oggetto di studio da parte di diverse discipline.



In ambito psicoterapeutico, il sogno raccontato e *ri-vissuto* è un ponte che connette i diversi livelli di funzionamento della mente, il passato e il presente, il paziente e il terapeuta. Nel lavoro clinico, è anche un ponte verso il futuro del paziente grazie alla possibilità di far emergere nel qui-e-ora la memoria affettiva legata agli schemi processuali macro e microtraumatici che, dunque, possono essere elicitati, compresi, disconfermati e riscritti nel contesto relazionale attuale della relazione terapeutica.

In modo del tutto speciale, il sogno ci presenta in forma simbolica un'esperienza sub-simbolica, tacita o implicita, che potrà essere vissuta emozionalmente nell'incontro terapeutico anche in assenza del ricordo. In quanto creatore di immagini con alta densità simbolica, infatti, il sogno è in grado di colmare proprio quel vuoto della non rappresentazione e quindi di dare raffigurabilità psichica agli schemi della memoria implicita.

L'efficacia del *lavoro esperienziale* con i sogni è oggi ampiamente basata sulle conoscenze che abbiamo sul cervello emotivo, che sappiamo rispondere con la stessa modalità a esperienze immaginarie e a esperienze percettive del mondo esterno. Su questa base, possiamo potenziare e arricchire il nostro bagaglio di competenze grazie a un ampio ventaglio di proposte metodologiche e tecniche, tutte accomunate dalla disponibilità a calarsi insieme al paziente nell'*allucinazione multisensoriale* del sogno rievocato in seduta con lo scopo di facilitare, stimolare e accompagnare la persona nei processi del cambiamento terapeutico attraverso esperienze di scoperta, trasformazione, riscrittura e integrazione di schemi del proprio Sé.

## Bibliografia

- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science*, 118, p. 273-274.
- Berardt, C. (2020). *Il Terzo Reich dei sogni*. Meltemi.
- Berne, E. (1972). trad. it. "Ciao!" ...e poi?. *La psicologia del destino umano*. Bompiani, Milano 1979.
- Bove, S., Rizzi, M. & Spallazzi, D. (2022). L'Etica in azione: la cura responsabile in psicoterapia per promuovere benessere. *Psicologia, Psicoterapia e Benessere*, 1(1), 141-150.
- Bromberg, P.M. (2009). *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Raffaello Cortina Editore.
- Bromberg, P.M. (2011). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello cortina Editore.
- Bucci, W. (1999) *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Giovanni Fioriti Editore.
- Calvino, I. (1988) *Lezioni americane*. Feltrinelli Editore.
- Cavallero, C (1993). The quest for dream sources. *Journal of Sleep Research*, 2, p. 13-16.
- Cavallero, C., Cicogna, P.C., Natale, V., Occhionero, M., & Zito, A. (1992). SWS Dreaming, , *Sleep*, 15(6), 562-566.
- Cicogna, P.C., Natale, V., Occhionero, M., & Bosinelli, M. (1998). A comparison of mental activity during sleep onset and morning awakening. *Sleep*, 21 (5), p. 462-470.
- Cicogna, P.C., Cavallero, C., & Bosinelli, M. (1986). Differential access to memory traces in the production of mental experience. *International Journal of Psychophysiology*, 4, p. 209-216.
- Cicogna, P.C., & Bosinelli, M. (2001). Consciousness during dreams. *Consciousness and Cognition*, 10, 26-41.
- Cicogna P.C., Occhionero M., Natale V., & Esposito M.J. (2007). Bizarreness of size and shape in dream images. *Consciousness and Cognition*, 16, p. 38-390.
- Colace, C. (2003). Dream bizarreness reconsidered. *Sleep and Hypnosis*, 5 (3), p. 105-128.
- Conway, M.A., & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of

- auto-biographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, p. 261-288.
- Cornell, W.F. (2003). Babies, brains and bodies: somatic foundation of the Child. *Ego States*. A cura di Sills, C. e Hargaden H. Worth Publishing.
- Cornell, W.F., & Landaiche, M.N. (2008) Impasse e intimità nella coppia terapeutica o di counselling: l'influenza del protocollo. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodiche Psicoterapeutiche*, 11, p.48.
- De Gennaro L., Marzano C., Cipolli C., & Ferrara M. (2012). How we remember the stuff that dreams are made of: neurobiological approaches to the brain mechanisms of dream recall. *Behavioral Brain Research*, 226, p. 592-596.
- De Luca, M.L., & Tosi, M.T. (2012). L'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva: introduzione al modello di Pio Scilligo degli stati dell'Io. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 18(1), 6-37.
- De Luca, M.L. (2023). *Psicoterapia per il lutto. La Grief and Growth Therapy: un approccio integrato in una cornice di Analisi Transazionale*. Edizioni San Paolo.
- Dement W. C., & Kleitman, N. (1957). The relation of Eye Movements during sleep to dream activity: An objective method for the study of dreaming. *Journal of Experimental Psychology*, 53, p. 339-346.
- Dondi, A., Fetta, A., Lenzi, J., Morigi, F., Candela, E., Rocca, A., Cordelli, D. M., & Lanari, M. (2021). Sleep disorders reveal distress among children and adolescents during the Covid-19 first wave: results of a large web-based Italian survey. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1).
- Ecker, B., Hulley, L., & Ticic, R., (2018). *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Franco Angeli.
- Foulkes, D. (1962). Dream reports from different stages of sleep. *Journal of abnormal and social psychology*, 65, p.14-2.
- Foulkes, D. (1985). *Dreaming: a cognitive psychological analysis*, Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.

- Foulkes, D. (1996). Dream research: 1953-1993. *Sleep*, 19(8), p. 609-624.
- Fosshage, J. (2009) Le funzioni organizzative dell'attività mentale del sogno. In: Il divenire del sogno. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e scienze Umane*. 51, 110-145. Mimesis Edizioni.
- Fosse, M.J., Roar Fosse, R., Hobson, J.A., & Stickgold, R. (2003). Dreaming and episodic memory: a functional dissociation?. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(1), p. 1-9.
- Frankl, V.E. (2001). *Logoterapia e Analisi Esistenziale*. Brescia, Morcelliana.
- Guo H., Shen H. Media exposure to COVID-19 epidemic and threatening dream frequency: A moderated mediation model of anxiety and coping efficacy. (2021) *Dreaming*. 31(1), 1-19
- Hobson, J.A. (1990). Activation, input source, and modulation: A neurocognitive model of the state of the brain-mind. In: Bootzin, R.R.; Kihlstrom, J.F. e Schacter, D.L. (Eds.), *Sleep and Cognition*, American Psychological Association.
- Klass, D., Silverman, P.R., Nickman, S. L. (1996). *Continuing Bonds: New understanding of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Kozmova, M., & Wolman, R.N. (2006). Self-awareness in dreaming. *Dreaming*, 16(3), p. 196-214.
- Lingiardi, V. (2023). *L'ombelico del sogno. Un viaggio onirico*. Einaudi ed.
- Malinowski, J., & Horton, C.H. (2014). Memory sources of dreams: the incorporation of autobiographical rather than episodic experiences. *Journal of Sleep Research*, 23, p. 441-44.
- Mancia, M. (1996). *Sonno & sogno*. Laterza.
- Mancia, M. (2007). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Springer Verlag
- Marogna, C., Montanari, E., Contiero, S., Lleschi, K. (2021). *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. Volume 24 : p. 188-199.
- Musse F.C.C., Castro L.S., Sousa K.M.M., et al. (2020) Mental Violence: The COVID-19 Nightmare. *Front Psychiatry*, 11

- Nir, Y., & Tononi G. (2009). Dreaming and the brain: From phenomenology to neurophysiology. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, p. 88-100.
- Occhionero, M. (2004). Mental processes and brain during dreams. *Dreaming*, 14, p. 54-64.
- Occhionero, M., P.C. Cicogna, P.C., Natale, V., Esposito, M.J., & Bosinelli, M. (2005). Representation of Self in SWS and REM Dreams. *Sleep and Hypnosis*, 7(2), p. 77-83.
- Ohayon, M.M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*, 97, 153-164.
- Perogamvros L., Baird B., Seibold M., Riedner B., Boly M., & Tononi G. (2017). The Phenomenal Contents and Neural Correlates of Spontaneous Thoughts across Wakefulness, NREM Sleep, and REM Sleep., *Journal of Cognitive Neuroscience*, 29(10), p. 1766-1777.
- Revonsuo A., & Tarkko K. (2002). Binding the dreams. The bizarreness of dream images and the unity of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 9(7), p.3-24.
- Scarpelli, S., Alfonsi, V., Mangiaruga, A., Musetti, A., Quattropani, M.C., Lenzo, V., Freda, M.F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Saita, E., Cattivelli, R., Castelnuovo, G., Plazzi, G., Di Gennaro, L., & Franceschini, C. (2021). Pandemic nightmares: Effects on dream activity of the COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, vol.30(5).
- Schacter, D.L. e Tulving, E. (1994). *Memory Systems 1994*, Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Schredl M., Bulkeley K. Dreaming and the COVID-19 pandemic: a survey in a U.S. sample. (2020) *Dreaming*. 30(3), p.189–198.
- Scilligo, P. (1988). Sogni e lavoro con i sogni. *Polarità*, vol, 2, n.2 p. 207-238.
- Scilligo, P. (2009a). Lavorare sui sogni mettendo a fuoco la creatività del sognatore. In: Il divenire del sogno. *Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 51, 52-60. Mimesis Edizioni.

- Scilligo, P. (2009b) *Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*. Editrice LAS.
- Seth, A. (2023). *Come il cervello crea la nostra coscienza*. Raffaello Cortina Editore.
- Siclari, F., Baird, B., Perogamvros, L., Bernardi, G., La Rocque, J.J., Reider, B., Boly, M., Postle, B.R., & Tononi, G. (2017). The neural correlates of dreaming. *Nature Neuroscience*, 20(6), p. 872-878.
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral Brain Sciences*, 23, p. 843-850.
- Solms, M. (2023). *La fonte nascosta*. Ed. Adelphi, Milano (ed. ing. 2021).
- Somer, E. (2002). *Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32 (2-3):197-212.
- Vallat R., Chatard B., Blagrove M., & Ruby P. (2017). Characteristics of the memory sources of dreams: A new version of the content matching paradigm to take mundane and remote memories into account. *Plos One*, 12(10), e0185262.

### Sitografia

- Barrett, D. (2020). Dreams about COVID-19 versus normative dreams: Trends by gender. *Dreaming*, 30 (3), 216-221. <https://doi.org/10.1037/drm0000149>.
- De Luca, M.L. (2020) *Impatto psicologico del covid-19*. <http://www.luttoecrescita.it/wp-content/uploads/2020/12/DE-LUCA-articolo-Covid-2020.pdf>
- Guo, H., & Shen, H. (2021). Media exposure to Covid-19 epidemic and threatening dream frequency: A moderated mediation model of anxiety and coping efficacy. *Dreaming*, 31(1), 1-19. <https://doi.org/10.1037/drm0000159>.
- Occhionero, M. (2021) The dream, the remains of the night. In: *Auto/biographie: prémonitions, rêves, cauchemars, Mnemosyne o la costruzione del senso* n. 14, PUL-Presses universitaires de Louvain

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/Mnemosyne/article/view/70703/64213>.

Revonsuo A.; Tuominen, J.; Valli, K. (2015)

[https://www.researchgate.net/publication/313835803\\_The\\_Simulation\\_Theories\\_of\\_Dreaming\\_How\\_to\\_Make\\_Theoretical\\_Progress\\_in\\_Dream\\_Science](https://www.researchgate.net/publication/313835803_The_Simulation_Theories_of_Dreaming_How_to_Make_Theoretical_Progress_in_Dream_Science).

Soffer-Dudek, N. & Somer, E. (2018). Trapped in a Daydream: Daily Elevations in Maladaptive Daydreaming Are Associated With Daily Psychopathological Symptoms.

[https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00194/full?FWEB&NBLOG&ECO\\_FPSYT\\_excessive-daydreaming](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00194/full?FWEB&NBLOG&ECO_FPSYT_excessive-daydreaming)

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 3: 197-224. DOI: 10.1080/074811899201046.