



n.1-2-3

aprile-agosto-dicembre 2024

Psicologia, Psicoterapia e Benessere

Gestalt
Analisi Transazionale
Analisi Esistenziale



Quadrimestrale pubblicato dalla
IRPIR Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali

Psicologia *Psicoterapia* *e* *Benessere*

Gestalt Analisi Transazionale Analisi Esistenziale

Volume 3 No 1-2-3 Aprile, Agosto, Dicembre 2024

Rivista quadrimestrale pubblicato da

**ISTITUTO DI RICERCA SUI PROCESSI INTRAPSICHICI E
RELAZIONALI - I.R.P.I.R.**

Piazza dell'Ateneo Salesiano, 1 – 00139 Roma
e-mail: info@psicologiapsicoterapiaebenessere.it

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 242/21 del 02/12/2021



I contenuti di PPB sono distribuiti con Licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Direttore responsabile:

Maria Luisa De Luca

Condirezione:

Susanna Bianchini, Carla de Nitto, Raffaele Mastromarino

Comitato di Redazione:

Laura Bastianelli

Davide Ceridono

Massimo Gubinelli

Cinzia Messana

Maria Teresa Tosi

Lucio D'Alessandris

Silvia Tauriello

Roberta Sanseverino

Massimo Vasale

Massimo Grasso

Mario Llanos

Camillo Loriedo

Francesco Marucci

John McNeel

Paolo Meazzini

Michele Novellino

Sabino Palumbieri

Michele Pellerey

Paolo Renzi

Albino Ronco

Veziò Ruggeri

Carmine Saccu

Comitato scientifico:

Maurizio Andolfi

Antonio Arto

Ellyn Bader

William Cornell

Bruce Ecker

Richard G. Erskine

Donata Francescato

Paolo Gambini

Coordinamento:

Elzbieta Baca

Redazione:

Antonio Palummieri

Simone Forzan

Codice etico

La rivista aderisce a COPE's Best Practice Guidelines for Journal Editors

<http://publicationethics.org/resources/guidelines>.

Norme per gli autori

Per proporre un contributo visitare il sito:

<https://www.psicologiapsicoterapiaebenessere.it/index.php/ppb/about/submissions#authorGuidelines>

Le proposte di articoli saranno sottoposti a una procedura di referaggio in doppio cieco.

INDICE

Presentazione del numero unico 2024

Maria Luisa De Luca 05

Sezione Speciale “Sogno e lavoro psicoterapeutico sul sogno”

Sogni e lavoro con i sogni, parte I

Pio Scilligo 07

Sogni e lavoro con i sogni, parte II

Pio Scilligo 32

Favorire l’incontro con sé nel lavoro sul sogno in psicoterapia: il contributo dell’Analisi Transazionale Socio-Cognitiva

Carla de Nitto 75

Il sogno: metodologia esperienziale e metodologia associativa di lavoro sui sogni

Massimo Vasale 139

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

Maria Rizzi e Silvana Bove 199

Studi e Ricerche

Oltre la Simbiosi: il ruolo dell’esclusione primitiva nelle Psicosi Schizofreniche. Il contributo di Zefiro Mellacqua sui disturbi schizofrenici

Antonella Liverano 247

Esperienze, Documentazione, Riflessioni

Psicologia ospedaliera: stato dell'arte e prospettive future. Quali clinical competence? L'esperienza di un Servizio di Psicologia nell'ospedalità italiana.

*Stella Caldarelli, Giulia Spada, Carla de Filippis, Francesca Lolletti
Emanuela Soldano, Roberto Ferappi, Giuliano Grossi* 271

Presentazione del numero unico 2024

*Maria Luisa De Luca**

Questo numero unico per l'anno 2024 si caratterizza per un insieme di contributi preziosi sul lavoro sui sogni che sarà di grande stimolo per gli psicologi, gli psicoterapeuti e per i colleghi docenti ed allievi delle scuole di specializzazione in psicoterapia che fanno capo all'I.R.P.I.R.

Dedicando una sezione speciale agli articoli che trattano il tema del sogno abbiamo ritenuto, come comitato editoriale e direzione, di cogliere l'occasione per ripubblicare il lavoro di Pio Scilligo, fondatore dell'I.R.P.I.R. e delle scuole di psicoterapia ad esso connesse, che fu originariamente pubblicato in due puntate sulla rivista *Polarità* (antecedente della presente rivista) nel 1987 e 1988. I due articoli di Scilligo¹ che riproponiamo, con la loro visione profondamente esistenziale, rappresentano il fondamento su cui poggia e si sviluppa il contributo, di ampio respiro e di sicura guida per gli allievi in formazione come psicoterapeuti, di Carla de Nitto. In esso l'autrice anche, e non solo, grazie ai preziosi agganci con i principi e metodi dell'Analisi Transazionale Socio - Cognitiva (ATSC), integra la base esistenziale e gestaltica mutuata da Scilligo con ampi riferimenti teorici ai modelli contemporanei e delinea una metodologia di lavoro terapeutico puntualmente illustrata con esempi clinici.

Segue l'articolo di Massimo Vasale che si concentra sulle metodologie di lavoro sul sogno esperienziali e associativa lette nella cornice della visione di Scilligo e dell'ATSC, con un interessante

¹ Scilligo, P. (1987). Sogni e lavoro sui sogni (Parte I). *Polarità*, 1987, 1(2), 149-167.
Scilligo, P. (1988a). Sogni e lavoro sui sogni (Parte II). *Polarità*, 2(2), 207-238.

focus sui procedimenti sconsigliati e le norme di protezione e che si conclude con la proposta di Fogli di Lavoro, molto utili per il terapeuta, relativi alla modalità di lavoro esperienziale ed associativa.

L'articolo di Maria Rizzi e Silvana Bove illustra il potere trasformativo del lavoro sul sogno in psicoterapia presentando dapprima una rassegna sui recenti sviluppi neuroscientifici e cognitivisti per poi affrontare l'ambito clinico integrandovi l'Analisi Transazionale (AT), l'ATSC, la visione di Scilligo e altri approcci rilevanti quali quello di Bucci e Ecker (Coherence Therapy) per concludersi con esempi clinici focalizzati su specifici temi del sogno (pandemia, lutto).

Oltre alla sezione speciale su sogno brevemente passata in rassegna, questo numero della rivista si conclude con due contributi estremamente interessanti. Il primo, di Antonella Liverano, presenta una sintesi del contributo di Zefiro Mellacqua, vincitore del premio Eric Berne nel 2023, alla comprensione delle psicosi nella cornice dell'AT berniana contemporanea e delle neuroscienze contemporanee. Tale sintesi è preziosa nella sua completezza per conoscere e riflettere sul lavoro di Mellacqua.

Conclude questo numero un contributo di Stella Caldarelli, Giulia Spada, Carla De Filippis, Francesca Lolletti, Emanuele Sodano, Roberto Ferappi e Giuliano Grossi sulla psicologia ospedaliera che ne illustra le principali caratteristiche e le prospettive future. Riteniamo di estrema importanza una migliore conoscenza del ruolo dello psicologo in ospedale e l'approfondimento delle sue caratteristiche attraverso la descrizione di una esperienza concreta che riveste i caratteri di eccellenza come quella realizzata nella casa di cura *Villa delle Querce*.

Auguriamo una lettura proficua dei materiali offerti in questo numero della rivista nella sicurezza che arricchiranno lo spessore teorico e offriranno una preziosa guida all'azione terapeutica dei nostri lettori.

Sogni e lavoro con i sogni

Pio Scilligo¹

Università di Roma "La Sapienza" e IFREP

Questa è la prima parte di un articolo che esamina le premesse teoriche dell'attività onirica e presenta alcune tecniche di lavoro con i sogni. La prima parte affronta specificamente il problema dei presupposti che giustificano l'attività onirica e la mettono a confronto con la vita di veglia. Tenendo presenti le scoperte moderne sul sonno REM e i sogni lucidi, viene esaminata criticamente la spiegazione freudiana del processo onirico che si rifà alla teoria della composizione di copie della vita di veglia del passato vicino e lontano. Viene quindi esaminato l'approccio cognitivista che considera l'attività onirica un processo di ricombinazioni sintattiche. Con particolare riferimento al lavoro di Globus viene presentato un modello che vede una somiglianza di famiglia tra il sogno e la vita di veglia e afferma che sulla base dei significati intenzionali emersi nel contatto con l'esperienza sensoriale l'attività onirica riattiva tali significati astratti e crea formativamente il mondo onirico. Viene esaminata criticamente la concezione monadica di Globus e viene riaffermato il realismo esistenziale accogliendo il concetto di creatività formativa.

¹ Scilligo, P. (1987). Sogni e lavoro sui sogni (Parte I). *Polarità*, 1987, 1(2), 149-167

Parte I: NASCITA E FUNZIONE DEI SOGNI

Introduzione

Molte spiegazioni e diverse vengono date sull'origine, la natura e le funzioni dei sogni. In questa analisi saranno passate brevemente in rassegna alcune teorie comuni e poi sarà formulata una spiegazione fenomenologico-esistenziale vicina e coerente con la visione dei sogni nel modello della Terapia della Gestalt.

Riteniamo importante dare alcuni orientamenti teorici che giustifichino le modalità adottate nel lavoro con i sogni. Per questa ragione, nella prima parte di questo articolo, notevole spazio sarà dedicato a spiegare e a giustificare i sogni come creazione formativa piuttosto che come creazione sintetica della persona che sogna.

Verrà presa una posizione che si distanzia dalla spiegazione compositiva delle tracce mnestiche di Freud, inclusa l'interpretazione chomskiana di Edelson (1973); sarà favorita invece una posizione fenomenologica ed esistenziale che dà un posto privilegiato alla potenzialità creativa della persona nelle sue manifestazioni conscie e inconscie. Nella seconda parte dell'articolo verrà ampliato il discorso riguardante le modalità pratiche e i procedimenti preferiti nel lavorare con i sogni allo scopo di potenziare l'ampliamento dell'orizzonte esistenziale della persona che sogna, facendo particolare riferimento alla metodologia comunemente usata nella Terapia della Gestalt.

Nell'esposizione teorica ampio riferimento verrà fatto all'opera di Globus (1987) che presenta, con insolita chiarezza, una visione da noi ritenuta congruente con le modalità di lavoro adottate nella Terapia della Gestalt e riccamente fondata nelle scoperte più recenti in ambito scientifico a riguardo dei processi onirici quali i sogni lucidi (LaBerge, 1986) e l'alternarsi dei cicli REM e NREM come parte dei ritmi ultradiadici (Kleitman, 1982).

Il sogno come rebus

Freud ebbe il coraggio di esporsi in un campo popolarmente ben noto, quello dei sogni, e considerato superficiale e non degno di

attenzione in ambito scientifico. Con una ventata di freschezza pubblicò *L'interpretazione dei sogni* al volgere del secolo, ben sapendo che i sogni erano visti come "troppo banali e non degni di essere oggetto di ricerca scientifica" (Freud, 1917, p. 84). Per Freud il sogno divenne lo strumento per eccellenza nello studio esplorativo della mente, specificamente nelle sue manifestazioni inconse.

Per Freud il sogno è l'espressione di pensieri inconsci. Gli elementi manifesti del sogno non sono genuini, ma prendono il posto di qualcos'altro sconosciuto a chi sogna. Freud insisteva che era importante non dar peso a quello che il sogno presenta in termini immediati, ma ai significati reconditi nascosti dietro i simboli onirici.

Secondo la concezione freudiana il mondo onirico viene costruito sulla base di tracce mnestiche della vita di veglia e in questo senso non esiste

originalità nel sogno, perché esso ripresenta solo memorie della vita di veglia e le ricomponne creativamente. Non è il significato manifesto di questa ricomposizione di tracce mnestiche che conta; contano piuttosto i pensieri astratti inconsci ad essa sottesi. Freud è essenzialmente un semiologo, interessato ai significati simbolici dei sogni in quanto rappresentano esperienze del passato lontano, infantile e non in quanto sono espressione creativa del momento onirico, sia pure con collegamenti astratti al passato e alla vita di veglia.

Dal punto di vista della composizione contenutistica, Freud chiaramente vede il sogno come il risultato di una ricombinazione di tracce mnestiche della vita di veglia, come se si trattasse della ricombinazione di copie fotografiche, le quali per sovrapposizione si trasformano in una nuova fotografia (Freud, 1900, p. 293). In questo senso per Freud il sogno è un prodotto di secondo ordine: deve preesistere del materiale grezzo da ricombinare, le tracce mnestiche. L'esperienza onirica in sé non ha importanza per Freud, ha importanza invece la traduzione dei significati manifesti dei sogni nei pensieri nascosti e sconosciuti alla persona che sogna; l'esperienza del sogno in sé non ha importanza per Freud.

La difficoltà che emerge subito è quella di spiegare come la ricombinazione delle tracce mnestiche si operi attraverso una

funzione sintetica. Freud aderendo alle convinzioni scientifiche del suo tempo accettava la teoria causale della percezione secondo la quale il cervello riceve gli stimoli dal mondo esterno e attraverso complicati processi li trasforma e poi avviene il salto della consapevolezza. Il salto della consapevolezza è fondato sul principio della covarianza tra mente e cervello, ma non esistono spiegazioni per tale salto. Nel sogno non esistono stimoli esterni, ma al loro posto ci sono le tracce mnestiche della vita di veglia; attraverso esse si fa il salto al mondo percettivo del passato.

Accettando la teoria della causalità percettiva si accetta anche il fluire direzionale: dagli stimoli alla percezione, al pensiero, all'azione. Poiché nel sogno le tracce mnestiche sono il punto di partenza, il processo viene capovolto e Freud introduce il concetto di regressione per rendere plausibile la sua spiegazione. Secondo Freud quando la persona sogna essa funziona come un bambino che è capace di allucinare l'oggetto desiderato. Così la persona che sogna ha allucinazioni degli oggetti desiderati, con la complicazione che l'allucinazione è mascherata e dovrà essere tradotta nei significati inconsci.

Alcuni critici moderni di Freud (Hobson e McCarley, 1977), sulla base delle nuove scoperte biologiche sui sogni, escludono la spiegazione freudiana dell'effetto direzionale dei desideri inconsci e sostituiscono processi casuali del cervello che si connettono con tracce mnestiche e dall'insieme emergono per sintesi le immagini oniriche. Questa nuova spiegazione riporta essenzialmente alla posizione prefreudiana e lascia ancora inspiegato il processo sintetico di ricombinazione delle tracce mnestiche.

Per accettare la teoria della composizione delle tracce mnestiche occorre supporre che per tutte le immagini del sogno esistano delle copie mnestiche passate che servano da materiale grezzo per le nuove combinazioni oniriche. Questo presupposto è complicato e difficile da accettare in molti sogni che sembrano radicalmente nuovi negli elementi compositivi; in secondo luogo, non esistono spiegazioni soddisfacenti per la funzione sintetica che deve intervenire per operare la combinazione delle tracce mnestiche in nuove immagini oniriche. Questi due elementi rendono la

spiegazione compositiva poco plausibile.

Secondo Edelson (1973) la teoria dei sogni di Freud può essere interpretata in termini chomskiani. I pensieri inconsci secondo Edelson generano immagini oniriche nello stesso modo nel quale le strutture profonde linguistiche producono il linguaggio. Per diverse ragioni il parallelo non regge.

Globus riporta essenzialmente tre ragioni per la inconclusività del paragone. Prima di tutto il materiale che viene combinato è diverso: fonemi senza significato per il linguaggio e tracce mnestiche con significato nei sogni; in secondo luogo la connessione tra la struttura profonda e i suoni del linguaggio è arbitraria, mentre le tracce mnestiche sono esemplari prototipici dei pensieri inconsci sottostanti; in terzo luogo gli intenti di Chomsky sono puramente descrittivi di tutto quello che è stato o verrà detto, mentre la teoria compositiva di Freud è interessata a quello che effettivamente viene prodotto. Quando Chomsky parla di ciò che viene prodotto in campo linguistico afferma che ci si trova di fronte a un mistero che sfugge alla nostra comprensione intelligente.

Queste discrepanze tra Freud e Chomsky rendono difficile il confronto (Globus, 1987, p. 38-39).

In breve, quindi la teoria della composizione di Freud sostiene che i significati inconsci del sogno selezionano copie mnestiche del mondo percettibile di veglia riguardanti tali significati inconsci e che li soddisfano. Il ponte tra la vita di veglia e la vita di sogno è costituito dalle tracce mnestiche concrete che soddisfano i pensieri del sogno. La insostenibilità della teoria concreta delle copie o tracce mnestiche obbliga a ricercare un altro collegamento tra sogni e vita di veglia; tale collegamento è astratto. Esamineremo questo collegamento più tardi. Prima delineiamo altri modelli che hanno cercato di giustificare la linea di Freud o hanno arricchito l'analisi dei sogni secondo altri presupposti.

Il sogno per i cognitivisti

Un aspetto che distingue i cognitivisti da Freud è l'esclusione del

presupposto che i sogni siano una composizione sintetica di copie mnestiche; sostengono invece che l'individuo mette in riserva atti cognitivi e non risultati di tali atti.

Che non vengano depositate copie mnestiche è provato da studi fatti con soggetti che diventarono ciechi nell'adolescenza. Si è riscontrato che essi erano in grado di rappresentare persone e luoghi conosciuti dopo che erano diventati ciechi e ciò non poteva evidentemente essere attribuito a copie mnestiche acquisite dopo l'avvento della cecità.

I cognitivisti considerano la mente come una specie di computer che riordina elementi simbolici. Gli elementi sono precisi, digitali, e le trasformazioni sono sintattiche. Il cognitivista funzionale non è interessato all'effettivo funzionamento del cervello, la macchina umida, ma alla macchina astratta che imita i calcolatori elettronici. La mente che sogna è concepita come una macchina astratta simile a un calcolatore elettronico. Si può immaginare che il compito di funzione sintetica che collega gli elementi cognitivi sia un subprogramma, una subroutine, che ricomponi gli elementi cognitivi e fa emergere il mondo onirico. Va ribadito che tali elementi cognitivi non sono le copie mnestiche alla Freud, ma tracce di atti cognitivi precedenti.

La difficoltà in cui si imbattono i cognitivisti è come giustificare il processo sintetico partendo dagli atti cognitivi per arrivare alla formazione delle immagini oniriche. Neisser (1967) escludendo esplicitamente la presenza di copie mnestiche come materiale onirico da sintetizzare, in un primo tempo sostenne che le immagini erano basate su tracce mnestiche di precedenti processi costruttivi: i sogni sarebbero il risultato di un processo di sintesi di atti cognitivi, di operazioni cognitive, derivanti dalla vita di veglia che entrano nuovamente in azione durante il sonno REM. Di fronte alla difficoltà che gli atti cognitivi di veglia a loro volta avevano bisogno di materiale grezzo per costituirsi, sempre escludendo copie mnestiche, Neisser più recentemente (1976) cambiò modo di vedere radicalmente, accettando il punto di vista di Gibson (1979) che sostiene che la percezione rileva direttamente l'informazione dall'immissione sensoriale dell'organismo. Tale immissione è concettualizzata da Gibson come un flusso continuo di un mare di

stimoli entro il quale si possono recuperare delle proprietà astratte che rimangono invariate. La presenza di queste proprietà era necessaria per risolvere il problema della costanza percettiva. In questo modo Neisser sfugge dal problema posto dal processo sintetico, visto che non occorre più creare immagini sensoriali.

Con Foulkes (1985) si ripresenta il problema del processo sintetico.

Secondo Foulkes la rappresentazione delle conoscenze nella memoria non è a immagini ma astratta, ad esempio sotto forma di proposizioni o lista di caratteristiche. Le rappresentazioni astratte generano successivamente rappresentazioni in forma di immagini. Il processo completo di acquisizione delle conoscenze implicherebbe perciò in un primo tempo un processo di analisi mentale per acquisire i significati astratti e in un secondo tempo un processo mentale sintetico per costruire le immagini. Anche Foulkes da un lato si guarda bene dall'accettare la presenza di copie mnestiche delle immagini, e dall'altro non spiega il passaggio dall'astratto alle immagini. Egli parla di memoria modulare che contiene "conoscenze dettagliate... della struttura (texture) letterale di quello che abbiamo visto o ascoltato o sentito" (Foulkes, 1985, p. 176); ciò richiama l'idea di copie mnestiche, che però Foulkes assiduamente rifiuta.

Foulkes considera equivalenti il processo immaginativo e il processo percettivo della vita di veglia, contrariamente alla posizione di Neisser; Neisser a sua volta ritiene che le immagini oniriche e di veglia siano chiaramente distinte dalla percezione di veglia; tuttavia Foulkes come Neisser rifiuta di accettare la presenza di immagini come copie mnestiche. Per spiegare il processo onirico accetta la teoria della regressione topografica di Freud: nella vita di veglia attraverso un processo di analisi o di decostruzione si passa dall'esperienza concreta di veglia alle rappresentazioni astratte; nel sogno la regressione topografica instaura un processo di sintesi che permette di recuperare l'esperienza concreta di veglia dalla rappresentazione astratta. Foulkes non spiega come si possa recuperare un esempio concreto da una rappresentazione universale aperta ad un numero indefinito di traduzioni concrete, perciò non sembra possibile, sulla base delle spiegazioni che egli dà, operare la regressione topografica della ricostruzione del concreto dall'astratto

nel sogno.

Foulkes offre tuttavia una seconda versione per la ricostituzione dell'immagine nel sogno. Si tratta di adottare un doppio processo: un'analisi in un primo tempo ricava informazione astratta dal livello di copia poi l'informazione astratta guida la sintesi che ricostituisce l'immagine.

Come nel riconoscimento percettivo la regola potrebbe essere "se ci sono due linee che fanno un angolo di quarantacinque gradi e una linea di traverso, assegna il valore linguistico "A maiuscolo", così nel generare l'immagine la regola potrebbe essere "crea una forma in cui due linee si intersecano a quarantacinque gradi e aggiungi una linea di traverso" (Foulkes, 1982, p. 175).

Oggi è accettato che la codifica neurologica è una codifica numerica (Clark, 1984) e che quindi è possibile passare da un codice numerico a una rappresentazione grafica. Questo esattamente viene fatto nel costruire immagini con i calcolatori. Ma nei calcolatori c'è sempre un programma scritto da un programmatore che opera il passaggio. Foulkes, come tutti coloro che accettano la teoria che la mente è equiparabile a un calcolatore, deve spiegare da dove deriva l'immagine se esclude un demiurgo. Il cervello ha i codici necessari per creare il mondo concreto delle immagini, ma manca la spiegazione di come i codici numerici vengono mappati sul mondo percepito concretamente. Nei calcolatori l'interprete semantico è il programmatore che fornisce al calcolatore le forme; il calcolatore non fa altro che operare dal versante sintattico.

Quindi l'aspetto sintetico di Foulkes non si sostiene a meno che si voglia mettere uno "spirito" nella macchina che operi la traduzione semantica dal codice astratto all'immagine concreta. Rimane perciò aperto il problema di come si produca la vita onirica se si escludono la spiegazione della composizione delle copie mnestiche (vedi Freud) e la spiegazione analiticosintetica (vedi cognitivisti), che non riesce ad andare al di là dei processi sintattici senza l'intervento di un demiurgo.

Il sogno come manifestazione di saggezza transpersonale

Una posizione radicalmente diversa a riguardo dei sogni viene assunta se vengono visti non più primariamente secondo i parametri biofisici helmholziani del novecento, quando non esisteva ancora la teoria della relatività e dei quanti, ma secondo una visione olistica, transpersonale, una visione che lascia spazio al mistero e alla saggezza intenzionale.

Questa posizione si incarna soprattutto nella concezione junghiana, che concepisce il sogno capace di esprimere in modo numinoso non solo l'inconscio personale, ma anche l'inconscio collettivo; ciò avviene mediante una saggezza transpersonale legata agli archetipi. Nei sogni grandi le immagini oniriche esprimono in modo numinoso predisposizioni archetipiche. Gli archetipi sono strutture universali a priori e astratte nella mente umana, ma hanno anche un sostrato biologico in quanto sono predisposizioni ereditate contenute nel corredo genetico globale di ogni organismo. Espresso in termini esistenziali, gli archetipi sono tendenze ereditate di modi di essere nel mondo, un orizzonte dato a priori geneticamente dell'esserci

(Dasein).

Così ad esempio, uno degli archetipi è la predisposizione biologica di

essere nutriti e accuditi, di percepire le attività orientate all'attenzione verso di sé da parte di chi educa il bambino e di avere una particolare costellazione di sentimenti, comportamenti e attività cognitive quando si è accuditi (l'archetipo della Grande Madre Buona). Gli archetipi si possono anche concepire come filtri geneticamente costituiti e adattivi o intelligenti; nella veglia tali filtri vengono dominati dall'input sensoriale che sceglie i filtri sintonizzati sull'input, ma nel sogno i filtri sfuggono al dominio dell'input e sono geneticamente predisposti a creare il mondo onirico.

Solo le immagini dei sogni grandi (quelli numinosi) sarebbero espressioni degli archetipi dell'inconscio collettivo universale, mentre quelle dei sogni piccoli sarebbero espressioni dell'inconscio personale caratteristico di ogni individuo.

La interpretazione dei sogni avrebbe lo scopo di scoprire le strutture universali astratte a priori; in altre parole, l'interpretazione

dei sogni avrebbe lo scopo di ritornare dalle espressioni simboliche oniriche alle strutture arche- tipiche che hanno dato origine ai simboli.

Notevole è la differenza tra Freud e Jung anche nella concezione dell'inconscio personale che è il terreno del piccolo sogno. Jung ritiene che la psi- che sia autoregolatrice e creatrice di benessere anziché sede di difese e desideri inconsci minacciosi; Jung però non ignora la presenza di aspetti più oscuri dell'inconscio.

Secondo la concezione olistica e costruttiva dell'inconscio, il sogno ha una funzione compensativa e una funzione prospettica.

Come funzione compensativa il sogno armonizza la psiche in quanto fa riemergere tutto quello che è represso o trascurato o ignorato nella vita di consapevolezza. Se gli atteggiamenti consci trascurano bisogni vitali della persona allora il sogno manifesta gli aspetti necessari per assumere una direzione diversa verso un sano adattamento psicologico compensatorio che permetta equilibrio e armonia nell'azione. Gli aspetti che nella vita di veglia vengono trascurati e ignorati riemergono nel sogno; esso indica alternative e così offre l'opportunità per cambiare atteggiamento nella vita. Questo processo indica che nel sogno è in atto un'intelligenza creativa.

Per quanto riguarda la funzione prospettica il sogno manifesta l'anticipa- zione, nell'inconscio, di quello che verrà messo in atto nel futuro a livello conscio; è come se il sogno presentasse un abbozzo di piano preliminare di quello che sarà attuato. Il sogno non è profetico in senso letterale, ma svela piani intuitivi per arrivare a degli obiettivi desiderabili. In questo senso Jung crea spazio per il concetto popolare del sogno come oracolo.

Va tenuto presente che il simbolo del sogno per Jung non è un Rebus come pensava Freud ma una figura ambigua aperta a più letture. Lo stesso simbolo può rappresentare diversi aspetti della persona; il mondo onirico che emerge creativamente durante il sonno REM punta a integrazioni complesse, così la persona, vedendo diverse alternative, è nella posizione di scegliere direzioni.

Quindi la concezione dominante del sogno in Jung è che esso è

una manifestazione di un inconscio munito di intenzione, attraverso la funzione compensativa promuove benessere psicologico e attraverso la funzione prospettica manifesta pianificazioni intuitive. L'intelligenza dell'inconscio opera quasi automaticamente sulla situazione conscia del momento.

Questa concezione ha molto in comune con i sogni come vengono usati nella terapia della Gestalt e può essere integrata nella concezione che stiamo per presentare nelle pagine che seguono.

Dalle specificazioni astratte al mondo onirico

Se il collegamento tra la vita di veglia e la vita onirica non è tramite copie mnestiche va dimostrato che sia tramite specificazioni astratte. Globus (1987, p. 40-42), attraverso un'analisi sistematica del contenuto del sogno viene alla conclusione induttiva, per esclusione di altre possibilità, che la sutura tra vita di sogno e vita di veglia è attraverso specificazioni astratte. Così se nella vita di veglia uno fa un movimento complesso del braccio per soffiarsi il naso e nel sogno opera uno strano strumento con la mano, il collegamento astratto tra l'atto di veglia e l'atto nel sogno potrebbe consistere nelle seguenti specificazioni astratte: "muovere braccio sinistro, mantenere tutto sotto preciso controllo, fare movimenti in coppia, fare tre o quattro movimenti".

Il collegamento tra la vita inconscia e la vita onirica si attuerebbe anch'esso tramite specificazioni astratte, i significati inconsci, talora complessi e organizzati così da costituire dei piani. Essi avrebbero lo scopo di ottenere oggetti e condizioni che soddisfano intenzioni inconse. Anche le difese psicologiche che regolano i desideri inconsci sarebbero un tipo di specificazioni astratte.

Se il collegamento tra vita di veglia e vita onirica è non più attraverso copie mnestiche, derivanti dalla vita di veglia, ma per specificazioni astratte, sorge il problema della somiglianza tra contenuto di veglia e contenuto onirico. Globus invoca la "somiglianza di famiglia" proposta da Wittgenstein (1958) e chiarita da Dreyfus (1979).

In contrapposizione a Husserl non si tratta di partecipazione di

essenze comuni ai mondi onirico e di veglia, ma di somiglianze basate su un incrocio di similitudini non derivanti dall'avere in comune caratteri o tratti specifici.

Viene implicitamente accettata la teoria degli esemplari o dei prototipi (Smith e Medin, 1981; Cantor, Mischel, Schwartz, 1982) e non si parla più di categorizzazioni implicanti necessaria inclusione o esclusione dalla categoria secondo la presenza o assenza di elementi categoriali specifici. La somiglianza viene colta tramite un confronto di prossimità ad un paradigma tipo, un esemplare, un prototipo reale o immaginario. Ma va ribadito che la somiglianza non è più questione di inclusione o esclusione sulla base della presenza di caratteri *specifici* classificatori, ma su quella della prossimità più o meno grande ad un *esemplare*.

La somiglianza di famiglia è primitiva, non scomponibile in parti. Nei bambini piccoli questa capacità è sviluppata in modo particolarmente puro e si manifesta ad esempio quando un bambino di due anni prende un petalo di fiore e tenendolo in mano gira per la stanza dicendo "farfalla": coglie una somiglianza di famiglia tra petalo e farfalla.

La teoria della composizione di tracce mnestiche non è in grado di cogliere la somiglianza di famiglia tra mondo onirico e mondo di veglia perché nessuna combinazione di elementi produce una somiglianza di famiglia.

Chiaramente il concetto di somiglianza di famiglia così inteso non può essere il risultato di trasformazioni sintattiche delle tracce mnestiche come vorrebbero talune interpretazioni cognitive di Freud (Edelson, 1973) e le posizioni generali dei teorici dell'intelligenza artificiale, che nella loro scelta riduttivistica lasciano grossi problemi di semantica e di intenzionalità irrisolti.

Vita di veglia, vita onirica e specificazioni astratte

Le scoperte di Aserinsky e Kleitman (1953, 1955) e di Dement e Kleitman (1957) sul sonno REM (Rapid Eye Movement - movimento rapido degli occhi) hanno contribuito in modo straordinario alla comprensione dell'attività onirica. Le loro ricerche

empiriche e quelle di altri (McCarley e Hobson, 1977) hanno anche messo in crisi alcune conclusioni di Freud, come ad esempio che il sogno sia causato da desideri inconsci e dal desiderio di continuare il sonno. Sembra invece che esista un meccanismo biologico nella sezione pontina del cervello che provoca il sonno REM periodicamente a intervalli di circa 100 minuti.

Le onde elettromagnetiche del sonno REM sono più vicine a quelle della vita di veglia che non le onde del sonno non-REM. E' durante il sonno REM che si creano i sogni attraverso meccanismi per ora sconosciuti; ma forse si tratta di meccanismi simili a quelli usati per la creazione della vita di veglia se si giudica dalla somiglianza delle onde elettromagnetiche emesse durante il sonno REM e la vita di veglia.

Nel sonno tipico la persona entra quasi immediatamente in un profondo sonno NREM (non-REM) chiamato stadio 4 e poi risale più lentamente verso stadi più superficiali (stadio 2) di sonno NREM; tipicamente dopo circa due ore subentra il sonno REM e manifestazioni elettrofisiologiche indicano chiaramente che qualcosa di nuovo subentra. Qualche volta il sonno REM non si attua e il dormiente ricade allo stadio 4.

Prima che la persona si svegli di solito si hanno alternanze di sonno REM accompagnato da NREM allo stadio 2, con puntate verso lo stadio più superficiale 1 e poi la persona si sveglia.

Ciò che è importante rilevare è che nel sonno si hanno queste alternanze di REM e NREM e che durante il sonno REM si attuano i sogni. Non consta che lo stadio REM abbia la funzione di provocare i sogni. Kleitman avanza l'ipotesi che l'alternanza del sonno REM e NREM faccia parte di un ciclo basilare di attività e riposo che continua lungo tutto l'arco della vita. Il ciclo di attività-riposo sarebbe un ciclo *ultradiadico* veloce che si sovrappone al ciclo *circadiadico* di 24 ore. Sembra che questo ciclo più veloce sia comune nei bambini ed anche in alcune forme animali. Durante il tempo di veglia questi ritmi veloci sono ampiamente neutralizzati, ma emergono chiaramente nel sonno e si attuano le alternanze REM-NREM, attività-non attività. Globus (1987, p. 53) avanza l'ipotesi

che tale alternanza di attività- non attività si verifichi *a tutti i livelli di funzionamento dell'organismo compresi i livelli superiori*. Si avrebbero perciò, insieme all'attivazione del ciclo REM, periodiche attivazioni di fasi di attività concettuale, ormonale e altre attività biologiche. L'attività concettuale così riattivata darebbe origine ai sogni.

Se l'attività concettuale può entrare periodicamente insieme alle periodi- cità del sonno REM e così provocare i sogni, bisogna spiegare in che modo le specificazioni astratte possono creare il ponte tra la vita di sonno e la vita di veglia. Il ponte viene creato se si considera che le specificazioni astratte sono significati intenzionali.

Specificazioni astratte e significati intenzionali

Per Husserl ogni atto consapevole è intenzionale, nel senso che è diretto verso qualche cosa, è consapevolezza di qualche cosa; talora egli chiama la consapevolezza di un oggetto l'intenzione dell'oggetto. Husserl distingue accuratamente due aspetti in un atto consapevole: il contenuto dell'atto e l'og- getto dell'atto. L'oggetto è quello di cui il soggetto è consapevole nell'atto; il contenuto è un'entità astratta che comprende la struttura fenomenologica dell'atto, il modo nel quale l'oggetto è dato nell'atto; è il significato (Sinn o Bedeutung) che significa l'oggetto. Il significato è la specificazione astratta mediante la quale l'intenzione si attua. Ad esempio, vedo una pianta (oggetto) in fiore (significato). Il contenuto fenomenologico dell'atto (il significato) crea problema in Husserl perché tende ad essere indipendente da qualsiasi relazione empirica tra l'atto e le entità esistenti. Sembra tuttavia che Husserl possa essere letto nei suoi scritti ultimi in modo da espandere il contenuto fenomenologico fino a comprendere le esperienze e le credenze di fondo del soggetto e tra queste si potrebbero annoverare credenze aprioristi- che, credenze empiriche di tipo generale riguardanti l'oggetto e forse persi- no specifiche convinzioni fondate sull'esperienza passata con l'oggetto stesso.

Questo modo di leggere Husserl permette di non rimanere

imprigionati nel concetto di soggetto come monade ma come soggetto situato, "orientato ad esplorare oggetti, i cui aspetti nascosti sono compresenti a me perché io sono compresente a loro" (vedi McIntyre, 1987, p. 230; Dreyfus, 1987, p. 122). Può essere interessante osservare che Husserl usa la parola "materia" (Hyle, vedi Aristotele) per indicare l'oggetto percepito e parla di Noesis (vedi "forma" in Aristotele) parallelamente a quello che abbiamo chiamato contenuto.

Va anche tenuto presente che l'atto del percepire, ad esempio, è mentale, immanente alla mente, mentre l'oggetto è fisico, trascendente. L'intenzione relazionale tra l'atto e l'oggetto deve quindi fare un salto ontologico dall'immanente al trascendente. Da questo sorgono molte difficoltà nell'uso del concetto di intenzionalità sulle quali qui non ci soffermiamo, ma sono difficoltà che generano confusione nella nostra concezione dell'attività onirica e del suo rapporto con la vita di veglia.

Chiarito il concetto di intenzionalità si può allora concludere che ogni atto (atto intenzionale) comporta significati, le specificazioni astratte non del tutto soggettive e non del tutto estranee all'esperienza concreta del mondo esistente fuori di noi. Anche i desideri inconsci sono atti intenzionali i cui significati nascosti specificano oggetti e condizioni desiderabili.

Le specificazioni astratte che collegano la vita di veglia e quella onirica sono pertanto significati intenzionali secondo le specificazioni presentate riguardanti l'intenzionalità.

Intenzionalità di veglia e intenzionalità onirica

Poiché siamo esseri intenzionali, sperimentando la vita di veglia si vivono certi significati che vengono ritenuti come specificazioni astratte (ad esempio "tre movimenti del braccio sinistro"). I significati astratti creano, come vedremo dopo, il mondo onirico concreto. Il mondo onirico ha una somiglianza di famiglia con il mondo di veglia. Perciò i significati astratti nei due mondi sono attuati in modi non esattamente uguali. Così ad esempio "tre movimenti del braccio sinistro" può essere attuato nella vita di veglia

per prendere il fazzoletto a soffiarsi il naso e nel sogno le stesse specificazioni possono essere usate per mettere in moto una macchina fantastica munita di una leva.

L'attuazione delle specificazioni astratte nel mondo di *veglia* avviene usando la realtà esistente, nel mondo *onirico*; gli ingredienti per l'attuazione dei significati, invece, vengono *creati spontaneamente*. Perciò i significati onirici creano la propria attuazione passando dai pensieri alle percezioni, mentre nel mondo di veglia la direzione è nel verso opposto. Questa conclusione è assai importante perché afferma chiaramente che durante il sogno non avviene una ricomposizione di elementi mnemonici preesistenti ma le specificazioni astratte generano ex novo il mondo concreto onirico, soprattutto nelle condizioni di sonno REM. Questo modo di pensare è in contrasto con la teoria causale della percezione così come è stata adattata da Freud ai sogni.

La creazione del mondo onirico

Globus (1987) distingue due tipi di creazione durante l'attività onirica. Il primo tipo riguarda la varietà creativa nel senso che mondi molto diversi tra di loro vengono creati. Il secondo tipo è la creatività formativa del sogno e significa che il mondo onirico viene costituito ex novo e non mediante un processo di ricombinazione di elementi esistenti. Nella vita di veglia il mondo non viene formato, perché esiste già là fuori; esso viene interpretato o svelato sia pure con le caratteristiche proprie di una lettura fenomenologica.

Nella creazione sintattica o compositiva come veniva intesa nel modello causale della percezione, il processo creativo c'è ancora, ma si tratta di varietà creativa; nel processo di varietà creativa non vi è vera e propria innovazione, vi è ristrutturazione da una configurazione a un'altra configurazione partendo da elementi già esistenti. Questa è la creatività che usa il matematico quando trasforma gli assiomi in teoremi o la creatività del calcolatore, non importa quanto intelligente esso sia, che combina e ricombina elementi disordinati fino ad ottenere un ordine prescritto dal programma e dai parametri di confronto di base; è la creatività

dell'intelligenza artificiale.

Si può sostenere che i significati che il sogno recupera siano indotti meccanicamente dai ritmi intradiadici. Noi riteniamo che tale possibilità sia solo uno dei modi nei quali i significati vengono attivati; riteniamo tuttavia che si possa parlare di significati volutamente scelti. Non sappiamo come ciò possa effettivamente avvenire, ma i sogni lucidi danno una idea del possibile processo. Nei sogni lucidi (Le Berge, 1986) la persona è davvero addormentata e sogna davvero, ma può consciamente guidare il sogno e decidere di attivare significati della vita di veglia o significati della vita onirica. Esperimenti e studi sull'ipnosi e osservazioni fatte su persone che descrivono stati di relativa consapevolezza sotto anestesia sostengono l'ipotesi della presenza di un "osservatore" vigile anche durante stati nei quali sembrerebbe che la coscienza non sia attiva. E' allora pensabile che anche durante il sonno un "osservatore" possa essere vigile e operi selettivamente sui significati. Questo accenno a un "osservatore" propone una spiegazione altamente ipotetica; essa permette di considerare la selezione dei significati onirici come un fatto non puramente meccanico.

Come conclusione possiamo affermare che nella creazione onirica non viene esclusa la creatività sintattica, ma l'attività che contraddistingue il sogno è la creatività formativa, che costituisce dalle radici il mondo e la vita onirica e non da un primo livello di elementi già esistenti ricollegati mediante un processo di ricombinazione di parti. Quindi si sostiene che esiste un processo nel quale gli atti intenzionali sono in grado di generare ex novo il loro oggetto.

In breve, il mondo onirico deriva da significati intenzionali che erano in azione nella vita di veglia e che si rivitalizzano durante il sonno REM. I significati della vita di veglia che emergono nel sogno generano la loro attuazione; vengono attuati anche significati consci e inconsci della vita passata. I significati attuati hanno somiglianza di famiglia rispetto alla realtà svelata durante la veglia.

Il processo della formazione creativa

L'organismo umano con tutte le sue prerogative ha potenzialità enormi nel rapportarsi alla realtà esistente e nel gestirla. Il modo nel quale effettivamente si gestisce nella realtà di veglia e di sogno può essere spiegato adottando modelli riduzionistici di vario genere. Noi qui ci orientiamo parzialmente verso il modello proposto da Globus e che egli chiama la macchina di Leibniz. Siamo poco inclini ad accettare in blocco le conclusioni di Globus, tuttavia alcuni aspetti meritano attenzione e si possono aggiungere amplificazioni per una visione secondo noi meno riduzionistica del conoscere e agire umano.

Prima di tutto esiste in natura un modello che può servire da metafora nella spiegazione della creatività formativa della persona. Il modello è il sistema immunitario.

Diversi studiosi hanno paragonato il modo di funzionare del cervello umano ad un sistema immunitario (Jerne, 1967; Edelman, 1978).

Nel sistema immunitario i linfociti B sintetizzano gli anticorpi ai quali poi aderiscono gli antigeni che così vengono eliminati dalla circolazione. Il sito sull'anticorpo al quale aderiscono gli antigeni si chiama paratopo e il sito corrispondente dell'antigene si chiama epitopo. Quando il paratopo presentato dalla cellula B corrisponde abbastanza bene all'epitopo, allora la cellula B incomincia a produrre anticorpi e a riprodursi formando un clone di cellule geneticamente simili che producono anticorpi simili. In questo modo le cellule B producono una antirealtà che modella bene la realtà circostante dell'antigene del sistema immunitario. Quando l'antigene scompare le cellule B corrispondenti lo "ricordano" e rimangono pronte per l'eventuale antigene. Siccome gli anticorpi hanno anche proprietà di antigene essi possono unirsi e l'epitopo dell'anticorpo in questo caso viene chiamato idiotopo.

Se il paratopo Pa manifestato dal linfocita B, è abbastanza simile all'epitopo, Ea, si amplifica Pa. Ora se qualche altra cellula B, By, manifesta un idiotopo, Ia, e Pa è abbastanza simile a Ia, allora si amplifica Ia. Ma Ia è una antantirealtà, così Ia è una realtà

equivalente a Ea. In questo modo dipendendo dalla realtà di antigene che il sistema immunitario incontra, esso produce un modello di antirealtà di anticorpi e anche un modello di realtà di anticorpi (Globus, 1987, p. 126).

Per confluenza genetica e per fattori casuali il sistema immunitario ha in partenza milioni e milioni di diverse cellule B. Il genoma in effetti specifica diverse centinaia di celle B di base, ma la diversificazione si espande enormemente per divisione cellulare e per ricombinazione. Inoltre, quando le cellule B si riproducono, facilmente vanno soggette a rapida mutazione per cui il clone cellulare si diversifica enormemente. Grazie a questi fattori casuali, anche individui geneticamente identici avranno ben poca sovrapposizione nei loro insiemi di cellule B. Nella specie i sistemi immunitari generano l'insieme di tutte le realtà e antirealtà di anticorpi possibile e ogni individuo genera un insieme rappresentativo dell'insieme di tutte le possibili realtà e antirealtà di anticorpi.

Il cervello nella complessità del suo funzionamento può essere visto come un sistema immunitario sui generis. Esso è fornito a priori di tutte le potenzialità di lettura della realtà e le potenzialità sono così estese che difficilmente due individui avranno coincidenti specificazioni genetiche per creare il proprio modello della realtà. Può essere ipotizzato che il cervello, alla maniera del sistema immunitario, nella vita di veglia generi il proprio mondo grazie all'incontro con la realtà (l'antigene) e nella vita onirica crei formativamente la propria realtà e antirealtà in maniera paragonabile al sistema immunitario quando entrano in azione i processi di adesione attraverso siti paratopici e idiotopici. Quello che noi riteniamo importante è cogliere che con l'evoluzione dell'organismo umano dalla nascita a livelli di maggiore maturazione biologica e psicologica, le specificazioni astratte diventano sempre più la sintesi dialettica di possibilità genetiche, possibilità casuali e possibilità derivanti dal vissuto della realtà, sia pure un vissuto colto secondo prespecificazioni uniche di ogni individuo. Tuttavia, l'individuo non è una bolla percettiva senza finestre; è una bolla percettiva che ha finestre anche se i vetri vengono continuamente ricreati secondo l'unicità dei significati intenzionali di ogni individuo.

I significati intenzionali risentono dell'humus nel quale si creano e l'humus, almeno in parte, è la realtà esistente attorno all'individuo quasi completamente indipendente dall'esistenza dell'individuo stesso. Ciò non implica l'accettazione del modello realistico causale secondo il quale l'individuo integra dentro di sé dei modelli o copie della realtà esterna. L'esistenza di una realtà esterna indipendente dalla interpretazione dell'individuo e il fatto che l'individuo non è soltanto bolla percettiva ma è anche struttura organica complessa, organizzata in modi simili nei diversi individui della specie, sono elementi che costituiscono un sostrato nel quale tutti gli individui partecipano ed è fonte di comunanze tra gli individui nonostante la loro unicità. Questa comunanza di ambiente esterno e di struttura del proprio organismo è una condizione che difficilmente permette una esperienza soggettiva e interpersonale che sia una illusione soggettiva. Se si vuole parlare di macchina di Leibnitz, si tratta di macchina con finestre ben aperte sul mondo e le costanti tra le persone più le costanti del mondo fisico diventano occasione di costanze transpersonali che svuotano l'idea di monade nonostante l'unicità delle specificazioni astratte di ogni persona.

L'essere nel mondo (Dasein) di ogni persona

C'è un senso nel quale si può affermare che ogni individuo si trova in questo mondo, nel mondo fisico, biologico e dei significati di base; vi si trova prima ancora di averne consapevolezza; vi nasce con dotazioni genetiche date e specificazioni non scelte. Ma vi si trova anche per l'apertura intenzionale su quello che è "velato" attuando l'universo delle relazioni possibili a partire da come è collocato. Come direbbe Heidegger, la nostra apertura limitata è il Da, il nostro esserci, il Dasein.

Ogni individuo si trova nel mondo e può fare una riflessione sul trovarsi nel mondo; la riflessione del trovarsi comporta già l'esserci. Quello che conta nella vita di veglia come nella vita onirica è la consapevolezza del Da.

Questa è una posizione assai diversa da quella di Freud al quale

premeva la scientificità oggettiva anche se scelse di non attendere la risposta della neurologia e fece il salto in avanti verso lo psicologico. Per Freud era importante, come lo era per il suo contemporaneo a lui ben noto, Helmholtz, scoprire il reale dietro il dato.

Nella fenomenologia esistenziale non si cerca qualcosa che è più fondamentale del ciò che è. Quello che è, è sacro. Non interessa primariamente l'analisi oggettiva e riduttiva posteriore all'esserci, ma interessa l'essere nel mondo, la consapevolezza dell'orizzonte dei significati dell'esserci.

La interpretazione freudiana che cerca di trasporre in qualcos'altro il nostro esserci, che cerca di tradurre le immagini oniriche in un pensiero che esse rappresentano, non è una interpretazione che conta veramente; quello che conta è essere nel sogno e cogliere come si è nel sogno, cogliere l'orizzonte dell'esserci, espandere le possibilità dell'esserci, l'intenzionalità dell'esserci. Nel sogno si scoprono possibilità di esserci, possibilità di condotta, possibilità di relazione nell'Umwelt, nell'Eigenwelt, nel Mitwelt.

L'effetto della buona interpretazione del sogno è l'emergere del nuovo significato, nel senso che ciò che era implicito giunge a consapevolezza, quadra con il tutto del sogno. Anche le interpretazioni non esistenziali

possono essere occasione di realizzazione di nuove possibilità di essere nel mondo, ma non è dell'analisi esistenziale stabilire regole di lettura che abbiano come scopo preciso rendere conscio quello che è inconscio.

Il lavoro con i sogni amplifica il processo di formazione creativa del sogno stesso, non consiste nel sintetizzare in forme nuove immagini esistenti, non si tratta di soluzione di un rebus come lo intendeva Freud.

L'esserci onirico

Secondo le premesse enunciate si può presentare sinteticamente una concezione del sogno tenendo conto del contributo di altri approcci e specificando punti di divergenza da Globus, da cui

abbiamo attinto largamente in questa presentazione.

La persona con il suo organismo può essere considerata come processo creativo che si manifesta in due fasi: la fase di veglia e la fase di sogno. Nel contatto con il mondo fisico circostante (il mare degli stimoli) l'organismo funziona secondo un suo orizzonte unico costituito dalle specificazioni astratte come interfacce di contatto con la complessità della realtà Mitwelt, Eigenwelt e Umwelt. Il mondo di veglia viene costituito attraverso un continuo calibramento tra le specificazioni astratte e il flusso della stimolazione sensoriale. In questo calibramento, le coincidenze tra specificazioni astratte e immissioni sensoriali espandono le possibilità esistenziali della persona, non esclusa l'espansione delle specificazioni astratte. Le specificazioni che non trovano coincidenza con l'immissione sensoriale rimangono puramente cognitive.

Nell'attività onirica precedenti specificazioni astratte del mondo di veglia (del giorno precedente e della vita passata) si riattivano sotto l'influsso di desideri consapevoli e non consapevoli della vita di veglia. Le specificazioni astratte così scelte e amplificate dai desideri creano formativamente la vita concreta onirica. Nelle situazioni esistenziali significative possono essere riattivate specificazioni arcaiche, come gli archetipi di Jung.

In questo modo la persona crea uno spazio ed un orizzonte delimitato. Lo spazio viene creato nella vita di veglia attuando ("svelando" secondo la terminologia heideggeriana) delle realtà dall'universo di realtà possibili; l'apertura attuata è delimitata in quanto ogni persona porta un contributo tutto proprio alla stimolazione circostante e la realtà circostante si presenta con insiemi di stimolazioni mai esattamente uguali per persone diverse ma con somiglianze assai marcate. L'orizzonte con il quale la persona si presenta nel mondo è unico e l'orizzonte degli stimoli nei quali è immersa la persona, pur presentando insiemi comuni, ha sempre connotazioni uniche per ogni persona.

La differenza tra la nostra concezione e quella di Globus non è subito apparente, ma può essere intuita dall'importanza che noi diamo al concetto di partecipazione inevitabile in un'ampia serie di

stimoli culturali, sociali, fisici, che portano alla capacità di ogni persona di incontrarsi con l'altro in modo non illusorio e monadico. La persona è allo stesso tempo attore e oggetto nel suo esserci e agisce intenzionalmente.

Nella seconda parte riprenderemo alcune posizioni di base che riguardano il lavoro con i sogni. L'attenzione non sarà più rivolta alla giustificazione teorica della formazione dei sogni, ma al sogno come strumento di espansione dell'orizzonte di ogni persona. Alcuni suggerimenti saranno forniti come guida nell'uso dei sogni nell'attività terapeutica.

Bibliografia

- Aserinsky, E., Kleitman, N. (1953). Regularly appearing periods of eye motility and concomitant phenomena. *Science*, 118, 273-274.
- Aserinsky, E., Kleitman, N. (1955). Two types of ocular motility occurring during sleep. *Journal of Applied Physiology*, 8, 1-10.
- Cantor, N. Mischel, W., Schwartz, J. (1982). A prototype analysis of psychological situations. *Cognitive Psychology*, 14, 45-77.
- Clark, A. (1984). Seeing and summing: implications of computational theories. *Cognition and Brain Theory*, 7, 1-23.
- Dement, W.C., Kleitman, N. (1957). Cyclic variation of EEG during sleep and their relation to eye movements, bodily motility and dreaming. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 9, 673-690.
- Dreyfus, H. (1979). *What computers can't do*. 2nd Ed. New York: Harper and Row.
- Dreyfus, H.L. (1987). Husserl's perceptual Noema. In Dreyfus, H.L. (Ed.), *Husserl, intentionality and cognitive science*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Edelman, G. (1978). Group selection and phasic reentrant signaling: a theory of higher brain functioning. In Edelman, G., Mountcastle, V.B. (Eds.), *The mindful brain*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Edelson, M. (1973). Language and dreams. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 203-282.
- Foulkes, D. (1982). A cognitive psychological model of REM dream production. *Sleep*, 5, 169-187.
- Foulkes, D. (1985). *Dreaming: a cognitive psychological analysis*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Freud, S. (1900, 1953). *The interpretation of dreams*. Standard Edition, Vols. 4 and 5. J. Strachey Translation, London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). *Introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.

- Gibson, J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Globus, G. (1987). *Dream life, wake life*. New York: State University of New York Press.
- Hobson, J.A., McCarley, R.W. (1977). The brain as a dream state generator: An activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1335-1348.
- Jung, C. G. (1966). *Collected Works*. Princeton: Princeton University Press.
- Kleitman, N. (1982). Basic rest-activity cycle - 22 years later. *Sleep*, 5, 311-317.
- LaBerge, S. (1986). *Lucid dreaming*. New York: Ballantine.
- McCarley, R.W., Hobson, J.A. (1977). The neurobiological origins of psychoanalytic dream theory. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1211-1221.
- McIntyre, R. (1987). Intending and referring. In Dreyfus, H.L (Ed.), *Husserl, intentionality and cognitive science*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Meredith.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.
- Smith, E. E., Medin, D. L. (1981). *Categories and concepts*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Wittgenstein, L. (1958). *Philosophical investigations*. G.E.M. Anscombe Translation. New York: MacMillan.

Sogni e lavoro con i sogni

Pio Scilligo¹

IRPIR e Dipartimento di Psicologia dell'Università di Roma "La Sapienza"

Questo articolo è la continuazione di una discussione sulla natura dei sogni e il loro uso in ambito terapeutico. Nella prima parte è stata presentata una ampia discussione sulla origine dei sogni secondo diversi punti di vista, accentuando la posizione fenomenologico - esistenziale. In questo articolo, di natura applicativa, sono presentati diversi criteri che riguardano la interpretazione dei sogni secondo una visione sintetica che dà importanza agli aspetti soggettivi di natura teleologica e agli aspetti oggettivi riguardanti sia il passato che il presente. Vengono quindi presentati alcuni principi e alcune tecniche particolari per lavorare con i sogni secondo l'approccio della terapia della Gestalt.

Parte II: MODI DI LEGGERE I SOGNI

Introduzione

Nella prima parte di questa discussione dei sogni è stato affrontato il problema della spiegazione dell'origine e della formazione dei sogni.

¹ Scilligo, P. (1988a). Sogni e lavoro sui sogni (Parte II). *Polarità*, 2(2), 207-238.

E' stata assunta una posizione critica nei riguardi delle teorie che in modi diversi vedono il sogno come una composizione sommativa o moltiplicativa di memorie passate ed è stata accolta la posizione che vede il sogno come una creazione originale della persona che sogna, la quale rielabora e ritrasforma le specificazioni astratte esistenti valendosi di stimoli sensoriali, memorie esistenti del presente e del passato e intenzioni prospettiche.

I sogni sono una fonte ricca di conoscenza del proprio modo di essere a livello conscio e inconscio e una guida preziosa per orientare la propria vita; sono una risorsa per spiegare e capire il passato, il presente e per intuire

verso quali orizzonti la persona si sta orientando; sono uno strumento di integrazione di importanti processi iniziati durante la vita di veglia e di parziale gestione dei conflitti che insorgono nell'esperienza della vita quotidiana. In altri termini nei sogni la persona ha a propria disposizione uno strumento per rivelarsi a se stessa nei propri segreti passati, per informarsi sulla propria condizione esistenziale attuale, per illuminarsi e sperimentarsi sui probabili piani futuri e per lavorare attivamente sui problemi derivanti dai successi e dagli insuccessi nei vissuti e nelle speranze di ogni giorno.

Se il sogno viene concepito secondo questa ricchezza di significato, assume importanza esaminare cosa si intende quando si parla di interpretazione di sogni, quali sono le aree di esperienza di vita interessate più specificamente alla interpretazione e quali possono essere le modalità di intervento perché il sogno venga colto adeguatamente nella sua complessa ricchezza di significato. Nei paragrafi che seguono saranno affrontati in dettaglio questi tre aspetti: il significato della interpretazione, la complessità dei significati e delle funzioni del sogno, e le modalità specifiche da noi seguite nel lavorare con i sogni. Accenneremo brevemente anche ai sogni. Se noi come una delle modalità di lavoro che può complementare quella da noi proposta. Si osserverà che il nostro approccio è essenzialmente quello usato comunemente nella terapia della Gestalt. Concluderemo riportando alcuni lavori esemplificativi

presi da Fritz Perls e James Simkin.

L'interpretazione dei sogni

Quando si parla di interpretazione di sogni due problemi che si presentano riguardano l'interprete del sogno e cosa si intende per interpretazione.

L'interpretazione viene comunemente intesa come il processo mediante il quale si traduce il simbolismo del sogno in significati analitici comprensibili mediante la logica descrittiva di cui ognuno ha esperienza nella vita quotidiana. Un sogno è interpretato se si colgono i significati che con il sogno vogliamo comunicarci. Noi intendiamo l'interpretazione con un senso assai più ampio della semplice traduzione di simboli in segni come sarebbe quello di tradurre "un grosso cane che abbaia e che fa paura" in "il cane rappresenta un residuo genitoriale arcaico che ancora oggi esercita un controllo inibitorio sulle scelte creative della persona".

Parlando di interprete intendiamo la persona che scopre i significati del sogno; comunemente si pensa ad un esperto che sente il racconto del sogno

e sulla base di conoscenze complesse di significati di simboli e processi onirici è in grado di svelare il significato nascosto alla persona che sogna; l'esperto potrebbe essere il terapeuta o lo psicoanalista o l'analista. Per noi l'interprete autentico del sogno, quando effettivamente si parla di interpretazione, è la persona che sogna, perché essa sola ha tutta l'informazione, non necessariamente conscia o consapevole, che permette di cogliere il senso del messaggio onirico; il terapeuta o qualsiasi altra persona che ascolta il sogno può cautamente guidare il sognatore alla esplorazione del sogno e non può sostituirsi al protagonista che sogna. Il sognatore di solito scopre i significati attraverso la drammatizzazione delle diverse parti del sogno e chi ascolta il sogno qualche volta può proporre significati palesemente presenti e che il sognatore potrebbe non cogliere proprio perché sono evidenti; anche in questo caso l'ultima parola sul senso del sogno è della persona che sogna, non

dell'"esperto".

Il problema della interpretazione è complesso. Il messaggio onirico è espresso simbolicamente per cui è così ricco di significato che qualsiasi interpretazione analitica è riduzionistica. Il sogno parla con il linguaggio del simbolo non del segno. Il segno è facile da capire perché ha di solito un solo referente immediatamente individuabile: possono essere segni le parole che indicano referenti specifici come la parola abbaiare che significa il suono emesso dal cane, la voce del cane. Il simbolo invece rappresenta alla mente umana una realtà nel modo più ricco, più condensato e meno incompleto possibile e tale realtà non può essere espressa esaurientemente da nessuna traduzione analitica in termini di segni. Voler tradurre il simbolo in segno significa privarlo della sua vitalità, della sua ricchezza. Il linguaggio onirico è simbolico e quindi ricco, complesso, multidimensionale, poetico, di natura diversa da quello razionale, analitico e scientifico. Il linguaggio razionale e scientifico si fonda sulla univocità, sulla referenza specifica e precisa e sulla logica descrittiva anziché quella analogica; per questo l'uomo razionale trova difficile capire il linguaggio simbolico, primitivo e carico di immagini perché tale linguaggio non è riducibile a segni standardizzati. Da questo segue anche che non è possibile creare una griglia interpretativa fatta di segni fissi e precisi uguali per tutti. Alla complessità del simbolo onirico si aggiunge un'altra complessità: il simbolismo onirico è un'espressione essenzialmente personale di ogni individuo; anche se nei simboli si possono cogliere dei motivi culturali e di gruppo di appartenenza, essi assumono senso unico per la persona che li usa. Per questo qualsiasi simbolo onirico viene visto e viene colto nel contesto del sogno stesso e della vita di chi sogna. Una conseguenza logica di questa concezione è che non si avrà mai una traduzione esauriente del simbolo onirico e che si possono avere traduzioni del sogno multiple e a più livelli che non sono necessariamente contraddittorie tra di loro o escludentisi tra di loro. Qualsiasi traduzione va vista nel contesto complessivo del sogno e della vita globale della persona e non può essere un processo meccanico fondato su corrispondenze tra simboli e significati

riportati nei manuali che parlano dei sogni.

Il significato dell'interpretazione cambia inoltre radicalmente in base alla concezione di fondo che si ha del sogno. La interpretazione freudiana che vede il sogno come un tentativo del censore di velare il significato vero del sogno differirà dalla interpretazione dell'analista junghiano che vede nel sogno una incapacità della mente razionale di parlare e capire il linguaggio primitivo e simbolico dell'inconscio o dall'analista adleriano che vede il sogno come un'arena simbolica sulla quale il sognatore si prepara ad affrontare il futuro o infine dal Gestaltista, o da Karen Horney, che vede nel sogno la comunicazione più autentica disponibile alla persona per dirsi le cose che non è mai riuscita a dirsi, presentando se stessa in tante forme quante possono essere le parti del sogno: in ogni parte del sogno, sia essa una persona o un oggetto, siamo una espressione di noi.

Il sogno come messaggio simbolico soggettivo

Il sogno può essere visto come una comunicazione sincera e aperta di sé a se stesso usando la ricchezza espressiva del simbolo piuttosto che del linguaggio scientifico, razionale e analitico. Il linguaggio onirico è denso di significato e il simbolo è strumento espressivo adatto per trasmettere significati ricchi. Il simbolo nel sogno è poliedrico, non riducibile ad un significato generico uguale per tutti e per tutte le situazioni; ha significato ricco specifico nel contesto del sogno stesso e nel contesto del mosaico della vita dell'individuo che lo usa. Così, ad esempio, immagini concrete e specifiche di tipo sessuale possono significare e non significare conflitto sessuale personale: le immagini più sacre e di sfondo religioso possono essere la espressione del conflitto sessuale più immanente immaginabile e un simbolismo chiaramente sessuale può essere l'espressione di un significato religioso e sacro tra i più profondi. Secondo questa prospettiva, una lettura pansessualistica del sogno è unilaterale, riduttiva, aperta a molte distorsioni per l'eccessiva generalizzazione della lettura analitica dei simboli e per la incapsulazione forzata del simbolo entro il letto Procuste della

sessualità. Dice Jung: "Il linguaggio sessuale dei sogni non va sempre interpretato in modo concretistico; è di fatto un linguaggio arcaico che naturalmente usa tutte le analogie comodamente alla portata di mano senza che esse coincidano col contenuto sessuale reale. Perciò non è giustificato prendere il linguaggio sessuale dei sogni in senso letterale in tutte le circostanze mentre altri contenuti sono spiegati come simbolici. Non appena prendi le metafore sessuali come simboli di significati sconosciuti, la tua concezione della natura dei sogni immediatamente diventa più profonda" (Jung, 1966, vol. 8, p. 263). Abbiamo citato questo passo riguardante la sessualità per indicare quanto riduttiva potrebbe essere una lettura strettamente analitica di un simbolo che sfida qualsiasi traduzione analitica semplificante. Il discorso sulla lettura sessuale va riferito a qualsiasi altra lettura stereotipata, meccanica, unilaterale, oggettiva, distaccata dal momento e dal contesto del sogno come portatore di significati simbolici personali e solo parzialmente esprimibili in termini di linguaggio analitico.

Le manifestazioni simboliche assumono significato specifico nel contesto del sogno stesso e della vita dell'individuo. Sarebbe riduttivo voler impoverire il simbolo, e quindi il significato del sogno, fino al punto da renderlo traducibile in una rappresentazione analitica fissa e predeterminata. Il simbolo per sua natura non è traducibile, è una espressione viva e completa del significato personale del momento. La presenza ricca del simbolo spesso abbaglia e facilmente subentra la tendenza a ridurre il lavoro sul sogno a un processo di traduzione dalla forma simbolica a quella analitica come se il sogno si divertisse a non far sapere il messaggio che vuole trasmettere e non avesse, oltre alla comunicazione ricca, anche altre funzioni come quella integrativa e come prima prova di eseguire quello che verrà attuato nel futuro. Lavorare su un sogno significa molto di più che scovare una interpretazione analitica dei simboli; significa far emergere e rivivere creativamente significati personali in contesto piuttosto che tradurre dal linguaggio simbolico in quello analitico usando interpretazioni generiche. Alcune traduzioni dal simbolo al linguaggio analitico possono avere senso e

possono far parte del processo di ascolto del messaggio onirico se viene tenuta presente l'unicità personale del simbolo, inserito nel contesto culturale.

Il sogno come messaggio simbolico oggettivo

Nel paragrafo precedente l'attenzione è stata focalizzata sull'aspetto soggettivo del simbolismo onirico: ogni parte nel sogno rappresenta un aspetto della persona che sogna.

Il sogno può anche essere letto in termini oggettivi nel suo significato oggettivo-reale e oggettivo-causale. Nel senso oggettivo-reale gli oggetti o elementi usati nel sogno si riferiscono a persone e cose della vita reale dello stato di veglia della persona che sogna; nel significato oggettivo-causale gli oggetti del sogno si riferiscono a esperienze della vita passata, soprattutto dell'infanzia. Così, ad esempio, un cane rabbioso in termini soggettivi può rappresentare un introietto aggressivo e invadente come espressione di sé; in termini oggettivo-reali può significare il cane reale del vicino che mi spaventa tutte le volte che esco di casa e in termini oggettivo-causali può significare il genitore dell'infanzia che mi spaventa.

Se si interpreta il sogno in termini analitici potrebbe essere ugualmente valida sia la spiegazione soggettiva che nel mondo intrapsichico quel cane rappresenti un modo di porsi della persona nei propri riguardi e il proprio ambiente, sia la spiegazione oggettiva causale che il cane è il genitore non metabolizzato di quando ero piccolo che mi spaventa come quel cane, sia la spiegazione oggettiva reale che nel sogno si cerca di risolvere o compensare lo spavento del cane reale che è stato incontrato nella vita di veglia. Possono avere senso tutte e tre i significati, il sogno può avere la funzione di affrontare tutte e tre le situazioni contemporaneamente.

La spiegazione oggettivo-causale soddisfa la curiosità e facilmente deresponsabilizza la persona nel prendere posizione attiva e assertiva di fronte alla vita; la spiegazione oggettivo-reale getta luce su importanti fatti attuali della vita di veglia e facilmente apre la strada al gioco interpretativo e al pregiudizio proiettivo come tecnica di

attribuzione ad altri della responsabilità; la sperimentazione diretta del significato soggettivo stimola integrazione e responsabilità e talora può essere stimolo per un esercizio fantastico difensivo sostitutivo dell'esperienza integrativa e di contatto con sé. Ogni interpretazione può essere una ricca fonte di informazione e guida per la persona che sogna, ma come spada a doppio taglio può essere strumentalizzata per non fare contatto con sé.

Presentiamo in forma riassuntiva un sogno nel quale si intravedono tutti e tre gli aspetti, quello soggettivo, quello oggettivo-causale e quello oggettivo-reale.

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 paranoide 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. È 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.

Passato e futuro nel sogno

Nei sogni vengono riproposte e rivissute esperienze passate vicine e lontane. Freud dava peso soprattutto a questo aspetto per la sua importanza esplicativa dal punto di vista terapeutico e per il fatto che egli, rispetto ai sogni, era interessato soprattutto a stabilire una teoria che permettesse di leggerli in termini scientifici per il loro effetto terapeutico. Freud era ben consapevole dei limiti della metafora del censore nella sua concezione del sogno, ma fece quella scelta in vista degli obiettivi limitati che voleva raggiungere; egli non intendeva affrontare i risvolti adattivi ed estetici del sogno; lasciò quel compito ad altri. Probabilmente anche in questo Freud aveva in mente di costruire solo il primo piano di un immenso edificio.

Il sogno ha anche senso pratico e prospettico: con il sogno la persona si dice cosa c'è nelle proprie previsioni e si informa sui piani che sta per tradurre in atto. Secondo questo senso e in accordo con quanto sostiene Adler, il sogno può essere visto come una prova generale di un piano d'azione che, ridimensionato dal realismo della vita di veglia, potrà essere messo in atto per raggiungere gli obiettivi intenzionali della persona; ancora con un senso vicino a questo e in accordo con la concezione di Jung, il sogno può essere visto come l'espressione intenzionale del sé centrale che orienta la persona verso il futuro; la persona, anche grazie al suo deposito informativo di natura collettiva e inconscia, attraverso il sogno attinge a delle risorse informative e logiche non disponibili nel deposito informativo conscio.

Quindi i sogni possono giustificare una interpretazione causale, spiegare ciò che è la radice e causa di molti comportamenti contemporanei; possono essere interpretati anche in senso teleologico, come manifestazione simbolica di quello che sta per essere creato dalla persona; infine in senso funzionale pratico possono essere interpretati come prova generale delle strategie meglio adatte per arrivare alle mete secondo lo stile e le intenzioni della persona.

Con il sogno la persona si informa sulle condizioni attuali di vita e

sulle loro cause, esamina criticamente la situazione evolutiva e storica, si mette in prospettiva, si dice cosa sta attuandosi, mette alla prova possibili soluzioni di condizioni problematiche e attua processi integrativi e di ulteriore sviluppo psicologico. La direzione di tale complessa attività onirica è quasi sempre verso la completezza e la integrazione della persona nella sua totalità anziché verso la disintegrazione. Si attuano o vengono proposti processi integrativi degli aspetti della personalità che evolutivamente e storicamente sono stati danneggiati e bloccati. Tali processi sono dinamicamente protesi verso nuove realizzazioni e possono essere ripresi nella vita di veglia per essere confrontati, realisticamente vagliati e messi in atto nella vita concreta di ogni giorno.

Inteso in questo senso il sogno allora è la manifestazione più completa e più sincera di sé a se stesso nella sua condizione di rapporto con se stesso, con il mondo relazionale e con il mondo fisico; esso rappresenta l'informazione più completa possibile sulla base della quale la persona può responsabilmente orientarsi, scegliere e decidere secondo le proprie intenzioni.

Nel sogno del vestito da sposa riportato sopra si possono cogliere alcuni degli aspetti del sogno ai quali abbiamo accennato: il vestito da sposa mancato e la dinamica che si sviluppa attorno ad esso evidenzia l'aspetto esplicativo causale di vari disagi attuali ricollegandoli con l'esperienza infantile; l'arrivo e l'accoglienza dell'acqua rivela l'aspetto teleologico: manifesta quello che si sta attuando e si attuerà; l'accoglienza gioiosa manifesta l'incidenza dell'esperienza del giorno precedente e come essa viene ampliata e potenziata verso nuove integrazioni psichiche e relazionali.

L'interpretazione e il lavoro sul sogno non fanno parte di un'arte divinatoria che dà soluzioni precostituite ai conflitti e ai problemi della vita quotidiana; concepiamo il lavoro sui sogni come strumento per attuare intenzioni grazie alle informazioni storiche ed evolutive contenute nel sogno riguardanti le cause di alcune condizioni del comportamento attuale, grazie a una gamma di possibili scelte proposte creativamente dall'attività onirica e grazie all'aiuto derivante da conoscenze funzionali sulla realtà attuale trattenute nell'inconscio

e manifestate attraverso il simbolismo onirico. Inoltre, l'interpretazione emerge dalla consapevolezza di chi sogna e non dalle letture interpretative esterne di chi ascolta il sogno.

In ultima analisi il sogno è la via regia al conscio e alla responsabilità nelle scelte della vita conscia.

Sogno e contesto globale attuale della persona

Se il mondo psichico è concepito come un complesso sistema gerarchizzato di strutture e processi consci e inconsci (Scilligo, 1988), allora il sogno può essere visto come uno degli strumenti più validi di equilibramento e integrazione cibernetica a disposizione della persona. Nel processo di equilibramento il sogno non solo informa sullo status quo ma attivamente promuove integrazione e sviluppo mantenendo da un lato in uno stato quasi stazionario il sistema (entropia positiva, cibernetica I, omeostasi) smussando e compensando oscillazioni verso condizioni polarmente opposte e dal- l'altro lato promovendo trasformazioni e complessizzazione (entropia negativa, cibernetica II, omoresi) del sistema attraverso i processi legati al- l'intenzionalità e l'orientamento verso il futuro.

Con il sogno la persona si dà dei segnali per indicare a se stessa cosa oc- corre recuperare omeostaticamente e cosa occorre sviluppare omoresicamente per uscire da una situazione inefficiente della vita attuale. Il segnale può significare che una o più polarità non sono rispettate e che nei processi consci o inconsci occorre uscire da unipolarità distruttive della totalità olonica della persona.

Data questa funzione di equilibramento e di attivazione del sistema persona, il sogno non può essere visto nel contesto di una preconcezione interpretativa entro cui forzarlo, ma va visto nel contesto del modo di sentire e agire della persona che sogna e nel contesto globale dei simboli del sogno stesso. Così, ad esempio, spesso il sogno facilmente può essere colto nella sua funzione compensativa, come correttivo di concezioni conscie unilaterali e reazione inconscia agli atteggiamenti consci che non rispettano il naturale evolversi della psiche. Assume importanza l'esperienza

esistenziale di chi sogna, perché da essa deriva la comprensibilità e non dai significati imposti da un modello interpretativo prestabilito non informato delle dinamiche in atto nella persona verso il mantenimento e lo sviluppo del sistema totale. In ultima analisi i significati sono esistenziali e fenomenologici.

Il significato del sogno emerge nel contesto della tensione tra le diverse substrutture cosce e inconscie e tra la persona e l'ambiente fisico e interpersonale. Jung aveva un senso profondo dell'importanza di queste correlazioni tanto che suggeriva di farsi sempre la domanda "quale atteggiamento conscio viene compensato?" quando si esaminava un sogno; con questo intendeva dire che era importante tenere presente in che modo l'inconscio simbolicamente cerca di equilibrare gli atteggiamenti unipolari consci.

Riportiamo un breve esempio di sogno nel quale emerge chiaramente il rischio di contaminare il significato del sogno attraverso preinterpretazioni derivanti da pregiudizi. In un incontro di gruppo S. lavora su un sogno con un terapeuta in supervisione diretta. S. presenta un sogno nel quale una gatta vuole entrare in casa per fare i gattini, ma S. fa di tutto per tenerla fuori dalla casa. Il terapeuta si lascia condizionare dall'ipotesi interpretativa che la gatta sia una struttura Esterna che invade il mondo Interno e suggerisce un dialogo tra S. del sogno e la gatta, pilotandolo verso la esclusione della gatta dalla casa. Il supervisore interviene e suggerisce di interrompere il dialogo e di dare invece spazio alla esplorazione descrittiva, mediante la identificazione con le parti, della gatta, dei gattini, della casa e della sognatrice. I significati che emergono risultano molto diversi a quelli immaginati dal terapeuta: la sognatrice resiste a che la gatta trovi spazio nella propria casa e poi scopre che la gatta sta bene in casa con i gattini se viene protetta contro la invadenza oppressiva di introietti Esterne che vorrebbero emarginare S., gatta e gattini tutti insieme. Il sogno si conclude con una presa di coscienza che S. ha modi di proteggersi contro l'invadenza "dei cattivi" (strutture Esterne poco assimilate) e trovare spazio all'interno della casa come ambito caldo proprio.

S. coglie nel sogno una descrizione fedele di dove in quel momento essa si trova, nella sua terapia individuale, rispetto al processo di integrazione di sé e di depotenziamento delle scissioni strutturali. Il terapeuta in training, proiettando interpretativamente problematiche personali con la madre, stava imponendo significati che contribuivano a mantenere le scissioni che S. invece stava integrando.

Questo è un esempio di come nel momento dell'esperienza drammatizzata del sogno emerge una interpretazione contestuale, di come tale interpretazione può essere completamente distrutta da un modello interpretativo e come la interpretazione errata può a sua volta distruggere l'attività integrativa del sogno.

Livelli di lettura del sogno

La nostra insistenza sull'esistenziale e il fenomenologico potrebbe provocare una distorsione. La ricchezza del sogno non si esaurisce nel contenuto intenzionale e teleologico dell'esperienza personale. Freud ha dato importanza all'aspetto oggettivo del sogno, alla sua spiegazione scientifica per scoprirne la causa.

Nel sogno vide una valvola di sicurezza, uno sfogo di desideri non soddisfatti, un riemergere di desideri dell'infanzia. È coerente con questa concezione l'idea del censore che deve mascherare i significati perché la catarsi possa realizzarsi e i desideri infantili repressi possano attuarsi nella sicurezza del sogno e così prevenire stati intollerabili di tensione nella vita di veglia.

Lo psicoanalista Erik Erikson, ed altri studiosi, sostengono che il sogno è strumento importante di nuove differenziazioni e integrazioni di precedenti successi e fallimenti epigenetici nel contesto e sotto la pressione delle crisi evolutive attuali (Jones, 1979, p. 292) ed ha una funzione adattiva della vita di veglia. Questa funzione integrativa e adattiva del sogno è anche un completamento dei processi di sistematica e profonda trasformazione strutturale della psiche che si attua nella terapia individuale continuativa. Tutto questo non contraddice quanto presentato da noi, ma mette anche

bene in evidenza gli aspetti oggettivi del sogno.

Noi riscontriamo paralleli tra l'espressività simbolica dei sogni e i processi sistemico strutturali di cambiamento della cibernetica I e II in riferimento alle strutture Esterne ed Interne del modello da noi usato (Scilligo, 1986). Questa funzione integrativa del sogno nei processi trasformativi strutturali può essere vista come una delle espressioni del processo compensativo di Jung se si tiene presente che oltre ai processi compensativi tra conscio e inconscio, si possono concepire processi compensativi tra strutture Interne ed Esterne del sistema intrapsichico. Dal punto di vista operativo sperimentiamo un senso di timore nell'insistere sull'oggettivo perché spesso e volentieri i principianti nel lavorare sui sogni cercano sicurezza nella interpretazione oggettiva anziché accettare l'indeterminatezza dei significati soggettivi che devono essere scoperti di volta in volta, di persona in persona, di situazione in situazione.

MODI DI LAVORARE CON I SOGNI

Alcuni presupposti per agire il sogno

Ci accingiamo a presentare delle linee indicative a livello operativo di lavoro con i sogni. La nostra preferenza è decisamente per la Gestalt proprio perché tale approccio lascia aperti innumerevoli modi di lavoro con i sogni, ma daremo precedenza alla modalità che in generale coincide con l'esperienza personale di training con James Simkin negli anni '70 arricchita di undici anni di esperienza come terapeuta e come formatore di terapeuti.

La drammatizzazione. Uno dei modi per arrivare al significato personale del sogno è quello di riviverlo: il sognatore da sveglia si mette attivamente nel ruolo delle diverse parti del sogno e si esprime verbalmente e non verbalmente impersonando le parti. Se il sogno è preso come un messaggio sconosciuto, il riviverlo drammaticamente come su un palcoscenico favorisce la scoperta

dei significati e delle intenzionalità, espande i significati e provoca processi di integrazione degli opposti.

Scoperta e integrazione. Nella drammatizzazione del sogno lo scopo fondamentale non è quello di interpretare il passato, ma di cogliere il messaggio che la persona si dà e consolidare eventuali integrazioni già effettuate o iniziate nel sogno. Ostacoli contro la scoperta dei significati esistenziali e fenomenologici possono essere le interpretazioni proiettive di chi ascolta o di chi presenta il sogno, soprattutto se l'attenzione è rivolta verso quello che dicono gli altri o verso le interpretazioni dei libri e viene dimenticata la propria esperienza di sé. È facile mettersi in un gioco di lettura oggettiva del sogno senza effettivamente lasciarsi illuminare dal suo messaggio.

Il metodo di solito usato per scoprire messaggi e intenzionalità è quello di impersonare le parti del sogno, siano esse persone o oggetti, e prendere consapevolezza delle associazioni che emergono quando chi ha sognato si sofferma su aspetti particolari del sogno mentre li rivive.

Contestualità. Colui che segue l'evolversi del dramma onirico mentre viene presentato verbalmente e rivissuto, tiene il sogno in prospettiva, cogliendolo nella sua globalità, nel suo movimento di insieme, nella prospettiva di altri sogni già fatti.

Struttura. Spesso il sogno si presenta come un dramma che si evolve:

- a. vi è un inizio o parte espositiva che descrive la situazione, l'ambiente, l'atmosfera prevalente;
- b. segue di solito il dramma che mette in evidenza lo sviluppo dell'azione tra i caratteri del sogno;
- c. quindi vi è la crisi o momento di cambiamento di scena; è il momento del confronto decisivo tra i caratteri, della scelta o dell'azione risolutiva;
- d. infine una risoluzione favorevole o sfavorevole in cui appare come il personaggio che sogna prende posizione conclusiva.

La fase dell'esposizione iniziale riguarda la collocazione

contestuale di tutto il sogno; la fase del dramma di solito rappresenta il modo di porsi della persona nel mondo conscio e inconscio e si manifesta nelle tensioni, conflitti e interazioni delle parti del sogno; nella fase della crisi vi è un improvviso cambiamento, il conflitto e la tensione arrivano a un dunque per cui si intraprende una nuova azione; la risoluzione è il risultato che emerge dalla crisi e può essere una indicazione di come si esce o si conclude costruttivamente o distruttivamente la crisi, indica quello che di solito la persona fa o sta per fare per attuare un cambiamento.

In un sogno E. parte con la macchina per andare verso una destinazione. e dopo pochi chilometri incontra due amici, uno giovane che lavora in un giardino e un altro anziano e sorridente che è in viaggio (esposizione). E. Si accinge ad andare dall'amico giovane nel giardino ma l'amico anziano gli sorride e gli chiede di portarlo in una città diversa da quella verso la quale è diretto. E. accetta di dargli un passaggio e lungo il percorso incontra delle persone che non stanno alle regole del traffico (dramma). Improvvisamente un passante costringe E. a fare una manovra improvvisa di evitamento e grazie alla sua prontezza e controllo dei nervi non succede nulla, ma rimane scosso pensando che forse avrebbe potuto essere più attento (crisi). Esce da un bar un uomo che ha visto il tutto e rassicura E. e gli dice che il torto era effettivamente del pedone e che E. ha reagito proprio come si doveva (risoluzione). Non tutti i sogni hanno lo sviluppo pieno di tutte e quattro le fasi.

Il messaggio. Spesso i sogni rappresentano la situazione esistenziale di chi sogna e quello che si sta sviluppando nel senso di ciò che la situazione può diventare se la persona continua col processo in atto. Il messaggio del sogno alla persona può essere un invito a impostare una nuova prospettiva, a rompere un vecchio circolo vizioso, a prendere in considerazione una serie di possibili strategie alternative.

Unità. Il sogno visto nella sua totalità, manifesta un significato unitario che va tenuto presente durante il lavoro. Ciò non significa

che si debba affrontare tutto il sogno e si debba escludere di lavorare su qualche subaspetto parziale; è possibile lavorare su una tessera piccola del sogno; l'insieme del sogno è un sistema ed il pericolo di frantumazione della totalità si corre di solito solo quando un subsistema simbolico è evidenziato mediante la drammatizzazione e sono ignorati altri subsistemi ad esso direttamente collegati, soprattutto se si tratta di opposti polari (Tiranno-Suddito).

Se si lavora su aspetti limitati è importante che tali aspetti siano visti nel contesto totale. Ad esempio, nel sogno della gatta sarebbe stato controproducente il non cogliere la dinamica risolutiva della gatta che vuole entrare in casa a fare i gattini interpretando la gatta come simbolo di invadenza e la persona che sogna come chi si protegge da una impositività esterna di tipo distruttivo e interferente con la evoluzione della propria individualità. Difficilmente questa dinamica poteva essere rilevata senza immedesimazione con più parti, soprattutto la gatta, la persona che sogna e la casa, per coglierne la natura e il significato sistemico.

Significati culturali. Vanno colti anche significati culturali profondi di alcuni simboli, senza peraltro lasciarsi sviare da interpretazioni proiettive. Ad esempio, l'automobile può significare dinamicità, può significare impulsività sessuale, può significare struttura Interna, può significare struttura impositiva Esterna; il significato dipende in parte dall'esperienza personale che il sognatore ha dell'automobile e del suo significato nel contesto culturale.

È importante conoscere il mondo mitico, religioso, tecnico, culturale, politico, economico, familiare e ogni altro ambiente importante della persona che sogna per essere riccamente sensibili alle sue espressioni simboliche e per evitare di contaminare i simboli onirici con proiezioni non pertinenti all'esperienza personale del sognatore.

Ad esempio, una conoscenza manualesca delle interpretazioni di tipo psicoanalitico può diventare un elemento di contaminazione anche grave dei messaggi di qualsiasi sogno, anche di quelli più ricchi. Il terapeuta invischiato con se stesso e altamente proiettivo

tende a sviare la creatività del sognatore nel cogliere i significati onirici e talora può intralciare processi integrativi in atto. Uno zio nel sogno dice alla nipote G. che un'amica di lei ha preso la pistola carica. La nipote, quella che fa il sogno, si spaventa, anche come persona sveglia fuori del sogno è pallida e impaurita. Aveva interpretato il sogno con una struttura teorica con riferimenti ad autodistruzione. Nel raccontare il sogno, tutte le volte che accennava alla pistola e all'amica,

G. abbozzava un sorriso di cui non si accorgeva.

Il terapeuta le propose di lasciarsi cogliere nel sorriso e di essere la pistola. Emerse che la pistola serviva per festeggiare e l'amica non era per nulla preoccupata, anzi le piaceva tutta la festa. La nipote si accorse che aveva un po' paura che l'amica festeggiasse, perché lo zio aveva paura. Quando l'amica disse allo zio, nella drammatizzazione, "Tu fatti la tua festa, io mi faccio la mia" lo zio venne preso in contropiede e l'amica si sentì tutta contenta.

G. emerse dal sogno leggera, piena di energia e non più spaventata. Stava scoprendo che poteva festeggiare la sua nuova vita anche sessualmente senza doversi adeguare alle imposizioni e alle paure dello zio del sogno.

Dal contesto emerse chiaro che lo zio era la struttura Esterna oppressiva, la sognatrice era l'aspetto Esterno di una struttura Interna e l'amica era la parte Interna della stessa struttura Interna. Il sogno era un chiaro messaggio

di recupero della propria autonomia e di gusto per il nuovo stile di vita intrapreso da pochi mesi.

L'esempio riportato mette in rilievo come una preinterpretazione adattata non derivante dalla esperienza personale autentica di chi sogna, può instaurare significati che hanno poco o nulla a che fare con il messaggio del sogno e con i processi integrativi in atto nel mondo psichico e nel mondo relazionale interpersonale.

Il vissuto di veglia. Il sogno non ha da essere sempre visto solo dal lato soggettivo come una manifestazione di processi intrapsichici. Può essere utile non sorvolare sull'aspetto reale pertinente alla vita

conscia; il sogno può dare messaggi riguardanti qualche processo compensativo: dice qualche cosa su un aspetto di vita complementare al sogno che la persona non ha ancora preso sul serio. È anche possibile che siano frammischiati aspetti soggettivi, oggettivi e reali della vita conscia.

La sorpresa. Un suggerimento generale utile può essere quello di non dare eccessivo peso ai significati analitici immediati e consciamente chiari, poiché l'elemento sorpresa del sogno è frequente: il sogno può fingere di entrare solennemente per la porta principale, e poi far entrare il messaggio più importante dalla porta secondaria, quasi di soppiatto; c'è sorpresa quando si coglie quel messaggio nel suo significato. Ciò non esclude che il sogno sia un'esperienza di vita quotidiana nelle vesti di un'esperienza precedente avente connotazioni simili e un tentativo di risolvere un problema odierno già incontrato nel passato in forma un po' diversa.

Chi sogna ha precedenza. Chi sogna rimane in controllo del processo del sogno: decide di dire il sogno, modula il livello di manifestazione di sé, stabilisce i limiti del dialogo esplorativo e ha la scelta di finire il processo esplorativo. Talora ci racconta il sogno non accetta significati che sembrano emergere con chiarezza. È suo diritto accogliere o non accogliere significati e solo in situazioni speciali, ad esempio quando sono in atto processi distruttivi, chi guida la drammatizzazione del sogno può scegliere di insistere. Se i significati rivelati sono importanti e non colti, probabilmente altri sogni li riproporranno.

Il terapeuta come guida esterna. Il terapeuta è presente per servire come catalizzatore che stimola, sostiene il lavoro propone strategie di contatto con il sogno, qualche volta avanza ipotesi di lettura dei significati dopo l'esperienza col sogno e talora propone delle sintesi conclusive da sottoporre al cliente per controverifica

Alcuni assunti strategico-operativi

Ogni parte del sogno è il sognatore. Un presupposto di base nel lavorare con i sogni è che ogni parte del sogno è un aspetto della persona, una proiezione di sé in un elemento del mondo onirico.

La persona si dovrà riappropriarsi della proiezione riconoscendola come propria. La persona può far contatto con la proiezione mettendosi nel ruolo del simbolo del sogno, qualunque esso sia, persona o oggetto inanimato.

Assumendo diversi ruoli a turno la persona si descrive, agisce e interagisce nel mondo onirico come se fosse un mondo reale su un palcoscenico e prendendo selettivamente il ruolo di qualsiasi carattere presente nel sogno, compresi gli oggetti quali la bicicletta, l'armadio, il fiume, il satellite e così via.

Nel descriversi come persona o oggetto del sogno si descrive un aspetto di sé e si fa un passo verso la integrazione di quell'aspetto alienato da sé.

Il lavoro delle due sedie. Nel sogno spesso si presentano aspetti polari che richiedono integrazione perché sono simbolizzazioni di conflitti, di desideri, di contraddizioni, di situazioni non concluse.

Le polarità possono essere messe a confronto mediante un dialogo o dibattito nel quale chi sogna prende i due ruoli a turno; fa il gioco delle due sedie durante il quale le polarità si individuano bene come primo passo verso una sintesi.

Le spiegazioni. L'integrazione avviene attraverso l'esperienza, che porta alla scoperta e non necessariamente alla spiegazione; la spiegazione può essere parte della scoperta ma non è di primaria importanza, anzi può diventare un modo per alienare ulteriormente da sé l'aspetto proiettato se essa non è preceduta da autentico contatto e presa di coscienza delle parti del sogno.

Scoperta dei significati. I significati non sono attribuiti dalla persona che guida il lavoro sul sogno; sono scoperti dalla persona che ha sognato, attraverso l'esperienza diretta del sogno rivissuto

impersonando le parti.

Attuazione dei ruoli. L'esperienza può essere fatta descrivendo se stessi come proiezione o agendo verbalmente o non verbalmente come proiezione, o interagendo impersonando a turno le polarità che si manifestano nel sogno.

Talora l'esperienza può essere arricchita suggerendo stimoli fantastici, come ad esempio suggerendo di finire un sogno prevalentemente negativo in modo da ottenere la conclusione nei termini positivi maggiormente desiderabili.

La fantasia. I suggerimenti fantastici difficilmente approdano a risultati significativi se sono una fantasia guidata che impone sul sognatore il "sogno" del terapeuta.

Il terapeuta può lavorare bene col cliente se si immedesima con la trama, sta in ascolto di sé per le reazioni che il sogno provoca in se stesso; in questo modo più tardi può verificare se il proprio modo di cogliere è una intuizione autentica o non piuttosto una proiezione personale. Nel grado in cui è una intuizione autentica può servire da guida preziosa nel suggerire modalità di lavoro e contatti con parti del sogno.

I sentimenti. Sono fonte di ricca informazione i sentimenti che il sogno suscita nella persona che sogna e gli aspetti del sogno che sono particolarmente rilevanti per lei. Questa informazione può costituire la prima verifica per il terapeuta se le ipotesi che egli fa, nell'immedesimarsi col sogno, sono autentiche o sono proiezioni proprie.

Sistemicità. È importante tener presente il sogno nella sua totalità per cogliere la presentazione, la trama, la crisi, la risoluzione quando questi aspetti sono presenti.

I punti di energia. È anche utile distinguere subito i simboli carichi di energia e le parti Esterne e Interne della struttura psichica (tiranni e sudditi). Il più delle volte solo impersonando le parti

diventa chiara la posizione di tiranno o di suddito (di struttura Esterna o Interna).

Controllo. Il principiante fa bene a guardarsi dal proiettare le proprie disintegrazioni e a non imporle prendendo in mano il sogno piuttosto che lasciare che il cliente esplori e assimili le proprie proiezioni. Il non prendere in mano il sogno implica anche essere attivamente presenti con strategie e suggerimenti di esperienze che hanno senso sistemico per il terapeuta nel contesto del sogno; sarà però sempre compito del terapeuta essere aperto verso la conferma o disconferma delle proprie ipotesi da parte del cliente.

Imposizioni. È importante che il terapeuta ascolti il cliente con attenzione, cogliendo tempestivamente il suo eventuale tentativo di imporsi delle interpretazioni oggettive da una posizione di sistema Esterno, perdendosi dietro il significato manifesto del sogno o interpretando intellettualmente i simboli e la trama. Sono comuni i tentativi di procedere in questo modo perché aiutano a mantenere intatta la posizione nevrotica del cliente.

Contratti. Nel sogno non si fanno contratti se non quello implicito di lavorare sul sogno. Non è controproducente che il cliente esprima delle preferenze su aspetti particolari del sogno; tuttavia, è il terapeuta a mantenere l'iniziativa e la posizione di guida, perché il cliente di solito non è nella posizione di cogliere l'ovvio e più facilmente si contamina con interpretazioni imposte dall'esterno. Il terapeuta è presente per guidare il cliente a cogliere l'ovvio o scoprire il messaggio inaspettato del sogno. Raramente l'ovvio è il significato oggettivo, ma lo può essere. Occorre esplorazione da parte del cliente e non derivazione logica e conclusione unilaterale da parte del terapeuta. Il terapeuta può fare ipotesi ma in termini scientifici, per vedere come il cliente, attraverso la sua esperienza, le conferma o le invalida.

Uno schema pratico di lavoro con i sogni

Ogni terapeuta si muove creativamente nel contesto del sogno e tenendo presenti come possibile guida i punti di riferimento a cui si è accennato nei precedenti paragrafi. Si possono dare alcuni suggerimenti operativi espliciti che possono aiutare il principiante. I suggerimenti sono indicativi e non esaustivi e vanno sempre messi in un contesto creativamente.

1. Prima di iniziare il sogno osservare se il cliente si sente sospeso in qualche cosa importante per lui, anche se non riguarda il sogno. Conviene chiudere le situazioni aperte facendo adeguati contatti perché il cliente si possa centrare e focalizzare.

2. Con delicatezza e comprensione portare poi il cliente direttamente al sogno senza che divaghi in preliminari di natura interpretativa. Può essere utile suggerire che a tali interpretazioni si potrà ritornare a lavoro concluso come controverifica dell'esplorazione fatta.

3. Con i sogni non si chiedono contratti. Se contratto c'è è un contratto implicito che il terapeuta guiderà con opportune strategie dall'esterno scegliendo di affrontando quegli aspetti del sogno che ritiene appropriati sulla base della propria intuizione e informazioni parziali derivanti dal racconto del sogno stesso e da alcune reazioni iniziali del cliente.

4. Far dire il sogno così come lo si è sognato, in prima persona, usando i verbi al presente, proprio come se chi ha sognato rivivesse in prima persona il sogno. Mentre il cliente racconta il sogno il terapeuta si lascia sentire il sogno a livello emotivo per immedesimarsi con esso e cogliere quello che suscita in sé stesso pur mantenendo una chiara posizione di osservatore oggettivo ed empatico. Nel grado in cui il terapeuta ha esperienza ed è psicologicamente decontaminato, facilmente si crea un ricco deposito informativo attraverso questa esperienza soggettiva del sogno e sulla base di esso emergeranno facilmente molte ipotesi di lavoro che poi vaglierà a mano a mano che procede il lavoro e userà per suggerire

punti di partenza e strategie di azione.

5. Alla fine della esposizione del sogno chiedere quale è il sentimento dominante alla conclusione del sogno e quali sono due o tre punti particolarmente salienti e importanti per il cliente.

Il modo di sentire e i punti salienti possono aiutare a mettere il sogno in contesto e a dare una prima conferma o disconferma a quanto il terapeuta ha sperimentato connettendosi personalmente con il materiale del sogno.

A questo punto ad esempio il terapeuta si può già fare un'idea se è il sogno risolutivo di una situazione, se è un sogno di impasse, se è un sogno di descrizione della situazione esistenziale generale della persona, ecc...

6. Proporre un primo contatto con una o più proiezioni o suggerire la continuazione del sogno se appare interrotto.

Passare eventualmente al confronto tra polarità, se sono emerse.

Va tenuto presente che lo scopo primario del lavoro sul sogno non è la spiegazione, ma la consapevolezza, il contatto con le proiezioni, la integrazione delle polarità, perciò:

a. Contattare un ruolo per volta e dopo ogni contatto, fatto descrivendosi come parte del sogno o agendo come parte del sogno, proporre una riflessione consapevole in modo che il cliente possa rendersi conto se si coglie o non si coglie in quella proiezione nella sua vita reale. Questa consapevolezza può essere un passo sufficiente di contatto con quella proiezione e si può passare ad un'altra dipendendo dalla situazione concreta del sogno.

L'appropriazione della proiezione può essere suggerita con la domanda "Ti riconosci nella tua vita di ogni giorno in questo aspetto?". Può bastare un semplice sì. Quando il cliente non si riconosce in una proiezione, può essere opportuno ricontattare la proiezione più tardi dopo che si sono esplorate altre parti del sogno.

b. Talora come primo passo viene suggerito di finire il sogno nel modo più piacevole possibile se si riscontra che tutto è negativo; si

suggerisce di usare tutta la magia possibile nella situazione di sogno per finirlo nel modo ideale. Può essere utile usare questa strategia soprattutto quando si lavora con persone che sono ampiamente distruttive e destrutturanti con sé stesse (vedi persone depresse) dal momento che talora i sogni possono non avere funzioni integrative. Con clienti estremamente fragili neppure questa strategia serve e la strategia migliore potrebbe essere quella di non lavorare sui sogni finché non hanno una chiara capacità di distinguere bene la fantasia dai fatti, il contenuto onirico dal contenuto di veglia.

c. Evitare, di solito, di fare subito contatto diretto con parti che sono evidentemente distruttive, repressive, o comunque strutture Esterne appartenenti al Sistema Esterno (strutture genitoriali di natura critica).

Vanno di solito energizzate le strutture Interne (Bambino) perché recuperino la parità con le strutture Esterne; questa è una condizione necessaria per la integrazione. Si possono suggerire modi speciali di controllo di talune strutture Esterne così potentemente energizzate che bloccano qualsiasi dialogo o qualsiasi azione.

Molta cautela va usata nel non confondere strutture Interne (Bambino) con strutture Esterne (Genitore) e viceversa. Alcune strutture Esterne sono spaventate dalla creatività delle strutture Interne; in questo caso il terapeuta potrebbe essere incline a confonderle con strutture Esterne ricattatorie e erroneamente a non lasciarle emergere in tutta la loro potenza perché si posano mettere alla pari con quelle Esterne.

d. Le persone che sono già eccessivamente nel loro mondo interno non vanno incoraggiate a lavorare molto sui sogni. Così pure non devono lavorare molto sui sogni le persone che sono gravemente disintegrate. Con queste persone è meglio insistere sui processi relazionali perché si creino struttura interna attraverso la relazione terapeuta-cliente e cliente-mondo fisico.

7. Il lavoro sul sogno si può concludere quando avviene una

integrazione, un insight e il cliente ha il senso di avere assimilato un aspetto, di avere chiuso qualche cosa di significativo.

Non è consigliabile lavorare in sequenza su molti aspetti che sembrano buone integrazioni presi uno alla volta; sarebbe come voler fare più lavori in sequenza ininterrotta.

8. Chiedere al cliente di verbalizzare in una frase quello che il sogno gli dice per l'aspetto che egli ha colto. Questo procedimento può essere importante per creare sintesi e portare con sé un messaggio chiaro del sogno che serva da stimolo nel vivere la realtà con consapevolezza.

Procedimenti sconsigliati

Alcuni procedimenti hanno sempre o quasi sempre effetti controproducenti dal punto di vista terapeutico. Altri possono essere usati solo con particolari cautele.

Presentiamo una serie di tali procedimenti riscontrati con una certa frequenza durante la formazione dei terapeuti.

1. Non spingere il cliente a fare quello che non vuole fare. Ciò induce adattamento e può essere gravemente invadente.

2. Non guidare il cliente seguendo un proprio filo che non deriva da informazioni dirette fornite dal cliente. Fare questo significa manipolare il cliente, renderlo adattato e interpretarlo forse sulla base delle proiezioni del terapeuta.

3. Non creare confusione tra terapeuta e aspetti del sogno entrando ed uscendo dal sogno in modo poco chiaro cosicché alla fine il cliente non sa se parla con il terapeuta come parte del sogno o con una persona là fuori nella realtà interpersonale. Se si ritiene opportuno lavorare sugli aspetti oggettivi del sogno, dare segnali chiari di uscita dal sogno, perché rimanga chiara la distinzione tra sogno e realtà. Molti clienti hanno già abbastanza confusione tra

fantasia e realtà e non è il caso di aumentarla.

4. Non trasformare il sogno in fantasia guidata se non per ragioni ben ponderate; il processo tende quasi sempre a deresponsabilizzare il cliente.

5. Non mettere in bocca al cliente parole quando è nel processo di scoprirle e se lo si fa, farlo sulla base di intuizioni forti e rimanendo al cliente il diritto di riconoscerle o non riconoscerle come proprie. Agire diversamente induce dipendenza e indebolisce l'autosostegno del cliente.

6. Non fare con il cliente il gioco interpretativo dei simboli; ciò conduce sempre ad adattamento e non parità tra terapeuta e cliente. Può inoltre portare facilmente a grave distorsione del messaggio onirico e a scarsa consapevolezza. L'interpretazione qualche volta serve a gonfiare l'io del terapeuta e molto spesso serve a umiliare e far apparire incompetente il cliente.

7. Non fare il gioco di vidimare per il cliente la sua interpretazione aprioristica del significato del sogno, per non collaborare con un suo processo di autoalienazione e non contatto con sé.

8. Non permettere mai che il cliente si vittimizzi con qualche suo aspetto invadente; ad esempio, spaventarsi lasciando che aspetti negativi si esprimano distruttivamente. In qualche caso i clienti hanno il loro sistema protettivo gravemente danneggiato e possono autoinvadersi.

9. Non abboccare subito agli aspetti negativi come parti Esterne; esplorare e cogliere anche dal contesto culturale la possibilità che parti che appaiono negative non sono altro che aspetti interni vittimizzati. Ad esempio, i bambini piccoli sono spesso chiamati "peste" e una struttura intrapsichica eccessivamente controllata e adattata può essere terrorizzata da una "piaga" che si fa vivamente

presente nel sogno; si può trattare di un aspetto importante tutt'altro che negativo che chiede di avere un posto nel mondo.

10. Non forzare integrazioni che non sono mature. Le integrazioni avvengono da sé e avvengono quando le parti si sono ben distinte (individuate) prima.

11. Non lasciar sospese le persone che poi non si possono contattare. Quindi usare con cautela la tecnica della non chiusura di una Gestalt.

12. Non incoraggiare a lavorare sui sogni da soli, se si tratta di persone poco in contatto con sé stesse o gravemente disturbate.

Dopo molta esperienza la maggior parte dei suddetti NON possono essere aboliti se si procede sulla base di ampia conoscenza della situazione relazionale interpersonale e intrapsichica della persona.

Esempi di sogni

Per avere un assaggio di come lavorare con i sogni riportiamo alcuni lavori fatti da Fritz Perls in un workshop e riportati in Perls (1969).

Il sogno di Nora

Nora: Nel sogno ero in una casa incompleta e le scale sono senza ringhiere. Salgo su per le scale e arrivo molto in alto, ma non vanno da nessuna parte. So che nella realtà sarebbe terribile salire così in alto su queste scale. Nel sogno era abbastanza spiacevole, ma non proprio così terribile, e mi domando sempre come potevo sopportarlo.

Fritz: Bene. Sii la casa incompleta, e ripeti nuovamente il sogno. N: Dunque, salgo le scale e le scale sono senza ringhiera ai lati. F: Sono una casa incompleta e sono senza...

N: Sono una casa incompleta e salgo le scale e.. F: Descrivi che tipo di casa sei.

N: Dunque ha un...

F: Sono...

N: Io sono la casa? F: Sì, tu sei la casa. N: E la casa è...

F: Sono...

N: Sono la casa e sono incompleta. E ho soltanto lo scheletro, le parti e a stento i pavimenti. Ma le scale ci sono. E non ho le ringhiere per proteggermi. Eppure salgo e...

F: No, no. Sei la casa, non sali.

N: Eppure salgono sopra di me. E poi finisco in qualche posto in cima, che, che conduce da nessuna parte e

F: Dillo a Nora. Sei la casa e parla a Nora.

N: Sali su di me e non vai da nessuna parte. E potresti cadere giù. Di solito cadi.

F: Lo vedi? Questo è quello che cerco di fare di salire su di te e non arrivo da nessuna parte. C'è voluto molto tempo prima che ti identificassi con la casa. Ora di la stessa cosa ad alcune persone qui, come casa: "Se cerchi di salire su di me..."

N: Se cerchi di salire su di me, cadi.

F: Puoi dire di più a riguardo di quello che fai a loro se cercano di abitare in te e via dicendo? ...(Nora sospira). Sei una casa comoda per abitarci?

N: No, sono aperta e senza protezione e dentro tira vento (*la voce si affievolisce e diventa un bisbiglio*). E se sali su di me cadi. E se mi giudichi... cado.

F: Cominci a sperimentare qualche cosa? Cosa senti? N: Voglio litigare

F: Dillo alla casa.

N: Voglio litigare con te. Non me ne importa di te. Me ne importa. Ma non voglio che me ne importi. (*piange*)... Non voglio piangere e non ti voglio non voglio neppure che tu mi veda piangere (*piange*)... ho paura di te... Non voglio che tu mi compatisca.

F: Dillo nuovamente.

N: Non voglio che tu mi compatisca. Sono abbastanza forte senza di

te. Non ho bisogno di te e io, io vorrei non aver bisogno di te.

F: Bene. Adesso le scale si incontrano con le ringhiere che non ci sono. "Ringhiere, dove siete per aggrapparmi?"

N: Ringhiere, posso vivere senza di voi. Si può salire su di me. Eppure sarebbe meglio avervi. Sarebbe più bello essere completa, avere qualche cosa sopra il cemento e avere delle ringhiere belle lucide.

F: Che pavimenti hai?

N: Cemento. Semplicemente cemento, senza rivestimento... F: Piuttosto duri, no? Con fondamenta solide.

N: Sì.

F: Puoi dirlo al gruppo, che hai delle basi solide?

N: Ci puoi camminare sopra e sono sicure, ci puoi vivere se non fai caso a quel po' di disagio che c'è. Si può far affidamento su di me.

F: Allora cosa ti occorre per essere completa?...

N: Non so. Non, non credo che ho bisogno; sento, sento solo che voglio di più.

F: Aha. Come possiamo fare la casa un po' più calda?

N: Beh, coprirla, chiuderla metterci delle finestre; metterci pareti, tendine, bei colori, bei colori caldi.

F: Bene, vuoi essere tutti gli accessori tutto quello che manca e parlare alla casa incompleta. "Sono qui per completarti, per integrarti."

N: Sono qui per completarti. Sei abbastanza buona, ma potresti essere molto migliore e molto più bella per abitarci se avessi me saresti più calda, più luminosa, più delicata avresti dei bei colori, forse tappeti e tendine, alcune cose delicate e vivaci e forse un po' di riscaldamento.

F: Cambia posto. Sii la casa incompleta.

N: Beh, sei lusso. Puoi fare a meno del lusso... E non so se posso permetter- mi di averti.

Beh, se pensi che valgo puoi permetterti di avermi faresti uno sforzo per avermi. E ti farebbe sentire più bella, migliore.

Beh, in fondo non sei finto? Voglio dire, non servi solo a coprire? ...

F: Sei la struttura.

N: Sì, lo sono.

Beh, se ritieni che puoi vivere senza di me, va avanti. Perché non procedi? F: Cosa fa la tua mano sinistra? L'hai notato? Sì. Fallo di più. Vedi, troviamo qualcosa di simile anche nelle psicosi. Lo psicotico ha un linguaggio che noi spesso non capiamo, un linguaggio privato. Ora in una persona non psicotica, di solito capiamo dal movimento quello che sta capitando. E ancora meglio se permettiamo che il "paziente" esprima cosa significa.

N: Bè...

F: No, era la mano sinistra.

N: Non ti sto spingendo via. Ti sto facendo solletico... F: Ahah. Ora cambia sedia.

N: Davvero sento che sono ostinata e insistente e penso che non ho proprio bisogno di te. Intendo dire che sarebbe bello se ci fossi forse anche se, se ci fossi cercherei di ricordare come era prima...

Voglio convincerti, e mi sforzerò di più...

Potremmo vivere tutti in case di cemento senza mura.

F: Cosa fai con la mano sinistra? (Fritz si strofina la faccia) Tu fai questo, no?

N: Mi strofino la faccia.

F: Fa parlare le dita con la faccia.

N: Ti strofino... per richiamare la tua attenzione... Chi sei? ...Faccio troppi pensieri.

F: Fai troppi pensieri. Bene. Nora, che pensi del breve lavoro che abbiamo fatto qui? Spaventata?

N: No.

F: Hai colto un messaggio esistenziale?

N: E stato meraviglioso.

F: Hai colto qualcosa, sì? Voglio dire qualcosa sul sogno nel suo insieme.

Vedete, il concetto di rimozione non ha senso. Se osservate, tutto è lì. Ora la cosa più importante da comprendere è la proiezione. Ogni sogno o ogni storia contiene tutto il materiale che ci occorre. La difficoltà sta nel capire l'idea della frammentazione. Tutte le parti

sono sparpagliate dappertutto.

Ad esempio, la persona che perde gli occhi che ha un buco invece che gli occhi troverà sempre gli occhi nell'ambiente. Avrà sempre l'impressione che il mondo l'osserva.

Ora la proiezione di Nora è la casa incompleta. All'inizio ella non si sperimenta come casa incompleta. La casa è proiettata come se lei vivesse in questa casa. Ma è lei stessa che è la casa incompleta. Non appena diventa la casa, ammette che ha fondamenta solide e via dicendo. Se riesci a proiettare completamente in tutte le piccole parti del sogno e realmente diventi quella cosa allora incominci a riassimilare, a riappropriarti di quello che hai alienato, che hai dato via. Quanto più ti disconosci tanto più ti impoverisci.

Allora qui hai l'opportunità di riprendere quello che è stato alienato. La proiezione spesso si presenta come qualche cosa di spiacevole un ragno, un treno, una casa morta, una casa incompleta. Ma se ti rendi conto che "questo è il mio sogno, sono responsabile del sogno, io ho dipinto il quadro, ogni parte è me stesso", allora le cose incominciano a funzionare, a coagulare, invece di rimanere incomplete e frammentate. Spesso la proiezione non è neppure visibile, ma è ovvia. Se c'è una scala senza ringhiere è ovvio che le ringhiere si trovano in qualche parte del sogno, ma sono assenti. Non sono lì, presenti. Così là dove dovrebbero esserci le ringhiere, c'è un buco. E allora scopriamo qui una persona molto coraggiosa e forse ostinata che ce la fa. (Perls, 1969, p. 102-106).

Il sogno di Kirk

Kirk: Non ho un sogno da raccontarti. Fritz: Bene, parla al sogno non esistente.

K: Beh, tu non sei inesistente, tu sei solo, che ho, ci sei e poi scappi via non appena mi sveglio. E tutti qui imparano così tanto di se stessi ma tu ti sei ritirato. Non mi hai dato nessuna informazione su cui lavorare.

F: Cambia sedia. "Sì, scappo via. Sono il tuo sogno, scappo via."

K: Bè, non è colpa mia che ti sei svegliato e mi hai dimenticato. Ho

fatto la mia parte. Ho sognato. Sei tu che hai mi dimenticato. Non sono scappato via.

Allora è nuovamente colpa mia.

F: Deve essere un sogno da madre ebrea. "E' nuovamente colpa mia!" (risate).

K: Vergogna, povero miserello me.

F: Puoi rispondere alla mia domanda, senza pensare, quando schiocco le dita? Senza pensare. Quando hai perso il tuo sogno?

K: Non appena svegliato... Avevo un sogno e mi sono detto questo è quello su cui Fritz vuole lavorare, e mi sono svegliato, e non ce l'avevo più...

F: Una vita senza sogni... Cosa è capitato al tuo sogno?

K: Il mio sogno... Una vita senza sogni è qualcosa di molto triste. F: Casa fanno le tue mani in questo momento?

K: Massaggiano le punte delle dita. Le mani mi tremano.

F: Sì. Facciamo un incontro; lì sta succedendo qualche cosa.

K: Sei apprensivo, ed io, come, come al solito ti voglio proteggere, e spostato la tua azione qui giù, in modo che non fai niente che le mani non dovrebbero fare. Ti vergogni che tremano, che la mano sinistra trema, e al- lora, ah, le chiudo.

F: Mi puoi dare una serie di frasi che comincino con "ho vergogna di"?

K: Ho vergogna del mio fisico, ho vergogna di come sono incapace di pormi con le persone. Mi vergogno di come gli altri mi vedono. Mi vergogno di essere stupido di vergognarmi. Mi vergogno.

F: Dì questo a Kirk: "Kirk, tu dovresti vergognarti di essere sulla terra o di essere apprensivo".

K: Dovresti vergognarti di fare questo. La sai più lunga. Sai che hai valore, sai che ci sono cose che sai fare bene.

F: Continua a criticarti. Sii un vero criticone.

K: Dovresti vergognarti. E assurdo, è stupido. E un'altra prova che sei, che sei indegno di essere vivo. Non accetti neppure, neppure ti imponi nelle cose che sai che fai bene. Sei uno schifo per essere, per sentirti nel modo che ti senti.

F: Ora puoi criticare *noi* un po'. Dicci che dovremmo vergognarci...

K: Dovreste vergognarvi...

F: Sii un criticone e basta.

K: Vergognatevi! State seduti e osservate gli altri e che ragione c'è che siate addirittura qui? Dovreste sapere tutto. Dovreste essere capaci di prender- vi cura di voi... di pensare a voi, e pensare che dovete venire qui e prendervi cura di voi, quando ci sono così tante cose che capitano nel mondo di cui dovreste prendervi cura. So che siete venuti qui per vostro vantaggio. Questo è tutta una finzione.

F: Bene. Facciamo questo gioco finto. Torna nuovamente a Kirk. Di: "Kirk, dovresti vergognarti di questo e di quello". Poi mettiti nel ruolo di Kirk, e ogni volta che rispondi manda al diavolo o rispondi per le rime, contrattacca.

K: Kirk, dovresti vergognarti di...

(con disgusto) Taci! Lo dici sempre. Taci!

Chi te lo dice se non te lo dici tu? Qualcuno deve insistere a dirtelo di tener- ti sotto, e non credere adesso di essere così furbo.

Eccolo lì nuovamente! A blaterare contro di me. Tutto il giorno. Tutto il giorno. Dammi un po' di tregua.

Tutto quello che posso fare è dirtelo e ripeterlo. F: Cosa fanno le mani in questo momento?

K: Vogliono picchiare.

F: Ah, sì. Il criticone si fa un po' più forte adesso.

K: E quello che capita, perché... F: Digli "Ti potrei picchiare."

K: Ti potrei picchiare, ma in effetti non ti posso picchiare e allora ti critico. Ti picchio con le parole. Così è più sicuro, perché se davvero colpisci, allora distruggi, e non avrei nessuna ragione... di non sentirmi così... se tu non fossi lì a criticarmi. Perché se ti picchiassi ti distruggerei.

F: Ora dillo ai tuoi genitori. E' questa la madre ebrea? Tua madre criticava?

È una criticaona?

K: No.

F: Chi è il criticone? Quello che dirige, che controlla?

K: Dio. (con risentimento) I tuoi peccati sono tutti colpa tua, ma le tue virtù sono doni di Dio, e allora proibito dopo l'orgoglio viene la

caduta e ti tieni questa schifezza per tutta la tua vita.

F: Puoi dire a Dio quello che risenti in *lui*? K: E tutta una falsità.

F: Dillo a lui.

K: (esitando) Sei, sei (risate forti) ... Se ci fossi, saresti falso. Checché è divi- no in me è tutta finzione. E peggio di finzione, è malignità

F: Potresti dire "sono maligno". K: Sono maligno, sono maligno.

F: Dillo anche a Dio: "Sei maligno".

K: Tu sei maligno... soltanto che non esisti.

F: Adesso so che cosa sei. Sei un cancellatore. Metti in piedi i birilli e poi li butti giù. Li metti su nuovamente e poi li ributti giù. "Sì, ma". E molto importante capire la parola ma. Il ma ammazza. Dici "Sì..." e poi arriva il grosso "ma" che ammazza tutto il sì. Non dai nessuna opportunità al sì. Ora se sostituisci "e" al "ma", puoi dare una opportunità al sì, al lato positivo. Il "ma" è più difficile da capire quando non è verbale e si manifesta nel comportamento, quando la tua voce o i tuoi gesti cancellano quello che dici. "Sì, ma". Allora non c'è possibilità di crescere o svilupparsi.

K: Come cambio allora?

F: Metti Fritz in quella sedia e chiediglielo. K: Come faccio a cambiare, Fritz?

Non buttare giù birilli, quando li metti in piedi. Sembra molto semplice...

Può essere semplice, ma è difficile, devi esercitarti. F: Hai visto? "Sì, ma". "Com'è semplice, *ma*" (risate). K: E semplice ma è difficile.

F: Sì. Vedi, persino Fritz è un cancellatore, il *tuo* Fritz...

K: Giusto. Volevo che tu mi dicessi cosa fare. F: Così da poterlo buttare tra le immondizie.

K: Lo *posso* fare... semplicemente *smetto* di farlo... smetto di raggirarmi. F: Stai criticando nuovamente?

K: Giusto. "Dovrei vergognarmi". Sì, sono fatto così...

F: Cosa hai da ridire su te stesso? ...Vuoi farmi un favore di accettare tutto il negativo in te, come il fatto che tremi e via dicendo. Va avanti con la tua apprensione e trovala interessante. Dì "Sì" al

tuo tremare e lascia fuori il "ma". So che per ora è un trucco, ma proviamo questo trucco, "Tremo. Mi piace".

K: Mi rilassi, non posso...

F: Ah! Ti rilassi proprio quando smetti di costringerti, perché allora non hai da essere dispettoso. La critica crea una forza contraria. Questa è la base del gioco dell'autotortura cercare di essere quello che non sei. Bene. (Perls, 1968 p. 172-175).

Il sogno di Meg

Meg: Nel mio sogno sono seduta su una piattaforma, e c'è qualcun altro con me, un uomo, e forse un'altra persona, e due serpenti a sonagli. Uno è sulla piattaforma ora, arrotolato su, e sono spaventata. La sua testa è sollevata, ma sembra che non stia per colpirmi. E posato lì e io sono spaventata e l'altra persona mi dice basta non, non disturbare il serpente e non ti farà niente. L'altro serpente, l'altro serpente sta di sotto, e c'è un cane lì sotto.

Fritz: Cosa c'è lì?

M: Un cane e l'altro serpente.

F: Così qui sopra c'è un serpente e là sotto c'è un altro serpente e il cane.

M: E il cane è come se stesse annusando il serpente. Si sta avvicinando molto al serpente, come se giocasse, e voglio fermarlo, voglio che smetta di farlo.

F: Diglielo.

M: Cane, smetti!

F: Più forte.

M. Smetti.

F: Più forte.

M: (*grida*) Smetti.

F: Più forte.

M: (*urla*) Smetti!

F: Il cane smette?

M: Mi guarda. Adesso è tornato dal serpente. Adesso il serpente è come se si attorcigliasse attorno al cane, e il cane si sdraia giù, e, e il

serpente si attorciglia attorno al cane e il cane sembra tutto contento.

F: Ah! Ora fai un incontro tra il cane e il serpente. M: Vuoi che faccio le loro parti?

F: Certo, tutti e due. Questo è il tuo sogno. Ogni parte è una parte di te.

M: Sono il cane (*esitando*). Dunque. Ciao, serpente. E una sensazione piacevole averti attorcigliato attorno a me.

F: Guarda il pubblico. Dillo a qualcuno tra il pubblico.

M: (*ride gentilmente*). Ciao, serpente. È piacevole sentirti attorcigliato attorno a me.

F: Chiudi gli occhi. Entra nel tuo corpo. Cosa sperimenti fisicamente? M: Tremo. Mi metto in tensione.

F: Lascia che si sviluppi. Lasciati tremare e cogli quello che senti... (tutto *il suo corpo incomincia a muoversi un pò*). Sì. Lascialo emergere. Puoi trasformarlo in danza? Alzati e trasformalo in danza. Apri gli occhi, quel tanto che non ti impedisce di rimanere in contatto con il corpo, con quello che vuoi esprimere fisicamente. Sì... (cammina tremando e a scatti, quasi stentando il passo). Ora danza, serpente... (*si muove adagio e ondeggiando graziosamente*)... Come è la sensazione di essere un serpente a sonagli?

M: E come se fosse... lento... ben, ben consapevole di qualsiasi cosa che possa avvicinarsi.

F: Hm?

M: Molto consapevole di non permettere che qualcosa si avvicini, sono pronta a colpire.

F: Dì questo a noi: "Se venite troppo vicino, io". M: Se venite troppo vicino, colpisco.

F: Non ti sento, non ti credo ancora. M: Se venite troppo vicino, colpisco. F: Dillo a ciascuno qui.

M: Se venite troppo vicino, colpisco. F: Dillo con tutto il corpo.

M: Se venite troppo vicino, colpisco.

F: Come sono le tue gambe? Ti colgo come se fossi un po' barcollante. M: Giusto.

F: Che non prendi veramente posizione.

M: Sì. Ho l'impressione che... che sono un po' tra l'essere molto forte e quando mi lascio andare, diventano di gomma.

F: Bene, lasciale diventare di gomma (le sue ginocchia si piegano- barcollano). Nuovamente... Ora prova quanto forti sono. Prova batti il pavimento. Fa qualsiasi cosa. (*batte diverse volte con un piede*). Sì, ora con l'altro. (*batte con l'altro piede*). Adesso falle diventare nuovamente di gomma. (*lascia nuovamente che le ginocchia si pieghino*). Più difficile adesso, no?

M: Sì.

F: Ora di nuovamente la frase "Se venite troppo vicino"... (*fa uno sforzo*) ... (*risate*)...

M: Se, se...

F: Bene, cambia sedia. Di "Venite vicino" (*risate*). M: Venite vicino.

F: Come ti senti adesso?

M: Calda.

F: Ti senti un po' più reale?

M: Sì.

F: Bene... Allora quello che abbiamo fatto è che abbiamo tolto un po' della paura di essere in contatto. Così, da ora in poi, lei sarà un po' più in contatto. Potete vedere come si può usare tutto in un sogno. Se siete inseguiti da un orco nel sogno, e diventate l'orco, l'incubo sparisce. Riprendete l'energia messa sul demone. Allora il potere dell'orco non è più fuori, alienato, ma dentro dove lo puoi usare. (Perls, 1969, p. 176-178).

Il sogno di Beth

Beth: (*voce dura, aspra e forte*) Nel mio sogno c'è un cerchio di acciaio, come parte della ruota di un autocarro, attorno al torace e non ne posso uscire. Mi sento intrappolata nel cerchio di acciaio e continuo a cercare di uscirne.

Fritz: Bene. Per questo ho bisogno di un uomo forte, qualcuno che venga qui. (*un uomo si presenta*). Beth, trasformati nel cerchio di acciaio del sogno. Metti le braccia attorno al suo torace e cerca di tenerlo intrappolato. (*lo fa e stringe forte*). Bene. (*all'uomo*) Adesso

tu cerca di uscire da questo cerchio di acciaio (*subentra una breve e vigorosa lotta e si libera*).

B: (sorpresa) Ma non sono fatta di acciaio.

F: Giusto! Colto il messaggio?

B: Pensavo davvero di poterlo bloccare.

F: Bene

I sogni Senoi

Nel mondo occidentale il sogno il più delle volte è visto con sospetto in quanto viene recepito come inutile e molto frequentemente come segno di patologia. Si tende ad avallare l'ipotesi che il sogno vada bene per le culture primitive e non per la nostra civiltà tecnologica e la nostra era scientifica: l'uomo dedito all'oggettivo facilmente ritiene che i sogni non hanno niente di importante da dire e che quelli che sognano siano sognatori come Giuseppe l'ebreo; egli veniva chiamato dispregiativamente il sognatore dai fratelli che lo vendettero ai Madianiti che lo portarono in Egitto.

In modo simile un atteggiamento comune oggi è quello di vedere il sogno degno di attenzione nel mondo degli sciamani e in alcuni ambiti religiosi. Freud ha avuto il coraggio di dissentire da questa opinione. Come abbiamo visto altri hanno continuato a valorizzare il sogno non solo dal punto di vista oggettivo come Freud, ma anche da quello soggettivo.

Dalla nostra esposizione è emerso che i sogni sono importanti per regolare la vita come furono importanti i sogni di Giuseppe per la sopravvivenza del popolo ebreo.

Una cultura che apprezzò i sogni sistematicamente è la cultura Senoi. La tribù dei Senoi viveva protetta dall'isolamento nelle foreste della Malaysia, ma durante e dopo la seconda guerra mondiale essi hanno perso la propria identità nel contatto con la violenza del mondo moderno.

I Senoi vedevano i sogni come un riflesso di quello che succedeva nella vita attuale e come presagio di quello che sarebbe accaduto nel

futuro vicino ed anche lontano. Dato l'impatto che secondo loro il sogno poteva avere sulla vita reale di ogni giorno, essi esercitavano un certo livello di controllo su di esso. Per questo qualsiasi sogno veniva discusso nella famiglia e con le persone che eventualmente apparivano nel sogno per affrontare problematiche che si manifestavano nel sogno e che forse non erano ancora per nulla manifeste nella vita reale. In questo senso i Senoi sapevano qualcosa dell'inconscio in termini più chiari del mondo occidentale. Avevano escogitato tecniche di controllo efficaci e approcci simili a quelli dei sogni lucidi scoperte di recente anche nel mondo scientifico. In modi relativamente diretti affrontavano i conflitti inconsci prima che si manifestassero nella vita reale. I Senoi ad esempio insegnavano ai loro bambini che ogni parte spiacevole o spaventevole del sogno era una espressione di un aspetto di sé che non era stato affrontato e andava affrontato al risveglio anziché fuggire da esso. Dovevano cercare di sognare nuovamente l'aspetto che impauriva per affrontarlo, renderlo amico o per lasciarsi conquistare da esso. Molti approcci tecnici di lavoro sui sogni nella Gestalt presentano somiglianze alle modalità di lavoro dei Senoi. Riteniamo che in alcune situazioni l'approccio usato dai Senoi potrebbe complementare utilmente "l'interpretazione" dei sogni.

Bibliografia

- Jones, R. M. (1979). *The Dream Poet*. Cambridge, Mass.: Schenkman.
- Jung, C. G. (1966). *Collected Works*. Princeton: Princeton University Press.
- Perls, F. S. (1980). *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma: Astrolabio.
- Scilligo, P. (1986) *La sinfonia dei molti sé: La integrazione delle polarità nella persona*. Roma: IRPIR.
- Stewart, K. (1953). Dream theory in Malaysia. *Complex*, 9, 3-30.

Favorire l'incontro con sé nel lavoro sul sogno in psicoterapia: il contributo dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva

Carla de Nitto¹

*Facilitating the encounter with oneself in the work on
the dream in psychotherapy: the contribution of Social-
Cognitive Transactional Analysis*

Abstract

L'articolo intende valorizzare lo spazio intersoggettivo tra terapeuta e cliente nel lavoro sul sogno mediante un approccio esperienziale e alla luce del modello integrato dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva secondo una visione antropologica di tipo umanistico-personalistico. Nel concepire il sogno come insieme di schemi mentali che includono processi di diversa natura, impliciti ed espliciti, si vuole evidenziare come il contesto terapeutico diventi un catalizzatore potente nel promuovere la messa in scena dei processi intrapsichici che danno origine al sogno e nel favorire l'incontro con sé del cliente rispetto ad elementi inizialmente del tutto estranei alla

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Teaching and Supervising Transactional Analyst (TSTA-P), Docente di Psicologia Clinica e Dinamica presso l'Università Pontificia Salesiana, Direttore dell'IFREP-93 e della SSPC-IFREP, Docente e Supervisore della SSPC-IFREP, della SSSPC-UPS e della SSPT-SAPA, Membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e l'Identità dell'IRPIR, Co-Direttore della Rivista Psicologia, Psicoterapia e Benessere; email: cadennitto@gmail.com

coscienza, al fine di utilizzare consapevolmente la ricchezza informativa del sogno per orientarsi nelle scelte in modo libero e responsabile.

La concettualizzazione del sogno in un'ottica integrata servirà a illuminare i diversi processi inerenti allo stesso, rispetto alla natura e alle forme espressive, al fine di poterli poi individuare nel lavoro terapeutico. Nel ricco scenario, sia teorico che metodologico, relativo al lavoro psicoterapeutico sul sogno, l'intento principale è di fornire agli psicoterapeuti in formazione criteri guida per orientare l'intervento sulla base della comprensione dei processi in corso e per imparare ad usare la relazione terapeutica per sintonizzarsi in modo personale e creativo su tali processi per raggiungere gli specifici obiettivi che favoriscano l'incontro con sé da parte del cliente. Lo snodarsi del processo terapeutico sarà tracciato mediante l'esplicitazione di obiettivi strategici definiti, descritto mediante un esempio illustrativo e spiegato alla luce del ricco contributo dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva, un modello sostanzialmente processuale che ben si adatta al lavoro sul sogno.

Abstract

The article aims to enhance the intersubjective field between therapist and client in dream work through an experiential approach and in light of the integrated model of Social-Cognitive Transactional Analysis according to a humanistic-personalistic anthropological vision. By conceiving the dream as a set of mental schemes that include processes of different nature, implicit and explicit, we want to highlight how the therapeutic context becomes a powerful catalyst in promoting the staging of the intrapsychic processes that give rise to the dream and in favoring the encounter with oneself of the client with respect to elements initially completely extraneous to the consciousness, in order to consciously use the informative richness of the dream to orient oneself in choices in a free and responsible way. Conceptualizing the dream from an integrated perspective will help to shed light on the various processes inherent in it, in relation to its nature and forms of expression, so that they can then be identified in the therapeutic work. In the rich theoretical and methodological scenario relating to psychotherapeutic work on the dream, the main aim is to provide trainee psychotherapists with guidelines to orientate their intervention based on an understanding of the processes at work, and to learn to use the therapeutic relationship to tune in in a personal and creative way to these processes in order to achieve the specific objectives that will help the client to meet themselves. The unfolding of the therapeutic process will be traced by means

of the explication of defined strategic objectives, described by means of an illustrative example and explained in the light of the rich contribution of Social-Cognitive Transactional Analysis, a substantially processual model that is well suited to working with dreams.

Keywords

Psicoterapia sul sogno; creatività; intersoggettività, processi trasformativi, Analisi Transazionale Socio-Cognitiva.

Dream psychotherapy; creativity; intersubjectivity, transformative processes, Social-Cognitive Transactional Analysis.

Introduzione

Colgo volentieri la sfida, data la scelta editoriale di pubblicare un numero unico sul “sogno in psicoterapia” nella nostra rivista *Psicologia, Psicoterapia e Benessere*, di raccontare per iscritto ciò che ho maturato nell’insegnare in oltre trent’anni il lavoro sul sogno agli allievi delle nostre scuole di specializzazione², che offrono una formazione quadriennale alla psicoterapia con un approccio umanistico-personalistico e un indirizzo analitico-transazionale integrato, oggi noto come Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC) (Scilligo, 2009b; De Luca, Tosi, 2011; Bianchini, de Nitto, 2019).

Parto intanto da una nota personale. Richiamo con tenerezza e profonda commozione, ancora oggi, il mio stupore e la mia sorpresa nel cogliere l’*effetto integrativo e trasformativo* del lavorare sui sogni nella mia psicoterapia personale. In qualità di giovane psicologa in formazione, ho svolto la mia psicoterapia didattica con Pio Scilligo, che all’epoca era fresco della sua psicoterapia personale effettuata con Jim Simkin e ne faceva tesoro utilizzando appieno il lavoro gestaltico intessuto con il modello analitico-transazionale appreso da Bob e

² Scuola Superiore in Psicologia Clinica dell’Istituto di Formazione e Ricerca per Educatori e Psicoterapeuti (SSPC-IFREP) e Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell’UPS (SSSPC-UPS).

Mary Goulding (1980), tutti fortemente focalizzati sul valorizzare i processi del qui ed ora intesi come manifestazione di sé e specchio, talora, anche dei processi arcaici, del lì e dell'allora, tipici del copione di vita (Berne, 1961). In quel tempo arroccata nelle mie sicurezze, forte della saggezza dei miei normativi, della ricchezza della riflessione attenta come guida per orientarmi verso il futuro, fui davvero attonita, direi piacevolmente sorpresa, nel cogliere le vie che mi si aprivano davanti nell'inesplorato mondo del lavoro creativo proprio mediante il lavoro sui sogni: grazie ad una rispettosa esplorazione, che mi appariva allora *magica*, oltre che inusuale, scoprivo me e mi riconoscevo nei miei significati personali, nella vividezza dei simboli usati, cui davo progressivamente senso grazie ad un accompagnamento attento che mi consentiva di mantenermi nell'esperienza. Trovavo i *miei* significati, totalmente altri rispetto al sogno letto con la logica della veglia! E mi sono poi sempre più incuriosita nel cogliere e comprendere come si possa spiegare la potenza del lavorare sul sogno! Eccomi, allora, con le mie riflessioni di carattere professionale.

In qualità di docente, ho nel tempo ampliato la mia visione del sogno, sia dal punto di vista teorico che tecnico-metodologico, intrecciando l'approccio gestaltico illustrato da Scilligo (1987, 1988a, 1988b) e quello dei Goulding in Analisi Transazionale (AT), che è stato il punto di partenza, con gli sviluppi intorno al copione di Richard Erskine (1980) e di Bill Cornell (1988) sempre in AT. Ho poi trovato utili, specialmente per approfondire l'aspetto teorico, i modelli cognitivi sugli schemi mentali e i diversi livelli di conoscenza (Guidano, 1988) nonché quelli sullo sviluppo emozionale (Leventhal, in de Nitto, 2006; Greenberg et al, 2000; Bucci, 1999), quelli psicodinamici (Horowitz, 1991) e interpersonali (Benjamin, 1979). Infine, ho trovato illuminante il modello dell'ATSC, che integra armoniosamente molti di questi, sia per la lettura dei processi in corso che per orientarmi nell'intervento terapeutico. Perciò illustrerò in prima istanza la mia concettualizzazione del sogno in un'ottica integrata, avvalendomi di numerosi contributi attuali, che getteranno

luce sulla comprensione della mente e dei processi correlati, utili per comprendere il sogno e i suoi processi.

Lavorando con gli allievi, ho avuto modo di poter spiegare, quasi in diretta, la ratio delle scelte terapeutiche effettuate. Nel tempo, quindi, ho messo a punto un modello che mi ha permesso di descrivere e spiegare il lavoro svolto, alla luce di elementi definiti, per consentire agli allievi stessi di avere dei *criteri guida per la pratica* nel lavorare sul sogno *sulla base di una chiara concettualizzazione teorica e di una conseguente teoria della tecnica*. Tale approccio sposta il focus dal piano metodologico, del che fare, del “quale tecnica usare”, al concettualizzare il lavoro stesso, con il vantaggio, riflettendo in termini di *principi guida*, di stimolare il futuro psicoterapeuta a sperimentarsi sulla base di *obiettivi strategici ben definiti* ma con la libertà di sintonizzarsi creativamente con il proprio stile personale sui processi emergenti nel sogno del cliente e con il cliente stesso, imparando a valorizzare le informazioni tratte dal processo interattivo in corso, piuttosto che esercitandosi a seguire acriticamente una serie di tecniche, pur utili e teoricamente adatte; ho a cuore questo approccio che pone al centro la persona, sia il terapeuta che il cliente, ponendo l’enfasi sul bilanciare il rigore del dato esistente, nel rispetto della soggettività della persona che sceglie i propri simboli, con la creatività di ciascuno dei due soggetti.

In questo articolo, indirizzato in particolare a chi intenda formarsi a lavorare sul sogno secondo questo approccio, la concettualizzazione teorica del sogno ci servirà per illustrare la concezione della mente in un’ottica processuale, evidenziandone le funzioni, per focalizzarci quindi sul sogno, quale fenomeno mentale, sempre in ottica processuale, coerentemente con l’approccio teorico integrato. Tale concettualizzazione teorica fonderà l’intervento terapeutico sul sogno, e consentirà di cogliere il valore dello *spazio intersoggettivo tra terapeuta e cliente* come luogo privilegiato in cui promuovere l’esplorazione genuina di sé nel cliente.

L’obiettivo principale è di *esplicitare i diversi processi* che vedo coinvolti nel lavorare sul sogno in un’ottica integrata, con particolare focalizzazione sull’Analisi Transazionale Socio-Cognitiva, d’ora in

poi nominata con l'acronimo ATSC, dalle due prospettive, del cliente e del terapeuta, per *identificare conseguentemente gli elementi chiave* durante il lavoro sul sogno, e cioè la specifica qualità dei *processi inter-soggettivi* che favoriscono l'esplorazione mirata di sé, la scoperta di sé, l'integrazione di sé e il cogliere i propri significati personali.

Dopo un breve cenno introduttivo di tipo storico, a partire da Freud e Jung, due maestri che hanno aperto la strada all'analisi del sogno come fenomeno psichico, ed un accenno agli studi neurobiologici, chiarirò i presupposti di base della teoria della mente nell'ATSC, in un'ottica integrata, per identificare, in prima istanza, i *diversi processi propri del sogno* relativamente alla sua *natura* e alla sua *forma espressiva* rilevabili nell'osservare il cliente e, poi, i *processi interpersonali* che prendono forma nello spazio inter-soggettivo tra terapeuta e cliente in una prospettiva esperienziale, utili a promuovere il processo di scoperta e di integrazione di sé del cliente stesso. Questa duplice prospettiva, del cliente, nello stare sul suo sogno, e del terapeuta, che si sintonizza sui processi in corso, sarà centrale per illustrare i principi guida che mi orientano nel lavoro sul sogno, *la mia bussola*, con le specifiche *finalità strategiche* nei diversi step del lavoro, sulla base della comprensione dei processi emergenti alla luce delle teorie menzionate. Porrò l'analisi sul piano della *teoria della tecnica* più che sulla metodologia. Naturalmente si tratta di un artificio didattico: vedremo frammentato in fotogrammi quello che nella realtà è un processo fluido ed armonico nella relazione interpersonale con il cliente. E tale processo sarà descritto e illustrato mediante l'esempio di un lavoro sul sogno. Un grazie speciale va alla "sognatrice" che ci ha regalato con il suo lavoro sul sogno la possibilità di addentrarci in questo mondo misterioso e di cogliere i processi in diretta, mentre si realizzano, e di rendere vivo e umanizzante quello che potrebbe essere una scaletta astratta di obiettivi strategici, svelando la magia dell'incontro interpersonale tra terapeuta e cliente e, conseguentemente.

Se il sogno, come dice Scilligo nell'introdurre il lavoro sul sogno (1988a) costituisce una fonte "ricca di conoscenza del proprio modo

di essere a livello conscio e inconscio e una guida preziosa per orientare la propria vita” (Scilligo, 1988a, 207), nel lavoro sul sogno la persona può essere *solo accompagnata* a cogliersi nei suoi significati, di cui è sostanzialmente l'*unico interprete*. Con la mia “bussola” intendo condividere quello che mi guida nel lavorare sul sogno e che mi auguro possa essere utile ai destinatari principali di questo scritto, i terapeuti, perché possano “accompagnare” la persona a cogliersi nei suoi significati e favorire processi integrativi.

Il sogno come fenomeno psichico complesso. Tra passato, presente e futuro

Nell’addentrarmi in una breve analisi del panorama teorico cui attingo nel concettualizzare il sogno, concordo con Scilligo (1988a) nel guardare al sogno mediante una “posizione fenomenologica ed esistenziale che dà un posto privilegiato alla *potenzialità creativa della persona nelle sue manifestazioni cosce e inconse*” (pp. 3-4), distinguendola da una prospettiva, prevalentemente freudiana, che lo concepisce, invece, come composizione sintetica dei residui delle tracce mnestiche, quindi già presenti nell’esperienza del soggetto, sia pur di natura inconscia. Se in quest’ultima ottica il sogno manifesta il tentativo della persona di elaborare *contenuti* già vissuti e rimasti in qualche forma non risolti, che continuano a manifestarsi (coazione a ripetere) come *in un circuito chiuso* che replica l’esistente, *da una prospettiva fenomenologico-esistenziale* il sogno esprime invece creativamente *processi* che il sognatore intreccia in modo non consapevole, in un linguaggio sui generis, simbolico, rappresentativo della complessità della sua realtà esistenziale, condensando passato, presente e futuro; avvalendosi dell’esperienza interpersonale con il terapeuta, il sognatore, in un intreccio armonico tra piano intrapsichico e interpersonale, scopre nuove possibilità inedite, rappresentative del suo essere nel mondo, in un *sistema aperto*.

Il breve accenno alla concettualizzazione freudiana e junghiana e al contributo di studi e ricerche in ambito neuroscientifico, servirà come pista di lancio per esplicitare, per differenze e analogie, la mia concezione del sogno in un’ottica integrata.

Certamente *Freud* ha aperto la strada alla considerazione del sogno quale *fenomeno psichico*, ponendolo nell'ambito di un processo mentale complesso: già nelle prime righe del *L'interpretazione dei sogni* scrive che "ogni sogno si rivela come una *formazione psichica* densa di significato" (Freud, 1973, p. 23), concependolo come frutto dell'attività della mente, sia pur a partire da stimoli di varia provenienza, interna (di carattere fisico propriocettivo o psichico) o esterna - come sensazioni percepite con gli organi di senso, pur fuori dalla coscienza in quanto esperite durante il sonno, che vengono "allucinate" mediante trasformazioni in immagini e scenari non comprensibili - o comunque da ricordi cui nella vita di veglia non si dà peso, residui della vita infantile. Per Freud "tutto il materiale che costituisce il contenuto del sogno deriva in qualche modo da ciò che abbiamo vissuto e viene riprodotto, ricordato nel sogno" (p. 32): il sogno si fonda su tracce mnestiche pur catturando contenuti e "ricordi"³ che riteniamo di non possedere durante la veglia" (p. 35).

Nel dar valore al sogno come fenomeno della mente, Freud ne valorizzò la funzione. Per Freud i sogni hanno anche un "potere terapeutico, ristoratore" (p. 93); nel sogno, ove regna sovrana la *fantasia libera dal controllo dell'intelletto* (p. 97), viene "a galla ciò che è stato *psichicamente represso*" (p. 95). "Il sogno rappresenta un certo stato di cose come le vorrei: il suo contenuto è dunque un *appagamento di desiderio*, il suo motivo un desiderio" (p. 127) che diventa riconoscibile solo a posteriori, dopo l'interpretazione dei sogni, data la "deformazione" del *contenuto* latente che è censurato dalla coscienza ed espresso in altra forma, mediante il *contenuto*

³ Freud (1973) attinse anche alla propria esperienza personale per identificare gli ingredienti costitutivi del sogno stesso, assegnando un posto significativo ai residui non elaborati dei ricordi, prevalentemente della vita infantile, pur attingendo anche a materiale recente, anche del giorno precedente. Per esempio, quello che in uno dei suoi sogni appariva un'immagine sovrapposta di due figure che sfumavano l'una nell'altra senza minimamente poterne comprendere l'associazione, divenne chiaro ai suoi occhi quando nel confronto con la madre riconobbe che si trattava di due persone reali del suo passato, il suo medico ed uno dei suoi professori di liceo, accomunati da una stessa esperienza, di conflittualità (p. 37).

manifesto. Il sogno è *la via regia per la conoscenza dell'inconscio*; per Freud diventò quindi essenziale delineare un metodo che gli consentisse di decriptare il linguaggio cifrato con cui il sogno si presenta. In sintesi, Freud, ponendo il sogno come fenomeno psichico, ha valorizzato, con gli strumenti possibili a quel tempo, la potenza *espressiva* del sogno indicandone la *funzione*: due elementi che riprenderemo a breve, con le dovute differenze, nella mia visione integrata sul sogno.

Carl Gustav *Jung* amplia la visione dell'inconscio freudiano, evidenziando la *funzione autoregolatrice della psiche*, volta al benessere e a gestire, mediante le difese, processi minacciosi. Oltre alla dimensione soggettiva, individuale, Jung vede nell'inconscio collettivo la possibilità, per ciascuno, di avvalersi di una *saggezza transpersonale* grazie agli archetipi che predispongono la persona umana ad essere nel mondo in modo *adattivo*. Nel sogno per Jung, come ben sottolinea Scilligo (1988a, pp. 13-14), coesistono due funzioni, quella compensativa e quella prospettica: grazie alla *funzione compensativa* il sogno ripescerebbe dall'inconscio quegli aspetti significativi per la persona – legata agli archetipi – ma repressi o comunque ignorati nella vita di veglia, portando così alla luce aspetti preziosi per il sognatore in quanto legati allo sviluppo della sua personalità ma svalutati nella vita di veglia; con la *funzione prospettica* del sogno, invece, Jung evidenzia *l'attività autonoma della mente*, pur essendo espressione di processi involontari dunque inconsci: “il sogno non è profetico in senso letterale ma *svela piani intuitivi* per arrivare a degli obiettivi desiderabili” (Scilligo, 1988a, p. 14). In tal senso il sogno mostrerebbe in anticipo quello che potremmo realizzare in futuro, consentendoci di far delle prove e di arrivare più preparati nella vita di veglia.

Scilligo ha evidenziato come la visione di Jung ribalti quella freudiana perché nel sogno la persona “genera ex novo il mondo onirico, non ricompono elementi mnemonici preesistenti” (1988b, p. 21). Illustrerò di seguito come le recenti ricerche in ambito neuroscientifico non solo confermino le *funzioni compensative e prospettiche* di Jung mediante l'individuazione di zone diverse del

cervello deputate alla costruzione del sogno, ma giustifichi la considerazione dello stesso come *fenomeno psichico complesso*, elemento centrale per la mia concezione del sogno.

Diversi sono i contributi della *ricerca in ambito neuroscientifico* (per es., Foulkes, 1962; 1985, 1996; Nir e Tononi, 2009; Siclari et al., 2027; Solms, 2023) che chiariscono l'origine *dei diversi processi* inerenti al sogno. Darò per assodati i *processi di natura psicofisiologica* correlati al sogno, data la prospettiva assunta, di tipo clinico e didattico-formativo nell'ambito della psicoterapia; accennerò solo a quelli che mi permettono di mettere in luce i diversi processi emergenti nel sogno e nella sua narrazione, al fine di *poterli riconoscere e valorizzare nel lavoro psicoterapeutico*.

Nell'affascinante panorama di studi che chiariscono le molteplici funzioni collegate all'attività cerebrale nelle diverse parti del cervello durante il sogno, spicca il contributo di Solms⁴ (2023, p. 401) che ha evidenziato in modo inequivocabile il coinvolgimento delle emozioni alla base del sogno, in particolare riguardo all'esperienza di desiderio e di paura; oltre che confermare le intuizioni di Freud del sogno come "appagamento di desideri inconsci", ha delle potenti implicazioni di natura clinica. Più specificamente, la scoperta che a fungere da motore dei sogni sia il *circuito dopaminergico mesocorticale-mesolimbico*, un sistema "tutt'altro che neutro dal punto di vista motivazionale [...] e responsabile invece dei "più vigorosi comportamenti *esplorativi e di ricerca* che un animale è in grado di esibire" (p. 539, nota 33), implica che i sogni abbiano funzioni molteplici, *orientati da diversi sistemi motivazionali*. Tale scoperta aggiunge al sogno la funzione di poter

⁴ Trovo interessante la sua disputa con Hobson al riguardo, che, identificando un raggruppamento di neuroni del ponte come generatori del sonno REM nel tronco cerebrale colinergico, e conseguentemente anche del sogno che si realizza in quella fase del sonno, concludeva che si trattava quindi di "una parte assai antica e bassa del cervello, molto lontana dalle vette maestose della corteccia cerebrale, dove si presumeva si svolgesse tutta l'azione dello scenario della psicologia umana. [...]. Hobson aggiunse che i sogni non potevano essere in nessun modo motivati dai desideri, che fossero neutri dal punto di vista motivazionale" (nota 15) (Solms, 2023, p. 401).

fare previsioni rispetto a possibili soluzioni soddisfacenti e adattive, percepite “sicure”. Il che conferma la funzione prospettica del sogno intuuta da Jung, ripresa poi da Scilligo (2008a). Certamente tali scoperte neuroscientifiche⁵, evidenziando che il sogno ha radici in aree diverse del cervello, corticale e subcorticale, *spiegano la natura del sogno* e la *molteplicità dei processi* in esso coinvolti e danno fondamento all’approccio psicoterapeutico al sogno nella nostra visione.

In estrema sintesi, il sogno è il frutto di *un’attività mentale articolata e complessa* che si realizza durante il sonno in tutte le sue fasi, particolarmente ma non esclusivamente quella REM, frutto *dell’attivazione di diverse aree del cervello corticale e sottocorticale*. La conseguenza è che al sogno siano connesse diverse funzioni specifiche *correlate tra loro* (simboliche, della memoria, cognitive, sensoriali), che danno luogo ad una *molteplicità di processi con diverse forme e livelli di elaborazione*, per lo più di natura inconscia ed espressi in forma simbolica, che richiedono necessariamente una decodifica per poterne cogliere i diversi significati. Esistono, quindi, *le basi neurobiologiche che fondano e spiegano i diversi processi inerenti al sogno* che prendo in considerazione nel mio modello.

Il sogno in un’ottica processuale e integrata

Nel delineare la mia concezione del sogno, ne distinguerò la *natura* e le sue *forme espressive*, proponendone una visione integrata. Riguardo alla prima, evidenzierò come la concezione processuale della mente nell’ottica dell’Analisi Transazionale Socio-Cognitiva illumini la comprensione del sogno come fenomeno psichico complesso che intreccia processi di diversa natura e integrerò tale prospettiva con la concezione della mente di Siegel. Entrambe le teorie concepiscono la *mente come relazionale* e pongono l’accento sulla ricchezza della *dimensione interpersonale nella co-costruzione dei*

⁵ L’articolo di Rizzi e Bove (2024) pubblicato nello stesso numero di questa rivista, fornisce un panorama ricco e sintetico sugli sviluppi recenti della ricerca nell’ambito neuroscientifico e della psicologia cognitiva, molto interessante per i nostri scopi.

processi in corso, elemento che sarà centrale nell'illustrare il lavoro terapeutico sul sogno. Relativamente, invece, alle forme espressive, ne considererò gli aspetti simbolici e narrativi, alla luce delle teorie più attuali e nell'ottica dell'ATSC.

Premetto che mi allineo totalmente alla concettualizzazione teorica di Scilligo, magistralmente descritta nei suoi due articoli⁶ (1987, 1988a) che abbiamo scelto di ripubblicare in questo numero unico dedicato al sogno in psicoterapia, perché rappresentano una pietra miliare, teorica e metodologica, fondante l'approccio clinico che ci caratterizza nel lavorare sul sogno ancora oggi, alla luce del nostro modello integrato e dell'ATSC. Nella prefazione del suo libro *I sogni. Una guida al futuro* (1988b) Pio Scilligo scrive:

“I sogni sono il *linguaggio più sincero di cui la persona dispone per cogliersi nella propria realtà esistenziale*. Attraverso i sogni [la persona] conosce il proprio passato, si racconta il proprio presente senza sotterfugi e, con *impareggiabile saggezza, si guida verso il futuro*. Tutta la ricchezza informativa è espressamente un *linguaggio simbolico* che richiede una lettura attenta da parte della persona che sogna per non permettere a se stessa o ad altri di contaminare l'autenticità dei messaggi esistenziali”.

Mi pare un compendio sintetico che racchiude quello che intendo sviluppare nell'articolo, usando il nostro approccio integrato per leggere la complessità della mente che si riflette nei sogni.

Rispetto alla *funzione del sogno* Scilligo aggiunge:

“Se il mondo psichico è concepito come un complesso sistema gerarchizzato di strutture e processi consci e inconsci, allora il sogno può essere visto come uno degli strumenti più validi di equilibramento e integrazione cibernetica a disposizione della persona. Nel processo di equilibramento il sogno non solo informa sullo status quo ma attivamente promuove integrazione e sviluppo, mantenendo da un lato in uno stato quasi stazionario il sistema (entropia positiva, cibernetica I, omeostasi) smussando e compensando oscillazioni verso condizioni polarmente opposte, e dall'altro lato promovendo trasformazioni e complessizzazione (entropia negativa,

⁶ Sogni e lavoro sui sogni, I e II parte (1987, 1988).

cibernetica II, omorresi) del sistema attraverso i processi legati all'intenzionalità e all'orientamento verso il futuro" (1988b, p. 216).

Tale concettualizzazione teorica, che consente di identificare i *diversi processi coesistenti nel sogno*, sia relativamente alla *sua natura* che alla *sua espressione nel contesto terapeutico*, sarà il fondamento degli *obiettivi strategici* nel lavorare sul sogno.

Il sogno e la sua natura

Una osservazione comune, non riservata agli specialisti in materia, è che talora si è protagonisti di lunghi e articolati sogni da cui non ci si vorrebbe svegliare – se ne è “*consapevoli*” durante il sonno stesso -, altre volte al risveglio si ha l'impressione di non aver proprio sognato – si è, quindi, nella *inconsapevolezza* più totale dal momento che è acclarato che tutti in realtà sogniamo. E ancora: altre volte invece sobbalziamo per *incubi* che ci svegliano, altre ancora ci svegliamo pacificati e soddisfatti. *Quale funzione* avrà avuto per noi il sognare in queste diverse esperienze soggettive? Talora al momento del risveglio ci accorgiamo che il fischio del treno del nostro sogno “continua” con il suono della nostra sveglia. *Quali processi* stiamo attivando in tal caso? Talvolta invece richiamiamo alla mente un sogno solo durante la giornata. *Perché? Come ce lo spieghiamo?* Come ci aiutano teoria e ricerca a riflettere sul tema e rispondere ai nostri interrogativi?

Il sogno è una espressione dell'attività della mente che si realizza durante il sonno, particolarmente, ma non esclusivamente, nella fase REM. Gli studi di carattere neurobiologico e neuroscientifico spiegano l'esperienza soggettiva dei *diversi livelli di coscienza* percepiti anche dal profano mediante l'attivazione di circuiti neuronali diversi, riferibili ad aree diverse del cervello attivate durante il sonno e il sogno. Nel sogno sono effettivamente coinvolti *processi di natura* diversa, a seconda delle reti neurali che “si accendono insieme” nella produzione del sogno stesso, “svegliate” probabilmente da processi attivi nello stato di veglia, che attengono ad aspetti *di natura sensoriale, emotiva e cognitiva* connessi a diversi fattori attivanti: aspetti strettamente sensoriali nel qui ed ora, come un rumore

insorgente, oppure esperienze emotivamente significative nella vita di veglia, o problemi in sospeso, pensieri, preoccupazioni, aspetti conflittuali tra desideri e paure, crisi attraversate nella vita di veglia nelle diverse sfide nell'interfacciarsi con una complessità progressivamente più ampia nella realtà della vita; e non ultimi, ulteriori fattori attivanti riguardano curiosità e nuove prospettive che si aprono all'orizzonte della persona.

Le diverse *fonti di informazione* richiedono tipi di *elaborazione*⁷ differenti che danno forma a esperienze soggettive differenti: *esperienze cinestetiche*, interne al corpo, *sensoriali* connesse alla percezione di stimoli esterni e *organizzati mediante schemi di significato* legati ad esperienze pregresse che possono manifestarsi mediante processi di natura somatica e che attengono ad una sfera non cosciente, espressa nel corpo; altre fonti sono più strettamente connesse a *processi di natura psichica, consci e non consci*, di carattere *cognitivo* ed *emotivo*, residui della memoria nella vita di veglia, insieme a sfide aperte rispetto al futuro. Nel sogno si intrecciano, quindi, *processi di natura psichica, mentale, con quelli di natura fisica, neurobiologica*. Come rilevarli?

I prossimi due paragrafi pongono le basi teoriche per identificare tali processi mediante due modelli di lettura teorica, utili per poi delineare gli obiettivi strategici del lavoro sul sogno dalla mia prospettiva; esplicitano, il primo, i concetti di base del modello di analisi dei processi mentali in Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC), il secondo, la concezione della mente come regolatrice di flussi di energia e di informazioni alla luce della neurobiologia interpersonale di Siegel (2014). Per gli esperti sul tema potrebbero essere superflui, ma se ne suggerisce la lettura a chi non ha ancora familiarità con il lavoro sui sogni per mettere a fuoco i possibili

⁷ Un esempio è nel modello di Leventhal (1979) che fa riferimento a tre diversi tipi di elaborazione delle emozioni: espressivo-motoria, schematica e concettuale. Per un approfondimento sul tema, si veda de Nitto (2006) e in particolare nel cap. 1 la sezione intitolata "Per una teoria integrata delle emozioni".

processi rilevabili nel sogno, intrapsichici e interpersonali, e avere poi una bussola per orientare il proprio intervento.

La natura processuale della mente e il sogno

Nell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva la mente ha una *natura processuale* (Scilligo, 2009b). Gli stati dell'Io, che costituiscono l'unità concettuale di base della personalità, proprio come nell'Analisi Transazionale (AT), sono schemi di natura processuale relativamente alla percezione di sé e degli altri e alla relazione con sé e con gli altri. Tale visione si radica sulla "teoria degli schemi" intesi come nei modelli connessionisti dei Processi Distribuiti Paralleli (McClelland & Rumelhart, 1986). Scilligo (2009) nel capitolo III del suo libro *Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*, che è il risultato di anni di studi e ricerche sul sé e sull'identità⁸, ha dimostrato efficacemente che "gli stati dell'Io sono sub-sistemi particolari di schemi di natura processuale ricollegabili ad altri concetti ampiamente usati oggi in psicologia, quali gli schemi-persona (Horowitz, 1991), i modelli operativi interni (Bowlby, 1980), i prototipi (Rosch, 1978) ed altre unità concettuali dei modelli strutturali nelle teorie psicodinamiche (ad esempio Kohut, 1980; Scilligo, 1988c)" (Scilligo, 2009, p. 52).

L'esperienza psichica soggettiva è strettamente connessa all'*attivazione* di schemi specifici grazie alla attivazione simultanea di reti neurali (Processi Distribuiti in Parallelo, schemi PDP) (Scilligo, 2009; De Luca, de Nitto, 2012)⁹. È la frequenza con cui vengono attivate tali reti neurali che dà luogo alla costruzione di schemi, di

⁸ Tali studi e ricerche effettuati insieme al gruppo dei docenti collaboratori della SSPC-IFREP, della SSSPC-UPS e della SSPT-SAPA, ha dato luogo al gruppo di ricerca denominato Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali (IRPIR), fondato da Pio Scilligo.

⁹ Una buona sintesi che descrive il concetto di stato dell'Io sotto il profilo esplicativo e descrittivo in ATSC è pubblicata negli Atti della Giornata di studio SIAT, realizzata all'Università Pontificia Salesiana, in "*L'Adulto in azione nell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*", di De Luca M.L. & de Nitto, C. (2012, pp. 38-44).

natura processuale, appunto, che servono a organizzare la realtà e a renderla prevedibile sulla base delle esperienze precedenti. Quali saranno, allora, i processi attivati nel sogno?

Le relazioni interpersonali, specialmente quelle primarie, sono fondamentali per spiegare la prevalenza di alcuni schemi rispetto ad altri, coerentemente con un contesto relazionale che ne sostiene la persistenza, in termini di adattamento. In AT chiamiamo *copione di vita* l'insieme dei sub-schemi organizzati che la persona costruisce in un contesto familiare sulla base di *decisioni* limitanti rispetto alla propria realizzazione, attuate però in vista del bene primario che è mantenersi in relazione con le figure di attaccamento, ove l'adattamento consente al cucciolo d'uomo di sopravvivere! La messa in atto del copione viene concepita come l'attivazione degli schemi finalizzata alla sopravvivenza psichica della persona¹⁰. Le teorie socio-cognitive supportano tale prospettiva, evidenziando il ruolo degli apprendimenti sociali nel modellamento della mente. Anche nel sogno, quindi, potremo riscontrare processi tipici del copione di vita della persona, "risvegliati", *esemplati*, direbbe Horowitz, a partire da qualche stimolo della vita di veglia. A tal riguardo fornisco un piccolo esempio: una cliente una volta riportò un sogno fatto la notte seguente all'aver ricevuto la notizia gioiosa di un avanzamento di carriera che

¹⁰ Lorna S. Benjamin, l'ideatrice del modello interpersonale, del modello Structural Analysis of Social Behaviour (SASB, 1974, 1979), in italiano Analisi Strutturale del Comportamento Interpersonale (ASCI), e della Terapia Ricostruttiva Interpersonale (1974, 1999), identifica specifici *processi di copia* per spiegare i sintomi persistenti nei *pazienti non trattabili, resistenti al cambiamento*, come l'espressione del *dono d'amore* verso il caregiver, allo scopo di mantenere la relazione possibile, essenziale per la sopravvivenza psichica e fisica. Ella crea la Terapia Ricostruttiva Interpersonale per illustrare come promuovere la scoperta e la gestione di sé e il cambiamento in psicoterapia al fine di promuovere lo sviluppo di una propria identità autonoma; il SASB, invece, ha lo scopo di descrivere i comportamenti osservabili, che in ATSC sono esprimibili in termini di stati dell'Io, con delle chiare dimensioni al fine di definirli operativamente, ai fini clinici e di ricerca.

da tempo agognava. Ne narrò un piccolo flash, il residuo di un sogno¹¹ agitato di cui non ricordava altro.

È alla guida di una macchina e si accorge di non riuscire ad andare avanti. Spazientita, visto che ha preso insolitamente la macchina e sa di dover raggiungere in fretta un certo posto, non meglio identificato, e si accorge che la macchina ha le ruote quadrate! Si sveglia angosciata.

Nel lavorare sul sogno *scoprì* il proprio *timore/terrore* di superare la sorella maggiore! Nel percepirsi gioiosa del proprio successo, evidentemente, aveva attivato nel sogno uno schema ingiuntivo di *Non riuscire* e a catena la sua decisione di copione di “non poter superare la sorella”. Si rese consapevole della sfida interiore che stava fronteggiando, riconoscendosi nel proprio processo di individuazione. E il lavoro sul sogno fu l’avvio per un’ulteriore area di sviluppo in terapia sull’affermazione di sé.

In ATSC questi schemi sono denominati *stati dell’Io*; come nell’Analisi Transazionale ne distinguiamo prototipicamente tre, lo stato dell’Io Genitore, Adulto e Bambino. In ATSC, considerando il livello descrittivo, identifichiamo gli stati dell’Io sulla base di quattro dimensioni¹², avvalendoci del modello dell’Analisi Strutturale del Comportamento Interpersonale (ASCI), lo Structural Analysis of Social Behaviour di L.S. Benjamin (1974, 1979) e della rielaborazione successiva di Scilligo (1988c). Una delle quattro dimensioni è quella *evolutiva* che consente di distinguere gli stati dell’Io sulla base dei diversi processi di astrazione di cui progressivamente diventiamo capaci nel corso dello sviluppo: nelle primissime fasi della vita, gli schemi si formano a partire dall’esperienza di tipo sensoriale ed emotiva, per poi passare a schemi progressivamente più complessi che implicano la capacità di analizzare la realtà e di regolare le proprie azioni, avvalendosi di competenze astrattive sempre più evolute nell’arco dell’esistenza. E cioè nel tempo il bambino sviluppa prima

¹¹ D’ora in poi gli esempi sul sogno saranno in carattere corsivo.

¹² Per conoscere più in dettaglio le diverse dimensioni degli stati dell’Io, si veda Scilligo, 2009 (capp. 3 - 4 - 5).

lo stato dell'Io Bambino, maturando competenze *di natura emozionale*, poi l'Adulto, con la costruzione di abilità nell'*analisi della realtà* e poi lo stato dell'Io Genitore, con lo sviluppo di competenze di tipo *regolativo e normativo*. I tre suddetti *processi* sono rilevabili anche in una persona adulta per cui è possibile identificare uno dei tre stati dell'Io, grazie alla prevalenza dei processi attivati (emozionali, di analisi della realtà e regolativi/normativi). Più specificamente, riconosciamo lo stato dell'Io Bambino sulla base dei primi tre stadi del modello della Mahler (esplorazione, orientamento, attaccamento), lo stato dell'Io Adulto, sulla base dei successivi tre (simbolizzazione, riflessione ed empatia) e lo stato dell'Io Genitore, sulla base degli ultimi due stadi (interdipendenza e identità) (Benjamin, 1979; Scilligo, 2009b; Bianchini, de Nitto, 2019). Le altre tre dimensioni, *Relazionale*, dell'*Affiliazione* e dell'*Interdipendenza*, consentono di cogliere: quella *Relazionale*, il focus dell'attenzione cui ci si riferisce, e cioè la *relazione con sé o con gli altri (Proponente e Rispondente)*; le altre due invece, e cioè *l'Affiliazione* (amorevole/ostile) e *l'Interdipendenza*, e cioè l'uso del potere (Libertà/Controllo), consentono di cogliere le diverse sfumature nei tre stati dell'Io. Distinguiamo conseguentemente stati dell'Io Sé e Relazionali da Stati dell'Io Sé e per ciascuno di questi, a seconda che dominino Libertà Amorevole, *Protettivo*, Controllo Amorevole, Controllo Ostile o Libertà Ostile, distinguiamo stati dell'Io Genitore, Adulto e Bambino, rispettivamente *Liberi, Protettivi, Critici e Ribelli*.

La fig. 1 illustra graficamente i 36 stati dell'Io degli Stati dell'Io Relazionali (Genitore e Bambino Relazionale) e degli stati dell'Io Sé; consente di chiarire l'identificazione dei diversi stati dell'Io sulla base delle quattro dimensioni che li definiscono operativamente. In ognuna delle tre superfici (Genitore Relazionale, Bambino Relazionale e Sé) ciascuno dei quattro quadranti contiene stati dell'Io Bambino, Adulto e Genitore, con le diverse sfumature relativamente al grado di Affiliazione e Interdipendenza, dando luogo a stati dell'Io Liberi (BL, AL e GL) e Protettivi (BP, AP, GP); stati dell'Io Critici (BC, AC e GC) e Ribelli (BR, AR e GR). I profili degli stati dell'Io in cui dominano i processi degli stati dell'Io Liberi e Protettivi sono quelli

tipici del ben-essere psicologico; al contrario se dominano gli stati dell'Io Critici e Ribelli abbiamo un profilo tipico del mal-essere psicologico. La fig. 1 presenta anche una descrizione dei processi tipici di ciascuno stato dell'Io.

La descrizione prototipica sintetica degli stati dell'io dell'ATSC

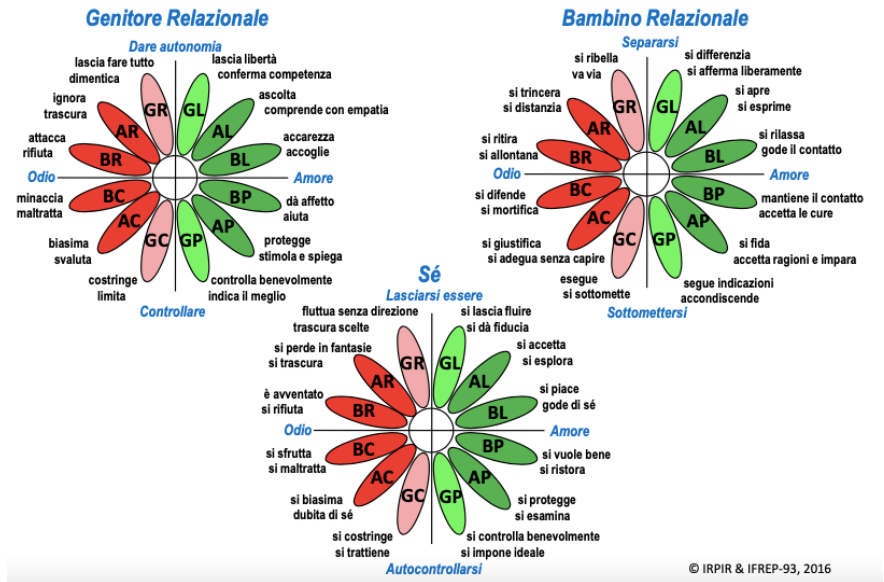


Fig. 1 – I processi degli stati dell'io Relazionali (Genitore Relazionale o Proponente) e Bambino Relazionale o Rispondente) e degli stati dell'io Sé in ATSC. (IRPIR, IFREP-93, 2016)

Quali dunque, le implicazioni per la formazione del sogno?

In quanto espressione dell'attività della mente, il sogno manifesta *schemi di carattere processuale* che esprimono l'identità del sognatore. Se la mente è un "complesso sistema gerarchizzato di strutture e processi consci e inconsci" (Scilligo, 1987, p. 207) il sogno è espressione di tali processi che in ATSC sono codificabili in termini di *stati dell'io* sia relativi a sé (Stati dell'io Sé), sia relativi alla

relazione interpersonale (Stati dell'Io Relazionali), *Liberi, Protettivi, Critici e Ribelli*. Il sogno può rivelare i modi con cui la persona tratta se stessa, in relazione ai processi più frequentemente attivati, le modalità più ricorrenti nel fronteggiare le sfide relazionali affrontate nel passato e evidenziare processi ridondanti espressione del *copione* di vita; il sogno può contenere anche schemi desiderati, intuizioni su di sé e sulle relazioni, magari a partire dal confrontarsi con realtà diverse e complesse avvalendosi della *esperienza relazionale del presente nel contesto sociale e culturale* propri della persona, per ampliare la gamma di schemi possibili e realizzare le sue potenzialità e il suo essere nel mondo in qualità di agente responsabile, condizionato ma non determinato dai vincoli esistenti.

L'ATSC getta luce quindi sulla *lettura dei processi intrapsichici e relazionali*, gli stati dell'Io sé e relazionali, che sono veicolati dai "contenuti" onirici, espressi in una notevole varietà di simboli. La competenza nel distinguere i diversi stati dell'Io servirà ad orientarsi nel cogliere il sogno *dal punto di vista processuale*, ponendo l'accento sui processi emergenti nella narrazione del sogno, potendo accompagnare in modo mirato la persona nella scoperta di sé, *più consapevole* delle sfide che sta affrontando.

Le "funzioni" della mente e il sogno

Gli schemi mentali, di natura processuale, sono l'esito dell'interscambio tra *processi di natura somatica, emotiva, cognitiva e relazionale*. Il modello dell'ATSC si integra brillantemente con l'approccio di Siegel e della neurobiologia interpersonale, che evidenzia la stretta interdipendenza tra mente, cervello e relazioni, ben sintetizzato nel triangolo del benessere: "L'armonia dell'integrazione si manifesta sotto forma di relazioni empatiche, mente coerente e cervello integrato. Il cervello, inteso in un'accezione allargata come sistema nervoso distribuito in tutto il corpo, è il meccanismo neurale che plasma i flussi di energia e informazioni. Le relazioni sono la condivisione dei flussi e la mente è il processo incarnato e relazionale

che li regola¹³” (Siegel, 2014, fig. E, p. 7). Definire la *mente come regolatrice di flussi* ci aiuterà a comprendere come il sogno possa veicolare *informazioni* dense di *significato* per il sognatore e getterà luce sul ruolo dei processi relazionali con il terapeuta per favorire la comprensione di sé e dei propri significati da parte del sognatore.

Entrando più nello specifico, Siegel chiarisce che la vita mentale ha a che fare “con la *regolazione di flussi* non definibili genericamente come flussi di energia bensì come *specifici¹⁴ pattern di flussi energetici che chiamiamo informazioni*. Un’*informazione* rappresenta, “sta per” qualcosa di diverso da sé. L’informazione è un pattern di flusso di energia con una *valenza simbolica*, un pattern che ha un *significato*. [...] Le nostre menti sono piene di informazioni – di significati simbolici emergenti da pattern di flussi di energia che rappresentano una molteplicità di elementi associati” (2014, XXVI-XXVII). Quest’ultima frase mi pare sia emblematica per il sogno e il lavoro sul sogno.

Per chiarire questa complessa definizione Siegel presenta un esempio in cui, nominando la “Torre Eiffel”, guida il lettore a identificare diversi livelli di informazioni connesse, distinguendo la torre in sé stessa dalla *rappresentazione* che ciascuno ne può avere, con la varietà di significati che ciascuno attribuisce, a partire dalla propria esperienza personale e interpersonale, condensati in “informazioni”. Partendo da questo stimolo, racconterò quello che, mentre leggevo e cercavo di capire il significato del suo esempio, ho attivato io stessa nella mia mente e che spero aiuti anche voi a chiarirne meglio il senso.

... Richiamo alla mente, e nel cuore, la prima volta che ho visto la Tour Eiffel, l’eccitazione gioiosa di andarci con mio marito e il mio primo figlio di appena nove mesi, insieme al caldo infernale di quei giorni che interferiva con la piacevolezza dell’esserci, insieme a quella

¹³ Copyright 2010 by Mind Your Brain, inc. Per gentile concessione di D. Siegel, tratto da *Mindsight: la nuova scienza della trasformazione personale*, tr. it. Raffaello Cortina, 2011, p. 19.

¹⁴ La sottolineatura è dell’autrice e servirà per collegare questi aspetti con il modello di Ecker.

di sapere che Parigi era la prima tappa ludica dopo un viaggio a Bruxelles per realizzare il Training Endorsement Workshop ed avviare il mio iter formativo avanzato per diventare Didatta e Supervisore in AT. Incredibile! Quante *informazioni* in questo *flusso* pensando a tante relazioni... Mentre scrivo posso affermare con franchezza che queste *informazioni* erano totalmente fuori dal mio orizzonte consapevole poco fa! Sono associazioni costruite spontaneamente e in diretta mentre scrivo e mi aiuta a rappresentare le *molteplici attività della mente* grazie al *flusso di energia* connessa agli stimoli. In termini più astratti, possiamo cogliere *diversi piani* che si intrecciano nella mente e che diventano informazioni in relazione ai flussi di energia *attivati nel qui ed ora*. Siegel distingue un piano *reale*, la torre in sé, e un piano *simbolico*, relativo ai diversi significati che quel simbolo, la torre Eiffel nell'esempio, rappresenta e che lui definisce *informazioni*. Le informazioni quindi, in tal senso, condensano sensazioni, pensieri, ricordi, affetti, esperienze connotate affettivamente, sono dense di significato, possono essere più o meno coscienti ma certamente regolano l'orientamento all'azione (schemi di natura procedurale).

Ritornando al nostro focus, possiamo dire che le immagini presenti nel sogno, "prese in prestito" dalla vita reale, sono *simboli* intrisi dei significati personali del sognatore e vanno quindi decodificati relativamente alla sua stessa esperienza, soggettiva, sì, ma intrisa di relazioni, in uno specifico contesto. Per Siegel "la mente è sia **in**-carnata in un contesto corporeo, interno, sia in-serita in un contesto relazionale esterno. *Incarnata e relazionale: è questa la natura fondamentale della mente*" (p. XXVII).

Menzionare la centralità dell'aspetto relazionale nella costruzione della mente, oltre ai flussi di energia e informazioni, è a mio avviso fondamentale per il lavoro sul sogno: il *copione di vita si costruisce in relazione* alla necessità di sopravvivere nel mondo, come sappiamo, con i vincoli percepiti nelle relazioni reali, specie quelli delle primissime fasi della nostra esistenza umana. Una declinazione di questo aspetto è assai rilevante nel lavoro sul sogno: pone al centro la dimensione relazionale come strumento che veicola e favorisce la costruzione della mente; getta luce sul valore di servirsi dei processi

interpersonali e intersoggettivi messi in atto nella relazione terapeutica durante il lavoro sul sogno, nel qui ed ora, *nel momento presente*, al servizio del cogliere le *informazioni* nei propri simboli da parte del cliente. Il terapeuta potrà consapevolmente sintonizzarsi sui *flussi di energia* nel cliente, che si possono cogliere mediante l'attenzione al non verbale della persona mentre narra il sogno o ne drammatizza una parte, e potrà promuovere l'esperienza di cogliersi nei suoi significati, *informazioni*, che favoriscano la scoperta di sé e pongano le premesse per processi integrativi da parte del sognatore. In sintesi, il sogno può condensare, mediante le diverse forme espressive che a breve snoccioleremo, esperienze dense di significato connesse con la storia di relazione della persona, il suo copione e con le sue aspirazioni per il futuro nelle sfide del presente.

Combinare questa lettura dei processi con quella degli stati dell'Io in ATSC, pone al centro il processo intersoggettivo tra terapeuta e cliente, centrale per entrambi, e aiuta il terapeuta ad avere una *bussola* che orienti l'intervento sul sogno *in un'ottica integrata* e individuando così *specifici obiettivi strategici*, avvalendosi di una *teoria della tecnica* che fonda l'intervento stesso.

Il sogno e le sue forme espressive

Nel paragrafo precedente ci siamo soffermati a riflettere sulla natura del sogno in un'ottica processuale integrata, con particolare riferimento all'ATSC e alla Neurobiologia interpersonale per la concezione della mente, utili per osservare i diversi processi insiti nel sogno mediante le due prospettive. Ci focalizzeremo ora sulle principali *forme espressive* rilevabili nel sogno, considerandone gli aspetti *simbolici* e *narrativi*, riflettendo ad un livello di astrazione meno elevata rispetto al precedente paragrafo, contribuendo a fornire ulteriori strumenti per riconoscere i processi in corso nel lavoro terapeutico: il sogno costituisce uno specchio di *processi intrapsichici e relazionali* della persona, potenzialmente densi di *informazioni* pur esprimendosi in un *linguaggio simbolico* il cui significato è estraneo al sognatore stesso, fuori dalla sua consapevolezza. Il sogno, inoltre, quando entra nella stanza della terapia, si esprime in una *forma*

narrativa: il terapeuta può averne accesso esclusivamente mediante il racconto del sognatore nel qui ed ora. Vediamo nel dettaglio come avvalerci di tali elementi nel lavorare sul sogno.

Il simbolismo nel sogno

Per la natura stessa del sogno, che si esprime per la gran parte in immagini, lo stesso prende in prestito *simboli*, spesso tratti dalla vita di veglia, per rappresentare aspetti spesso alienati, non integrati di sé. A tal riguardo Fritz Perls delinea la funzione rappresentativa dei simboli del sogno. “La bellezza del sogno – benché adempia a diverse altre funzioni – sta nel fatto che incontriamo quelle persone che rappresentano le cose significative per noi, e ogni aspetto del sogno, ogni altra persona, ogni cosa, ogni stato d’animo, è parte integrante del nostro sé frazionato” (1977, p. 157). Lo scopo della terapia gestaltica sul sogno, come dice Perls “è di integrare tutte le parti alienate, disperse e rinnegate di sé, e rendere la persona nuovamente intera” (p. 157) perché la persona possa continuare ad evolvere. I simboli del sogno sono parti di noi stessi.

Anche Scilligo, che ha lavorato sui sogni sempre in un’ottica gestaltica, sostiene che i simboli comunicano alla persona qualcosa di sé; nel *messaggio simbolico*, distingue il *sogettivo dall’oggettivo*: il messaggio simbolico sogettivo mette in luce che ciascuno utilizza il proprio bagaglio di significati personali attingendo alla propria storia di vita. Il simbolo è *poliedrico*, non riconducibile ad un significato generico uguale per tutti, non è un segno e va letto nel contesto di vita della persona e del sogno. In tal senso, l’unico interprete del sogno è il sognatore stesso. Riguardo al messaggio simbolico oggettivo distingue l’*oggettivo-reale*, quando nel sogno si usa un simbolo, per es. un cane rabbioso, a partire da un’esperienza reale vissuta con un cane reale, dall’*oggettivo-causale* che invece fa riferimento agli schemi procedurali del passato, diremmo con il linguaggio usato precedentemente: il vissuto recente legato all’oggettivo-reale (per es. il cane del vicino di cui ho avuto paura il giorno prima) può *accendere* schemi del passato che si ripresentano nel sogno sulla base della *stessa emozione di paura* percepita dal soggetto ma che richiama

l'esperienza con un padre violento di cui la persona aveva, appunto, paura (in AT facciamo riferimento al concetto di "elastico" quando lo stimolo del qui ed ora richiama esperienze emotivamente attivanti, legate fra loro da una stessa emozione). L'ottica processuale sopra descritta chiarisce la natura di tali connessioni.

Per ampliare la ricchezza dei processi da osservare nel sogno sottolineo il contributo di W. Bucci (1999) che nella sua teoria del Codice Multiplo chiarisce bene diversi tipi di processi "simbolici" con le loro specificità. In aggiunta ai piani appena descritti, attinenti prevalentemente al simbolico espresso in immagini e mediante la parola, il *simbolico-verbale*, esistono piani altrettanto importanti nel sogno, che attengono invece al piano *simbolico non verbale* e a quello *sub-simbolico*. Questi ultimi possono essere assimilabili alla conoscenza implicita propria della memoria *procedurale* fondati su esperienze spesso fortemente connotate emotivamente, con significati e informazioni rilevanti soggettivamente per la persona, solitamente così precoci nello sviluppo che restano nella memoria implicita, non cosciente, pur influenzando significativamente sul comportamento mediante normativi restrittivi della libertà della persona ma essenziali ai fini della sopravvivenza fisica ed emotiva nella relazione con il caregiver. Tali processi sono collegabili ai diversi livelli di elaborazione emozionale e cognitiva e ai diversi livelli evolutivi negli stati dell'Io.

Durante il lavoro sul sogno, nel modello che propongo diventa particolarmente rilevante imparare a *osservare i processi in corso* nel cliente secondo tale prospettiva e ad intercettare tali livelli di elaborazione, i tipi di "conoscenza", di natura sub-simbolica e/o simbolica non verbale, perché sia possibile usare la relazione terapeutica come luogo di scoperta nell'esperienza inter-soggettiva e cogliere, come direbbe Siegel, flussi di energia nel contesto relazionale e ponendovi "attenzione focalizzata" (Siegel, 2014, 7.1-8.8) perché il sognatore possa accedere alle sue scoperte.

Come sottolinea Horowitz (1991), tante volte i nostri schemi sono conflittuali e organizzati mediante schemi complessi e gerarchizzati che condensano insieme ai conflitti (sulla base di vissuti di esperienze

desiderate e temute) anche i compromessi adattivi e problematici con cui la persona si protegge difensivamente quando non riesce a risolvere il conflitto stesso. Proprio come nella vita di veglia, per l'analogia dell'attività mentale nel sonno, possono essere presenti tutti questi livelli anche nel sogno, consentendo di cogliere i conflitti attualmente presenti, sia pur a livello non conscio.

Il contenuto manifesto del sogno, proprio per il suo linguaggio simbolico, necessita di un processo di disvelamento per cui la persona stessa possa riconoscersi e cogliersi nei propri significati personali ed esistenziali riducendo il rischio di "contaminare" il messaggio originario con interpretazioni non rispettose dell'esperienza soggettiva.

Alla luce di tutto questo, la sfida è di tradurre nella pratica clinica l'ampiezza delineata nella visione del sogno prospettata per promuovere processi che consentano al sognatore di passare dal simbolo al significato personale cosicché diventi *informazione*, ampliando la possibilità di comprendersi e operare scelte, piuttosto che mantenersi aderente a piani di natura procedurale e implicita. In ATSC leggere gli stati dell'Io sotto il profilo *evolutivo* aiuta a riconoscere i processi impliciti nella decodifica dei processi non verbali e sub-simbolici e può diventare uno strumento prezioso per rendere possibili questi cambiamenti trasformativi: la persona inizia a cogliersi, dar voce e significato alla propria esperienza soggettiva in un processo relazionale che diventa co-creativo. In tal modo il lavoro sul sogno acquista un'ampiezza prospettica potente e diventa occasione preziosa per dar senso ai propri simboli, potendoli nominare e rappresentare in parole.

Nel nostro approccio prendiamo le distanze da modelli che pongono al centro l'interpretazione dei simboli mediante il riferimento a categorie predefinite, dall'esterno, come nell'approccio freudiano. Coerentemente con la concezione della natura processuale della mente incorniciata dalla concettualizzazione neurobiologica, optiamo per una metodologia di lavoro di tipo esperienziale, ermeneutico, che consenta al sognatore stesso di cogliersi, riconoscendo i *propri*

processi, le *proprie* conflittualità, le *proprie* risorse, per orientarsi *intenzionalmente* verso il futuro.

Il sogno come narrazione

Per chiarire l'uso terapeutico del processo narrativo nel lavoro sul sogno, farò riferimento al ricco contributo di Scilligo (2009a) che si avvale di un filone di studi che considerano la narrazione come strumento di formazione della propria identità (McAdams, D. P., & Polkinghorne, 1988; Rosenwald, G. C., & Ochberg, 1992). Per molti studiosi l'identità è una narrazione, una storia con il suo contesto, le sue scene, i caratteri, copioni e temi (McAdams, 1996, 1999, 2003). In psicoterapia è evidente come la narrazione di sé aiuti il terapeuta a conoscere esperienze caratterizzanti e fondanti l'identità della persona.

Per Scilligo anche *il sogno esprime l'identità del sognatore* mediante la sua narrazione. Pertanto, entrare nel merito dell'analisi dei processi narrativi fornisce ulteriori strumenti per leggere e comprendere il sogno con il cliente stesso e per accompagnarlo accuratamente nella esplorazione di sé.

A tale scopo faccio riferimento ad un ricco contributo sul tema in cui Scilligo (1997, 2002) entra nel merito della lettura dei processi narrativi come fonte di informazione affidabile sul sé (2002) avvalendosi di studi e ricerche. Tra i diversi elementi descritti, ne riprendo tre che a mio avviso sono di aiuto in relazione alla narrazione del sogno, sia pur con le dovute differenze data la natura e la forma espressiva in cui si manifesta. Il primo riguarda la varietà delle *forme narrative*, il secondo, la *struttura* della narrazione e il terzo, invece, la necessità di leggere la narrazione alla luce del *contesto* e della cultura di appartenenza del soggetto stesso.

Quanto al primo elemento, Gergen & Gergen (1988) distinguono tre tipologie di forme narrative sulla base di due variabili correlate: il raggiungimento degli obiettivi desiderati e il tempo. Pertanto, dice Scilligo (2002, p. 91) "il percorso nel tempo verso un punto di arrivo finale può essere rappresentato in uno spazio a due dimensioni riguardanti il tempo e il valore del punto di arrivo. Col procedere del

tempo il movimento può essere in una direzione positiva di successo o in una direzione negativa di fallimento". Sulla base delle suddette variabili, *obiettivi e tempo*, gli autori distinguono tre forme narrative: a) di *stabilità*, quando, ad esempio, la narrazione mostra la permanenza nel tempo di una stessa condizione, sia essa gradevole e ambita o deludente; b) di *progressione*, quando invece mostra una evoluzione verso un punto finale desiderato, come per esempio fidarsi sempre più di se stessi; c) di *regressione*, invece, quando mostra una graduale perdita dell'obiettivo desiderato, se, per esempio, la persona si sente sempre meno in controllo di sé. Nell'ascoltare, quindi, la narrazione del sogno nel suo insieme, già nell'ascolto della narrazione del sogno, potremmo interrogarci sul tipo di narrazione presente in quel caso: il sogno narra stabilità, progressione verso o regressione?

Il secondo elemento riguarda il modo in cui viene organizzata l'informazione nella narrazione in relazione all'obiettivo desiderato, e cioè la *struttura della narrazione*. Sempre avvalendosi della ricerca di Gergen & Gergen (1988), Scilligo riporta che una narrazione ben formata è costituita essenzialmente da cinque parti: a) l'esplicitazione di un punto d'arrivo, una conclusione o un obiettivo; b) la selezione degli elementi in vista del punto di arrivo; c) la disposizione in un ordine sequenziale degli eventi; d) il collegamento causale degli eventi; e) l'uso di segnali [linguistici] per indicare l'inizio e la fine della narrazione. Anche nel sogno, quindi, avendo occhio alla *struttura della narrazione*, potremo distinguere nella narrazione stessa, più sinteticamente, un *inizio*, un *acme* e una *conclusione*. Ci chiederemo, per es. verso cosa la persona stia tendendo? Quale il suo obiettivo? Possiamo anche cogliere se invece la persona resta sospesa, svegliandosi all'improvviso. Anche questo può illuminare le scelte strategiche rispetto al lavoro terapeutico da intraprendere.

Il terzo aspetto, infine, sottolinea la necessità di leggere ogni narrazione *alla luce del contesto e della cultura di appartenenza*; nel lavoro sul sogno tale elemento è ancor più importante dato che il contenuto del sogno è totalmente simbolico: è centrale quindi che sia la persona stessa a decodificare, dall'interno, i simboli scelti nel

sogno, rispettando i suoi tempi, ed evitando interpretazioni aprioristiche.

Oltre alla ricchezza condensata nel *racconto* del sogno alla luce di tali riferimenti sulle forme e la struttura della *narrazione*, intendo porre l'accento sul valore intrinseco del tener conto del *piano relazionale* nel lavoro sul sogno dal momento che esso si manifesta solo in quanto *narrato al terapeuta*; diventa quindi rilevante *il contesto* e *la modalità* con cui quest'ultimo *accoglie la narrazione*. È proprio questo il cuore dell'articolo e ne costituisce l'originalità in quanto integra la visione teorica del sogno, appena illustrata, con un approccio squisitamente terapeutico, evidenziando i diversi *obiettivi strategici* del lavoro, illustrati mediante un esempio, che aiuta a cogliere la *ricchezza informativa* del sogno all'interno di un processo co-costruito con la persona.

Nel prossimo paragrafo entrerà nel merito del lavoro sul sogno nei suoi diversi stadi per illustrare come il terapeuta può valorizzare l'accesso a questa miniera preziosa che è il sogno, con i suoi misteri, nello *spazio intersoggettivo* con il cliente, tenendo conto della *natura* e delle *diverse forme espressive del sogno*.

La mia bussola nel lavorare sul sogno

Finora abbiamo enucleato, mediante il quadro teorico presentato, una *cornice* di riferimento essenziale per mettere in primo piano i diversi *processi di natura intrapsichica, consci e non consci, ed interpersonale*, relativi al sogno, considerandone la natura e le forme espressive in cui si manifesta nel setting psicoterapeutico.

Se finora ho esplicitato la mia concettualizzazione del sogno in un'ottica integrata, cogliendone natura e forme espressive, ora invece il centro è *la dimensione interpersonale tra terapeuta e cliente*, ponendo l'accento sulla creazione di quello *spazio intersoggettivo* che favorisce l'esplorazione di sé e l'avvio di processi integrativi propri del cliente. Il lavoro del sogno, in questa prospettiva, diventerà un "luogo" in cui il cliente potrà validare la propria esperienza grazie alla

costruzione di una “*realtà condivisa*” (Higgins¹⁵, 2019) mentre si narra al terapeuta, con i suoi sentimenti e vissuti, rendendo *reale* l'esperienza soggettiva mentre la persona “diventa” il suo simbolo ed incontra sé stessa, e a sua volta validato e riconosciuto (Erskine, 1998, in de Nitto 2006, cap. 6) nel suo “esserci onirico” e nella sua scoperta e integrazione di sé.

L'esperienza fenomenologica co-costruita nel lavorare in un'*ottica esperienziale* con il terapeuta, in un *processo intersoggettivo*, fornisce il *contesto* per esplorarsi e riconoscersi, cogliersi nei propri processi personali, sia quelli noti in Analisi Transazionale come *processi di copione* sia quelli che danno luce a nuove possibilità; il lavoro può essere occasione per cogliere sfide, aspirazioni e progettualità inedite nel riconoscersi autori e promotori del cambiamento desiderato, tenendo conto anche della saggezza personale, come la chiama Jung, della vis medicatrix naturae, come la definisce Eric Berne (1961) alla luce di una filosofia di base fondata sull'ok-ness di natura esistenziale, pienamente in linea con la visione umanistico-personalistica che fonda il modello teorico dell'ATSC (Scilligo, 2009).

Mantenendo il focus sulla formazione di futuri psicoterapeuti, o di chi sia interessato a sviluppare dimestichezza nel lavorare sul sogno secondo un approccio di tipo esperienziale, farò riferimento alla procedura a tre stadi utilizzata da Scilligo (2009b; Thorne & McLean, 2003), individuando per ciascuno *obiettivi strategici, ruoli e funzioni*. Lo scopo prevalente è favorire la focalizzazione sui *processi del cliente e con il cliente* per orientare l'intervento in modo mirato. Il terapeuta, in ultima analisi, sarà un facilitatore di processi conoscitivi, integrativi e trasformativi.

Snoccioleremo piano piano, a scopo didattico, come in fotogrammi, il fluido snodarsi del lavoro sul sogno, illustrato nell'esempio, per far luce sui diversi processi attivi e da attivare,

¹⁵ Higgins (2019) parla della *realtà condivisa* come spinta motivazionale a condividere i nostri sentimenti, pensieri, preoccupazioni e sogni con gli altri. La realtà condivisa è una motivazione che ci rende umani e che rende *reale* ciò che stiamo vivendo.

individuando elementi caratterizzanti il ruolo del terapeuta nei diversi stadi relativi alla narrazione *espositiva*, *identificatoria* e correlativa. Il nostro focus non sarà quindi sull'uso di tecniche ma sulle ragioni che ne motivano l'uso, e cioè su quella che chiamo *teoria della tecnica*, puntando alla individuazione di strategie mirate. Proprio per valorizzare lo spazio intersoggettivo, ciascun terapeuta potrà trovare il *proprio modo* originale e personale di adattarle alla propria sensibilità, tenendo conto dei processi emergenti nell'incontro unico e irripetibile che avrà con *quel cliente* che in *quel momento*, nel qui ed ora del *suo* racconto del *suo* sogno. Il modello fa da ponte tra la teoria e la metodologia, focalizzandosi su un piano strategico e non metodologico: l'esplicitazione dei diversi obiettivi strategici nei diversi stadi del lavoro sul sogno mira a dare le *coordinate* per il lavoro, cosicché ciascun terapeuta possa avvalersi del ricco corredo di tecniche di tipo esperienziale e dei numerosi schemi di lavoro sul sogno (Scilligo, 2008a; Gouling, 1975; Yalom, 2014; Vasale, 2024), nei diversi stadi del lavoro, in modo specifico, personalizzato e creativo.

La relazione al centro: ruoli e funzioni

Uno scopo fondamentale del lavoro sul sogno nell'ottica esperienziale è che la persona si appropri di aspetti di sé alienati e non riconosciuti e potenzi la sua possibilità di scegliere e orientarsi nel mondo in modo consapevole e responsabile. L'approccio di tipo *esperienziale* accomuna molti psicoterapeuti (Perls, 1983; Yalom, 2014; Cornell, 2017; Bucci, 1999; Bromberg, 2009; Vasale, 2024; Rizzi & Bove 2024) di diversi orientamenti teorici. Data la natura simbolica del sogno, con una molteplicità di processi non consci, spesso conoscibili solo attraverso l'attenzione ai movimenti del corpo, ai cambiamenti di tono, all'energia nella voce e alla gestualità non verbale (processi sub-simbolici), l'approccio esperienziale consente di creare condizioni favorevoli per la messa in campo dei diversi processi intrapsichici e relazionali e favorire un'esplorazione mirata, mentre si accompagna la persona nei diversi momenti del lavoro sul sogno.

Il terapeuta presterà attenzione al processo narrativo in sé e al linguaggio non verbale e sub-simbolico che accompagna la narrazione. Al di là dei contenuti, il lavoro sul sogno diventa un viaggio a due in cui l'esplorazione *sintonizzata* del terapeuta favorisce l'esperienza dell'"*esserci onirico*" del cliente (Scilligo, 1988c). Chi ha familiarità con il modello dell'ATSC potrà "intercettare" indici verbali, non verbali, elementi simbolici e sub-simbolici che manifestano l'attivazione di processi *esplorativi*, di *orientamento*, o di *attaccamento* per lo stato dell'Io Bambino, di *simbolizzazione*, *riflessione*, *empatia* per lo stato dell'Io Adulto, e di *interdipendenza e identità* per il Genitore. Mantenere un buon livello di *sintonizzazione emozionale* con il sognatore, mentre si esplora, promuove consapevolezza di sé e contatto relativamente ad aspetti di sé alienati: si svegliano processi di natura emozionale, a partire da simboli inizialmente "neutri" e freddi fino a diventare invece, grazie al contatto, espressioni vive di sé. In tal modo la persona passa *da conoscenze procedurali o simboliche ad una conoscenza esplicita* nel cogliersi nella molteplicità dei suoi processi espressivi.

Utilizzare l'ATSC, un modello teorico che, coerentemente con quello della Neurobiologia interpersonale, evidenzia l'importanza della relazione per la costruzione della mente e sottolinea il valore dell'intersoggettività (Scilligo, 2009; Benjamin, 1974, 1979; Siegel, 2014), fornisce, grazie alle definizioni operative degli stati dell'Io, strumenti di lettura dei *processi interpersonali in corso* emergenti tra terapeuta e cliente durante la narrazione del sogno da parte dello stesso. Nel lavoro sul sogno vedremo come l'individuazione degli stati dell'Io in azione tra terapeuta e cliente, così come di quelli attivati dal cliente nel suo processo narrativo, sarà un ulteriore aiuto per monitorare il lavoro e guidare il terapeuta nella scelta degli stimoli da proporre e della posizione da assumere, in relazione a quella del cliente stesso.

Se il sogno rappresenta elementi di sé alienati, non riconosciuti propri, estranei alla coscienza del cliente ma che questi richiama alla coscienza nel ricordare il sogno e nel riproporlo in terapia, dandosi una ulteriore possibilità di elaborazione nello spazio terapeutico, data la

natura processuale e relazionale della mente, sarà essenziale che il terapeuta garantisca la costruzione di un *ambiente relazionale favorevole* che consenta una esplorazione sicura di sé, in vista di creare condizioni nella relazione intersoggettiva tra terapeuta e cliente che facilitino l'elaborazione da parte dello stesso dei suoi simboli per comprendere coscientemente i propri processi e poter scegliere responsabilmente come orientarsi nella vita. In tal modo anche il lavoro sul sogno può essere un luogo di permessi (Crossman, 1966) e possibilità inedite, di scoperta e di trasformazione (Ecker et al., 2018).

Pur nell'ottica gestaltica di figura-sfondo, che vede coinvolti entrambi i soggetti nella relazione, declineremo i processi dei diversi stadi del lavoro sul sogno *dalla prospettiva del terapeuta*, focalizzando l'attenzione sulle diverse funzioni e sui diversi "ruoli", dello stesso e del cliente, nei diversi momenti del lavoro sul sogno, perché sappia muoversi *consapevolmente* in vista della *realizzazione degli obiettivi strategici*, stadio per stadio, nei diversi tempi dell'esplorazione congiunta con il cliente.

"Dottoressa, oggi le porto un sogno! Tanto "strano" Davvero non so cosa c'entri con me, ma mi torna e ritorna in mente e mi voglio capire!".

Usiamo la nostra "bussola" e analizziamo, *dalla prospettiva del terapeuta*, i diversi obiettivi strategici da tenere a mente per favorire il raggiungimento degli scopi del lavoro sul sogno.

Distinguo due momenti: uno di *preparazione al lavoro sul sogno*, volto a identificare i principi guida per avviare il lavoro stesso, mettendo in chiaro, anche questo momento preliminare, ruoli e funzioni del terapeuta e del cliente, ed un altro di *lavoro vero e proprio*, che mira a individuare le condizioni che favoriscono il ri-appropriarsi, da parte del sognatore, dei propri significati personali (Scilligo, 1988a, 1988b); in ATSC, significa attivare stati dell'Io Liberi e Protettivi, dandosi nuove possibilità rispetto alle strategie proprie degli stati dell'Io Critici e/o Ribelli, pur necessarie per l'equilibrio psicologico.

Preparare il lavoro sul sogno

Data la natura del lavoro sul sogno, il principio guida in assoluto più importante in tutti gli stadi del lavoro terapeutico è quello di *garantire una esplorazione sicura*. In questa fase di preparazione l'obiettivo strategico dominante è *promuovere collaborazione tra terapeuta e cliente* nella definizione delle reciproche responsabilità.

Un prerequisito per lavorare sul sogno, è che il terapeuta valuti la competenza del cliente nel distinguere la realtà dalla fantasia; in termini di ATSC significa che il cliente sia in grado di attivare processi di analisi della realtà tipici dell'Adulto Libero e Protettivo. Se tale prerequisito non fosse soddisfatto mancherebbe una condizione essenziale per dare avvio al lavoro sul sogno. Molti autori si sono dedicati ad illustrare con cura questa fase preparatoria, includendo il sogno tra le possibili opzioni del lavoro terapeutico (Yalom, 2014, Vasale, 2024).

Ai fini strategici delineati, in questa fase preparatoria un aspetto centrale è *definire il setting*, specificandone le differenze rispetto al lavoro terapeutico, relativamente al contratto e ai ruoli specifici del terapeuta e del cliente.

Il *contratto*, per la natura del sogno stesso e per le forme espressive in cui si manifesta, non può che essere *esplorativo*: il sogno offre messaggi in un linguaggio "cifrato" pur essendo espressione dell'identità del sognatore, per cui la finalità del lavoro terapeutico è di mirare alla scoperta dei suoi significati personali, decodificando il linguaggio del sogno mediante l'esplorazione delle diverse parti *dal loro interno*. Non è possibile, quindi, definire aprioristicamente un obiettivo di cambiamento, come ordinariamente si fa nel lavoro terapeutico, prima di dar senso al sogno stesso.

Quanto al *ruolo del terapeuta*, è *direttivo in senso processuale*: lo scopo è di *custodire l'esperienza onirica* e far sì che la persona entri in contatto con la stessa, *guidando il processo* attivamente, avvalendosi della drammatizzazione, per promuovere il contatto della persona con se stessa, prestando particolare attenzione a promuovere un contesto relazionale che favorisca la sua esplorazione *libera e sicura*.

Il terapeuta esplicherà il *ruolo attivo del cliente nel contatto con se stesso*, in quanto sognatore e unico interprete dei suoi processi personali nel sogno; il ruolo attivo consiste, oltre che nell'espone il proprio sogno al terapeuta, anche nel monitorare costantemente l'impatto su di sé delle proposte specifiche del terapeuta, scegliendo di "entrare nel sogno", di "sostare ed esplorarsi" o di "uscirne" nell'ascolto di sé. Il terapeuta "vigilerà" sul processo in corso per garantire l'esplorazione sicura, fornirà stimoli chiari, diretti ed espliciti per guidare il processo, incoraggiandolo ad essere altrettanto attivo nel mantenersi focalizzato su di sé, ad essere presente e scegliere se e quando "entrare" e/o "uscire" dal sogno *in ascolto di sé*: il terapeuta è propositivo, non impositivo; in sintesi, richiamerà il cliente alla sua *respons-abilità* nel monitorarsi e scegliere ed esplicitando il valore di far uso della propria saggezza intuitiva. La chiara definizione del setting in tal senso evidenzia la necessità di una cooperazione reciproca tra terapeuta e cliente e stabilisce un contesto fondato sull'*Ok-ness*, di *potere e responsabilità*, nella chiara definizione dei ruoli di entrambi i soggetti della relazione. Il terapeuta, in quanto vigile custode dell'esplorazione del sogno stesso, si avvarrà di *potere, permesso e protezione* (Crossman, 1966), al fine di favorire esplorazione libera e sicura. In termini di ATSC, il terapeuta, nel dare indicazioni e stimolare cooperazione si attiva in qualità di Proponente nei confronti del cliente, prendendo iniziativa nei suoi confronti mediante gli stati dell'Io Protettivi, in particolare l'Adulto, nella funzione di *spiegare e dare contenimento amorevole*; pertanto presterà attenzione alla risposta, anche emotiva, del cliente (che sarà Rispondente), valutando se *mantiene il contatto, si fida e accoglie le ragioni*, e cioè se anche lui si pone da Adulto Protettivo, o se, per esempio, *si distanzia* o *si adegua senza capire*, manifestando, rispettivamente, l'attivazione di stati dell'Io Adulto Ribelle o Critico, al fine di modulare l'intervento e accertarsi che ci siano le premesse per iniziare a lavorare, e cioè che si trovi di fronte ad una *persona curiosa di esplorarsi, che si esprime e si apre e si rilassa*, espressioni di stato dell'Io Adulto e Bambino Libero.

Definito il setting, *un secondo aspetto* in questa fase preliminare riguarda il *creare un contesto comune con il cliente* in merito al vissuto emotivo e alla ragione per cui la persona vuole lavorare, proprio ora, sul sogno: il risveglio è stato improvviso, il sogno ha lasciato un senso di sospensione? È a lieto fine, è un incubo? Alcuni esempi:

“Sono proprio curiosa di lavorare su un sogno: mi sono svegliata con un senso di pienezza, leggera e contenta e mi piacerebbe saperne di più: è strano il sogno che ho fatto. Una volta tanto non era un incubo!”. Oppure “Non capisco che mi succede... Mi sono svegliato con il cuore in gola.... Ho solo un flash del sogno, spaventoso.... Qualcuno mi inseguiva, passi incalzanti.....!!! Aiuto!!!!. Che angoscia!”.

A partire da questi dati che motivano la richiesta di lavorare sul sogno, il terapeuta inizia a “fiutare”¹⁶ il piano emozionale del momento. E inizia a rilevare intuitivamente i possibili stati dell'Io Liberi, Protettivi, Critici o Ribelli (sulla base delle quattro dimensioni della definizione operativa).

Prestando poi *ascolto alla narrazione* (Gergen & Gergen), il terapeuta può interrogarsi sugli eventuali processi emergenti relativi a *obiettivi e tempo*: prevalgono processi di continuità (*stabilità*) o incipit di evoluzioni possibili (*progressione*) oppure di arresto (*regressione*)? Oppure, avendo occhio alla *struttura narrativa* (inizio, acme, conclusione), qual è l'obiettivo che la persona cerca di perseguire? Anche questi indici possono facilitare la scelta del terapeuta nell'avvio dell'intervento sul sogno, al fine di guidare una *esplorazione sicura*.

Nel soffermarmi sulla descrizione di ciascuno stadio, riporterò, a scopo illustrativo, stralci del lavoro effettuato con una persona, *curiosa* di esplorare un sogno fatto poco dopo l'inizio della psicoterapia personale, commentandolo nel dettaglio in riferimento agli obiettivi strategici propri di ciascuno stadio. Entriamo quindi nello spazio intersoggettivo tra terapeuta e cliente per esaminare i diversi

¹⁶ Sono coinvolti processi di natura intuitiva del terapeuta, i processi prevalentemente “Bambino”. Si veda il primo stadio de “La piramide della terapia” in de Nitto, 2006, cap. XIII.

processi che prendono forma sul piano interpersonale, evidenziando come progressivamente terapeuta e cliente si interfacciano nella co-costruzione di un'esperienza che *favorisce l'incontro con sé del cliente*, rileggendo i processi in particolare alla luce dell'ATSC. Nel commentare i trascritti, ho "risuonato" con l'esperienza di lì ed allora, per cogliere i suoi e i miei processi, a posteriori, augurandomi di avvicinarmi all'esperienza soggettiva anche della cliente, naturalmente *dalla mia prospettiva*.

Per lo scopo dell'articolo il focus sarà esclusivamente sulla descrizione del lavoro sul sogno nell'ottica finora presentata, presentando la *mia bussola in azione*; mi soffermerò sulla rilevazione dei processi in diretta, come con una moviola, a partire dalla narrazione e commentando via via il lavoro effettuato sulla base dei processi individuati relativi alla concettualizzazione dello stesso, a posteriori, omettendo totalmente, invece, riflessioni di carattere diagnostico e inerenti il piano di trattamento, che riservo ad uno scritto ulteriore.

La cliente si è svegliata con un senso di "sospensione" ed è *curiosa* di esplorarsi.

Il terapeuta in azione nei tre stadi del lavoro sul sogno

Il modello di lavoro per stadi proposto da Scilligo (comunicazione personale¹⁷; 2008) pone al centro nell'intero processo terapeutico sul sogno la *narrazione*, che in sequenza definisce *espositiva, identificatoria e correlativa*. Tale articolazione mette in primo piano il cliente, depositario della ricchezza contenuta nel sogno, valorizzandone l'esperienza soggettiva e consentendo al terapeuta di accompagnare il suo processo creativo.

¹⁷ Numerose sono state le occasioni in cui ho avuto l'opportunità di veder svolgere il lavoro sul sogno di Pio Scilligo e di sentire i suoi commenti al riguardo, anche al di là dell'uso di questo strumento all'interno della mia terapia personale.

Il primo stadio: narrazione espositiva

La persona è invitata a raccontare il sogno in prima persona così come è vissuto e ricordato, come se il sogno si stesse realizzando qui nel presente (Scilligo, 2008).

Il sognatore è il protagonista e fornisce la materia prima su cui lavorare.

Due sono gli *obiettivi strategici* principali in questo stadio:

a) mirare *alla ricostruzione narrativa* del sogno, così come si è presentato alla coscienza del sognatore al momento del risveglio;

b) *attivare i processi intrapsichici risvegliati nel sogno* stimolando la prospettiva soggettiva del sognatore (in prima persona) e dando l'avvio al processo di contatto con sé, *nel qui ed ora, espresso in diretta al terapeuta, quindi osservabile nel piano interpersonale*.

L'attenzione alla *narrazione* mentre il sogno viene presentato al presente, dalla prospettiva del sognatore, in prima persona, dà modo al terapeuta di cogliere, in termini intuitivi, i processi generali cui il sognatore sta facendo riferimento nel sogno: per esempio, tenendo conto della categorizzazione di narrazione di Gergen & Gergen (in Scilligo, 2002, p. 91) in termini di “stabilità, progressione e regressione”, cosa racconta il sogno in merito al raggiungimento degli obiettivi rispetto al tempo? Tale piano di analisi può far luce sui processi più generali del cliente con se stesso, riguardando la sua stessa identità e i suoi processi intrapsichici. Ai fini di questo scritto ci focalizzeremo meno su questo elemento, mentre il focus prevalente sarà sull'osservazione mirata dei processi espressivi che si disvelano *mentre* il cliente si narra al terapeuta. La narrazione mostra i molteplici linguaggi espressivi (de Nitto, 2016, pp. 115-138) della persona; pertanto, ci avvaliamo di strumenti di osservazione per *leggere i micro-processi* emergenti nell'evolvere del lavoro sul sogno, dando modo al terapeuta di “orientarsi tra i diversi linguaggi espressivi” nella individuazione di possibili aree di sicurezza da cui iniziare l'esplorazione e dei diversi processi emergenti dal cliente stesso.

In questo primo stadio il *ruolo attivo* del terapeuta avrà due diverse focalizzazioni, tenendo bene a mente la distinzione tra il *piano*

intrapsichico (il racconto del sogno in sé) e quello *interpersonale* (il racconto al terapeuta). Il terapeuta avrà cura, cioè:

a) di accompagnare la narrazione del cliente, mantenendo l'uso della prima persona, del tempo presente, perché resti concentrato sul processo intrapsichico;

b) di raccogliere, a conclusione della narrazione del sogno, l'impatto, per il cliente e per se stesso. Il terapeuta, cioè, guida *attivamente* il racconto del sogno al presente e come se si stesse attuando nel momento presente, e interviene *attivamente* su qualsiasi spostamento del cliente dal piano intrapsichico (il racconto del sogno per come lo ha sognato) al piano interpersonale.

Un piccolo esempio di una breve interazione tra terapeuta e cliente mentre la persona sta narrando il sogno al presente:

Cl: “*Sono nella mia* [sottolinea con la voce il termine “mia”] *casa al mare, quella di sempre...* [rallenta il ritmo] *Grande, spaziosa...* [sorridente e fa una breve pausa stando dentro il sogno, in contatto con sé]... *sono accogliente...* [....]”.

[Guarda il terapeuta, accelera l'eloquio]: “*Ah, forse perché ieri mi ha telefonato mia cugina che non sentivo da tanto tanto tempo, ... che strano!*”

T: “*Stai nel sogno*”.... *Sono grande.... Spaziosa ... sono accogliente...*” [la reindirizza a rientrare nel sogno, in modo diretto ed esplicito, riprendendo le sue parole].

Il *ruolo attivo* del terapeuta, non solo è indirizzato a mantenere il cliente “*dentro il sogno*”, stimolandolo a stare con se stesso, nel suo sogno, nel suo mondo intrapsichico, in modo direttivo, ma anche nel disporsi lui stesso ad un ascolto aperto e sensibile con la persona che narra, dandosi la libertà di *percepirsi emotivamente*, prestando attenzione all'andamento del sogno con le sue pause, al fluire dell'eloquio, ai cambi di scenario e alle ondulazioni della voce del cliente, cogliendo processi di natura implicita e sub-simbolica. In questo processo di risonanza empatica, certamente il terapeuta attiva i propri neuroni specchio e si lascia “intuire” possibili aree di sicurezza del cliente, stati dell'Io Protettivi, in modo particolare. Si pone, quindi,

come Proponente dai suoi stati dell'Io Protettivi quando stimola il cliente a stare nel sogno, e sarà in contatto - e in particolare aperto al piano intuitivo proprio dello stato dell'Io Bambino -, per cogliere la prosodia narrativa, i ritmi dell'eloquio, l'acme della narrazione e gli stati dell'Io sollecitati in sé, attento al proprio controtransfert, e, conseguentemente, per cogliere intuitivamente quelli del sognatore. Essere attento ai propri processi personali, alla risonanza emotiva con se stesso mentre è in relazione con il cliente che narra il sogno, significa sintonizzarsi empaticamente con lo stesso; anche questa attenzione a sé è un ulteriore strumento per raccogliere *dati* dal processo interpersonale *nell'essere osservatore partecipe* all'evento che si sta realizzando. Il terapeuta usa quella forma di conoscenza intuitiva propria del bambino, cogliendo emotivamente il vissuto del cliente che in ATSC, identifichiamo come dello stato dell'Io Bambino Libero del Proponente. Ed è lo stesso processo descritto nella prima tappa della mia griglia metodologica, denominata "La piramide della terapia" (de Nitto, 2006, pp. 234-236) ideata per organizzare e comprendere la narrazione del cliente in terapia. Per descrivere questo aspetto, con gli allievi uso spesso una metafora: è come essere andati a teatro senza sapere nulla in anticipo rispetto al tipo di spettacolo cui parteciperemo e mentre siamo lì in platea e lo scenario si apre riusciamo a cogliere in un modo puramente intuitivo se si tratta di tragedia, di commedia, di prosa o altro ancora.

Già in questo stadio iniziale, e ancor più nel successivo, è fondamentale che il terapeuta sappia *regolare la distanza empatica* con il cliente rispetto al piano sub-simbolico del cliente stesso. Grazie a tale competenza il terapeuta saprà modularsi, calibrando la *sintonizzazione empatica*, che gli consente di "essere con" la persona che narra il sogno per poter cogliere i suoi processi non verbali e sub-simbolici che fanno luce sull'individuazione degli stati dell'Io, con la *giusta distanza* dal cliente che gli consenta di rimanere *osservatore del processo, esterno* ad esso, o come direbbe Renzo Carli (Carli, Paniccchia, 2003), "estraneo" allo stesso, non invischiato in fenomeni collusivi, per comprenderlo, mantenendo i propri processi riflessivi di analisi della realtà (Adulto Protettivo). In tal modo, mentre è capace,

data la sintonizzazione, di rilevare i processi in corso del cliente, è anche in grado di riconoscerli; potrà, per esempio, mediante l'attenzione alla prosodia della comunicazione, iniziare a distinguere processi di copione restrittivi, tipici della dominanza degli stati dell'Io Critici, o caotici, tipici della dominanza degli stati dell'Io Ribelli, da processi di sviluppo, tipici degli stati dell'Io Liberi e Protettivi. Potrà inoltre confrontare questa fonte di informazione con quella derivante dalla struttura narrativa, o dalle diverse forme narrative in relazione all'obiettivo. Tale ascolto, partecipe, e l'analisi articolata dei processi emersi nel sogno, consente al terapeuta di avere una visione d'insieme, come in una *prospettiva grandangolare*, per poter effettuare una scelta più mirata rispetto alla individuazione delle aree da esplorare nello stadio successivo, da sottoporre poi alla verifica.

Riprendiamo l'esempio:

Cl: Sono nella ... nella "mia" casa al mare, è ora di colazione gli altri stanno dormendo, e io scendo giù ... al piano disotto, e ... cerco la "mia" tazza per fare colazione; la cerco con insistenza la mia tazza e non la trovo (fiato sospeso). Apro tutte le credenze ... una dopo l'altra, quella sopra... quella sotto. La casa, insomma, la cucina è piena di cose ci sono delle tazze (Pausa)... bellissime (con enfasi) però non sono la mia tazza... e io mi sveglio e non so se l'ho trovata questa tazza e quindi rimango un po' appesa ...

È un sogno assai breve, rimasto vivo nell'esperienza della persona, a distanza di tempo. Mediante l'attenzione alla *struttura narrativa*, individuo intuitivamente tre tempi nella narrazione: un *inizio* (il contesto in cui si svolge la scena: la "sua" casa al mare); *l'acme* (la ricerca affannosa della "sua" tazza) e la *conclusione* (restare nel dubbio: "non so se l'ho trovata" È "appesa").

L'inizio, per l'enfasi sul "mia" e per l'espressione sorridente, mi appare uno *spazio sicuro* da cui partire per l'esplorazione (connotato da *controllo amorevole*, stati dell'Io Protettivi); nell'esempio specifico non conoscevo ancora bene la persona, per cui ho preferito lasciarmi condurre da questa prima intuizione ed esplorare in prima istanza la

parte che mi pareva più sicura, prima di esplorare "l'acme". Questa è stata la prima ipotesi, a caldo, a seguito della narrazione in diretta, e prima di chiedere alla cliente la sua esperienza soggettiva e le sue preferenze in merito.

Perché considero *acme* la ricerca affannosa della *sua* tazza: intanto la cliente si sposta da un dato spaziale, la casa, a un piano temporale, l'ora di colazione, introducendo così un altro elemento. Inoltre, intorno "alla colazione" ruota la sua iniziativa: è ora di colazione, "scende al piano di sotto", "cerca la sua tazza", "apre sportelli"; l'*obiettivo* per la sognatrice è chiaro e determinato, trovare tra tante, pur bellissime, la sua tazza. Intravedo, inoltre, un processo Libero nella sua ricerca deliberata, Protettivo (fa operazioni di ricerca mirata) e allo stesso tempo è affannata e non trova. Inoltre, considerato che si è svegliata e si è colta "appesa", il processo è in qualche modo interrotto. Quali ulteriori processi emergeranno? La conclusione è la brusca interruzione del sogno, l'esperienza di sospensione, il dubbio al risveglio in merito al raggiungimento dell'obiettivo, si sente "appesa": "non so se l'ho trovata".

Alla fine della narrazione del sogno, iniziamo delicatamente ad esplorare la sua sensazione nel qui ed ora, che sarà la stessa per cui ha chiesto di lavorare sul sogno:

T: È una sensazione piacevole, spiacevole?

Cl: Spiacevole, non mi piace stare in sospeso, stare nel limbo, cercare e non trovare.... Mi piace quando le cose ... sono al loro posto (con tono deciso e compiaciuto)

T: Ti piace trovare le cose a posto, dove ti aspetti che siano... [rispecchia la piacevolezza colta nel tono, iniziando a sintonizzarsi empaticamente con lei].

Cl: (ride) [compiaciuta, mi coglie in sintonia] ... Esatto! [conferma processualmente e con la parola che ho inteso il suo significato].

T: E ti incuriosisci di che, rispetto al sogno? [Esplora esplicitamente ciò che del breve sogno la colpisce; per esplorare la sua percezione intuitiva di aree significative per lei].

Cl: Le cose più rilevanti: il luogo dove sono e la questione della tazza (appare curiosa) [conferma per il terapeuta dell'ordine con cui partire per l'esplorazione].

Il breve scambio illustra come, in vista del passaggio al secondo stadio, il focus del terapeuta si sposta brevemente sul *piano interpersonale*, con lo scopo di raccogliere “a caldo” il vissuto, lo stato emotivo del sognatore rispetto alla narrazione del sogno appena conclusa. Il terapeuta stimola il cliente a “esaminare” il proprio stato emotivo per sollecitare l’attenzione riflessiva e l’attivazione di processi Adulto nel leggere i propri processi emozionali del Bambino; con lo stesso obiettivo, lo invita a esprimersi “a caldo” su aspetti del sogno che è curioso di esplorare ed è attento a osservare e a leggere i processi attivati nel qui ed ora (stati dell’Io Liberi? Protettivi? Critici? Ribelli?), utili informazioni al fine di passare allo stadio successivo.

Il terapeuta, a questo punto, per dare l’avvio al secondo stadio, raccolta l’informazione dalle molteplici *fonti*, dando valore ai processi intuitivi del cliente e propri, e alla sua “lettura” dei processi attivati (stati dell’Io), si focalizza sul valutare l’elemento del sogno da cui partire per dare avvio al secondo stadio, sulla base del principio guida di garantire un’*esplorazione sicura*.

È responsabilità del terapeuta tale valutazione, anche se il cliente ha già espresso ciò che è curioso di esplorare; è necessario che il terapeuta, che guida l’esplorazione, sia sulla stessa lunghezza d’onda: se non lo fosse, non sarebbe in grado di essere specchio riflettente del cliente nel suo processo esplorativo e questo interferirebbe su tale processo. Per questa valutazione viene in aiuto ancora una volta l’informazione tratta dal dato narrativo e, specificamente, dalla *struttura temporale della narrazione* (inizio, acme e conclusione) e dai *processi* emersi. Solitamente¹⁸, l’inizio costituisce un buon punto di partenza per l’avvio dell’esplorazione in quanto costituisce il contesto in cui si svolgono gli scenari del sogno, prepara la scena. Partire dal drammatizzare ciò che viene presentato all’inizio nella narrazione del sogno, solitamente facilita il contatto della persona con elementi accoglienti di sé (stati dell’Io Protettivi) e favorisce

¹⁸ Ho imparato molto su questo aspetto nell’osservare i lavori di Pio Scilligo, e ne confermo il valore a partire dalla mia stessa esperienza clinica.

l'esplorazione sicura; naturalmente non è una regola assoluta, ed è quindi necessario avvalersi delle diverse fonti informative sopra descritte, al fine di proporlo. Lo scopo è iniziare l'esplorazione da un'area sufficientemente sicura per la persona, in modo che possa fare l'esperienza di poter contare su aspetti di sé, via via che li riconosce come propri, in vista di esplorare altri simboli onirici, che potrebbero essere conflittuali derivanti da schemi interiorizzati, opposti tra loro. Questo dato, *temporale*, va coniugato con la lettura *processuale* di quel momento, che implica il focalizzarsi sull'osservazione del cliente, in diretta, in modo da percepire intuitivamente il *clima dominante* nel sogno, potendo individuare se dominano processi Liberi (Libertà amorevole), Protettivi (Controllo amorevole), Critici (Controllo ostile) o Ribelli (Libertà ostile). Partire da quadranti Protettivi e Liberi, tipici del profilo degli stati dell'Io del benessere psicologico, favorisce l'avvio di una esplorazione sicura.

Qualora non intravedessimo elementi di stati dell'Io Protettivi o Liberi, potremmo invitare la persona a concludere il sogno con il finale desiderato (stimolando così un processo Libero) e, se la persona fosse disponibile, potremmo disporci all'ascolto di questa nuova sezione del sogno nello stesso modo e valutare con gli stessi criteri il punto da cui partire nell'esplorazione. Se la persona fosse restia a questa proposta, potremmo esplorare brevemente sulle ragioni per cui porta quel sogno in terapia e potremmo *esaminare* la sua risposta con i parametri sopra delineati per cogliere anche lì, per il momento solo intuitivamente, gli stati dell'Io processualmente attivati e decidere di procedere l'esplorazione di altri aspetti del sogno, magari a partire da ciò che la persona desidera esplorare, riservandoci di verificare in diretta ciò che emerge nel secondo stadio e intervenire per uscire dal sogno, per evitare di rinforzare processi Critici o Ribelli, se non cogliamo sufficiente protezione di sé nel cliente. Lavorare sul sogno implica sempre una valutazione clinica delle condizioni del cliente nel suo insieme, tenendo conto del principio guida che è l'esplorare in modo sicuro, per entrambi.

Il *protagonista* in questo stadio è il cliente, e specificamente il *suo sogno*, nei suoi multiformi aspetti, narrativo e processuale. Ciò che

avevo premesso nella concettualizzazione del sogno, nell'ottica processuale, diventa qui una guida per l'esplorazione; nella misura in cui il terapeuta si rende consapevole della ricchezza della molteplicità delle sfumature che può cogliere nel sogno, può *combinare armoniosamente i suoi processi intuitivi con quelli conoscitivi adulti*, arricchendo il suo corredo di strumenti e dandosi la libertà di muoversi tra questi con la chiarezza degli obiettivi strategici e la possibilità di monitorare, in ottica processuale, costantemente sia i propri processi che quelli del cliente. In termini di ATSC, il terapeuta in questo primo stadio, come Proponente, guida la narrazione e propone affermativamente al cliente un elemento del sogno da cui avviare l'esplorazione, verificando con il cliente in modo esplicito il suo assenso, nel rispetto della sua qualità di "agente":

T: "*Sii la casa!*" *Ti sta bene cominciare da qui?*"

Cl: "*La casa del mare, sì!*" (appare contenta).

Il secondo stadio: narrazione identificatoria

Il secondo stadio è la *narrazione identificatoria*, "*cioè la narrazione che emerge dal rivivere il sogno impersonando le parti del sogno come espressione viva di sé*" (Scilligo, 2008, par. 2, b);

È il cuore del lavoro sul sogno: per riprendere il linguaggio fotografico, in questo caso *aumentiamo lo zoom per mettere a fuoco nello specifico una parte, ingrandendola sempre più* per coglierne diverse sfumature, le più varie, via via che si percepisce più vicina. L'obiettivo strategico prevalente in questo stadio è che il cliente faccia *contatto* con quella parte del sogno su cui si sono intesi e "conoscerla" dall'interno, esperienzialmente, *al punto da diventare quella "parte" e di riappropriarsi* di ciò che ha alienato.

Anche Scilligo sottolinea la centralità di questo stadio per favorire la scoperta di sé e spiega magistralmente la dovizia di informazioni rilevabili proprio in questo stadio: "Il sognatore mentre sogna sceglie dal suo repertorio di vissuti di vita i simboli che meglio rappresentano la ricchezza della propria conoscenza. Essa è fatta di

memorie coscienti e non coscienti dichiarative di natura descrittiva e imperativa unitamente a contenuti semantici ed episodici e fatta anche di memorie non dichiarative di natura affermativa e deontica a loro volta con contenuti sia episodici sia semantici. Questo repertorio di memorie espresse attraverso simboli verbali ma molto più spesso non verbali, non è caotico; ha un suo ordine creato nell'esperienza di vita e in gran parte non cosciente. Nell'esperienza onirica, sotto gli stimoli dell'esperienza consapevole e non consapevole del vissuto di veglia, il cervello *viene svegliato* in modi che possono rassomigliare ai processi di priming, cioè di *accensione schematica del cervello*, dei processi onirici che non escludono in modo radicale i processi cognitivi di ordine superiore (Antrobus, 1978; Antrobus, 2000a, 2000b; Antrobus et al, 1995)" (Scilligo, 2008, par. 2). Il sogno è quindi una miniera da scoprire, è denso di messaggi cifrati che possono diventare "informazioni" (Siegel) nello scambio intersoggettivo con il terapeuta.

Nell'esplicitare la funzione della *drammatizzazione* dei diversi simboli onirici, proprio in quanto sono espressioni dell'identità del sognatore, Scilligo sottolinea che essa "provoca associazioni nuove di enorme complessità, di natura conscia e inconscia, che sfociano in significati amplificati della propria coscienza conscia e inconscia secondo modalità interattive che non sono certamente soltanto sovrapposizioni di memorie ma vere e proprie creazioni nel contesto della propria esperienza conscia e inconscia" (Scilligo, 2008, par. 2). Evidenzia la necessità di "*monitorare delicatamente*" il processo della narrazione identificatoria, "per non contaminarlo con invasioni di logiche dei processi secondari sia del conduttore sia del sognatore, in modo che possa svilupparsi un graduale espandersi della coscienza attraverso le associazioni libere che si propagano nel cervello secondo percorsi schematici precalibrati dall'esperienza, che però lasciano spazio alla creatività della persona. 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" (Scilligo, 2008, par. 2). Le sue

parole, che ho scelto di riportare integralmente, sono pennellate leggere e pur dense di significato che mi consentono di riconoscere a distanza la vividezza dei suoi lavori sul sogno; e con un debito di riconoscenza per ciò che ne ho tratto. E pienamente in linea con tale prospettiva, mi accingo a tracciare ciò che ho appreso e riconosciuto a posteriori e che ho scoperto nello sperimentarmi in prima persona, e cioè ad *esplicitare* gli strumenti guida per “monitorare delicatamente” il lavoro sul sogno in questo stadio, tenendo conto dell’obiettivo strategico indicato.

Il *ruolo attivo* del terapeuta qui è orientato a *promuovere il contatto del cliente* con la parte “alienata”, con i suoi simboli, esplorandoli, conoscendoli da dentro, mediante la drammatizzazione. Quale funzione mette in campo il terapeuta al fine di “monitorare delicatamente” tale processo?

Ho già esplicitato la “centralità della relazione” nel lavorare sul sogno e il ruolo del terapeuta nel *sintonizzarsi emotivamente* con il cliente e nel mantenere la *distanza empatica*. In questo stadio un terapeuta *sensibile, sintonizzato e distante*, accompagnerà l’esplorazione dei suoi processi, guidato da quelli che il cliente stesso inizia ad “accendere” nella sua esplorazione progressiva: un contesto relazionale “responsivo e sintonizzato” (Erskine, 1998) favorisce la “comprensione consapevole” dei processi personali e consente di decifrare le proprie emozioni cogliendole nel loro significato adattivo e comunicativo, permettendo alla persona di “riallacciare” i propri fili sospesi, magari in esperienze di debole sintonizzazione, trascuratezza o di invasività dei propri confini personali. In tal modo anche il lavoro sul sogno può essere un’esperienza di “giustapposizione” (Ecker et al., 2019) e dare l’avvio a processi trasformativi anche relativamente a memorie dense di “verità emotive” che sostengono i sintomi e con cui la persona si distanzia da ciò che desidera. Un terapeuta sensibile e sintonizzato realizza, mediante queste qualità relazionali, l’esperienza di potere, permesso e protezione, nel qui ed ora, modulandosi tra la sintonizzazione sui processi del cliente e la verifica costante dell’effetto dei suoi interventi sul cliente stesso, in termini di scoperta

di sé e accensione di nuovi processi, con nuove esperienze trasformative.

Tener presente l'ottica evolutiva nella costruzione degli stati dell'Io e la progressiva maturazione e padronanza delle competenze astrattive nello sviluppo della persona, è per me una guida per facilitare questo processo. In vista di promuovere la *simbolizzazione*¹⁹ delle espressioni oniriche e di riappropriarsi dei significati sottesi, serve riaccendere i processi Bambino, che in ATSC sono condensati nei tre stadi della Mahler, ridefiniti da Scilligo (2009) nei termini di *esplorazione*, *orientamento* e *attaccamento*. Nel proporre la drammatizzazione, il punto di partenza è favorire l'*esplorazione* del dato esistente, iniziando dall'aspetto descrittivo, impersonando quel simbolo così come lo si è narrato e, mediante i processi di natura sensoriale, cogliere l'*orientamento* della persona che a sua volta "accende" i suoi processi relativi all'*attaccamento*, con permessi e limiti, sfide ed opportunità attraversate nel tempo, su cui la persona ha costruito il suo copione di vita. Rispettare tale andamento, con un'*attenzione focalizzata* sul cliente nel promuovere il suo stare con sé accompagnandolo con i toni, evidenziando con la voce, stimolando il contatto con sé e l'osservazione di sé, promuove l'accesso a processi emotivi e cognitivi e a un'esperienza di scoperta di sé in una dialettica tra figura e sfondo in cui la persona stessa si coglie nella sua interezza mentre si esplora. Riprendendo sinteticamente l'esempio, darò piccoli scorci esplicativi in parentesi. L'esplorazione inizia.

T: *Ok, allora, sii la casa al mare, la "tua" (accentua "tua") casa al mare [in linea con la sua originaria descrizione, sintonizzandosi sull'esperienza emotiva della cliente]. Descriviti.*

Cl: *Sì, sono la mia casa al mare.... Il "mio" posto sicuro... (sorride, è pacata nel racconto). [inizia già a connettersi con un'esperienza affettiva.... Possiamo ipotizzare che attiva processi degli stati dell'Io Protettivi, connotati da controllo amorevole]*

¹⁹ La *simbolizzazione* è il primo dei tre processi evolutivi dello stato dell'Io Adulto, cui seguono la *riflessione* e l'*empatia*.

- T: *Descriviti* [ha colto una possibile razionalizzazione, una precoce codifica di quell'esperienza e sollecita la cliente a tornare sul piano descrittivo per favorire l'esplorazione sentita di sé]
- Cl: *Sono ... una casa grande, con spazi ampi.... Con il giardino e la distesa al mare*
- T: (accompagna la sua descrizione con un gesto delle mani: le apre, rendendo a livello cinestetico il partire dal centro verso l'esterno, raccolta e ampia [amplia la prospettiva])
- Cl: (sorride e amplia lo sguardo). *Vedo... ovunque mi giro c'è il mare* (socchiude gli occhi, appare contenta). *Sono una casa su più livelli* (con le mani descrive più piani), *sono una casa ... piena di famiglia e di amore ...* [inizia a profilarsi un contesto relazionale e affettivo - amore - confermando processi di affiliazione positiva, amorevole] ... *Confusione ma accoglienza* (pausa) [entra un nuovo schema processuale in campo connesso con un "ma", avversativo, del tipo "o...o"] *E ... sono un po' ...* (sorride) *caotica ma sono anche accogliente* (con tono deciso e caldo) [ripete la compresenza di un'esperienza mista di esperienze apparentemente contrastanti connesse da un "ma" mentre il tono fermo e la voce calda danno il senso della piacevolezza di un'esperienza pur non pienamente integrata: è "ma", non "e"']. *Caotica* (annuisce col capo, quasi abbia trovato un termine che descrive in modo chiaro la sua esperienza) ...
- T: *Caotica cioè, descrivi* (incuriosita) [dà peso al vissuto, valida il suo sbilanciarsi verso il primo aggettivo, *si orienta* verso: dall'aspetto descrittivo, proprio dell'*esplorazione*, è un indice del suo *orientamento*; potrà condurre a far luce su ulteriori schemi connessi nelle relazioni di *attaccamento*?) *Stiamo su questo* (con tono fermo, curioso, e calmo)
- Cl: *Le persone che la occupano fanno "caciara". La popolano* [arrivano le persone, schemi interpersonali].
- T: *Sono piena di persone, ognuno* [risposta il focus su sé, usando la prima persona, per favorire il contatto con sé]
- Cl: (con voce calda e espressione sorridente) ... *con il modo di fare molto irruento* [Descrive lo stato emotivo dell'altro (irruento)] ... *però* [nota il contrasto] *c'è calore.... C'è camino acceso* [usa l'impersonale (*c'è* calore, *c'è* il camino acceso) e torna a descrivere l'ambiente [si distanzia da sé e torna su nuovi simboli (camino acceso)] ... *Il posto in cui comincia il sogno è la stanza da*

pranzo, col camino.... [e riapre lo zoom sull'inizio del sogno, segnalando la messa a fuoco ora, a seguito di questa esplorazione, un nuovo simbolo da esplorare].

T: [colgo al volo l'invito e le chiedo] *Sono la stanza da pranzo.... Ci riuniamo Eh.... Sii la tua stanza da pranzo....*

Non nascondo la mia meraviglia nello sminuzzare, ora, e nominare, a scopo didattico, i diversi processi intuitivi e riflessivi sottesi all'intervento svoltosi in un brevissimo scambio di pochissimi minuti che nella realtà è stato fluido e scorrevole. Il livello analitico appena utilizzato serve a chiarire cosa ho inteso con *sintonizzazione empatica e distante* ed evidenzia anche la ricchezza di poter avere chiari riferimenti teorici come guida nella pratica per favorire la focalizzazione del cliente sulla propria esperienza soggettiva nell'*esserci onirico*, che diventa così denso di "informazione" (Siegel), consentendo alla persona di dar senso ai propri simboli nella propria realtà esperienziale, in una realtà condivisa.

Il ruolo del terapeuta, nel sintonizzarsi emotivamente con i processi del cliente, favorisce progressivamente il "sostare" dello stesso su aspetti di sé e sul continuare l'esplorazione. Il cogliere i processi emotivi appena abbozzati nel sorriso della cliente e verbalizzarlo, ha accentuato il sorriso stesso e la scoperta di dettagli per la persona significativi, per l'attivazione di schemi processuali ricontattati nel qui ed ora, nella relazione terapeutica. Tali associazioni libere, nell'esplorazione del suo sogno ha messo in luce progressivamente simboli densi di significato che la persona desidera integrare nella propria esperienza di vita.

Il ruolo del terapeuta è attivo in ATSC. In qualità di Proponente è volto sul cliente e si pone verso di lui con libertà amorevole "accoglie curioso" il suo descriversi, "lo ascolta e lo comprende con empatia", "lo lascia libero di esplorarsi e conferma la sua competenza", (fig. 1) processi tipici dei suoi stati dell'Io Liberi, rispettivamente Bambino, Adulto e Genitore, via via che nota la progressiva esplorazione libera del cliente che "si rilassa", "si apre e si esprime" e progressivamente si afferma liberamente", attivando in modo complementare gli stessi stati dell'Io del terapeuta. Se nel primo stadio del sogno il terapeuta

attiva preferenzialmente gli stati dell'Io Protettivi in qualità di Proponente, in questo stadio invece attiva prevalentemente gli stati dell'Io Liberi per favorire l'esplorazione libera del cliente nel processo di scoperta e di contatto con se stesso. Nel concreto, tali processi si traducono nel porre l'accento sul piano emozionale del cliente mentre la persona si descrive e nel seguire il filo narrativo, con le sue pause, i suoi movimenti, *rispecchiando empaticamente* il cliente, magari solo *ripetendo lo stesso gesto*, o *le stesse parole*, con lo stesso tono (l'*attunement* appreso con Richard Erskine²⁰, 1998); talora invece, enfatizzando un'espressione e cogliendone l'effetto sulla persona. La direttività del terapeuta, nel favorire e supportare il cliente nella sua esplorazione personale e nell'accompagnarlo sinergicamente nella sua esplorazione di sé, implica avere costantemente occhio per la risposta emotiva del cliente stesso, monitorando che mantenga il suo ruolo attivo e che non entri in processi di adattamento nella relazione con il terapeuta. Il terapeuta modula il proprio intervento in modo che il cliente resti focalizzato sulla sua esplorazione di sé e del proprio mondo intrapsichico, non dialoga con lui, ma amplifica o sottolinea quello che lui, il cliente, progressivamente contatta, accompagnando il suo processo esplorativo.

Ed è in questa danza che la persona spesso riconosce sé e le proprie dinamiche, e a quel punto "esce fuori dal sogno" segnalando spontaneamente che inizia il terzo stadio, la narrazione correlativa. Ma se l'insight non procede spontaneamente, il terapeuta, nel "*monitorare delicatamente*" il processo del cliente, nel momento in cui lo coglie emotivamente attivato a seguito di un'esplorazione così accompagnata, si rivolge al cliente invitandolo esplicitamente ad uscire dal sogno, concludendo così, almeno temporaneamente, la sua esplorazione intrapsichica per avviare invece un processo interpersonale in cui il terapeuta e il cliente interloquiscono sull'esperienza fatta, aprendosi su un piano di scambio interpersonale che commenteremo a breve.

²⁰ Sono molto grata a Richard Erskine da cui ho imparato tanto sulla sintonizzazione emozionale, nei numerosi anni di formazione con lui.

Anche nel valutare il tempo in cui proporre al cliente di "uscire dal sogno", se il cliente non ne esce spontaneamente, trovo utile far riferimento agli stadi evolutivi del cliente osservabili nella narrazione, monitorando l'accesso dello stesso ai propri stati emotivi e insieme l'avvio di processi di maggior contatto della persona con se stessa, spesso emotivamente connessa e toccata, che è un indice dell'avvenuto contatto, segnalando così il raggiungimento dell'obiettivo strategico del secondo stadio. È tempo allora di passare all'ultimo stadio del lavoro sul sogno, spostando l'attenzione dal piano intrapsichico al piano interpersonale, nella lettura condivisa dell'esperienza appena effettuata.

A scopo illustrativo, riprendo l'esempio del lavoro con la stessa cliente, questa volta con brevissimi commenti, prima di passare allo stadio successivo.

T: *Sono la stanza da pranzo...* [propone e chiede conferma; la cliente annuisce]

Cl: *Ci riuniamo Eh....*

T: *Sii la tua stanza....* [stimola il focus sulla prima persona]

Cl: *Sono ampia, con il tetto altissimo..... ho i piani a balcone... ci si affaccia su di me....*

T: *Sei visibile da fuori*

Cl: *Sono piena di dettagli ... tavolo grande ... ho una libreria piena di libri ... di ricordi... Piena di storia... (rallenta il ritmo) [il contatto comincia] C'è spazio per tutto e tutto è al suo posto ... mi dà sicurezza.... Sento il calore quando sto lì [lì, se ne tira fuori] (commossa). Sento il calore.*

T: *Senti il calore, sei già fuori dal sogno?* [Verifica ma la cliente resta dentro il sogno, è commossa]

Cl: (lunga pausa...)

T: *Mentre ti descrivi, stanza da pranzo, con i tuoi angoli, ognuno ha il suo perché....*

Cl: *Ogni cosa in me ha il suo posto e c'entra (appare soddisfatta). Spazio sicuro, c'è tutto.*

T: *Che aggettivo dai di te, stanza?* (Stimola processi cognitivi]

Cl: *È utile*

T: *Sono utile*

Cl: *Accogliente (e con tono incalzante) Presente al bisogno... se c'è qualcuno che ha bisogno ci sono, disponibile, pronta.*

T: *Sei accessibile, disponibile.... C'è altro?*

Cl: *No, va bene così....*

T: *Allora, fuori dal sogno (mentre, guardando la cliente, fa un gesto che esprime con le mani il piano interpersonale, nel dialogo tra terapeuta e cliente) [distingue il lavoro intrapsichico, caratteristico di questo stadio da quello interpersonale, proprio dello stadio successivo].*

Cl: (annuisce e guarda sorridente la terapeuta).

Il ruolo attivo del terapeuta, indirizzato finora al piano intrapsichico del cliente, ove il terapeuta ha avuto la funzione di cassa di risonanza al fine di promuovere un'esperienza di contatto con sé, ora si sposta sul piano interpersonale, per la verifica del raggiungimento degli obiettivi strategici del secondo stadio, la promozione del contatto, e per cogliere, nel dialogo con il cliente, la sua integrazione.

Il terzo stadio: narrazione correlativa

Grazie alla *narrazione correlativa*, l'ultimo degli stadi del lavoro sul sogno, la persona si riconosce nei simboli onirici su cui si è soffermata nello stadio precedente e ne amplia la "comprensione" cogliendosi in una ampia prospettiva temporale, considerando il passato per contemplare anche il futuro, dando senso all'intera esperienza in una prospettiva esistenziale.

Per Scilligo (2008) attraverso la narrazione correlativa "la persona prende *coscienza* dei processi di significato e di *contestualizzazione conscia* del proprio agire. A questo punto la persona è in grado di esprimere un *giudizio cosciente di scelta* in vista dell'attuazione volontaria della propria libertà responsabile. La persona diventa autrice delle proprie scelte, perché è in grado di contestualizzare con accresciuta coscienza il proprio deposito di saggezza, grazie anche alla conoscenza della propria ricchezza di competenze schematiche di natura automatica e inconscia e grazie alle

competenze critiche della propria esperienza di veglia” (Scilligo, 2008, par. 2).

La sintesi di Scilligo, che condivido pienamente, sottende i due specifici *obiettivi strategici* che colgo centrali in questo stadio:

a) *stimolare processi riflessivi e di analisi della realtà esperienziale del soggetto, legando* insieme i simboli onirici del cliente con la sua stessa vita;

b) *promuovere il senso di scelta libera respons-abile a partire dalla scoperta di sé, allargando la prospettiva nel leggersi nella propria storia e alla luce dei propri orizzonti valoriali.*

In questo stadio si realizza il passaggio da una conoscenza di sé appena intuita, attuata grazie all'identificarsi con le proprie proiezioni simboliche dello stadio precedente, ad una conoscenza esplicita di sé e dei propri modi di essere; la persona si riconosce nelle proprie sfide, consapevolmente, potenziando conseguentemente la possibilità di diventare autrice delle proprie scelte e di orientarsi, dandosi direzione sulla base dei propri valori piuttosto che rimanere invischiata in automatismi connessi a processi ricattatori del passato.

Tornando alla metafora fotografica, se nel primo stadio la prospettiva grandangolare sull'intero sogno narrato ne fornisce una grossolana rappresentazione utile per “fiutarne” gli elementi salienti, su cui poi zoomare nel secondo stadio per coglierne la vitalità dall'interno, in questo terzo stadio la prospettiva si allarga ancor più che nel primo realizzando una *panoramica* che include nel sogno l'intera prospettiva esistenziale, passato, presente e futuro.

Quale è il *ruolo del terapeuta* in questo stadio? Come può favorire questo processo?

Il *ruolo attivo* del terapeuta è focalizzato quasi interamente sul *piano interpersonale* con il cliente ed è volto a promuovere l'attivazione di *processi di analisi riflessiva* dello stesso sull'esperienza soggettiva appena vissuta, stimolandolo a confrontarsi con le sue scoperte, invitandolo, per esempio, a dire in prima persona gli aggettivi usati nell'impersonare quel simbolo su cui si è soffermato nel secondo stadio. Il terapeuta invita esplicitamente il cliente a riferire

a se stesso l'esperienza del sogno, gli chiede di collocare nel tempo ciò che coglie di sé, via via che si riconosce nel sogno; per esempio: "Sono processi del passato o del presente, o sono aspirazioni o timori per il futuro?" Lo stimola, cioè, ad allargare la sua prospettiva all'intera realtà esistenziale. Gli elementi che nel primo stadio erano del tutto estranei alla persona e che nel secondo, mediante la partecipazione affettiva del cliente e il contatto diventano aspetti di sé, processi facilmente riconoscibili e talora già riconosciuti come propri dal cliente, ora, nel terzo stadio, acquistano un senso inquadri nella vita della persona. Grazie ai suoi processi riflessivi, tipici dello stato dell'Io Adulto riesce a riconoscere, per esempio le sue strategie di sopravvivenza ancorate alla sua storia, alle traversie del passato, come le proprie sfide e titubanze nel presente nello "spiccare il volo" e mettendo in prospettiva tridimensionale gli scenari vissuti. Il terapeuta, inoltre, stimola il cliente ad assumere un ruolo attivo, incoraggiandolo a confrontarsi con le sue aspirazioni, i suoi valori, i suoi riferimenti, a definirsi, facendo leva sui processi normativi propri, sui suoi parametri di scelta, attivando processi tipici dello stato dell'Io Genitore.

L'ottica evolutiva degli stati dell'Io propria dell'ATSC è di aiuto anche in questo stadio, perché quando il terapeuta individua gli stati dell'Io del cliente può modulare l'intervento tenendo conto dei processi attivati dallo stesso, accompagnando il suo processo integrativo in un dialogo rispecchiante e riflessivo con lui. E spesso la persona inizia a cogliersi in una nuova prospettiva, in vista di un futuro desiderato. Nel dialogo, la persona molte volte formula spontaneamente ed esplicitamente il messaggio esistenziale del sogno, ormai più cosciente di sé.

Nel lavoro sul sogno, non sempre la persona riesce ad entrare in contatto con se stesso (obiettivo del secondo stadio), oppure non sempre coglie il potenziale inerente ai propri simboli onirici, magari per una sua particolare difficoltà ad entrare in contatto con sé oppure per una debole sintonizzazione del terapeuta. L'osservazione da parte del terapeuta dei processi in corso, intrapsichici e relazionali, ancora una volta guidano l'intervento che in questo caso potrà essere

indirizzato a normalizzare l'esperienza, invitando il cliente a rispettarsi nei suoi tempi e rinviando ad un altro momento l'eventuale lavoro sul sogno. Il focus qui non è sul risultato ma, coerentemente con il contratto, sul processo di esplorazione di sé e sul cogliersi lì dove la persona è. Richiamare questo aspetto al giovane terapeuta mi pare rilevante per evitare che si spinga, o che spinga il cliente, a forzate e premature "letture" dei simboli.

Per concludere, riprendiamo il lavoro precedente, relativo alla narrazione correlativa:

T: Sei già fuori dal sogno [il terapeuta ribadisce che il lavoro prosegue sul piano interpersonale].

Mentre ripeti queste parole... "Utile, sicura, accogliente, presente, disponibile, ci sono al bisogno"... ti dici qualcosa di te? Dillo a parole tue, tu, Xxxxxxx?

Cl: Qualcosa di me? Mi ritrovo proprio, mi sento connessa, il calore

T: Sono calda.... E mentre stai con questa esperienza?

Cl: Sono io, con tanti piani, articolata, calda, accogliente, ci sono per tutti, disponibile al bisogno... sono io... piena di dettagli con la mia storia (si commuove).

T: (annuisce silenziosamente mentre la cliente la guarda)

Cl: Più dimensioni ... Presente e passato Sono così oggi e mi tengo stretto tanto calore del mio passato (Silenzio, piange)

T: Le lacrime Dicono? [la stimola a verbalizzare]

Cl: Non so spiegare Mi sento piena, viva (si asciuga le lacrime) ... sono unita, compatta.... (Si sposta sulla sedia e assume una posizione più retta) Sono con me anche per me, non solo per gli altri. Ci sono io, ... (scendono lacrime e lei lo nota) Non sono triste (si meraviglia) ... è vera commozione.

T: Cosciente di te, sei tu, ti ritrovi, commossa nell'esperienza di sentirti integra.

Cl: Piena ... non che sto per esplodere, semplicemente piena (es con le mani fa un gesto che simula l'essere a piombo con sé).

T: Piena, compatta, consistente [conferma e valida l'esperienza sentita di una realtà condivisa].

A seguito di questo contatto stabilizzante e rassicurante, grazie al quale la cliente si è colta calda con sé e non solo presente per gli altri, iniziamo un altro breve lavoro sul secondo elemento simbolico (la tazza “invisibile”) la persona si appropria di un altro aspetto per lei significativo. Infine, ulteriormente rassicurata dall’aver integrato un altro aspetto di sé, le propongo di concludere il sogno sospeso, se lo desidera. Si rende disponibile e conclude creativamente il suo sogno e, progressivamente, emergono schemi nuovi; e l’integrazione continua, con una nuova visione di sé: passato e presente si combinano e si sente curiosa di proiettarsi verso il futuro in questa nuova postura, ferma e solida con sé.

Conclusione

Sulla base della concettualizzazione del sogno in un’ottica processuale e integrata, il modello proposto evidenzia la *centralità della relazione terapeutica nel favorire il contatto con sé del cliente*, sottolineando il valore della co-creazione di un contesto interpersonale in cui il terapeuta possa sintonizzarsi sui processi del cliente, sulla base dei molteplici elementi presentati dallo stesso nella narrazione del sogno, mantenendo una calibrata distanza empatica che favorisca l’esplorazione e la scoperta di sé.

L’articolo evidenzia specifici *obiettivi strategici* chiave che orientano, come una *bussola*, il terapeuta nell’intervento, analizza in modo dettagliato e circostanziato il delicato lavoro sul sogno mediante un esempio illustrativo, dando l’opportunità di rilevare “in diretta” l’evolvere del processo di contatto e scoperta di sé del cliente e di cogliere la potenza del promuovere un contesto esperienziale sintonico e calibrato che consenta al cliente stesso di esplorarsi nei suoi simboli, di dar voce ad aspetti di sé rimasti muti e non udibili, magari rappresentati nelle espressioni corporee, e di riallacciare i propri fili, connettendo passato, presente e futuro, cogliendosi in una nuova visione prospettica.

L’articolo offre un contributo originale nell’avvalersi dell’*Analisi Transazionale Socio-Cognitiva* per l’analisi dei processi interpersonali e intrapsichici che prendono forma nel corso della

narrazione del sogno, declinando passo dopo passo ruoli e funzioni del terapeuta nei diversi momenti del lavoro, in vista dell'attivazione di *processi emozionali*, di *elaborazione riflessiva* e *normativa*, per promuovere l'evoluzione della persona in vista di una maggiore autonomia da processi di copione.

In ultima analisi, lo spazio intersoggettivo tra terapeuta e cliente diventa un luogo privilegiato per valorizzare la ricchezza informativa condensata nel sogno, prodotto dell'attività della mente del sognatore ed espressione della sua stessa identità, pur espresso in un linguaggio simbolico, perlopiù non conscio. La sintonizzazione del terapeuta sui processi di natura implicita diventa, nel qui ed ora, un'esperienza in cui il cliente si riconosce, si riappropria di aspetti di sé alienati e li integra, ampliando la sua prospettiva, dandosi nuove possibilità inedite e cogliendo il messaggio del sogno in chiave esistenziale.

Proprio come il sognatore può aver modo di sciogliere nodi cruciali mediante il lavoro sul sogno aprendosi a scelte libere e responsabili, mi auguro che anche il futuro psicoterapeuta possa sperimentarsi creativamente nel lavorare sui sogni e nel co-costruire la sintonia con il cliente, avendo a disposizione una "bussola" per orientarsi nell'intervento in questa sfidante avventura del lavoro sul sogno.

Bibliografia

- Antrobus, J. (1978). Dreaming as cognition. In A. Arkin, J. Antrobus, & S. Ellman (Eds.). *The mind in sleep: Psychology and psychophysiology* (569-581). Hillsdale, Erlbaum.
- Antrobus, J., Kondo, T., & Reinsel, R. (1995). Dreaming in the late morning: Summation of REM and diurnal cortical activation. *Consciousness & Cognition*, 4, 275-299.
- Antrobus, J. (2000a). How does the dreaming brain explain the dreaming mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 904-907.
- Antrobus, J. (2000b). Theories of dreaming. In M. Kryger, T. Roth, & W. Dement (Eds.). *Principles and practices of sleep medicine* (3rd ed., 472-481). Saunders.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L.S. (1979). Structural analysis of differentiation failure. *Psychiatry*, 42, 1-23.
- Berne, E. (1961). *Analisi Transazionale e Psicoterapia*. (trad. it.1971) Astrolabio.
- Bianchini, S., de Nitto, C. (2019). The Parent Ego State as a Developmental Achievement: A View from Social-Cognitive Transactional Analysis, *Transactional Analysis Journal*, 49:1, 14-31, DOI: 10.1080/03621537.2019.1544774
- Bowlby, J. (1980). Attaccamento e perdita. Vol. 3: *Perdita, tristezza e depressione*. Basic Books.
- Bromberg, P.M. (2009). *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Raffaello Cortina Editore.
- Bucci, W. (1999) *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Giovanni Fioriti Editore
- Carli, R., Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Il Mulino.
- Cornell, W. F. (1988). Life Script Theory: A Critical Review From A Developmental Perspective. *Transactional Analysis Journal*, 18(4), 270-282.
- Cornell, W. (2017) *L'esperienza somatica in psicoanalisi e psicoterapia nel linguaggio espressivo del vivente*. Armando.

- Crosman, P. (1966). Permission and protection. *Transactional Analysis Bulletin*, 5, 152-154.
- De Luca, M. L., de Nitto, C. (2012). L'adulto in azione nell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva. *Atti della giornata SIAT 2010. Viaggio attraverso le fasi del processo terapeutico* (37-59).
- De Luca, M.L., Tosi, M.T. (2011). Social cognitive Transactional Analysis: An introduction to Pio Scilligo's Model of. Ego States. *Transactional Analysis Journal*, 41(3), 206-220. <https://doi.org/10.1177/036215371104100303>
- de Nitto, C. (a cura di) (2006). *L'arte della Psicoterapia. Itinerari di formazione alla psicoterapia secondo un'ottica analitico-transazionale integrata*. LAS.
- Ecker, B., Hulley, L., & Ticic, R., (2018). *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Franco Angeli.
- Erskine, R (1980). Script cure: Behavioral, intrapsychic and physiological. *Transactional Analysis Journal*, 10(2), 102-106. <https://doi.org/10.1177/036215378001000205>
- Erskine, R.G. (1998). Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs. In de Nitto, C. (a cura di) (2006). *L'arte della psicoterapia. Itinerari di formazione alla psicoterapia secondo un'ottica analitico-transazionale integrata*. LAS.
- Foulkes, D. (1962). Dream reports from different stages of sleep. *Journal of abnormal and social psychology*, 65(1), 14-25. <https://doi.org/10.1037/h0040431>
- Foulkes, D. (1985). *Dreaming: a cognitive psychological analysis*, Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Foulkes, D. (1996). Dream research: 1953-1993. *Sleep*, 19(8), 609-624.
- Erskine, R., (a cura di) (2018). *L'analisi transazionale nella psicoterapia contemporanea*. LAS.
- Freud, S. (1973). L'interpretazione dei sogni. Boringhieri, (1899).

- Gergen, K., & Gergen, M. (1988). Narrative and the self as relationship. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. Academic Press.
- Goulding McLure, M. & Goulding, R. (1980). *Changing lives through Redecision Therapy*. Brunner/Mazel.
- Greenberg, L., Rice L.N., Elliott, R. (2000). *I processi del cambiamento emozionale*. LAS.
- Guidano, V. F. (1988). *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati.
- Guidano, V., Liotti, G. (1983). Cognitive processes and Emotional disorder. Guilford.
- Higgins, T (2019). *Realtà condivisa: ciò che ci rende forti e ciò che ci divide*. Oxford University Press.
- Horowitz, M. (Ed.) (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. The University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1980). *Self psychology and the humanities. Reflexions on a new psychoanalytic approach*. W.W. Norton & Company.
- Yalom, I.D. (2014). *Il dono della terapia*. Neri Pozza Editore.
- Leventhal, H. (1979). A perceptual-motor theory of emotion. In P. Pliner, K. Blankstein & Spiegel, I.L. *Perception of emotion in self and others*. 5, Plenum. Academic Press.
- McAdams D.P. (1996). Personality, modernity, and the storied self. A contemporary framework for studying persons, in *Psychological Inquiry*, 7, 295-321.
- McAdams, D. P. (1999). Personal narratives and the life story. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., 478-500). New York: Guilford.
- McAdams, D. P. (2003). Identity and the life story. In R. Fivush & C. D. Haden (Eds.), *Autobiographical memory and the construction of a narrative self* (pp. 187-207). Mahwah: Erlb.
- McAdams, D. P., Josselson, R., & Lieblich, A. (Eds.). (2001). *Turns in the road: Narrative studies of lives in transition*. Washington, DC: American Psychological Association.

- McClelland, J.L., & Rumelhart, D.E. (1986). *Parallel distributed processing: Exploration in the Microstructure of cognition*, 2. The MIT Press.
- Nir, Y., & Tononi G. (2009). Dreaming and the brain: From phenomenology to neurophysiology. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 88-100.
- Perls, F.S. (1980). *La terapia gestaltica parola per parola*. Astrolabio.
- Polkinghorne D.E., (1988). *Narrative knowing and the human sciences*, State University of New York Press.
- Rizzi, M., Bove, S. (2024). Il potere trasformativo dei sogni in psicoterapia. Ricerche scientifiche attuali e riflessioni teorico-metodologiche. *Psicologia, Psicoterapia e Benessere*, 3 (1-3), 199-245.
- Rosenwald, G. C., & Ochberg, R. L. (Eds.). (1992). *Storied lives: The cultural politics of self-understanding*. Yale University Press.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorisation. In E. Toch, B.B. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization*. Hillsdale, Erlbaum.
- Rumelhart, D.E. (1975). Cognitive representation of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 192-233.
- Scilligo, P. (1987). Sogni e lavoro sui sogni (Parte I). *Polarità*, 1987, 1(2), 149-167.
- Scilligo, P. (1988a). Sogni e lavoro sui sogni (Parte II). *Polarità*, 2(2), 207-238.
- Scilligo, P. (1988b). *I sogni. Una guida al futuro*. IFREP.
- Scilligo, P. (1988c). Un'analisi dimensionale prototipica degli Stati dell'Io. *Polarità*, 2(1), 25-67.
- Scilligo, P. (1997). I processi automatici nella psicologia sociale e nella Psicoterapia. *Psicologia, Psicoterapia, Salute*, 2, 21-37.
- Scilligo, P. (2002). La narrazione come fonte affidabile del Sé. *Psicologia, Psicoterapia, Salute*. 8(2), 81-110.
- Scilligo, P. (2009) *Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*. Editrice LAS.
- 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), 872-878. doi: 10.1038/nn.4545
- Siegel, D. (2010). *Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale*. Raffaello Cortina.
- Siegel, D. (2014). *Mappe per la mente*. Raffaello Cortina.
- Solms, M. (2023). *La fonte nascosta. Un viaggio alle origini della coscienza*. Adelphi eBook.
- Thorne A., Mclean K.C., (2003). *Telling traumatic events in adolescence. A study of master narrative positioning*, in Fivush R., Haden. C.A., *Autobiographical memory and the construction of a narrative self*, Erlbaum, Mahwah
- Vasale, M. (2024). Il sogno: metodologia esperienziale e metodologia associativa di lavoro sui sogni. *Psicologia, Psicoterapia e Benessere*, 3 (1-3), 139-197.

Sitografia

- Scilligo, P. (2008). Lavorare sui sogni mettendo a fuoco la creatività del sognatore. *Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 50, [Psychomedia.it](https://www.psychomedia.it), <https://www.psychomedia.it> > cpat > articoli > 51-scilligo

Il sogno: metodologia esperienziale e metodologia associativa di lavoro sui sogni

Massimo Vasale¹

The dream: experiential and associative methodology of dream work

Abstract

L'articolo affronta la questione della funzione dei sogni contrapponendo due posizioni polari presenti in letteratura, la Random Activation Theory (RAT), per la quale i sogni non hanno alcuna funzione, e la Threat Simulation Theory (TST), che sottolinea, invece, la loro funzione evuzionistica, e presenta sinteticamente la visione fenomenologico esistenziale dei sogni proposta da Scilligo.

Un secondo obiettivo è quello di fornire indicazioni utili per lavorare sui sogni dei pazienti in psicoterapia, illustrando nello specifico: alcune opzioni per la preparazione dei pazienti al lavoro sul sogno; alcune precauzioni e norme di protezione; e, infine, due metodologie di lavoro, entrambe compatibili con il modello dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC). Le due metodologie, la prima esperienziale, la seconda associativa, sono riassunte in due schede di lavoro, rivolte principalmente agli specializzandi in psicoterapia a indirizzo analitico transazionale.

¹ Psicologo, psicoterapeuta, CTA, docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (LaRSI) dell'Istituto di Formazione e Ricerca sui Processi Intrapersonali e Relazionali (IRPIR). E-mail: massimo.vasale@libero.it

The article addresses the issue of the function of dreams by contrasting two polar positions found in the literature, the Random Activation Theory (RAT), for which dreams have no function, and the Threat Simulation Theory (TST), which emphasizes, instead, their evolutionary function, and briefly presents the existential phenomenological view of dreams proposed by Scilligo.

A second objective is to provide useful pointers for working on patients' dreams in psychotherapy, specifically illustrating: some options for preparing patients for dream work; some precautions and protective norms; and, finally, two working methodologies, both of which are compatible with the model of Socio-Cognitive Transactional Analysis (ATSC). Both methodologies, the first experiential, the second associative, are summarized in two worksheets, aimed primarily at transactional analytic psychotherapy trainees.

Keywords

Sogno; lavoro sul sogno; Analisi Transazionale. metodologia esperienziale, metodologia associativa.

Dream; dream work, Transactional Analysis, experiential methodology, associative methodology.

Introduzione

I sogni sono stati definiti come “allucinazioni sensomotorie con una struttura narrativa” (Koch, 2010 cit. in Gottschall, 2018, p. 87), sono storie notturne che si dispiegano nel tempo in maniera sequenziale e che viviamo come reali, ovvero come se stessero veramente accadendo (Corballis, 2016).

Durante il sonno, le persone passano attraverso periodi caratterizzati da rapidi movimenti oculari (Rapid Eye Movement - REM) e periodi in cui tali movimenti sono assenti (Non Rapid Eye Movement - NREM) e, in passato, gli scienziati ritenevano, erroneamente, che gli esseri umani sognassero soltanto durante le fasi REM del sonno. Oggi sappiamo, invece, che i sogni in forma narrativa si verificano in tutti i cicli del sonno, indipendentemente dalla fase REM, e studiosi come Flanagan (2000 cit. in Gottschall, 2018, p. 29) ritengono che sogniamo pressoché tutta la notte.

La differenza nel rapporto tra sogni e sonno REM/NREM è una differenza di tipo quantitativo: quando svegliamo le persone durante il sonno REM, esse riportano che stavano sognando in circa l'80 per cento dei casi, mentre la percentuale scende a meno del 10 per cento delle volte se le svegliamo durante il sonno NREM. Una seconda differenza è che, durante il sonno REM, i sogni sono più vivi e prolungati rispetto alle esperienze più frequenti tipiche del sonno NREM, le allucinazioni ipnagogiche, che sono perlopiù statiche e che non includono chi sta effettivamente sognando (Corballis, 2016).

A dominare nei sogni REM è la vista, anche se gli occhi sono chiusi, in circa la metà compare anche una componente uditiva, mentre nel trenta per cento si presentano sensazioni di movimento o tatto; gusto e olfatto sono quasi del tutto assenti (Corballis, 2016).

Il sonno REM compare nel feto e, dal terzo trimestre, è presente per tutto il tempo. Ad esso si aggiungono, successivamente, il sonno non REM e la veglia e, dopo la nascita, il neonato passa più o meno la stessa quantità di tempo sveglio, in sonno REM e in sonno NREM. Infine, il sonno REM diminuisce in modo graduale occupando circa un'ora e mezza a notte. È intorno ai sette anni che i sogni sviluppano

una qualità narrativa e incorporano personaggi, compreso il bambino come sé sognante (Corballis, 2016).

Se ci limitiamo al sonno REM e consideriamo che si verifica circa ogni novanta minuti, facciamo dai tre ai quattro episodi di sonno REM a notte e circa 1.200 sogni REM all'anno (Valli & Revonsuo, 2009). Detto in altri termini, ognuno trascorre circa due ore per notte - ovvero sei anni della propria vita - generando storie notturne nella propria mente (Gottschall, 2018).

In aggiunta, non smettiamo di sognare neanche da svegli. Molte ore della nostra veglia vengono spese sognando a occhi aperti, cioè in quelli che vengono definiti sogni diurni. “Se prestiamo attenzione al nostro flusso di coscienza ci rendiamo conto che sognare a occhi aperti è lo stato di default della mente... In sostanza, la mente, ogni qual volta non è assorbita da un compito che richiede concentrazione (ad esempio, scrivere un paragrafo come questo o fare calcoli complessi), scivola immancabilmente nelle sue divagazioni” (Gottschall, 2018, p. 29).

La somiglianza tra sogni a occhi aperti e sogni notturni viene confermata dall'osservazione che anche i sogni notturni attivano il default-mode network, una rete di connessioni nel cervello che si attiva quando l'attenzione non è focalizzata (Corballis, 2016).

Questi pochi dati offrono un'idea del perché l'interesse scientifico per i sogni sia tuttora vivo e attiri l'attenzione di ricercatori provenienti da varie discipline, tra cui troviamo anche la psicologia e una delle sue applicazioni specialistiche, la psicoterapia.

All'interno di questo contesto, Yalom (2014) sottolinea che la letteratura sui sogni è “voluminosa, complessa, arcana, teorica e controversa. Gli studenti sono spesso confusi dai testi sulla simbologia dei sogni e dalla profusione di dibattiti al vetriolo tra freudiani, junghiani, gestaltisti e visionari. E poi c'è la letteratura in rapido sviluppo sulla nuova biologia dei sogni, che a volte sembra favorevole al lavoro sui sogni e qualche volta invece è sprezzante, visto che definisce i sogni creazioni puramente casuali e prive di significato” (p. 221).

Il presente articolo è suddiviso in due parti. La prima parte, dedicata alla questione della funzione (o funzioni) dei sogni, riassume due posizioni polari presenti in letteratura, da una parte, la Random Activation Theory (RAT), che conta vari sostenitori, tra cui Flanagan (2000), per la quale i sogni non hanno alcuna funzione evolutiva, dall'altra, il modello della simulazione (Revonsuo, 2000, 2003; Valli & Revonsuo, 2009), che sottolinea la funzione evoluzionistica dei sogni, e si conclude con una sintesi della visione fenomenologico esistenziale dei sogni proposta da Scilligo (1987, 1988, 1988a).

La seconda parte, dedicata al lavoro sui sogni in psicoterapia, dopo aver fornito alcune indicazioni generali relative alla preparazione dei pazienti al lavoro sul sogno, riporta e sintetizza alcune precauzioni e norme di protezione utili nel lavorare sui sogni riprese dalle riflessioni di Scilligo (1987, 1988, 1988a), Thomson (2005) e Bowater e Sherrard (1999, 2011); successivamente, presenta due diverse metodologie di lavoro sui sogni in psicoterapia, entrambe compatibili con una visione fenomenologico esistenziale dei sogni e con il modello dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC) (Scilligo, 2009). La prima metodologia, di tipo esperienziale, è stata illustrata e proposta per la prima volta da Scilligo (1988, 1988a), si ispira al lavoro sui sogni della terapia della gestalt e, nella versione qui riportata, è stata arricchita da un'ulteriore opzione di lavoro in chiave ridecisionale ripresa dall'articolo di Thomson; la seconda procedura, di tipo associativo, deriva da un'integrazione metodologica tra le fasi del modello di Scilligo e la tecnica associativa di lavoro sui sogni utilizzata da Irvin Yalom (2014)².

Entrambe le metodologie sono riassunte in due schede di lavoro (in Appendice), che sono rivolte principalmente agli specializzandi in psicoterapia a indirizzo analitico transazionale che desiderino sperimentarsi nel lavoro sui sogni, ma anche a terapeuti più esperti desiderosi di ampliare la propria *cassetta degli attrezzi* con altre

² Mi permetto di ricordare che Scilligo in un'intervista si è descritto come un'esistenzialista interpersonale, definizione che ben si presta a descrivere anche la posizione teorica di Yalom, uno dei fondatori della psicoterapia esistenziale, fortemente ispirato dalla prospettiva interpersonale.

possibili opzioni di lavoro sul sogno, così da poter rispondere alle esigenze diversificate dei loro pazienti.

La funzione dei sogni

Uno dei quesiti cui la letteratura sui sogni ha cercato di rispondere è relativo alla loro funzione. “I sogni, come le mani, potrebbero avere più funzioni. Ad esempio, vi sono alcune dimostrazioni del fatto che i sogni possono aiutarci ad archiviare le nuove esperienze in maniera corretta nei rispettivi settori della memoria a breve e lungo termine” (Gottschall, 2018, p. 90).

Il premio Nobel Francis Crick ha sostenuto che “sogniamo per dimenticare” (Crick & Mitchinson, 1983 cit. in Gottschall, 2018, p. 90), ovvero che i sogni ci aiuterebbero a ripulire la mente dalle informazioni inutili, costituendo un sistema di smaltimento dei rifiuti. La maggior parte dei modelli psicoterapeutici sostiene che i sogni costituiscono un materiale utile per accedere ai processi intrapsichici della persona e ai suoi schemi di funzionamento e che possano aiutarci a gestire le ansietà della vita da svegli, costituendo una sorta di autoterapia.

Perché, allora, sogniamo? E qual è la funzione dei sogni? Sebbene la questione relativa alla funzione dei sogni sia strettamente intrecciata a quella relativa alla loro formazione o origine, in questa sede proveremo a sintetizzare alcune delle posizioni espresse in letteratura senza addentrarci nella questione relativa alla loro origine³.

Occuparsi scientificamente di questa questione implica anche valutare l’ipotesi opposta, ovvero che i sogni non abbiano alcuna funzione, idea che ha trovato una sua piena formulazione nella Teoria dell’Attivazione Casuale (Random Activation Theory).

“I sogni non hanno alcuno scopo”: la Random Activation Theory

Alcuni ricercatori sostengono che i sogni non abbiano alcuno scopo. Owen Flanagan (2000), ad esempio, afferma che “i sogni non sono

³ Rimandiamo per una discussione più approfondita sul tema dell’origine dei sogni all’articolo di Scilligo (1987).

stati progettati dalla natura per svolgere una funzione” (p. 24) e li paragona ad un rumore, come il gorgoglio dello stomaco o il battito del cuore: così come le pulsazioni cardiache non sono lo scopo del pompaggio del sangue, ma ne sono un sottoprodotto, così il sogno è solo un sottoprodotto di tutto il lavoro utile compiuto dal cervello durante il sonno, ovvero un effetto collaterale (Gottschall, 2018).

La teoria del sogno come prodotto collaterale, nota appunto come RAT (Random Activation Theory), sostiene che il cervello durante il sonno porta a termine le incombenze di routine che di giorno non riesce a concludere, ma che i circuiti narrativi del cervello non riescano a imparare che il suo sferragliare nel sonno è privo di significato. Di conseguenza, trattano quel rumore di fondo allo stesso modo delle informazioni che affluiscono durante le ore di veglia, cercando di trasformarle in una narrazione coerente. Sfidando tutti i canoni della psicologia e della saggezza popolare, la RAT definisce i sogni come spazzatura mentale e offre una spiegazione del perché facciamo sogni tanto bizzarri, equiparandoli ai disperati tentativi della mente di ricavare narrazioni ordinarie da input casuali (Gottschall, 2018).

Tre argomenti contro la RAT

Anche se l'idea che alcuni aspetti dei sogni possano essere prodotti collaterali è ampiamente condivisa, la RAT non lo è altrettanto (Gottschall, 2018).

Revonsuo (2003), argomentando contro la tesi della RAT, fa presente che “nessun processo casuale potrebbe mai creare una simulazione così complessa del mondo della veglia. La bizzarria è sicuramente una caratteristica costante dei sogni, ma costituisce una deviazione relativamente di poco conto se confrontata alla solida e sofisticata organizzazione dello sfondo; un piccolo disturbo in un segnale altamente organizzato. La RAT può solo spiegare la bizzarria - il grado lieve del rumore - ma non il grado elevato di organizzazione in cui la bizzarria è incorporata” (cit. in Gottschall, 2018, p. 92).

L'argomentazione di Revonsuo, che somiglia molto al famoso *argomento niente miracoli* proposto in filosofia per avvalorare il

realismo scientifico (Godfrey-Smith, 2022), sostiene, in altre parole, che sarebbe davvero un miracolo o una coincidenza miracolosa che ogni sogno finisca per avere così tanta organizzazione e struttura, se derivasse da un meccanismo puramente casuale e senza scopo.

Un altro dato che la RAT fa fatica a spiegare in modo coerente è quello per cui, durante la fase REM del sonno, si genera l'atonia, ovvero il blocco del movimento. Questo blocco non avrebbe molto senso dal punto di vista della RAT e per comprenderlo dobbiamo ipotizzare che i nostri antenati, dato che i centri motori del cervello hanno la tendenza a trattare le storie notturne come reali, rischiavano di fare del male a sé stessi e a altri agendo i loro sogni (Gottschall, 2018). In termini evolucionistici, la soluzione più semplice al problema del movimento però non sarebbe quella di paralizzare tutto il corpo durante i sogni REM, bensì quella di far tacere il narratore interiore o impedire temporaneamente il suo accesso a ciò che il cervello sta facendo. Una spiegazione alternativa per questa scelta è, pertanto, quella per cui "l'evoluzione ha progettato una soluzione che consente alla mente di inscenare in sicurezza le sue simulazioni" (Gottschall, 2018, p. 93). L'inibizione del movimento, in altre parole, ci impedisce di mettere in atto i nostri sogni nel mondo reale, con conseguenze potenzialmente disastrose (Corballis, 2016)⁴.

Infine, la RAT trova un argomento contrario nell'evidenza che il sogno è presente anche in altri animali (Gottschall, 2018), come hanno mostrato gli esperimenti di Jouvet (1993) sui gatti, che presentano sia il fenomeno del sonno REM, sia quello dell'atonia. Quando si danneggia il loro tronco encefalico in modo da distruggere i meccanismi dell'atonia, i gatti, dopo essere entrati nella fase REM, sembrano svegliarsi di colpo: aprono gli occhi (pur non potendo vedere, dato che non reagiscono all'offerta di cibi stuzzicanti) e mettono in atto i loro sogni, esibendo comportamenti caratteristici per la loro specie (posture di agguato o appiattimento, comportamenti

⁴ L'inibizione dei movimenti durante il sonno potrebbe essere stata adattiva anche per un motivo diverso: dato che il corpo è particolarmente vulnerabile all'attacco mentre dormiamo, i movimenti potrebbero allertare i predatori notturni segnalando la possibile presenza di una preda (Corballis, 2016).

aggressivi o difensivi). Jouvett ha ipotizzato, alla luce di questi risultati, che i sogni servano a fare pratica, ovvero a ripassare le risposte ai tipici problemi della sopravvivenza. Il sogno sarebbe, secondo questa ipotesi, “un simulatore di realtà virtuale in cui le persone e altri animali affinano le risposte da dare alle grandi sfide della vita” (Gottschall, 2018, p. 95).

A ben guardare, si tratta di un’ipotesi che rovescia la visione freudiana dei sogni, secondo la quale essi sono soddisfazioni di desideri inconsci repressi. In tal senso, come fa notare Gottschall (2018), per Freud l’oca sogna il granoturco, mentre per Jouvett sogna la volpe.

La Threat Simulation Theory (TST): la funzione evuzionistica dei sogni

L’idea che i sogni possano costituire una simulazione di situazioni problematiche (minacce simulate) e un tentativo di risolverle (funzione di problem solving o di adattamento) trova una sua base empirica nell’analisi dei contenuti dei sogni. “Come afferma J. Allan Hobson, nei sogni ‘ondate di intensa emozione - soprattutto paura e rabbia - ci costringono a correre via o a lottare contro predatori immaginari. Nella coscienza sognante combatti-o-fuggi è la regola” (Gottschall, 2018, p. 96), ovvero “il mondo dei sogni è pieno di rischi emozionali e fisici” (Gottschall, 2018, p. 98).

Il modello della simulazione della minaccia (TST) ipotizza che “i sogni siano delle simulazioni di eventi minacciosi che ci forniscono l’opportunità di sviluppare modi per riconoscere e affrontare i pericoli della vita reale” (Corballis, 2016, p. 102): a sostegno di quest’ipotesi c’è l’osservazione che, in effetti, i sogni tipici sono spesso minacciosi o angosciosi, finendo per assomigliare parecchio alle storie dei bambini (Corballis, 2016)⁵.

⁵ Negli studi scientifici sui sogni si adoperano due metodi per registrarli: il primo, meno controllato, chiede ai soggetti di tenere un diario, annotando i sogni al mattino, appena svegli e prima che svaniscano; nel secondo, più controllato, i soggetti vengono svegliati durante il sonno e invitati a raccontare cosa stessero sognando (Gottschall, 2018).

Valli e Revonsuo (2009) stimano che, dei 1.200 sogni che facciamo in un anno, 860 contengano almeno un evento minaccioso (minaccia fisica, sociale o a possessi di valore) e “il mondo dei sogni è senza dubbio molto più minaccioso di quanto lo sia mediamente il mondo della veglia” (Gottschall, 2018, p. 98).

“La forma più comune di minaccia presente nei sogni, all’incirca il 40 per cento, ha a che fare con l’aggressione, mentre il resto è composto in larga parte da fallimenti, incidenti o sventure. ... La maggior parte delle minacce nei sogni riguarda chi sogna, ma nel circa 30 per cento dei casi la minaccia investe anche altre figure significative, dai parenti più prossimi agli amici e agli alleati” (Corballis, 2016, p. 103).

Anche Freud (cit. in Corballis, 2016, p. 100) aveva analizzato i contenuti ricorrenti dei sogni, arrivando a individuare quelli che chiamava *sogni tipici*, ossia i sogni che ricorrono e sembrano universali. Essi comprendono i sogni in cui si cade da grandi altezze, si vola o si è nudi. Un altro sogno tipico citato da Freud è quello di fallire in un esame o di dover ripetere un corso. “Quali che siano le origini di questi sogni tipici, però, la loro universalità suggerisce che non sono accozzaglie caleidoscopiche puramente casuali” (Corballis, 2016, p. 101).

Revonsuo (2003) riporta che la tipologia di sogno più frequente in tutto il mondo è quella in cui si è cacciati o attaccati e inserisce tra i temi universali anche molti di quelli riportati da Freud, come cadere da grandi altezze, annegare, perdersi o venire intrappolati, ritrovarsi nudi in pubblico, subire ferite, ammalarsi o morire e essere coinvolti in un disastro di origini naturali o antropiche. Gottschall (2018) riferisce che “voliamo soltanto in un sogno su duecento e i contenuti erotici di qualunque genere ricorrono una volta su dieci” (p. 99).

È interessante notare, peraltro, che le persone esposte a minacce o traumi nella vita reale tendono a fare più sogni minacciosi di quelle che presentano una vita più tranquilla: Corballis (2016) riporta un interessante studio che ha confrontato i sogni di soggetti appartenenti a paesi diversi, nel quale è emerso che la percentuale più bassa di minacce nei sogni apparteneva ai bambini finlandesi (<40%), mentre i bambini curdi registravano una percentuale dell’80 per cento.

Il modello della simulazione dipende dalla memoria implicita, che è inaccessibile alla mente conscia e è alla base di tutte le elaborazioni inconsapevoli, in accordo con l'idea che il nostro cervello sappia un mucchio di cose che noi non conosciamo direttamente (conoscenza implicita e inconscia) (Gottschall, 2018).

La TST “parte dal presupposto che la simulazione e la prova, realistiche in termini percettivi e comportamentali, di qualsiasi abilità (in questo caso, il riconoscimento delle minacce, l'evitamento e la capacità di farvi fronte) dovrebbe migliorare le prestazioni, a prescindere se gli episodi di addestramento siano o meno esplicitamente ricordati” (Valli & Revonsuo, 2009, p. 19). L'idea di fondo è che l'apprendimento procedurale implicito possa verificarsi attraverso la simulazione e l'allenamento mentale, migliorando le prestazioni, cioè quando i comportamenti sono ripetuti in situazioni non reali.

In tal senso, la plasticità del cervello gioca un ruolo importante. Franklin e Zyphur (2005) affermano: “Se si considera la plasticità del cervello - con appena 10-20 minuti di pratica motoria al giorno su un compito specifico la corteccia motoria si rimodella nel giro di poche settimane (Karni et al., 1998) - il tempo trascorso nei nostri sogni sicuramente modella il modo in cui il nostro cervello si sviluppa e influenza le nostre future predisposizioni comportamentali. Le esperienze che accumuliamo sognando nel corso della nostra vita influenzano sicuramente il nostro modo di interagire con il mondo e sono destinate a influenzare la nostra forma fisica complessiva, non solo come individui, ma come specie” (p. 73).

Contrariamente all'idea che i sogni siano prevalentemente irrealistici (argomento a favore della tesi che ne contesta la loro funzione di simulatore di problemi, perché un simulatore dovrebbe essere realistico per aiutarci ad imparare), gli studi mostrano che gli incubi, che sono i sogni più bizzari, li ricordiamo meglio e che consistenti campioni di sogni riferiti sono ragionevolmente realistici, per cui le nostre risposte ai dilemmi presenti nei sogni sono solitamente “pertinenti, ragionevoli e appropriate alla situazione sognata (Revonsuo, 2003, 294)” (cit. in Gottschall, 2018, p. 102).

La teoria della minaccia simulata è stata costruita a partire dai sogni registrati durante il sonno REM, mentre i sogni che avvengono durante il sonno NREM, specie durante la prima parte della notte, “sembrano raccontare una storia diversa in cui i sogni rappresentano esperienze recenti, anziché paure emotive antiche” (Corballis, 2016, p. 104-105). Wamsley e Stickgold (2010 cit. in Corballis, 2016, p. 105), ad esempio, studiando i sogni umani durante il sonno NREM, hanno rilevato che circa la metà di questi sogni includeva almeno un riferimento a esperienze recenti avvenute durante le ore di veglia, anche se raramente (nel 2% dei casi) essi replicavano l’esperienza nel modo in cui era davvero avvenuta. Che il sonno NREM sia importante per il consolidamento e l’apprendimento pare ormai assodato, tanto da far dire in modo perentorio a Corballis (2016): “La cosa migliore dopo che hai studiato per un esame è dormireci sopra” (p. 106).

La differenza tra sogni REM e NREM trova un ulteriore sostegno, in termini di chimica del cervello, nei livelli di acetilcolina, che sono al minimo durante il sonno NREM e che si riducono anche durante la veglia rilassata, durante la quale le persone amano fantasticare: la riduzione dell’acetilcolina, infatti, pare promuovere il consolidamento dei ricordi e il suo aumento nel sonno REM potrebbe spiegare perché troviamo molto difficile ricordarci i sogni fatti durante questa fase (Corballis, 2016).

I sogni in psicoterapia: la visione fenomenologico esistenziale di Scilligo

“Per migliaia di anni, i sogni sono stati considerati messaggi criptati provenienti dal mondo spirituale, che potevano essere decodificati solo da preti e sciamani. Poi, nel XX secolo, i freudiani hanno trionfalmente annunciato che i sogni sono sì messaggi criptati, ma dall’Es, e che solo il clero degli psicoanalisti era in grado di decodificarli” (Gottschall, 2018, p. 88).

Con Freud (1899) il sogno diventa l’espressione regia dell’attività mentale inconscia. Nel suo modello classico di origine e formazione

dei sogni⁶, Freud assegnava ad essi il ruolo di via regia e accesso principale all'inconscio, considerato come fonte di energie istintuali che premono per essere liberate e contenitore di fantasie e ricordi rimossi dallo stato cosciente (Fosshage, 2005).

Il modello classico freudiano è caratterizzato dall'idea che le difese siano sempre presenti nella formazione del sogno, con una distinzione che ne consegue tra contenuto manifesto e latente sulla base dell'idea che gli impulsi latenti debbano essere mascherati tramite le difese per preservare il sonno dall'emergere di materiale che proviene dall'Es (questa sarebbe per Freud la funzione biologica o evolucionistica dei sogni) (Fosshage, 2005). Bisogni e desideri, infatti, tenderebbero a svegliare il dormitore portandolo alla ricerca del loro soddisfacimento. Per Freud, i sogni sono, pertanto, l'espressione di una regressione intrinseca, riguardano modalità primitive di funzionamento (il processo primario legato al concetto di scarica e al principio del piacere) e escludono funzioni cognitive superiori (il processo secondario legato al ritardo della scarica e al principio di realtà) (Fosshage, 2005).

L'idea freudiana che i sogni siano mascheramenti simbolici di pensieri vergognosi o proibiti ha perso gran parte del proprio consenso (Corballis, 2016). A Freud (1899), tuttavia, va il merito di aver dato nuovamente importanza ai sogni dandogli lo statuto di oggetto della ricerca scientifica e di strumento per eccellenza nello studio esplorativo della mente e delle sue manifestazioni inconse.

Da allora, molto è cambiato: l'inconscio non è più considerato come una sede di impulsi e desideri, ma come “un aspetto della cognizione” (Fosshage, 2005, p. 19), la cui funzione primaria è quella di elaborare le informazioni. Fosshage (2005) propone sulla base delle nuove conoscenze acquisite di “cambiare l'aforisma di Freud secondo cui ‘il sogno è la via regia all'inconscio’ e dire che ‘il sogno è l'espressione

⁶ Per una presentazione più completa del pensiero di Freud rimandiamo all'articolo di J.L. Fosshage (2005) dal titolo “Le funzioni organizzative dell'attività mentale del sogno” in *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 43, 17-57, e al libro di Scilligo P. (1988a). *I sogni. Una guida al futuro*. IFREP, Roma.

regia dell'attività mentale inconscia” (p. 19). Il modello organizzativo dei sogni proposto da Fosshage (2005) permette di accentuare nella loro formazione il ruolo del funzionamento cognitivo elevato e di evidenziarne, in linea con gli sviluppi più recenti in ambito psicodinamico, con la ricerca e con le acquisizioni della psicologia cognitiva, la loro funzione adattiva e di elaborazione dei dati, una funzione sostanzialmente organizzatrice: secondo questo modello, “la funzione sovraordinata dei sogni consiste nello sviluppo, mantenimento (regolazione) e, se necessario, riparazione dei processi psichici ...e dell'organizzazione psicologica” (Fosshage, 2005, p. 23). Di seguito, illustreremo sinteticamente la visione fenomenologico esistenziale dei sogni di Scilligo, dopo aver brevemente riportato il pensiero di due degli Autori che l'hanno maggiormente influenzata, Carl Gustav Jung (1961) e Fritz Perls (1980, 1983). Si tratta, a nostro avviso, di una visione che non è in contrasto con l'ipotesi evolucionistica della funzione dei sogni proposta dalla TIST, la quale, del resto, si propone di spiegare, in termini storico-evolutivi, perché i sogni siano un adattamento (e non un epifenomeno) su cui ha operato la selezione naturale, ovvero una caratteristica di alcuni organismi che ha contribuito al loro successo riproduttivo e alla fitness genetica complessiva. Ipotizzare che una certa attività mentale, ovvero quella onirica, sia stata selezionata per simulare e prepararsi a affrontare le minacce esprime, in altre parole, un punto di vista filogenetico che, in termini contenutistici, può spiegare bene perché sogniamo di essere inseguiti da un predatore, ma le minacce che le persone devono affrontare sono certamente cambiate nel corso della storia evolutiva, altrimenti non ci capiterebbe di sognare di essere bocciati a un esame. Accanto alla visione evolucionistica della funzione dei sogni, abbiamo quindi bisogno di una visione che riconosca nell'attività mentale, compresa quella onirica, l'unicità dell'esperienza fenomenologica delle persone (la loro individualità soggettiva) e la funzione della mente di creare significati e struttura in questa esperienza, che è proprio quello che sottolinea l'approccio fenomenologico esistenziale ai sogni di Scilligo.

Antecedenti della visione fenomenologico esistenziale: Jung e Perls

La concezione junghiana⁷ propone una visione olistica, transpersonale e costruttiva del sogno. I sogni sono capaci di esprimere non solo l'inconscio personale, ma anche quello collettivo attraverso una saggezza transpersonale legata agli archetipi, che comprende risorse non disponibili nel deposito informativo conscio.

A differenza di Freud, "Jung ritiene che la psiche sia autoregolatrice e creatrice di benessere, anziché sede di difese e desideri inconsci minacciosi" (Scilligo, 1988a, p. 8) e vede il sogno come l'espressione intenzionale di un Sé centrale, che permette integrazioni e orienta la persona verso il futuro. Ciò implica che "nel sogno è in atto un'intelligenza creativa" (Scilligo, 1988a, p. 8).

Un ulteriore aspetto che differenzia Jung da Freud è relativo alla concezione del simbolo: "il simbolo del sogno per Jung non è un rebus, come pensava Freud, ma una figura ambigua aperta a più letture. Lo stesso simbolo può rappresentare diversi aspetti della persona" (Scilligo, 1988a, p. 8).

Scilligo (1988a) mette in evidenza, infine, come per Jung il sogno svolga due funzioni principali: una compensativa e una prospettica.

Rispetto alla prima, "il sogno armonizza la psiche, in quanto fa riemergere tutto quello che è represso o trascurato o ignorato nella vita di consapevolezza. Se gli atteggiamenti consci trascurano bisogni vitali della persona, allora il sogno manifesta gli aspetti necessari per assumere una direzione diversa verso un sano adattamento psicologico compensatorio, che permetta equilibrio e armonia nell'azione" (Scilligo, 1988a, p. 8). La funzione compensativa del sogno offre l'opportunità di cambiare atteggiamento di vita, indicando le alternative trascurate e equilibrando, attraverso il simbolismo inconscio, gli atteggiamenti unipolari consci.

Rispetto alla funzione prospettica, "il sogno manifesta l'anticipazione, nell'inconscio, di quello che verrà messo in atto nel futuro a livello conscio; è come se il sogno presentasse un abbozzo di piano

⁷ La sintesi del pensiero di Jung sul sogno è ripresa interamente da Scilligo P. (1988a, p. 7-9). *I sogni. Una guida al futuro*. IFREP, Roma.

preliminare di quello che sarà attuato. Il sogno non è profetico in senso letterale, ma svela piani intuitivi per arrivare a degli obiettivi desiderabili. In questo senso, Jung crea spazio per il concetto popolare del sogno come oracolo” (Scilligo, 1988a, p. 8).

In sintesi, nell’analisi di Scilligo (1988a), per Jung il sogno è una manifestazione intenzionale dell’inconscio, che promuove benessere psicologico (funzione compensativa) e manifesta pianificazioni intuitive (funzione prospettica).

È interessante notare come, anche in ambito psicodinamico, vengano riprese le medesime due funzioni dei sogni. Fosshage (2005), sulla base delle prove derivanti dalla ricerca scientifica sui sogni, ne evidenzia la loro funzione di mantenimento, regolazione e ripristino, corrispondente alla funzione compensativa di Jung secondo Scilligo, e la loro funzione evolutiva, corrispondente alla funzione prospettica in Jung secondo Scilligo.

La funzione di mantenimento e ripristino si riferisce al mantenere la continuità dell’organizzazione psicologica e al correggere, quando presente, uno stato di disorganizzazione psicologica: l’attività mentale in sogno può servire al mantenimento e alla regolazione dell’autostima, dell’attaccamento, dell’esperienza del sesso, dell’esplorazione e della sicurezza di sé. Il sogno, in questa visione, può mantenere o trasformare gli schemi sé, altro e sé-altro e serve a regolare l’affetto: se, ad esempio, durante la giornata non abbiamo potuto esprimere la nostra rabbia, è possibile che cerchiamo di raddrizzare la situazione in sogno in un tentativo di ripristinare l’equilibrio interiore. È possibile anche che si rinforzi uno schema mentale più disfunzionale o problematico: ad esempio, un successo può essere vissuto come una minaccia all’altro interiorizzato e un sogno può servire a riaffermare una visione di inadeguatezza di sé (Fosshage, 2005).

La funzione evolutiva dei sogni comprenderebbe, invece, apprendimento e problem solving, tanto che il sonno REM aumenta quando si apprendono cose nuove: “l’attività mentale del sogno può proseguire gli sforzi consci o inconsci della veglia per risolvere conflitti, ripristinando uno stato precedente, utilizzando processi

difensivi o creando una nuova organizzazione” (Fosshage, 2005, p. 24). La funzione evolutiva si collega all’acquisizione di nuove prospettive percettive e all’elaborazione di immagini di nuovi comportamenti, che possono contribuire allo sviluppo.

Il secondo Autore da cui Scilligo (1988a) attinge nella sua visione dei sogni è Fritz Perls (1980; Perls et al., 1983)⁸.

Per Perls (1983) ciascuno può imparare dai sogni e crescere grazie ad essi. I sogni sono creazioni spontanee che possiedono vitalità. “Il sogno è molto di più del desiderio di portare a compimento una situazione incompleta; per me, il sogno è un messaggio esistenziale. Può condurre alla comprensione del copione della nostra vita...” (p. 104). Perls (1983) considera il sogno un messaggio esistenziale che il sognatore deve scoprire, non un residuo di situazioni incomplete o di traumi e nemmeno una soddisfazione di desideri.

Il sogno è l’espressione della personalità che è in gran parte frammentata, cioè divisa in parti separate. Ciascun personaggio, oggetto o parte del sogno è, quindi, una proiezione di sé in un elemento del mondo onirico e rappresenta una parte rinnegata o alienata della personalità: si tratta di proiezioni che la persona è invitata a risperimentare e recuperare, così da riconoscerle come proprie e integrarle, passando dall’alienazione di sé all’identificazione con le proprie parti (Perls, 1983).

In linea con l’idea che “la terapia della gestalt non è un metodo di analisi, ma di integrazione” (Perls, 1983, p. 129), l’integrazione delle parti rinnegate consente alla persona di uscire dai processi di auto-alienazione, con i quali si mantiene separata da aspetti di sé ripudiati o vergognosi, e di sentirsi pienamente viva, fluendo verso il proprio centro esistenziale e ricominciando a essere sé stessa (Perls & Baumgarder, 1983).

Nel sogno, inoltre, troviamo le lacune della personalità, ovvero tutto quello che manca nel sogno manca anche nell’esistenza della persona,

⁸ Ricordiamo che Scilligo si è formato, tra l’altro, anche con James Simkin, uno degli allievi di Perls.

cui il sogno mostra simbolicamente quello che serve per essere interi (Perls, 1983).

Nei sogni o incubi ricorrenti, infine, Perls (1983) vede una gestalt incompleta: “Il sogno è il tentativo ripetuto più volte di risolvere un problema. Quando non vogliamo superare questa impasse, allora il sogno deve essere ripetuto. Questi sogni vi mostreranno il modo per aiutare il paziente a completare la situazione” (p. 106).

Lavorando con il sogno la cosa più importante per Perls è quella di non interpretarlo e di evitare giochi intellettuali. “Il paziente deve fare tutto il suo sporco lavoro da solo” (Perls, 1983, p. 129).

Invece di far raccontare il sogno, Perls (1983) suggerisce di “*portare di nuovo il sogno in vita*” (p. 105), utilizzando come strategia quello di raccontarlo al presente, coinvolgendosi e descrivendo l’esperienza del sogno come se stesse accadendo nel momento attuale. Successivamente, il sogno viene drammatizzato: la persona viene invitata a rivivere il sogno e a identificarsi con le sue parti, parlando sempre al presente e in prima persona, così da favorire l’identificazione con esse. Assumendo i diversi ruoli (persona, animale o oggetto inanimato), il sognatore si descrive, agisce e interagisce nel mondo onirico come se fosse un mondo reale, impersonando le parti del sogno e re-identificandosi con le sue proiezioni.

Nell’osservare Perls al lavoro⁹ è evidente tutta la sua creatività, il suo potere e la sua competenza nel lavorare con i sogni e si possono osservare molte tecniche di lavoro, come far esasperare i ruoli del sogno, farlo progredire attraverso incontri e dialoghi tra i personaggi, farvi aggiungere le parti mancanti e completarlo quando è interrotto, molte delle quali verranno riprese da Scilligo (1988) nella sua proposta di lavoro con i sogni.

⁹ È possibile leggere alcuni lavori di Perls con i sogni dei suoi pazienti nel secondo capitolo di *L’Eredità di Perls* (in Perls & Baumgarder, 1983) e nel capitolo XI di *I sogni. Una guida al futuro* di Scilligo (1988a).

*Scilligo e la visione fenomenologico esistenziale dei sogni*¹⁰

Scilligo (1988a) prende le distanze dalla spiegazione compositiva delle tracce mnestiche di Freud¹¹ e adotta una visione dei sogni come creazione formativa piuttosto che sintetica, trovando in questa posizione più affinità con Jung e Perls.

Rispetto al significato e alla funzione dei sogni, Scilligo (1988a) ritiene che essi presentino spesso la situazione esistenziale di chi sogna e quello che la situazione può diventare se la persona continua con il processo in atto.

Il sogno non solo informa sullo status quo della persona, ma promuove anche processi di integrazione e di sviluppo: da un lato, esso mantiene l'omeostasi del sistema attraverso processi compensativi (tra conscio e inconscio e tra parti di sé - Genitore e Bambino) che possono correggere polarità unilaterali, segnalare gli aspetti che la persona non ha ancora preso sul serio o invitare a impostare una nuova prospettiva e a considerare strategie alternative, dall'altro lato, esso promuove trasformazioni e aumento della complessità del sistema attraverso i processi legati all'intenzionalità e all'orientamento verso il futuro (Scilligo, 1988a).

La direzione generale del sogno è, dunque, quasi sempre verso la completezza e l'integrazione: si attuano processi integrativi degli aspetti della personalità che, evolutivamente e storicamente, sono stati danneggiati o bloccati (Scilligo, 1988a).

¹⁰ La visione di Scilligo viene qui soltanto accennata, rimandando ai riferimenti bibliografici per un suo approfondimento.

¹¹ Per Freud, il mondo onirico viene costruito sulla base di tracce mnestiche della vita di veglia (sogno come prodotto di secondo ordine) e non esiste originalità nel sogno, che ricomponne semplicemente le memorie della vita di veglia (Scilligo, 1988a). Per Scilligo (1988a) la teoria compositiva del sogno di Freud, che si fonda sull'idea dell'uso delle tracce mnestiche come base per il contenuto del sogno, presuppone che "per tutte le immagini del sogno esistano delle copie mnestiche passate che servano da materiale grezzo per le nuove combinazioni oniriche" (p. 3), presupposto difficile da accettare e che entra in conflitto con il rilievo che molti sogni presentano elementi compositivi radicalmente nuovi.

Il sogno parla con il linguaggio del simbolo, piuttosto che del segno: il secondo di solito ha un solo referente individuabile, mentre il simbolo è più vitale e ricco, complesso e multidimensionale, possedendo una natura analogica diversa dal linguaggio razionale, analitico e scientifico, che si fonda sull'univocità, sulla referenza specifica e precisa e sulla logica descrittiva (Scilligo, 1988a).

“Il simbolismo onirico è un'espressione essenzialmente personale di ogni individuo; anche se nei simboli si possono cogliere dei motivi culturali e di gruppo di appartenenza, essi assumono senso unico per la persona che li usa. Per questo qualsiasi simbolo onirico viene visto e viene colto nel contesto del sogno stesso e della vita di chi sogna” (Scilligo, 1988a, p. 27).

Una conseguenza di questa prospettiva è che si hanno traduzioni del sogno multiple e a più livelli, non necessariamente escludentisi tra di loro. Una seconda conseguenza è che l'interpretazione che traduce il simbolismo del sogno in significati comprensibili non può essere un processo meccanico fondato su corrispondenze tra simboli e significati: i simboli (ad es. un cane che abbaia) non sono segni (cane come residuo genitoriale che sgrida), ma vanno esplorati per coglierne il significato soggettivo per quella specifica persona in quello specifico momento della sua storia (potremmo scoprire, infatti, che il cane rappresenta la rabbia non espressa del Bambino) (Scilligo, 1988a).

Il sogno, in questo senso, può essere visto come un messaggio simbolico soggettivo, “una comunicazione sincera e aperta di sé a sé stesso, usando la ricchezza espressiva del simbolo” (Scilligo, 1988a, p. 29).

Il lavoro sui sogni

Perché è importante in terapia lavorare sui sogni?

Un primo spunto per rispondere a questa domanda ci viene offerto da Bowater e Sherrard (2011) per i quali “lavorare con i sogni offre ai clienti un'opportunità per osservare i propri processi interiori e per sviluppare uno strumento di autoguarigione. Esso migliora anche la

relazione tra il terapeuta e il cliente mentre collaborano alla scoperta di una nuova comprensione del mondo del cliente” (p. 180).

Gli Autori inseriscono il lavoro sui sogni in una cornice etica: “Nella nostra esperienza, il lavoro onirico dà un contributo così prezioso che pensiamo che il fallimento nell’includere i sogni, o almeno nel cercarli, sollevi questioni etiche” (Bowater & Sherrard, 1999, p. 283).

Lamentando lo scarso apprezzamento che il lavoro sui sogni sembrava riscuotere più di vent’anni fa tra gli analisti transazionali, Bowater e Sherrard (1999) hanno sottolineato come esso debba, invece, rappresentare una componente regolare nella promozione della salute dei clienti. Il loro intento è stato quello di “attirare l’attenzione su una risorsa naturale sottoutilizzata e stimolare gli altri a apprezzare non solo come il lavoro onirico possa contribuire alla guarigione, ma anche come talvolta rinforzi lo stato dell’Io Bambino con piacere nella sua creatività” (Bowater & Sherrard, 2011, p. 179).

L’apprezzamento per i sogni in Analisi Transazionale risale a Berne (1972) che, in “*Ciao... ” e poi?*, riporta alcuni sogni come rivelativi dei copioni di vita dei suoi pazienti (cit. in Bowater & Sherrard, 2011, p. 179-180).

Samuels (1974) ha sostenuto che i sogni sono una rappresentazione simbolica dinamica, piena di dettagli, della posizione esistenziale della persona all’interno del suo copione di vita e che forniscano informazioni sulla posizione della persona nella vita al momento del sogno, con uno sguardo al passato e al futuro: “da dove uno viene e dove uno va dentro o fuori dal copione di vita” (p. 27).

“Come affermato efficacemente da Margaret Bowater (2003), i sogni ci forniscono immagini e metafore che ci mostrano come ci avviciniamo al nostro mondo interiore e esteriore. Fanno luce sul nostro comportamento e sui modelli di copione, rivelano gli effetti dei traumi, ci avvertono dei pericoli e ci ispirano con le loro visioni simboliche” (Tangolo, 2019, p. 147).

L’esplorazione di un sogno può far emergere stati dell’Io dissociati, dando la possibilità a terapeuta e cliente di conoscere parti del sé rimaste nascoste, può rivelare conflitti o impasse che sostengono le attuali difficoltà del cliente e può mostrare decisioni o convinzioni di

copione, significati esistenziali o anticipazioni di cambiamenti in atto. A volte, il sogno è una fotografia della situazione, esistenziale, copionale o terapeutica della persona.

Per tutti questi motivi è importante che ogni terapeuta abbia alcune opzioni per lavorare sui sogni.

Nel presentare alcune strategie e tecniche di lavoro sui sogni, abbiamo suddiviso il materiale in tre parti: preparazione al lavoro sui sogni, precauzioni e procedimenti sconsigliati e, infine, procedure di lavoro.

Preparazione: condividere l'interesse per i sogni e stimolarne il ricordo

“In primo luogo, chiarite che i sogni vi interessano” (Yalom, 2014, p. 230). La prima raccomandazione che Irvin Yalom suggerisce quando si vuole lavorare sui sogni è quella di condividere con il paziente il nostro interesse nei confronti del mondo onirico. Se i pazienti non sanno che i sogni rappresentano un materiale e uno strumento prezioso per il progresso della terapia e per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal contratto, sarà difficile che li porteranno in seduta. E, ovviamente, i primi a doverlo sapere e pensare dovrebbero essere proprio i terapeuti.

L'interesse per i sogni può essere espresso in vari modi. Yalom (2014), ad esempio, afferma di includere, verso la fine della prima seduta, alcuni commenti sull'importanza dei sogni.

Tenendo presenti le fasi strategiche dell'Analisi Transazionale (alleanza, decontaminazione, deconfusione e riapprendimento), possiamo manifestare il nostro interesse per i sogni inserendolo intenzionalmente (terapeuta come Proponente secondo l'ATSC) nella fase di definizione del setting e di creazione dell'alleanza terapeutica (fornendo, ad esempio, al paziente alcune informazioni sui sogni e sul loro valore in terapia), oppure comunicarlo in risposta alla condivisione di un sogno portato dal paziente (terapeuta come Rispondente secondo l'ATSC). Capita, infatti, che, a volte, già nel corso delle prime sedute, sia lo stesso paziente a raccontarci di aver fatto un sogno, magari con l'aspettativa, ampiamente suggerita dal mondo cinematografico, che saremo noi a interpretarglielo. In tal caso,

si apre l'opportunità non solo di mostrare il nostro interesse verso i sogni, ma anche di chiarire la nostra posizione rispetto all'interpretazione (che comporta un'asimmetria inversa nell'aspettativa di interpretazione, dato che è il paziente a essere l'esperto del suo mondo interno), e il nostro specifico ruolo e modo di lavorarci.

Talvolta, è necessario fornire una breve psicoeducazione relativa al sogno e alle modalità di lavoro sui sogni, anche se quest'ultimo compito può essere posticipato al momento del primo lavoro sul sogno con un determinato paziente (come vedremo più avanti nelle metodologie di lavoro).

I sogni iniziali, peraltro, possono esprimere in maniera simbolica aspettative e paure riguardo la terapia che sta per iniziare (Yalom, 2014) e fornire informazioni preziose sul copione del paziente, che potranno diventare più chiare nella successiva fase della terapia, quella della decontaminazione.

Nel condividere con la persona il valore che diamo ai sogni, possiamo riferirgli che, in letteratura, esistono diverse posizioni rispetto alla funzione dei sogni e che noi, come analisti transazionali, ci collochiamo dalla parte di chi crede che i sogni abbiano significato e possano facilitare il lavoro terapeutico, sia sul versante dell'autoesplorazione profonda delle parti di Sé, sia sul versante del cambiamento costruttivo dei propri modi di pensare, sentire e comportarsi.

Un secondo aspetto preparatorio al lavoro sui sogni ha a che fare con la *questione del ricordo*. Come evidenzia Corballis (2016) “in pratica tutti i sogni sono dimenticati, a meno che non ci svegliamo mentre li stiamo facendo” (p. 95). L'esperienza di non ricordare i sogni è talmente comune da portare diverse persone a credere di non sognare (e, tra l'altro, l'amnesia al risveglio può sembrare una ragione intuitivamente valida per svalutare i sogni) (Gottschall, 2018). Inoltre, quando è conservata, la memoria dei sogni risulta spesso scarsa e frammentaria. Questa comune esperienza amnesica nei confronti dei sogni costituisce un vero e proprio mistero per la scienza, considerato

che sognare attiva l'ippocampo, conosciuto come l'hub del sistema della memoria (Corballis, 2016).

In psicoterapia, allora, può essere utile condividere con il paziente alcune di queste informazioni, normalizzando la sua esperienza di non ricordare i sogni e fornirgli alcuni suggerimenti pratici per superare questa naturale difficoltà.

Un suggerimento utile quando il paziente sostiene di non sognare o di non ricordare ciò che sogna è quello riportato da Yalom (2014): “Tenga un taccuino accanto al letto. Butti giù qualsiasi parte del sogno si ricordi al mattino o durante la notte. Al mattino ripassi il sogno nella sua mente, ancor prima di aprire gli occhi. Ignori la voce interiore traditrice che le dice di non preoccuparsi di scriverlo, perché è così vivido che non lo dimenticherà” (p. 230). In effetti, la decisione di verbalizzare e scrivere i propri sogni può portare le persone a ricordarseli di più.

Sempre in fase di alleanza e in vista di un lavoro terapeutico che dia spazio all'esplorazione dei sogni, può essere utile dare carezze al cliente quando ne porta o mostra di dare loro un'importanza: ad esempio, “Che bello che tu abbia portato un sogno oggi e che abbia voglia di esplorarlo!” oppure “Sono contento che tu abbia fatto tua l'idea che in terapia i sogni sono un materiale prezioso su cui poter lavorare!”.

Precauzioni e procedimenti sconsigliati: “primum: non nocere”

Il rischio di intervenire arrecando ulteriore danno alla condizione clinica del paziente può far parte di ogni attività di cura e, dunque, né la psicoterapia nel suo complesso, né il lavoro specifico sui sogni, ne sono esenti.

Alcune precauzioni generali nel lavorare sui sogni hanno a che fare con l'atteggiamento complessivo del terapeuta nei confronti del mondo interno del paziente.

Una metafora che ci sembra possa illustrare bene l'atteggiamento che il terapeuta dovrebbe tenere nei confronti di un sogno che il cliente gli porta è quella dell'essere invitati a casa del cliente, senza che quest'ultimo l'abbia potuta rassettare. La persona ci invita a salire a

casa sua e ci dice: “non farci caso, la casa è tutta in disordine, non ho avuto il tempo di sistemarla”. Magari decide di farci entrare in cucina, ma preferisce chiudere la porta della camera da letto, perché gli sembra troppo disordinata. Come ospiti, siamo tenuti a entrare in casa in punta di piedi, a non girovagare a nostro piacimento e, soprattutto, a farci fare strada dal padrone di casa. Uscendo dalla metafora, l’atteggiamento del terapeuta di fronte a un sogno è improntato al primato del rispetto sulla curiosità, partendo dal presupposto che, quando non è in atto un gioco psicologico, condividere un sogno è un atto di fiducia, un dono che la persona fa al terapeuta mostrandogli la propria casa quando gli sembra regnare il disordine.

Una riflessione simile viene sostenuta anche da Tangolo (2019) che, a tal proposito, scrive: “Come allora riceviamo un sogno? Lo riceviamo in modo empatico, non giudicante, tenendo presente che è un dono che proviene dalla sfera più intima della vita del nostro cliente, permettendoci di accedere al suo mondo interiore” (p. 154-155).

Questo atteggiamento del terapeuta rispetto ai sogni del paziente può essere descritto anche facendo riferimento alla quaterna del benessere dell’ATSC (una configurazione di valori alti sull’Adulto Libero, il Bambino Libero, l’Adulto Protettivo e il Bambino Protettivo, accompagnati da valori mediamente alti sul Genitore Libero e sul Genitore Protettivo) (Scilligo, 2009), dove gli stati dell’Io dominanti sono appunto quelli Liberi e Protettivi con una prevalenza, però, nel lavorare sul sogno, della protezione amorevole rispetto all’esplorazione amorevole.

Valgono nel lavoro sul sogno anche i valori e i principi di base del Codice etico dell’EATA (2012). Tra i primi, in modo particolare, l’autodeterminazione (ovvero la libertà di decidere il proprio futuro con la dovuta considerazione dei bisogni propri e altrui e di imparare dalla propria esperienza per diventare responsabile di sé), la salute (ovvero il diritto alla stabilità fisica e mentale della persona e il corrispettivo dovere del terapeuta di salvaguardarla), la sicurezza (come ambiente di base per favorire l’esplorazione e la crescita) e la mutualità/reciprocità (ovvero la costruzione di relazioni di interdipendenza finalizzate alla costruzione della sicurezza propria e

altrui). Tra i secondi, il rispetto (il professionista considera pienamente e cerca di comprendere le prospettive personali di ciascun individuo, creando un ambiente fidato), l'empowerment (il professionista si impegna a sviluppare la consapevolezza della persona rispetto a dignità, responsabilità, diritti ecc.), la protezione (emotiva e fisica, attraverso l'uso di procedure adeguate, basata sul consenso informato, accompagnato da un'attenzione vigile alle possibili tendenze distruttive del cliente), la responsabilità (sia come costruzione di una relazione che non arrechi danno al cliente, sia come contrattualità) e l'impegno nella relazione (il professionista considera il mondo interpersonale del cliente e il suo impatto su di esso).

Non è un caso, dunque, che diversi Autori che si sono occupati di lavorare sui sogni abbiano riflettuto sui rischi e sui potenziali danni connessi a tale lavoro. Di seguito, ci focalizziamo su tre contributi provenienti dall'Analisi Transazionale (Bowater & Sherrard, 1999, 2011; Scilligo, 1987, 1988, 1988a; Thomson, 2005).

Bowater e Sherrard (2011) propongono un codice etico per lavorare sui sogni, ispirato ai valori della consapevolezza, del rispetto e della sensibilità e individuano i seguenti principi di base:

1. *Proprietà*: il sognatore possiede il sogno, come una poesia o un dipinto, e è l'ultimo interprete del suo significato; altri possono assisterlo verso una comprensione più completa del sogno, ma solo dopo un contratto appropriato per lavorare insieme.
2. *Rispetto*: il sognatore ha il diritto di essere avvisato che un sogno può aprire sentimenti o ricordi inaspettati, di essere trattato con rispetto e di interrompere l'esplorazione se si sente troppo imbarazzato o angosciato; questo dovrebbe far parte del contratto iniziale di lavoro sul sogno.
3. *Privacy*: il sognatore ha diritto alla riservatezza sul proprio sogno e sul suo significato, salvo diverso accordo; qualora il terapeuta voglia usare un sogno del proprio paziente per scopi di formazione, supervisione, ricerca o istruzione, occorre che ottenga un permesso scritto e che garantisca la rimozione o

modifica dei dettagli che potrebbero far identificare il sognatore.

4. *Dialogo*: è possibile aiutare il sognatore a esplorare il proprio sogno ponendo domande aperte, notando connessioni, offrendo opzioni e rispettando i sentimenti in un dialogo collaborativo, ma non gli si dovrebbe imporre il proprio punto di vista. Nell'usare i metodi di azione occorre tenere presente l'eventuale fragilità o riluttanza del sognatore.
5. *Significato*: diversi metodi possono essere validi per esplorare un sogno e fornire più di uno strato di significato.
6. *Cautela*: a volte un sogno sembra implicare un messaggio o un avvertimento per qualcun altro (come nel caso dei sogni premonitori); il sognatore, prima di decidere se trasmettere tale messaggio, dovrebbe confrontarsi con un amico fidato e evitare di procurare danno alla persona sognata, ad esempio, causandole un'ansia non necessaria (Bowater & Sherrard, 2011, p. 184).

Anche Scilligo (1987, 1988) affronta la questione del *non nocere* chiarendo ruolo e diritti del sognatore e ruolo e doveri del terapeuta, che dovrebbe fare attenzione a evitare alcuni procedimenti considerati perlopiù dall'Autore, sulla base della sua lunga esperienza di formatore di terapeuti, come controproducenti.

In primo luogo, "*chi sogna ha la precedenza*" (Scilligo, 1988a, p. 43): chi sogna, cioè, decide di dire il sogno, modula il livello di manifestazione di sé, stabilisce i limiti del dialogo esplorativo, sceglie gli aspetti più rilevanti per sé e può scegliere di interrompere il processo esplorativo quando vuole. È suo diritto accogliere o meno i significati del sogno che, peraltro, sono auto-scoperti e non etero-imposti. In generale, la persona che porta un sogno è al centro dei significati e anche i significati culturali di alcuni simboli vanno colti nel contesto del suo mondo.

Scilligo (1988a), tuttavia, sconsiglia di lavorare sui sogni utilizzando la metodologia da lui proposta con i clienti che sono estremamente fragili e invita a fare molta attenzione con quelli che sono già

eccessivamente assorbiti nel loro mondo interno o gravemente disintegrati, insistendo, in questi casi, sulla cura e costruzione di buoni processi relazionali (alleanza) e rimandando il lavoro sui sogni a una fase successiva in cui la persona sia in grado di distinguere chiaramente la realtà dalla fantasia. Anche con i clienti che presentano processi troppo distruttivi (ad esempio, clienti depressi), raccomanda attenzione protettiva e suggerisce una specifica strategia (riportata più avanti nella metodologia di lavoro esperienziale).

In secondo luogo, il terapeuta non è considerato un interprete esperto, ma il suo ruolo è quello di “guida esterna” (Scilligo, 1988a, p. 43) che favorisce con competenza un processo di auto-scoperta. A tal proposito, Scilligo (1988a) offre una lista di 12 procedimenti sconsigliati, che rientrano chiaramente nel principio del *non nocere*. Per ogni procedimento sconsigliato, abbiamo inserito tra parentesi il quadrante (con le sue dimensioni caratteristiche) che, secondo il modello dell’ATSC (Scilligo, 2009), può caratterizzare l’atteggiamento, proponente o rispondente, che il terapeuta dovrebbe evitare:

1. “non spingere il cliente a fare quello che non vuole” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di favorire l’iperadattamento o di creare una relazione non rispettosa;
2. “non guidare il cliente seguendo un proprio filo che non deriva da informazioni dirette fornite dal cliente” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di diventare manipolativi/controllanti e di proiettare sul cliente i nostri significati;
3. “non creare confusione tra terapeuta e aspetti del sogno, entrando e uscendo dal sogno in modo poco chiaro” (II quadrante, libertà ostile), con il rischio di confondere sogno e realtà, ovvero relazione interpersonale attuale e aspetti del sogno;
4. “non trasformare il sogno in una fantasia guidata, se non per ragioni ben ponderate” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di sbilanciare la relazione creando dipendenza;

5. “non mettere in bocca al cliente parole quando è nel processo di scoprirle” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di togliere potere al cliente (e, quando lo si fa, dare al cliente il diritto di riconoscerle o meno);
6. “non fare con il cliente il gioco interpretativo dei simboli” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di creare una relazione non paritaria, che serve più a gonfiare in termini narcisistici l’Io del terapeuta, mettendo il cliente nel ruolo di incompetente; va evitato, altresì, ogni eventuale tentativo del cliente di imporsi interpretazioni oggettive da una posizione Genitoriale;
7. “non fare il gioco di vidimare per il cliente la sua interpretazione aprioristica del significato del sogno” (II quadrante, libertà ostile), con il rischio di favorire processi di non contatto con sé e di autoalienazione;
8. “non permettere mai che il cliente si vittimizzi con qualche suo aspetto invadente” (II quadrante, libertà ostile) con il rischio di colludere con il suo sistema protettivo danneggiato; questa è anche l’unica eccezione al principio del “chi sogna ha la precedenza”: se, infatti, sono in atto processi distruttivi, chi guida il lavoro sul sogno può scegliere di insistere per un certo corso di azione, bloccando in maniera protettiva tali processi;
9. “non abboccare subito agli aspetti negativi come parti Esterne” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di confondere parti Genitoriali con parti Bambine vittimizzate; un compito del terapeuta è quello di distinguere i simboli carichi di energia (Bambino Libero) dalle parti Esterne e Interne della struttura psichica (Genitore e Bambino Adattato) e, talvolta, solo impersonandole, le parti risultano evidenti (può, quindi, accadere che parti che sembravano Genitoriali siano in realtà aspetti interni vittimizzati, dato che spesso i bambini possono essere etichettati come “peste” quando si ribellano a chi ignora sistematicamente i loro bisogni);

10. “non forzare integrazioni che non sono mature” (III quadrante, controllo ostile), con il rischio di spingere il cliente verso l’integrazione delle parti prima che queste siano ben distinte e individuate; l’integrazione degli aspetti polari, in quanto simbolizzazioni di conflitti e di situazioni non concluse, è subordinata a una loro chiara individuazione e non può essere forzata dal terapeuta che è attento a rispettare i ritmi di lavoro del cliente;
11. “non lasciar sospese le persone che poi non si possono contattare” (II quadrante, libertà ostile), con il rischio di non chiudere una gestalt e, aggiungiamo, di favorire processi di acting out;
12. “non incoraggiare a lavorare sui sogni da soli se si tratta di persone poco in contatto con sé stesse o gravemente disturbate” (II quadrante, libertà ostile), con il rischio di stimolare processi disintegrativi (Scilligo, 1988a, p. 50-51).

Infine, quando il terapeuta si permette di fare ipotesi o di proporre sintesi conclusive, lo fa sempre in termini scientifici, cioè verificando se il cliente conferma oppure invalida le sue ipotesi attraverso la propria esperienza e conoscenza di sé (in tal modo, il terapeuta riduce la possibilità di fare proiezioni e di imporre il proprio punto di vista). Quest’ultima precisazione appare in linea con quanto affermano anche Bowater e Sherrard (2011), per i quali l’interpretazione è un processo collaborativo o co-creativo e che, a proposito dell’intervento attivo del terapeuta nel creare o aprire possibili strade di significato, affermano: “Un terapeuta esperto che conosca il background del sognatore potrebbe essere in grado di fargli vedere metafore e suggerire potenziali connessioni più facilmente di quanto possa fare il sognatore, ma il terapeuta deve offrirle provvisoriamente e incoraggiare il sognatore a testare quali significati effettivamente gli si adattano. Anche Carl Jung lo ricordava a sé stesso all’inizio del lavoro onirico che non conosceva niente sul sogno che gli veniva presentato” (p. 181).

Thomson (2005), infine, individua alcuni principi guida per selezionare i soggetti che possono lavorare sui sogni, raccomandando di:

1. lavorare con soggetti psicotici solo se in grado di distinguere la realtà dalla fantasia;
2. lavorare con persone depresse non psicotiche solo se siano in grado di escludere in modo chiaro l'ipotesi del suicidio;
3. se la persona porta un sogno con solo una successione di sensazioni in cui non accade nulla, lavorarci solo se si ha familiarità del suo contesto familiare/ambientale (quindi, non in workshop occasionali);
4. non lavorare sui sogni con i bambini che hanno un incubo: in questi casi, è preferibile aiutarli a 'curare' gli incubi, utilizzando la tecnica messa a punto da Mary Goulding, la quale prevede di chiedere al bambino quale sia il sogno che lo disturba per poi dirgli: "certo che sei proprio bravo a inventare sogni spaventosi! Perché adesso non inventiamo un sogno divertente?" (cit. in Thomson, 2005, p. 131). In tal modo, si stimola il bambino a inventare un sogno a lieto fine che lo libera dalle sue paure, con la conseguenza che, il più delle volte, il brutto sogno non si ripresenta.

Infine, l'Autore precisa che un effetto del lavorare con la sua procedura sui sogni ripetitivi è che la persona smetta di farli o che essi ricorrano con minor frequenza e intensità, consigliando, di conseguenza, di verificare se la persona non desideri invece poter continuare a fare quel sogno.

Per concludere questa parte relativa alle precauzioni e ai procedimenti sconsigliati nel lavorare sui sogni, riassumiamo nella tabella 1 alcuni degli aspetti, a nostro avviso, più importanti dal punto di vista etico.

Tabella 1. Principi e precauzioni nel lavorare sui sogni: diritti del sognatore e doveri del terapeuta

PRIMUM NON NOCERE		
PRINCIPI	Diritti del SOGNATORE	Doveri del TERAPEUTA
<p>Consenso informato. Il sognatore ha diritto di essere informato rispetto alle procedure utilizzate e ai rischi connessi.</p> <p>Proprietà e autodeterminazione. Il sognatore possiede il sogno e è libero di decidere per sé.</p> <p>Mutualità/reciprocità. Il terapeuta si impegna a costruire una relazione di interdipendenza.</p> <p>Rispetto. Il terapeuta si impegna a comprendere e rispettare i significati personali del sognatore.</p> <p>Protezione.</p>	<p>Il sognatore ha diritto di:</p> <ol style="list-style-type: none"> ricevere informazioni sui sogni e sulle procedure di lavoro con i sogni; essere informato sui possibili effetti del lavoro con i sogni; decidere se condividere il sogno; scegliere il livello di manifestazione e di sé e stabilire i limiti dell'esplorazione; scegliere gli aspetti più rilevanti per sé; 	<p>Il terapeuta ha il dovere di:</p> <ol style="list-style-type: none"> fornire informazioni sui sogni, sulla sua modalità di lavoro con i sogni e sui suoi possibili effetti; contrattare i passaggi del lavoro sul sogno, facendo attenzione a non entrare e uscire dal sogno in modo poco chiaro; non imporre il proprio punto di vista/interpretazioni; non spingere il sognatore a fare ciò che non vuole; non guidare il sognatore

<p>Il terapeuta utilizza procedure adeguate e tiene conto della sicurezza, emotiva e fisica, del sognatore.</p> <p>Privacy.</p> <p>Il sognatore ha diritto alla riservatezza sul proprio sogno e sui suoi significati e il terapeuta è tenuto a chiedere il consenso nel caso voglia usare il materiale del sogno.</p>	<p>6. interrompere l'esplorazione quando vuole, ad esempio, se si sente angosciato;</p> <p>7. scegliere se accogliere o meno i significati auto-scoperti (o suggeriti come ipotesi).</p>	<p>seguendo un proprio filo;</p> <p>6. favorire l'auto-scoperta del sognatore senza anticiparla;</p> <p>7. verificare le sue eventuali letture offrendole come ipotesi da confermare o meno;</p> <p>8. non lasciare sospeso il sognatore che non ha spazi adeguati a chiudere gestalt aperte;</p> <p>9. non permettere che il sognatore si vittimizzi.</p>
---	--	--

Deinde laborare: due metodologie di lavoro sui sogni

Le due metodologie per lavorare sui sogni che verranno di seguito illustrate nei loro passi fondamentali hanno alla base una medesima concettualizzazione dello scopo del lavoro sui sogni, concepito da Scilligo (1987, 1988, 1988a) come lavoro di scoperta di sé e di integrazione di parti alienate del sé (stati dell'Io connessi a esperienze traumatiche), o di conflitti (o polarità) tra stati dell'Io.

Il lavoro fenomenologico esistenziale con i sogni ha lo scopo di potenziare l'ampliamento dell'orizzonte esistenziale della persona che sogna (Scilligo, 1988a).

L'obiettivo primario del lavoro sul sogno non è, quindi, la sua spiegazione o interpretazione, ma l'aumento della consapevolezza di

sé del cliente attraverso il contatto con le proprie parti e la loro integrazione nel Sé. Tale obiettivo (scoperta e integrazione) viene perseguito attraverso l'esperienza (primato delle metodologie esperienziali) e è finalizzato ad un miglioramento dell'autonomia e del benessere psicologico e sociale della persona, meta di tutta la terapia. In questa cornice, la spiegazione di un sogno, quando non è preceduta da un autentico contatto con sé stessi, rischia di diventare un modo di alienare da sé gli aspetti e i significati presenti nel sogno.

Le due procedure di lavoro di seguito illustrate sono compatibili con un approccio ridecisionale alla psicoterapia e con il più recente modello dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva e la sua "visione dell'uomo come libero, responsabile, e co-costruttore di sé stesso e della sua situazione interpersonale" (Scilligo, 2009, p. 5).

Bowater e Sherrard (2011) hanno suggerito che la mancanza di attenzione dei professionisti per i sogni dei loro clienti possa dipendere da una mancanza o inadeguatezza del loro training, nonostante nel corso degli anni il corpus scientifico sul tema si sia notevolmente ampliato e abbia dato vita, dal 1983, ad un'Associazione internazionale per lo studio dei sogni.

Per venire incontro ai bisogni formativi degli psicologi iscritti ad una Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad orientamento analitico transazionale, abbiamo ritenuto potesse essere utile fornirgli una guida, sotto forma di foglio di lavoro, che permetta loro di avere sottomano i passi da seguire nello sperimentarsi quando lavorano sui sogni.

La paura del nuovo e il non sapere dove l'esplorazione possa portare (quali processi inconsci e profondi il sogno possa aprire) richiedono una buona tolleranza dell'ignoto e una fiducia di base. Nella fase iniziale di apprendimento di nuove tecniche o metodologie, le schede di lavoro (simili, nello spirito, a quelle che vengono usate nell'EMDR) possono essere molto utili e fornire, a livello affettivo, una base sicura a partire dalla quale sperimentarsi con i clienti e, a livello cognitivo, una traccia chiara da seguire per favorire l'automatizzazione della procedura. Le schede possono servire anche per l'automonitoraggio e

ai fini di un primo momento di autoriflessione (auto-supervisione) sul lavoro fatto.

La scelta di proporre due diverse modalità di lavoro nasce dal riconoscimento delle diverse preferenze delle persone: il vantaggio è quello di potersi adattare allo stile del cliente¹².

Le metodologie illustrate sono state riprese e riadattate dai contributi di tre diversi Autori (Scilligo, 1988; Thomson, 2005; Yalom, 2014), che offrono strategie specifiche per lavorare sui sogni sia in termini esplorativi sia in termini ridecisionali, come illustrato nella tabella 2.

Tabella 2. Tipologie di lavoro sui sogni e rispettive strategie.

Tipologia di lavoro sul sogno	Strategia
<i>Lavoro esplorativo</i>	Metodologia esperienziale di Scilligo.
	Metodologia associativa di Yalom.
<i>Lavoro ridecisionale</i>	Metodologia ridecisionale di Thomson.

Le frasi in corsivo proposte nei fogli di lavoro rappresentano solo possibili opzioni da usare, ma è importante che ognuno utilizzi il proprio linguaggio e che quest'ultimo sia congruente con il proprio modo di essere

Metodologia esperienziale

Il primo foglio di lavoro riportato in Appendice riassume in 8 passi la metodologia esperienziale di lavoro sul sogno proposta da Scilligo (1987, 1988; 1988a), al quale rinviamo per un approfondimento delle sue basi teoriche e tecniche.

Le uniche differenze che abbiamo apportato riguardano il punto 6 nel quale proponiamo, tra le opzioni, un lavoro sul finale in chiave ridecisionale, ripreso da Thomson (2005), il punto 7 che, nel nostro

¹² Nel corso della mia pratica professionale come psicoterapeuta, ho potuto rilevare che alcuni clienti si trovano a disagio nel lavorare con una modalità gestaltica che comporta l'uso della drammatizzazione. Con questi pazienti, ho trovato utile adottare una modalità di lavoro alternativa di tipo associativo.

foglio di lavoro, contiene i punti 7-8 della procedura di lavoro di Scilligo (1988a) e il punto 8, non presente in Scilligo, finalizzato a dare informazioni al cliente sui possibili effetti del lavoro sul sogno.

Di seguito, forniamo alcune spiegazioni delle fasi:

1) *Chiudere situazioni aperte*: la prima fase richiede di creare le condizioni per lavorare sul sogno, che possono comprendere il chiudere eventuali precedenti situazioni aperte.

2) *Centrarsi sul sogno*: il terapeuta aiuta la persona a concentrarsi sul sogno, evitando divagazioni o interpretazioni.

3) *Contratto implicito*: il contratto sui sogni è un contratto di tipo esplorativo. Sebbene, come sostiene Scilligo (1987, 1988, 1988a), nel lavoro sul sogno “non si fanno contratti se non quello implicito di lavorare sul sogno” (Scilligo, 1988a, p. 45), cioè sebbene il contratto relativo al lavoro sul sogno sia tipicamente implicito e esplorativo, tuttavia, riteniamo utile, nel lavorare con i sogni, tenere a mente quanto Lee (2006) afferma a proposito dei contratti di processo, ovvero tutte quelle procedure che vengono stipulate momento per momento durante la seduta di psicoterapia come parte del processo interpersonale nel qui e ora. Un esempio di procedura contrattuale legata al processo è quando chiediamo a un paziente: “Cosa vuoi in questo momento?”, domanda che apre la possibilità di raggiungere direttamente il contratto (“e lo stai facendo in questo momento?”). Alcune delle qualità (accettazione di sé, contatto, relazione nel dialogo, *nowness* ecc.) di questi contratti di processo per come li concettualizza Lee (2006) sono particolarmente adatte al lavoro sul sogno. Un esempio di contratto di processo mentre si lavora su un sogno è quando il terapeuta si accorge che la persona sta uscendo dal sogno (cioè, invece di raccontare il sogno in prima persona e al presente o con una perifrasi progressiva - “sto uscendo” - comincia a fare commenti sul sogno, cambia prospettiva, ecc.), gli fa presente questo spostamento (“noto che...”) e contratta con lei come proseguire il lavoro (“vuoi continuare a restare nel sogno in questo momento oppure preferisci uscirne?”).

4) *Narrazione dall'interno e al presente*: nella quarta fase il terapeuta fa raccontare il sogno in prima persona e con i verbi al presente; ciò

implica invitare il cliente ad entrare in contatto con il materiale del sogno e a lasciarsi sentire il sogno e è anche per il terapeuta un'occasione di ascoltarlo entrando nella casa del paziente e lasciandosi sentire il sogno con atteggiamento di mindfulness, cioè notando e registrando quanto vi accade e la propria esperienza.

5) *Sentimento e punti salienti*: al termine del racconto immersivo, il terapeuta chiede al paziente quale sia il sentimento dominante alla conclusione del sogno e quali siano i due/tre punti che sente come salienti e importanti da esplorare. È utile in questa fase aiutare la persona a individuare con più chiarezza possibile i simboli per lei carichi di significato. Scilligo (1988a) sottolinea come, a questo punto del lavoro, il terapeuta possa già avere un'idea del tipo di sogno che il paziente ha portato, ovvero se sia risolutivo di una situazione, se descriva un'impasse o la situazione esistenziale.

6) *Contatto con le proiezioni e lavoro sul finale*: la sesta fase apre la possibilità di lavorare sul sogno attraverso due diverse porte/opzioni, che non si escludono a vicenda, ma che possono essere usate in sequenza:

- a) le proiezioni o parti del sogno:
 - persone, oggetti, animali del sogno scelti (nel punto 5) come salienti dal paziente;
 - eventuali polarità che emergono quando si lavora con le singole proiezioni o parti;
- b) il finale del sogno:
 - quando è tutto negativo;
 - quando appare interrotto.

L'opzione (a) (*Contatto con le proiezioni*) prevede che la persona sia disposta a entrare in contatto con un aspetto (parte o proiezione del sogno) da lei scelto.

Per il lavoro su persone, oggetti o animali del sogno, è importante che il sognatore rientri nel sogno e si identifichi con la parte scelta; il terapeuta lo guida invitandolo a descriversi come parte e a raccontare nuovamente il sogno in prima persona e al presente, assumendo la prospettiva di quella parte. Al termine del racconto del sogno, il terapeuta invita la persona a uscire dal sogno e a creare un ponte tra

quanto ha sperimentato come parte del sogno e la sua situazione di vita o il suo specifico modo di essere e relazionarsi. Scilligo (1988a) suggerisce, peraltro, di contattare un ruolo per volta, evitando di lavorare in sequenza con più di tre aspetti e aiutando il cliente a entrare e uscire dal sogno in modo chiaro e condiviso. Aggiunge, inoltre, che qualora il cliente non si riconosca in un certo aspetto o faccia fatica a creare un ponte di significato con la sua vita attuale, di rispettare tale possibile resistenza o inconsapevolezza e di rimandare più avanti la riflessione. Raccomanda, infine, di evitare di stimolare per primo il contatto con le parti distruttive, repressive o critiche (Stati dell'Io Sé critici e ribelli nell'ATSC), energizzando inizialmente le strutture Bambino.

In alcune occasioni (*eventuali polarità*), può capitare che lavorando con le proiezioni emerga un qualche conflitto tra parti; in questi casi, il terapeuta può proporre al cliente di esplorare il conflitto, usando la tecnica del dialogo tra le parti. In termini più concreti, se durante il lavoro di contatto con le proiezioni, emergono delle polarità (ad es. il cliente immedesimandosi nell'automobile rossa del suo sogno viene bloccato a un semaforo; oppure immedesimandosi nella bambina del sogno, scappando si dirige verso una porta, apre la maniglia, ma questa è bloccata), allora il terapeuta, notando il blocco, può suggerire e contrattare con il cliente un dialogo tra le parti, invitando la persona, in maniera tecnicamente simile al lavoro gestaltico con le due sedie, a far dialogare le due polarità (nell'esempio, automobile e semaforo; maniglia e porta chiusa) in vista di una loro chiara differenziazione e successiva integrazione.

Per quanto riguarda il punto (b) (*finale del sogno*) sono possibili 2 opzioni:

- se il sogno viene descritto come tutto negativo, è possibile stimolare il cliente a finire il sogno nel modo più piacevole possibile ("usi tutta la magia possibile nella situazione del sogno per finirlo nel modo ideale"). Scilligo (1988a) propone tale intervento come primo passo nel caso si lavori con persone ampiamente distruttive e che tendono a destrutturarsi "dal momento che talora i sogni possono non avere funzioni integrative" (p. 48-49);

- se, invece, il sogno è un sogno interrotto, è possibile usare la tecnica ridecisionale proposta da Thomson (2005), di cui di seguito riportiamo i passaggi più significativi (rimandando al suo articolo per un ulteriore approfondimento della sua proposta di lavoro con i sogni).

Thomson (2005) fa notare che il lavoro sui sogni, a differenza del lavoro ridecisionale, è finalizzato ad ottenere materiale che permetta di comprendere l'esperienza del paziente e di aumentare la sua consapevolezza di sé, cioè è un lavoro primariamente *orientato all'insight*. La terapia della ridecisione, invece, è orientata al cambiamento dei modi di pensare, sentire e agire con lo scopo di migliorare la propria esistenza.

Tale distinzione, tuttavia, seppur in parte condivisibile, viene meno qualora intendiamo il lavoro terapeutico, compreso quello ridecisionale, come una spola continua tra scoperta di sé (accompagnata da un'accettazione profonda del senso e del valore delle proprie passate decisioni e convinzioni) e cambiamento di sé finalizzato al superamento dei sintomi nell'ottica di un più ampio benessere della persona e alla risoluzione e rielaborazione delle esperienze traumatiche che hanno portato alla formazione del copione di vita. In altre parole, accettazione di sé e cambiamento di sé rappresentano le due polarità che accompagnano tutto il lavoro psicoterapeutico e permettono, a nostro avviso, di creare un ponte tra lavoro sul sogno e lavoro ridecisionale in senso stretto.

Thomson (2005) suggerisce una modalità di lavoro sul sogno capace di favorire processi di ridecisione e fa presente che lavorare sui sogni in chiave ridecisionale “è più produttivo quando sono insoddisfacenti o incompleti”, in altre parole “se il sognatore ha vissuto durante il sogno, o al termine di esso, qualcosa che non gli è piaciuto e che vorrebbe cambiare, oppure se una certa esperienza gli appare incompleta” (p. 132)¹³.

Nel lavorare sui sogni, abbiamo trovato utile inserire i passi suggeriti da Thomson (2005) nel punto 6 di Scilligo, come ulteriore opzione di

¹³ Nell'articolo cita l'esempio di una persona che sogna di cadere da una finestra e si sveglia mentre è in volo e che vuole cambiare il sentimento di paura associato al sogno.

lavoro, negoziata con la persona, soprattutto quando il sogno risulta interrotto o per lei insoddisfacente¹⁴.

Riassumiamo la tecnica di lavoro sul finale (punto 6b), ripresa da Thomson (2005), nei seguenti 2 passi riportati nelle Tabelle 3 e 4-6.

Tabella 3. Passo 1 del lavoro sul finale in chiave ridecisionale.

Passo 1: lavoro sul finale in chiave ridecisionale		
T	“Ora aggiunga a questo sogno un finale così come lei lo vorrebbe; questo è il suo sogno e, quindi, può farlo finire come meglio crede”.	Istruzione o direttiva che ha lo scopo di stimolare il sognatore a costruire/decidere un finale diverso, positivo e autonomo.

T=terapeuta

Intervento tratto da Thomson (2005, p. 137).

Nel primo passo, il terapeuta, dopo aver stimolato la persona a rientrare nel sogno, gli suggerisce di creare un finale.

Il successivo passo del terapeuta prende le mosse dalle possibili risposte del sognatore, suddivise da Thomson in 3 scenari.

Tabella 4. Passo 2 del lavoro sul finale in chiave ridecisionale: primo scenario.

Passo 2: scenario 1		
C	“Beh, vorrei tornare indietro e cambiare il sogno”.	Transazione tangenziale o tentativo di cambiare il passato invece di prendersi

¹⁴ Va ricordato che è stato Perls (1983) a introdurre la tecnica di invitare i pazienti a aggiungere al sogno le parti mancanti e a completare i sogni incompiuti, partendo dall'assunto che ciò che manca nel sogno manchi anche nella vita della persona.

		il potere di una nuova decisione.
T	<p>“No, il sogno lo ha già fatto e appartiene al passato, non può cambiare il passato. Aggiunga ora al sogno un finale diverso; è il suo sogno e può farlo finire quando e come vuole”.</p> <p>Oppure</p> <p>“Ha fatto questo sogno e non può cambiarlo, ora può aggiungere però il finale che preferisce”.</p>	Confronta il cliente e lo stimola nuovamente a prendere potere.

T= terapeuta; C=cliente

Intervento tratto da Thomson (2005, p. 137-138).

Nel primo scenario, la persona invece di completare il sogno, come suggerito dal terapeuta, afferma di voler cambiare l'intero sogno. Il terapeuta, quindi, notando la tangenzialità della risposta e la fantasia grandiosa di cambiare il passato, confronta il cliente e gli restituisce il potere attuale di modificare adesso quanto già costruito/sognato.

Tabella 5. Passo 2 del lavoro sul finale in chiave ridecisionale: secondo scenario.

Passo 2: scenario 2		
C	Il sognatore produce un finale inventato altrettanto frustrante di quello originale.	Conferma del copione.
T	“Ha avuto la possibilità di far finire questo sogno nel modo che desiderava e il finale che ha immaginato è altrettanto frustrante quanto quello del sogno originale. Vuole davvero che il sogno finisca così?”.	Confronta il cliente e contratta un cambiamento.
C	“No, non lo voglio”.	Il cliente si afferma.

T	“Allora faccia finire il sogno come vorrebbe che finisse, è suo e può farlo finire come vuole lei”.	Nuova direttiva.
----------	---	------------------

T= terapeuta; C=cliente

Interventi tratto da Thomson (2005, p. 137-138).

Nel secondo scenario, il cliente si prende il potere di decidere un finale per il suo sogno incompleto, ma lo usa in modo copionale. Il terapeuta, notando questa scelta, confronta il cliente e lo invita a usare in modo costruttivo il proprio potere.

Tabella 6. Passo 2 del lavoro sul finale in chiave ridecisionale: terzo scenario.

Passo 2: scenario 3		
C	Il sognatore produce un finale passivo: ad es. “Arriva un poliziotto a cavallo che mi toglie dai guai e finisce tutto per il meglio”.	Scelta simbiotica o di dipendere da un'altra persona per il proprio benessere.
T	“Questo è già un finale migliore, però sceglie di essere salvato da qualcuno, è davvero così che vuole far finire il suo sogno?”.	Confronta il cliente.
C	“No, non lo voglio”.	Il cliente si afferma.
T	“Allora, lo faccia finire trovando un modo in cui è lei a risolvere la questione”.	Nuova direttiva.

T= terapeuta; C=cliente

Interventi tratto da Thomson (2005, p. 139).

Nel terzo scenario, il cliente struttura un finale positivo, ma non si attribuisce il potere di questo cambiamento, delegandolo all'esterno. Anche in questo caso, l'intervento del terapeuta è di tipo confrontativo e mira a stimolare nel cliente una maggiore autonomia.

Tra gli aspetti da tenere in considerazione, quando si applica questa procedura, c'è la questione relativa all'importanza di coinvolgere nella ridecisione lo stato dell'Io Bambino del cliente. A tal proposito, Thomson (2005), fa presente che, se è trascorso molto tempo dal sogno, è probabile che il Bambino non venga coinvolto in modo abbastanza intenso durante la rievocazione e che, senza tale coinvolgimento, la probabilità di una ridecisione o di un cambiamento attraverso il lavoro sul sogno sia ridotta.

In sintesi, il punto 6 offre due diverse opportunità di lavoro, che non devono essere utilizzate necessariamente insieme o in sequenza. Sugeriamo, anzi, allo specializzando in psicoterapia di esercitarsi in primo luogo nel favorire il contatto della persona con la proiezione da lei scelta, seguendo una procedura a due passi:

1. stimolare il cliente a essere la proiezione e a descriversi (es. “sia la casa del sogno”); il cliente si identifica con la parte scelta e si descrive (es. “sono una casa, sono diroccata, sono nascosta nel bosco e sono fatta di mattoni...”);
2. invitare la persona a rivivere e raccontare il sogno dalla prospettiva della proiezione (es. “ora racconti cosa succede nel sogno. Racconti il sogno dalla prospettiva della casa”); la persona, rientrando nel sogno, lo racconta identificandosi con la parte (es. “Giorgio sta camminando dentro di me, sale le mie scale e entra nella mia camera da letto; incontra Giulia e ...”).

Solo in un secondo momento, quando si sentirà più competente, lo specializzando in psicoterapia potrà introdurre nella sua tecnica di lavoro anche il lavoro sulle polarità e sul finale con le sue varianti.

7) *Messaggio del sogno*: il lavoro esperienziale sul sogno si conclude quando avviene un'integrazione o un insight significativo e il cliente ha il senso di aver assimilato un aspetto per lui importante. Il punto 7, che riunisce i punti 7 e 8 della procedura di lavoro presentata da Scilligo (1988a), comprende la richiesta al cliente di verbalizzare in una frase quello che il sogno vuole dirgli e lo stimolo a utilizzare nella

sua vita attuale quanto ha appreso dal sogno, ovvero il passaggio dalla comprensione all'azione.

8) *Chiusura*: infine, può essere utile dare informazioni al cliente sui possibili effetti del lavoro sul sogno, lasciando la porta aperta. Il terapeuta potrebbe dire qualcosa di simile: “spesso quando si lavora su un sogno, la nostra mente continua ad elaborare il materiale emerso anche dopo l'ora di terapia e nei giorni successivi; potrebbero venirle in mente altre associazioni, ricordi e immagini o potrebbe notare qualche cambiamento nelle sue percezioni, emozioni e modi di fare; se vorrà, nella prossima seduta, mi farà piacere riparlare insieme e ascoltare da lei cosa ha notato”.

Metodologia associativa

La metodologia associativa riassunta nel secondo foglio di lavoro riportato in Appendice sintetizza in 8 passi alcuni dei suggerimenti tratti dal lavoro sui sogni di Irvin Yalom (2014), cui rimandiamo per un approfondimento delle sue basi teoriche e delle sue tecniche.

“Il principio fondamentale alla base del mio lavoro sui sogni è estrarre da loro tutto ciò che facilita e accelera la terapia” (Yalom, 2014, p. 223). Il lavoro sui sogni di Yalom (2014) parte dal presupposto che essi “rappresentano un' incisiva riformulazione dei problemi più profondi del paziente ma in un linguaggio diverso - un linguaggio fatto di immagini visive” (p. 221). I sogni sono al servizio della terapia e Yalom (2014) suggerisce un approccio pragmatico nei loro confronti, utilizzandoli ogniqualvolta possano facilitare la terapia o alcune sue fasi specifiche.

Riportando il sogno di una sua paziente che seguì la sua prima seduta¹⁵, ad esempio, Yalom (2014) utilizza il lavoro sul sogno

¹⁵ ““Ero ancora una studentessa di legge, ma trattavo un caso in un'aula di tribunale aperta, grande, affollata. Ero sempre una donna, ma avevo i capelli corti ed ero vestita da uomo, con stivali alti. Mio padre, che indossava una lunga tunica bianca, era sotto processo e io ero il pubblico ministero che lo accusava di stupro. In quel momento sapevo che era un vero suicidio, perché alla fine lui mi avrebbe uccisa per quello che gli stavo facendo’. Si svegliò

(ovvero le domande e i commenti su di esso¹⁶) per focalizzarsi sugli aspetti che riguardavano l'impegno e la sicurezza nella situazione terapeutica, cioè tenendo presente la necessità, a inizio della terapia, di stabilire una forte alleanza terapeutica (basata su fiducia, sicurezza e riservatezza).

Spiegando la sua tecnica di lavoro, Yalom (2014) afferma di stimolare i pazienti a scegliere parti del sogno e a fare associazioni libere sul loro contenuto: “Si prenda un paio di minuti, pensi a (qualche parte del sogno) e lasci che la sua mente vaghi liberamente. Pensi ad alta voce. Dica qualsiasi cosa le venga in mente. Non censuri nulla, non lasci perdere alcuni pensieri perché le sembrano stupidi o irrilevanti” (p. 231).

Si tratta di una modalità che, a nostro avviso, è compatibile con la visione dei sogni di Scilligo (1987, 1988, 1988a) e che sostituisce alla tecnica esperienziale una tecnica associativa, la quale, se usata correttamente, cioè rispettando e favorendo le libere associazioni della persona, può offrire una seconda opzione di lavoro.

Va detto, a onore del vero, che Yalom (2014) affianca a questa tecnica anche un lavoro più relazionale e psicodinamico, in cui condivide le sue libere associazioni con i pazienti, scegliendo lui le parti significative perché ci meditino su. “Talvolta, è utile reagire spontaneamente, esprimere qualcuna delle vostre libere associazioni in relazione al sogno. Naturalmente questo può influenzare il lavoro, dato che sono le associazioni del paziente, non le vostre, a portare a una visione più autentica del sogno, ma dato che mi preoccupa di ciò che fa progredire il lavoro terapeutico e non di qualche illusoria interpretazione autentica del sogno, la cosa non mi disturba” (Yalom, 2014, p. 235).

L'efficacia di questa ulteriore modalità di lavoro (in cui il terapeuta prende potere e corre molti dei rischi da cui Scilligo mette in guardia

alle tre del mattino temendo la presenza di un intruso in casa e sentendosi agitata” (Yalom, 2014, p. 223).

¹⁶ “Cosa ne pensa del fatto di mettere suo padre sotto processo? ... E i suoi pensieri sull'essere in un'aula di tribunale aperta e affollata?” (Yalom, 2014, p. 224).

soprattutto i terapeuti meno esperti) è testimoniata da diversi esempi di casi¹⁷: tuttavia, optando per un approccio integrato che non sia solo informato dall'eclettismo tecnico (Scilligo, 1997), abbiamo preferito limitare la nostra adozione del lavoro sui sogni di Yalom agli aspetti tecnici che ci sembrano più integrabili all'interno della cornice umanistico-esistenziale dentro cui Scilligo (2009) ha collocato l'ATSC.

Di seguito, sintetizziamo i passi di questa seconda metodologia di lavoro sui sogni.

1) *Chiudere situazioni aperte*: anche in questo caso, suggeriamo di cominciare il lavoro, chiudendo eventuali situazioni rimaste aperte (ad esempio, il cliente ha fatto un compito a casa e potrebbe essere importante verificarlo prima di cominciare il lavoro sul sogno) o verificando se il cliente si senta combattuto (ad es. vuole lavorare su due o più aspetti, tra cui il sogno) e ha quindi bisogno di decidere autonomamente su cosa desideri lavorare in seduta.

¹⁷ Eccone uno: “paziente: ‘sono nel suo studio, ma è molto più grande e le nostre sedie sembrano enormi e molto lontane l’una dall’altra. Cerco di avvicinarmi, ma invece di camminare rotolo sul pavimento verso di lei. Allora anche lei si siede sul pavimento, poi continuiamo a parlare e lei mi tiene i piedi. Io le dico che non mi piace che mi annusi i piedi. Allora lei mette il mio piede vicino alla sua guancia. Così’ . . . Feci domande sul mio annusare i suoi piedi e lei descrisse le sue paure che io potessi vedere il suo lato più oscuro e sgradevole e la rifiutassi. Ma il resto del sogno le appariva misterioso e opaco. Allora le manifestai la mia reazione: ‘Margaret, questo sembra un sogno infantile - la stanza e i mobili grandi, lei che rotola verso di me, noi due sul pavimento, io che le annuso i piedi e li tengo contro la guancia - l’intero ambiente del sogno mi fa pensare che la vista sia quella di un bambino molto piccolo’. I miei commenti fecero risuonare una corda importante; dopo la seduta fu assalita dai ricordi dimenticati su come lei e sua madre fossero solite massaggiare spesso l’una i piedi dell’altra mentre facevano lunghe chiacchierate. Aveva avuto un rapporto molto tempestoso con la madre e aveva sostenuto che era stata distante e avevano condiviso pochi momenti fisicamente intimi. Il sogno ci disse cose diverse e portò al successivo stadio della terapia nel quale la paziente riformulò il suo passato” (Yalom, 2014, p. 235-236).

2) *Psicoeducazione*: la fase due prevede un breve momento psicoeducativo che, tuttavia, può essere saltato qualora si sia già lavorato con il paziente attraverso la modalità associativa. La psicoeducazione, che ha lo scopo di creare una relazione paritaria e basata sul consenso informato, implica spiegare al cliente, se è la prima volta che si lavora su un sogno, come si considerano i sogni e in cosa consista il lavoro associativo, usando un linguaggio adeguato al livello socioculturale del cliente.

3) *Contratto*: anche in questa seconda procedura, il contratto sui sogni è implicito e di tipo esplorativo.

4) *Racconto del sogno*: nella quarta fase si chiede al cliente di raccontare il sogno in prima persona e al presente e lo si ascolta segnando nella mente o su un foglio le parti del sogno.

5) *Sentimenti e elementi salienti*: al termine del racconto si chiede al cliente quali sentimenti provi e quali siano gli elementi che lo incuriosiscono di più o che costituiscono per lui il centro emotivo del sogno.

6) *Associazioni e ponte*: segue il lavoro associativo sul sogno, la cui sequenza si può ripetere più di una volta, cioè per ogni aspetto che la persona sceglie di esplorare: dopo che il cliente ha scelto uno degli elementi salienti, gli si danno le seguenti istruzioni: “bene, adesso si prenda un paio di minuti, pensi a (elemento scelto: es. un bosco fitto) e lasci che la sua mente vaghi liberamente. Pensi ad alta voce. Dica qualsiasi cosa le venga in mente. Non censuri nulla, non lasci perdere alcuni pensieri perché le sembrano stupidi o irrilevanti. Se la aiuta, chiuda pure gli occhi” (ripreso da Yalom, 2014, p. 231) oppure “ok, ora si concentri su questa immagine e senza giudicarsi, lasci che la sua mente vaghi liberamente. Pensi ad alta voce e dica qualsiasi cosa le passa nella testa, pensieri, emozioni, ricordi, immagini, cerchi di non controllare intenzionalmente quanto le viene in mente, si lasci guidare dalla mente, non le opponga resistenza, si fidi di dove la sua testa la porta”.

Nel caso di persone presenti nel sogno, che non somigliano a nessuno, si può stimolare la persona a fare libere associazioni nel modo seguente: “metta a fuoco la faccia e effettui libere associazioni”

oppure “chiuda gli occhi e permetta che la faccia si trasformi in altre facce. Mi descriva cosa vede” (Yalom, 2014, p. 235). Il lavoro associativo può aiutare a rievocare persone importanti nella vita della persona, dimenticate o messe da parte, che hanno un significato affettivo nella sua storia e, spesso, anche nel momento attuale della sua vita.

Al termine del lavoro associativo, il terapeuta stimola il cliente a fare un *ponte* tra il simbolo iniziale del sogno con le sue associazioni e la sua vita reale, la sua situazione problematica o la terapia. In questa fase è anche possibile accompagnare il cliente nelle sue riflessioni, aiutandolo a costruire ponti di significato attraverso domande specifiche, tipo: “Cosa ne pensa del fatto di mettere suo padre sotto processo? Mi chiedo se questo potrebbe avere una relazione con... (problema/situazione di vita/terapia)” (Yalom, 2014, p. 224). Alla fine di questa fase, si può anche condividere con il cliente una propria intuizione/associazione, creando un accordo e riportando le proprie considerazioni/intuizioni sotto forma di ipotesi: “le va se condivido con lei quello che mi è venuto in mente mentre la ascoltavo? ... Ha senso per lei quello che le sto dicendo? Le fa venire in mente altro?”. Come accennato sopra, questa sequenza a due passi (lavoro associativo e ponte) si può ripetere per altri simboli o aspetti presenti nel sogno, sempre rispettando le scelte della persona e considerando il vincolo del tempo della seduta.

Qualora il flusso associativo dovesse bloccarsi (*Gestione delle resistenze*), si può aiutare la persona a riprendere le libere associazioni, attraverso: a) brevi parafrasi; b) ripetizioni delle sue ultime parole; c) chiedendo: “c’è dell’altro?”; d) dicendo: “lasci che la sua mente continui...”. Qualora, invece, il blocco fosse più forte e il cliente manifestasse, in modo diretto o indiretto, di non voler continuare, è preferibile lasciare momentaneamente il lavoro associativo e esplorare insieme cosa sia successo, usando competenze empatiche e facendo domande aperte.

7) *Messaggio del sogno*: alla fine del lavoro o del tempo, il terapeuta chiede al cliente di verbalizzare in una frase quello che il sogno gli vuole dire e, se il caso, stimola la persona a passare dalla

consapevolezza all'azione (“in che modo vuole usare quello che ha colto nel sogno nella sua vita oggi?”). Il cliente potrebbe esprimere la sua nuova consapevolezza con frasi come “ho compreso che...”, “il sogno mi sta dicendo che...”.

8) *Chiusura*: infine, si chiude la seduta dando informazioni sull'impatto del lavoro e lasciando la porta aperta: “spesso quando si lavora su un sogno, la nostra mente continua ad elaborare il materiale emerso anche dopo l'ora di terapia e nei giorni successivi; potrebbero venirle in mente altre associazioni, ricordi e immagini o potrebbe notare qualche cambiamento nelle sue percezioni, emozioni e modi di fare; se vorrà, nella prossima seduta, mi farà piacere riparlare insieme e sentire da lei cosa ha notato”.

Conclusioni

Anche se nella letteratura sui sogni sono presenti autorevoli posizioni che sostengono che i sogni non abbiano alcuna funzione (per es. la Random Activation Theory), nella psicoterapia analitico transazionale e nell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC), crediamo che i sogni siano creazioni di una mente intenzionale e costituiscano una comunicazione di sé a sé stessi, che usa la ricchezza espressiva del simbolo, in linea con la visione fenomenologico esistenziale dei sogni proposta da Scilligo (1987, 1988, 1988a). Essi presentano spesso la situazione esistenziale di chi sogna e anche quello che la situazione può diventare.

Data l'importanza etica di lavorare sui sogni in psicoterapia, l'articolo ha fornito alcune indicazioni utili per lavorare sui sogni, individuando delle opzioni per la preparazione dei pazienti al lavoro sul sogno, soffermandosi su alcune precauzioni e norme di protezione e, infine, proponendo due diverse metodologie di lavoro, a nostro avviso, compatibili con il modello dell'ATSC (Scilligo, 2009). Entrambe le metodologie, sia quella di tipo esperienziale ripresa da Scilligo (1988, 1988a), sia quella di tipo associativo, derivante dal lavoro di Yalom (2014), sono sintetizzate in schede di lavoro (in Appendice) per specializzandi in psicoterapia ad indirizzo analitico transazionale, allo scopo di facilitarne l'apprendimento attraverso una modalità che può

fornire sicurezza e guida e che può accompagnarli durante il successivo lavoro di sperimentazione e supervisione, necessario se si vuole costruire una solida competenza nel lavoro sui sogni.

Bibliografia

- Berne, E. (1972). *“Ciao!”... e poi? La psicologia del destino umano*. Bompiani, 1998.
- Bowater, M. (2003). Windows on your inner self: Dreamwork with transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 33 (1), 37-44. <https://doi.org/10.1177/036215370303300106>
- Bowater, M. & Sherrard, E. (1999). Dreamwork treatment of nightmares using transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 29 (4), 283-291. <https://doi.org/10.1177/036215379902900408>
- Bowater, M. & Sherrard, E. (2011). Ethical issues for transactional analysis practitioners doing dreamwork. *Transactional Analysis Journal*, 41 (2), 179-185. <https://doi.org/10.1177/036215371104100215>
- Corballis, M. (2016). *La mente che vaga. Cosa fa il cervello quando siamo distratti*. Raffaello Cortina Editore.
- Crick, F. & Mitchinson, G. (1983). The function of dream sleep. *Nature*, 304, 111-114. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1038/304111a0>
- European Association for Transactional Analysis (EATA) (2012). *Ethical Code. Italian Version*. URL: <https://eatanews.org/wp-content/uploads/2019/04/Italian-language-etic-code.pdf>
- Flanagan, O. (2000). *Anime che sognano. Il sonno e l'evoluzione della coscienza*. Editori Riuniti.
- Fosshage, J.L. (2005). Le funzioni organizzative dell'attività mentale del sogno. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 43, 17-57.
- Franklin, M. & Zyphur, M. (2005). The role of dreams in the evolution of the mind. *Evolutionary Psychology*, 3, 59-78. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/147470490500300106>
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. Grandi Tascabili Economici Newton, 1989.
- Godfrey-Smith, P. (2022). *Teoria e realtà. Introduzione alla filosofia della scienza*. Raffaello Cortina Editore.

- Gottschall, J. (2018). *L'istinto di narrare. Come le storie ci hanno reso umani*. Bollati Boringhieri.
- Hobson, J.A. (2003). *La scienza dei sogni. Alla scoperta dei segreti del sonno*. Mondadori.
- Jouvet, M. (1993). *Il sonno e il sogno*. Guanda.
- Jung, C.G. (1961). *Ricordi, sogni e riflessioni*. Biblioteca Universale Rizzoli, 1990.
- Lee A. (2006). I contratti di processo. In C. Sills (Eds.). *Contracts in Counselling and Psychotherapy*. SAGE Publications.
- Perls, F.S. (1980). *La terapia gestaltica parola per parola*. Astrolabio.
- Perls, F. (1983). *L'eredità di Perls*. In F. Perls & P. Baumgardner (Eds.). *L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan*. Astrolabio.
- Perls, F. & Baumgardner, P. (1983). *L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan*. Astrolabio.
- Perls, F.S., Hefferline R.F. & Goodman P. (1983). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio.
- Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dream. An evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 793-1121.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0140525X00004015>
- Revonsuo, A. (2003). *Sleep and dreaming. Scientific advances and reconsiderations*. Cambridge University Press.
- Samuels, A. (1974). A TA approach to dreams. *Transactional Analysis Journal*, 4(3), 27-29.
- Scilligo, P. (1987). Sogni e lavoro con i sogni. Parte I. *Polarità*, 1 (2), 149-167.
- Scilligo, P. (1988). Sogni e lavoro con i sogni. Parte II. *Polarità*, 2 (2), 207-238.
- Scilligo, P. (1988a). *I sogni. Una guida al futuro*. IFREP.
- Scilligo, P. (1997). L'approccio integrato alla psicoterapia. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 3 (2), 195-267.
- Scilligo, P. (2009). *Analisi transazionale socio-cognitiva*. LAS.
- Tangolo, A.E. (2019). *The use of dreamwork in TA helping relationship*. Pathways in Transactional Analysis.

- Thomson, G. (2005). Il lavoro sui sogni nella terapia della ridecisione. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 43, 123-143.
- Valli, K. & Revonsuo, A. (2009). The Threat Simulation Theory in Light of Recent Empirical Evidence. A review. *American Journal of Psychology*, 122 (1), 17-38. [https://doi.org/10.1016/S1053-8100\(03\)00019-9](https://doi.org/10.1016/S1053-8100(03)00019-9)
- Yalom, I.D. (2014). *Il dono della terapia*. Vicenza: Neri Pozza Editore.

APPENDICE

Foglio di lavoro 1: metodologia esperienziale di lavoro sul sogno (fonte: Scilligo, 1988)

- 1) **Chiudere situazioni aperte:** osserva se il cliente si sente sospeso rispetto a qualcosa di significativo e aiutalo a chiudere eventuali situazioni aperte per focalizzarsi sul sogno:
si sente sospeso rispetto a qualcosa che vuole chiudere prima di cominciare il lavoro sul sogno?
c'è qualcosa che è importante che metta da parte prima di lavorare sul suo sogno?
- 2) **Centrarsi sul sogno:** porta il cliente direttamente al sogno, evitando divagazioni o interpretazioni, che puoi rinviare al termine del lavoro esplorativo esperienziale:
torneremo sulle sue interpretazioni a fine lavoro, le propongo ora di concentrarsi sul sogno.
- 3) **Contratto implicito:** guidare il cliente nell'esplorazione del sogno.
- 4) **Narrazione dall'interno ed al presente:** fai raccontare il sogno in prima persona e con i verbi al presente, invitando il cliente a entrare in contatto con il materiale del sogno:
la invito a raccontare il sogno in prima persona e al presente, come se lo stesse vivendo adesso, io la aiuterò a formulare le frasi in modo che possa restare dentro al sogno.
- 5) **Sentimento e punti salienti:** chiedi alla fine della narrazione quale sia il sentimento dominante e quali i due/tre punti che il cliente sente come salienti e importanti per lui:
qual è il suo sentimento dominante alla fine del sogno? Cosa sente?
le va di dire due o tre punti per lei salienti?
- 6) **a) Contatto con le proiezioni** (persone, oggetti e animali presenti nel sogno):
- proponi un primo contatto con una proiezione scelta dal cliente (evita di stimolare all'inizio il contatto con parti distruttive o

critiche): fai contattare una parte per volta chiedendo alla persona di identificarsi con essa, descriversi e raccontare il sogno ad alta voce e in prima persona.

le va di fare contatto e esplorare una di queste proiezioni? Quale?... Va bene, ora torni nel sogno e sia la casa incompleta (simbolo scelto) ... che tipo di casa è? ... Racconti il sogno dalla prospettiva della casa: sono la casa e ...

(se emergono reazioni emotive) comincia a sperimentare qualche cosa? Cosa sente?

Al termine, fai uscire la persona dal sogno e proponi un ponte tra quanto emerso e la situazione attuale del paziente (se quest'ultimo non si riconosce nella proiezione, tornaci più avanti):

ora esca dal sogno: si riconosce nella sua vita di ogni giorno in questo aspetto? In che modo si coglie in questa proiezione nella sua vita reale?

- se durante l'identificazione con una parte emergono due polarità, proponi un dialogo gestaltico tra le parti:

sia sé stesso (una delle due polarità) ... ora cambi posizione, sia la ... (altra polarità).

b) lavoro sul finale del sogno: stimola il cliente a chiudere il sogno in maniera diversa:

- (sogno negativo) *usi tutta la magia possibile nella situazione del sogno per finirlo nel modo ideale;*

- (sogno incompleto) *ora aggiunga a questo sogno un finale così come lo vorrebbe; questo è il suo sogno e, quindi, può farlo finire come meglio crede.*

Fai attenzione alla risposta della persona e confronta eventuali processi tangenziali, di conferma del copione o di dipendenza/delega.

- 7) **Messaggio del sogno:** il lavoro si conclude quando avviene un'integrazione o un insight significativo. Alla fine del lavoro/del tempo, chiedi al cliente di verbalizzare in una frase quello che il sogno vuole dirgli e stimolalo a usare il messaggio del sogno nella sua vita attuale:

bene, cosa ha colto dal sogno? Le va di verbalizzare in una frase quello che il sogno le dice?

In che modo vuole usare quello che ha colto dal sogno nella sua vita di oggi?

- 8) **Chiusura:** dai informazioni sul possibile impatto del lavoro e lascia la porta aperta:

spesso quando si lavora su un sogno, la nostra mente continua a elaborare il materiale emerso anche dopo l'ora di terapia e nei giorni successivi; potrebbero venirle in mente altre associazioni, ricordi e immagini o potrebbe notare qualche cambiamento nelle sue percezioni, emozioni e modi di fare; se vorrà, nella prossima seduta, mi farà piacere riparlare insieme e ascoltare da lei cosa ha notato.

Foglio di lavoro 2: metodologia associativa di lavoro sul sogno (fonte: Yalom, 2014)

1. **Chiudere situazioni aperte:** verifica se il cliente si sente sospeso o combattuto:
c'è qualcosa che è importante che affrontiamo prima di lavorare sul sogno?
C'è anche altro su cui oggi desidera lavorare?
2. **Psicoeducazione:** spiega (la prima volta che lavori su un sogno) come consideri i sogni e in cosa consista la tecnica associativa, usando un linguaggio adeguato al cliente:
i sogni sono molto importanti nella terapia... ci sono vari modi di lavorare sui sogni e nel corso della terapia potremo sperimentarne più di uno, se lei sarà disponibile. Oggi le proporrò di lavorare con una modalità associativa e la guiderò con alcuni suggerimenti per aiutarla a fare libere associazioni, con lo scopo di esplorare i significati delle parti del sogno e comprendere cosa le stia dicendo.
3. **Contratto implicito:** guidare il cliente nell'esplorazione del sogno.

4. **Racconto del sogno:** fai raccontare il sogno in prima persona e al presente e visualizza il sogno:
mi racconti il tuo sogno, poi le spiegherò come procederemo, nel frattempo io la ascolterò.
5. **Elementi salienti:** finito il racconto, chiedi quali siano gli elementi che incuriosiscono di più la persona:
quali sono i sentimenti che prova rispetto al sogno? Quali sono gli elementi del sogno che la incuriosiscono di più e che le piacerebbe esplorare? Le va di dire due o tre punti per lei salienti?
6. **Associazioni:** fai scegliere uno degli elementi salienti e stimola libere associazioni:
bene, adesso si prenda un paio di minuti, pensi a (simbolo scelto: es. il bosco) e lasci che la sua mente vaghi liberamente. Pensi ad alta voce. Dica qualsiasi cosa le venga in mente. Non censuri nulla, non lasci perdere alcuni pensieri perché le sembrano stupidi o irrilevanti. Se la aiuta, chiuda pure gli occhi (oppure) bene, ora si concentri su questa immagine e senza giudicarsi, lasci che la sua mente vaghi liberamente e dica ad alta voce tutto quello che le passa nella testa, pensieri, emozioni, ricordi, immagini, cerchi di non controllare intenzionalmente quanto le viene in mente, si lasci guidare dalla mente, non le opponga resistenza, si fidi di dove la sua testa la porta¹⁸.
Ponte: al termine delle associazioni, stimola il cliente a fare un ponte tra il simbolo scelto del sogno, con le sue associazioni, e la sua vita reale/situazione problematica/terapia:
si riconosce nella sua vita di ogni giorno in questo aspetto? In che modo si coglie in (ripetere il simbolo scelto) nella sua vita

¹⁸ Nel caso di persone presenti nel sogno, che non somigliano a nessuno, puoi stimolare la persona a fare libere associazioni nel modo seguente: “metta a fuoco la faccia e effettui libere associazioni” oppure “chiuda gli occhi e permetta che la faccia si trasformi in altre facce. Mi descriva cosa vede”.

*reale? C'è qualcosa nel flusso delle sue associazioni che collega alla sua vita (problema, terapia ecc.)?*¹⁹

Nuova scelta e associazione: se c'è ancora tempo, chiedi alla persona se vuole esplorare un altro aspetto e ripeti il passo 6 (scelta, libera associazione e ponte).

Eventuale gestione delle resistenze: se la persona si ferma o blocca il flusso associativo, aiutala a riprendere le libere associazioni, attraverso: a) brevi parafrasi; b) ripetizioni delle sue ultime parole; c) chiedendo: “c'è dell'altro?”; d) dicendo: “*lasci cha la sua mente continui...*”.

Se il blocco fosse più forte o il cliente non volesse più continuare, lascia momentaneamente il lavoro sul sogno e chiedi cosa sia successo, usando le tue competenze empatiche e esplorative.

7. **Messaggio del sogno:** alla fine del lavoro/tempo, chiedi di verbalizzare in una frase il messaggio del sogno e stimola il passaggio dalla consapevolezza all'azione:

ora che abbiamo esplorato questi aspetti, le va di dire il messaggio che il sogno le sta comunicando? Lo esprima in maniera semplice come se dovesse dirlo ad un bambino di otto anni.

In che modo vuole usare quello che ha colto nella sua vita oggi?

8. **Chiusura:** dai informazioni sul possibile impatto del lavoro e lascia la porta aperta:

spesso quando si lavora su un sogno, la nostra mente continua a elaborare il materiale emerso anche dopo l'ora di terapia e nei giorni successivi; potrebbero venirle in mente altre associazioni, ricordi e immagini o potrebbe notare qualche cambiamento nelle sue percezioni, emozioni e modi di fare; se vorrà, nella prossima

¹⁹ In questa fase è anche possibile stimolare il cliente a costruire ponti di significato attraverso domande come: “Cosa ne pensa del fatto di (per es. mettere suo padre sotto processo) (azione del sogno)? Mi chiedo se questo potrebbe avere una relazione con... (problema/situazione di vita/terapia)”. Dopo che il cliente ha creato i suoi ponti, si può anche condividere, con il permesso della persona, una propria intuizione/associazione sotto forma di ipotesi: “*le va se condivido con lei quello che mi è venuto in mente mentre la ascoltavo? ... Ha senso per lei quello che le sto dicendo? Le fa venire in mente altro?*”.

seduta, mi farà piacere riparlare insieme e ascoltare da lei cosa ha notato.

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

Maria Rizzi¹, Silvana Bove²

*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

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

² Psicologa Psicoterapeuta Certified Transactional Analyst Trainer (CTA TRainer-P) Docente e Supervisore della SSPC-IFREP e della SSPT-SAPA
Email: 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 *specifica* 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-specifico* 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 interna³. 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

³ 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 onirico, 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 sveglio, 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 Multiplo⁴ (Bucci 1999) corrisponde alla *modalità simbolica verbale*,

⁴ 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*⁵ 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.

⁵ 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)⁶. Secondo la prospettiva della teoria del Codice Multiplo, i sogni operano per rappresentare l'esperienza nella sua complessità e profondità, e sono dominati dai

⁶ 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.⁷ 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.⁸

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

⁷ Tali studi hanno individuato le condizioni nelle quali gli schemi impliciti codificati nella memoria emotiva (circuitto limbico) 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.

⁸ 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*⁹, 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).

⁹ 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 sveglio] 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.¹⁰ Per esplorare e far emergere tali schemi/temi, Fosshage (1997) fornisce sette principi tecnici.

¹⁰ 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 ricorrenti¹¹, 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

¹¹ 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 lutto¹² 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

¹² 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 Klass¹³ 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

¹³ 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.

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

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.

Oltre la Simbiosi: il ruolo dell'esclusione primitiva nelle Psicosi Schizofreniche. Il contributo di Zefiro Mellacqua sui disturbi schizofrenici

Antonella Liverano¹

Beyond Symbiosis: the role of primitive exclusion in Schizophrenic Psychoses. Zefiro Mellacqua's contribution to schizophrenic disorders

Abstract

Introduzione

Zefiro Mellacqua ha sviluppato un approccio innovativo per la cura delle Psicosi Schizofreniche, integrando prospettive neuroscientifiche con le teorie classiche della psicopatologia. Mellacqua sottolinea come il trattamento delle psicosi non possa limitarsi all'uso di antipsicotici, ma debba includere una comprensione più approfondita

¹ Medico Psichiatra Psicoterapeuta TSTA-P EATA-ITAA. Didatta e Supervisore in Analisi Transazionale Scuola Superiore di Specializzazione Università Pontificia Salesiana e SSPC IFREP e SAPA. Socio fondatore Sophos Formazione AT e direttore del Centro clinico per psicoterapie individuali, di gruppo, familiari e di coppia.
Email: liveranoantonella@gmail.com

delle interazioni tra mente e corpo. Egli integra le neuroscienze con un approccio terapeutico multidisciplinare che coinvolge psicoterapia e interventi psicosociali. Questa visione olistica mira a ripristinare il funzionamento cerebrale e migliorare la qualità della vita dei pazienti. Il lavoro di Mellacqua rappresenta un'importante sintesi tra scienza e pratica clinica, aprendo nuove prospettive per il trattamento delle schizofrenie e contribuendo a una migliore comprensione della complessa interazione tra biologia e psiche

Metodo

Presentazione del processo diagnostico e terapeutico delle Psicosi Schizofreniche con l'uso del controtransfert

Conclusioni

Vengono tracciate linee terapeutiche innovative per il trattamento delle Psicosi Schizofreniche

Introduction

Zefiro Mellacqua has developed an innovative approach to the treatment of Schizophrenic Psychoses, integrating neuroscientific perspectives with classical theories of psychopathology. Mellacqua emphasises that the treatment of psychosis cannot be limited to the use of antipsychotics, but must include a deeper understanding of the interactions between mind and body. He integrates neuroscience with a multidisciplinary therapeutic approach involving psychotherapy and psychosocial interventions. This holistic view aims to restore brain functioning and improve patients' quality of life. Mellacqua's work represents an important synthesis of science and clinical practice, opening up new perspectives for the treatment of schizophrenia and contributing to a better understanding of the complex interplay between biology and the psyche.

Method

Presentation of the diagnostic and therapeutic process of Schizophrenic Psychoses with the use of countertransference

Conclusions

Innovative therapeutic lines for the treatment of Schizophrenic Psychoses are outlined

Keywords

Patologia strutturale degli stati dell'Io, Attaccamento, Schizofrenia, Transfert e Controtransfert

Structural pathology of ego states, Attachment, Schizophrenia, Transference and Countertransference

Stando sulla piccola isola dell'intelletto, molti di noi tentano di capire il mare della vita, ma al massimo possono capire solo i relitti galleggianti, la flora e la fauna che sono gettati sulle spiagge. Usare un microscopio verbale e meccanico per osservare ciò che troviamo non ci aiuterà molto a sapere ciò che c'è oltre l'orizzonte o nel profondo. Perciò dobbiamo nuotare o immergerci anche se la prospettiva ci sgomenta.

(Berne, 1949, p.38)

Introduzione

Con piacere mi accingo a descrivere gli elaborati di Zefiro Mellacqua psichiatra e psicoterapeuta analista transazionale, sul trattamento delle Psicosi Schizofreniche.

In questa trattazione verranno presi in esame, inoltre, gli scritti originali di Berne e come, ancora oggi, le tecniche e le strategie berniane siano strumenti diagnostici che ci aiutano alla comprensione dei vissuti dei nostri pazienti.

I predetti scritti saranno approfonditi e ampliati attraverso una chiave contemporanea neuroscientifica della patologia mentale, traumatologica e relazionale.

A Mellacqua il merito dello studio della schizofrenia e di una nuova classificazione della stessa in chiave AT costruita anche con l'aiuto dei suoi pazienti.

Un modello di trattamento coniugato tra pratica e teoria che gli ha consentito, nel 2023, di ricevere il prestigioso premio dell'Associazione Internazionale di Analisi Transazionale ITAA: il Premio Eric Berne (EBMA - *Eric Berne Memorial Awards*).

Ho conosciuto Zefiro Mellacqua in una scuola di specializzazione in AT e, nel corso di alcune teorie che insegnavo, abbiamo più volte dibattuto sui concetti Berniani di Intuizione e di Psicosi. In quegli anni Mellacqua lavorava a Londra come *Associate Specialist* al *Lambeth Home Treatment Team*, un corpo sanitario che si occupa di curare i pazienti affetti da psicosi schizofrenica direttamente a domicilio. Per una *équipe* entrare “nella casa” del paziente permette di osservare come lo stesso si muove tra le mura domestiche e in particolare esplorare la complessa relazione con la famiglia. Nel corso del suo lavoro, Mellacqua ha iniziato a sviluppare il trattamento delle Psicosi Schizofreniche, supportato anche dal modello dell'AT Relazionale di Helena Hargaden e Charlotte Sills (2002) e da tante supervisioni effettuate per i suoi pazienti.

Nel 2014 pubblica un interessante articolo sul *Transactional Analysis Journal*, “Beyond symbiosis. The role of primal exclusion in schizophrenic psychosis” e ancora nel 2020 “When a mind breaks down: a brief history of efforts to understand schizophrenia”. Nel 2021 pubblica con la casa editrice Routledge il suo primo libro *The Naked*

Self, tradotto e pubblicato da Armando editore nel 2023, *Il Sé Nudo, Analisi Transazionale delle Psicosi Schizofreniche*.

I suoi contributi aprono la strada verso un nuovo modo di concettualizzare la psicosi sia da un punto di vista della diagnosi, sia da un punto di vista terapeutico. Mellacqua parte dal superamento della simbiosi da cui prende il nome il suo primo articolo “Beyond symbiosis. The role of primal exclusion in schizophrenic psychosis”. Successivamente nella sua opera *Il Sé Nudo*, attraverso una descrizione di casi clinici, sviluppa un modello basato sul trauma (Stuthridge, 2006, 2012, 2015; Stuthridge & Sills, 2016) delle radici del disturbo psicotico ipotizzando un blocco evolutivo (Mahler, 1975) ancor prima della fase simbiotica, «una organizzazione egoica costituita da una molteplicità di stati pre-egoici e fusionali relativi a periodi molto precoci dello sviluppo, quando ancora non si è in grado di distinguere l’Io dal Tu» (2023, p.107).

Questa precocità del blocco evolutivo, per la natura subconscia, inconscia e presimbolica della maturazione dello stato dell’Io Bambino porta ad un approfondimento dell’opera berniana sulla psicosi (Berne, 1961) in cui veniva ipotizzata una esclusione del B2 su A2 e G2 (1961, cap. XIII).

Mellacqua, infatti riferisce i fenomeni dispercettivi, deliri e allucinazioni, allo stato dell’Io-Sé Bambino B2, (G1, A1 e B1), e stati pre-egoici (G0, A0 e B0). Da qui sviluppa le tipologie diagnostiche delle psicosi schizofreniche evidenziando due livelli di scissione, la verticale e l’orizzontale, che spiegherò nel corso di questo elaborato.

Il trattamento prevede un lavoro sul protocollo, Berne lo chiamava protocollo primario o livello tissutale dell’esperienza (1963, 1972). Cornell e Landache, lo nominano protocollo come esperienza somatica non verbale (2007), e lo riferiscono alle prime fasi di organizzazione del copione, ovvero il primo contatto con l’Altro significativo. Per Mellacqua il protocollo va compreso, analizzato e tradotto poiché i contenuti che il paziente esprime, attraverso una

comunicazione non verbale e verbale, sono sfumature di deliri e allucinazioni.

L'autore spiega l'importanza della supervisione del terapeuta che lavora con pazienti schizofrenici per dipanare il complesso vissuto relazionale-emotivo dello stesso, «prendendo in considerazione gli aspetti protocollari delle esperienze di vita del terapeuta e del paziente, così come emergono nel setting terapeutico» (2014, p. 24).

Cosa trasferisce il paziente sul terapeuta e come questi elabora i vissuti propri e del paziente?

Dalla lettura degli articoli e, soprattutto, del libro ho potuto constatare quanto il vissuto controtransferale, di cui parla Mellacqua, sia in linea con le sensazioni di tanti psicoterapeuti e psichiatri che lavorano nelle strutture psichiatriche pubbliche e negli studi privati.

Nel corso delle terapie con pazienti che presentano un disturbo psicotico/schizofrenico, spesso noi psicoterapeuti e psichiatri ci troviamo di fronte a momenti di stallo e di blocco; situazioni in cui ci sentiamo persi, confusi “come se” il contenuto “verbale e più spesso non verbale” che i pazienti elicitano nel corso delle sedute, ci ingabbi in una sorta di trappola, in un labirinto di ipotesi e ci avvolge in vissuti controtransferali di impotenza e confusione, di irritazione o di noia, di paura e terrore; talvolta, si è attraversati da immagini di violenza senza che ci siano dei dati reali a cui agganciare tutto ciò.

Berne in *Analisi Transazionale e Psicoterapia* (1961), mette le basi per la diagnosi e il trattamento delle psicosi, nominate da Lui stesso *Psicosi Funzionali* (cap. XIII pp.121-133,) ponendo l'accento sui movimenti dell'energia psichica in caduta libera sul Bambino che, a sua volta, detiene il Potere esecutivo e il Sé reale. In questo modo Berne spiegava come i contenuti deliranti e allucinatori fossero assoluti, acritici e universali poiché egosintonici nel Bambino, il quale, a sua volta, determinava l'esclusione del B2 nei confronti dell'A2 e G2 (B costante. Berne, 1961).

Berne considerava la capacità intuitiva del terapeuta come il mezzo per tradurre e comprendere i vissuti deliranti e le allucinazioni dei suoi pazienti. Anche Mellacqua (2023) considera l'intuizione la via per comprendere le immagini primarie (Berne, 1955/1992).

Nei suoi primi articoli “La natura dell’Intuizione” Berne (1949/1992) definiva «l’intuizione come la conoscenza basata sull’esperienza acquisita attraverso il contatto sensoriale con il paziente, senza che “chi intuisce” riesca a spiegare esattamente a se stesso come è pervenuto alle sue conclusioni» (Berne, 1992, p. 18).

Si tratta, di una sorta di funzione psicologica che trasmette percezioni in modo inconscio coadiuvata dalla capacità intuitiva del terapeuta di decodificare “le immagini primarie” (1955/1992, pp.71-97) osservabili nel non verbale del paziente, «un’immagine primaria è l’immagine di una relazione oggettuale infantile, ovvero dell’uso della funzione di una zona erogena per un’espressione sociale. Un giudizio primario è il concetto (corretto o errato) delle potenzialità della relazione oggettuale rappresentata dall’immagine. Nell’adulto normale né l’immagine primaria né il giudizio primario diventano coscienti. Può, invece, diventare cosciente un derivato più o meno lontano che qui viene chiamato intuizione», (Berne, 1992, p. 71).

Nel paziente nevrotico, a causa della natura traumatica degli eventi, le immagini primarie attivate, contributo della relazione oggettuale, suscitano grande ansia e disperazione, poiché l’investimento di carica è difficile da controllare.

Se il controllo è solo parziale, l’immagine rischia di irrompere, e occorre mettere in atto speciali meccanismi psichici per affrontare l’emergenza; i cosiddetti meccanismi di difesa di tipo secondario (Klein, 1952b, 1957).

Nei casi marginali, quando le immagini arrivano alla coscienza, la carica di disperazione e di angoscia di morte è così potente che la persona per placare queste sensazioni utilizza meccanismi di difesa di tipo primario come la scissione, la negazione, l’identificazione proiettiva (Klein, 1957; Kernberg, 2006).

Nelle psicosi, il livello di angoscia supera la difesa primaria e allora la persona trasforma il “ricordo pre-simbolico patologico” in ossessioni, disturbi di depersonalizzazione, derealizzazione, disturbi del pensiero e delle percezioni, così che potrà salvarsi espellendo le immagini patologicamente energizzate mascherandole e riducendo così l'intensità della sua lotta.

L'esclusione, quindi, è strettamente connessa alla pervasività delle immagini primarie. Essa difende la persona dai contenuti del G2 e impedisce un buon uso dell'Adulto; si manifesta «con un atteggiamento stereotipato, prevedibile, mantenuto in modo costante e il più a lungo possibile in ogni situazione di pericolo. Il Genitore costante, il Bambino costante e l'Adulto costante risultano tutti in primo luogo da un'esclusione difensiva degli altri due aspetti complementari» (Berne 1961, p. 33). L'esclusione, infatti, non è mai totale, ma riguarda specificamente alcuni contenuti (Holloway, 1977), ha funzione difensiva (repressione, negazione) e riguarda soprattutto l'aspetto funzionale.

Va a Berne il merito di aver gettato le basi per lo studio delle Psicosi Schizofreniche; le sue riflessioni circa la diagnosi e il trattamento hanno stimolato altri autori ad approfondire l'argomento.

Mellacqua, nei suoi scritti, (2014, 2023) cita Novellino, (1990, 1998, 2004) e Novellino & Moiso, (1990), i quali hanno considerato i conflitti intrapsichici tra stati dell'Io somato-affettivi primitivi, alla base delle Psicosi schizofreniche. Questi conflitti tra stati dell'Io sono stati spiegati per la presenza di impasse di secondo grado (G1/B1) o, terzo grado (G0/B0) da ritenere responsabili dell'arresto dello sviluppo o delle fissazioni dell'ego, e della regressione del Sé (Mellor, 1980), (Fig. 1).

I contributi di Berne (1961,1966), di Moiso e Novellino (1990) e soprattutto l'apporto dell'AT relazionale di Hargaden e Sills (2001, 2002, 2003), hanno permesso al collega Mellacqua di sviluppare un procedimento diagnostico delle Psicosi Schizofreniche, osservando il paziente schizofrenico da una prospettiva diversa: l'esclusione del

Genitore a partire dalla struttura degli stati dell'Io-Sé Bambino B2, (G1, A1 e B1), e stati pre-egoici B1, (G0, A0 e B0). L'esclusione determina un deficit esteso ed estremamente debilitante nella struttura, causata da rapporti precoci e pre-egoici non sintonizzati e traumatici tra bambino e madre/padre e/o qualsiasi altro *caregiver* che abbia avuto un ruolo genitoriale nella vita individuale (G2 – G1 – G0).

Ciò è congruente con quanto scritto da Berne (1961, p.121), «la situazione del Genitore varia ed è una forte determinante della forma specifica della psicosi».

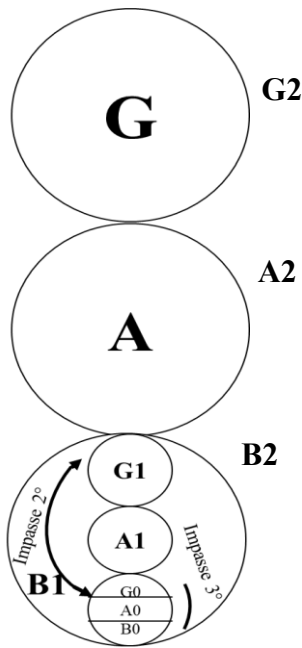


Fig. 1: modello della schizofrenia basato sul conflitto intrapsichico rivisto da Mellacqua (2014, p.4)

Mellacqua in linea con Hargaden e Sills (2001, 2002, 2003) considera lo stato dell'Io Bambino come il Sé, costituito da una molteplicità di stati pre-egoici fusionali primitivi dove non c'è ancora la distinzione io-tu o me-altro da me.

Milner (1952) lo chiama *stato di indistinzione Me – Non Me*, Winnicot (1960) *Non esiste un bambino*, Bion (1967) *coincidenza in O*, Neri (1990) *fusionalità* e Falci (2012) *interscambio di stati soggettivi*.

Da un punto di vista evolutivo ci troviamo in una fase primordiale simbiotico-fusionale che Winnicot (1949) descrive come psiche-soma, la forma più primitiva della vita mentale, presente sin dalla nascita e caratterizzata dal connubio tra la psiche, ovvero le richieste affettive e gli stimoli sensoriali e il corpo la vita del bambino, il soma.

Bowlby (1988) pone l'accento sulla madre e/o *caregiver* come protagonista del dialogo con il figlio come regolatrice del comportamento dando il permesso che sia il bambino a dirigere poiché è lei che modifica il proprio comportamento in riflesso alle richieste del figlio; la madre, o chi ne fa le veci, assume, quindi, la funzione di sintonizzazione della relazione con il bimbo (Erskine, 2001, 2016).

Schore (2003, p. 168) chiama questo processo Sincronia Affettiva «il bambino conduce e la madre lo segue, dove ciascuno crea uno stato psicofisiologico interno simile a quello del partner».

Se questo processo fallisce per un disequilibrio-malfunzionamento della diade madre-figlio entro nove mesi (Schore, 2003), si può dare origine a psicosi, prima della comparsa del senso di vergogna che compare nel periodo preverbale quando si instaura la consapevolezza dell'altro, del sentire lo sguardo dell'altro e quindi della consapevolezza di essere osservato e di osservare.

La mancata sintonizzazione madre-figlio non permette la funzione mediatrice e di bonifica che opera l'emisfero sinistro della madre con il destro del figlio e ciò non favorisce un buon sviluppo dell'emisfero sinistro del bambino (Fisher, 2017, 2021, 2024). Il bambino, quindi, si trova esule e solo con le funzioni intuitive e affettivo-sensoriali senza l'aiuto di controllo e contenimento ad opera dell'emisfero sinistro.

La ricerca neuro-scientifica attualmente si sta focalizzando su come l'individuo percepisca la realtà, su come vengono operate le percezioni. Calamandrei (2016, pp.120-121) pone l'attenzione «sulla

percezione come proto-metafora immaginativa e di aspettativa sul mondo esterno al fine di giungere a simulare internamente ciò che ci sta accadendo o che ci accadrebbe se compissimo una certa azione». A tal uopo Rovelli (2020, p.190) dice «la maggior parte dei segnali parte dal cervello verso gli occhi...il cervello si aspetta di veder qualcosa sulla base di quanto è successo prima o quanto sa».

In conseguenza di ciò, il futuro adulto non sarà in grado di comprendere cosa stia accadendo perché non ha memoria di come gli sia stato spiegato e bonificato dalla mamma nel corso della sua maturazione infantile (Fisher, 2017). Il cervello destro è solo e non potendo essere contenuto dal cervello razionale, attiva la sua immaginazione e paura verso l'esterno e costruisce distorsioni del pensiero, i deliri, e delle percezioni, le allucinazioni.

Affinché il bambino possa sviluppare uno stato di equilibrio interno, è necessario che i suoi segnali emotivi siano rispecchiati in modo abbastanza accurato e coerente da una figura di attaccamento (Jurist, Slade, Bergner, 2008; Siegel, 2020). Solo in questo caso il bambino supererà la fase simbiotica (Mahler, 1975), altrimenti sosterrà nella simbiosi, in uno stato di indistinzione *Me-non Me* (Milner, 1987). L'espressione sintomatica del processo fusionale è l'angoscia, l'ansia della perdita di Sé, della propria individualità. Ciò produce ansie claustrofobiche, derealizzazione e depersonalizzazione.

Ritornando al modello delle Psicosi Schizofreniche, il contributo di Mellacqua (2014, 2020, 2023) è a livello della struttura degli stati dell'Io. Egli afferma che se il blocco evolutivo riguarda strutturalmente stati pre-egoici fusionali primitivi, dove non c'è ancora la distinzione io-tu o me-altro da me, allora dobbiamo considerare la struttura degli stati dell'Io di 2° e, nelle forme più gravi della schizofrenia, di 3° ordine; pertanto, lo stato psicotico può essere rappresentato non solo da un Bambino esclusore frammentario (B2) che esclude lo stato dell'Io Genitore (G2; Berne, 1961), nonché il G1 e il materiale somatico-affettivo proveniente dal Bambino nel Bambino (B1), (Fig. 2). Questo nuovo modo di concepire la Schizofrenia porta, quindi al superamento del pensiero berniano

rispetto alla diagnosi delle Psicosi Funzionali (1961), e alla visione del conflitto in chiave di impasse di Moiso e Novellino (1990).

La pervasività della esclusione e la tipologia dei traumi a cui è stato sottoposto il paziente sin dalla nascita e, direi anche nella vita intrauterina (Mancia, 2007), determina, inoltre, la tipologia della forma di Psicosi schizofrenica. Se osserviamo il grafico della Fig. 2, la mancata evoluzione del B2 e delle sue sub strutture non permette uno sviluppo adeguato dell'Adulto che risulta non integrato; in termini di funzione manca la capacità di riflettere (Fonagy et al., 2002) e osservare i dati di realtà.

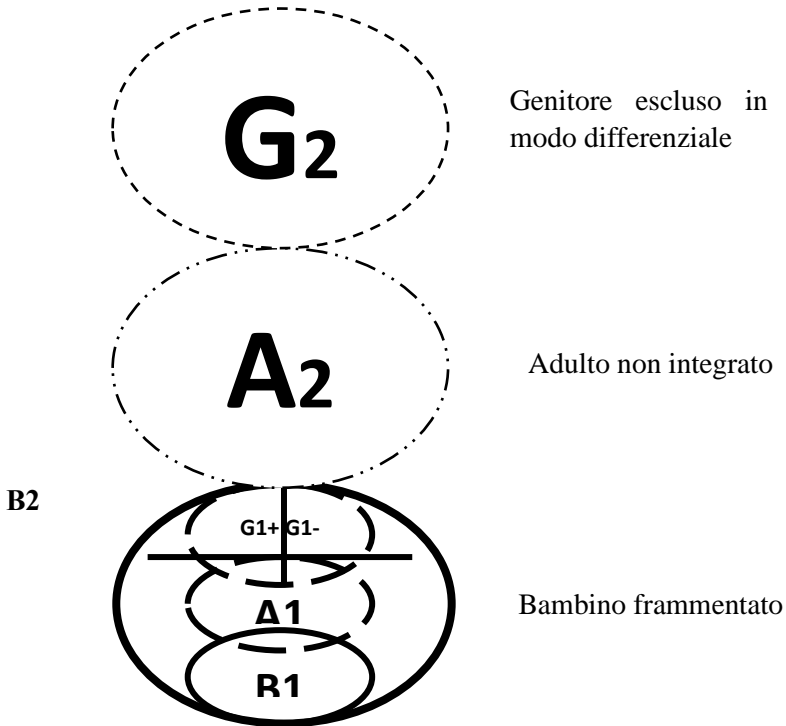


Fig. 2: da Mellacqua, (2014, p. 9) la struttura fondamentale della schizofrenia attiva

Mellacqua (2023) presenta due organizzazioni di base: le Psicosi Paranoide e le Psicosi Schizoide. Egli, per spiegarne la tipologia e la forma, riprende una citazione di Berne sull'esclusione (1961, p. 55), «l'esclusione è come un vetro unidirezionale»: il vetro, in questo caso, sta a significare una sorta di oggetto che si frappone alla realtà del paziente, una sorta di nebbia fitta, coprente, fredda, pervasiva che avvolge il paziente confondendolo.

Entrambe le forme presentano da un punto di vista eziopatogenetico due tipologie di esperienze traumatiche: le paranoiche, esperienze precoci di abusi, (violenza fisica, sessuale, psicologica); le schizoide esperienze di incuria, caos familiare, adozioni difficili, genitori psichiatrici, vagabondaggio, cambi frequenti di residenza). In entrambe le forme elemento fondamentale è la pervasività e precocità del trauma.

Nella Psicosi Paranoide è presente nel B2 una esclusione del G1; sebbene le esclusioni dei Genitori primari non sono mai totali, tuttavia tendono ad essere strutturalmente pervasive. Esse rispecchiano relazioni oggettuali interne poco sviluppate, evolutivamente bloccate, non integrate che si manifestano separate le une dalle altre in G1+ e G1-, (citata da Mellacqua come scissione verticale), per mantenere il senso complessivo del sé emergente (B1 e A1) al sicuro dall'annichilimento (Hargaden & Sills, 2002, 2003). Questa scissione verticale è un tipo di dissociazione che presenta un particolare modello di alternanza. Si ricollega direttamente alla scissione nel senso della Klein (1975) di "bipolarità" (buono-cattivo) o nel senso di Berne di stati dell'Io opposti (Fata madrina - Strega madre in Berne 1972, p. 134) e generalmente comporta un drammatico cambiamento o spostamento dello stato degli affetti, comprese le esperienze del sé e le aspettative dell'altro.

In termini proiettivi, il paziente mediante una identificazione proiettiva (meccanismo di difesa primario, Kernberg 1975, 2006) proietta sull'altro, ad esempio il terapeuta, aspetti aggressivi paranoici.

L'esempio che segue è esaustivo di questo processo proiettivo:

Una paziente arrivata a studio cinque minuti prima dell'orario stabilito e invitata ad aspettarmi in sala di attesa, quando entrò nella mia stanza mi disse: *“Ma tu sei arrabbiata con me? Io penso che ti ho fatto qualcosa. Tu ce l'hai con me!”* ed io le risposi: *“Grazie che mi stai facendo questa confidenza. Non sono arrabbiata con te. Ti ho semplicemente fatta accomodare in sala perché sei arrivata prima. Brava che mi dici subito i tuoi pensieri, così possiamo parlarne!”*. La paziente affetta da schizofrenia paranoide presenta una storia di abusi di violenza da parte di entrambi i genitori e di messa in discussione del suo pensare e agire e, talvolta, ridefinisce i dati di realtà attivando deliri di persecuzione che l'allontanano da una angoscia primordiale di “non esistenza”.

Nelle psicosi schizoidi (forma simplex, disorganizzata o ebefrenica, catatonica), afferma Mellacqua, oltre ad una esclusione del G1, che trattiene in sé i precipitati di relazioni notevolmente disfunzionali, di genitori non presenti, affettivamente freddi, non interessati e spesso psichiatrici, si osserva la scissione orizzontale (Fig. 2), ovvero la separazione del G1 dall'A1 dal B1.

La scissione orizzontale sembrerebbe simile al meccanismo di difesa della rimozione (Freud, 1912, 1917a, 1917b, 1920), nel senso che alcune informazioni esperienziali non sono rese disponibili alla consapevolezza degli stati dell'Io Adulto (A1-A2). La scissione orizzontale qui descritta è un tipo di dissociazione patologica essenzialmente distinta dalla rimozione freudiana, la quale consiste nel tenere i pensieri inconsci fuori dalla consapevolezza per mantenere la coesione dell'Io-Sé. Si tratterebbe di una strategia più primitiva che il Sé emergente, B1, (Hargaden e Sills, 2002, 2003) utilizzerebbe per far fronte a relazioni oggettuali e pre-oggettuali traumatiche molto precoci e persistenti (G1) senza essere in grado di articolare e risolvere il trauma subito.

Cosa succede quando c'è una scissione orizzontale?

Mentre nelle Psicosi Paranoiche il paziente risponde al terapeuta proiettando parti scisse di sé sull'asse svalutazione-idealizzazione, nelle Psicosi Schizoidi il paziente, proprio per la mancanza del supporto del G1 e del A1, mostra confusione e talvolta quello che noi psichiatri nominiamo "stupor", ovvero uno stato di rallentamento o torpore dell'attività ideativa, con distacco dalla realtà esterna e assenza della motilità volontaria, con presenza di movimenti stereotipati e riduzione dei normali movimenti di cambio di posizione.

In termini interpersonali il paziente non vede l'altro, non ha cognizione dell'esterno, che viene vissuto in modo caotico e confuso. Riporto una citazione di Mellacqua (2023, p. 118), esplicitativa della sofferenza di questi pazienti: «la soluzione estrema a questa frammentazione psicotica è in questo caso il nascondimento del proprio Sé alla luce dell'Altro – è proprio questo il significato esistenziale dell'alienazione schizofrenica- nella speranza che sia l'Altro a cercarci e infine trovarci».

Ed è l'Altro/Terapeuta che, lentamente, "*lo cercherà e lo troverà*", e, nell'ipotesi più fortunata, lo aiuterà a decodificare quei molteplici frammenti di Sé nascosti in una nebbia contenente vissuti deliranti e allucinatori. Il terapeuta diventa, quindi, il traduttore dei contenuti deliranti.

Infine in *Il Sé Nudo* (2023, cap. 4,7) Mellacqua spiega la difficile relazione terapeuta-paziente alla luce della dinamica transfert-controlt. Egli, attraverso esempi di suoi pazienti mette a nudo personali aspetti controtransferali che ci spiegano la complessità della relazione con il paziente psicotico.

Nelle Psicosi/Schizofreniche Paranoiche, il paziente, nel corso del processo terapeutico, proietta aspetti scissi persecutori (G1-) o idealizzati (G1+) mediante il meccanismo di difesa della identificazione proiettiva; in sostanza il paziente vive l'altro, compreso il terapeuta, come un genitore buono o cattivo. Il movimento transferale porta ad attacchi psicologici, verbali e/o fisici,

comportamento aggressivo, o di intenso vissuto idealizzato verso il terapeuta. Di contro la reazione del terapeuta varia a seconda dello stimolo e si attiva una contro-identificazione proiettiva cioè un controtransfert in risposta alle identificazioni proiettive del paziente. È un sentimento del terapeuta in termini di attacco alla propria integrità, «vissuto come una paralisi mortifera, una sorta di infezione psichica che rischia di estendersi in modo sistemico contaminando l'Io del terapeuta» (2023, p. 148). Talvolta si manifesta, soprattutto a seguito di ripetuti attacchi da parte del paziente, un progressivo distanziamento che, in termini emotivi, comporta freddezza e rigidità del terapeuta.

Il lavoro del terapeuta sarà quello di interrompere la contro-identificazione mediante un contenimento dei propri vissuti emotivi dall'odio verso il paziente (Winnicot, 1975, p. 234-245), all'estasi di essere profondamente capito e accettato come genitore buono dal paziente.

Questo movimento, che a parole sembra semplice, implica un lavoro da parte del terapeuta di analisi personale e supervisione costante sui pazienti e porta, successivamente a bonificare i contenuti del paziente (Chess & Thomas, 1984) sia con restituzioni delicate ed empatiche del processo, sia attraverso una ironia dove il terapeuta spiega le difficoltà di comunicazione e di comprensione dei vissuti della coppia terapeuta-paziente, sia attraverso l'utilizzo di intuizioni verbalizzate al paziente nel corso della comprensione di un processo disfunzionale, (per una maggiore comprensione si consiglia al lettore di leggere il cap. 7 de *Il Sé Nudo*). Mellacqua lo chiama co-induzione emozionale, in cui il terapeuta, funge come una sorta di resistenza interna atta a favorire il dispiegarsi di molteplici frammenti dell'Io che via via si manifestano come processi di scissione del tipo verticale. Che significa? Il terapeuta dapprima accoglie le proiezioni del paziente, poi contiene i vissuti personali che sono stati provocati dalle proiezioni di esso e, infine glieli porge in modo ridotto di intensità.

Nel caso delle Psicosi Schizoidi, cioè, forme di psicosi evolutivamente precedenti alla fase simbiotica (Mahler, 1975), più gravi rispetto alla

Psicosi Paranoiche (catatonici, ebefrenici o indifferenziati, e tipi simplex), Mellacqua afferma che sembra esserci un'assenza di transfert verso il terapeuta. Il collega lo considera un indicatore fenomenologico dello storico deficit relazionale tra l'individuo e le sue figure genitoriali, che poi diventa strutturale nella personalità dei soggetti psicotici in linea con le posizioni bambino vuoto/genitore non coinvolto descritto da Stuthridge (2006).

Questo particolare transfert, chiamato da Mellacqua transfert corporeo, è dinamicamente rappresentato dal distacco dissociativo del paziente dalle relazioni reali con gli altri (incluso il terapeuta) e l'ambiente esterno, che si esplica attraverso la scissione orizzontale del G1 (Fig.2). In questo modo il paziente è privo di precipitati mnestici introiettati nel G1, pertanto il B1 è lasciato solo con i suoi bisogni primari (G0, A0, B0). La natura schizoide di questo tipo di transfert, quindi, diventa clinicamente evidente nella crescente preoccupazione del paziente per le sensazioni corporee.

Questo stato somatico-affettivo carico di paura all'interno del B1 del paziente è quindi essenzialmente preverbale e intimamente correlato a una precoce esperienza di auto-frammentazione non verbale e annientamento.

Questi processi schizoidi, che hanno il corpo (deliri somatici: ad es. il fegato che si marmorizza, il sangue che diventa pietra e così via) come scena delle loro rappresentazioni, innescano anche quello che può essere ulteriormente descritto come transfert somatico, simile al processo di identificazione proiettiva (Klein, 1975; Ogden, 1982) e transfert trasformazionale (Hargaden & Sills, 2002).

Di conseguenza, il terapeuta, sviluppa un controtransfert somatico, nel quale, la lettura del processo terapeutico, si fa essenzialmente sui vissuti corporei controtransferali del terapeuta e la successiva traduzione e restituzione di questi al paziente.

Conclusioni

Ritengo il lavoro di Mellacqua ricco di spunti e approfondimenti teorici. Mellacqua, con abile maestria, ci ha introdotto nel mondo delle Psicosi Schizofreniche proponendo una teoria e classificazione nuova di esse.

È questo, un lavoro lento e lungo perché ripropone una ri-nascita del paziente attraverso la relazione terapeutica.

È un'accettazione dapprima della fusione e simbiosi terapeutica che porterà alla crescita psicologica dell'individuo.

È un percorso di maturazione e crescita anche del terapeuta che si troverà a decodificare i propri vissuti senza spaventarsi della violenza del suo sentire.

È un viaggio verso una crescita co-creata terapeuta-paziente.

Bibliografia

- Berne, E. (1961). *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1971.
- Berne, E. (1963). *La Struttura e le dinamiche delle organizzazioni e dei gruppi*, (a cura di Novellino, M.). Milano: FrancoAngeli, 2018.
- Berne, E. (1966). *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio, 1986.
- Berne, E. (1972). *Ciao! ... e poi?*. Milano: Bompiani, 1979.
- Berne E. (1992). *Intuizione e Stati dell'Io*. (a cura di Novellino, M.). Roma: Astrolabio.
- Bion, W. R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1973.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. London: Routledge (trad. it.: *Una base sicura*. Milano: Cortina, 1989).
<https://doi.org/10.4324/9780203440841>
- Calamandrei, S. (2016). *L'identità creativa: Psicoanalisi e neuroscienze del pensiero simbolico e metaforico*. Milano: FrancoAngeli.
- Chess S., Thomas A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult Life*. New York: Brunner/Mazel.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700005171>
- Cornell, W.F., Landache, M. (2007). Why Body Psychotherapy? A Conversation. *Transactional Analysis Journal* 37(4), pp. 256-262.
<https://doi.org/10.1177/036215370703700403>
- Erskine, R. (2001). The schizoid process. *Transactional Analysis Journal*, 31, pp. 4-6.
<https://doi.org/10.1177/036215370103100102>
- Erskine, R. (2016). *L'analisi transazionale nella psicoterapia contemporanea*. Roma: LAS, 2018.
<https://doi.org/10.4324/9780429484179>

- Falci, A. (2012). *Dissociazione Scissione Rimozione*. Milano: FrancoAngeli.
- Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del Sé*. Milano: Cortina.
- Fisher, J. (2021). *Trasformare l'eredità del trauma*. Milano: Mimesis.
- Fisher, J. (2022). *Trasformare l'eredità del trauma. Flip Chart*. Milano: Cortina, 2024.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Cortina, 2005.
<https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Freud, S., (1912). *Dinamica della translazione*. In *Tecniche della psicoanalisi*. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud, S., (1917a). Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917. In *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1989.
- Freud, S., (1917b). Una difficoltà della psicoanalisi. In *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1989.
- Freud, S., (1920). L'Io e l'Es e altri scritti. In *Opere*, vol.9. Torino: Boringhieri, 1989.
- Hargaden, H. & Sills, C. (2001). Deconfusion of the Child ego state. *Transactional Analysis Journal*, 31, pp. 55-70.
<https://doi.org/10.1177/036215370103100107>
- Hargaden, H. & Sills, C. (2002). *Analisi Transazionale. Una prospettiva relazionale*. Torino: Ananke, 2012.
- Hargaden, H. & Sills, C. (2003). Who am I for you? The Child ego state and transference domain. In *Ego states. Key concepts in transactional analysis: Contemporary views*, eds. Sills & Hargaden, pp. 185-200. London: Worth Publishing.
- Holloway, W.H. (1977). Transactional Analysis: An integrative view. In G. Barnes (Ed.),

- Transactional Analysis after Eric Berne*. New York: Harper's College.
(Tr. it. *Analisi transazionale: un punto di vista integrativo*, in *Gestalt e Analisi Transazionale, Vol. I*. Roma: LAS, 1981, 112-192).
- Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (2008). *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Kernberg, O. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Kernberg, O. (2006). *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali*. Roma: Fioriti, 2011.
- Klein, M. (1952b). Le origini della traslazione. In *Scritti*. pp. 526-535. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Giunti, 2012.
<https://doi.org/10.4324/9781315014081>
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978.
<https://doi.org/10.4324/9780429482915>
- Mancia, M. (2007). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Berlino: Springer Verlag.
- Mellacqua, Z. (2014). Beyond Symbiosis: The Role of Primal Exclusions in Schizophrenic Psychosis. *Transactional Analysis Journal*, 44(1), pp. 8–30.
<https://doi.org/10.1177/0362153714529410>
- Mellacqua, Z. (2020). When a mind breaks down: a brief history of efforts to understand schizophrenia. *Transactional Analysis Journal*, 50(2), pp.117-129.
<https://doi.org/10.1080/03621537.2020.1726657>
- Mellacqua, Z. (2023). *Il Sé Nudo. Analisi Transazionale delle Psicosi Schizofreniche*. Roma: Armando.
<https://doi.org/10.4324/9780429053566>

Mellor, K. (1980). Impasses. *Transactional Analysis Journal*, 10, pp. 213-220.

<https://doi.org/10.1177/036215378001000307>

Milner, M. (1952). Il ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo. In *La follia rimossa delle persone sane*. Roma: Borla, 1992.

Milner, M. (1987). *La follia rimossa delle persone sane*. Roma: Borla, 1992.

<https://doi.org/10.4324/9780203013748>

Neri, C. et al. (1990). *Fusionalità: scritti di psicoanalisi clinica*. Roma: Borla.

Novellino, M. (1990), Unconscious communication and interpretation
Transactional Analysis Journal, 20(3), 168-172.

<https://doi.org/10.1177/036215379002000306>

Novellino, M. (1998), *L'approccio clinico dell'analisi transazionale*, Milano: FrancoAngeli.

Novellino, M. (2004), *Psicoanalisi Transazionale*. Milano: FrancoAngeli.

Novellino, M. & Moiso, C. (1990). The psychodynamic approach to transactional analysis.

Transactional Analysis Journal 20, pp. 187-192.

<https://doi.org/10.1177/036215379002000308>

Ogden, T. H. (1991). *La identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Roma: Astrolabio, 1994.

Rovelli, C. (2020). *Helgoland*. Milano: Adelphi.

Siegel, D. J., Payne Bryson, T. (2020). *Esserci. Come la presenza dei genitori influisce sullo sviluppo dei bambini*. Milano: Cortina.

Schore, A. N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio, 2008.

Stuthridge, J. (2006). Inside out: A transactional analysis model of trauma. *Transactional Analysis Journal*, 36, pp. 270-283.

<https://doi.org/10.1177/036215370603600403>

Stuthridge, J. (2012). Traversing the fault lines: Trauma and enactment. *Transactional Analysis Journal*, 42, pp. 238-251.

<https://doi.org/10.1177/036215371204200402>

Stuthridge, J. (2015). Games, enactment, and countertransference. *Transactional Analysis Journal*, 45, pp.104-116.

<https://doi.org/10.1177/0362153715581174>

Stuthridge, J. & Sills, C. (2016). Psychological games and intersubjective processes. In *Transactional Analysis in contemporary psychotherapy*, eds. Erskine, pp. 185-208. London: Karnac.

<https://doi.org/10.4324/9780429484179-9>

Winnicott, D. W. (1949). Hate in counter-transference. *Int. J. Psychoanalysis*, 30, pp 69-75. (Tr. It.

L'odio nel contro transfert, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi* Firenze: Giunti, 2017).

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271350.003.0009>

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *Internal Journal of*

Psychoanalysis. 41, pp. 585-595.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190271381.003.0022>

Psicologia ospedaliera: stato dell'arte e prospettive future.

Quali clinical competence? L'esperienza di un Servizio di Psicologia nell'ospedalità italiana.

Stella Caldarelli¹, Giulia Spada², Carla de Filippis³, Francesca Lolletti⁴, Emanuela Soldano⁵, Roberto Ferappi⁶, Giuliano Grossi⁷

***Hospital psychology:state-of-the-art and prospects.
Which clinical skills?***

The experience of a Psychology Service in an Italian hospital.

Abstract

¹ psicologa, stellacaldarelli17@gmail.com.

² psicologa, spadagiulia99@gmail.com.

³ psicologa, Servizio di Psicologia Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm), carla.sedefilippis@gmail.com.

⁴ psicologa-psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm), francesca.lolletti@gmail.com.

⁵ Direzione Sanitaria, Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm), e.soldano@poligestspa.it.

⁶ Direzione Sanitaria, Casa di Cura "Villa delle Querce" di N(Rm), dirsan.vdq@gmail.com.

⁷ psicologo-psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Casa di Cura "Villa delle Querce" di Nemi (Rm), giulianogrossi@aol.com.

In questo articolo si analizzerà la psicologia ospedaliera, la figura dello psicologo in ospedale e come questo ruolo con il tempo vada ad assumere maggiore importanza all'interno del contesto sanitario. Partendo da un'analisi storica e normativa, che consente di chiarirne il ruolo, le mansioni e le caratteristiche, si passa a osservare l'organizzazione delle unità in cui opera per poi focalizzarsi sull'esperienza del Servizio di Psicologia della Casa di Cura di "Villa delle Querce". Si ha l'obiettivo di dimostrare quanto la figura dello psicologo ospedaliero sia fondamentale all'interno di una équipe medica, poiché garantisce una maggiore considerazione del vissuto emotivo del paziente all'interno del processo di cura, contribuendo alla promozione del benessere. Inoltre, i suoi interventi consentono la riduzione dei costi delle cure ospedaliere. Sintesi di questa attività è possibile riscontrarla nel Servizio Psicologico della Casa di Cura di "Villa delle Querce", all'interno della quale è indubbio il ruolo centrale rivestito dallo psicologo ospedaliero il quale, lavorando a stretto contatto con l'équipe medica, è parte attiva del processo di promozione della salute fisica e psichica.

This article will analyze: hospital psychology, the role of the psychologist in the hospital, and how this role will have more importance over time within the healthcare context. Starting from a historical and regulatory analysis, which allows us to clarify its role, tasks, and characteristics, we move on to observe the organization of the "Units" in which the psychologist operates and then we analyze the experience of the Psychology Service of the Nursing Home of " Villa delle Querce". The aim is to demonstrate how the figure of the hospital psychologist is fundamental within a medical team, as it guarantees greater consideration of the patient's emotional experience within the treatment process, contributing to the promotion of his well-being. Furthermore, this kind of intervention allows a reduction of hospital care costs. A summary of this analysis can be found in the Psychological Service of Villa delle Querce, as, here, the role of the hospital psychologist is central. As a matter of fact, he works with the medical team and assumes an active role in the process of promoting both physical and mental health

Keyword

Psicologia ospedaliera; équipe; UOC e servizio; clinical competence. Hospital psychology; team; UOC and service; clinical competence.

Introduzione

Nel presente articolo verrà analizzata la psicologia ospedaliera e la figura dello psicologo ospedaliero, in particolare come questa figura non sia sempre stata considerata una professione sanitaria, l'*excursus* storico che ne ha caratterizzato l'evoluzione, gli aspetti normativi che ne hanno definito il ruolo, le mansioni e le caratteristiche, le unità in cui opera, le diverse pubblicazioni scientifiche che qualificano tale figura, l'esperienza di un Servizio e infine le prospettive future. L'articolo 1 della legge 56/89, riguardante la categoria professionale degli psicologi, evidenzia come questa figura abbia risentito molto di un'incertezza normativa che non gli ha permesso di definire al meglio la propria posizione nelle aziende ospedaliere (Vicenzotto, 2014). Con la sentenza 981 del Consiglio di Stato del 2004 si chiarì questo concetto (Vicenzotto, 2014, pag. 11): "La psicologia clinica, inoltre, rappresenta una specializzazione della psicologia (e non della medicina) e consente anche, ma non solo, l'esercizio della psicoterapia. Essa, in quanto specializzazione della psicologia, non può che essere riservata ai soli psicologi." Questa sentenza, assieme alla delibera 557 del 2002 della Provincia di Bolzano (Vicenzotto, 2014), riuscì a definire l'importanza e la necessità della presenza degli psicologi ospedalieri all'interno delle *équipe* sanitarie. È possibile dimostrare ciò mediante la Legge regionale 10/11, riguardante l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore, nella quale si sancisce l'importanza dell'intervento degli psicologi nel fornire cure specifiche e in linea con la propria formazione specifica (Vicenzotto, 2014). Nella società odierna, il paziente è sempre meno propenso a subire un intervento sanitario, laddove non ritiene di essere considerato dal personale medico come un essere umano complesso, ma come un "qualcosa di guasto da riparare". È proprio per venire incontro alla necessità del paziente che si fa strada all'interno dell'*équipe* medica la figura dello psicologo, il quale pone il malato al centro della cura, segnando l'adozione di un nuovo modello di riferimento: il modello della salute, superando la concezione del modello della malattia, che vede il malato come un mero portatore di una patologia (Burrai, Apuzzo, Micheluzzi, 2020).

Tra i motivi per cui la psicologia si afferma nel contesto ospedaliero vi è quello di contribuire a sanare diverse criticità, tra di esse troviamo ragioni di tipo: storico-epistemica, difensiva e di tipo tecnico. Nel primo caso si fa riferimento alle oscillazioni che ha sempre attraversato il sapere medico Occidentale, ossia quella integrazionale tra una componente antropologica ed una tecnologica. Quest'ultima, negli ultimi anni, ha condotto alla sottovalutazione della prima. Nel secondo caso ci si riferisce alla difficoltà che il medico incontra nell'approcciarsi ai vissuti emotivi, che accompagnano l'esperienza di malattia del paziente. Infine, l'ultima difficoltà, quella tecnica, fa riferimento al limite metodologico utilizzato dagli operatori sanitari: il loro approccio prende in considerazione solo gli elementi pertinenti per i due scopi fondamentali, che sono la diagnosi e la terapia, correndo il rischio di ridurre la complessità del paziente (Braibanti, 2007). Infatti, secondo Burrai e colleghi (2020), la psicologia ospedaliera deve contribuire alla diffusione delle seguenti pratiche in ospedale: dell'*informational continuity*, ossia la raccolta delle informazioni relative alla storia clinica del paziente per ideare delle linee guida per il trattamento personalizzate; l'uso della *management continuity*, ovvero l'attenzione e la presa in carico dei bisogni sociosanitari del paziente; ed, infine, la *relational continuity*, ossia curare le relazioni tra cliente e professionista. Secondo De Bernardis e Dondi (2020), i servizi di psicologia, all'interno dell'ospedale, si configurano come entità che si occupano della programmazione, della gestione e della promozione delle attività di competenza, garantendo lo svolgimento dell'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa, svolgendo, inoltre, attività didattiche, formative e di ricerca psicologica in ambito sanitario. In altre parole, la psicologia ospedaliera ha principalmente tre ambiti di intervento (Regione Emilia-Romagna, 2021): clinico- assistenziale, il quale prevede l'assistenza dello psicologo per i pazienti che si trovano in condizioni cliniche particolari, a causa di patologie o cure con un alto impatto traumatico; organizzativo, che lavora sul benessere e sullo *stress* correlato al lavoro, al fine di migliorare i servizi ospedalieri presenti nelle varie strutture e il clima all'interno dell'*équipe*; formativo, che

si occupa di supportare il personale sanitario affinché siano in grado di intrattenere relazioni e di comunicare in modo appropriato, non solo in vista dell'erogazione delle cure, ma anche per la gestione delle dinamiche e dei conflitti all'interno del gruppo di lavoro. Riguardo a quest'ultimo punto, il contributo della psicologia all'interno del contesto sanitario può avere un effetto diretto, riferito all'erogazione di servizi, valutazioni e terapie fornite dallo stesso psicologo, ma anche indiretto, correlato alla preparazione del personale sanitario.

Un servizio di psicologia ospedaliera così descritto viene definito a partire dai LEA, cioè “le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SNN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini” (Ministero della Salute, 2019). Con il DPCM del 12 gennaio 2017, è possibile definire le tre grandi aree di intervento dei LEA (Ministero della Salute, 2019):

1. prevenzione collettiva e sanità pubblica, cioè le azioni di salvaguardia nei confronti del singolo e della società;
2. assistenza distrettuale, cioè l'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari;
3. assistenza ospedaliera, ad esempio pronto soccorso, day hospital e lungodegenza post acuzie.

Tra gli interventi svolti da parte dei LEA nelle aziende ospedaliere, è possibile integrare le attività psicologiche, comprendendo il loro ruolo nel garantire uno stato di salute ottimale nella persona (Borghi et al., 2020). Un possibile esempio dell'importanza del ruolo dello psicologo ospedaliero in questo setting viene riportato nello studio di Russel e Fountain (2018), riguardante il ruolo che hanno all'interno degli *Hospice* inglesi. In un sondaggio svolto nel 2016 è stato identificato come solo il 41% di queste strutture prevedesse l'accesso di uno psicologo e che il loro ingresso risultava essere limitato (in media, solo 1 giorno a settimana era dedicato al lavoro negli *Hospice*) (Russel, Fountain, 2018). Mediante un sondaggio online, i cui partecipanti erano psicologi clinici o consulenti registrati nell'*Health Care Professions Council* che lavoravano nell'ambito degli *Hospice*, è emerso che i compiti principali dello psicologo in queste strutture riguardava lo svolgimento di colloqui con i pazienti e di sostegno allo staff. Il lavoro poteva comprendere anche l'utilizzo di tecniche, come

la CBT (Cognitive-Behaviour Therapy), per la gestione e la normalizzazione delle difficoltà connesse alla situazione vissuta; lo studio ha dimostrato l'efficacia di questo strumento nella riduzione dell'ansia per i pazienti (Russel, Fountain, 2018). Dalla ricerca è stato possibile dimostrare come, negli *Hospice*, la figura dello psicologo ospedaliero sia fondamentale per la sua capacità di adattare i diversi tipi di interventi terapeutici alle varie esigenze dei pazienti (Russel, Fountain, 2018). Altra ricerca che ha dimostrato l'importanza degli psicologi ospedalieri è stata quella di Amato e colleghi (1998), i quali hanno evidenziato il contributo significativo di queste figure professionali con i pazienti, che necessitano di un trapianto autologo del midollo osseo, e i loro familiari. In un caso riportato nella ricerca (Amato et al., 1998), gli psicologi, durante la chemioterapia di mobilitazione, hanno insegnato alla paziente delle tecniche di rilassamento e di gestione dello stress, al fine di trattare con anticipo i sintomi più frequenti, quali nausea, vomito e ansia. Mediante questi interventi e il supporto che sia lei che il marito hanno ricevuto, le è stato più semplice anche sottoporsi ad un secondo trapianto, poiché percepiva di avere un maggior controllo della situazione. Dopo pochi mesi, ha ripreso a condurre la sua quotidianità. Dalla ricerca è emerso come il team psico-oncologico sia in grado di fornire un sostegno reale ed efficace ai pazienti e ai loro familiari, per riuscire ad accettare e gestire questa condizione (Amato et al., 1998). All'interno del panorama italiano, sono state condotte delle sperimentazioni locali sull'inserimento dello psicologo nella rete dei Medici di Medicina Generale (MMG) e in quella dei Pediatri di Libera Scelta (PLS). Ad esempio, nella Regione Umbria, attraverso l'uso di protocolli di base operativi condivisi, il miglioramento del benessere, della sintomatologia e del funzionamento generale è risultato molto significativo: il 67% degli utenti ha espresso il livello massimo di soddisfazione ed il 30% il livello 8/9. Tra i medici il 69% si è dichiarato "molto soddisfatto" e il 25% "estremamente soddisfatto". Ciononostante, ad oggi, in Italia, le resistenze alla concretizzazione dell'inserimento dello psicologo nelle cure primarie vengono supportate da tre principali argomenti: il costo, il tipo di attività che

potrebbero svolgere nella *team* ed il fatto che vi è poca diffusione di pubblicazioni estere sul ruolo di questo professionista all'interno dell'ospedale (Lazzari, 2022). Nonostante le reticenze succitate, il 25 marzo 2014 è entrato in vigore un Decreto Legislativo (Decreto Legislativo n°19, 19/2/2014) che invita le aziende ospedaliere e sanitarie a prestare attenzione ai fattori psicosociali che influenzano il clima nell'ambiente di lavoro: il Decreto vuole tutelare tutte le lavoratrici e i lavoratori che operano, nei luoghi di lavoro interessati da attività sanitarie, alle dipendenze di un datore di lavoro. In modo indiretto, viene restituita importanza al lavoro dello psicologo nell'*équipe* ospedaliera.

Perché la psicologia in ospedale?

In seguente paragrafo si baserà sull'impatto che la malattia ha sui pazienti, andando a delineare l'importanza che ricopre la figura dello psicologo nel ridurne l'influenza, approfondendo le linee guida che ne regolano l'operato.

Nel corso degli ultimi anni sono diversi i fattori che hanno influito sullo sviluppo degli interventi psicologici realizzati nel Servizio Sanitario Nazionale a favore dei cittadini. Fra di essi, è possibile menzionare la domanda di un intervento psicologico specializzato e finalizzato da parte dei cittadini, lo sviluppo di percorsi formativi e istituzionali della professionalità psicologica e l'incremento delle strutture complesse di psicologia sul territorio nazionale (SIPSOT, 2009). Lo psicologo che opera in ambito ospedaliero, in quanto membro di una *équipe* di professionisti, deve attenersi a linee guida *standard* per impostare il proprio lavoro. L'applicazione di quanto fino qui enunciato richiede, da parte dello psicologo, la volontà di perseguire con convinzione la strada dell'innovazione, superando un'impostazione professionale di tipo meramente prestazionale, inserendosi in un contesto organizzativo complesso e che opera come un sistema organico, al fine di garantire il benessere del paziente. Per tale ragione, il lavoro dello psicologo non può prescindere dal tipo di organizzazione in cui è inserito. In altre parole, lo psicologo lavora in contesti multiprofessionali integrati, come, ad esempio, nelle Case

della Salute e nei Nuclei di Cure Primarie, nei Consultori e nelle strutture ospedaliere (Regione Emilia-Romagna, 2021). Andando ad approfondire il ruolo di questa figura professionale all'interno del contesto ospedaliero, è possibile notare che la presenza continuativa dello psicologo all'interno dei diversi reparti rappresenta un importante fattore per il superamento di molteplici situazioni, non solo di interesse prettamente clinico, ma anche relazionale ed organizzativo all'interno del *team*. Infatti, il contributo che la psicologia può offrire, è utilizzabile per favorire tanto il benessere del paziente, quanto quello dell'operatore sanitario (De Berardinis, Dondi, 2020). Come precedentemente analizzato, affinché sia possibile per lo psicologo operare all'interno del *team*, è necessario che abbia delle chiare linee guida da seguire. A tal proposito De Berardinis e Dondi offrono una panoramica della prassi cui il clinico deve attenersi per lavorare in ospedale, tenendo conto che l'esigenza di integrare la pratica basata sulle evidenze scientifiche, *evidence-based practice*, con le evidenze basate sulla pratica (*practice-based-evidence*), ha introdotto a livello ospedaliero la necessità di avviare studi di efficacia dei trattamenti (De Berardinis, Dondi, 2020).

Tavola 2

CRITERI DI ACCESSO	
Degenza Ospedaliera / DH	Paziente ambulatoriale / Day Service
Richiesta tramite SIO (Sistema Informativo Aziendale)	Richiesta cartacea o dematerializzata del MMG o Medico Specialista
PRASSI	
Degenza Ospedaliera / DH	Paziente ambulatoriale / Day Service
Analisi della richiesta / domanda di intervento Colloqui con la persona malata e/o caregiver Restituzione e coinvolgimento del Team curante Referto inserito in SIO. Contiene indicazioni diagnostiche e/o trattamenti (presa in carico durante la degenza) nel rispetto della tutela della privacy vengono riportati i contenuti essenziali e generici in risposta al quesito dell'inviante o i nuclei disfunzionali emersi Trattamenti alla persona e/o caregiver in contesto multidisciplinare durante la degenza	Completamento diagnostico e trattamento in conti-nuità post ricovero o Day Service Colloqui con la persona malata e/o caregiver in as-setto focalizzato breve (max 16 sedute) Condivisione multidisciplinare del trattamento nell'ambito delle riunioni periodiche di Team Oltre alla refertazione breve per singola seduta eventuale stesura di relazione clinica finale La consulenza/ presa in carico può essere richiesta nuovamente nei momenti epicritici/ fasi della malattia come da PDTA aziendali condivisi

Fig.1 Linee guida per la prassi

Fonte: De Berardinis, D. & Dondi, P., p. 23.

Per quanto concerne gli ambiti di intervento, secondo le linee di indirizzo per l'assistenza psicologica del 2009, sono le seguenti: "L'ambito professionale degli psicologi, come definito dalla Legge n. 56/89, art. 1, riguarda "l'attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione e riabilitazione e sostegno psicologici, rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità" oltre che "l'attività di sperimentazione, ricerca e didattica"; ed inoltre, artt. 3 e 35, "l'attività psicoterapeutica", in presenza di una specializzazione quadriennale o di una specifica formazione formalmente riconosciuta. A questi ambiti si deve aggiungere quello della promozione della salute, oggi al centro dell'attenzione scientifica e fortemente sottolineato nei piani sanitari nazionali e regionali. Nelle Aziende Sanitarie, su entrambi i versanti ospedaliero e territoriale, le Strutture di Psicologia agiscono sia direttamente sia trasversalmente alle altre Strutture sanitarie aziendali (SS.OO.CC, Dipartimenti, Distretti, Servizi, Uffici, Staff di Direzione), coinvolgendo settori strategici afferenti la clinica, la formazione professionale e l'organizzazione" (SIPSOT, 2009, pag. 17).

Questa tipologia di interventi si realizza tramite attività di consultazione psicologica, di presa in carico durante la degenza, di trattamenti psicosomatici effettuati in collaborazione con gli specialisti coinvolti nei percorsi di cura. Il *target* di riferimento dell'attività dello psicologo in ospedale, sono pazienti dall'età pediatrica all'età adulta e geriatrica. È possibile lavorare contemporaneamente sul singolo paziente e/o sui familiari/caregiver (Regione Emilia-Romagna, 2021). Per quanto concerne alcune linee guida da seguire per la valutazione clinica, Bara (2023), nel suo scritto "Il corpo malato", afferma che sono sette gli aspetti da valutare dal punto di vista clinico quando si incontra per la prima volta un paziente con disturbi fisici. Il primo è l'analisi dei sintomi fisiologici attuali, dei quali si cerca di comprendere la tipologia, che può essere specifica rispetto alla malattia diagnosticata o aspecifica; la frequenza con cui il disagio si presenta, cercando di comprendere se vi sia una qualche correlazione tra il dolore lamentato e la sperimentazione di alcune

dinamiche sociali o ambientali; la severità, altresì definita come l'autovalutazione di intensità e frequenza della sintomatologia presentata. Il *distress* che la malattia comporta per il paziente all'interno della sua vita quotidiana, focalizzandosi anche sul terzo aspetto dell'analisi valutativa, ossia la rappresentazione mentale del malessere che il paziente costruisce. Infine, si studiano i punti di riferimento ed il livello di funzionamento del paziente, prima di iniziare a lavorare con lui. In questo processo l'esecuzione di un'anamnesi accurata, sia medica che psicopatologica è fondamentale per comprendere a fondo la storia individuale del paziente. A seguito di questo *excursus*, è possibile delineare l'importanza ricoperta dallo psicologo nelle Aziende ospedaliere anche mediante l'analisi del costo economico della patologia. Il primo studio riguarda l'importanza dell'inserimento di trattamenti psico-dermatologici nel trattamento di patologie dermatologiche (Goulding et al., 2017), le quali si caratterizzano per cure costose. La prima paziente, ad esempio, è arrivata nella clinica dermatologica con una diagnosi di tricotillomania e il costo della sua terapia era pari a £1.209. Dopo la visita presso il servizio psico-dermatologico, la valutazione del suo processo di cura corrispondeva a £386; la paziente, accettando e lavorando sulla sua condizione, andò in contro a una completa remissione dei sintomi. Un'altra paziente si presentò al servizio con una precedente diagnosi di infestazione delirante, il cui costo di trattamento era pari a £2.892. Dopo la visita psico-dermatologica, la sua cura ammontava a £464, portandola a risparmiare £1.382 all'anno. Altra ricerca effettuata, in linea con la precedente, riguarda l'utilizzo di un intervento di formazione manuale assistita alla risoluzione dei problemi (C-MAP) che si propone di ridurre il rischio di autolesionismo (Alvi et al., 2021). Mediante questa tecnica, il rapporto costo- efficacia è pari a \$16.524, rispetto all'impiego dei consueti trattamenti. Ultimo studio riguarda l'impatto economico provocato dal diabete di tipo 1 (Caccavale et al., 2020): il suo trattamento è di circa \$6.228, il quale consta di iniezioni di insulina quotidiane, controlli del glucosio nel sangue e continue visite mediche; implica anche costi indiretti, come l'assentarsi a scuola o a lavoro da parte dei pazienti. L'introduzione di interventi psicologi

è risultato essere vantaggioso nella complessiva riduzione del costo della cura. Elemento su cui questi programmi tendono a porre maggiore concentrazione è la scarsa aderenza al trattamento, soprattutto negli adolescenti, che è spesso provocata da sintomi di ansia e depressione e da conflitti familiari. Si è riscontrato che interventi psicologi, come la terapia cognitivo- comportamentale e familiare e l'incremento delle capacità di *coping* e *problem solving*, siano efficaci nell'aumentare l'aderenza al trattamento e nel ridurre i costi complessivi della cura. Per quanto siano presenti degli ostacoli all'interno della ricerca, è possibile dimostrare che l'impiego di tecniche psicologiche siano efficaci nella riduzione dei costi delle cure per i pazienti.

La figura dello psicologo all'interno del contesto ospedaliero non solo conferisce una maggiore attenzione alla persona in sé all'interno del processo di cura, ma risulta essere molto vantaggiosa e conveniente dal punto di vista economico.

UOC e Servizio

Affinché sia possibile comprendere il ruolo svolto dallo psicologo all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, è necessario delineare le differenze esistenti tra le strutture organizzative, definite come "l'insieme di professionalità omogenee attinenti ad una specifica funzione operativa" (Azienda USL Toscana Nord- Ovest, 2020, pag. 4). Queste strutture si scindono in unità operative complesse, dipartimentali e semplici, a seconda del livello di autonomia e di responsabilità conferitegli (Azienda ULSS 8 Berica, 2023). Dal punto di vista storico, le prime Unità Operative di psicologia clinica, all'interno dei contesti ospedalieri, nascono intorno al 1990. In questi anni, infatti, si inizia a sensibilizzare l'*équipe* medica riguardo l'importanza della presenza dello psicologo all'interno del *team*, al quale viene affidato il ruolo di garante dell'umanizzazione delle cure sanitarie (De Bernardis, Dondi, 2020). Di seguito verranno analizzate le diverse strutture organizzative.

Le Unità Operative Complesse (UOC) sono strutture interne ad un dipartimento caratterizzate da autonomia tecnico- professionale

(Azienda USL Toscana Nord- Ovest, 2020) sotto la responsabilità di un direttore (FP CGIL Roma e Lazio, 2018), che erogano prestazioni riferibili a conoscenze e competenze specifiche (Azienda ULSS 8 Berica, 2023). I criteri prioritari che delineano le UOC sono (FP CGIL Roma e Lazio, 2018): la presenza di servizi ambulatoriali, sale operatorie ordinarie e settori operativi specifici, e risorse operative, organizzative e professionali per rispondere agli obiettivi prefissati; un personale competente nel trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo preposto. Queste articolazioni ricoprono, quindi, un ruolo di amministrazione in settori rilevanti per la crescita della struttura ospedaliera e assicurano servizi che fanno riferimento a conoscenze e competenze significative (Azienda ULSS 8 Berica, 2023). Si differenziano, quindi, poiché (Azienda ULSS 8 Berica, 2023) ricoprono una posizione amministrativa di rilievo all'interno della direzione aziendale e promuovono l'integrazione delle differenti unità presenti nell'ospedale. Analogamente alle UOC, ci sono le Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), che sono parte di un dipartimento dell'Azienda ospedaliera (Azienda USL Toscana Nord-Ovest, 2020), le quali sono dirette da un dirigente e, per questo, posseggono una autonomia organizzativa (FP CGIL Roma e Lazio, 2018). I criteri prioritari che delineano le UOSD sono (FP CGIL Roma e Lazio, 2018): la presenza di un organo di assistenza, che svolge prestazioni in maniera autonoma e in linea con il funzionamento delle UOC, e di un operatore e del personale con competenze specifiche; una copertura della spesa annua rispetto alle necessità dell'Unità. Le Unità Operative Semplici (UOS), invece, sono strutture interne alle UOC che svolgono attività sanitarie sotto le indicazioni del direttore dell'unità complessa di riferimento (Azienda USL Toscana Nord-Ovest, 2020); sono prive, a differenza delle precedenti, di autonomia organizzativa (FP CGIL Roma e Lazio, 2018). I criteri prioritari che delineano le UOS sono (FP CGIL Roma e Lazio, 2018): la presenza di un sistema di assistenza, che eroga servizi sotto disposizione della UOC di riferimento, e di un operatore con competenze specifiche al compito svolto; il raggiungimento di una copertura delle spese in relazione alle prestazioni erogate. Il Servizio, o come definito da Elio

Guzzanti, padre dell'ideologia dipartimentale, "unità operativa" (Tassara, Gnerre, 2019), invece, è una struttura interna all'Azienda ospedaliera alla quale vengono attribuite responsabilità riguardanti la gestione delle risorse umane, finanziarie e tecniche (ANAAO Emilia-Romagna, 2018). È l'insieme degli operatori, ambienti e strumenti che cooperano per la fornitura di una prestazione sanitaria specifica. Lo psicologo, quindi, è presente all'interno dell'Azienda Ospedaliera proprio a partire dalle Unità Operative o dai Servizi che vengono proposti. Dal 2019, però, è possibile collocare queste figure professionali anche in un altro reparto dell'ospedale: il pronto soccorso. A partire dall'approvazione delle "Linee Guida per le attività di Pronto soccorso" (CNOP, 2019) si evidenzia la necessità di analizzare i bisogni dei pazienti e dei familiari e i successivi interventi secondo una prospettiva biopsicosociale. Si rende necessaria, quindi, la presenza degli psicologi in questi reparti, considerando i limiti e le difficoltà del contesto di emergenza nel quale ci si trova (Regione Emilia-Romagna, 2021). I target verso cui si rivolgono gli interventi dello psicologo nel pronto soccorso sono (Regione Emilia-Romagna, 2021):

1. intra- aziendali, quali il trattamento di situazioni traumatiche e stressanti;
2. inter- aziendali, come il protocollo per l'abuso dei minori;
3. formazione del personale;
4. attuati nella sala d'attesa coinvolgendo i familiari.

Le competenze specifiche che questa figura professionale deve possedere sono (Regione Emilia-Romagna, 2021): conoscenza dei modelli connessi all'emergenza e urgenza e alla gestione dei gruppi; utilizzo di tecniche psicoterapeutiche per la gestione dei sintomi psicosomatici e per lo svolgimento di diagnosi differenziali tra patologie organiche e psicologiche; creazione di una relazione tra lo staff e il malato. Un esempio della presenza dello psicologo all'interno del reparto di pronto soccorso è possibile notarlo nell'Ospedale Mauriziano a Torino, il quale si propone di rispondere ai bisogni del personale, dei pazienti e dei loro caregiver (Mondo, 2023). Dal momento che è stato evidenziato come all'interno di questo reparto sia

molto elevato il tasso di *burn-out* tra gli operatori (30% tra infermieri e 40% tra medici), che va a compromettere anche il processo di relazione e di cura dei pazienti, il primo obiettivo che questo progetto si è posto è proprio quello di ridurre il livello di stress del personale e dei pazienti, al fine di creare un ambiente di lavoro più sereno e disteso (Mondo, 2023). Per fare ciò, gli interventi l'opportunità di creare uno spazio riservato per il personale ospedaliero, nel quale poterli sostenere e accogliere il vissuto di un ambiente di lavoro particolarmente stressante (Mondo, 2023). Inoltre, questi interventi possono essere di supporto per i pazienti e i familiari/caregivers, per sostenerli in un momento di ansia e di paura. Dal momento che questo progetto è stato avviato in quest'anno, non è possibile stimare dei risultati e delle valutazioni che possano evidenziarne i benefici. Nonostante, però, il crescente interesse nei confronti della presenza di interventi psicologici all'interno del pronto soccorso, la maggioranza di questi reparti risulta sprovvista di psicologi (CNOP, 2023). Come detto dallo stesso Presidente Lazzari "dove c'è la presenza di uno psicologo, che accoglie i familiari e forma il personale, il conflitto con gli utenti si riduce. Dunque usare bene gli psicologi è un'importante risorsa" (Today, 2023). Soprattutto nei contesti di maggiore emergenza, quindi, è necessaria la presenza di psicologi che possano aiutare nella gestione delle difficoltà, delle ansie e delle paure a cui l'utente o il personale possono andare incontro.

Metodologie e interventi

Dopo aver analizzato i metodi e gli strumenti utilizzati dallo psicologo nel servizio sanitario, è possibile andare a delineare le *clinical competence* di questa figura professionale, connesse ai paradigmi della Psicologia Clinica e della Salute (De Bernardis, Dondi, 2020, pag. 24):

1. "Promozione e mantenimento della salute,
2. Prevenzione e trattamento della malattia,
3. Trattamento del traumatismo,

4. Analisi e miglioramento dei sistemi di tutela della salute in ambito ospedaliero.”

Lo psicologo ospedaliero, quindi, non solo svolge percorsi di terapia e di diagnosi, ma incrementa la capacità autoriflessiva tramite il coinvolgimento del team multidisciplinare con il fine del trattamento delle malattie organiche (De Bernardis, Dondi, 2020).

Le clinical competence vengono successivamente ampliate dall'APA (De Bernardis, Dondi, 2020):

1. Legame tra il malato e lo staff;
2. Collegamento tra la clinica del singolo e del gruppo;
3. Presenza dei fondamenti della psicologia del lavoro e dell'organizzazione per favorire la comprensione delle necessità psicologiche del setting.

L'esperienza di un Servizio

La Casa di Cura “Villa delle Querce”, situata nel comune di Nemi, è un istituto privato riconosciuto dalla Regione Lazio che si occupa dell'erogazione di prestazioni sanitarie in situazione di ricovero e ambulatoriale; si prefigge il fine della diagnosi e della cura, ma anche della formazione e della ricerca in campo medico e riabilitativo a partire dal coinvolgimento dell'Università di Roma “Tor Vergata”. A questi aspetti, si unisce il lavoro psicologico che viene svolto con i pazienti. In questa struttura sono presenti principalmente pazienti “complessi” di ogni età e che presentano alti livelli di comorbilità e di fragilità. L'aspetto riabilitativo della Casa di Cura riguarda, infatti, soggetti che necessitano di un recupero funzionale in campo cardiologico, respiratorio, neuromotorio, osteoarticolare e metabolico-nutrizionale. Ogni reparto è composto da un'*équipe* specialistica, la quale si occupa della compilazione di un Progetto Riabilitativo individuale che viene successivamente inserito nella Cartella Clinica Riabilitativa di valutazione multidisciplinare. Il *setting* della struttura si compone di numerosi reparti: riabilitazione cardiorespiratoria e neuromotoria; lungodegenza medica; Day

Hospital; RAAM, cioè Reparto acuti area medica; RSA1, cioè Residenza Sanitaria Assistita di primo tipo che si occupa di pazienti anziani con necessità di cure e di riabilitazione; RSA2, cioè Residenza Sanitaria Assistita di secondo tipo composta principalmente da pazienti psichiatrici; RD4 e RD5, cioè Residenze Socio- Riabilitative di mantenimento, le quali ospitano pazienti con disabilità fisica, psichica, sensoriale non assistibili a domicilio poiché hanno bisogno di un'assistenza continua di tipo residenziale; R3, nella quale sono presenti pazienti che presentano un maggior livello di autonomia e che, quindi, richiedono una minore assistenza da parte degli operatori sanitari. Per quanto concerne la figura dello psicologo, questi all'interno della struttura svolge numerose mansioni: si occupa della somministrazione di test, svolge colloqui, si occupa dell'aspetto formativo e lavora in équipe. Per quanto riguarda i questionari, i più usati sono: HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, al fine di valutare la presenza e la gravità di sintomatologia ansiosa e/o depressiva nei pazienti nei reparti di riabilitazione, medicina e *Day Hospital*; HONOS, *Health of the Nation Outcome Scales*, viene utilizzato in etero- somministrazione, soprattutto nel reparto RD4 e RD5, per la valutazione degli aspetti clinici del paziente e delle sue problematiche relazionali e sociali; CSDD, *Cornell Scale for Depression in Dementia*, il quale, somministrato agli operatori che si occupano di specifici pazienti, serve per misurare la presenza e il livello di depressione in soggetti affetti da demenza; SPMSQ, *Short Portable Mental State Questionary*, che rappresenta uno strumento per l'operatore sanitario per esaminare la presenza e il grado di compromissione del funzionamento cognitivo. Questi ultimi due test vengono somministrati soprattutto per i pazienti in RSA1 e RSA2 e R3. Per quanto concerne lo svolgimento dei colloqui, questi hanno come obiettivo: la psicoeducazione, al fine di sviluppare le capacità e le competenze per essere in grado di gestire eventuali difficoltà; la valutazione emotiva nelle condizioni di riabilitazione; la valutazione emotiva e cognitiva all'interno delle residenze. Il colloquio si può caratterizzare dall'utilizzo di alcuni strumenti, come il protocollo EMDR per eventi recenti (*Eye Movement Desensitization and*

Reprocessing) che viene usato in caso di necessità per dissociazioni post- traumatiche. La relazione tra il medico psicologo e il paziente, infatti, non riguarda solo la valutazione e la costruzione di una relazione di supporto e di sostegno, ma prevede la formazione di una relazione formale in cui è presente un alto coinvolgimento emotivo che porta il paziente a raccontare di sé e ad aprirsi sulle proprie preoccupazioni e difficoltà. Inoltre, c'è una grande attenzione nei confronti dell'umanizzazione delle cure: la persona, infatti, viene messa al centro dell'intervento e del trattamento che è personale per ciascuno; tutto questo interesse viene accompagnato dalla capacità di rassicurare sulla propria condizione medica e psicologica e dal rispetto per la sua dignità. Per quanto concerne l'aspetto formativo, questo non riguarda solo il personale della struttura, ma anche una dimensione universitaria. Dato che la Casa di Cura "Villa delle Querce" è in collaborazione con l'Università di Roma "Tor Vergata", lo psicologo si occupa della formazione degli studenti di scienze infermieristiche e di fisioterapia. Con i primi, al primo anno sono in programma 40 ore di psicologia generale e 20 ore di pedagogia generale e sociale, mentre al terzo anno sono previste 20 ore di psicologia clinica. Con i secondi, invece, tutta la formazione è racchiusa nel primo anno di studi, il quale si caratterizza di 16 ore di psicologia generale e 8 ore di psicologia dello sviluppo. Infine, lo psicologo, essendo parte della struttura ospedaliera, lavora in équipe e si confronta costantemente con tutti gli operatori sanitari presenti, cioè Assistenti sociali, Educatori, Infermieri, Medici, Fisioterapisti e OSS (Operatore Socio- Sanitario). Un ulteriore membro di questa *équipe* è il paziente, il quale, essendo al centro di tutto questo sistema, rappresenta il punto di unione di tutte queste figure. Tutti gli operatori sanitari, infatti, si intercambiano e si relazionano tra loro affinché possa essere assicurata la migliore forma di trattamento e di riabilitazione per il soggetto in cura. Altro aspetto del lavoro in *équipe* di cui si occupa lo psicologo, è la conduzione del progetto ASSO (Ascolto, Stimolo, Sostegno, Orientamento), il quale si pone l'obiettivo della prevenzione del *burnout*; anche in questo caso, al centro è posto il paziente: solo se gli operatori sanitari riescono a comunicare e lavorare tra loro in maniera efficace, senza che nessuno

venga emarginato, è possibile che il paziente venga seguito al meglio. Proprio per l'importante coinvolgimento che lo psicologo ha all'interno dell'*équipe*, la terminologia usata non riguarda solo la dimensione psicologica, ma anche quella psicofarmacologia e medica-ospedaliera. Gli obiettivi che ha lo psicologo all'interno di questa struttura sono soprattutto due: a breve termine, quello della valutazione su richiesta del medico curante, che considera la necessità che il paziente venga analizzato anche sotto l'aspetto psicologico; a lungo termine, caratterizzato dalla prevenzione del *burn-out* con il progetto ASSO e la presa in carico di soggetti per lungo tempo (RSA). In conclusione, è possibile affermare che, data anche la complessità del sistema operativo della Casa di Cura "Villa delle Querce", il lavoro di *équipe* si rivela essere fondamentale: questa collaborazione permette ai pazienti di beneficiarne non solo per la salute fisica, ma anche psichica. Per questo motivo la struttura rappresenta un esempio metodologico del valore della collaborazione da un punto di vista sistemico-organizzativo. Fondamentale per questa organizzazione è il rispetto reciproco delle diverse mansioni: nessun membro dello *staff* assume un ruolo che non gli compete.

Prospettive future

Mediante questo articolo è stata resa evidente l'importanza rivestita dal ruolo dello psicologo all'interno del contesto ospedaliero, nel trattamento della malattia e nella gestione delle dinamiche relazionali all'interno della stessa *équipe*. L'intervento attuato a partire dal Servizio di Psicologia, presente all'interno della Casa di Cura "Villa delle Querce", è un esempio di efficienza nel settore. In vista dell'inserimento dell'operato dello psicologo come perno nell'intervento ospedaliero, sono state approvate la legge 126/20 e la legge 176/20 che si propongono di "garantire il benessere psicologico individuale e collettivo" (CNOP, 2021, pag. 8). Gli obiettivi da perseguire, quindi, sono (CNOP, 2021): l'incremento dell'assistenza psicologica per arricchire l'offerta e ottenere vantaggi economici; il raggiungimento di una assistenza trasversale, fondata sull'analisi dei

processi e dei risultati per sviluppare programmi sociosanitari integrati e completi.

In sintesi, un obiettivo che la psicologia ospedaliera può perseguire negli anni a venire, è quello di farsi garante della diffusione e dell'utilizzo di conoscenze aggiornate rispetto alle scienze comportamentali, nell'interesse del paziente (Enright et Al, 1990).

BIBLIOGRAFIA

- Alvi m. H. Et al (2022), cost- effectiveness of a culturally adapted manual- assisted brief psychological intervention for self- harm in pakistan: a secondary analysis of the culturally adapted manual- assisted brief psychological randomized controlled trial, *value health reg issues*, 27, 65- 71.
- Amato j. J. Et al. (1998), psychological support to an autologous bone marrow transplant unit in a community hospital: a pilot experience, *psycho-oncology*, 7, 121- 125.
- Bara g. (2023), *il corpo malato*, milano: raffaello cortina editore.
- Borghi l. Et al. (2020), la “visita e parere psicologico” in ambito ospedaliero: un modello di intervento attraverso a pratica clinica, *psicologia della salute*, 1, 55- 67.
- Caccavale l. J. Et al. (2019), impact and cost- effectiveness of integrated psychology services in a pediatric endocrinology clinic, *journal of clinical psychology in medical settings*, 27(3), 615- 621.
- De berardinis d.- dondi p. (2020), *la psicologia ospedaliera: ieri, oggi, domani*, link- rivista scientifica di psicologia, 1, 21- 42.
- Decreto legislativo 19 febbraio 2014, n. 19, attuazione della direttiva 2010/32/ue che attua l'accordo quadro, concluso da hospeem e fsesp, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.
- Enright, m. – resnick, r. – deleon, p. – sciara, a. – tanney, f. (1990). *The practice of psychology in hospital settings*, *american psychologist*, vol. 45~ no. 9, 1059-1065.
- Goulding j. M. R. Et al. (2017), cost-effectiveness in psychodermatology: a case series, *acta derm venereol*, 97(5), 663- 664.

Sipsot (2009), linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia, territoriali ed ospedaliere, del ss, torino: politeia edizioni.

Tassara r.- gnerre p. (2019), il dipartimento come modello di responsabilità organizzativa, *italian journal of medicine*, 7(3), 36- 38.

SITOGRAFIA

Anaa emilia- romagna (2018), unità operative semplici e complesse, <https://www.anaaoemiliaromagna.it>.

Azienda ulss 8 berica (2023), come è organizzata l'azienda, <https://www.aulss8.veneto.it>.

Azienda usl toscana nord- ovest (2020), regolamento aziendale di organizzazione. Rev. 17, <https://www.uslnordovest.toscana.it/>.

Braibanti p. (2007), la psicologia della salute in ospedale e nei processi di cura, bergamo: università degli studi, <https://elearning15.unibg.it/>.

Burrai f.- micheluzzi v.- apuzzo l. (2020), umanizzazione delle cure: innovazione e modello assistenziale, *giornale di clinica nefrologica e dialisi*, 32(1), 47–52, <https://doi.org/10.33393/gcnd.2020.1984>.

Cnop (2019), psicologi nel pronto soccorso, <https://www.psy.it>.

Cnop (2021), un sistema sanitario vicino alle persone. Il consiglio nazionale approva le proposte degli psicologi per il rilancio del ssn, <https://www.psy.it>.

Fp cgil roma e lazio (2018), direttive per la riproposizione ed approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art.1, comma 66, lett. A) della l.r. 14/2008, <https://www.fpcgilromalazio.it/>.

- Lazzari d. (2022), l'assistenza primaria in europa prevede gli psicologi: ora tocca all'italia, quotidianosanita.it, <https://www.quotidianosanita.it>.
- Ministero della salute (2019), nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, <https://www.salute.gov.it/>.
- Mondo a. (2023), al pronto soccorso arriva lo psicologo, la stampa, <https://www.lastampa.it>.
- Regione emilia-romagna (2021), linee di indirizzo alle aziende sanitarie in tema di organizzazione dell'area "psicologia clinica e di comunità", <https://bur.regione.emilia-romagna.it>.
- Russell c.- fountain a. (2018), role of clinical psychology in uk hospice, bmj supportive & palliative care, 1- 5, <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001594>.
- Today (2023), sanità: psicologi, "noi in pronto soccorso? Già previsto, norme da applicare", <https://www.today.it>.
- Vicenzotto p. (2014), lo psicologo ospedaliero nel panorama normativo nazionale e regionale, realtà e futuro dello psicologo ospedaliero in friuli-venezia giulia, <https://www.ordinepsicologifvg.it/>.

Pubblicazione online:
ISSN 2974-7457



9 772974 745003

Pubblicazione a stampa
ISSN 2974-7473



9 772974 747007