

## I Sogni nelle terapie a tempo limitato

ANDREA FERRERO

*Summary* – DREAMS IN BRIEF PSYCHOTHERAPIES. At first the paper provides a short comparative description of some different brief adlerian psychotherapies. More in detail, the most relevant theoretical and technical issues of Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (*B-APP*) are presented, comparing them with long-term adlerian psychotherapy and other short-term dynamic psychotherapies. Theory concerns metapsychological and psychopathological premises, process indicators (working on a focus, encouraging relationship), intensive and supportive strategies, conservative or mutative effectiveness. Then we discuss the meaning and the usefulness of dreams in psychotherapies. The theory and the practice of Individual Psychology is compared with the results of neurobiological research. Finally, we discuss the work on dreams during the sessions of B-APP, considering different technical instruments (not only interpretation), the termination of the treatment and the clinical objectives.

*Keywords:* BRIEF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, DREAM, NEUROSCIENCES

### I. Premesse

Considerare come si possa lavorare con i sogni dei pazienti nell'ambito di una psicoterapia breve, orientata secondo la Psicologia Individuale, richiede alcune considerazioni preliminari.

La prima concerne il concetto stesso di psicoterapia psicodinamica breve. In altri termini: dobbiamo pensare che esista una tecnica specifica che differenzia questi trattamenti da quelli più prolungati? E in questo caso, rispetto a quali parametri?

Malan [37] distinse a suo tempo la posizione teorica di coloro che definì "conservatori", secondo cui le psicoterapie brevi costituiscono varianti tecniche della psicoanalisi ad efficacia più limitata (e dunque indicate solamente per determina-

te situazioni cliniche, sociali o istituzionali), da quella dei cosiddetti “radicali”, secondo cui le psicoterapie brevi possono produrre invece cambiamenti strutturali nel paziente ed hanno indicazioni cliniche per una vasta gamma di patologie. Queste distinzioni risentivano anche di dispute che possiamo considerare superate dalla Psicologia Individuale come quella, ad esempio, tra la “neutralità analitica” e la “tecnica attiva”.

In realtà, il termine “psicoterapia breve” unito a quello “ad indirizzo psicodinamico” rischia di contenere una contraddizione [23]. I tempi dell’inconscio, ma anche quelli della progettualità cosciente, non sono infatti per definizione né brevi, né lunghi. Da un lato, il tempo breve non definisce di per sé la qualità dell’intervento psicoterapeutico, sia che ci riferiamo alle radici più profonde dello stile di vita, sia che consideriamo qualche aspetto più settoriale del comportamento o del vissuto soggettivo; d’altro canto, un tempo più lungo non è per forza sinonimo di profondità o di un riconoscimento del significato simbolico del vissuto. In questo senso, ha ragione Migone a sostenere che forse non esistono psicoterapie brevi o lunghe [43], ma che è decisivo il significato che assume la fine del trattamento, in senso terapeutico o anti-terapeutico (quando finisce, cioè, troppo presto o si protrae troppo a lungo). L’utilizzo del termine “psicoterapie a tempo limitato” (utilizzato nel titolo) trova la sua ragione d’essere precisamente in base a queste osservazioni.

Sono quindi a confronto, in ogni caso, gli obiettivi della psicoterapia con i tempi esistenziali dei pazienti. Inoltre, fattori sociali in mutamento descrivono criticità temporali legate alle disponibilità economica di coloro che hanno bisogno di una psicoterapia oppure alle risorse ed alla limitata efficienza dei Dipartimenti di Salute Mentale sotto questo aspetto.

La seconda premessa riguarda il fatto che le psicoterapie brevi adleriane sono molte, e molto diverse tra loro. Come è stato sottolineato da Sperry [55], la Psicologia Individuale ha una lunga tradizione nel campo della psicoterapia breve, che risale allo stesso Adler, dal momento che le sue analisi duravano sovente non più dei trattamenti raccomandati oggi da Sifneos, Malan o Davanloo. Nel 1972, il *Journal of Individual Psychology* ha dedicato un volume alla psicoterapia breve e nel 1988 i primi due volumi della rivista *Individual Psychology*, pubblicata dalla *North American Society of Adlerian Psychology*, furono dedicati interamente a varie tecniche di psicoterapia breve adleriana.

Una di queste tecniche può essere ricondotta alla recente riformulazione delle psicoterapie adleriane di Oberst e Stewart [44]. Schematicamente, essi descrivono la necessità preliminare di stabilire una relazione significativa e di definire il *setting*, per procedere poi all’*assessment* dello stile di vita mediante la ricostruzione attiva di genogrammi, un questionario concernente l’ordine di nascita,

l'indagine sui primi ricordi e su eventuali sogni, utilizzando anche misurazioni di tipo quantitativo. L'obiettivo diventa, allora, l'*insight* cognitivo, semantico e fattuale dello stile di vita, attraverso la confrontazione e i paradossi, per deintencivare le risposte maladattive. Segue la fase del riorientamento, mediante la visualizzazione di esperienze (per "disintossicare" la memoria), il controllo riflessivo delle emozioni, l'immaginazione attiva (vivere "come se") e la fase terminale è dedicata a poter mantenere il cambiamento, mediante l'uso ripetuto dei meccanismi appresi. L'orientamento generale di questa tecnica è di tipo cognitivista-costruttivista.

Bitter e Nicoll [7], per parte loro, una volta sottolineata anch'essi l'importanza degli aspetti relazionali che influenzano l'intervento, intendono la psicoterapia breve come incentrata sulla soluzione di problemi ("solution focused therapy"). Per delineare i presupposti del trattamento, utilizzano schematicamente l'acronimo PACE, che significa: Purpose (motivazione), Awareness (attenzione: ai sogni, ai simboli, alla logica privata), Contact (rapporto con sé e gli altri), Experience (nuove esperienze); per descriverne, invece, lo svolgimento, utilizzano l'acronimo BURP, che sta per: Behavioral description (descrizione del comportamento), Understanding (comprensione di ruoli e relazioni), Re-orientation (atteggiamenti sostitutivi: ridefinendo metafore, attivando la speranza, traslando dalle sedute nella vita), Prescribing (prescrizioni). L'orientamento di quest'altra tecnica è invece di tipo cognitivo-comportamentale.

Di orientamento psicodinamico è invece l'accezione della psicoterapia breve adleriana che è stata proposta da Tenbrink [59]. Egli pone come fondamento preliminare la distinzione, che ritiene cruciale, tra pazienti affetti da disfunzione delle strutture compensatorie del Sé (e identità costituita in modo stabile) ed altri pazienti con *deficit* della struttura primaria del Sé (ovvero con identità carente). Intorno ad un *focus* definito, la conduzione del trattamento deve essere bilanciata tra la ricerca di "sincronicità", intendendo con ciò la possibilità di contenimento emotivo come premessa per l'elaborazione regressiva di traumi precoci ed una diversa strutturazione dell'immagine di Sé, e la ricerca dell'esame di realtà. Tenbrink annota che, senza quest'ultima, vi è un rischio troppo elevato di regressione maligna e che, senza la prima, il terapeuta può essere vissuto come poco empatico e persecutorio, innescando resistenze transferali.

L'utilizzo dei sogni durante le sedute ha sicuramente un significato profondamente diverso nei trattamenti che abbiamo brevemente sunteggiato. Infatti, queste diverse modalità di psicoterapia breve condividono solo marginalmente i principi fondamentali in base a cui si ritiene possano alleviare le sofferenze o le difficoltà dei pazienti, sebbene tutte facciano inizialmente riferimento ad alcuni temi della psicologia di Adler.

## II. *L'impostazione teorica della Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)*

La B-APP [17, 18, 24] è una psicoterapia breve di matrice adleriana studiata e codificata, a partire dal 2000, dall'Istituto di Ricerca della S.A.I.G.A. – Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi – in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino e con l'Unità di Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO4-Regione Piemonte. Specifici progetti di ricerca intendono valutarne gli indicatori di processo e di esito all'interno di quadri psicopatologici e contesti clinici differenti.

La B-APP fa riferimento alla Psicologia Individuale, ordinando alcuni concetti della metapsicologia adleriana secondo tre paradigmi teorici differenti: il primo si riferisce al fatto che l'individuo rappresenta un'unità psicosomatica integrata in un contesto sociale (paradigma dell'unità psicosomatica); il secondo al bisogno dell'individuo di costruire e regolare l'immagine di sé (paradigma della regolazione del Sé); il terzo fa riferimento, invece, ai moduli di legame che regolano le relazioni umane e costituiscono, nel contempo, un "tema simbolico" inconscio che connette gli elementi dello stile di vita (paradigma dei moduli di legame).

Sotto il profilo psicopatologico, i sintomi psichiatrici sono concepiti come l'espressione simbolica di un disagio originario di cui l'individuo è solo in parte consapevole. Ogni sintomo, mentale o somatico, deriva dalla reazione dell'individuo ad una problematica irrisolta, in relazione al proprio sentimento di inferiorità. Si considerano, a questo proposito, l'eventuale vulnerabilità biologica, ovvero gli aspetti del temperamento che determinano risposte istintive antecedentemente all'interpretazione che il soggetto fa degli eventi, i precursori difettuali e conflittuali che hanno avuto rilievo nelle esperienze della vita e le modalità, prevalentemente inconscie, che il soggetto utilizza per elaborare il passato e per progettare il futuro. Dal punto di vista dinamico-strutturale, i terapeuti della B-APP fanno riferimento a tre differenti strutture di personalità: l'organizzazione psicotica di personalità, l'organizzazione borderline di personalità e l'organizzazione nevrotica di personalità. Si riconosce, inoltre, la grande importanza che le dinamiche socio-relazionali ed i contesti culturali rivestono nella genesi e nel mantenimento dei disturbi mentali.

La B-APP è caratterizzata da un numero ridotto e predefinito di sedute (da 10 a 20, di norma 15), a frequenza settimanale, incentrate intorno ad un focus. Si caratterizza per un'ampia gamma di indicazioni cliniche, perché, a seconda della diagnosi di organizzazione di personalità, il terapeuta può lavorare, di volta in volta, con obiettivi molto differenziati. La B-APP è una terapia ad orientamento psicodinamico [31], perché considera come i sintomi attuali, i meccanismi mala-

dattativi ed in generale la sofferenza psicologica dell'individuo siano riferibili a dinamiche inconscie anche quando gli elementi strutturali della psiche o il significato simbolico della comunicazione del paziente non siano necessariamente i principali obiettivi degli interventi del terapeuta.

Può essere utilizzata, quindi, come trattamento di un nucleo psicopatologico significativo con esiti strutturali, ma anche, all'opposto, per non attivare angosce troppo profonde; può essere utile per affrontare rapidamente i sintomi e riattivare con beneficio risorse sane; può servire da sensibilizzazione ad un trattamento più esteso o essere funzionale per rielaborare aspetti circoscritti a seguito di una psicoterapia precedente. In tutte queste eventualità, occorre considerare in via preliminare che pazienti con un'alta tendenza alla dipendenza regressiva, con il rischio di una costante necessità di sostegno e di "nursing", non sono sostanzialmente adatti per una psicoterapia a tempo limitato.

Lo svolgimento della psicoterapia è caratterizzato da tre indicatori fondamentali di processo: la qualità della relazione; l'identificazione del focus; la determinazione delle aree di possibile cambiamento all'interno del focus.

In accordo con l'impostazione teorica e clinica della Psicologia Individuale ed anche con i dati della più recente letteratura sui processi e gli esiti delle psicoterapie [32], il primo obiettivo del trattamento è la costruzione di una relazione basata sull'attitudine ad accogliere il paziente e sulla fiducia nella sua capacità di cambiare. Il *focus* costituisce il tema centrale delle sedute e viene concordato scegliendo una problematica attuale, che deve essere rilevante per la vita del paziente ed essere correlata significativamente alle dinamiche psicologiche che hanno concorso alla genesi della sintomatologia clinica. All'interno del *focus*, l'attenzione del terapeuta non privilegia particolarmente gli aspetti del *problem-solving*, ma è rivolta ai bisogni profondi espressi dalla situazione esistenziale e dalla sofferenza del paziente, ai meccanismi di difesa, alle risorse adattive.

In questo senso, all'interno della B-APP, non si opera una netta distinzione tra interventi supportivi e intensivi [17, 18, 21], a differenza di altre psicoterapie brevi orientate psicoanaliticamente, in particolare quelle che utilizzano tecniche volte prevalentemente all'insight. Il trattamento si basa su una visione prospettica da parte del terapeuta riguardo al funzionamento psichico di ciascun paziente lungo un continuum. Le psicoterapie intensive e supportive si differenziano sulla base della qualità della relazione terapeutica. Caratteristica delle prime è l'alleanza terapeutica dialogica, dove prevale l'elaborazione da parte del paziente delle esperienze personali o familiari; caratteristica delle seconde è invece l'alleanza terapeutica supportiva, dove prevale l'integrazione di contributi da parte del terapeuta.

Inoltre, la B-APP non assegna a priori all'intervento tecnico del terapeuta (ad es., un'interpretazione) un significato in termini di efficacia conservativa (che rispetta e rinforza la struttura difensiva del paziente) o mutativa (che provoca un cambiamento nei meccanismi di difesa del paziente) [17, 18, 21]. L'efficacia conservativa o mutativa del trattamento è relativa alla patologia del paziente e all'organizzazione di personalità ed il terapeuta utilizza in quest'ottica gli strumenti della tecnica, che vengono descritti facendo riferimento allo schema concettuale e terminologico del *Menninger Clinic Treatment Intervention Project* [28]. Pertanto, gli interventi del terapeuta possono essere distinti in sette categorie lungo un continuum: ad un estremo si trova l'interpretazione e, via via verso l'altro estremo, vengono considerati la confrontazione (o confronto), la chiarificazione, l'incoraggiamento ad elaborare, la convalidazione empatica, i consigli e gli elogi, la conferma.

In sintesi, il trattamento non si limita, per quanto è possibile, a promuovere la riduzione o la risoluzione della sintomatologia clinica, ma anche l'aumento dell'autostima e della libertà interiore dei pazienti rispetto ai propri schemi difensivi e relazionali, migliorando le capacità cooperative e l'auto-direttività.

### III. *Considerazioni generali sul sogno in psicoterapia*

Secondo H. e R. Ansbacher [5], l'interesse a lavorare con i sogni risiede nel fatto che si tratta di materiale proiettivo. Il soggetto, infatti, riferisce delle immagini e dei racconti, senza essere consapevole, se non in parte, di quale sia il significato della sua creazione. I sogni rappresentano quindi una finestra aperta sulla comprensione delle sue tendenze inconscie. Il terapeuta deve accostarsi al sogno non come ad una fonte di informazioni più o meno precise, ma come ad un sistema emotivo, espressivo o simbolico [20].

Come si giunga alla produzione onirica a partire dall'attività neuronale durante il sonno non è dato tuttora di sapere in modo esaustivo. Su questo argomento vi sono tappe intermedie e lacune conoscitive non colmate e riguardo alla storia affettiva del sognatore e alle sue relazioni col terapeuta le neuroscienze non hanno ancora niente di veramente interessante da dire [38]. Per la comprensione del sogno, più che un'ipotetica analisi molecolare delle funzioni cerebrali del linguaggio simbolico, rimane a tutt'oggi più interessante lo studio del vissuto soggettivo del paziente [26]. Come sosteneva già Adler [4], dando per scontato il fatto che ogni espressione mentale deve essere basata su un dato funzionamento cerebrale, l'attenzione va rivolta all'uso che viene fatto di questo materiale: questo, per lo psicoterapeuta, è il solo vero modo di poter affrontare il problema.

Anche se ci si limita, quindi, ad un profilo strettamente psicologico, bisogna considerare che la dottrina adleriana del sogno diverge almeno in parte da quel-

la utilizzata da altri indirizzi psicoterapeutici, anche psicodinamici. Rimane inoltre da verificare se le principali formulazioni della Psicologia Individuale sulla natura dei sogni e il loro possibile utilizzo nel trattamento dei disturbi psichici dei pazienti, sono compatibili o vengono invece contraddette, già in via preliminare, dalle ricerche delle neuroscienze e delle scienze del linguaggio. Le teorie sul sogno si basano, infatti, più sull'esperienza clinica che su evidenze sperimentali.

Il primo punto, come abbiamo visto, riguarda l'ipotesi che il sogno esprima aspetti dell'inconscio psicodinamico: si tratta naturalmente di un aspetto che la Psicologia Individuale condivide, nelle sue linee generali, con la Psicoanalisi. Adler [1, 2] ricollega in molti suoi scritti la costruzione dello stile di vita alla presenza di immagini ricordo per lo più inconse, che svolgono una funzione difensiva ed adattiva in base alle esperienze individuali: le finzioni. Il sogno, per Adler, fa parte del mondo finzionale del paziente. Per questo motivo, dunque, vi sarebbe una grande differenza tra il contenuto manifesto del sogno ed il suo significato latente.

In via preliminare, quest'assunto basilare non è contraddetto dalla ricerca neurobiologica, che evidenzia come il sogno elabori aspetti della memoria esplicita [29, 39]. Più specificatamente, secondo la TNGS (*Theory of Neuronal Group Selection*) di Edelman [13] e gli studi della Harvard Medical School [14, 58], il sogno possiede la funzione di trasformare le memorie inconse. Questo aspetto appare rilevante per gli psicoterapeuti adleriani perché non contraddice la possibilità di lavorare sul transfert attraverso il sogno. Permette, inoltre, di considerare come il linguaggio simbolico del sogno possa avere a che fare con aspetti regressivi del paziente durante lo svolgimento del trattamento [20, 48].

Secondo la Psicologia Individuale, i movimenti regressivi in seduta possono essere un modo che il paziente attiva inconsciamente per rivolgersi nuovamente ad un nodo esistenziale irrisolto, un tentativo di re-incontrare il deficit o il conflitto per provare a risolverlo. La regressione possiede dunque potenzialità creative [47, 49], perché i vissuti riattivati in seduta sono ri-sperimentati in modo diverso insieme al terapeuta. Il sogno può partecipare alla costruzione, alla registrazione o talora alla premonizione di questo processo, in quanto creazione inconsapevole dell'individuo.

Alla luce delle ricerche attuali [58], questi aspetti creativi del sogno sono compatibili con la registrazione a livello cerebrale, durante l'attività onirica, di fenomeni di migrazione di significati attraverso diversi livelli di processi mentali. Questi riscontri sostengono anche la considerazione più generale che il sogno ha a che fare con alcune regolazioni intrapsichiche [16, 20, 25], dal momento che, durante il sogno, il cervello appare, in qualche modo, in contatto con se stesso

[13, 54]. Come avevano già intuito Freud e Adler più di un secolo or sono, sognare avrebbe dunque a che fare con il processo di strutturazione e regolazione delle dinamiche, anche psicopatologiche, del paziente.

Il sogno svolgerebbe queste funzioni utilizzando un linguaggio che Benedetti [6] ha definito pensiero astratto per immagini, segnico e simbolico. Il mondo dell'immaginario si evolve non solo in seguito all'esposizione del soggetto e all'adattamento inconscio, anche ancestrale, alle situazioni relazionali più diverse, ma anche in seguito ad una particolare capacità di elaborazione percettivo-ideativa del bimbo, secondo cui esperienze in un dato campo sensoriale, ad esempio acustico, si trasmettono alla gestualità, al movimento, integrandosi così in figurazioni complesse. Sorge infine la creazione del simbolo linguistico, la quale richiede al nostro cervello un'elaborazione dell'immagine.

Secondo la Psicologia Individuale questo processo è anche orientato in senso finalistico, secondo modalità che possono essere rivelate dalla tonalità emotiva che l'accompagna. Il sogno può esprimere le modalità della costruzione dell'immagine di sé, la direzione dello stile di vita o particolari prese di posizione rispetto a problemi esistenziali [3]. In sintesi, il linguaggio del sogno si articola in immagini simboliche mobili, che si proiettano, cioè, sia verso il passato che verso il futuro [20].

Sotto il profilo neurobiologico, la creazione del simbolo linguistico viene sinteticamente descritta da Damasio [10]. I concetti sono archiviati nel cervello sotto forma di registrazioni "quiescenti"; quando vengono attivate, queste registrazioni possono ricreare le sensazioni e le azioni associate a un ente particolare o a una categoria di enti: una tazza di caffè, per esempio, può evocare le rappresentazioni visive e tattili riguardanti la forma, il colore o la materia di cui è fatta, nonché il profumo e il gusto della bevanda o la traiettoria che la mano e il braccio devono compiere per portare la tazza dal tavolo alle labbra. Tutte queste rappresentazioni si formano in regioni distinte del cervello, ma la ricostruzione avviene poi in modo sostanzialmente simultaneo.

Peraltro, la ricerca evidenzia anche il fatto che le immagini del sogno non hanno solo un significato simbolico [45, 56], ma possano anche riferirsi a processi pre-simbolici [27, 39]. Questi hanno una matrice sensoriale ed emozionale e sono connessi ai meccanismi della memoria implicita [39]. Sono immuni da cognizione auto-riflessiva e da conflitto interno e quindi indisponibili ad essere elaborate sino a quando non sono accessibili al pensiero e al linguaggio per via relazionale [9]. Questi rilievi sono coerenti con le originarie intuizioni di Adler sulle matrici corporee, sensoriali e relazionali dello psichismo di ogni individuo [4, 57].

In ogni caso, secondo Schmidt [48], anche il sogno sottostà alle leggi dell'appercezione tendenziosa, secondo cui l'individuo elimina ciò che non corrisponde alle tendenze della personalità e percepisce in modo unilaterale ciò che invece corrisponde loro. Ne deriva, allora [20], che nel sogno e nell'inconscio noi possiamo trovare sia l'autoinganno del sognatore, sia un senso alternativo delle esperienze, il correttivo alle tendenze sclerotizzate della coscienza.

Questo approccio della Psicologia Individuale al sogno in termini di integrazione, oltre che di contrapposizione, tra rappresentazioni mentali cosce ed inconse non è contraddetto dal riscontro che il sogno svolge funzioni di apprendimento vicario rispetto alle funzioni consapevoli della veglia [57], che possono riferirsi a definizioni dell'identità, desideri, timori o conflitti [15]. Inoltre, l'atto della consapevolezza è un processo mentale che si basa su immagini non necessariamente concettualizzate o simbolizzate, e neppure tutte emergenti alla coscienza [6].

Infine, un aspetto molto caratteristico dell'approccio adleriano all'attività onirica è quello secondo cui il sogno costituirebbe un tentativo di anticipazione o quasi un'esercitazione per il futuro, come un ponte gettato tra i compiti vitali di un giorno e di quello successivo [12]. Il sogno influenzerebbe, dunque, il sognatore al risveglio e fornirebbe un orientamento sul futuro immediato. Queste ipotesi, derivate dalla clinica, non sono contraddette dall'evidenza che il pensiero simbolico visivo influenza le emozioni [36].

Controverosa appare invece la conferma, da parte degli studi più recenti, dell'ipotesi che vi sia una sostanziale unità e continuità tra il sogno e le fantasie ad occhi aperti, che sarebbe, invece, solo parziale [46, 50, 51, 52, 54]. Segnatamente sarebbero simili, nel sonno e nella veglia, i processi attentivi, cognitivi e riferiti alla coscienza pubblica di sé [33, 34]. Sarebbero invece diverse [33, 34] le rappresentazioni del sé (e quindi dello stile di vita), degli affetti e delle scelte (da cui può derivare una diversa rappresentazione di aspetti conflittuali), dello scenario (e di conseguenza di aspetti socio-relazionali); inoltre, durante l'attività onirica, l'attivazione nel sogno della memoria a breve termine sarebbe minore (il che potrebbe favorire la rappresentazione di aspetti regressivi), e così pure l'informazione e l'identificazione visiva e logica sarebbero ridotte (questo dato potrebbe correlare con i meccanismi di condensazione e spostamento descritti nel sogno).

In sintesi, si può dunque ritenere che sia le conferme, sia le parziali disconferme che provengono dalla ricerca alle ipotesi della Psicologia Individuale incoraggiano l'utilizzo del materiale onirico in psicoterapia, come fonte alternativa e complementare alla narrazione ed elaborazione del vissuto dello stato di veglia.

#### IV. *L'utilizzo dei sogni nella Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)*

Esaminando le riviste indicizzate, la letteratura scientifica accreditata che riguarda l'utilizzo dei sogni nelle psicoterapie a tempo limitato è molto limitata e data. Ne emerge, in modo generico, che l'interpretazione dei sogni aumenta la partecipazione, l'auto-introspezione, la decisionalità [35, 42]. Negli studi adleriani che sono stati pubblicati [11, 41, 53], vengono esaminati aspetti più specifici che riguardano i rapporti tra sogni, ri-orientamento cognitivo, stile di vita e relazioni familiari.

Nell'ottica più specifica della B-APP, occorre comprendere se l'utilizzo in seduta dei sogni dei pazienti deve differire per qualche aspetto da quello che viene fatto nella *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (APP) a medio e lungo termine [22].

In generale, e senza distinzioni correlate a limiti di tempo, abbiamo visto che il sogno si può considerare come una forma di pensiero inconscio che trasforma, attraverso rappresentazioni in forma pittorica, affetti in memorie e strutture mentali [40]. Durante le sedute, attraverso il ricordo e il racconto del sogno, si procede dalla forma iconica al linguaggio simbolico e al linguaggio segnico. Intorno alla narrazione del sogno, il terapeuta e il paziente elaborano un sovra-codice [19].

In particolare, il terapeuta considera come le immagini del sogno si riferiscano sia all'immagine che il paziente ha di Sé e alla sua identità [30, 48], sia ad aspetti conflittuali ansiogeni [46]. Peraltro, come ha sottolineato Ferrigno [25], il sogno non sopraggiunge come risposta a dinamiche intrapsichiche o ad eventi, ma può farne piuttosto da cassa di risonanza [14].

Nello specifico della B-APP [17, 18], il racconto di un sogno può essere oggetto di elaborazione utilizzando tutti gli strumenti tecnici a disposizione del terapeuta, che deve tenere conto, però, della brevità del trattamento e della scelta di limitare al focus gli obiettivi del lavoro terapeutico.

Lavorando sulla situazione attuale del paziente, il terapeuta sceglie in che misura richiamare ed elaborare i traumi precoci rispetto all'attenzione posta sull'esame di realtà. L'approccio al contenuto del sogno sarà dunque diverso a seconda di come il terapeuta intenderà bilanciare questi aspetti. Infatti, a differenza che in altre psicoterapie brevi psicodinamiche, l'elaborazione del focus comporta, ad un livello più immediato, la ricerca di soluzioni al problema esistenziale prescelto, ma la B-APP non limita i propri obiettivi a questo, come si verifica invece nella psicoterapia interpersonale.

Uno dei compiti del terapeuta consiste nell'aiutare il paziente a tollerare e a filtrare gli stimoli intrapsichici correlati al focus che risultano intollerabili o che possono causare reazioni regressive "maligne". Può accadere, quindi, che si debba fare in modo che il paziente non rimanga troppo coinvolto da un determinato sogno o che non debbano essere svelati alcuni dei suoi contenuti. In questo modo il terapeuta aiuta il paziente a non affrontare problematiche profonde che non c'è il tempo di elaborare e lascia libera la possibilità, nel breve tempo a disposizione, di lavorare fruttuosamente su altre tematiche importanti, ma più accessibili.

A differenza di altre psicoterapie brevi psicodinamiche, la B-APP può integrare aspetti direttivi ed esplorativi nel trattamento, valutando i meccanismi di difesa del paziente e il loro ruolo in funzione dell'equilibrio psichico di quel dato momento. L'approccio ai contenuti del sogno e le modalità di elaborazione dovrebbero comunque preservare le difese più adattative e quelle meno distruttive sia per il soggetto che per le altre persone. Il terapeuta lavora prioritariamente sulle difese meno indispensabili, su quelle poco efficaci nel proteggere l'autostima del paziente e su quelle che possono provocare comportamenti a rischio.

Più in dettaglio, il sogno può essere interpretato, privilegiando attentamente gli aspetti che si riferiscono al focus [8], oppure, su questi stessi aspetti, può fornire lo spunto per confrontare il paziente o per chiarire maggiormente alcune dinamiche, comportamenti, relazioni. Inoltre, quando l'obiettivo principale è favorire i processi di mentalizzazione [27, 45], il sogno può essere un buon veicolo per incoraggiare il paziente ad elaborare i propri vissuti. Laddove, invece, il paziente ha maggiormente bisogno della convalidazione empatica del terapeuta, riconoscere il sogno può diventare un modo per riconoscere il sognatore. Quando, infine, prevale l'urgenza o l'importanza di risolvere problemi concreti, il sogno può essere utilizzato come fonte aggiuntiva per trovare e consigliare soluzioni positive in accordo con lo stile di vita.

Qualunque sia l'approccio che il terapeuta ritiene più efficace in ogni momento, l'indicazione è sempre quella di limitarsi a lavorare sugli aspetti specifici del sogno che possono essere associati al focus, oppure di capire se il sogno è una resistenza al lavoro sul focus. A questo proposito, si tiene conto di due aspetti. Il primo riguarda il fatto che studi sperimentali accreditano il fatto che forme di linguaggio astratto portano ad un focus percettivo più globale, mentre il linguaggio concreto porta ad un focus percettivo più circoscritto [56]. Il secondo riguarda invece l'indicazione a lavorare prioritariamente sugli elaborati difensivi e compensatori delle emozioni primarie e secondarie che sono presenti nel sogno piuttosto che direttamente sulle emozioni medesime.

Considerando, per concludere, in che modo i sogni servono a regolare la distanza relazionale tra il paziente e il terapeuta, sarà necessario scoraggiare l'utilizzo del

sogno come veicolo d'attaccamento regressivo idealizzante (specie nei pazienti con organizzazione di personalità borderline) e favorire all'opposto l'utilizzo del sogno come veicolo di reciprocità. È inoltre possibile che sia proprio un sogno a permettere di elaborare nel migliore dei modi il lutto della fine della terapia.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1913), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in SARASON, D. (a cura di), *Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, Lehmann, München.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BENEDETTI, G. (1999), Il pensiero figurativo: il sogno, l'immaginario e il simbolico. *Psicoter. Sci. Um.*, 33: 53-74.
7. BITTER, J. R., NICOLL, W. G (2004), Relational Strategies: two Approaches to Adlerian Brief Therapy, *J. Indiv. Psychol.*, 60: 42-66.
8. BOLELLI, D. (1996), *Andare a tempo. Un modello di psicoterapia psicodinamica breve*, Borla, Roma.
9. BROMBERG, P. M. (2002), "Speak me as to thy thinkings" commentary on "Interpersonal psychoanalysis's radical façade" by Irwin Hirsch, *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 30: 595-603.
10. DAMASIO, A. R. (1992), Brain and Language, tr. it. Cervello e linguaggio, *Mente e Cervello*, Le Scienze, Milano.
11. DOWEIKO, H. E. (1982), Neurobiology and Dream Theory: a Rapprochement Model, *Indiv. Psychol. J. Adlerian Theory Res. Pract.*, 38.
12. DREIKURS, S. E. (1944), The Meaning of Dreams, *Med. School Quart.*, 5: 3.
13. EDELMAN, G. M. (1992), *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*, tr. it. *La materia della mente*, Adelphi, Milano 1993.
14. EISER, A. S. (2005), Physiology and Psychology of Dreams, *Semin. Neurol.*, 25: 97-105.
15. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e Sé creativo: il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Dossier I*, 62-93.
16. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, CSE, Torino.
17. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
18. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Psicoterapia breve psicodinamica adleriana: elementi teorici e indicatori di processo, *Min. Psych.*, 49.
19. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividua-

- le al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Individ.*, 9-10: 159-167.
20. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
21. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Individ.*, 48: 41-54.
22. FERRERO, A. (2005), *Which Kind of Adlerian Psychotherapy? The Power of Different Theoretical Issues Underlying Different Clinical Practices*, Relazione al XXIII Congresso Internazionale I. A. I. P., Torino.
23. FERRERO, A., MUNNO D., FASSINO, S. (1997), Teniche di psicoterapia breve secondo la Psicologia Individuale Adleriana, in GIOVANNOLI VERCELLINO, C. (a cura di, 1997), *Le psicoterapie "brevi" ad indirizzo psicodinamico: storia e attualità*, Imprimerur, Padova.
24. FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINA, S., MASSOLA, T., LANTERI, A., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2007), A 12-Month Comparison of Brief Psychodynamic Psychotherapy and Pharmacotherapy Treatment in Subjects with Generalized Anxiety Disorders in a Community Setting, *Eur. Psychiatry*, 22: 530-539.
25. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Individ.*, 54: 5-34.
26. FISCHBACH, G. D. (1992), *Mind And Brain*, tr. it. *Mente e cervello*, *Le Scienze*, Milano.
27. FONAGY, P., TARGET, M. (2007), The Rooting of the Mind in the Body: New Links Between Attachment Theory and Psychoanalytic Thought, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 411-456.
28. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* - 3<sup>rd</sup> edition, American Psychiatric Press. Washington D. C.
29. GABBARD G. O. (2004), *Long Term Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing, Washington D. C.
30. GABEL, S. (1993), The Phenomenology of the Self and its Objects in Waking and Dreaming: Implications for a Model of Dreaming, *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 21: 339-362.
31. GORTON, G. E. (2000), Psychodynamic Approaches to the Patient, *Psychiatric Serv.*, 51: 1408-1409.
32. HILSENROTH, M. J., PETERS, E. J., ACKERMAN, S. J. (2004), The Development of Therapeutic Alliance During Psychological Assessment: Patient and Therapist Perspectives Across Treatment, *J. Pers. Assess.*, 83: 332-344.
33. KAHAN, T. L., LA BERGE, S., LEVITAN, L., ZIMBARDO, P. (1997), Similarities and Differences between Dreaming and Waking Cognition: an Exploratory Study, *Conscious Cogn.*, 6: 132-147.
34. KAHN, D., HOBSON, J. A. (2005), State-dependent Thinking: a Comparison of Waking and Dreaming Thought, *Conscious Cogn.*, 14.
35. KOLB, G. E. (1979), Brief Psychotherapy and Dream Interpretation, *Am. J. Psychoanal.*, 39: 335-342.
36. LANDY, D., GOLDSTONE, R. L. (2007), How Abstract is Symbolic Thought? *J. Exp. Psychol. Learn. Mem. Cogn.*, 33: 720-733.
37. MALAN, D. H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.
38. MANCIA, M. (2000), Psicoanalisi e neuroscienze: un dibattito attuale sul sogno, in BOLOGNINI, S. (a cura di), *Il sogno 100 anni dopo*, Bollati Boringhieri, Torino.

39. MANCIA, M. (2003), Dream Actor in the Theatre of Memory: Their Role in the Psychoanalytic Process, *Int. J. Psychoanal.*, 84: 945-952.
40. MANCIA, M. (2004), The Dream between Neuroscience and Psychoanalysis, *Arch. Ital. Biol.*, 142: 525-531.
41. MC CANN, S. J., STEWIN, L. L., SHORT, R. H. (1990), Frightening Dream Frequency and Birth Order, *Indiv. Psychol. J. Adlerian Theory Res. Pract.*, 45.
42. MERRILL, S., CART, G. L. (1975), Dream Analysis in Brief Psychotherapy, *Am. J. Psychotherapy*, 29: 185-193.
43. MIGONE, P. (1995), *Psicoterapia psicoanalitica. Seminari*, Angeli, Milano.
44. OBERST, U. E., STEWART A. E. (2003), *Adlerian Psychotherapy. An Advanced Approach to Individual Psychology*, Brunner-Routledge, Hove & New York.
45. QUEIROZ, J., EL-HANI, C. N. (2006), Towards a Multi-Level Approach to the Emergence of Meaning Processes in Living Systems, *Acta Biotheor.*, 54: 179-206.
46. REVONSUO, A. (2000), The Reinterpretation of Dreams: an Evolutionary Hypothesis of the Functioning of Dreaming, *Behav. Brazin Sci.*, 23: 877-901.
47. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione *Indiv. Psychol. Dossier II*, 61-75.
48. SCHMIDT, R. (1980), *Träume und Tagträume*, Kolhammer, Stuttgart.
49. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum, *Zeit. Individualpsychol.*, 10: 226-236.
50. SCHREDL, M. (2000), Continuity between Waking Life and Dreaming: Are All Waking Activities Reflected Equally Often in Dreams? *Percept. Mot. Skills*, 90: 844-846.
51. SCHREDL, M., HOFMANN, F. (2003), Continuity between Waking Activities and Dream Activities, *Conscious Cogn.*, 12: 298-308.
52. SCHREDL, M., LOSSNITZER, T., VETTER, S. (1998), Is the Ratio of Male and Female Dream Characters Related to the Waking-Life Pattern of Social Contacts? *Percept. Mot. Skills*, 87: 513-514.
53. SLAVIK, S. (1994), A Practical Use of Dreams, *Indiv. Psychol. J. Adlerian Theory Res. Pract.*, 50.
54. SOLMS, M. (1995), New Findings on the Neurological Organization of Dreaming: Implications for Psychoanalysis, *Psychoanal. Q.*, 64: 43-67.
55. SPERRY, L. (1989): Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy: A Comparative Analysis, *Indiv. Psychol.*, 45: 3-25.
56. STAPEL, D. A., SEMIN G. (2007), The Magic Spell of Language: Linguistic Categories and their Perceptual Consequences, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 93: 23-33.
57. STAUNTON, H. (2001), The Function of Dreaming, *Rev. Neurosci.*, 12 : 356-371.
58. STICKGOLD, R., HOBSON, J. A., FOSSE, R., FOSSE, M. (2001), Sleep, Learning, and Dreams: off-line Memory Processing, *Science*, 294: 1052-1057.
59. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeit. F. Individualpsychol.*, 1: 3-31.

Andrea Ferrero  
Via Sommacampagna, 6  
I-10131 Torino  
E-mail: andfer52@hotmail.com