

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXXVI

Luglio-Dicembre 2008

Numero 64

Editoriale		3
G. G. Rovera S. Fassino	<i>Presentazione: "Il sogno tra psicoterapia e neuroscienze"</i>	5
G. Bartocci	<i>I Sogni in Transcultura: le immagini interne nel processo di costruzione del pensiero</i>	11
A. Bianconi B. Simonelli E. Cairo	<i>Gli equivalenti presimbolici nei sogni e nei primi ricordi: una chiave di lettura prospettica dello stile di vita</i>	25
S. Fassino C. Gramaglia	<i>Il sogno nella psicoterapia individualpsicologica. Riferimenti recenti alle neuroscienze</i>	39
A. Ferrero	<i>I Sogni nelle terapie a tempo limitato</i>	57
G. Ferrigno	<i>Il sogno come comunicazione</i>	71
L. G. Grandi	<i>Il sogno nell'analisi adleriana</i>	87
F. Maiullari	<i>Il sogno di un'ombra è l'uomo</i>	97
A. Mascetti	<i>Sogno e simbolo nel segno dello "stile" come linguaggio rigoroso</i>	101
A. Mauro A. Prevedini L. Priano	<i>Sonno e sogni: un approccio neurobiologico</i>	105
D. Munno	<i>I sogni nella psicologia clinica e nella psichiatria di liaison</i>	115
G. G. Rovera	<i>Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito postmoderno</i>	127
Notiziario	147



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.

2. Gli articoli devono essere inviati alla Segreteria di Redazione in 3 copie dattiloscritte accompagnate da dischetto scritto con programma Word e registrato in Ascii; non devono essere stati accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.

3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.

4. Gli Autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.

5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana.

In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.

6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.

7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:

7. 1. Riviste:

ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba". *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.

7. 3. Libri citati in edizione originale:

PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):

ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.

7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):

ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.

7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.

8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2008 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11-1

Direttore Responsabile

PIER LUIGI PAGANI

Vice Direttore

GIAN GIACOMO ROVERA

Caporedattore

GIUSEPPE FERRIGNO

Redazione

CHIARA BERSELLI

SABRINA GAROLFI

GIULIA MANZOTTI

EGIDIO ERNESTO MARASCO

MARIA BEATRICE PAGANI

FRANCESCO PORTA

Comitato Scientifico

I DIDATTI DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Direzione

Via Giasone del Maino, 19/A

I-20146 Milano

Tel./Fax 02-4985505

E-mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

Sede legale

c/o Società Italiana di
Psicologia Individuale
Corso Einaudi, 28
10129 Torino

Stampa: Cop. Liberty s.n.c.

Via Palermo, 15 - 20121 Milano

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXVI

July-December 2008

Number 64

CONTENTS

Editorial		3
G. G. Rovera S. Fassino	<i>Introduction: "The Dream among Psychotherapy and Neuroscience"</i>	5
G. Bartocci	<i>Dreams and Transcultural Psychiatry: the Inner Images and the Construction of Knowledge</i>	11
A. Bianconi B. Simonelli E. Cairo	<i>The Equivalence of the Presymbolic Meanings in Dreams and Early Recollections: a Prospective View of Lifestyle</i>	25
S. Fassino C. Gramaglia	<i>Dream in Individual Psychology Psychotherapy. Recent Relations with Neuroscience</i>	39
A. Ferrero	<i>Dreams in Brief Psychotherapies</i>	57
G. Ferrigno	<i>Dream as Communication</i>	71
L. G. Grandi	<i>The Dream in the Adlerian Analysis</i>	87
F. Maiullari	<i>Dream of a Shadow is the Man</i>	97
A. Mascetti	<i>Dream and Symbol in the Sign of "Style" as Strict Language</i>	101
A. Mauro A. Prevedini L. Priano	<i>Sleep and Dreams: a Neurobiological Approach</i>	105
D. Munno	<i>Dreams in Clinical Psychology and Liaison Psychiatry</i>	115
G. G. Rovera	<i>The Dream between Neurosciences and Psychotherapies: a Postmodern Debate</i>	127
Announcements	147



La dottoressa ENRICA MARZOLA ha partecipato attivamente alla ricerca bibliografica e al lavoro redazionale del numero 64 della Rivista di Psicologia Individuale.

Editoriale

Come ricorderà di sicuro la gran parte dei nostri abituali lettori, nei giorni 23 e 24 novembre 2007 si è svolto a Torino, con grande afflusso di partecipanti, il XX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale, dal titolo suggestivo “Il sogno tra psicoterapia e neuroscienze”.

L’annuncio del tema congressuale aveva subito suscitato in me una piacevole emozione, poiché mi portava a prendere atto che la Psicologia Individuale italiana si confermava primariamente come psicologia del profondo e non privilegiava le tecniche della psicoterapia breve e del counselling, tanto care a molti psicologi individuali d’oltre oceano, ma anche del nostro vecchio continente. Talune modifiche, finalizzate a uniformare l’Individualpsicologia a rigidi parametri e a regolamentazioni predeterminate da valutazioni statistiche, avrebbero fatalmente eluso, semplificandola, quella “soggettivazione”, tipica dell’insegnamento adleriano, diretta a facilitare l’empatia, nel momento in cui sollecita a guardare con gli occhi dell’altro, ad ascoltare con le sue orecchie, a vibrare con il suo cuore.

Attraverso il tema “sogno” la Psicologia Individuale italiana ritrova lo stimolo ravvivante, capace di farla uscire dall’equivoco nel quale sembrava essersi dispersa, rientrando con determinazione nell’alveo naturale del filone concettuale nel quale si è plasmata: la psicologia del profondo.

Intuizione, associazione, sogno, simbolo, poiché caratterizzano il “senso dell’arte” dello psicologo adleriano, devono costituire il fondamento e il principio percettibile di tutti coloro che fanno della metodologia analitica lo strumento essenziale del loro impegno.

È per tale motivo che ho accolto di buon grado la proposta avanzata dal Presidente della SIPI, professor Rovera, di pubblicare in un numero monotematico le relazioni e gli interventi preordinati, corredandolo di un successivo supplemento con le comunicazioni presentate al Congresso, anche

se ciò interrompe temporaneamente l'impostazione editoriale del periodico, che riprenderà, dal prossimo numero, la sua consueta politica redazionale.

Nelle pagine di questo numero monografico, quindi, i nostri lettori potranno apprezzare la varietà delle idee e la complessità dell'argomento trattato e, sicuramente, quanto è loro offerto servirà da stimolo per ulteriori ricerche e successivi approfondimenti.

Il Direttore responsabile della
Rivista di Psicologia Individuale
Pier Luigi Pagani

I Sogni in Transculturata: le immagini interne nel processo di costruzione del pensiero

GOFFREDO BARTOCCI

Summary – DREAMS AND TRANSCULTURAL PSYCHIATRY: THE INNER IMAGES AND THE CONSTRUCTION OF KNOWLEDGE. The integration of Neuroscience and Transcultural Psychiatry is an useful method to study the complexity of those phenomena such as the function of dreaming in the theory of knowledge. Through the analysis of dreams we can better study the notion of “normal” and “superior” states of consciousness, trance, mysticism, religious inspiration and visions during the watch.

Keywords: NEUROSCIENCE, DREAMS, TRANCE

«Noi siamo della stessa sostanza di cui sono fatti i sogni»
«We are such stuff as dreams are made on».
W. Shakespeare. La Tempesta, atto IV, scena I.

«I quanta, ossia il mondo “oggettivo”, e i qualia, cioè le sensazioni “soggettive”, sono effettivamente di natura diversa in sé come affermano i dualisti, o siamo piuttosto noi a non coglierne l’unitaria essenza?» (6, p.141).

I. Introduzione

Vediamo dapprima come è possibile utilizzare le ricerche transculturali per elaborare il nesso fra la dimensione del sognare e le teorie occidentali inerenti i processi di acquisizione di conoscenza. Molti resoconti provenienti da ricerche etnologiche sul campo forniscono un notevole numero di accurate descrizioni dei contenuti dei sogni presso popoli diversi, spesso corredate da resoconti sugli effetti dei sogni nella vita cosciente. Presso i popoli tradizionali è ricorrente l’integrazione tra i sogni e numerosi atti della vita quotidiana.

Al quinto capitolo del *Manuale di Psichiatria Culturale* di Tseng dedicato a *Personalità e Psicologia del Profondo*, troviamo il paragrafo: *Cultura ed esperienza onirica*. Il paragrafo si apre con un chiaro prologo: «Il contesto culturale

influenza l'attività onirica sia nei contenuti, sia, soprattutto, nell'interpretazione dei simboli onirici da parte del sognatore stesso e degli altri membri del gruppo sociale» (25, p. 133).

Nelle pagine successive, Tseng, procedendo ad un esame della letteratura, segnala che la maggior parte degli studi da lui reperiti sono mirati ad una comparazione cross-culturale del *contenuto* dei sogni piuttosto che ad una analisi del *significato* assegnato ai sogni dai vari gruppi culturali. Da tali studi si evince che alcuni simboli come l'acqua, essere aggrediti, rischiare di morire, evocazioni di figure di persone morte sono universali, mentre altri contenuti appaiono essere completamente relativi alla cultura di appartenenza.

In conclusione possiamo dire che gli studi cross-culturali sui sogni confermano la costanza di alcuni immagini indipendenti dal retroterra culturale di colui che sogna – un fenomeno spiegabile accettando una procedura comune della specie umana nel simbolizzare accadimenti universali, quali essere al mondo e il pericolo di perdere la vita – mentre esiste una relatività culturale delle modalità di rappresentazioni oniriche delle concezioni culturali, come già espresso dal famoso aforisma di Senofane: se un bue dovesse rappresentare una sua divinità la dipingerebbe con le corna.

Ora: quali significati di valore vengono attribuiti ai sogni nei diversi gruppi culturali ed in particolare nella civiltà occidentale?

Per sviluppare questo secondo obiettivo permettetemi di fare un salto epistemologico e trarre spunto dalle “Note autobiografiche” scritte da A. Einstein come introduzione al libro *Albert Einstein, scienziato e filosofo* [23]. Il libro raccoglie vari contributi mirati alla proposizione di una teoria della conoscenza derivata dalla teoria della relatività generale. Mi rendo conto che impostare questa relazione appoggiandomi ad uno dei massimi esponenti di una scienza così robusta come la fisica, possa apparire come un maldestro tentativo di accreditamento prestigioso della relazione stessa. Riporto la teoria della conoscenza di Einstein per due motivi:

- a) perché la sinergia fra fisica e filosofia, che caratterizza il libro, propone con forza il metodo delle *scienze ibride*, un metodo chiaramente ispiratore di questo eccezionale congresso che mette insieme *Neuroscienze* ed una dimensione apparentemente effimera in quanto non verificabile in laboratorio, il *Sogno*;
- b) il secondo motivo è specifico per sviluppare questa relazione: Einstein indica la funzione delle immagini interne come elementi produttori del pensiero.

Riporto per intero il paragrafo in cui Einstein formula la sua teoria sulla produzione del pensiero: «Che cos'è precisamente il “pensiero”? Quando, sotto lo stimolo di impressioni sensoriali, affiorano alla memoria certe immagini, questo

non è ancora “pensiero”. E quando queste immagini formano un insieme di successioni in cui ciascun termine ne richiama un altro, nemmeno questo è ancora “pensiero”. Ma quando una certa immagine ricorre in molte successioni, allora – proprio attraverso questa iterazione – essa diventa un elemento ordinatore, perché collega tra loro successioni che di per sé non sarebbero collegate. Un elemento simile diventa uno strumento, un concetto. Io ritengo che il passaggio dalla libera associazione, o “sogno”, al pensiero sia caratterizzato dalla funzione più o meno dominante che assume in quest’ultimo il concetto» (23, p. 130).

Il paragrafo si conclude con questa osservazione: «Non è affatto necessario che un concetto sia connesso con un segno riproducibile e riconoscibile coi sensi (una parola); ma quando ciò accade, il pensiero diventa comunicabile» (*Ivi*).

Vediamo i particolari:

1) L’elemento ordinatore del pensiero nella teoria della conoscenza dell’intero libro è identificato nella successione di *immagini costanti* (derivanti da esperienze vissute) che costituiscono i mattoni della funzione del pensiero; 2) sebbene le immagini siano i costituenti specifici dei sogni, il sogno viene considerato solo come un tappa pre-ordinatrice a cui successivamente si sostituirà la potenza fondante dei concetti; 3) l’elemento ordinatore, sia esso costituito da immagini o protopensieri, viene ancorato ad un processo per cui le immagini iterate provengono necessariamente da percezioni “reali” ovvero percetti del mondo in stato di veglia*.

Le neuroscienze e le discipline psicologiche convalidano il postulato della necessità della percezione: stimoli sensoriali producono risposte neuronali, *qualia*, immagini, che daranno luogo agli stati di coscienza e al pensiero. Quando gli stati di coscienza permettono al pensiero di diventare comunicabile attraverso un linguaggio condiviso, potrà trasmettersi ad altri e, nel migliore dei casi, diventare cultura e scienza.

Edelman e Tononi dividono la coscienza in primaria, “la capacità di generare una scena mentale”, attribuibile anche ad animali, e in coscienza di ordine superiore specifica della specie umana: «un senso di sé e dalla capacità nello stato di veglia, di costruire esplicitamente e di collegare tra loro scene trascorse e future» (11, p. 123). Scharfetter indica la variabilità e relatività culturale degli stati di coscienza immettendo al tempo stesso una categoria univoca, una “coscienza superiore”

* La derivazione del pensiero dagli stimoli esterni risale ad Aristotele: «Dalla percezione sensibile nasce il ricordo. Dal ricordo più volte replicato di uno stesso avvenimento nasce l’esperienza». Aristotele, *Analit. Lib. II*, cap XV. La conoscenza delle verità universali nel pensiero aristotelico è diversa da quella della scuola platonica, che riservava la stessa ad un’intuizione del tutto distaccata dalla conoscenza sensibile.

(cosmica, divina, *supraconsciousness*) in cui lo “spirito” è oltremodo chiaro, attivo, concentrato. Tale condizione di coscienza è spesso collegata con «la meditazione profonda, l'estasi religiosa come esperienza trascendentale» (22, pp. 66-67).

La difficoltà di elaborare una definizione standard della funzione svolta dalla attività onirica trova parallelismi nella difficoltà di fornire una definizione accettabile degli stati di coscienza perché questi si costruiscono grazie ad un complesso processo di selezione e discriminazione «fra miliardi e miliardi di altri stati di coscienza, ognuno dei quali può causare differenti conseguenze» (11, p. 40). Ma, considerando le enormi possibilità informative del cervello, ci domandiamo, ora se sia corretto disporre le immagini oniriche in maniera così subalterna rispetto al potere ordinatore dei soli concetti*.

Per rispondere a questo quesito permettetemi di svolgere le mie mansioni di psichiatra transculturale, nel senso epistemologico più antico di *psichiatria comparata*, usato da Kraepelin nel 1903 per definire l'esordiente disciplina. Nel nostro caso, invece di comparare sindromi psicopatologiche fra culture diverse andremo a comparare i diversi modi culturali di considerare la funzione onirica.

Partiamo da un'osservazione oramai classica in transcultura: in molte culture tradizionali i sogni sono ritenuti come elementi *indicatori* (più che ordinatori), ovvero sono ritenuti essere elementi fondanti i “sentimenti” di un individuo. In queste popolazioni i sogni, grazie alla traccia mnesica delle immagini e delle emozioni vissute nel sogno, possono indirizzare il pensiero ed i comportamenti in stato di veglia.

* Le neuroscienze offrono notevoli spunti per tentare di capire la produzione di immagini. Oltre alla funzione mentale inerente l'apparizione del *qualia* dal *quanta* neurale, il cervello culturale dimostra di essere in grado di sviluppare una sofisticata funzione integrativa dei *qualia* al fine di completare il *firing* neurale. Nei casi in cui l'informazione (visuale) non è completa la corteccia “fill in” riempie l'immagine neurale incompleta in modo da completarla ed offrire così una correlazione significativa degli stimoli esterni. Tale opera di riempimento avviene per l'ausilio di molti distretti cerebrali, finché il cervello “salta” ad una sua conclusione. Tale funzione di immettere dall'esterno un contenuto significativo su un contenente caotico dimostra una attivazione “mirata” di nuclei neurali silenti. Lo stimolo, semmai, è l'incompletezza della immagine. Una volta avvenuta la ricomposizione di un'immagine, questa è percepita in modo inequivocabile, come il suono di una tromba. Poiché nel *fill-in* il cervello riceve informazioni da altri nuclei cerebrali distanti ed apparentemente scollegati, ecco che il processo di associazione di immagini e pensieri può trovare parallelismi con il termine psicoanalitico di associazioni inconse. Questo tipo di funzione mentale è stato chiamato *Zombie mode of consciousness*, ed è considerato un vantaggio evolutivistico che permette risposte agli stimoli sensoriali in modo molto rapido: una specie di riflesso corticale inconscio che sostituisce momentaneamente il sistema di risposte cognitive più lento perché richiede tempo per soppesare e programmare risposte comportamentali.

Tra i numerosi resoconti che ci permettono di dettagliare tale affermazione, ritengo utile sottolineare le concezioni dei sogni negli Aborigeni Australiani.*

II. *Il dreamtime negli Aborigeni Australiani*

Per gli Aborigeni australiani il sogno non è una produzione mentale che emerge solo allorché lo stato di coscienza viene meno con l'addormentarsi, ma è una dimensione embricata a tutto l'arco esistenziale di ogni individuo. «Le parole inglesi “dreaming” e “dreamtime” così come usate dagli Aborigeni sono spesso mal interpretate ma egualmente fondamentali. Queste sono sinonimo e si riferiscono non tanto al sogno come tale ma ad una dimensione di esistenza, presente sin dagli inizi e che si esplica in parallelo con tutto il tempo, passato, presente e futuro. Meggit pone la questione nei seguenti termini: “Il tempo del sogno non è solo un astratto periodo di attività che si è manifestato una volta... esso è anche un permanente livello di esistenza che continua come una corrente o un terreno numerico che accompagna in parallelo e sostiene il corso dell'esistenza fenomenica. Il tempo del sogno sostiene l'esistenza materiale e fenomenica, senza di esso la vita cessa”» (14, p. 276).

È *dreamtime* tutto ciò che si espande in uno spazio esistenziale che parte dalle attività degli antenati ed arriva agli uomini viventi attualmente. Per esempio anche alcuni oggetti materiali, le sacre tavole o *Churinga*, icone ed emblemi che rappresentano figurativamente l'essenza sia individuale che del proprio clan totemico, sono *dreamtime*, “sogni”, perché carichi delle fatiche e del *dreamtime* degli antenati.

Pur riconoscendo la differenza fra sonno e veglia, per gli aborigeni: «Il sonno propriamente detto facilita il contatto con la dimensione del *dreamtime* e perciò permette l'accesso al *dreamtime* in senso aborigeno» (*Ivi*). Il fatto che non esista una netta dicotomia fra *dreamtime* nel sonno e *dreamtime* da svegli porta necessariamente ad una continuità fra i contenuti del sogno e la loro potenziale applicazione nella vita pratica. Per esempio, il sogno di avere un rapporto sessuale con una donna permette una comunicazione forte con la donna sognata tale da avviare sviluppi successivi della relazione in tale direzione. Questo, a ben vedere, può accadere anche in occidente, seppure in forme larvate e il più spesso decantate dalla facilitazione offerta da bottiglie di champagne.

* L'autore ha scelto come riferimento delle culture tradizionali la sola concezione dei sogni presso gli Aborigeni del Deserto Centrale Australiano in quanto ha potuto svolgere una ricerca a diretto contatto con queste popolazioni.

Esiste però un altro lato della medaglia coniata dalla sinergia fra *dreamtime* nel sonno e *dreamtime* da svegli, un lato opposto al primo. Mettiamo il caso che il nostro soggetto sogni il Churinga. Poiché nella vita reale (da svegli) il vedere il Churinga fuori da particolari rituali equivale alla infrazione di un taboo punibile con la morte, il contenuto del sogno può con molta probabilità scatenare un conflitto insanabile o una reazione psicogena acuta, perché essendo il sogno equiparato alla vita reale è come se si fosse effettivamente trasgredito il taboo.

Infine negli Aborigeni Australiani reperiamo anche una funzione estremamente pratica del sogno. In momenti estremi del vivere, per esempio in periodi di siccità, allorché non ci siano altri orizzonti di salvezza, gli anziani del gruppo si riuniscono e si raccontano i sogni per raccogliere eventuali messaggi captati subliminalmente ed elaborati inconsapevolmente nei sogni. Poi, tratte le conseguenze da tutti questi sogni, decideranno in quali direzioni si incammineranno per non morire di sete.* In ultima analisi possiamo adottare per le culture tradizionali quanto affermato da Cox: il sogno è «una delle modalità della produzione di senso». Come già nei popoli antichi: «I sogni costituirono un modello peculiare dell'immaginazione che dava presenza visiva e tangibilità a concetti astratti quali il tempo, la storia cosmica, l'anima e l'identità dell'Io» (4, p. 13).

III. *Il sogno nella civiltà occidentale è stato intriso della categoria del divino*

Una conseguenza diretta della accezione Aborigena del *dreamtime* è la mancanza in queste popolazioni del dualismo ontologico che divide nettamente il livello cosciente da quello non cosciente. Al tempo stesso non si reperisce nella cultura aborigena una netta separazione culturale fra categorie mondane o extramondane. Ne consegue che negli Aborigeni è impossibile derivare il sogno da una *divine intervention* [8] irrelata, come nella Grecia antica dove l'intrusione intenzionale del divino nella sfera del mondano era un fatto tanto temuto quanto usuale.

La cultura scientifica occidentale, dopo aver sottolineato la discontinuità logica del sogno, evita di immettere la funzione onirica tra i fattori utili al raggiungimento di forme congrue di pensiero. Il fatto che l'incomprensibilità manifesta del sogno possa essere utilmente interpretata dal lavoro dello psicoanalista, il demiurgo in grado di reperire i nessi ove apparentemente non ci sono, non è una

* Gli Aborigeni sono famosi per la loro capacità di percepire dettagli non percepibili da Occidentali. Mi riferisco alla ben nota capacità degli Aborigeni di seguire tracce infinitesimali del passaggio di animali o cogliere dettagli esterni per noi impercettibili. Elkin [12] dedica un capitolo del suo testo a queste caratteristiche degli Aborigeni che sono così spiccate da essere state accostate a quanto noi chiamiamo telepatia.

prova a favore del riconoscimento del sognare per la acquisizione di conoscenza da parte della epistemologia occidentale.

Nonostante il sogno sia in Occidente considerato effimero, non va sottaciuto che nella storia della cultura occidentale alcuni sogni come quelli a carattere religioso non sono affatto ineffabili, essendo entrati prepotentemente come “fatti” fondanti della storia: il sogno di Costantino prima della battaglia di ponte Milvio, è stato non solo precognitore della vittoria, ma anche un messaggio per i combattenti evidentemente convinti della bontà del sogno.

Sul lato clinico vediamo che anche i pazienti ben integrati con i criteri scientifici del positivismo indulgono spesso nella convinzione, malamente repressa, di aver avuto non solo sogni premonitori ma anche un’immaginazione onirica ispirata o visitata da figure appartenenti al nostro panorama religioso. In breve, possiamo affermare che mentre il percorso culturale della civiltà occidentale ha dato poco spazio al sognare nella teoria della conoscenza, per opposto i sogni, le visioni, le ispirazioni a contenuto religioso, gli stati alterati di coscienza hanno assunto notevoli e diretti significati nell’organizzare pensieri, atteggiamenti, comportamenti riproducibili nella vita reale in stato di veglia.

Ripercorrendo la storia del sogno nel Bacino Mediterraneo vediamo che la pluralità di significati inerenti il sognare è stata soppiantata dalla credenza di poter essere soggetti ai messaggi provenienti da agenzie divine grazie alla ispirazione profetica. L’attestarsi a livello sociale della credenza nell’ispirazione profetica nella nostra cultura immette nella teoria della conoscenza il modo *biblico* di conoscenza: ricevere direttamente il pensiero da dio.

La possibilità di entrare in contatto con agenzie extramondane o almeno ritenute tali è stata ampiamente descritta nella letteratura antropologica e dalla psichiatria transculturale. I particolari Stati di Coscienza che permettono il fenomeno della *trance* [3] e le basi neurali della trance religiosa sono un oggetto di studio privilegiato della ricerche etnologiche ed anche del laboratorio del *neuroimaging*. Ogni cultura ha perfezionato ed adottato una vasta serie di specifiche tecniche di trascendenza reperibili sia nel mondo antico che moderno [1, 2], che hanno reso facile procurarsi il distacco dal mondo attuale per trovare “altri” e più piacevoli orizzonti metastorici. L’uso di tali tecniche di trascendenza ha facilitato il rigetto di quella lunghissima storia della specie umana che considerava il sogno (trance fisiologica) come flessibile possibilità di conoscenza, sostituendo la funzione del sognare con l’accettazione diretta di dettami ottenuti dalla ispirazione religiosa (trance culturale).

Conformemente a tale conglomerato culturale ereditario [8], la letteratura medica occidentale ha descritto (e spesso deriso) molte teorie mediche dei popoli tra-

dizionali che, secondo il criterio di omologazione dei tratti culturali-religiosi locali, hanno incamerato ed incamerano la *trance*, i sogni e la ispirazione religiosa come fatti “normali” ed utilizzabili nella cura dei disturbi fisici e mentali (è anche il caso delle terapie coraniche nelle culture Islamiche). Tale infiltrazione di criteri extramondani nelle teorie mediche è attiva anche nell’Occidente positivistico, in cui la taumaturgia e l’ispirazione religiosa hanno assunto posizioni culturali gerarchiche sebbene nella ispirazione religiosa manchi quel tratto di scelta razionale, convenzionalmente reputato necessario per convalidare esperienze trasmissibili sul piano culturale.

L’accettazione culturale delle visioni o dei messaggi ispirati impone all’Occidente tecnologico una strana inversione culturale dei suoi canoni fondanti: le immagini oniriche avendo un substrato organico dovrebbero offrire una maggiore garanzia che non i messaggi provenienti da divinità senza substrato materiale.

IV. *Dislocazione del locus of control delle immagini*

Il passaggio culturale che ha sostituito la funzione poetica dei sogni con la rivelazione divina è articolato ad una serie così complessa di radici storiche, politiche, culturali da non poter essere sviluppato in questa sede, se non nell’ottica di una prima valutazione in termini di psicopatologia generale: come la dislocazione culturale del *locus of control* della conoscenza da stimoli materiali alla accettazione del potere di influenze extramondane ha condizionato la valutazione diagnostica medica delle forme di presentazione delle espressioni psichiche abnormali a sfondo religioso?

Lo studio dell’innesto della “bontà” ontologica della ispirazione religiosa nella cultura occidentale non è un vezzo teorico o una mancanza di rispetto per le credenze religiose. Tseng [25], Littlewood [16], Prince [18], Bartocci [1] sottolineano la necessità clinica, particolarmente attuale, di diagnosticare, anche sul piano di psichiatria sociale, la frequenza del fiorire di nuove sette o nuovi movimenti religiosi promossi da innovatori carismatici auto-investiti di poteri salvifici che spesso ha portato a suicidi di massa o a interventi della forza pubblica per impedire situazioni di segregazione degli adepti [25].

La opportunità di dare una plausibile connotazione alle varie credenze religiose o parareligiose, (ultimamente approfondite in chiave geopolitica come concause di molti conflitti in corso fra civiltà diverse) inerisce, nel nostro specifico clinico, la messa a punto di una corretta impostazione del *setting* terapeutico fra medico e paziente. Lo psicoterapeuta non esperto delle accezioni del sovrannaturale in altre culture, troverà difficile interpretare la pretesa di un paziente di poter essere influenzato da una pietra (animismo), dalle anime dei morti (santeria), dalle

intenzioni dei viventi (*malocchio* e *pointing the bone*), distinguendole da altri tipi di dichiarazioni inerenti influssi intenzionali provenienti da agenzie extramondane a noi culturalmente più familiari.

Non a caso, anche il DSM IV invita alla massima attenzione diagnostica nella valutazione delle espressioni religiose: «La valutazione clinica può essere particolarmente impegnativa quando un clinico utilizza il DSM-IV per esaminare un individuo proveniente da un gruppo etnico o culturale diverso dal proprio. [...] Ad esempio alcune pratiche o credenze religiose (es. udire o vedere un congiunto morto durante il lutto) possono essere diagnosticate scorrettamente come un disturbo psichico» (9, p. 12).

Il DSM IV fa allusione giustamente alle espressioni fenomeniche di individui provenienti da culture diverse dalla nostra. Ciò non toglie che il DSM IV lascia fluttuanti molte situazioni in cui anche nella nostra cultura positivista è diventato lecito vedere e parlare con i morti.*

Fortunatamente esiste in psichiatria transculturale una soddisfacente letteratura che approfondisce sia una diagnostica differenziale dell'esperienza religiosa [20], che i percorsi per cui tali esperienze si attestano sul piano culturale come nuovi movimenti religiosi [17]. Di particolare interesse gli studi di Prince [19] sulla increzione di endorfine nelle esperienze apicali e quelli di Littlewood [16] in tema di diffusione di Disturbi di personalità Multiple in Nord America. Tutti questi Autori hanno insistito sul ruolo svolto dalla accettazione sociale nel validare comportamenti abnormi che sarebbero potuti afferire alla comprensione offerta dalla psicopatologia generale.

Prince, tra i maggiori esponenti degli studi in tema di psicopatologia generale dell'esperienza religiosa, sottolinea che rimane ancora troppo vago lo studio delle complesse relazioni ad incastro tra i deliri individuali degli psicotici e le credenze religiose inverificabili, ma ritenute vere, relativamente ad ogni cultura, da un largo numero di persone [18].

V. Quanta e qualia in neuroscienze

Per sviluppare una teoria della conoscenza che tenga conto della maggior parte di fenomeni psichici, ovvero del pensiero cosciente, delle fantasie in stato di veglia,

* La puntata di "Enigma" condotta da Corrado Augias su RAI tre, il 4 Luglio 2008, è stata dedicata alla valutazione scientifica e teologica del fenomeno della comunicazione con persone defunte e delle apparizioni di immagini sacre in varie parti del corpo di Natuzza Evolo [15].

dei sogni e delle credenze che strutturano le varie concezioni del mondo, è necessario soppesare la relatività etnografica del potere condizionante della cultura di appartenenza.

Nel momento in cui accettiamo che la cultura è come una carta copiativa tramandata da una generazione all'altra che spinge ad interpretare i fenomeni secondo tale traccia, non possiamo fare a meno di approfondire le tappe ed i mezzi con cui tale carta copiativa intervenga nell'influenzare la costruzione delle immagini e del pensiero.

Da una precedente e oramai vasta letteratura psicologica caratterizzata dal tentativo di offrire una plausibile definizione fenomenologica dei vari tipi di esperienze psichiche, assistiamo negli ultimi anni al fiorire di rilevanti contributi da parte di discipline scientifiche "dure" quali le neuroscienze, la biologia della mente e la genetica evuzionistica che, dopo aver scelto una inconsueta rotta, dirigono a tutta forza verso una ambiziosa meta: definire le caratteristiche materiali e funzionali delle reti neuronali attive nella configurazione dei vari stati di coscienza, compresi anche quei tipi di stato di coscienza, definiti "supraconsciousness" in quanto collegati a esperienze trascendentali spirituali.

Accanto al lavoro di filosofi, gnostici o agnostici, mistici, sperimentatori spirituali, teologi, psicoanalisti, storici delle religioni, psichiatria comparativa che hanno assemblato una serie di studi per delucidare gli stati di coscienza, negli ultimi anni sono le neuroscienze e la biologia della mente a impegnarsi per evidenziare come e dove si producano le emozioni e gli stati di coscienza. Crick & Koch, hanno affrontato il compito di produrre una plausibile spiegazione su come «l'esperienza della rossità del rosso possa emergere dalla azione del cervello» (5, p. 119).

Come il *qualia* della rossità, la dolorosità del dolore prende una forma psichica? Questi Autori affrontano il problema con un metodo specifico: trovare i correlati neurali della coscienza; in particolare come un numero minimo di eventi neurali possa rappresentarsi nel *qualia*. Per dirla con Edelman come funziona «il sistema troncoencefalico limbico dei valori (o di regolare l'adeguamento dei valori a schemi fisiologici selezionati per via evolutiva)» (10, p. 184).

Come sottolineano Fassino e collaboratori [13] il risultato più significativo delle ricerche di Kandel è lo stimolo a proporre quel neumanismo neurale che sta caratterizzando la psichiatria scientifica di questo secolo. Il cervello si plasma in base a ciò che accade: «La seconda caratteristica sorprendente del tessuto cerebrale è che, mentre l'organizzazione strutturale di base del cervello è predeterminata dai nostri geni, l'esito generale di questo piano è drammaticamente modificato durante la vita dalle influenze dell'ambiente [...] che dispone [...] infinite

combinazioni con cui i neuroni possono connettersi l'uno con l'altro. L'esito finale, ovvero il modo effettivo in cui essi si connettono realmente in ciascuno di noi, è largamente determinato dall'ambiente specifico in cui si viene a trovare quel particolare sistema nervoso. In altre parole, le interconnessioni tra i nostri neuroni dipendono da ciò che ci accade» (24, p. 12).

Damasio, tra i primi, indica l'influenza della cultura sulla mente, precisando che: «lo sviluppo e la cultura hanno una grande influenza sul prodotto finale. Con tutta probabilità, ai dispositivi già predisposti lo sviluppo e la cultura sovrappongono la propria influenza» (7, p. 76).

Un invito a tutti i transculturalisti già raccolto da Tseng: «Attraverso l'azione abituale del pensare in una determinata lingua o nel credere in una particolare religione, questi pensieri assumono una specifica configurazione fisica nell'organizzazione delle reti neuronali del cervello» (25, p. 41).

VI. Conclusioni

L'apertura delle tende del palcoscenico neuronale è uno schiaffo alle teorie di una predeterminazione delle funzioni psichiche in quanto sostanzia le ipotesi dei pionieri dell'evoluzionismo bioculturale: «L'uomo che ha rimodellato il proprio ambiente fisico, crea il proprio ambiente culturale; essendo sfuggito alle regole della selezione naturale, inventa le proprie regole, crea una morale che potrà modificare ma della quale non potrà più fare a meno» (21, p. 284).

L'influenzamento epigenetico da parte di stimoli complessi quali quelli culturali sul funzionamento delle reti neuronali apre un capitolo di studi enorme, di cui aspettiamo con trepidazione gli sviluppi. Infatti, poiché per stessa ammissione dei neuroscienziati: «i metodi di fare scienza con oggetti inanimati, benché fondamentali, non sono adeguati per fare scienza con animali che hanno un cervello e possiedono intenzionalità» (10, p. 25), non vi è dubbio che gli studi sulla sinergia fra la materia vivente non intenzionale e quella intenzionale debbano essere condotti anche dalla psichiatria.

Dal prodotto biopsicoculturale che noi stessi creiamo, infatti, dipende il nostro destino: «Lo sviluppo delle società umane fondate essenzialmente su relazioni culturali, crea un nuovo ambiente: l'ambiente umano, che libererà i propri membri, almeno in parte, dalle pressioni ambientali, ma imporrà nuove pressioni di natura psico-sociale. L'individuo è integrato e legato da un ambiente costituito dalla massa delle conoscenze, delle tradizioni dei miti che guidano i comportamenti. Questo insieme costituisce la cultura, che crea nuove forme di pressione selettiva» (21, p. 243).

Alfred Adler è tra i primi pionieri della psicoanalisi ad aver capito, proposto e sviluppato la consapevolezza della importanza della cultura sui fatti psichici. Spero che questo convegno ed i contributi dei colleghi in tema di Neuroscienze e funzioni inconscie della mente possano essere un'ulteriore spinta per la crescita di una psichiatria dinamica culturale nel contesto italiano ed internazionale.

Bibliografia

1. BARTOCCI, G. (2004), Transcendence Techniques and Psychobiological Mechanisms Underlying Religious Experience, *Mental Health Religion & Culture*, 7: 171-181.
2. BARTOCCI, G., DEIN, S. (2005), Detachment: Gateway to the World of Spirituality, *Transcultural Psychiatry*, 42: 545-569.
3. BOURGUGNON, E. (1968), World Distribution and Patterns of Possession States, in PRINCE, R., *Trance and Possession States*, Proceedings of R. M. Bucke Memorial Society, March 1966.
4. COX MILLER, P. A. (1994), *Dreams in Late Antiquity*, tr. it. *Il sogno nella tarda antichità*, Jouvence, Roma 2004.
5. CRICK, F., KOCH, C. (2003), A Framework for Consciousness, *Nature, Neuroscience*, 6: 119-126.
6. CROCCHIOLO, P. (2007), Coscienza e Materialismo, *Micromega*, V: 5.
7. DAMASIO, A. (1999), *The Feeling of What Happens*, tr. it. *Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
8. DODDS, E. (1951), *The Greeks and the Irrational*, tr. it. *I Greci e l'Irrazionale*, La Nuova Italia, Firenze 1959.
9. DSM IV TR. (2000), *Considerazioni etniche e culturali*, Masson, Milano.
10. EDELMAN, G. M. (1992), *Bright Air, Brilliant Fire-on the Matter of the Mind*, tr. it. *Sulla Materia della Mente*, Adelphi, Milano 1993.
11. EDELMAN, G. M., TONONI, G. (2000), *A Universe of Consciousness. How the Matter becomes Imagination*, tr. it. *Un universo di coscienza. Come la materia diventa immaginazione*, Einaudi, Torino 2000.
12. ELKIN, A. P. (1938), *The Australian Aborigines*, Angus & Robertson, London.
13. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria Psicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
14. KIDSON, M. (1990), La cultura degli aborigeni del deserto australiano, in BARTOCCI, G. (a cura di), *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*, Liguori, Napoli.
15. LITTLEWOOD, R., BARTOCCI, G. (2005), Religious Stigmata, Magnetic Fluids and Conversion Hysteria: One Survival of "Vital Force" Theories in Scientific Medicine? *Transcultural Psychiatry*, 42: 596- 609.
16. LITTLEWOOD, R. (2001), *Religion Agency Restitution*, Oxford University Press.
17. LITTLEWOOD, R. (1993), *Pathology and Identity*, Cambridge University Press.

18. PRINCE, R. (1979), Religious Experience & Psychosis, *Journal of Altered States of Consciousness*, 5: 167-181.
19. PRINCE, R. (1982), Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis, *Ethos*, 10: 409-423.
20. ROVERA, G. G. (1994), L'approccio Transculturale ed Infraculturale per lo studio della dimensione del Sacro, in BARTOCCI, G., *Psicopatologia Cultura e Dimensione del sacro*, Edizioni Universitarie Romane, Roma: 3-13.
21. RUFFIÈ, J. (1976), *De la biologie à la culture*, tr. it. *Dalla biologia alla cultura*, Armando Armando, Roma, 1978.
22. SCHARFETTER, C. (1976), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Feltrinelli, Milano 1992.
23. SCHILPP, P. A. (1949), *Albert Einstein: Philosopher-Scientist*, tr. it. *Albert Einstein, scienziato e filosofo*, Einaudi, Torino 1958.
24. SOLMS, M., TURNBULL, O. (2002), *The Brain and the Inner World*, tr. it. *Il Cervello ed il mondo interno*, Cortina, Milano 2004.
25. TSENG, W. S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, CIC, Roma 2003.

Goffredo Bartocci
Via Massaia, 9
I-00162 Roma
E-mail: tpsection@quipo.it

Gli equivalenti presimbolici nei sogni e nei primi ricordi: una chiave di lettura prospettica dello stile di vita

ALESSANDRA BIANCONI, BARBARA SIMONELLI, ELISABETTA CAIRO

Summary – THE EQUIVALENCE OF THE PRESYMBOLIC MEANINGS IN DREAMS AND EARLY RECOLLECTIONS: A PROSPECTIC VIEW OF LIFESTYLE. In this paper we propose that there could be an equivalence of the symbolic meanings of dreams and early recollections: they both take their own essence in the presymbolic individual experience. Dreams and early recollections allow the symbolic transformation of preverbal and presymbolic experiences into something that can be “said,” expressed, and accessed by consciousness. These ideas agree with the recent psychoanalytic developments about the role of the implicit memory in the structuration of the personality. According to Mancia, implicit memory (at variance with explicit, declarative memory) is non-conscious and cannot be verbalized. Affective and emotional memory, that can be considered a dimension of implicit memory, implied the existence of an unconscious nucleus of the self, an unrepressed unconscious, which is completely different from the “classical” repressed unconscious described in Freud's work. The unrepressed unconscious contains presymbolic experiences, belonging to the primary mother-infant relations, that cannot be recalled and expressed in words, because their dimension is, “simply,” not verbal. Affective and emotional, implicit memory, although non-conscious, influences all our lifestyle and emerges in nonverbal communication.

Keywords: IMPLICIT AND ESPLICIT MEMORY, DREAM, EARLY RECOLLECTIONS

I. Sogni e memorie

La storia della psicologia dinamica è profondamente intrecciata alla scoperta del sogno quale ponte di collegamento tra inconscio e coscienza e quale veicolo di molteplici messaggi e di possibili significati. Un sogno può essere compreso solo all'interno di una particolare concezione dell'uomo e della mente; le psicologie del profondo, e fra queste la Psicologia Individuale, sono sistemi teorici che permettono la definizione di una teoria della traduzione dei segni onirici, della loro significazione ed interpretazione, ed in ultima analisi della loro “con-comprensione”.

Il tema della “comprensione” dei sogni, in contrasto sin dall'inizio con l'“interpretazione” freudiana, ricorre con grande frequenza negli scritti di Adler,

sia come riflessione teorica che come presentazione di materiale clinico, dai primi riferimenti ne *Il Temperamento Nervoso* [1] alle trattazioni teoriche più complesse presenti in *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale* [2], *Conoscenza dell'uomo* [3] e *Cosa la vita dovrebbe significare per voi* [5].

Sogno e significato simbolico soggettivo sono concetti uniti da un legame profondo secondo la Psicologia Individuale: non è possibile “con-prendere” un sogno senza conoscere la relazione che tutte le parti dello stesso hanno con l'intera personalità del sognatore, che è al contempo regista e attore principale, ricordando in questo contesto il grande insegnamento adleriano che vede l'uomo appunto *in-dividuus* [36], indivisibile, unico ed irripetibile. Indivisibile in ognuna delle parti che lo costituiscono, che rimandiamo classicamente alle componenti biologico-genetica, psicologica, psicosociale, transculturale.

Molte delle acute osservazioni ed intuizioni che Adler ebbe nella sua riflessione sull'uomo, sul dinamismo psichico e sul significato della vita sono state confermate, in tempi moderni, dalle più recenti acquisizioni nel campo delle neuroscienze [21, 22, 31, 42], ed in particolare, in tempi recentissimi, dalle scoperte relative ai neuroni specchio [35]. In questo contesto, desideriamo proporre alcune correlazioni tra le teorie che si occupano della comprensione psicodinamica dei sogni e le recenti ipotesi relative al ruolo che la *memoria implicita* gioca nella strutturazione della vita psichica dell'individuo e delle sue molteplici manifestazioni, tra cui il sogno (ipotesi che non sono in contrapposizione nemmeno con le recenti ipotesi e scoperte nel campo della neurofisiologia del sonno e del sogno). In particolare, le acquisizioni relative alla memoria implicita possono fornire nuove possibilità di convalidazione delle intuizioni adleriane circa l'importanza dei sogni e dei primi ricordi nella vita psichica dell'individuo [7, 29].

Mauro Mancia, neurofisiologo e psicoanalista, ha proposto in tempi recenti l'esistenza di due diversi tipi di memoria, una *memoria implicita*, presimbolica e preverbale, ed una *memoria esplicita*, strettamente collegate, seppur in modi differenti, ai processi dello sviluppo fisiologico e psicologico dell'individuo [30].

La *memoria esplicita*, o dichiarativa, è la forma di memoria che rende possibile il processo ricostruttivo e narrativo della propria storia e della propria esperienza soggettiva; questa forma di memoria può essere evocata coscientemente e può essere verbalizzata. La *memoria implicita* è invece una forma di memoria presimbolica e preverbale, e si collega a esperienze non coscienti né verbalizzabili. A questo tipo di memoria appartiene la *memoria procedurale*, che è alla base di alcuni apprendimenti motori e cognitivi, come guidare un'auto o suonare uno strumento, che vengono compiuti quasi automaticamente senza che venga raggiunto il livello della coscienza. Vi appartiene anche la *memoria emotiva ed affet-*

tiva, «che comprende la memoria per le emozioni vissute in rapporto a determinate esperienze affettive che caratterizzano le prime relazioni del bambino con l'ambiente in cui nasce e in particolare con la madre. Forse questo tipo di memoria implicita riguarda anche gli ultimi periodi della vita gestazionale, in cui il feto vive una stretta relazione con la madre, con i suoi ritmi (cardiaco e respiratorio) e in particolare con la sua voce, che vengono a costituire un modello di costanza, ritmicità e musicalità intorno alla quale si organizzeranno le prime rappresentazioni del neonato. [...] Nella misura in cui tali esperienze fortemente cariche di emozioni e affetti, con le fantasie e le difese che attivano, sono memorizzate in questa fase preverbale e presimbolica, fanno parte di un nucleo inconscio della personalità del bambino e ne condizioneranno gli affetti, il comportamento e la personalità anche da adulto» (30, p. 32).

Dal punto di vista neuropsicologico, sottolineare l'origine preverbale e presimbolica di queste memorie le colloca in un periodo dell'evoluzione del bambino in cui le funzioni linguistiche e simboliche non sono ancora possibili, a causa dell'imaturità neuronale delle aree cerebrali che rendono possibile funzioni superiori quali l'archiviazione di esperienze emotive e fattuali, la produzione e la comprensione del linguaggio e la simbolizzazione.

Il fatto che non vi sia memoria consapevole di queste esperienze emotive ed affettive preverbal e presimboliche non implica che, di fatto, non ve ne sia memoria alcuna. La storia passata di ogni uomo, e dimenticata, è intrinsecamente legata alla sensorialità delle sue prime esperienze da bambino, che risalgono fino al periodo fetale e prenatale, e che si archiviano indelebilmente, si incarnano, nella sua memoria implicita. L'odore della madre, il suo timbro vocale ed il ritmo del suo parlare, il suo modo di muoversi, il modo con cui guarda – e così facendo riconosce e contiene – il suo bambino sono esperienze di integrazione, continuità e coerenza dell'esistere che gli permetteranno di percepire ed organizzare le prime rappresentazioni di sé e del mondo.

Nel primo anno di vita il bambino ha dunque a sua disposizione una forma di memoria implicita, semantica, che include memorie emotive, comportamentali, percettive e corporee somato-sensoriali. La memoria implicita include la capacità di generalizzare le esperienze ripetute, cioè di formare “modelli mentali” o schemi [20], e di recuperare alcune memorie, sotto forma di schemi percettivo-emotivo-motori, in risposta a specifici segnali. Questi schemi si nascondono nel dialogo non verbale tra corpo e mente, nel complesso e a tratti misterioso intreccio psico-somatico e somato-psichico che descrive l'essere umano. La memoria implicita influenza dunque direttamente le nostre emozioni, i comportamenti, le percezioni, nel qui ed ora, senza alcuna nostra consapevolezza della loro connessione a qualche esperienza del passato. Verso la metà del secondo anno si comincia a sviluppare la memoria esplicita, in cui il

ricordare è associato alla sensazione di “sto richiamando qualcosa” alla mente: in questo secondo tipo di memoria viene mantenuta la percezione di sé e dell’esperienza passata.

Alcuni autori [28] individuano il ponte di traduzione tra conoscenza implicita e conoscenza esplicita nel “pensiero metaforico”. Rimandiamo la trattazione di questo tema così complesso, peraltro attinente e significativo, ai lavori di Kopp [23], Ingram [26] e Ricoeur [34].

In ambito psicoanalitico, Mancia [30] evidenzia che la scoperta della memoria implicita ha permesso di ampliare il concetto di inconscio, aggiungendo alla concezione freudiana dell’*inconscio rimosso* il concetto di *inconscio non rimosso*, i cui contenuti sono, appunto, esperienze arcaiche percettive e sensoriali, impressioni emotivo-affettive relazionali, che ugualmente vengono riattivate in qualunque esperienza dell’individuo, intrapsichica e relazionale.

Ampliare il concetto di inconscio all’esperienza presimbolica dell’individuo, alle sue prime esperienze percettive e sensoriali, alla costruzione dei primi moduli relazionali e di legame [15, 37] permette, a nostro parere, di rendere pregnanza e complessità al concetto di inconscio nel suo significato profondamente dinamico, senza incorrere nel rischio di riduzionismi di natura cognitivo-comportamentale. In quanto adleriani, sottolineiamo in particolar modo l’importanza di queste riflessioni: l’attribuzione di valore e significato a queste esperienze arcaiche, preverbal e presimboliche, permette di liberare i dinamismi dell’inconscio dal meccanismo della rimozione freudiana, sottolineando invece la possibilità dell’esistenza di un inconscio non solo *non rimosso* (*unconscious*), ma anche di un inconscio, forse, *incognito* [9], *inconoscibile* (*unaware*), eppure così dinamicamente attivo nella strutturazione dell’identità dell’individuo. L’inconscio non è infatti un aspetto o un luogo mitologico della mente, ma una sua funzione, come lo sono la memoria, l’attenzione, il ricordo, il pensiero e la percezione. E come tutte le funzioni della mente ha delle radici nell’attività cerebrale anche se non le conosciamo ancora in *toto*.

Coscienza ed inconscio, nella teorizzazione adleriana, non sono più entità in continuo conflitto e contrasto tra loro, come nelle prime formulazioni freudiane, ma si situano lungo un continuum esistenziale in costante movimento, che accompagna ed orienta la vita dell’individuo, alla ricerca di un significato e di una possibilità di esistere realmente unitari ed irripetibili.

Queste riflessioni ci sono sembrate necessarie per addentrarci nella trattazione più specifica di questa comunicazione, che vuole sostenere la possibilità di una equivalenza profonda del significato simbolico di sogni e primi ricordi nella vita psichica dell’individuo. Si vuole evidenziare in particolare una possibile

lettura del significato dei sogni e dei primi ricordi, in quanto espressioni dello stile di vita, ma anche in quanto organizzatori di un'esperienza presimbolica, attraverso i processi della simbolizzazione e della narrazione. Si sottolinea anche che intuitivamente Adler, attraverso il concetto di appercezione tendenziosa, aveva anticipato la riflessione sulla possibilità di definire questo aspetto dell'esperienza inconscia dell'individuo, pur in tempi ancora non maturi.

Accenneremo qui solo brevemente alla teoria generale del sogno in Adler. Egli ritiene che i sogni non siano via regia per l'inconscio, né finestra su mondi archetipici universali, ma rappresentano "una delle tante espressioni dello stile di vita", "creazioni finzionali dell'individuo" [5], il cui compito è dire «quello che già sappiamo» (24, p. 83), anche se in modo inconsapevole. Il sogno dunque non veicola nulla di ermeneutico o di misterioso, non è più importante di altre funzioni della vita psichica, quali l'immaginazione, o i primi ricordi. Tutto è infatti ordinato e subordinato allo stile di vita, alla linea direttrice che, in parte inconsapevole, guida la direzione dell'individuo ed il suo personale stile di vita. Così scrive Adler in *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*: «Dunque noi asseriamo che indipendentemente dalla disposizione, dall'ambiente e dall'esperienza, tutte le forze psichiche sottostanno ad una idea direttiva e che tutti i movimenti espressivi, il sentimento, il pensiero, la volontà, l'azione, il sogno ed i fenomeni psicopatologici sono in funzione di un piano di vita unitario» (2, p. 15).

Attraverso la tecnica dell'interpretazione del sogno si mette in evidenza «la linea di vita della persona o almeno una parte di questa linea. Vediamo il suo piano di vita inconscio secondo il quale essa tenta di padroneggiare le esigenze della vita e la sua propria malsicurezza. Vediamo anche le vie più lunghe che egli intraprende sia per conquistarsi un senso di sicurezza sia per evitare una sconfitta. [...] Il sogno rappresenta tutte le vie attraverso cui passa il pensiero del paziente, teso a una mèta predeterminata con i mezzi dell'esperienza personale» (2, p. 194). Potremmo dunque parlare del sogno, dell'immaginazione onirica [17], come un ponte sia tra i compiti vitali di un giorno e di quello successivo [10], sia nel senso più generale dell'orientamento ideale della personalità [13]; il sogno può in effetti essere anche inteso come uno dei luoghi in cui il Sé reale si incontra con il Sé ideale.

Sappiamo anche che le leggi che governano la formazione del sogno sono le leggi che governano l'accadere psichico nel suo complesso: la ricerca ultima del senso della sicurezza, attraverso la modulazione delle istanze autoaffermative e di cooperazione, secondo il dinamismo *minus/plus*, il tutto orientato, complessivamente, ad una più positiva visione della vita. Come sottolinea Shulman [41], i sogni fungono da catalizzatori della vita psichica del soggetto.

II. *Contenuti ed equivalenze presimboliche nei sogni e nei primi ricordi*

Proponiamo dunque che il significato dell'atto del sognare e delle immagini oniriche si inscriba nel grande processo di organizzazione dell'esperienza psichica anche presimbolica del soggetto, che nasce dalla necessità di trovare certo una propria collocazione nel mondo, soddisfacente dal punto di vista della propria sicurezza, del senso e dell'affermazione di sé, e del riconoscimento relazionale, ma anche soddisfacente rispetto alla possibilità di dare voce, e vita, ad un mondo emotivo ed esperienziale più arcaico, presimbolico, inconscio ed in parte inconoscibile.

Questa è anche, si può ipotizzare, la funzione del sogno: trasformare in forma di simboli un'esperienza presimbolica, così che divenga rappresentabile per immagini, dunque pensabile e di conseguenza verbalizzabile. È una catena fondamentale per organizzare progressivamente, insieme al paziente, esperienze che non erano pensabili prima.

Abbiamo poco sopra sottolineato che, in modo intuitivo, Adler aveva già aperto la strada alla possibilità di concettualizzare quanto appena detto, quando sottolinea la natura prospettica del sogno, che può essere inteso come un tentativo di anticipazione o quasi un'esercitazione per il futuro [2]; oppure quando sottolinea che «l'apparente incomprendibilità del sogno si spiega particolarmente con il fatto che [...] [esso è] un fenomeno accompagnatorio, un rispecchiarsi di forze, una traccia ed una dimostrazione del fatto che il corpo e lo spirito hanno intrapreso un tentativo di prevedere e di sondare il terreno per soddisfare alle richieste della personalità» (2, p. 193); oppure ancora quando afferma che «Anche il sogno sottostà alle leggi dell'appercezione tendenziosa» ove, con questo termine, s'intende una legge percettiva dell'uomo secondo cui egli elimina dalla percezione, o rende incruento, tutto ciò che non corrisponde alla sua tendenza e percepisce in modo unilaterale tutto ciò che a questa tendenza corrisponde [41]. Gli schemi appercettivi, come sappiamo sono finzioni, onirico-immaginative in questo contesto, che sono in ultima analisi immagini interiorizzate di sé, del mondo, e dei rapporti tra sé e il mondo [17].

In questo contesto più allargato il sogno può dunque essere considerato non solo un ulteriore artificio finzionale dell'individuo, un auto-inganno da svelare per smascherare i dinamismi psichici dell'individuo alla ricerca fittizia della sicurezza, ma anche una profonda ed arcaica modalità di comunicazione, che rende simbolici elementi percettivi ed emotivi presimbolici dell'esperienza. Queste parole di Adler ci sembrano importanti: parlando di coloro che non ricordano i propri sogni, sottolinea che *l'importante del sogno è l'emozione che lascia dietro di sé*: «Lo scopo dei sogni dev'essere nelle sensazioni. Il sogno è soltanto il mezzo, lo strumento per stimolare sentimenti e sensazioni. Lo scopo del sogno sono i sentimenti che esso lascia dietro di sé» (5, p. 79).

Il sogno dunque può essere il luogo di un dialogo interiore [12], profondo, con l'esperienza arcaica di sé. Ed è in questo contesto che diviene davvero potente l'immagine del Sé creativo, potenzialmente riattivato, in forma simbolica, nelle immagini oniriche. Il sogno è il luogo dove abita il potere creativo della mente, anche progettuale, quella speciale immaginazione creativa che prepara ad una realizzazione progettuale nella realtà. In questa stessa direzione, Schmidt [40] sottolinea che i sogni contengono in sé anche "la forza del desiderio e del cambiamento". Il sogno dunque, e la sua comprensione nel dialogo analitico, permettono l'apertura a nuovi possibili esistenziali, a nuove possibili esperienze di sé, del mondo, e di sé nel mondo [12].

Un discorso del tutto analogo può essere fatto per i primi ricordi. Così Scrive Adler: «Fra tutte le espressioni psichiche, alcune delle più rivelatrici sono i ricordi dell'individuo, che hanno la funzione di rammentargli i suoi limiti e il significato dei fenomeni. Non esistono "ricordi casuali", è infatti nell'incalcolabile numero di impressioni provate da un individuo che egli sceglie di ricordare solo quelle che sente, sia pur oscuramente, che influiscono sulla sua situazione» (5, p. 73).

E questo non è vero soltanto in merito a ciò che Adler scrive subito dopo, nella stessa citazione, e cioè che «così i ricordi rappresentano la sua "storia della mia vita", una storia che egli ripete a se stesso per mettersi in guardia, per confortarsi, per mantenersi concentrato sul suo scopo finale, e per prepararsi, tramite le passate esperienze, ad affrontare il futuro con uno stile d'azione già collaudato» (4, p. 73). Quest'affermazione ci sembra invece significativamente pregnante se la consideriamo riferita anche all'inconscio presimbolico che già abbiamo descritto. La memoria coinvolta nel primo ricordo è in parte memoria esplicita, episodica, legata ad un fatto, un avvenimento. Ma la "scelta" di un individuo di "ricordare" un determinato fatto piuttosto che un altro fatto appartiene alla "sensazione" che quel ricordo porta con sé, e che viene contestualizzata in un momento della propria vita, in un contesto, in una relazione.

I primi ricordi, come il sogno, possono dunque essere considerati come tentativi di un'integrazione di sé profonda, che si iscrive nel procedere integrativo della mente, resa complessa dalla necessità di tenere conto di bisogni e di memorie arcaiche da un lato, e di memorie episodiche, di realizzazione di sé nel senso dell'accomodamento del piano di vita.

Matteo è un uomo di trentanove anni, seguito in una psicoterapia individuale. La sua primissima infanzia è pesantemente segnata all'età di 1 anno da una diagnosi di neuroblastoma alla spina dorsale (una forma di tumore maligno embrionario), che ha reso necessari un delicato intervento chirurgico ed una lunga ospedalizzazione e successivamente ha comportato l'obbligo di portare un busto fino

all'età di diciannove anni. Il busto ha portato nella vita di Matteo molta sofferenza fisica e psicologica, in termini di diversità, inferiorità ed inadeguatezza.

Molte delle sofferenze del paziente sono legate alla figura paterna; il padre è descritto come un uomo molto esigente, poco tollerante, severo, a tratti aggressivo, mai gratificante, che ha sempre preteso da tutti la perfezione in ogni cosa. Un evento particolarmente traumatico segna la vita del paziente: suo padre si ammala di depressione maggiore quando Matteo ha diciotto anni in seguito ad un fallimento sul lavoro; inizia a percepirsi e ad affermare di essere la rovina della sua famiglia. Matteo affronta la situazione cercando di aiutarlo a capire la natura della sua malattia: trova in biblioteca un testo sulle malattie mentali, in cui si sostiene che la depressione maggiore è una malattia da cui si può guarire, a differenza di altre, descritte nel testo, da cui non si può guarire. Il padre trasale alla notizia di malattie non curabili, e prende il libro per leggerlo. Tre giorni dopo si toglie la vita, impiccandosi in soffitta. Matteo prova un forte senso di colpa e un vissuto di responsabilità per la morte del padre, e questo è un argomento ampiamente trattato nel lavoro psicoterapeutico.

Inoltre, il giorno del suicidio del padre coincide con quello del ritiro degli esiti dell'esame di maturità di Matteo: egli sapeva di aver preso il massimo dei voti e finalmente avrebbe potuto dimostrare a tutti, e soprattutto al padre, di aver raggiunto il massimo, di essere perfetto, come lui aveva sempre preteso. Quando Matteo rientra a casa con il suo successo scolastico, lo accoglie la notizia del suicidio del padre. Tutta la vita di Matteo era rivolta a cercare di soddisfare le aspettative paterne per poter ricevere una gratificazione da lui, che non arrivava mai; anche in questo caso il suicidio del padre gli impedisce di ricevere la gratificazione che si aspettava.

Per molto tempo le sedute si sono svolte in un clima di rabbia, di aggressività, di rivendicazione polemica nei confronti del padre, cui il paziente attribuisce molta responsabilità per tutte le sue difficoltà. Questo clima aggressivo coinvolgeva ogni cosa: la sua famiglia, la relazione con la sua compagna, la sua situazione lavorativa ed anche la terapia. Poco a poco il clima generale delle sedute si è modificato, lasciando spazio a sentimenti complessivi di noia e lamento che sembravano invadere ogni cosa.

In un primo momento questo "lamento" è stato interpretato, a livello transferale, come un modo per tenere a distanza il terapeuta, espressione di una diffidenza e di una certa paura rispetto ad una nuova possibilità di relazione sentita come poco accogliente ed inaffidabile; in un momento successivo della terapia invece il lamento è stato interpretato come un canale privilegiato attraverso cui Matteo comunicava la sua rabbia ed il suo scontento, in una dinamica transferale in cui il terapeuta era costretto ad un contenimento fatto di pazienza, silenzi, brevi inter-

venti tesi a far capire il significato più profondo del lamento e della pesantezza che egli portava in seduta.

In questo clima emotivo di lentezza e di lamento, Matteo porta questo *sogno*: «ero a casa di mia madre e di mio padre, una casa a due piani, che dà sulla strada provinciale. Dall'altra parte della strada, un palazzo, ed una donna al terzo piano che sta a guardare. In giardino c'era mio fratello indaffarato in alcuni lavori nell'alloggio, stava facendo delle cose che erano quelle che faceva mio padre di solito; e poi ho visto – io ero al secondo piano – qualcosa che sembrava mio padre, dei pezzi di mio padre, come se fosse tagliato a pezzi, un braccio qua, il busto di là, le gambe più in là ancora... Ma non è un'immagine sanguinaria e truculenta, è come se uno avesse smembrato Big Jim, e i pezzi erano sulla strada, sulla salita che conduce al garage vicino al cancello che conduce in casa. A me sembrava inutile che mio fratello facesse le cose che stava facendo, perché io ero lì e pensavo che la cosa importante era che mio padre era lì a pezzi».

In quello stesso periodo, Matteo riferisce alcuni *primi ricordi*, differenti da quelli descritti all'inizio della terapia e datati antecedentemente rispetto a quelli: «Andavo a dormire e avevo paura del buio, avevo le classiche paure infantili, io volevo essere rassicurato. Chiedevo di tenere la luce accesa o che mia madre rimanesse lì con me ma mio padre, l'autorità, bloccava tutto e mi diceva di dormire e spegneva la luce. Io volevo invece stare ancora con loro». «Mio padre a tavola: un giorno io stavo leggendo un topolino a tavola, ma mi avevano detto nei giorni precedenti e altre volte di non leggere a tavola. Ad un certo punto mio padre mi prende il topolino e lo lancia contro il frigorifero in modo violento e urlandomi contro. Mia madre stava lì, guardava e non diceva nulla».

Il sogno ed i primi ricordi che Matteo riporta, ed in particolare il *clima emotivo* di “lamento” che ha caratterizzato il loro racconto, hanno rappresentato un momento di volta nella terapia (ancora in corso), poiché hanno permesso, nelle successive elaborazioni ed interpretazioni, di focalizzare la rabbia ed il risentimento nei confronti di una madre (terapeuta) vissuta come lontana ed indifferente. Prima di questo momento, il solo accennare alla figura materna, peraltro a volte presente nei racconti e nei sogni, attivava nel paziente un'intensa reazione terapeutica negativa.

III. Narrazione, significazione, interpretazione, comprensione

In epistemologia ed in linguistica alcuni sostengono che tradurre, e dunque anche il linguaggio simbolico del sogno o dei ricordi, significa tradire [11]: tradire dunque i contenuti dell'inconscio, chiedere loro di sottomettersi alle leggi raziona-

lizzanti e difensive della coscienza. Sappiamo infatti che il sogno usa un linguaggio a tratti sconosciuto, e segue regole differenti da quelle del mondo reale, in cui lo spazio, il tempo, la linearità, la causalità possono dilatarsi, restringersi, modificarsi per continuità e contiguità, superando le barriere del senso comune, ed immergendosi nella logica privata del sognatore, nel mondo dell'immaginifico e dell'inconscio.

Nel contesto teorico e tecnico della Psicologia Individuale, parlare della natura dell'inconscio e delle modalità attraverso le quali si manifesta all'uomo, parlare del processo di significazione degli elementi simbolici, e come abbiamo visto presimbolici, dei sogni e dei ricordi all'interno del percorso psicoterapeutico, permette invece di non essere traditori dei messaggi e dei significati.

Narrazione, significazione, ed interpretazione sono "processi" che accomunano sogni e primi ricordi nel lavoro terapeutico, finalizzato alla "con-prensione" dell'esperienza psichica del paziente. La modalità narrativa e ri-narrativa [27] con cui si raccontano un sogno o un primo ricordo si iscrive, si rapporta, si definisce nel più ampio contesto di un racconto più complessivo di narrazione del Sé, che l'individuo costruisce passo passo in sintonia con il proprio stile di vita, le proprie mete finzionali, i propri rapporti con le esigenze fondamentali dell'esistenza [24], ed anche con le proprie esperienze inconscie arcaiche. Raccontiamo delle storie, ci dice Hillman, perchè qualcuno ci aiuti a definirne una trama [25], a definirne nuovi nessi causali e nuovi possibili significati.

Al lavoro psicoterapeutico appartiene in primo luogo il processo di significazione degli elementi del sogno, che permette di dare forma ai segni che il linguaggio onirico propone. «Lo slittamento dal piano della significazione (che affronta solo il problema formale della costruzione del segno) a quello della interpretazione (che colloca il segno su un piano deterministico e causale) diventa un processo apparentemente ovvio ed inevitabile» (24, p. 78).

L'interpretazione non pretende di porsi come "un nuovo valore di verità" [6], ma come offerta o accoglimento di una possibilità nuova per il paziente di atteggiarsi rispetto ai propri costrutti e ai propri piani relazionali ed esistenziali [38, 39], restituendo un valore nuovo alle mete esistenziali, con apertura a nuovi possibili esperienze di sé, del mondo e di sé nel mondo.

L'analisi dei primi ricordi, insieme al sogno ed al disegno, ha il vantaggio di essere completamente non strutturata, in quanto il soggetto non deve rispondere a stimoli esterni [33]; sogni e primi ricordi dunque, con la sola eccezione della possibile influenza del terapeuta, risultano prodotti unicamente dalla struttura percettiva dell'individuo, la cui matrice originaria appartiene al mondo dell'implicito e del presimbolico.

È dunque possibile, in questo contesto teorico, proporre che sogni e primi ricordi, proprio per quel particolare luogo della memoria da cui traggono la propria essenza, contengano *equivalenti presimbolici*, che permeano in modo inconsapevole ogni aspetto del movimento conscio, inconscio ed inconsapevole dell'individuo ed il divenire del suo stile di vita.

Certamente, è possibile che la memoria esplicita stimoli l'altra e viceversa. Peraltro questo è ciò che avviene nello sviluppo, poiché la memoria implicita dei primi anni sarà fondamentale e condizionerà l'apprendimento e la memoria esplicita futura. Tra le due memorie vi è un flusso continuo, un continuo interferire e condizionarsi l'una con l'altra, come osserviamo nello sviluppo normale dell'individuo, ma anche in ognuno dei percorsi terapeutici di cui raccogliamo le storie.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
3. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
6. AGAZZI, E. (1976), Criteri epistemologici delle discipline psicologiche, in SIRI, G. (a cura di), *Problemi epistemologici della Psicologia*, Vita e pensiero, Milano.
7. ANGLÉSIO, A. (2007), Sogno o son desto?, *Riv. Psic. Indiv.*, 62: 17-30.
8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
9. CATTICH, N., SAGLIO, G. (2004), "Inconscio" e "incognito": i luoghi della mente, *Riv. Psic. Indiv.*, 56: 47-61.
10. DREIKURS, R. (1944), The Meaning of Dreams, *Chicago Med. Sch. Quart.*, 5: 3.
11. ECO, U. (1975), *Trattato di semiotica generale*, Bompiani, Milano.
12. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psic. Indiv.*, 24-25: 38-58.
13. FERRERO, A. (1990), Riflessioni sul sogno: le tentazioni della ragione e le tentazioni delle finzioni, *Ind. Psychol. Doss.* II: 101-128.
14. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara*, Centro Scientifico Editore, Torino.

15. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., *La Ricerca in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
16. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psic. Indiv.*, 39: 15-41.
17. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psic. Indiv.*, 54: 5-34.
18. FERRIGNO, G. (2005), Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “stile di vita” e la comunicazione intenzionale implicita nella “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria” alla “clinica”, *Riv. Psic. Indiv.*, 58: 59-97.
19. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L., PAGANI, M. B. (1999), Sogno e comunicazione nel passato, presente e futuro, in Rovera, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
20. JOHNSON-LAIRD, P.N. (1983), *Mental Models*, tr. it. *Modelli mentali*, Il Mulino, Bologna 1988.
21. KANDEL, E. R. (1988), A New Intellectual Framework for Psychiatry, *Am. J. Psychiat.*, 155: 457-469.
22. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiat.*, 156: 505-524.
23. KOPP, R. R. (1995), *Metaphor Therapy: Using Client Generated Metaphors in Psychotherapy*, tr. it. *Le metafore nel colloquio clinico. L'uso delle immagini mentali del cliente*, Centro Studi Erickson, Trento 1998.
24. GATTI, A. (2006), Il sogno come finzione. La sfida impossibile, in BENELLI, E. (a cura di), *Per una nuova interpretazione dei sogni*, Moretti & Vitali, Bergamo.
25. HILLMAN, J. (1983), *Healing Fiction*, tr. it. *Le storie che curano. Freud, Jung Adler*, Cortina, Milano 1984.
26. INGRAM, D. H. (1996), The Vigor of Metaphor in Clinical Practice, *Am. J. Psychoanal.*, 56: 17-34.
27. LAGUZZI, S. (2003), Narrazione, co-narrazione, co-rinarrazione nel processo analitico, *Riv. Psic. Indiv.*, 54: 49-64.
28. LIOTTI, G. (2001), *Le opere della coscienza*, Cortina, Milano.
29. MANCIA, M. (1996), *Sonno & sogno*, Laterza, Bari.
30. MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Bollati Boringhieri, Torino.
31. MANCIA, M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer-Verlag, Milano.
32. MARASCO, E. E., MARASCO, L. (2005), *Lezioni di Psicologia Individuale di Francesco Parenti: la Psicologia Individuale nella crisi della scuola. Sogno e fantasie nelle prospettive analitiche adleriane*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, SIPI, Milano.
33. MOSAK, H. H. (1995), Adlerian Psychotherapy, in CORSINI, R. J., WEDDING, D. (a cura di), *Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia*, Guerini, Milano 1996.
34. RICOEUR, P. (1975), *La métaphore vive*, tr. it. *La metafora viva*, Jaca Book, Milano 1976.
35. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Cortina, Milano.
36. ROVERA, G. G. (1992), La Psicologia Individuale, in AA.VV., *Trattato italiano di psichiatria*, vol. III, Masson, Milano.

37. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
38. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1979), Nozioni critiche sul concetto di interpretazione in psicoterapia, *Quad. Riv. Psic. Indiv.*, 4, Cortina, Torino.
39. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1983), A proposito di interpretazione e comunicazione in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, M. S., Torino.
40. SCHMIDT, R. (1980), *Träume und Tagträume*, Kolhammer, Stuttgart.
41. SHULMAN, B. H. (1973), An Adlerian Theory of Dreams, in *Contribution to Individual Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
42. SIEGEL, S. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente Relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Milano 2001.

Alessandra Bianconi
Via Assarotti, 1
I-10122 Torino
E-mail: abianconi@saiga.it

Barbara Simonelli
Via Verdi, 47
I-10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it

Elisabetta Cairo
Via Ventimiglia, 41
I-10126 Torino
E-mail: cairoelisabetta@hotmail.com

Il sogno nella psicoterapia individualpsicologica. Riferimenti recenti alle neuroscienze

SECONDO FASSINO, CARLA GRAMAGLIA

Summary – DREAM IN INDIVIDUAL PSYCHOLOGY PSYCHOTHERAPY. RECENT RELATIONS WITH NEUROSCIENCE. In this paper are shortly considered recent neurophysiological and functional data about dream that include also its important role in consolidating memory. The dream would consent recollecting presymbolic and preverbal experiences, emotionally strong (stored in implicit memory), by their symbolization “even without recollection”, their pensability and their final verbalization. In Individual Psychology context, dream is considered as a link between dreamer’s problem and the aim that he/she pursues. Moreover, dream is discussed referring to action mechanisms of psychodynamic psychotherapy, of explicative formulation and of meaning moments. Finally we consider some addresses and clinical research developments about dreams, useful for new acquisitions about dream functions in psychotherapy. Adler’s hypothesis about dream function as an “ineffabile” communication-emotion and as a link between oneself and fictitious aim, past and future, are confirmed by recent neuroscience data. Talking about, in, with, dreams seems to be even more important than their cognitive interpretations; the emotional atmosphere of the dream, the implicit language of the oneiric set produce other and new – encouraging or discouraging – deep emotions.

Keywords: DREAM, INDIVIDUALPSYCHOLOGY, NEUROSCIENCE

I sogni sono stati centrali nella nascita e nell’evoluzione della psicoanalisi. La psicoanalisi sembra però essersi allontanata dai sogni quanto a ispirazione centrale, in parallelo all’allontanamento della cultura generale dai sogni e dalla realtà della *vita interiore* [29]. Tuttavia la cultura moderna postindustriale è trafitta dalla versione della “vita da sogno” in un modo che si sta solo iniziando a capire (per esempio, nella trasformazione di un antico interesse nello schermo interno allo schermo esterno). Lavorare con i sogni nella psicoterapia psicoanalitica era un’arte creativa e rivoluzionaria per i nostri progenitori: oggi lo è persino di più [29].

I. *Acquisizioni delle neuroscienze già fruibili in psichiatria e psicoterapia*

Per cogliere i più recenti contributi delle neuroscienze alla funzione dei sogni è utile richiamare preliminarmente alcune acquisizioni neurobiologiche riguardanti personalità e memoria.

a) Secondo il *modello psicobiologico* [8], la memoria svolge ruoli fondamentali nella costruzione della personalità. Questa risulta costituita da due componenti fondamentali. La prima è il temperamento, cioè i tratti biologicamente determinati e geneticamente trasmessi che funzionano sulla base dei sistemi della memoria procedurale. Tali dimensioni interagiscono con le funzioni cognitive e le spinte motivazionali per produrre le risposte automatiche agli stimoli ambientali. La seconda componente è rappresentata dal carattere, ovvero l'insieme dei tratti della personalità basati sulle differenze negli autoconcetti verso se stessi, gli altri, il mondo. Si sviluppano e funzionano sulla base dei sistemi della memoria proposizionale e dichiarativa e producono le risposte cognitive agli stimoli ambientali [8]. Rilevanti sono le attinenze di questo modello con i concetti adleriani di schema appercettivo, sentimento di cooperazione, linea direttrice, etc.

b) Vi sono due forme principali di memoria, dalle caratteristiche ben definite [42]. Vi è una *memoria implicita, procedurale* caratterizzata dal non essere associata all'esperienza soggettiva interna di "stare ricordando qualcosa", né a un senso di se stessi o del tempo; inoltre è implicata nella creazione di modelli mentali e comprende varie forme di memoria: comportamentale, emozionale, percettiva e probabilmente anche somatosensoriale. I processi di registrazione non richiedono un'attenzione focalizzata e tale tipo di memoria è mediata dai circuiti coinvolti nella registrazione iniziale, indipendenti dal lobo temporale mediale/ippocampo. Vi è un'attivazione dell'amigdala.

Vi è poi una *memoria esplicita e dichiarativa* che è associata all'esperienza soggettiva interna di "stare ricordando qualcosa" e nel caso della memoria autobiografica è anche legata a un senso di se stessi e del tempo; comprende le forme di memoria semantica ed episodica (autobiografica). I processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un'attenzione focalizzata. L'immagazzinamento dei ricordi richiede il coinvolgimento dell'ippocampo. I ricordi selezionati entrano a far parte della memoria permanente attraverso processi di consolidamento corticale.

Per quanto riguarda memoria *procedurale* e *dichiarativa* in psicoterapia, nella relazione con il terapeuta si svela la modalità stereotipata, automatica ed abituale delle relazioni del paziente, plasmata dalle relazioni di attaccamento nei primi anni di vita. Queste configurazioni relazionali codificate nella memoria procedurale sono anche implicite perché operano al di fuori della coscienza [4]. La psi-

coterapia rappresenta quindi una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata. Prototipi preesistenti possono essere modificati da nuove interazioni – internalizzate dal paziente – con il terapeuta. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l'apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida esperienza affettiva del terapeuta adatta alla crescita del Sé e all'autonomia del paziente.

La teoria di Freud per la quale un processo primario è seguito da un processo secondario, corrisponde alla progressione da un sistema di memoria (procedurale) non concettuale, basato sulla tassonomia, a un sistema localizzato (ippocampo e corteccia) nel quale le memorie esplicite sono formate all'interno di contesti spazio/tempo [23]. Nel trattamento, il transfert ricorda il costrutto della teoria dell'apprendimento della generalizzazione e il codice non contestualizzato del sistema tassonomico: gli approcci ortodossi psicoanalitici hanno forse sovrastimato l'efficacia delle parole e dei vettori intellettuali nel ricercare i cambiamenti terapeutici [23]. Strategie non verbali potrebbero essere necessarie per raggiungere materiale che è archiviato nelle aree cerebrali dello sviluppo precoce che potrebbero essere inaccessibili alle parole [23].

c) Le teorie funzionali sul sogno sono diverse e divergenti, a partire da quella cosiddetta dei *rumori di fondo*. In questa ottica, le ipotesi dell'attivazione-sintesi [22] ritengono il sogno sostanzialmente non importante, privo di funzione. Per Staunton [43], le teorie sulla funzione del sonno REM e sul sogno, tra i quali c'è contingente relazione, restano distinte. Esse comprendono la facilitazione dell'immagazzinamento in memoria, l'apprendimento inverso, la maturazione anatomica e funzionale del cervello, il ripristino delle catecolamine e quello psicoanalitico (appagamento del desiderio o suo opposto). È possibile che ognuna di queste funzioni si stabilisca alle basi di un'altra, durante lo sviluppo della personalità. Dato che c'è una stretta correlazione tra il sonno REM e il sogno e poiché il neonato dorme ogni giorno 18 ore di cui 12 in sonno REM è utile riferirsi al neonato per capire la funzione primaria del sogno. Le due costanti nel processo del sogno sono, secondo Staunton, che chi sogna è sempre presente come osservatore in prima persona e che c'è sempre un setting topografico. La più importante funzione del sonno REM sembra essere lo sviluppo e il mantenimento di un senso di identità personale, attraverso la creazione di un ambiente in cui stare a intervalli regolari durante periodi prolungati di assenza dallo stato di veglia, all'interno di margini topografici. Attraverso l'ampia dimenticanza dei sogni fatti, il bimbo non deve subire il peso della necessità di un metodo elaborato di immagazzinamento di tali esperienze vicarie e bizzarre.

d) Vi sono altre teorie che sottolineano il ruolo del sogno nei processi di *consolidamento della memoria*, come avviene per il sonno [7, 33]: la memoria dichiara-

tiva o esplicita è connessa a processi consci; la memoria procedurale o implicita è connessa all'inconscio non rimosso, non legato a tracce cosce poi rimosse, quindi non esprimibile con simboli o parole.

Un terzo gruppo di teorie sottolinea la *funzione di ponte*: nuove connessioni tra frammenti di memoria situati in diverse aree cerebrali. Queste memorie così elaborate sarebbero utili al risveglio delle strategie di *problem solving*. Vi è poi il "memory processing": funzione adattativa cruciale del sonno REM per la sopravvivenza. Durante il sonno, quando i circuiti relativi agli input sensoriali esterni sono inattivi, si immagazzinano informazioni importanti e si scartano quelle che non lo sono. Infine, il "problem solving" [19, 37]: la ricerca di soluzioni a problemi che la mente nella veglia trova particolarmente difficili, anche evidenziando segni subliminali durante lo stato di veglia. Il sogno avrebbe dunque una funzione adattativa [12] correlata all'emozione e ha un ruolo nell'apprendimento e nel consolidamento della memoria.

e) Memoria implicita e inconscio precoce non rimosso, costituito da tracce che non sono mai state cosce né rimosse, hanno un ruolo specifico nei *processi terapeutici* [31]: il sogno può essere inteso anche come strumento per il recupero delle esperienze passate e per l'attivazione di funzioni inconscie, e non solo o non tanto per rendere coscio l'inconscio. La disattivazione di aree cerebrali prefrontali dorsolaterali e la parallela attivazione dell'ippocampo permettono il recupero di esperienze rimosse deposte nella memoria esplicita. Inoltre, l'inconscio non rimosso attiva l'amigdala e le aree parieto-temporo-occipitali; si ha dunque tramite il sogno un recupero di esperienze presimboliche e preverbalì dalla forte carica emozionale (depositate nella memoria implicita) mediante la loro simbolizzazione – anche senza ricordo – la loro pensabilità e la loro finale verbalizzazione.

Esso permette un lavoro specifico di *pontifex* che unisce le esperienze più precoci dell'uomo collegate dalla sua memoria implicita ed esplicita all'attuazione degli affetti ed emozioni attivati dal transfert. Nel corso di un'analisi queste memorie sono infatti parti del transfert rese attuali nell'*hic et nunc* della relazione. Esse permettono un lavoro costruttivo e ricostruttivo della storia affettiva ed emozionale del soggetto, a partire dall'infanzia. Kandel [25, 26] ha suggerito che questo sistema di memoria strumentale possa costituire un "altro sistema inconscio" in grado di dare inizio o di guidare il comportamento, analogamente alle informazioni represses nell'inconscio dinamico, fatto cioè di tracce cosce rimosse. Egli ha anche aggiunto che si tratta di un sistema che non sembra passibile di recupero a livello coscio semplicemente interrompendo la repressione. Ha spinto la psicoanalisi a prendere in considerazione questi aspetti negli studi sui comportamenti motivati inconsciamente. La mente sfrutta (per la memoria e le funzioni cognitive) lo speciale stato fisiologico del cervello attivato che sogna. Come

rivelato da dati della PET, il cervello potrebbe fornire i meccanismi neurali per le operazioni mentali, come la funzione mnemonica di collegamento – *mnemonic matching function* – una funzione che potrebbe essere utile al sognatore nel momento in cui si confronta con i problemi della vita attuale. Questo è un concetto psicobiologico che contiene il razionale per promettenti approcci tecnici per il lavoro con i sogni in psicoterapia e psicoanalisi [36].

f) Coutts [9], tramite la revisione di studi neurofisiologici, propone un'articolazione interdisciplinare dei diversi approcci. Secondo l'*ipotesi della selezione emotiva*, i sogni sono modificatori e valutatori-test degli schemi mentali. Gli schemi sono strutture che comprendono i concetti: essi si interconnettono e si organizzano in reti complesse che modellano, per comprenderlo, l'ambiente fisico e sociale. Le reti degli schemi si evolvono. Gli schemi in generale concordano con i meccanismi neurali dei sistemi di consolidazione della memoria. Gli schemi aiutano l'individuo a trovare un adattamento all' ambiente sociale.

Gli schemi si articolano in un processo a due fasi, accomodazione e selezione, che si propone di aiutare un individuo ad adattarsi all'ambiente sociale. Durante il sonno, questo processo esegue un set di sogni con un contenuto sociale che gli schemi incorporano in modo provvisorio attraverso l'auto-modificazione. A causa della vasta interconnettività che esiste tra schemi sociali, tali modificazioni potrebbero introdurre conflitti maladattivi. Di conseguenza, un secondo set di sogni è eseguito nella forma di test-scenari per valutare le modificazioni dello schema eseguite dal primo set di sogni. Il processo sarebbe così sotto controllo le emozioni generate durante questi test sui sogni più tardivi. Se le modificazioni e le prove-tests precedentemente saggiate sono in grado di alleviare l'ansia, la frustrazione, la tristezza e di apparire emozionalmente adattive, potrebbero essere selezionate per restare in memoria. Le modificazioni evidenziate come negative dagli schemi esistenti potrebbero essere abbandonate o ulteriormente modificate e testate. L'amigdala è iperattiva durante il sonno REM e ipoattiva durante il sonno NREM. L'attivazione dell'amigdala durante la fase della selezione emotiva sarebbe essenziale per generare le emozioni necessarie per valutare i cambiamenti agli schemi che si ipotizza avvengano durante il sonno REM. Durante il sonno NREM il cervello si pensa che non valuti questi schemi, corrispondendo logicamente all'ipoattività osservata dell'amigdala. È plausibile che le fasi operino indipendentemente dal ciclo del sonno, per esempio che i test dei sogni possano avvenire durante il sonno NREM, o che le accomodazioni possano avvenire durante il sonno REM.

Sembrano evidenti alcune ricorrenze concettuali con l'Individualpsicologia: *schema appercettivo*, *espediente di salvaguardia e linea direttrice*. La teoria della selezione emotiva sarebbe in linea con la *prova aneddotica*, sostiene Coutts, che suggerisce che alcuni sogni presentano una direzione verso ulterio-

ri sviluppi della persona e con l'osservazione che i sogni contengono ricchi temi sociali.

II. *I sogni nella Psicologia Individuale*

I sogni sono espressioni dello Stile di vita, della Personalità [2]. La legge fondamentale di entrambe le forme di vita, sonno e veglia è: “Il valore del Sé non deve mai essere sminuito”. Il concetto di conscio /inconscio non è contraddittorio, infatti conscio e inconscio formano una singola unità, al servizio del bisogno di autocoerenza. Inoltre, la soluzione dei problemi avviene mediante la progettazione del futuro. Il sogno è considerato un ponte tra il problema che ha il sognatore e la meta da lui perseguita: durante il sogno il soggetto si addestra alla realizzazione. Il Sé nel sogno cerca il conforto dell'immaginazione per risolvere il problema, seguendo due principali bisogni “avanti verso uno scopo” e “procedere verso una direzione”. Ogni individuo deve rappresentarsi il cammino che vuol seguire e formarsi opinioni sul suo senso della vita. Vi sono poi le metafore del sogno; nei sogni ci inganniamo con una soluzione solo apparentemente adeguata allo Stile di Vita del sognatore, ma inadeguata per il *senso comune*. Il sogno è una lotta verso la soluzione del problema attraverso una metafora: è il segno dell'inadeguatezza del Sé, una forma di autoinganno nell'interesse della meta (fittizia) individuale.

a) *A cosa servono i sogni?*

Vi è uno scopo delle emozioni suscitate nel sogno. «Se veramente vogliamo scoprire il significato del sogno, dobbiamo trovare il significato che ha il fatto di non comprenderlo, o di dimenticarlo: forse il reale significato dei sogni è proprio quello che non devono essere compresi. Forse c'è un dinamismo della psiche che lavora per ostacolarci e quindi non è nei pensieri che ci inganniamo, ma nei sentimenti sorti dai pensieri e dalle immagini oniriche» (2, pp. 5-6). Il sogno ha la funzione di indurre emozioni utili all'azione: l'immagine onirica serve a produrre emozioni piuttosto che pensieri o ragionamenti. Infatti il solo ragionamento non potrebbe ingannarci intenzionalmente. Nei sogni elaboriamo immagini utili a far sorgere i sentimenti e le emozioni di cui abbiamo bisogno per il conseguimento dei nostri scopi, cioè per trovare una soluzione ai problemi con cui ci confrontiamo, in conformità al nostro stile di vita.

Nel tipico approccio finalistico adleriano, molti autori dell'Individualpsicologia si sono interrogati sullo scopo dei sogni [5, 32, 34, 44]. «Lo scopo del sogno è ottenuto attraverso l'uso delle emozioni e dell'umore, piuttosto che con la ragione e il giudizio» (2, pp. 5-6). Nel sogno c'è materiale “proiettivo”: il soggetto crede di riferire un evento oggettivo – come per i primi ricordi – senza accorgersi che il rac-

conto è in larga misura una sua creazione e quindi aperto all'interpretazione delle sue tendenze. Nel sogno non esistono simbolismi fissi, metafore e simboli possono essere usati a sproposito. L'interpretazione deve avvenire sulla base dello stato d'animo che lasciano dietro di sé: sono rivolti a rinforzare lo Stile di vita quando l'individuo è in contraddizione con la realtà, con il buon senso e con lo stile di vita. Inoltre, bisogna considerare che la relazione terapeutica cambia i sogni e i sogni cambiano la relazione. Il sogno per il terapeuta ha svariati scopi: ad esempio, permettergli una più completa comprensione del caso, servirgli come mezzo per aiutare il paziente a capire se stesso e a controllare la correttezza sulla "formulazione esplicativa" del paziente.

b) *Il sogno usa un linguaggio multimediale, in cui spesso significato e significante coincidono*

La ricostruzione di un sogno attraverso le parole è spesso un tradimento; magicamente grida, luci, colori, vibrazioni, movimenti, odori, caldo e freddo, risvegliano forti sentimenti ed emozioni [15]. Nei sogni c'è un intervento "registico" che, guidato dalla legge individuale di movimento, ordina la scenografia, le distanze prossemiche, le entrate, le uscite, gli interventi di personaggi; sono abolite le aristoteliche unità di tempo, di luogo, di azione. Lo spazio e il tempo onirici possono deformarsi, con sintesi e prolungamenti estranei al *senso comune*. Come al cinema tutto si svolge al presente, con l'illusione di vivere realmente quanto si sta svolgendo. I modelli interpretativi tipici del linguaggio articolato non sono applicabili al linguaggio onirico. Il sogno, come il cinema o il teatro, parla a modo suo, facendo riferimento a quei codici, ormai dimenticati, tipici della comunicazione infantile [15]. Punti di vista diversi e contrastanti – del regista, protagonista, scenografo, co-protagonista, attor giovane, etc. – sarebbero tuttavia rappresentati da altrettanti componenti del *Sé-Stile di vita*, mete finali, mete fittizie, in dialogo, in conflitto, etc. Col progredire dell'analisi le funzioni di spettatori prima e di regista poi sono condivise da paziente e terapeuta: esperienza in vivo del Sentimento di appartenenza e cooperazione.

Vi sono aspetti rappresentazionali del e nel sogno – metafora vivente come un "set cinematografico interiore" – in cui si possono svolgere giochi ricorrenti tra immagini, suoni, vuoti, sovrapposizioni, rappresentazioni, colloqui, soliloqui, dialogo interiore [14]: tra paure, affetti e difese, come poi nel transfert, momenti decostruiti e poi ricostruiti collegati alle esperienze preverbal e presimboliche dell'inconscio implicito, ma anche del Sé Creativo e della meta finzionale. Le emozioni trasmesse e condivise con il terapeuta nel *setting* favoriscono, più che le interpretazioni, la mentalizzazione e rendono percepibili – anche se non ricordabili, non dicibili – esperienze traumatiche, esperienze di vuoto, vissuti di deficit depositati nella memoria implicita. Queste lasciano tracce subliminali nel linguaggio, nel tono prosodico della voce o in altre forme espressive non verbali,

l'utilizzo del primo piano, dello sfondo, dell'arredo, di oggetti e *flash-back*. Come nel sogno riportato in tabella il terapeuta può essere coinvolto dal paziente – regista del sogno – nelle vesti di attore – colui che agisce – modi di fare e di essere prefiguranti nuovi modelli usufruibili per la vita da svegli.

Linguaggio senza parole e senza concetti?

«Dove manca la parola, là comincia la musica,... l'indicibile è il discorso sulla morte, indicibile perché su di essa non c'è nulla da dire... l'ineffabile è l'inesprimibile perché su di esso c'è infinitamente da dire... come per l'insondabile mistero di Dio... la musica non significa niente, ma l'uomo che canta è un luogo d'incontro di significati» (24, pp. 61-64), «forse il reale significato dei sogni è proprio quello che non devono essere compresi» (2, pp. 5-6).

Vi è il senso del non senso: l'indicibile e l'ineffabile. Indicibile è ciò che non può essere detto perché troppo doloroso, rimosso, dimenticato; ineffabile è quanto sperimentato quando la memoria non aveva ancora gli schemi *apperceptivi* né per *assimilarlo* né per *accomodarlo* e non può essere ricordato secondo gli aspetti dichiarativi, rimuovibili verbalizzabili: l'emozione non può essere detta, ma persiste, agisce e *disturba*.

Gli approcci analitici ortodossi hanno forse sovrastimato l'efficacia delle parole e dei vettori intellettuali nel ricercare i cambiamenti terapeutici. Se significato e significante, come nella musica, coincidono, strategie non verbali sembrano necessarie per raggiungere materiale archiviato nelle aree cerebrali dello sviluppo precoce, ineffabile e inaccessibile ai ricordi di pensieri e parole, oltre che troppo penoso per essere ricordato e discusso, cioè indicibile. Rispetto alle interpretazioni verbali, sembra decisivo ciò che il paziente sente, sia nel setting del sogno sia in quello *condiviso* con il terapeuta. È allora necessario che il terapeuta *senta* e *stia* nella relazione. Il sogno rivissuto nella narrazione – oltre che utile a spiegare e a comprendere più elementi dello Stile di Vita – favorisce di per sé una nuova relazione di attaccamento che è in grado talora di ristrutturare e riparare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata. Prototipi di attaccamento patologici possono essere modificati da nuove interazioni empatiche con il terapeuta, se internalizzate nel transfert anche senza parole. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l'apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida *ottimale* affettività e *affettuosità* del terapeuta [3], quasi la tardiva assunzione della funzione materna.

c) *Utilizzo clinico dei sogni*

Il contenuto manifesto dei sogni può essere utilizzato come variabile indipendente per indagare il progresso clinico dei pazienti, con una finalità di incorag-

giamento, scoraggiamento, conferma o disconferma di sé: “Ecco come sei...vedi cosa fai”. Il materiale onirico può indicare miglioramenti o regressioni dal punto di vista clinico. Il transfert può presentarsi precocemente nei sogni, prima di raggiungere un’espressione conscia. Il controtransfert può divenire in prima battuta evidente nei sogni del paziente e pure del terapeuta, informando su sentimenti e atteggiamenti non ancora riconosciuti nei confronti del paziente [17, 18]. Molti clinici adleriani utilizzano il contenuto manifesto dei sogni come variabile indipendente per indagare il progresso dei pazienti. Sogno e psicoterapia condividono aspetti comuni quali la regolazione degli affetti e delle emozioni, la risoluzione di conflitti, la soluzione di problemi, la consapevolezza di sé, la consapevolezza delle proprie capacità e l’adattamento.

Le immagini oniriche riflettono quindi desideri e timori e veicolano emozioni, esperienze passate o recenti, meccanismi di difesa, modalità di percepire se stessi e gli altri, conflitti, problemi e tentativi di soluzione di questi. Come una “anamnesi proiettiva” il materiale onirico può fornire ulteriori informazioni rispetto alla psicodinamica del paziente. Se contestualizzato rispetto alla situazione clinica complessiva, il sogno è uno strumento informativo prezioso su linea direttrice, mete fittizie, Stile di Vita, costellazione familiare ed espedienti di salvaguardia. I sogni sono indicatori precoci di transfert, resistenza, imminenti crisi, *acting-out*, risoluzione di conflitti e processi decisionali. L’applicazione clinica del materiale onirico non è limitata all’analisi di lungo periodo, ma è fruibile anche in altri tipi di situazioni cliniche, inclusi il consulto singolo, la terapia *time-limited* e i contesti di *liaison*. La analisi dei sogni può quindi essere impiegata in diversi contesti clinici per supportare ed integrare la formulazione esplicativa psicodinamica propedeutica al Progetto terapeutico e alle ricalibrature di questo.

III. Sogno e meccanismo d’azione della psicoterapia

I sogni, come per altro i primi ricordi, possono contribuire a convalidare diversi aspetti della linea direttrice dello Stile di Vita, formulazione sul senso, significato e direzione dei sintomi e disturbi del paziente. Questi processi per la costruzione del progetto terapeutico [13] sono stati di recente articolati in una procedura clinica denominata *formulazione esplicativa psicodinamica* [30]. Essa ha varie funzioni: la più importante è quella di riassumere i fattori psicodinamici che contribuiscono alle difficoltà attuali, fornendo una spiegazione, e ancor più una comprensione psicologica, di cause e scopi per cui quel paziente ha quel problema in quel determinato momento. Inoltre deve facilitare la predizione di ciò che potrebbe avvenire in futuro, come per esempio eventuali resistenze e risposte ai trattamenti; è il prodotto dell’interazione fra paziente e intervistatore e dipende dell’acume di quest’ultimo, ma anche del grado di difficoltà del paziente.

A proposito del meccanismo che rende efficace la psicoterapia dinamica, diversi studi hanno evidenziato le implicazioni delle neuroscienze sulla teoria del transfert [46]. Tuttavia un tempo si pensava che l'interpretazione di contenuti inconsci e lo smascheramento delle mete fittizie provocassero il cambiamento. Ora studi di *follow-up* svelano che i pazienti spesso non si accorgono e non ricordano neppure le interpretazioni [16]; molti cambiamenti avvengono nell'inconscio e sembra che il meccanismo d'azione principale sia nell'esperienza ripetuta di *un nuovo tipo di relazione* durante la psicoterapia che entra a far parte della memoria procedurale attraverso *momenti di significato* [25] esperiti nel *setting* durante la relazione con il terapeuta. Per la Psicologia Individuale l'agente terapeutico di cambiamento si colloca nell'esperienza relazionale in vivo di un nuovo sentimento di appartenenza e di cooperazione che si sviluppa da un attaccamento sicuro tramite il coinvolgimento empatico di paziente e terapeuta. C'è nel paziente un nuovo collaudo creativo della stima di sé: il terapeuta vive il paziente come persona meritevole di attenzione, impegno, apprensione e autonomia in un coinvolgimento relazionale ottimale che modifica entrambi; egli, inoltre, trasmette empaticamente fiducia verso una persona capace di sofferenza, di solitudine, di frustrazione, ma anche di iniziativa per un originale senso della propria vita (attivazione del Sé creativo evoluto che diventa più efficace a prendersi cura di sé).

Il lavoro clinico sui sogni consente talora di (ri-)attivare nel qui e ora l'atmosfera emotiva che questi indicano e producono nel *setting*, risultando così tra i principali produttori di momenti trasformativi. Il sogno ha delle implicazioni peculiari infatti riguardo ai *momenti di significato* che "rappresentano il raggiungimento di un nuovo assetto di ricordi impliciti, che consentono alla relazione terapeutica di progredire a un nuovo livello" [25] più adattativo rispetto ai sintomi. Il collaudo di nuove esperienze relazionali nel *setting* non richiede che l'inconscio diventi conscio, contrariamente a quanto si riteneva circa la natura dell'insight. I momenti di significato sono "capaci di produrre cambiamenti comportamentali tali da ampliare il repertorio di strategie procedurali del paziente tanto nei modi di fare che di essere". Le ipotesi della Psicologia Individuale sono da tempo focalizzate sulla funzione di cambiamento propria di stili relazionali sperimentati *hic et nunc* nel *setting* e trovano nelle acquisizioni neurocognitive importanti convalide. Rispetto alle ipotesi sulle interpretazioni verbali sui vissuti del paziente sembra quindi decisivo "l'essere con", "lo stare" nella relazione con il proprio paziente: il sentimento di appartenenza e cooperazione.

Nell'incontro regressivo col *deficit*, il sogno può attivare la *segreta forza motrice* [41], solo se il paziente non si sentirà punito, per quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per perdonarsi di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione. Perdonato, egli potrà perdonare se stesso. Durante que-

sto processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di un modello relazionale intrapsichico accettante il deficit. Questa esperienza autentica del deficit in terapia è vissuta dal paziente insieme al suo terapeuta, e non raramente nei sogni compaiono le avanguardie di tali nuove esperienze e momenti di significato. Nella paziente di cui alla *Tabella 1* l'emozione prodotta dal primo sogno ha segnalato la crescita notevole della disponibilità all'alleanza col terapeuta, come più avanti la forte impressione a constatare di essere desiderabile dal marito. La registrazione di questo sentimento di appartenenza e di cooperazione sperimentata vivamente nei sogni attiva non raramente quella *segreta forza motrice* del cambiamento.

Il caso di Marianna: 45 anni, imprenditore, struttura fobico depressiva di personalità, padre assente, madre depressa alcolista trascurante, due figli di cui uno con disturbo grave di personalità.

Sogno a metà analisi:

«In seduta, non nello studio, ma a casa dell'analista... conosco tutta la famiglia, figli, tanti bambini, gabbia con criceto o scoiattolo che girava in giostra. Mia mamma mi aspettava fuori alla fine della seduta, già arrabbiata, la facevo entrare, anche lei... (mia madre è sempre arrabbiata!). Appena sveglia ero molto meravigliata di essere accolta in casa così affettuosamente dal mio analista e ancor più della calma con cui accoglievo mia madre... Riflettevo poi ... sono quindi degna di essere accolta in casa da lui quindi sono anch'io in grado di accogliere... perdonare mia madre».

Sogno a fine analisi:

«Vivevo in un grande loft casa e ufficio... scendo le scale e assisto, non vista, ad un omicidio... due delinquenti mi vedono ...mi prelevano dal mio abitat per non tornare mai più a casa... avrei vissuto squallidamente... mio marito accetta... quasi una trattativa... si dà un gran da fare per salvarmi. Al risveglio: ma, allora mi vuole... sono fortemente stupita e impressionata della viva apprensione di mio marito per me...».

Tabella 1

IV. Ulteriori sviluppi della ricerca

Un problema della ricerca sul sogno è legato all'uso di tecniche di *imaging* per l'indagine delle funzioni cerebrali. La psicodinamica sembra avere aderito ai risultati delle recenti ricerche senza tuttavia domandarsi se questi portino chiarezza nell'irrisolta questione della dicotomia mente/cervello e se realmente

rispondano alle domande che gli psicoterapeuti si pongono. I sogni sono il correlato soggettivo dell'attività cerebrale durante il sonno REM, ma le teorie biologiche sul sogno hanno dei limiti in quanto possono, nel migliore dei casi, spiegare la sintassi del sogno, ma non si occupano della semantica, del significato, del contenuto e del vissuto del sogno, né dell'aspetto pragmatico che a questo compete, ossia della sua funzione [27, 36].

La maggior parte del lavoro empirico sull'utilità e l'efficacia dell'interpretazione dei sogni nella terapia individuale si è concentrato sul modello cognitivo-esperienziale di Hill et al. [21]. Vari studi hanno indagato se l'interpretazione dei sogni determini benefici unici per i pazienti che non potrebbero dunque essere ottenuti con altri interventi terapeutici: i risultati sono stati nel complesso misti [11, 21]. Sebbene alcuni autori riportino che il lavoro sui sogni permette un rapido accesso alle questioni essenziali per la vita del paziente (es. formulazione esplicativa) e fornisce un ambiente protetto che aiuta a superare le difese, altri autori invece non hanno riscontrato maggiori benefici dalle sedute coinvolgenti i sogni [35].

L'uso del contenuto dei sogni per studiare i cambiamenti dei pazienti nel corso del trattamento pone un problema rispetto agli strumenti da utilizzare in tale ambito di ricerca, per permettere una classificazione funzionale dei sogni allo scopo di facilitare la comprensione di psicopatologia, aspetti psicodinamici, struttura di personalità e di vari elementi del processo psicoterapeutico [17]. Oltre a vari studi che suggeriscono approcci più o meno arbitrari al contenuto onirico (anche da impiegare nelle relazioni col paziente come il Dream Interview Method, [10]) è stato proposto l'impiego della SCORS (Social Cognition and Object Relations Scale, [45]) come misura delle rappresentazioni interpersonali nella narrativa del sogno. La SCORS ha dimostrato attendibilità elevata come siglatura del T. A. T. e ha riconsiderato l'utilità stessa del Thematic Apperception Test (T. A. T.) come tecnica proiettiva nell'indagare le rappresentazioni mentali e i comportamenti interpersonali.

Due ambiti di ricerca sembrano particolarmente promettenti: il sogno studiato come indicatore di processo in psichiatria clinica e psicoterapia e il sogno come modello di patogenesi nelle psicosi.

a) Una ricerca, in corso di pubblicazione [1], esamina con lo SCORS i sogni di 16 soggetti con Anoressia o Bulimia, in trattamento in Day Hospital, di cui sono state rilevate le dimensioni TCI della personalità [8], EDI2 (valutazione psicopatologia alimentare e personalità) e STAXI (valutazione gestione rabbia).

La capacità di investimento emotivo è una delle 5 aree dello SCORS e valuta la misura in cui gli altri sono trattati come fini piuttosto che come mezzi e se gli

standards morali sono evoluti. Tale area correla significativamente con le seguenti variabili psicometriche: bassi livelli di rabbia, più alti punteggi di autotrascendenza, bassa inadeguatezza, bassa sfiducia interpersonale, attaccamento insicuro, buona qualità di vita percepita. Questi risultati confortano l'ipotesi di una funzione dei sogni in rapporto ad alcune dimensioni della personalità: sogni più espressivi sarebbero caratteristici di personalità meno compromesse, nel senso che sogni carichi di emozioni proteggono la personalità. Se un buon investimento emotivo nei sogni indica una buona funzione autoterapeutica dei sogni, bisogna che i terapeuti aiutino la paziente anoressica a gestire meglio la rabbia inconscia e a sviluppare quella parte del carattere che contiene le capacità di coping (accudimento di sé, in genere appreso dai genitori); così la paziente "farà sogni più utili" al proprio equilibrio psicologico.

b) Per quanto riguarda i sogni e le psicosi, recenti dati psicologici, topografici, elettrofisiologici e neurochimici sembrano confermare la similarità funzionale tra questi due stati. Scarone et al. [40] hanno misurato le bizzarrie cognitive su relazioni scritte e verbali di fantasie da svegli in 30 schizofrenici e in 30 soggetti normali di controllo. Sette tavole del T. A.T. furono somministrate come stimolo per suscitare fantasie da svegli e a tutti i soggetti partecipanti fu chiesto di registrare i propri sogni una volta svegli. Le bizzarrie cognitive erano significativamente inferiori nelle storie T. A.T. dei soggetti normali rispetto sia a quelle degli schizofrenici sia alle relazioni dei sogni di entrambi i gruppi. Le differenze tra i 2 gruppi indicano che, in condizioni sperimentali, la cognizione dei soggetti schizofrenici in stato di veglia condivide un grado comune di bizzarrie cognitive formali con le relazioni dei sogni di entrambi, soggetti controllo e schizofrenici. Questi risultati preliminari supportano l'ipotesi che il cervello che sogna potrebbe essere un utile modello sperimentale per la psicosi.

c) Diverse ricerche empiriche indicano come sia possibile impiegare la comprensione del sogno per operare cambiamenti concreti nella vita del sognatore [35].

I risultati sulle misure di insight e comprensione indicano che l'esplorazione del contenuto onirico può aiutare nei pazienti l'insight e lo sviluppo di migliore comprensione di se stessi, favorendo collegamenti-ponte tra il contenuto dei sogni e alcuni aspetti della personalità o della vita del sognatore. I punteggi ottenuti su misure come la qualità delle sedute e l'alleanza terapeutica confermano quanto precedentemente rilevato da Bonime [6]: l'interpretazione collaborativa del sogno, oltre a facilitare l'insight, contribuisce al coinvolgimento del paziente rispetto alla psicoterapia. Per esempio dopo una seduta in cui si è lavorato sui sogni può essere utile domandare al paziente cosa pensi di avere acquisito attraverso tale processo e quali cambiamenti desidererebbe apportare alla propria vita alla luce di quanto è stato discusso [20, 21].

V. Conclusioni

La componente emotivo-affettiva della personalità, in riferimento a studi sia clinici sia neurofisiologici, sembra costituire il principale stimolo induttore del sogno, al posto o in combinazione con componenti del desiderio, come ritenuto dalle passate teorie psicoanalitiche. Rispetto al processo ed alla formazione del sogno, la sua importanza sembra pari a quella della memoria: studi di laboratorio sugli aspetti clinici psicofisiologici del sonno dimostrano infatti che il contenuto manifesto dei sogni è correlato alle situazioni conflittuali e problematiche della vita attuale del sognatore [36]. La funzione *pontifex* e di collegamento – *matching function* – per mezzo dell’emozione condivisa sembra collegare i problemi attuali ai ricordi di analoghi problemi del passato, immagazzinati nella rete nodale della memoria del sognatore, ma accessibili.

Il posto del sogno nella psichiatria si sta muovendo verso una posizione più interessante e preminente rispetto a quella occupata negli anni recenti, quando era considerato un sottoprodotto della fisiologia del tronco encefalico senza alcun intrinseco significato psicologico. Quell’atteggiamento che tendeva a ridurre l’interesse clinico, si era sviluppato in parte come reazione al prevalente e quasi esclusivo interesse legato alle teorie di Freud e di Adler come unica base per l’approccio teorico e clinico al sogno. Attualmente la disponibilità di nuove tecniche di neuroimaging insieme alla aumentata sensibilità della psicologia cognitiva, rende il sogno un soggetto ideale per l’esplorazione sperimentale della relazione tra mente e cervello. Questa, da sempre, è una questione cruciale per la psichiatria e ora anche per l’efficacia della psicoterapia. Una recente *review* [28] riporta le prove *neuroimaging* dell’efficacia della psicoterapia. Nel momento in cui cresce la nostra comprensione del sogno come prodotto integrato delle funzioni adattive di mente/cervello, il potenziale terapeutico per il lavoro clinico con il sogno sarà più chiaro.

Vi è attualmente una ricchezza di nuovi dati e interpretazioni teoriche che giustificano una rivalutazione dei più vecchi punti di vista. L’ipotesi di Adler [2] sulla funzione del sogno come comunicazione-emozione “ineffabile” – ipotesi questa rimossa dagli stessi studiosi adleriani, – insieme a quella riguardante la funzione di collegamento-ponte tra passato e futuro, ricevono piene conferme dalle più recenti scoperte delle neuroscienze [25, 31].

Rimangono tuttavia molte domande senza risposta e la ricerca è necessaria in entrambi gli ambiti, della mente (psicoterapie) e del cervello (*brain imaging*).

Il processo onirico nell’uomo può essere considerato un processo psicobiologico, dove l’esperienza soggettiva nella coscienza onirica della memoria e delle operazioni cognitive sono rese possibili dalle speciali condizioni psicofisiologiche pre-

sentì nella mente/cervello durante la fase REM e NREM e analoghi stati attivati del cervello durante il sonno [36]. Un dialogo ulteriore e profondo tra i dati ed i concetti clinici della psicoanalisi e delle neuroscienze cognitive potrà essere fonte di arricchimento reciproco.

La conversazione *sul, nel, col* sogno sembra più importante della sua interpretazione cognitiva; l'atmosfera emotiva del sogno, il linguaggio implicito del set onirico producono altre e nuove emozioni – incoraggiamento o scoraggiamento – più in profondità. La molteplicità e contraddittorietà dei linguaggi e dei discorsi nei sogni e la complessa condensazione di immagini e suoni invita al senso del non-senso: l'ineffabile e l'indicibile si intrecciano nell'atmosfera emotiva del sogno. Il sogno per la sua contiguità alle memorie implicite sembra denso di *momenti di significato* e di *segreta forza motrice*. La ricerca sui sogni accrescerà la conoscenza sui meccanismi d'azione della psicoterapia e della sua principale funzione di incoraggiamento di spiegazione e comprensione [38, 39] del Sé: *insight* ma soprattutto collaudo trasformante di più adattative e creative modalità di dialogo interiore [14] e interpersonale, nell'*incontro* autentico e transmotivante col terapeuta.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., COMBA, E., GRAMAGLIA C., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2007, in Press), *L'uso dei sogni nella cura dell'anoressia nervosa*.
2. ADLER, A. (1936a), On the Interpretations of Dreams, *Int. J. Indiv. Psychol.*, 2: 3-16.
3. ADLER, A. (1936b), Prefazione al diario di V. Nijinsky, in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1981), *Adler e Nijinsky*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., 6.
4. AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., LOUIE, A., BAUMBACHER, G., McGUINNESS, T., SCHIFF, E. Z. (1996), Affect, Attachment, Memory: Contributions Toward Psychobiologic Integration, *Psychiatry*, 59: 213-239.
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. BONIME, W. (1962), *The Clinical Use of Dreams*, tr. it. *L'uso clinico dei sogni*, Boringhieri, Torino 1989.
7. CARTWRIGHT, R. D. (2004), The Role of Sleep in Changing Our Minds: a Psychologist's Discussion of Papers on Memory Reactivation and Consolidation in Sleep, *Learn Mem.*, 11: 660-663.
8. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.
9. COUTTS, R. (2008), Dreams as Modifiers and Tests of Mental Schemas: an Emotional Selection Hypothesis, *Psychol. Rep.*, 102: 561-574.
10. DELANEY, G. (1991), *Breackthrough Dreaming*, Bantam Books, New York.
11. DIEMER, R. A., LOBELL, L. K., VIVINO, B. L., HILL, C. E. (1996). Comparison of

Dream Interpretation, Event Interpretation, and Unstructured Sessions in Brief Therapy, *J. Couns. Psychol.*, 43: 99-112.

12. EISER, A. S. (2005), Physiology and Psychology of Dreams, *Semin. Neurol.*, 25: 97-105.

13. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.

14. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.

15. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 3-34.

16. GABBARD, G. O. (2007), Psychotherapy in Psychiatry, *Int. Rev. Psychiatry*, 19: 5-12.

17. GLUCKSMAN, M. L. (2001), The Dream: a Psychodynamically Informative Instrument, *J. Psychother. Pract. Res.*, 4: 223- 230.

18. GLUCKSMAN, M. L., KRAMER, M. (2004), Using Dreams to Assess Clinical Change During Treatment, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 32: 345-358.

19. GREENBERG, R., KATZ, H., SCHWARTZ, W., PEARLMAN, C. (1992), A Research-Based Reconsideration of the Psychoanalytic Theory of Dreaming, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 40: 531-550.

20. HILL, C. E., DIEMER, R. A., HEATON K. J. (1997), Dream Interpretation Sessions: Who Volunteers, Who Benefits, and What Volunteer Clients View as Most and Least Helpful, *J. Couns. Psychol.*, 44: 53-62.

21. HILL, C. E., ZACK, J. S., WONNEL, T. L., HOFFMAN, M. A., ROCHLEN, A. B., GOLDBERG, J. L., NAKAYAMA, E. E., HEATON, K. J., KELLEY, F. A., EICHE, K., TOMLINSON, M. J., HESS, S. (2000), Structured Brief Therapy with a Focus on Dreams or Loss for Clients with Troubling Dreams and Recent Loss, *J. Couns. Psychol.*, 47: 90-101.

22. HOBSON, J. A., MCCARLEY, R. W. (1977), The Brain as a Dream State Generator: an Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process, *Am. J. Psychiatry*, 134: 1335-1348.

23. HUTTERER, J., LISS, M. J. (2006), Cognitive Development, Memory, Trauma, Treatment: An Integration of Psychoanalytic and Behavioural Concepts in Light of Current Neuroscience Research, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 34: 287-302.

24. JANKELEVICH, V. (1961), *La musique et l'ineffable*, tr. it. *La musica e l'ineffabile*, Bompiani, Milano 1998.

25. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-524.

26. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Cortina, Torino 2007.

27. KRAMER, M. (2002), The Biology of Dream Formation: a Review and Critique, *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 30: 657-71.

28. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain – The Contribution of Functional Neuroimaging. *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.

29. LIPPMANN, P. (2006), The Canary in the Mind: on the Fate of Dreams in Psychoanalysis and Incontemporary Culture, *Am. J. Psychoanal.*, 66: 113-130.

30. MACE, C., BINYON, S. (2006), Teaching Psychodynamic Formulation to Psychiatric Trainees, Part 2: Teaching Methods, *Adv. Psych. Treat.*, 12: 92-99.

31. MANCIA, M. (2006), Implicit Memory and Early Unrepressed Unconscious: Their Role in the Therapeutic Process (How the Neurosciences Can Contribute to Psychoanalysis), *Int. J. Psychoanal.*, 87: 83-103.

32. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa di un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 11-26.
33. PALLER, K. A., VOSS, J. L. (2004), Memory Reactivation and Consolidation During Sleep, *Learn. Mem.*, 11: 664-670.
34. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Cortina, Milano.
35. PESANT, N., ZADRA, A. (2004), Working with Dreams in Therapy: What Do we Know and What Should we Do?, *Clin. Psychol. Rev.*, 24: 489-512.
36. REISER, M. F. (2001), The Dream in Contemporary Psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 158: 351-359.
37. REVONSUO, A. (2000), The Reinterpretation of Dreams: an Evolutionary Hypothesis of the Function of Dreaming, *Behav. Brain Sci.*, 23: 877-901.
38. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
39. ROVERA, G. G. (2008), Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito postmoderno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 64: 129-148.
40. SCARONE, S., MANZONE, M.L., GAMBINI, O., KANTZAS, I., LIMOSANI, I., D'AGOSTINO, A., HOBSON, J. A. (2008), The Dream as a Model for Psychosis: an Experimental Approach Using Bizarreness as a Cognitive Marker, *Schizophr. Bull.*, 34: 515-522.
41. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. Z. Individualpsychologie*, 6: 90-99.
42. SIEGEL, D. J. (1995), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Torino 1999.
43. STAUNTON, H. D. (2001), The Function of Dreaming, *Rev. Neurosci.*, 12: 365-371.
44. WAY, L., (1956). *Alfred Adler: an Introduction to His Psychology*, tr. it. *Introduzione ad Alfred Adler*, Giunti-Barbera, Firenze 1969.
45. WESTEN, D., BARENDT, A., LEIGH, J., MENDEL, M., SILBERT, D. (1994), *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS). Manual for Coding Interview Data, Unpublished Manuscript*, Harvard University, Cambridge, MA.
46. WESTEN, D., GABBARD, G. O. (2002), Developments in Cognitive Neuroscience: II. Implications for Theories of Transference, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 99-134.

Secondo Fassino
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it

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. Indiv.*, 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. Indiv.*, 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*, Imprimerie, 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. Indiv.*, 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* - 3rd 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

Il sogno come comunicazione

GIUSEPPE FERRIGNO

Summary – DREAM AS COMMUNICATION. This article examines the primitive multimedial language of dream by an interdisciplinary approach (neurophysiology, semeiology, linguistics, psychology, anthropology, movie, theater etc.). The article, later, discusses critically the concept of censorship and language; then the Author describes the difference between “dreamed dream” and “narrated dream” where interpretation becomes a relationship between therapist and patient.

Keywords: DREAM, MULTIMEDIAL COMMUNICATION, NEUROSCIENCE-INTERDISCIPLINARY APPROACH

I. *Il sogno in un’ottica di ricerca interdisciplinare*

I vari e multiformi aspetti dell’attività onirica richiedono un approccio di ricerca di tipo interdisciplinare/multidisciplinare che favorisca un incontro fruttuoso fra linguistica, semiologia, sociologia, filosofia, antropologia, fisiologia, neurofisiologia, psicologia, teatro, cinema, poesia, mito: in questo modo il terreno degli studi adleriani sul sogno si potrà arricchire di numerosi semi che, se fertilizzati e coltivati con cura, potranno anche germogliare.

II. *Il sogno dall’antichità ad Alfred Adler*

Cominciamo a varcare la soglia del sogno, che non è altro che un modo particolare dell’essere dell’uomo. «Nell’antichità l’uomo vive in un cosmo a cui nemmeno le sue più intime e segrete decisioni, nella veglia come nei sogni, si sottraggono» (15, p. 78) all’onnipresenza divina: gli accadimenti nel mondo sono prestabiliti e ordinati in un tutto dalla Moira e dagli dei. Presso i Greci il confine fra lo spazio interiore dell’immaginario, lo spazio esterno degli accadimenti e lo spazio attinente al culto scompare in quanto il filo conduttore unificante è sorret-

to dagli dei: il singolo, il Fato e l'essenza divina s'intrecciano all'interno di un unico spazio.

L'antichità classica considera il sogno come un strumento a disposizione degli dei che lo utilizzano per entrare in comunicazione con i mortali attraverso l'induzione nel dormiente di immagini ed emozioni, spesso menzognere, ispirate ad arte, per avvertire, costringere, ingannare, ammonire, favorire o ritardare i disegni del Fato. I sogni, in questo modo, trasmettono agli umani la volontà divina e costituiscono una finestra teleologicamente aperta verso il futuro.

Esiodo nella *Teogonia* dice che i sogni sono figli della Notte, la quale è anche madre della Morte e del Sonno, da cui deriva la parentela fra i demoni del sogno e le anime dei defunti, motivo presente sia in Omero sia in Eschilo sia in Euripide [15]. C'è un forte elemento di negatività in questa parentela e un altrettanto potente profumo di inganno. Una delle personificazioni del *sogno*, Oneiro, compare nel sonno ad Agamennone sotto una falsa sembianza: egli si presenta "come se" fosse Nestore e vuole ingannarlo. I sogni rientrano, quindi, nell'area notturna e la loro interpretazione nell'ordine del culto, l'oracolo, che passa a poco a poco dal dominio della divinità tellurica apparentata alla notte, Gea, al nuovo dio, Febo Apollo.

Di solito i sogni sono raffigurati nell'iconografia come dotati di ali: possono alludere alle ali dei messaggeri degli dèi che portano notizie da un "Oltre" così come possono evocare le ali di chi si dilegua e di chi sfugge con rapidità e frode.

All'epoca in cui era incinta, Ecuba sogna di partorire una "torcia accesa", da cui si propagano orrendi serpenti. Esaco, figlio di Priamo, dotato di facoltà oracolari, rivela, inascoltato, che il *sogno dice* che sarebbe nato un bimbo, lo sciagurato Paride, che avrebbe causato la distruzione di Troia e che, per questo motivo, era da uccidere. Priamo si rifiuta di comprendere il senso profetico del sogno narratogli da Ecuba non dando alcun ascolto al veggente Esaco che interpreta simbolicamente la raccapricciante immagine onirica della "torcia brulicante serpi" come fatale presagio di un evento "esterno" futuro: l'incendio funesto di Troia.

Nell'*Odissea* Penelope sogna che «le sue venti oche del cortile erano state uccise da un'aquila venuta dalla montagna»: le oche sono i Proci e l'aquila sarebbe Ulisse, il suo sposo.

Il sogno di Penelope potrebbe anche non aver bisogno d'interpretazione ed essere persino un "sogno dimenticato", di cui permane, come dice Alfred Adler, riferendosi alla funzione onirica di consolidamento/rafforzamento dello stile di vita, solo la *cenere, mentre la brace continua ad alimentare i comportamenti diurni*

[2]: *Penelope, infatti, per rimandare il matrimonio tesse di giorno la sua tela e di notte la distesse.*

Il sogno di Ecuba invece, sebbene risulti vivido nel ricordo, si mostra incomprensibile e “bizzarro” a tal punto, da richiedere l’intervento di un esperto, di un *interprete*, di un indovino, Esaco. Più avanti nei secoli gli indovini si chiameranno *oniromanti*: uno dei più celebri sarà Artemidoro di Daldi [29, 51], vissuto nel II secolo dopo Cristo.

L’interpretazione corretta di un sogno profetico svela i *piani* divini concedendo agli uomini la possibilità di gettare ponti di collegamento verso un futuro altrimenti *inconoscibile*.

Il sogno di Agamennone, d’altra parte, sottolinea il carattere *ingannatore* di una produzione onirica: gli dèi, sovente, “comunicano” con i mortali attraverso sogni fallaci e menzognieri che al risveglio lasciano dietro di sé una travolgente scia emotiva, generatrice d’azione, funzionale ai propri disegni [2].

III. *Sed sibi quisque facit*

I Greci e i Romani hanno, certamente, una concezione profetica, soprannaturale e finalistica dell’attività onirica fino al fatale crepuscolo della *Weltanschauung* classica resa lampante dallo spregiudicato consigliere di Nerone, Petronio, che anticipa sarcasticamente l’elemento più importante della moderna teoria dei sogni, affermando che non sono le divinità e le potenze divine a inviare i sogni dal cielo, *ma ciascuno se li fa per conto proprio (Sed sibi quisque facit)* (55, CIV). L’era moderna con Petronio si slega definitivamente, in questo modo, dall’antichità classica: «La *hybris* della singolarità, dell’onnipotenza, dell’uguaglianza dell’individuo-uomo agli dei fa sentire la sua voce» (15, p. 83). Si propone, così, il dilemma agostiniano fra ciò che succede *in* noi e ciò che succede *di* noi, fra logica privata e logica comune, fra sogno e veglia. I sostenitori di un soggettivismo radicale tendono a minimizzare la *verità* secondo cui *l’uomo spinge il proprio carro dove gli piace, ma sotto le sue ruote gira inavvertita la sfera che egli percorre* [15].

Arrivati a questo punto, emergono numerosi possibili filoni di ricerca sul sogno la cui complessità richiede inevitabilmente un approccio di tipo interdisciplinare che si concentri sui seguenti punti nodali:

1. il sogno come *comunicazione* riapre il dilemma della dialettica sogno-veglia [27, 28, 29];
2. il sogno come *comunicazione endopsichica* rimette in discussione, ancora una volta, i rapporti da sempre conflittuali fra *analisi del profondo* e *neuroscienze*;

3. il sogno come *inganno* (Adler direbbe come *autoinganno*), la cui *bizzarria* e *ambiguità* richiamano significati simbolici, oscuri, latenti da *interpretare*, ripropone il problema del *lavoro del sogno, della censura onirica e dell'interpretazione* [17, 29];
4. il sogno *sognato ma dimenticato* ci pone di fronte all'interrogativo sulla funzione di un "sogno dimenticato" [17, 29];
5. il sogno *sognato*, oggetto di esperienza unica, irripetibile, soggettiva, multisensoriale, multimediale, successivamente *raccontata* e, di conseguenza, ri-creato nella stanza d'analisi *assieme* al terapeuta attraverso un laborioso lavoro di *ri-teatralizzazione-transcodificazione* [17, 57] dal linguaggio onirico del sogno effettivamente sognato al linguaggio articolato scritto-parlato, apre interessanti opportunità di riflessione sulla *comunicazione intersoggettiva, interindividuale* [60] e *sull'empatia* fra paziente e analista in una dimensione clinico-terapeutica [17, 27, 28 29, 57].

IV. Il sogno come comunicazione: dialettica sogno-veglia

Ma ritorniamo al "quisque" di Petronio, ai sostenitori della pura soggettività del pensiero onirico, che riapre la dialettica *carro-sfera, sogno-veglia, soggettività-comunità, logica privata-logica comune* [15]. Nel sogno le «sue immagini, i suoi sentimenti, i suoi stati d'animo appartengono soltanto a lui, egli vive totalmente nel suo mondo; dire "soltanto a lui" equivale a dire, in termini psicologici, sognare, sia che egli, da un punto di vista fisiologico, sogni o che sia sveglio. Già Eraclito s'era accorto di come ciò rivestisse un'importanza fondamentale per la caratterizzazione della vita psichica [*Seelenleben*] nel sogno e per la sua delimitazione rispetto a quella dello stato di veglia. Egli dice (fr. 89) che "coloro che son desti" (al plurale!) hanno *un* mondo, un mondo comune [...], tra i dormienti invece ciascuno (... al singolare) si volge al proprio (mondo) [...]. I più vivono come se avessero e come se potessero avere un intelletto del tutto personale, un proprio pensiero privato (fr. 92). Ma ciò, sia che avvenga nello stato di veglia o nel sogno, equivale a sognare. A coloro che sognano resta dunque insaputo ciò che fanno da svegli, così come dimenticano ciò che hanno fatto nel sogno (fr. 19). La vera e propria veglia è per Eraclito (negativamente) il risveglio dall'opinione privata (dalla *doxa*), dal punto di vista soggettivo [...]. L'"assennatezza è ciò che diciamo esser svegli". "Se non siamo connessi col tutto sogniamo soltanto"» (15, pp. 84-86).

Agli inizi del '900 la nuova tecnica interpretativa concepita da Sigmund Freud ribadisce ancora il concetto che i sogni [25, 27, 28] servono a comprendere il "soggetto" che sogna, non gli eventi a lui "esterni" o i disegni divini. Il sogno è la proiezione d'un *passato pulsionale rimosso*, che si ripresenta in forma mascherata grazie all'intervento d'una "censura" che, come un filtro, deforma gli incon-

sci desideri inconfessabili, specialmente di natura libidica, rendendoli irricongiungibili, apparentemente bizzarri, ma in realtà dotati di profondi significati. Il lavoro onirico trasforma il *significato latente* del sogno, i pensieri del sogno, in *significato manifesto* attraverso meccanismi difensivi come la raffigurabilità, il simbolismo, lo spostamento e la condensazione.

Alfred Adler in contrasto col determinismo causale freudiano riprende pioniericamente le intuizioni eraclitee sul “divenire” e sul “movimento”, affermando a proposito del sogno: «Noi sogniamo e al mattino dimentichiamo i nostri sogni di cui non resta più niente. Ma è poi vero che non resta proprio niente? Restano i sentimenti che i nostri sogni hanno fatto sorgere. Nulla rimane delle immagini, non ci resta nessuna comprensione del sogno, ma solo le sensazioni che esso lascia dietro di sé. Lo scopo dei sogni dev'essere nelle sensazioni» (7, p. 79).

Per Adler il sogno è una sorta di fabbrica di sentimenti e di emozioni che lascia dietro di sé una scia di sensazioni. In quest'ottica l'“immaginazione onirica” diventa il ponte *soggettivo* che collega passato, presente e futuro, con il compito di allenare il soggetto, anche nello stato di sonno, a vivere *esperienze* sentimentali ed emozionali, i cui resti durante il giorno possano favorire autopoieticamente l'omeostasi interna, la costanza dello stile di vita, l'unità e l'indivisibilità dell'individuo pure in momenti così diversi della sua esistenza: il “sonno con sogno” e la “veglia”.

Ma sono così dissimili la *veglia* e il *sonno con sogno*?

Già il filosofo greco, Eraclito [20], come si è detto prima, scriveva che il sapiente è colui che è *desto*, mentre la massa che segue le apparenze è come se *dormisse*: «la differenza principale fra *veglia* e *sonno* sta in questo, che coloro che son desti posseggono un mondo comune, mentre nel sonno ciascuno si distrae da questo mondo comune e si apparta nel suo proprio» mondo privato (15, p. 107). Chi sogna è solo con se stesso: ciascuno sogna un proprio sogno *privato*: il semplice racconto del proprio sogno ad un *altro da Sé* lo fa quasi svanire. Chi è desto è in rapporto di comunicazione con il mondo e con gli altri; chi sogna è in comunicazione con se stesso sul versante dell'*autós*.

Adler, consapevole del pericolo imminente di una frattura insanabile fra “sonno con sogno” e “veglia”, aggiunge che «Colui che sogna e colui che è desto sono lo stesso individuo e lo scopo dei sogni deve essere applicabile a quest'unica personalità coerente» (7, p. 78). E successivamente Adler aggiunge: «Noi abbiamo a disposizione, nella nostra mente umana, tutti i mezzi utili per elaborare uno stile di vita, per fissarlo e per rafforzarlo; e uno dei mezzi più importanti è la capacità di stimolare i sentimenti. Noi siamo impegnati in questo lavoro ogni notte e ogni giorno, ma di notte la cosa è più evidente» (*Ibid.*, p. 84).

V. Alfred Adler e le neuroscienze

La folgorante teoria adleriana di uno *stile di vita* che si autoconsolida, inducendo emozioni e sentimenti attraverso un *autoinganno onirico*, richiama il concetto di *autopoiesi e di omeostasi*, ribadito recentemente anche da neuroscienziati come Mancia, Scalzone, Zontini, Solms [44, 62, 65]. Le neuroscienze, *solo* in alleanza con la psicologia del profondo, possono arricchire ulteriormente le attuali conoscenze sull'attività onirica che solo negli ultimi decenni ha acquistato, accanto alla "veglia" e al "sonno", la dignità di *stato* reale rivelandosi come fenomeno periodico, non più causale e non necessariamente legato a un conflitto irrisolto, a un turbamento contingente o alla mancanza di coraggio del soggetto ad affrontare il senso comune della vita di ogni giorno.

Quando la temperatura cerebrale si abbassa al di sotto di una certa soglia [36, 40], il cervello, stimolato e programmato da un *generatore endogeno*, diventa cieco e sordo, un cervello che sogna: gli occhi sotto le palpebre chiuse cominciano a muoversi a raffica, sebbene il sognatore sia come paralizzato.

Durante la veglia sono elaborate tutte le informazioni che provengono dal mondo esterno, durante il "sonno con sogni", come scrive Eraclito [20], il nostro cervello si *ripiega* in se stesso, si disconnette, si distrae da questo "mondo comune" e si *apparta* nel "proprio mondo" *dedicandosi* alle informazioni provenienti dall'interno. Il sonno con sogni ci consente di collaudare sistematicamente tutti i circuiti del nostro motore cerebrale "come se" si trattasse di una macchina tenuta nel garage che ha bisogno, per funzionare, di essere accesa periodicamente. Il pensiero onirico, che investe i processi dell'apprendimento, della memoria e della creatività, svolge probabilmente una funzione di manutenzione e di riprogrammazione interna [12, 13].

Durante il *sonno con sogni* i diversi canali sensoriali, attivati simultaneamente da un generatore endogeno, sono investiti da una travolgente ondata di *immagini mentali*, visive, uditive, tattili, cinestesico-vestibolari, olfattive, provenienti da spazi e da tempi diversi, che vengono metabolizzate e riorganizzate dal *Sé creativo* in un canovaccio narrativo grazie alla naturale facoltà linguistico-narratologica della nostra mente-cervello [28, 36].

VI. Il sogno come comunicazione endopsichica

Si apre, a questo punto, il grosso capitolo sul "lavoro onirico" e sui rapporti comparativi fra il linguaggio articolato, da una parte, e, dall'altra, il linguaggio egocentrico dei bambini e dei popoli primitivi, il dialogo interiore, il cinema, il teatro e i linguaggi analogici in genere [24, 26, 27, 28, 29]. Freud paragona il sogno

a un giornale che deve uscire ogni notte in un regime dittatoriale dominato dalla *censura* senza poter dire la verità se non in maniera distorta e mascherata [17]. Oggi possiamo affermare che il sogno sia come un giornale che esce ogni notte e può dire sempre la verità, anche se in forma apparentemente bizzarra, e a volte incomprensibile, per il semplice motivo, già avvalorato da Eraclito, che da *svegli* è indispensabile confrontarsi con la “logica comune” e servirsi del linguaggio articolato, nel *sonno con sogni*, invece, è possibile utilizzare la propria “logica privata” che si esplicita nella forma più spontanea, primitiva, arcaica: «la razionalità è tanto necessaria al nostro pensiero ed alla nostra parola nello stato di veglia, quanto essa diviene superflua nel sogno, simile al fumo di un fuoco, che non fa altro che indicare la direzione da cui viene il vento. Tuttavia il fumo ci conferma l’esistenza del fuoco e l’esperienza ci permette di dedurre la qualità del legno e del combustibile in questione. Nella cenere del sogno persiste uno stato emotivo, che concorda con lo stile di vita» (2, pp. 243-244).

L’intenzionalità camuffante della censura freudiana, secondo Shulman [64], è semplicemente *una grande distanza dalla realtà* e i fenomeni di *raffigurabilità, di spostamento, di condensazione e di simbolizzazione* sono spiegabili attraverso il “distacco” dal “senso comune” implicito nel “sonno con sogni”, che genera un’inconfondibile *comunicazione multisensoriale*.

Lo specifico contesto, in cui si svolge la comunicazione onirica, che comporta l’inconfutabile *coincidenza fra trasmittente e ricevente*, invita a voltare le spalle a quel *mondo comune* a cui allude Eraclito [20]. L’antica attitudine dell’essere umano a “parlare con l’altro” si ripropone durante il “sonno con sogno”, ma sul versante dell’*autós*. Nei “sogni narrati” c’è un sovrabbondante riferimento a immagini mentali visive, sonore, cinestesico-vestibolari. Le impressioni termiche, tattili, olfattive, gustative, dolorifiche sono molto rare, forse perché durante il *sonno REM con sogni* i relativi canali sensoriali non aprono facilmente il loro lucchetto.

Le ricerche di laboratorio [18] dimostrano che anche i ciechi totali fin dalla nascita posseggono immagini mentali, ricordano e sognano a conferma che non bisogna confondere assolutamente le *immagini mentali* con le *immagini visive* [30]. Giunti a questo punto, diventa indispensabile riflettere sull’accezione adleriana di concetti come “comunicazione” e “linguaggio” riferiti all’attività onirica.

VII. La comunicazione onirica

Nel pensiero in genere è contenuto simultaneamente ciò che sul piano del linguaggio articolato si sviluppa in ordine di successione: il pensiero, a differenza della frase, non si compone di singole parole. «Se desidero, perciò, esprimere il pensiero che oggi ho visto un ragazzo con una camicia blu, che correva scalzo per

la strada, io non vedo prima il ragazzo, poi la camicia, poi i piedi scalzi, poi il suo colore blu, poi l'azione del correre, io vedo tutte queste cose insieme, collegate in un unico atto del pensiero» (67, p. 224).

Se il *linguaggio articolato*, che si riferisce a un codice composto da segni convenzionali, astratti e condivisi, è utilizzato per comunicare con gli *altri* nel “mondo comune”, il *linguaggio onirico*, come nel dialogo interiore o nel linguaggio egocentrico del bambino, sembra attingere a un codice cuneiforme, pittografico, ideografico, musicale, intonazionale, figurativo che si qualifica per la presenza di immagini mentali ottico-acustiche, somato-sensoriali, olfattive, termiche, cinestesico-vestibolari.

Il *soggetto dormiente* manifesta la primitiva e mai spenta attitudine a comunicare in forma dialogica con le proprie immagini mentali interne attraverso un linguaggio che si rivolge a *se medesimo*.

Gli stati emozionali ed affettivi si raccontano con maggiore immediatezza attraverso linguaggi non verbali: al “linguaggio onirico” non sono assolutamente applicabili le modalità analitiche ed ermeneutiche del “linguaggio articolato”. Fra i due linguaggi scorgiamo molti contrasti e poche analogie.

Il linguaggio onirico ha diversi punti in comune, invece, con il cinema, il teatro e con quei codici, ormai dimenticati, tipici della “comunicazione per complessi” dei popoli primitivi e dei bambini [27, 28, 29, 67]. Mentre la comunicazione verbale si serve di segni-parole “astratte”, il linguaggio onirico utilizza i colori, le forme, i silenzi, i rumori, le distanze prossemiche, le sensazioni corporee cinestesico-vestibolari legate a emozioni e a sentimenti.

Occorrerebbe approfondire alcuni studi molto stimolanti, come dice Fassino [21], sulle *relazioni endopsichiche* e in particolare sul *dialogo interiore*. Quando sogniamo, infatti, comunichiamo con “noi stessi”, come nel linguaggio interiore, attraverso omissioni ellittiche, frantumazioni sintattiche, contrazioni, agglutinazioni di “più” parole condensate in “una” composta.

Il sogno, in ogni caso, è una comunicazione rivolta a “se medesimi”, e quindi ellittica, asintattica, atemporale, condensata, incomprensibile agli *altri*, non certo al *dormiente*.

VIII. *Il sogno raccontato come comunicazione intersoggettiva, interindividuale*

I sogni di cui si occupano i terapeuti sono i sogni raccontati dai pazienti. Un sogno può essere vissuto come esperienza unica e irripetibile durante il sonno,

successivamente, al risveglio, può anche essere scritto, tradotto in parole o dimenticato. Il fatto successivo al sognare un sogno è il poterlo raccontare a “qualcuno” il che trasforma l’“esperienza interiore” del sognare in qualcosa di “intersoggettivo”, “interindividuale” [60]. Il sogno viene raccontato-ri-teatralizzato all’interno del *setting* divenendo proprietà comune della coppia terapeutica [17, 29, 57].

- Ci sono sogni raccontati, quasi sussurrati con cautela alla fine di una seduta;
- ci sono sogni raccontati, quando analista e paziente possono guardarsi finalmente negli occhi con familiarità senza più combattere infinite scaramucce interattive;
- ci sono sogni raccontati “magici” attraverso cui si crea un flusso biunivoco, uno scambio emozionale che implica una condivisione empatica;
- ci sono sogni raccontati al terapeuta che, come è consuetudine presso alcune primitive popolazioni della Polinesia, al mattino, socializzano le loro produzioni oniriche al gruppo, esattamente come alcune coppie di sposi che al risveglio iniziano la giornata regalandosi i reciproci sogni notturni: il sogno diventa il dono della parte più segreta del Sé, uno scambio comunicativo di emozioni;
- ci sono sogni raccontati che dischiudono la porta invalicabile della *logica privata* del paziente con i suoi simboli personali, che possono essere mutuati, accolti e assunti nel “codice comune” costruito dalla *coppia terapeutica*;
- ci sono sogni raccontati “profetici” che il paziente scaraventa lungo il sentiero terapeutico come frane, come vere e proprie profezie di possibili *drop-out*, che devono essere accolti e decodificati nelle loro cifre simboliche come indice del dialogo presente, come termometro del campo relazionale in atto in riferimento alla seduta in corso o a quelle precedenti;
- ci sono sogni raccontati che devono essere acciuffati dal terapeuta con delicatezza e circospezione, quasi al volo, come se si trattasse di un preziosissimo vaso di porcellana;
- ci sono sogni raccontati che il terapeuta deve “maneggiare” con gentilezza, rispetto e umiltà perché trasudano ancora del sangue caldo delle ferite del paziente;
- ci sono sogni raccontati “usati” dal paziente come sfida al servizio della resistenza, per mettere alla prova la capacità divinatoria del terapeuta («Dottore, non mi dice niente su questo sogno?»; «Oggi, le ho portato tre sogni su cui lavorare»);
- ci sono sogni raccontati “scheletrici”, in cui il paziente chiede quasi scusa: «Scusi dottore, più di questo non riesco a fare. Non sono bravo!»;
- ci sono sogni raccontati “lunghissimi e interminabili”, della serie «Guardi dottore come sono bravo!»;

- ci sono sogni raccontati che rappresentano autentiche opere d'arte, che sanno raccontare i sentimenti e le emozioni, dimenticando le parole e servendosi delle immagini mentali che portano il segno delle antiche impressioni infantili, ormai cristallizzate. È possibile che il terapeuta utilizzi codesti simboli per *capire e farsi capire* e quindi comunicare incoraggiando soprattutto nei momenti in cui diventa necessario smascherare, senza essere lesivi, le finzioni rafforzate del paziente;
- ci sono sogni, infine, non raccontati o raccontati, sognati dallo stesso terapeuta sul paziente. Ma questa è un'altra storia...

Il sogno raccontato, in tutti i casi, è un "altro" sogno rispetto al *sogno sognato*: il racconto di un sogno rimette le mani nel sogno "originario", che viene quindi risognato da "svegli" insieme al terapeuta che entra in esso e il sogno entra in lui. I terapeuti spesso rimangono indifferenti, a volte si lasciano trasportare dal loro potere evocativo ad associare, a ricordare, a reagire emotivamente, a volte concordando, a volte dissentendo, a volte immedesimandosi completamente con gli interlocutori onirici del paziente, con le maschere sempre diverse dei vari personaggi da lui messi in scena.

IX. *Raccontare un sogno è un tradire il sogno*

Il sogno sognato è un'esperienza soggettiva multisensoriale in cui tutto è *verità assoluta* e convinzione allucinatoria: solo il risveglio consente di uscire dalla *scena del sogno* per entrare nella *scena del mondo, della vita*. In tale passaggio nasce la consapevolezza della natura funzionale del sogno di cui il sognatore è autore, sceneggiatore, attore a volte, e regista.

La sceneggiatura racconta l'ambiente, il luogo, i luoghi che possono presentarsi, come nel teatro moderno, anche simultaneamente. Il tempo del sogno è, come al cinema, un tempo solo presente. Il paziente psicotico spesso fatica a ricordare i propri sogni e a distinguerli dalle affabulazioni della veglia perché egli è sempre "dentro" qualche sogno, come scrive Eraclito [15, 20]. Il pensiero onirico è qualitativamente e strutturalmente diverso dal pensiero della veglia: lo psicotico riuscirà a transcodificare la sua esperienza onirica multimediale-multisensoriale nel linguaggio articolato scritto-parlato astratto, soltanto quando "potrà" risvegliarsi dal proprio *mondo privato per entrare nel mondo comune della vita relazionale* [17, 29, 57].

All'interno del *setting* l'esperienza onirica si trasfigura nei canoni espressivi caratterizzanti la veglia: il pensiero multisensoriale onirico è depotenziato proprio dall'uso della parola. Raccontare un sogno significa tradirlo. Quando si racconta un sogno di "ieri" si è già inserita fra "ieri" e "oggi" un'esperienza di

metamorfosi simbolica trasformativa spazio-temporale che porta a modificare inevitabilmente il sogno originario [17, 29]. Il sognatore da *sveglio* rivive nella dimensione del ricordo l'esperienza onirica di "ieri" nello spazio noi-centrico intersoggettivo transferale-controtransferale della stanza d'analisi e riorganizza insieme al terapeuta una nuova versione del sogno, quella della "coppia creativa terapeutica".

X. L'interpretazione dei sogni è un'esperienza relazionale

L'interpretazione dei sogni è un'esperienza relazionale, una ricerca a due nel passato, nel presente e nel futuro del sognatore in cui è coinvolto anche il terapeuta che può persino sognare il paziente. Il modo in cui il paziente racconta selettivamente il sogno sognato, il modo in cui il terapeuta lo accoglie influiscono sul racconto stesso e sulla direzione che prenderà l'interpretazione. Anche la prassi seguita nella raccolta del materiale ha una valenza interpretativa [17, 29].

Raccontare un sogno è un modo di rivelarsi, di scoprirsi, di aprirsi all'altro, di presentificare finzionalmente in un "altro luogo" e in un "altro tempo" un vissuto già sperimentato "altrove". Interpretare un sogno vuol dire per l'analista entrare in una nuova avventura, introdurre una nuova variante: l'interpretazione agisce sul racconto come il racconto agisce sull'interlocutore. Ancora una volta la funzione comunicativa del sogno si manifesta proprio attraverso il bisogno di raccontarlo, di esteriorizzarlo, di dividerlo con qualcuno [17, 29, 57].

Si può raccontare un sogno per comprenderlo meglio, ma anche per sbarazzarsene: i sogni evacuativi. In alcune regioni italiane quando si fa un brutto sogno lo si ripete sette volte a sette persone diverse in quanto il numero sette è considerato magico nella cabala e in varie religioni.

La lettura-interpretazione di un sogno non può prescindere dalla relazione che si stabilisce tra chi narra e chi ascolta il sogno: tra colui che narra e colui che ascolta si sviluppa un flusso biunivoco di dinamismi transferali/controltransferali e il sogno diventa strumento di monitoraggio della relazione terapeutica stessa la quale sovente ha cooperato a produrre il sogno medesimo [17, 29].

Analista e paziente, quando la relazione terapeutica lo consente, possono lavorare "col" sogno e attraverso il sogno possono recuperare configurazioni e sviluppi della realtà onirica coniugando costantemente intrapsichico e intersoggettivo.

Se si lavora attraverso il sogno, baipassando il sentiero dell'oro psicoanalitico dell'interpretazione, possiamo riaccompagnare il paziente nel luogo della dimensionalità, dell'incompreso, ma anche del dialogo, del *capire e del farsi capire* [25],

del condividere, del farsi carico di pensieri, emozioni e sentimenti dell'altro allargando la sfera della propria esperienza privata. Mettere le mani in un sogno complesso e bizzarro, di cui abbiamo capito pochissimo, può comportare il fatto che si incominci a parlarne ad alta voce insieme al paziente, a volte realizzando sviluppi imprevisi e imprevedibili sia in noi sia in lui ... e può accadere, come si suol dire, che da cosa possa nascere cosa, proprio nel *campo mentale noi-centrico condiviso dal paziente e dal terapeuta*: quando meno ce lo aspettiamo, come fra la neve fanno capolino inattesi e risplendenti bucaneeve, possono germogliare nel *setting analitico, luogo sacro, magico, unico e irripetibile, momenti magici d'insperati e incoraggianti percorsi analitici*.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ADLER, A. (1923), *Fortschritte der Individualpsychologie*, tr. it. *Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37, 1995: 11-24.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
5. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1979.
6. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwereerziehbaren Schulkinde*s, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1976.
7. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cos'è la Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1976.
8. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
9. AGAZZI, E. (1979), Analogicità del concetto di scienza. Il problema del rigore e dell'oggettività nelle scienze umane, in POSSENTI, U. (a cura di), *Epistemologia e scienze umane*, Massimo, Milano.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
11. ARTAUD, A. (1964), *Le Théâtre et son double*, tr. it. *Il teatro e il suo doppio*, Einaudi, Torino 1968.
12. BERTINI, M. (1991), È solo un sogno (intervista di Luciana Sica), *La Repubblica*, Roma 2.1991.
13. BERTINI, M. (1992), Presentazione, in HOBSON, J. A. (1988), *The Dreaming Brain*, tr. it. *La macchina dei sogni*, Giunti, Firenze.

14. BETTETINI, G. (1968), *Cinema: lingua e scrittura*, Bompiani, Milano.
15. BINSWANGER L. (1947), *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, tr. it. *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1970.
16. BION, W. R. (1962), *Learning from Experience*, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.
17. BOLOGNINI, S. (a cura di, 2000), *Il sogno cento anni dopo*, Bollati Boringhieri, Torino.
18. CORNOLDI, C. (1986), *Apprendimento e memoria nell'uomo*, Utet, Torino.
19. EDELMAN, G. M. (1993), *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano.
20. ERACLITO (IV-V sec a. C.), *I frammenti e le testimonianze*, a cura di C. Diano e G. Serra, Mondadori, Milano 1980.
21. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
22. FERRERO, A. (1990), Riflessioni sul sogno: le tentazioni della ragione e le tentazioni delle finzioni, *Ind. Psychol. Doss. II*: 101-128.
23. FERRERO, A. (1995) *Insula dulcamara*, CSE, Torino.
24. FERRIGNO, G. (1993), Il maschile e il femminile nel linguaggio onirico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 34: 77-87.
25. FERRIGNO, G. (1994), Interdisciplinarietà, linguaggi alternativi e comunicazione come incoraggiamento nella Scuola Media dell'obbligo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 17-36.
26. FERRIGNO, G. (1995), La costellazione familiare nel sogno, *Atti V Congr. Naz. SIPI, "L'individuo e la costellazione familiare"*, Stresa.
27. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
28. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 3-34.
29. FERRIGNO, G. (2007), Il lavoro "del" sogno, il lavoro "sul" sogno, il lavoro "col" sogno: dal "sogno sognato" al "sogno raccontato", *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 3-7.
30. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (1995), "L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita", *VI Congr. Naz. SIPI, "La memoria e il tempo"*, Massa.
31. FOSSI, G. (1995), *I sogni e le teorie psicomodinamiche*, Bollati Boringhieri, Torino.
32. FREUD, S. (1895), Entwurf einer Psychologie, in BONAPARTE, M., FREUD, A., KRIS, E. (a cura di), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*, tr. it. *Progetto di una psicologia, Opere complete di Sigmund Freud*, Boringhieri, Torino 1966-1980.
33. FREUD, S. (1900), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Newton Compton, Roma 1980.
34. FREUD, S. (1908), Der Dichter und das Phantasieren, tr. it. Il poeta e la fantasia, in MUSATTI, C. L. (a cura di, 1959), *Freud con antologia freudiana*, Boringhieri, Torino.
35. FROMM, E. (1957), *The Forgotten Language*, Grove, New York.
36. HOBSON, J. A. (1988), *The Dreaming Brain*, tr. it. *La macchina dei sogni*, Giunti, Firenze 1992.
37. KANDELL, E. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *American J. Psychiatry*, 156: 505-524.
38. KERNBERG, O. (1992), *Aggression in Personality Disorders and Perversions*, tr. it. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Cortina, Milano 1995.
39. JOUVET, M. (1969), Biogenic Amines and the States of Sleep, *Science*, 163: 32- 41.

40. JOUVET, M. (1991), *I paradossi della notte. Sonno, veglia, sogno*, Fidia Laboratori di Ricerca, Padova.
41. LONGHIN, L., MANCIA, M. (a cura di, 1998), *Temi e problemi in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
42. LONGORD, S. (1995), La rivoluzione copernicana di Alfred Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 11-28.
43. MAIULLARI, F. (1978), *Simbolo e sogno nell'età evolutiva*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., 2, Milano.
44. MANCIA, M. (2000), Psicoanalisi e neuroscienze: un dibattito attuale sul sogno, in BOLOGNINI, S. (a cura di), *Il sogno cent'anni dopo*, Bollati Boringhieri, Torino.
45. MASCETTI, A. (1992), "Intervento preordinato", *Riv. Psicol. Indiv.*, 32: 20-21.
46. MATURANA, H. R., VARELA, F. J. (1980), *Autopoiesis and Cognition. The Realizing of the Living*, tr. it. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Marsilio, Venezia 1985.
47. MCLUHAN, M. (1964), *Understanding Media*, tr. it. *Gli strumenti del comunicare*, Il Saggiatore, Milano 1967.
48. MELCHIORRE, V. (1972), *L'immaginazione simbolica*, Il Mulino, Bologna.
49. MORRIS, C. (1946), *Sign, Language and Behaviour*, tr. it. *Segni, linguaggio e comportamento*, Longanesi, Milano 1949.
50. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa di un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 11-26.
51. PAGANI, P. L. (2007), Il sogno come esperienza soggettiva dall'alba della civiltà ai giorni nostri, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 9-16.
52. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
53. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler*, Laterza, Bari.
54. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
55. PETRONIO ARBITRO (I sec. d. C.), *Satyricon*, Bianchi-Giovini, Milano 1943.
56. PIAGET, J. (1945), *La formation du symbol chez l'enfant*, tr. it. *La formazione del simbolo nel bambino*, La Nuova Italia, Firenze 1972.
57. RESNIK, S. (1982), *Theatre of Dream*, tr. it. *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
58. RICCI BITTI, P. E., ZANI, B. (1983), *La comunicazione come processo sociale*, Il Mulino, Bologna.
59. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, *Ind. Psychol. Doss.* II: 61-75.
60. ROVERA, G. G. (in press), *Volontà di comprensione. La Psicologia Individuale Comparata fra teorie della mente, Neuroscienze e Pluralità culturali*, CSE, Torino.
61. SAPIR, E. (1925), *Language. An Introduction to the Study of Speech*, tr. it. *Il linguaggio*, Einaudi, Torino 1971.
62. SCALZONE, F., ZONTINI, G. (2000), Il sogno fra psicoanalisi e neuroscienza, in BOLOGNINI, S. (a cura di), *Il sogno cent'anni dopo*, Bollati Boringhieri, Torino.
63. SEGANTI, A. (1995), *La memoria sensoriale delle relazioni. Ipotesi verificabili di psicoterapia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino.
64. SHULMAN, B. H. (1973), An Adlerian Theory of Dreams, in *Contribution to Individual Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
65. SOLMS, M. (1977), Preliminari per un'integrazione tra psicoanalisi e neuroscienza, *Psiche*, 2: 39-63.

66. TITONE, R. (1977), *Dallo strutturalismo alla interdisciplinarietà*, Armando, Roma.
67. VYGOTSKIJ, L. S. (1934), *Thought and Speech*, tr. it. *Pensiero e linguaggio*, Giunti, Firenze 1966.
68. WAY, L. (1956), *Alfred Adler: an Introduction to His Psychology*, tr. it. *Introduzione ad Alfred Adler*, Giunti Barbèra, Firenze 1969.
69. WERNER, H., KAPLAN, B. (1963), *Symbol Formation: an Organismic Developmental Approach to Language and Expression of Thought*, Wile, New York.
70. WINSON, J. B. (1985), *Brain and Psyche: the Biology of Unconscious*, Anchor, Garden City.

Giuseppe Ferrigno
Via della Marna, 3
I-20161 Milano
E-mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

Il sogno nell'analisi adleriana

LINO GRAZIANO GRANDI

Summary – THE DREAM IN THE ADLERIAN ANALYSIS. Freud is convinced that the dreams are a way to make wishes to come true. But these aspect is a limitation, and so the author proposes to overcome it. For example, we can consider the phenomenon of hallucination as a part connected with the dream's structure. While interpreting dreams with the individual psychology method one must take in account the sense of reality. Then the discussion evolves with Freud's idea that oneiric hallucination comes from regression. The dream is also compared to a neurotic symptom. It is furthermore presumed that the dream is a camouflaged dramatization of unconscious conflicts with traumatic aspects, and their unrealistic resolutions. Finally, we must not forget the presence of influences coming from our daily lives.

Keywords: ACCOMPLISHMENT, FINCTION, COMPLEXITY

«Irma è un'amica di Freud, sofferente per una lesione all'interno della bocca. Si tratta di una infezione, e un esito è la dissenteria. La causa è una iniezione sbagliata che Otto, un amico di Freud, le ha fatto, usando fra l'altro una siringa sporca». Si è qui descritto un sogno, assai noto in letteratura come “il sogno dell'iniezione di Irma”.

Va detto che la donna era stata analizzata da Freud, ma il trattamento non aveva soddisfatto né la paziente né il Maestro. Inoltre Freud aveva la percezione d'essere rimproverato dall'amico Otto, ed avvertiva un vissuto psicologico conflittuale. Se da un lato avvertiamo il sogno percorso da un sentimento doloroso, dall'altro – se si considera il contenuto manifesto – si deve constatare che il sogno si è assunto il compito di deresponsabilizzare. La rappresentazione onirica ci propone uno spostamento: i perduranti malesseri di Irma non sono da ricondurre a un'analisi poco efficace, bensì da addebitare all'amico che li ha provocati.

Nel sogno Freud si assolve, mentendo a se stesso; la narrazione onirica individua il responsabile delle sofferenze di Irma nella figura di Otto: si assiste a uno stra-

volgimento della realtà, presentata non quale essa è, bensì quale si vorrebbe che fosse. La suddetta lettura operata da Freud sembra finalizzata alla conferma del suo convincimento: il sogno è un'esaudimento dei desideri; allorché si perviene a una interpretazione esaustiva di un sogno, si acquisisce che il sogno stesso ha quale obiettivo implicito l'esaudire un desiderio.

In psicanalisi si è così operato, per lungo tempo, convinti del seguente dettato: "il sogno è un tentativo di'esaudimento mascherato di un desiderio rimosso". Sicuramente si è trattato di un'importante intuizione del Padre della Psicoanalisi; la ricerca scientifica sul lavoro onirico ci ha però portati a considerare il suddetto assunto come essenzialmente inadeguato.

Si adducono alcune motivazioni e riflessioni:

qualsiasi fenomeno patologico, non soltanto psichico bensì anche somatico, può essere considerato un tentativo di'esaudimento mascherato di un desiderio rimosso. Il fenomeno dell'allucinazione, non viene considerato né tanto meno spiegato. Si tratta invece di un aspetto formale molto appariscente del sogno. Non appare svelata (e forse non lo è tutt'ora) l'intima struttura del sogno.

Si debbono comprendere le variabili meritevoli di studio, quali la complessità dello psicologismo umano, con annessa la dialettica intra ed etero psichica, le situazioni esistenti nella realtà interna, il vissuto autogeneratosi per interferenze esterne, la gestione dei traumatismi, ecc...; si potrà così considerare che i sogni, le nevrosi e le psicosi non sono'esaudimenti di desideri, quanto piuttosto un penoso e fallito tentativo di superare le frustrazioni ed i traumi (più o meno percepiti a livello cosciente).

Dal punto di vista della fenomenologia, ciò che delimita il sogno come processo psicopatologico, è il fatto di essere un'allucinazione che avviene durante il sonno. D'altronde è opinione corrente che *la caratteristica essenziale del lavoro onirico è la trasformazione dei pensieri in una esperienza allucinatoria.*

Il fenomeno "sogno" è quindi un'allucinazione durante il sonno, caratteristica questa ad esempio ancora più evidente della conversione corporea nell'isteria o dello spostamento verso l'insignificante nella nevrosi ossessiva.

Si è pensato, per lungo tempo, che l'allucinazione onirica potesse dipendere da una regressione del pensiero alla percezione, il che sarebbe provocato dall'immobilità motoria del dormiente ed impedirebbe la progressione verso l'atto. Si è anche pensato che l'allucinazione dipendesse da una sospensione energetica dello psichismo conscio nel corso del sonno. La Psicologia Individuale richiama il *principio di realtà*, laddove l'Io può distinguere se una percezione psichica è di origine immediata esterna o spontanea interna. Ad esempio, bisogna saper distinguere

tra la percezione che si ha del proprio partner quando lo si vede realmente e che è di origine esterna e la percezione dello stesso quando si recupera il ricordo. Il funzionamento del giudizio di realtà è basato sul fatto che l'Io considera esterno ciò che può essere evitato (un incontro indesiderato) ed interno ciò a cui non può sottrarsi (il sentimento che si affaccia improvviso, un oggetto interno che implode).

È un errore del giudizio di realtà a rendere il sogno una allucinazione. Non dipende da un meccanismo di proiezione mediante il quale colui che sogna colloca all'esterno gli eventi fantastici. Questo fenomeno avviene nello stato di veglia. Il partner viene figurato sempre all'esterno, sia se realmente visto nella realtà, sia se ricordato e/o immaginato. In entrambi i casi, l'individuo lo immagina fuori di sé, senza che per ciò cada nell'allucinazione.

Abbiamo constatato, nel lavoro analitico, che le difese dell'Io sono più efficaci contro la percezione di ciò che è spontaneamente interno che contro gli stimoli provenienti direttamente dal mondo esterno. Ciò che è di origine esterna immediata è più pregnante, più ostico da rifiutare, più dipendente dal principio di realtà. Nell'individuo addormentato l'organizzazione delle finzioni è più libera nei riguardi dei contenuti che sorgono spontaneamente nel suo psichismo. Le finzioni vengono pertanto considerate più vere.

Colui che sogna è una persona molto spaventata di fronte a contenuti penosi precedentemente rimossi, e che non può mantenere rimossi per il fatto di essere addormentata; non può altresì difendersi adeguatamente (se non in misura parziale e spesso non efficace) dall'invasione degli stessi nel territorio del suo psichismo. Nel suo fondo psichico qualsiasi sogno, anche quello ricordato come piacevole, è forse un incubo penoso; e ciò perché l'indole dei contenuti che provocano il sognare è angosciosa.

Questo ci permetterebbe di capire il perché colui che sogna, come accade a qualsiasi persona spaventata, prende per reale ciò che lo spaventa. Il soggetto che sogna si presuppone che veda inconsciamente l'immagine drammatica dei suoi conflitti angosciosi, senza poterla fuggire a meno che non si svegli. Tale immagine, che non si può evitare, si trasforma in lui in un'immagine allucinatoria. Ciò contrasta con l'opinione di Freud che pensa che l'allucinazione onirica abbia origine nella regressione ad un primitivo esaudimento allucinatorio dei desideri.

Poiché è nel sonno, l'individuo è incapace di difendersi da ciò che ha precedentemente rimosso; sognando, procede in modo maniacale, e opera come se l'unica cosa che può fare è ingannare se stesso. Infatti, il sognatore può solo cercare di mascherare con modalità, le più varie, tutto ciò che per il fatto di essere addormentato ha tralasciato di rimuovere. Il mascheramento è finalizza-

to al ridurre l'intensità dell'angoscia. Avviene così che il contenuto genetico angoscioso dei sogni giunge a convertirsi anche in qualcosa di apertamente piacevole. Nasce forse da qui il convincimento freudiano "esaudimento di desideri", anche se poi, nel suddetto esaudimento, è stato incluso ogni tipo di desideri, anche quelli spiacevoli.

Ciò che compare mascherato nel contenuto manifesto dei sogni costituisce una parte importante del *modo di essere più profondo* dell'individuo, di ciò che si potrebbe chiamare la *verità interna*, quella che determina sostanzialmente i suoi comportamenti.

Quando sognamo, quando cioè abbiamo un'allucinazione durante il sonno, crediamo che il sogno sia una realtà, crediamo cioè che sia vero ciò che accade nei sogni. Non si tratta pertanto di fantasie futili, bensì di aspetti profondi che connotano la verità interna dell'individuo. Ed è qui l'assunzione di un carattere di verità. Considerandole vere, l'individuo che sogna reagisce con maggior comprensione psicologica che non quando si sveglia e rifiuta il suo sogno anziché indagarlo profondamente.

Per una comprensione psicologica è opportuno equiparare il sogno al sintomo nevrotico nel suo significato più ampio. Ciò spiega l'osservazione di Freud che "il sogno è la psicosi allucinatoria dell'individuo normale": non conseguenza di desideri che cercano il loro esaudimento, bensì conseguenza di conflitti psichici.

È caratteristica del sogno, come di qualsiasi altro sintomo nevrotico, il fatto che l'Io si senta incapace di operare fra le alleanze e gli scontri tra i diversi contenuti che si agitano nelle diverse istanze dello psicologismo. Anziché soluzioni convenienti, vengono così attuate scelte fittizie, molte volte di tipo infantile. Ne deriva spesso "un tentativo penoso e fallito". Non siamo di fronte alla risoluzione dei conflitti; osserviamo invece che sussistono contenuti più distruttivi, ben celati dietro i contenuti dei sogni o del sintomo nevrotico.

Esemplificando: si è ipotizzato che una perversione omosessuale sia un'elaborazione di angosce psicotiche, che la circoncisione rituale sia un'elaborazione del complesso di castrazione secondo il meccanismo del "pars pro toto", che il padre che picchia il figlio stia elaborando la sua aggressività verso di lui, dal momento che si limita a fargli del male invece di ucciderlo. Si tratta, come ben si vede, di soluzioni fittizie.

Riprendiamo il sogno dell'iniezione di Irma. Freud si difende da autorimproveri e supposti rimproveri altrui (Otto), con la tecnica infantile di chi rinfaccia gli stessi rimproveri all'altro. Soluzioni fittizie compaiono spesso analizzando i sogni. Consideriamo ora due sogni presentati sempre da Freud.

Nel Frammento di un'analisi di isteria, in sogno Dora cerca di fuggire dalla tentazione amorosa di un prossimo incontro con K o con Freud. Si rifugia pertanto in suo padre, da lei molto cercato quando era piccola. Dora immagina allucinatoriamente che suo padre stia vicino a lei, accanto al suo letto, come era solito fare durante la sua infanzia, anche per prevenire la tendenza della piccola all'enuresi (per gli psicanalisti si tratta di un'azione che costituisce il precedente infantile dell'inumidirsi vaginalmente in un'eccitazione amorosa). Si tratterebbe di un comportamento giudizioso se il padre di Dora non fosse uomo psichicamente malato per cui il rifugiarsi in lui è da considerarsi condotta infantile, non costituisce miglioramento, bensì un ritorno di ciò che è stato rimosso, specifico questo delle soluzioni fittizie. Distanziarsi dall'uomo desiderato e tornare al padre è (nel caso considerato) fuga dalla vita e rifugio nella malattia.

Si consideri ora un altro classico, l'Uomo dei Lupi. In un sogno fatto a 4 anni, allucina dei lupi con le code lunghe. L'interpretazione conduce al timore del bimbo di essere castrato, a causa dell'inconfessato timore per i propri desideri omosessuali verso il padre. Vive un insanabile conflitto e la soluzione fittizia sta proprio nelle lunghe code, fittizia conferma che non esistono esseri castrati. Però non funziona e non a caso il bimbo si sveglia atterrito, respinge il suo sogno e rimuove in modo poco adeguato ciò che lo angoscia.

Osserviamo che ogni sogno ha due componenti diverse: da un lato si considera un ineluttabile conflitto e ciò ci rimanda ad una situazione traumatica. Dall'altro si osserva la soluzione fittizia, che tale è perché solo in apparenza allevia le tensioni psichiche. Le due componenti si mischiano fra di loro, ed una di esse non può essere rappresentata nel contenuto manifesto. Cos'è pertanto il sogno? *È una drammatizzazione mascherata di conflitti inconsci, traumatici e delle loro soluzioni fittizie.*

Interpretando il sogno si possono così effettuare due scoperte: quella del conflitto latente, il più importante, e quella delle modalità nevrotiche della soluzione fittizia organizzata. Una definizione più completa: *i sogni sono allucinazioni avute durante il sonno, nelle quali sono drammatizzati con modalità regressive, spesso arcaiche, contenuti psichici precedentemente rimossi. Sono a valenza traumatica per l'Io addormentato, poiché l'Io – non essendo in stato di veglia – non li può né allontanare né controllare. Si propongono come se stessero accadendo nella realtà fenomenica. L'Io poi cerca di mascherare – in alcuni casi configura anche aspetti piacevoli – prima di permettere il passaggio alla coscienza.*

Si consideri ora un sogno tratto dalla letteratura: sappiamo che i grandi artisti possiedono pregnanti intuizioni psicologiche. Don Segundo Sombra, noto romanzo di Guiraldes, si prende cura del giovane protagonista, suo figlioccio, cui si è spez-

zata la clavicola e lussata una spalla a seguito di una caduta da cavallo. Il giovane soffre, nonostante la stretta fasciatura o, forse proprio perché troppo stretta, non riesce a respirare bene, quindi si sente anche male. Si sente soffocare e sogna «mi mettevano in una buca, come un palo di quebracho (legno duro incorruttibile all'acqua) e pressavano la terra facendomi scricchiolare le costole e mozzandomi il respiro».

Il sogno ha, quale stimolo, la situazione di conflitto, poiché il ragazzo non può togliersi la fasciatura (oppressione dettata dal sostituto paterno), né può liberarsi dall'angoscia che lo pervade (oppressione dettata dallo stato d'animo). Si osservi il mascheramento: un simbolismo su un gioco di parole trasforma l'osso lungo, spezzato, in un palo di *quebracho* (spezzato si dice in lingua spagnola *quebrado*). L'oppressione della benda ed il timore di essere sepolto si manifestano nel sogno sotto forma di un palo ficcato, come in una tomba, nella terra pressata contro di lui. Le immagini visive di questo sogno mascherano il conflitto genetico e lo drammatizzano. Manca la soluzione fittizia che è, invece, quella che si manifesta nei sogni di tipo piacevole.

I sogni si originano da conflitti importanti, sgradevoli, ai quali non si può sfuggire né dare loro una soluzione. Probabilmente ad un livello psichico profondo tutti i sogni sono degli incubi. L'origine del sogno è da connettersi ai conflitti inconsci che vedono in contrasto esigenze istintuali e spesso primordiali con le istanze superegoiche e con quelle connesse alle esigenze ambientali, agli stimoli ed alle provocazioni del mondo esterno. L'io non riesce a gestire quest'insieme di forze; si originano – come conseguenza – situazioni traumatiche. Si tratta di situazioni che producono eccitazioni psichiche che pervadono l'individuo e lo imprigionano: ne consegue una impossibilità ad elaborarle in modo normale. Va detto che non è questione di quantità quanto di qualità ciò che ostacola una corretta elaborazione; se ad esempio riconsideriamo il sogno del figlioccio di Don Segundo, vediamo che è l'immagine del sostituto paterno ad opprimere, è l'immagine introiettata che non gli permette di liberarsi dalla stretta fasciatura. Ne consegue un atteggiamento di sottomissione: le tendenze vitali si riducono e si accentuano le tendenze di morte, quelle che lo fanno sognare. Bisogna infatti considerare il tipo di relazioni del paziente, qualunque sia il contenuto istintuale, anch'esso significativo, ma che può rappresentarsi solo se inserito in un campo di forze, quello cioè dei valori e/o delle immagini che hanno per noi pregnante valenza e significato.

L'interpretazione del sogno durante il trattamento analitico porta alla coscienza il contenuto del conflitto traumatico e permette all'individuo di affrontarlo in modo più adeguato. La situazione del conflitto inconscio che genera il sogno si scatena, di solito, a partire da un conflitto attuale; si avverte la presenza di “residui diurni” che si rappresentano nel sogno manifesto: spesso sono dettagli

insignificanti derivati dal giorno precedente. Conflitto attuale e residui diurni acquistano importanza poiché consentono l'espressione di vecchi conflitti che generano turbativa.

Nel sogno di Dora, il suo conflitto attuale è la relazione con K e poi con Freud; nella fantasia di Dora si avvertono complicate relazioni amorose che riattivano i timori nevrotici di fronte alla gravidanza, alle mestruazioni, alla leucorrea e all'e- nuresi. Questi conflitti inconsci creano il conflitto attuale, che a sua volta riattiva gli altri.

Dove quindi le difficoltà? Vi è una sovrapposizione dei diversi conflitti attuali, passati, infantili ed ereditari che, *condensati*, si drammatizzano nel sogno attraverso i dettagli dei residui diurni. Vi è poi la questione del *simbolismo* – aspetto questo da discutere – e che non è rigido come lascia intendere Freud. Bisogna comunque tener presente che i contenuti simbolici non si possono spiegare con le sole esperienze individuali di chi sogna. Bisogna qui ricollegarci alle esperienze di Jung e comunque al fatto che chi sogna dispone di modalità personalissime di espressione, delle quali non conosce nulla a livello conscio.

Si constataano sogni con simboli ignoti al patrimonio culturale del sognatore. Bisogna forse ammettere la trasmissione ereditaria delle esperienze degli antenati. Ogni conflitto attuale dell'individuo è da collegarsi ai conflitti del suo passato ed a sua volta può determinare una risonanza regressiva di tali conflitti. Il legame tra un presente ed un passato che continua ad essere presente è soprattutto riscontrabile in certi sogni.

Un esempio: un ulceroso gastrico, probabilmente malato a seguito di disordine nell'alimentazione, fra l'altro sottomesso alla madre e sposato con una donna frustrante, presentava disturbi digestivi quando la moglie si proponeva come frigida. Anche col proprio analista, in quelle circostanze, assumeva atteggiamenti di sottomissione. Attribuiva al terapeuta la conoscenza di aspetti della sua vita precedentemente non rappresentati ed al contempo si convinceva di essere nelle sedute un po' trascurato. Avvenne che, frustrato sessualmente, andasse al ristorante e trascurasse cibi adeguati per assumere due polpette dall'aspetto indigesto e che gli furono appunto indigeste. Fece questo sogno: «*Mi vedevo obbligato ad ingoiare due sfere di legno nere ricoperte di neve*».

Il residuo diurno è nelle due polpette indigeste, ma simbolicamente sono indigeste sia la madre sia la moglie; indigesto è anche il suo analista, al quale era legato da eccessiva dipendenza. Il legno delle due sfere, nel processo associativo, è collegato alla madre, e le due sfere gli ricordano le mammelle, quelle della madre e della moglie. La regressione è evidente. Quanto alla neve, il collegamento è con la freddezza, e della madre e della moglie e del terapeuta trascurante.

Tutto ciò che avvertiva come costretto a sopportare si rappresentava nel sogno come un “dover ingoiare cibi cattivi”. Il colore nero richiama l’angoscia, nello specifico l’angoscia di morte, poiché avverte l’autodistruttività della sua sottomissione ad oggetti che considera cattivi. Si assiste così alla rappresentazione di un conflitto istintuale: conflitto tra gli oggetti attuali, quelli infantili, la sessualità e la dipendenza. Sono presenti gli aspetti transferali. L’individuo viveva un profondo sentimento di inferiorità, che si esprimeva nei confronti della moglie, della madre ed anche dell’analista. I loro atteggiamenti nei suoi riguardi, pur se percepiti come sgradevoli, dovevano essere “ingoiati”, cioè accettati sul piano cosciente.

Credo che il sogno sia un pensare ampio che realizza molte funzioni intellettuali valide, non però in grado di risolvere i conflitti psichici. Non si condivide, pertanto, la posizione di Freud, quella relativa alla funzione del mascheramento e della soddisfazione dei desideri. Ne “L’interpretazione dei sogni”, Freud afferma «il lavoro onirico non pensa, né calcola, né giudica in maniera alcuna; si limita a dare alle cose una forma nuova». La rappresentazione disvelata non va confusa con la soluzione dei conflitti psichici. Grazie al sogno è possibile pervenire alla caratterizzazione ed all’indicazione dei conflitti genetici e ciò lo rende strumento essenziale nei trattamenti analitici.

Le soluzioni fittizie del sogno non appaiono di grande utilità, sarà anzi opportuno smascherarne la capacità d’inganno, allorché propone soluzioni o tentativi di buona soluzione. Vediamo pazienti che provano compiacimento nel raccontare i loro sogni, anche perché spesso appaiono come molto ingegnosi. È l’inganno che predomina, vuoi per l’attraente soluzione fittizia che propongono, vuoi per il vano desiderio di sedurre gli altri spingendoli verso gli stessi atteggiamenti fittizi. Nel corso di un trattamento, si avverte che il sognare ed il raccontare i sogni ha la finalità di svelare, ma anche di nascondere allo psicoterapeuta i conflitti inconsci. È possibile osservare, nel corso di un trattamento, che i sogni non possiedono la capacità di risolvere i conflitti genetici: si constata infatti che i sogni di un paziente perseverano nel ruotare intorno a conflitti latenti, conflitti svelati dallo smascheramento dei sogni, ma da affrontare con la modalità analitica.

Il sogno può essere collegato a conflitti traumatici inconsci. Un conflitto attuale riattiva altri precedenti. La nascita dell’essere umano è il primo grande conflitto traumatico. È anche all’origine dell’angoscia. Si può ipotizzare un senso di oppressione (angoscia deriva da “angustia”) allorché il piccolo d’uomo deve attraversare il condotto uterovaginale, poi con la sofferenza del cambiamento di respirazione e circolazione allorché avviene il passaggio fisiologico dalla respirazione placentare a quella polmonare, con l’aggiunta della sensazione di essere abbagliato dalla luce ambientale extrauterina (“dare alla luce”) che contrasta con

l'oscurità del grembo materno. Nei sintomi nevrotici che provocano angosce, si avverte oppressione toracica e cambiamenti del ritmo circolatorio e respiratorio: ciò rende plausibile il richiamo dei conflitti traumatici attuali al trauma della nascita.

Qualcosa di analogo accade nel sogno. Colui che dorme si trova in una situazione analoga a quella fetale, e ciò non tanto per via dell'oppressione toracica, quanto per la visione di contenuti luminosi in mezzo all'oscurità del sonno, ricordo di quanto sperimentato dal feto quando "viene dato alla luce". Il sogno costituisce un parziale risveglio (dimostrato anche sperimentalmente dall'EEG), che gli fa vedere immagini visuali, ossia luminose, per lui penose proprio come succede al feto. È una soluzione fittizia quella che fa prendere ad alcuni sogni l'aspetto manifesto di una luce piacevole. Su questa macchia di luce, come sopra uno schermo luminoso, si proiettano le drammatizzazioni dei conflitti traumatici successivi alla nascita. Pertanto, oltre agli aspetti manifesti di qualcosa di brillante e piacevole, si possono intravedere contenuti più penosi.

Il sogno non ha facoltà divinatoria. Può aiutare la consapevolizzazione, quindi essere anticipatorio. Esprime messaggi di stimoli esistenti in altre parti dello psichismo e che vengono allontanati durante la veglia e che possono più liberamente rappresentarsi nel sogno. Esempio, pur con tutti i dubbi e timoroso di forzature. Troppo spesso viene fatto dire al sogno, a posteriori, ciò che si desidera. Riconsideriamo il sogno dell'iniezione di Irma: Irma ha una lesione all'interno della bocca, che si evolve (?) in dissenteria. Irma potrebbe simboleggiare lo stesso Freud il quale, come conseguenza del fumo, anni dopo ebbe una lesione cancerosa nel velo palatino. Segnale del "pensiero corporeo" per mezzo del sogno? La soluzione non accettata da Irma, ricorda il Freud che non accetta di superare la dipendenza dal fumo. La prevedibile lesione cancerosa nel velo palatino di Freud si muta nel sogno in lesione infiammatoria nella bocca di Irma, proprio come l'emorragia che potrebbe seguire all'operazione (come in effetti poi avvenne) si traduce in dissenteria, la quale, seguendo la soluzione fittizia, porterebbe alla guarigione.

Come detto, non si tratta di telepatia. Basta ammettere l'esistenza in Freud – peraltro medico – di una percezione inconscia, che il sonno può liberare, secondo cui la sua tossicomania avrebbe potuto provocargli una lesione mortale nella bocca.

Riepilogando la definizione di Freud secondo la quale il sogno è un esaudimento *mascherato* di un desiderio *rimosso* non è convincente. È una definizione che può essere applicata a qualsiasi fenomeno patologico; non considera che l'aspetto caratteristico del sogno è l'allucinazione; non descrive, se non per linee vaghe, la struttura psichica interna del sogno. L'allucinazione caratteristica del sogno

nasce come conseguenza dell'impatto traumatico dei conflitti inconsci. Il principio di realtà – contrariamente a quanto pensava Freud – è sospeso.

L'allucinazione onirica si produce perché le difese dell'Io, che nel sogno manovrano più liberamente i contenuti rimossi, sono più efficaci. I contenuti che nascono spontaneamente nello psichismo vengono utilizzati dalla rappresentazione e manovrati con un grado maggiore di libertà. Più complesso è manovrare, nella coscienza, gli stimoli immediati derivati dalla realtà esterna. L'allucinazione per cui colui che sogna crede che sia vero e reale e non pura fantasia ciò che vive nel sogno, significa che i contenuti mascherati (da smascherare) del sogno, costituiscono la sua *verità interna*.

I sogni racchiudono una verità ben più pregnante di quanto si voglia da molti accettare. Il sogno è una drammatizzazione regressiva mascherata di conflitti inconsci traumatici, insolubili per l'individuo addormentato; è altresì una drammatizzazione dei suoi tentativi di soluzione, che sono sempre fittizi. Quando, grazie al lavoro analitico, l'individuo riesce a risolvere con sufficiente efficacia qualcuno dei suoi conflitti inconsci, viene meno il bisogno di allucinare quel contenuto durante il sonno. Può ancora apparire nei suoi pensieri addormentati non allucinatori, ma come conflitto non è più oggetto del sogno. Le osservazioni qui presentate vogliono essere solo l'occasione per stimolare gli analisti adleriani ad approfondire il tema, possibilmente avviando un fecondo interscambio di esperienze.

Lino G. Grandi
Strada della Creusa, 65
I-10133 Torino

Il sogno di un'ombra è l'uomo

FRANCO MAIULLARI

Summary – DREAM OF A SHADOW IS THE MAN. In this short article the famous dream of Constantine makes clear several symbolic levels that may be present in a dream and used in psychotherapy.

Keywords: DREAM, SYMBOL, INFINITE SEMIOSIS

«*Skiás ónar ánthropos:*
Sogno di un'ombra è l'uomo.
(Pindaro, *Pyth.* 8, 95)

I

Nel corso dei miei studi sul sogno ho imparato ad apprezzare un dipinto di Piero della Francesca intitolato “Il sogno di Costantino”. Si tratta di un grande affresco (cm. 329x190) che fa parte del ciclo *La leggenda della vera Croce* realizzato da Piero nel coro di San Francesco ad Arezzo negli anni 1452-1459. Il soggetto concerne un evento cruciale della storia europea, la vittoria di Costantino il Grande su Massenzio a Ponte Milvio nel 312. Quella vittoria aprì la strada per il controllo assoluto dell’Impero romano da parte di Costantino, l’imperatore che orientalizzò l’Europa (nel 330 egli trasferì la capitale da Roma a Bisanzio che così divenne Costantinopoli), dopo averla avviata alla cristianizzazione (riconobbe la libertà di culto dei Cristiani con l’editto di Milano del 313), facendo del Cristianesimo la religione preminente dello Stato.

Per inciso, il IV secolo è interessante nello studio dei rivolgimenti sociali, culturali ed epistemologici europei, interessante anche per comprendere il mondo

moderno e le vicissitudini del potere istituzionale. È un secolo cruciale nella storia del Cristianesimo, di nuovo perseguitato dopo la morte di Costantino, con l'imperatore Costanzo che nel 360 impone a tutto l'Impero la fede ariana e Giuliano l'Apostata che tenta di restaurare il paganesimo. Senonché nel 380 la situazione cambia di nuovo e definitivamente: l'imperatore Teodosio proclama il Cattolicesimo religione di stato e alla fine del secolo ormai prevalgono in occidente, più che gli imperatori, le figure di grandi vescovi quali Ambrogio di Milano e Gregorio di Tours.

Ma ecco il sogno di Costantino. Alla vigilia della battaglia contro i barbari di Massenzio, Costantino è preoccupato per la superiorità del nemico: durante il sonno un angelo gli appare rivelandogli che se combatterà nel segno della Croce non dovrà temere di perdere (da cui il motto "In hoc signo vinces" e, come racconta la leggenda, l'idea dell'imperatore di fare dipingere sulle insegne dei suoi soldati, di cui molti erano cristiani, il monogramma di Cristo "XP"). Nella raffigurazione di Piero della Francesca Costantino dorme in una tenda, due soldati sono di guardia, mentre un giovane in atto meditativo è seduto ai piedi del letto. L'atmosfera generale è metafisica, di prodigio. L'opera, definita da quasi tutta la letteratura un *notturmo*, recentemente è stata considerata un'*alba* in base ai restauri che hanno permesso di leggere meglio i valori cromatici e soprattutto il cielo nel quale si stagliano le nere cuspidi delle tende dell'accampamento. La nuova indicazione viene ripresa in un recente articolo di O. Besomi, intitolato esplicitamente "Piero della Francesca. Il sogno all'alba di Costantino" (*Strumenti critici*, n. 114, 2007, pp. 153-176).

II

Vi sarebbe molto da dire sulla pittura, ma anche sull'ora del sogno di Costantino, se notturno o fatto all'alba, dato che gli antichi pensavano che sono i sogni fatti all'alba quelli che si avverano. Sarebbe poi interessante sapere cosa ne pensano i neuroscienziati di questa credenza antica, ma non è qui la sede per svolgere una tale riflessione. Riferisco invece un mio sogno sul sogno di Costantino, legato a delle lezioni sul sogno: espressione della capacità mitopoietica della mente umana che forse ancora oggi per uno psicoterapeuta è l'unica cosa interessante del mondo onirico.

Nel sogno antico, sognato tante volte, sotto il dipinto i nomi si mischiano: "P. Francesca", "Francesco P.", "Francesco M." e si confondono, come anche la scena, che è *skene*, cioè tenda, che diviene tenda di un ritrovo, teatro, teatro-tenda in cui qualcuno, che all'inizio è come un'ombra, si alza dal letto e inizia a parlare e raccontare di sogni antichi, del loro valore predittivo o prospettico, già per i

Babilonesi... un racconto che ricordo di aver sentito per la prima volta dal prof. Parenti presso la sala della Lepetit a Milano agli inizi degli anni '70: erano le sue prime lezioni a cui assistevo e meditavo, di fresco iscritto alla SIPI, in attesa di iniziare l'analisi con lui.

L'ombra gradualmente diviene il prof. Parenti. Egli si rivela in luce soffusa, come se albeggiasse, e continua la lezione, mentre uno dei soldati di guardia non è più vestito da soldato ma assume le sembianze di un acribico guardiano, come un custode della dottrina che con foglio e matita in mano sembra segnare i passaggi più importanti del discorso, che egli classifica e ordina in grandi volumi rilegati, lì accanto, sul cui dorso deve trascrivere l'anno di riferimento.

Tutto attorno l'ambiente si anima all'improvviso e i soldati di Costantino si trasformano. Sembrano ora dei discepoli più che dei soldati, degli allievi di cui non riesco a distinguere i volti, eccetto quello imperioso di un amico e collega, conosciuto proprio nel corso di quegli incontri alla Lepetit, che con il dito alzato sta sicuramente per porre una domanda.

Piero della Francesca si dimostra interprete mirabile del mondo onirico, mettendo in scena il suo sogno di grande pittore, in questo caso raffigurando il sogno di vittoria dell'imperatore, coincidente con il sogno di vittoria del Cristianesimo, coincidente nel mio sogno con il desiderio di vittoria del sogno adleriano che in quegli anni iniziava a preparare nella sala della Lepetit i suoi soldati perché il giorno seguente vincessero contro il loro fantomatico Massenzio, e coincidente infine con il mio sogno di cambiare il mondo, pieno all'epoca dell'utopia del '68, non però quella dei figli dei fiori, ma l'utopia rivoluzionaria delle tre M: Marx, Mao, Marcuse. Una scena-teatro pittorica che, al di là di Piero, rinvia ad altri significati e ad altri ancora come se oniricamente si realizzasse una messa a fuoco in successione in cui un particolare della scena diviene il soggetto di una nuova trama, e all'interno di questa trama un nuovo particolare prende posto sulla scena. La mente onirica si confonde, come un teatro in cui si recitano contemporaneamente molteplici storie: è il lavoro "del" sogno che intreccia desideri e timori, antichi e prospettici, personali e relazionali, un materiale complesso che il lavoro analitico "sul" sogno cerca poi di comprendere.

Franco Maiullari
Via Dell'acqua, 1
CH-6648 Minusio
E-mail: fmaiullari@hotmail.com

Sogno e simbolo nel segno dello “stile” come linguaggio rigoroso

ALBERTO MASCETTI

Summary – DREAM AND SYMBOL IN THE SIGN OF “STYLE” AS STRICT LANGUAGE. In Individual Psychology, the dream is a fictional and creative activity. It represents one of the main way to know the lifestyle of a person since it can reveal the unconscious symbolism of the individual.

Keywords: DREAM, LIFESTYLE, CREATIVE FICTION

Il sogno nella visione adleriana si inserisce quale elemento fondante, insieme all’analisi dei primi ricordi, l’organizzazione dello stile di vita, momento di aggregazione personologica unitaria e dinamicamente volta alla ricerca di uno scopo, di un senso.

Nel segno adleriano di una conoscenza pratica dell’uomo, anche il sogno, nel contesto finzionale che lo caratterizza all’interno di una simbologia individuale e soggettiva, acquista una sua peculiare dimensione pragmatica, unitaria e dinamicamente revisionale: palestra, teatro, scena dove il *soggetto* possa rappresentare in forme simboliche i nodi irrisolti che il proprio *stile* incorpora e muove alla ricerca di una soluzione possibile. Tale è la valutazione finzionale del sogno in Alfred Adler.

Il sogno dunque è una delle vie maestre utilizzate dalla Psicologia Individuale per conoscere e indagare lo *stile di vita* di una *persona*, quale conferma, enunciazione previsionale, anticipazione di una possibilità di modificazione, di risoluzione di irrisolte conflittualità.

E, come l’analisi dei ricordi primigeni e successivi ci mostra la traccia di uno *stile* in continua elaborazione, così il sogno ce lo ripropone in forme simboliche personali, non già sessualmente stereotipate o rigidamente archetipali, quale conferma e/o rielaborazione prospettica.

Poiché la personalità secondo l'ottica individualpsicologica viene organizzata a mezzo di previsioni finzionali in diversa misura compensatorie, la dimensione onirica rappresenta a pieno titolo uno dei momenti fondanti l'organizzazione personologica dello *stile*, attraverso dei "come se" individuali, simbolicamente espressi, altamente significativi.

Il sogno dunque accompagna in forma di verifica l'itinerario cosciente dell'individuo, ne disvela la simbologia inconscia, rielaborandola in una prospettiva finzionale di compenso praticabile e gratificante. L'attività finzionale e creativa del sogno può essere riconosciuta come una pragmatica auto-supervisione di uno *stile* disgiunto e distanziato dalla nostra persona attraverso la manifestazione simbolica, così da poter essere manipolato, verificato, modificato, ricostruito nel tempo prossimo a venire.

Il sognatore, dunque, diventa spettatore di una rappresentazione altra da Sé, di cui difficilmente si riconoscono i connotati, a causa della pronunciata intensa simbologia volta ad adombrare e a spaesare.

Sarà compito principale dell'analista rendere chiaro il significato *oscurato* del simbolo, non nel senso di una lettura "obiettiva" e quasi disattivata dello stesso, improponibile e impraticabile, ma attraverso la compartecipazione emozionale tra *soggetto analizzato* e *analista* è possibile trovare la chiave di uno smascheramento opportuno e condiviso, nel significato più autentico del processo di incoraggiamento.

L'interpretazione della simbologia onirica del singolo soggetto dovrebbe, a mio avviso, rispondere più che a una ermeneutica scolasticamente corretta, ad una messa in chiaro produttiva e ricostruttiva di uno stile, tramite un *processo incoraggiante* finzionalmente orientato.

Per ritornare alla dimensione previsionale e predittiva del sogno, che la Psicologia Individuale ha sempre sottolineato, essendo il sogno manifestazione legata allo *stile di vita* individuale, cercheremo di analizzare il concetto di "anticipazione" proposto da Jean Sutter, psichiatra e psicopatologo, allievo di Minkowski.

Poiché *l'anticipazione* è fenomeno che si presenta anche nel sogno, oltre che nello stato di veglia e di coscienza, è necessario confrontare tale assunto con i connotati adleriani di dinamismo della vita psichica, di tendenza verso una meta, di finzione progettuale e di creatività personologica: lo *stile di vita* in tali prospettive, poiché necessita di continui collaudi, utilizza lo *scenario* del sogno quale banco di prova e fervente officina di possibili nuovi strumenti da adattare a rinnovate prospettive relazionali.

L'anticipazione che nell'accezione sutteriana è slancio, spinta verso l'avvenire, dalle connotazioni aspecifiche e meramente vitalistiche, si organizza nel discorso adleriano come stile, costruito finzionale volto ad un fine, a una meta.

In Adler come in Sutter è la dimensione del futuro a dominare il campo delle valutazioni personalogiche, la dimensione dell'esistenza e della vita autentica. È dentro tale prospettiva anticipatoria che si iscrive lo stile organizzato, possiamo dire, dalla sua stessa meta, al soggetto medesimo sconosciuta.

Ecco che il sogno, all'ombra del mascheramento simbolico, prova a disvelare il tragitto compensatorio, che è una prospettiva finalizzata. L'anticipazione viene declinata in Adler nel segno dello *stile di vita* e del *progetto*, che utilizzano i modi della finzione nel proporsi e nel delinearli.

Lo specifico *essere nel mondo* esistenziale, che si mostra come *essere-con* si arricchisce nella prospettiva individualpsicologica di nuove valenze operative, scandite dalle finzioni che generano lo *stile di vita*, la *spinta verso una meta*.

Tali *topoi finzionali* giocano un ruolo significativo nelle specificazioni ancorché simboliche del sogno, che può documentare in forma retrospettiva le sequenze significanti l'organizzazione personalogica, che nell'attualità si presenta e si codifica, superati i dilemmi e i conflitti: scorie e relitti di un sorpassato disegno.

È importante tuttavia segnalare che, mentre nelle quotidiane sequenze della *veglia*, l'anticipazione si dipana in un *continuum* esistenziale, fatto di tranquillità, linearità e chiarezza, nelle *rappresentazioni oniriche* l'anticipazione è costretta da un *habitus*, si esprime con codici e linguaggi che devono essere tradotti in chiaro.

Ci troviamo di fronte a un dilemma esiziale: da una parte, si può tranquillamente sostenere che tutto ciò che viene anticipato sia tradotto dall'attività onirica con una peculiarità sua propria che è quella dei simboli, per cui ogni movimento anticipatorio, che avviene in una condizione di benessere psichico, si presenta anch'esso non *apertis verbis*, ma sotto forma di una mascheratura. Dall'altra parte, e qui il discorso si apre a considerazioni che implicano una diversa valutazione della espressività anticipatoria sutteriana, si potrebbe ipotizzare che l'anticipazione, anche in una dimensione di "normalità", necessiti di un mascheramento, come se la traduzione onirica lineare dell'atto cosciente fosse in qualche modo preclusa. Da qui il sospetto che il processo dell'anticipazione, anche nella sua abituale espressività, possa portare con sé elementi e segni di preoccupazione e di dubbio.

Allora ci si potrebbe chiedere, alla luce di tali considerazioni, se lo slancio, la spinta anticipatoria in un clima di gioiosa baldanza, non siano visti come vissuti

troppo edulcorati e melensi, privi di quelle caratteristiche di problematicità, che di solito accompagnano i moti dell'animo umano. Sembrerebbe più vicino alla realtà psicologica e psicopatologica il costrutto finzionale dello *stile*, che in qualche modo designa un percorso, nominandolo e iscrivendolo in una prospettiva che cerca una ri-soluzione.

Ritorna incalzante l'idea dello *stile di vita*, segnavia della persona, maschera dall'incessante elaborazione, soprattutto dietro le quinte del sogno, necessario, notturno, testimone.

Alberto Mascetti
Via Griffi, 6
I-21100 Varese
E-mail: albertomascetti@libero.it

Sonno e sogni: un approccio neurobiologico

ALESSANDRO MAURO, ANNA PREVEDINI, LORENZO PRIANO

Summary – SLEEP AND DREAMS: A NEUROBIOLOGICAL APPROACH. In the last decades marked progress is being made in the knowledge of sleep mechanisms. However, many big questions remain unanswered in sleep research, making it a very fascinating field of study. The functions of mammalian sleep, and of dreams in particular, remain unclear. Probably, a number of functions may be efficiently completed during sleep, but the important variations occurring among the different species in relation to sleep, suggest that not all the proposed functions are universally expressed across mammalian species and across their lifespan. Moreover, the study of sleep and dreams may contribute to our understanding of consciousness and memory mechanisms. Converging evidence indicates that, in weak-sleep cycle, consciousness undergoes changes strictly correlated with sleep-induced modifications in the brain, and that offline memory reprocessing during sleep plays a role in memory consolidation mechanisms.

Keywords: SLEEP/DREAM, MEMORY, CONSCIOUSNESS

Fin dall'antichità, sonno e sogni sono stati oggetto di grande interesse per poeti, scrittori, filosofi, scienziati e molti tra i più autorevoli pensatori della storia dell'umanità si sono cimentati nel tentativo di spiegarne fisiologia e psicologia. E senza dubbio, le concezioni relative a sonno e sogni hanno sempre giocato un ruolo fondamentale nell'elaborazione dei concetti di coscienza e quindi di mente. Nonostante ciò, siamo ancora lontani da una descrizione scientificamente soddisfacente del loro significato e ruolo biologico e dei loro reciproci rapporti.

Le tecniche neurofisiologiche disponibili a cominciare dagli anni 30 dello scorso secolo ci hanno fornito una gran messe di dati utili per approfondire la fisiologia del sonno e quando, nel 1953 [2], descrissero con l'EEG l'esistenza del sonno REM (caratterizzato da movimenti rapidi degli occhi) e associarono questa fase del sonno con i sogni, la concezione che interpretava il sonno come frutto della riduzione dell'attività cerebrale e dell'arresto delle funzioni mentali venne messa

fortemente in dubbio. Da sempre, infatti, due linee di pensiero hanno indirizzato le ipotesi interpretative relative al sonno: il sonno, descritto spesso attraverso analogie con la morte, come un processo passivo privo di attività ed, al contrario, il sonno interpretato come un processo attivo, caratterizzato da una specifica modalità di attività mentale.

Oggi consideriamo il sonno come un comportamento dinamico – e non semplicemente come assenza di veglia – durante il quale si realizza un'attività cerebrale complessa controllata da meccanismi complessi ed elaborati. Parliamo quindi di riorganizzazione e non di cessazione delle attività cerebrali e mentali.

Più nel dettaglio, il sonno viene abitualmente definito come una successione spontanea di episodi caratterizzati da assenza di attività motoria volontaria, aumentata soglia di risposta sensoriale e cessazione di qualsiasi attività mentale cosciente. In esso si identificano due differenti stati neurofisiologici – indicati come sonno non REM (o NREM) e sonno REM – che si alternano ciclicamente in una regolare successione e per un totale di 4-6 cicli di sonno. Nel sonno NREM la reazione alle stimolazioni esterne è limitata ad alcune risposte riflesse ed il tono muscolare è presente, sebbene ridotto rispetto alla condizione di veglia. In questa fase vengono distinti quattro livelli di profondità di sonno, fino ad arrivare ad un sonno stabile a onde lente di elevato voltaggio (*Slow Wave Sleep*). Il sonno REM è invece caratterizzato da assenza di attività tonica del sistema muscolo-scheletrico e da fenomeni fascici, quali i rapidi movimenti oculari. La soglia di stimolazione sensoriale è notevolmente elevata con abolizione della risposta e all'elettroencefalogramma si rilevano onde di basso voltaggio e frequenze miste. Mentre la prima fase REM è di durata breve (3-6 minuti), le successive si allungano progressivamente col susseguirsi dei cicli di sonno, fino a raggiungere anche la durata di un'ora. Complessivamente questa fase rappresenta una quota del 20-25% del tempo totale di sonno suddivisa in 4-6 episodi, tende ad essere di durata maggiore nella giovane età e quindi a declinare con il passare degli anni [26].

La regolazione dei ritmi sonno-veglia fa parte dei sistemi di regolazione dell'omeostasi interna che rappresentano un'esigenza primaria per la sopravvivenza di tutti gli organismi viventi. I processi omeostatici richiedono energia e devono necessariamente adattarsi alle continue variazioni delle condizioni ambientali, siano esse cicliche, quali il ritmico alternarsi di giorno e notte, oppure siano impreviste [19].

Molteplici risultati ottenuti negli ultimi dieci anni hanno cominciato a fornire conoscenze approfondite circa le strutture cerebrali, i circuiti ed i neurotrasmettitori coinvolti nel controllo del succedersi dei cicli di sonno e di veglia dell'uomo. In realtà, i più recenti studi hanno confermato – e naturalmente ampliato e

precisato – le osservazioni fatte da von Economo nel 1930 [28] studiando le lesioni caratteristiche dell'*encefalite letargica*. Questa malattia provocava lesioni proprio in aree coinvolte nella regolazione di sonno e veglia: una regione alla giunzione ponto-mesencefalica la cui lesione determinava prolungata sonnolenza ed una regione dell'ipotalamo anteriore la cui lesione determinava prolungata insonnia.

In sintesi, la veglia dipende da una rete di circuiti neuronali che attiva il talamo e la corteccia cerebrale, mentre durante il sonno una sorta di interruttore ipotalamico spegne questo sistema attivante. La regolazione del ritmo sonno-veglia si realizza attraverso la ciclica attivazione di neuroni contenenti GABA e galantina presenti nell'area preottica ventrale laterale (VLPO) dell'ipotalamo, capaci di indurre il sonno mediante connessioni con strutture sincronizzanti bulbo-pontine, in antagonismo reciproco con neuroni situati nell'ipotalamo posteriore e nella formazione reticolare rostro-pontina e mesencefalica ad azione desincronizzante e risvegliante [11]. Nelle strutture dell'ipotalamo le oscillazioni circadiane, ultradiane e infradiane delle attività – geneticamente determinate – vengono confrontate con i segnali afferenti dagli organi interni (afferenze nervose, feed-back ormonali, sostanze presenti nel liquor), permettendo una fine regolazione dei ritmi biologici degli organi interni e quindi delle funzioni omeostatiche: ciclo sonno-veglia, profili di secrezione ormonale, regolazione dell'assunzione di acqua e cibo, comportamento sessuale e riproduzione, attività ritmiche dell'apparato cardiovascolare, respiratorio e digerente, mantenimento della temperatura corporea [11].

Più in particolare, il nucleo sovrachiasmatico dell'ipotalamo sembra svolgere la funzione di "pacemaker" nervoso, ovvero di orologio biologico geneticamente determinato [12]. A livello molecolare, le oscillazioni di attività di questo nucleo sono probabilmente generate dalla trascrizione e traduzione di geni ad attività ciclica ("clock genes") dipendente da informazioni relative alla luminosità ambientale garantite da connessioni dirette retino-sovrachiasmatiche [13]. La funzione di pace-maker viene svolta dal nucleo sovrachiasmatico anche indirettamente mediante la regolazione della secrezione di *melatonina* – ormone prodotto di notte dalla ghiandola pineale e secreto nel liquor e nella circolazione generale – che agisce da veicolo delle informazioni relative al ciclo luce-buio per gli organi interni coinvolti nei processi omeostatici [4].

Disponiamo di informazioni molto meno precise a proposito del controllo della successione delle diverse fasi del sonno ed in particolare dei determinanti fisiologici e biologici dell'alternanza di sonno NREM e REM. Le informazioni a nostra disposizione [20] indicano che il sonno NREM può essere generato indipendentemente da gruppi di neuroni diencefalici, situati in particolare nelle aree preottiche ventrale e mediana. Queste aree sono massimamente attive durante il sonno

NREM e, se stimolate, inducono questa fase del sonno. Al contrario, i fenomeni caratteristici del sonno REM sembrano generati isolatamente nel tronco dell'encefalo ed in particolare nel ponte ed al passaggio ponto-mesencefalico. In queste regioni sono situati gruppi di neuroni attivi durante il sonno REM, capaci di indurre sonno REM prolungato quando stimolati e causa di diminuzione del sonno REM se lesionati.

La transizione dallo stato di veglia al sonno NREM e poi al sonno REM può essere descritta sotto diversi punti di vista [6]. Dal punto di vista comportamentale la persona che si addormenta non ha impedimenti al movimento che progressivamente si dirada con l'approfondirsi del sonno. Due meccanismi giustificano l'immobilità durante il sonno: nel sonno NREM vi è una riduzione dei fattori facilitanti il movimento che appare episodico e involontario, mentre nella fase REM vi è una vera e propria inibizione del movimento – nei sogni si immagina di muoversi ma non ci si può muovere. Dal punto di vista della registrazione poligrafica, si osserva un caratteristico pattern di modificazioni. L'attività EMGrafica è massima durante la veglia, intermedia durante il sonno NREM e minima durante il sonno REM. L'EEG si modifica passando dalla veglia agli stadi profondi del sonno caratterizzandosi per una frequenza progressivamente più lenta con voltaggio progressivamente crescente, mentre nel sonno REM l'EEG si desincronizza, con ricomparsa di attività rapida di basso voltaggio simile, ma non identica, a quella della veglia. L'elettro-oculogramma della fase REM mostra un fondo di movimenti lenti e oscillanti cui si sovrappongono bouffées di movimenti rapidi.

Ma l'aspetto forse più interessante si riferisce allo stato di coscienza. A differenza di quanto considerato vero per molto tempo, la coscienza non è abolita durante il sonno e l'attività mentale che si verifica in gran parte nel sonno, ha caratteristiche e intensità diverse. Vi è ormai largo consenso sul fatto che l'attività mentale che si realizza durante il sonno – ed è richiamabile al risveglio – non è limitata alle sole fasi di sonno REM, ma si realizza anche durante il sonno NREM non preceduto da fasi REM [25]. La difficoltà principale per gli studi di questo tipo consiste nel fatto che i meccanismi di memorizzazione sono fortemente limitati durante il sonno – in tutte le sue fasi – ed è quindi difficile ottenere, al momento del risveglio, una descrizione efficace e valida dell'attività mentale verificatasi durante il sonno. Tuttavia, è oggi largamente accettato che durante il sonno la coscienza si modifichi qualitativamente in parallelo con la riorganizzazione dell'attività cerebrale che sappiamo registrare con varie tecniche. Benché sia vero che durante il sonno NREM più profondo la coscienza sia fortemente intorpidita, la modulazione della coscienza inizia con l'addormentamento, quando compare un'attività simile al sogno.

Questa attività mentale tende ad aumentare durante le prime fasi del sonno NREM, per poi assumere, nel sonno REM, le caratteristiche di sogno florido.

Questa modulazione della coscienza nel corso del sonno può essere quindi definita come “stato-dipendente”, nel senso che varia in modo stereotipato in parallelo con le variazioni di stato dell’attività cerebrale durante i cicli di sonno [6]. A conferma di ciò è l’osservazione che le descrizioni delle esperienze soggettive, raccolte al risveglio da fasi diverse del sonno, si modificano qualitativamente con il modificarsi ciclico del sonno: le descrizioni di esperienze allucinatorie (cioè di sogni vividi) sono massime al risveglio dal sonno REM ma presenti limitatamente anche nello stato di veglia che precede il sonno, mentre attività di pensiero riflessivo sono massime nella veglia e minime nel sonno REM. L’attività mentale durante il sonno NREM è in generale più episodica, meno vivida e con minor componenti emozionali [6, 25]. In parallelo, il pensiero logico è massimamente rappresentato nella veglia tranquilla, intorpidito e perseverante nel sonno NREM leggero e bizzarro ed illogico durante il sonno REM [5]. Infine, sensazioni e percezioni, vivide e generate dall’ambiente nella veglia, sono intorpidite o assenti nel sonno NREM e di nuovo vivide, ma generate internamente, nel sonno REM. Nel loro insieme, questi dati sembrano suggerire che durante il sonno il cervello possa generare le sue stesse percezioni oppure riflettere su queste; tendenzialmente, non farebbe le due cose contemporaneamente. In qualche modo, quindi, il cervello che sogna potrebbe essere considerato come un modello “normale” per una condizione “anomala” del cervello e della mente dell’uomo.

Queste osservazioni, pur avendo modificato significativamente i nostri concetti relativi al sonno ed ai sogni, non hanno chiarito il significato funzionale di questi fenomeni. In effetti non sappiamo con certezza perché dormiamo e nemmeno perché la quantità di sonno varia nei diversi individui e nel corso della vita. In generale si ritiene che la durata del sonno nell’uomo sia condizionata dall’insieme di determinanti genetiche stabili – quali il “bisogno” di sonno – e determinanti contingenti che possono essere chiamate “sociali”. Nel soggetto adulto la durata media del sonno grossolanamente si aggira intorno alle 7 ore, ma è ben noto che la quantità di sonno, in particolare del sonno profondo, è maggiore nell’infanzia (massima nel neonato) e tipicamente diminuisce con il progredire dell’età. Il preciso significato di ciò ci sfugge. Anche gli studi relativi alla filogenesi del sonno mostrano due diverse facce: da un lato, l’osservazione che sostanzialmente tutti i mammiferi terrestri hanno un’alternanza ciclica di sonno NREM e REM farebbe pensare ad un unico e condiviso significato funzionale di questa strutturazione del sonno; dall’altro, le importanti differenze fra le diverse specie suggerirebbero che il sonno possa svolgere più funzioni, diversamente rappresentate nelle differenti specie animali.

Sinteticamente si può dire che nei mammiferi, la quantità e la qualità del sonno sono correlate con l’età, con l’omeotermia, con le dimensioni del corpo e del cervello e con variabili ecologiche inclusi l’ambiente marino o terrestre, la dieta, la percezione di sicurezza del proprio sonno [1]. In generale, animali di grande mole

come i grandi felini carnivori, riposano all'aperto e dormono a lungo e profondamente ogni volta che non sono occupati a cacciare o ad accoppiarsi; al contrario, i piccoli erbivori utilizzano tane dove dormono meno lungamente e con frequenti risvegli, come se dovessero restare vigili per proteggersi dai predatori [6]. Ad ogni modo, le differenze di ordine e specie non permettono di prevedere le differenze nella qualità e quantità del sonno e, per quanto riguarda le caratteristiche del sonno dell'uomo, queste non differenziano significativamente la nostra dalle altre specie animali. A proposito della filogenesi del sonno, meritano ancora due osservazioni. I monotremi, mammiferi filogeneticamente primitivi, a differenza di quanto avviene nei placentati, sembrano avere un sonno REM esclusivamente limitato al tronco cerebrale, senza coinvolgimento della corteccia cerebrale da parte delle tipiche onde EEGrafiche di basso voltaggio [21]. Per quanto riguarda i mammiferi marini, tutte le specie di cetacei studiate hanno mostrato un particolare pattern EEGrafico durante il sonno: tipicamente sono presenti alternanze di onde lente localizzate in un singolo emisfero, controlaterale al singolo occhio chiuso [9]. Nei cetacei non è mai stato descritto un vero e proprio sonno REM. Curiosamente, anche foche ed otarie, quando dormono in acqua, mostrano un pattern di onde lente in un solo emisfero ed una scarsissima o nulla presenza di sonno REM; al contrario, mostrano un sonno NREM biemisferico ed un tipico sonno REM quando tornano sulla terra [10].

Partendo da queste e da altre osservazioni, si possono formulare alcune ipotesi sul significato funzionale del sonno. Il sonno garantirebbe un tempo dedicato a funzioni che, per la loro complessità, difficilmente possono essere assolte in modo efficiente durante l'attività di veglia. Alcune funzioni di consolidamento della memoria che richiedono una dettagliata discriminazione visiva non possono essere svolte durante la veglia, ma richiedono un tempo loro dedicato, appunto nel sonno.

L'origine filogenetica del sonno, ed in particolare del sonno REM, sarebbe in relazione alla comparsa di un sistema visivo focale altamente discriminativo; il sonno sembra presente solo in animali (medusa "Chironex fleckeri") dotati di occhi capaci di produrre immagini complesse, in contrapposizione a semplici spot luminosi sensibili ai colori.

Per quanto riguarda il sonno NREM, esso potrebbe avere un ruolo in processi di "manutenzione" della neocorteccia (probabilmente possibile anche nella veglia), di conservazione dell'energia (in particolare negli animali neonati) e di recupero di alti tassi di attività metabolica (inversamente correlata con la massa corporea).

Invece, le funzioni del sonno REM (sonno paradosso dal punto di vista metabolico, neurovegetativo, cardio-respiratorio e dell'attività della corteccia) potrebbe-

ro essere legate al consolidamento della memoria, alla conservazione ed al potenziamento di sinapsi in assenza di input (in particolare durante lo sviluppo del SNC) ed infine al riadattamento alle necessità dello stato di veglia dopo le modifiche intervenute nel sonno NREM (una sorta di riattivazione periodica del cervello durante il sonno).

La indispensabilità del sonno REM per queste e per altre funzioni è tuttavia messa in dubbio dall'osservazione che la privazione di sonno REM nell'uomo non provoca disturbi cognitivi, ma determina un prolungamento delle fasi REM nei sonni successivi, a riprova comunque di un ruolo biologico importante da preservare. Al contrario, la generale deprivazione di sonno non pare compatibile con la vita: nei roditori la privazione di sonno determina morte più rapidamente che la privazione di cibo [17].

Sebbene l'argomento sia dibattuto e fonte di controversie, molti dati suggeriscono che il sonno abbia un ruolo nell'apprendimento motorio "off-line", in particolare nel consolidamento successivo ad un'attività di allenamento [8, 23]. Tra le osservazioni fatte a questo proposito merita una citazione il risultato di uno studio in RM funzionale: dopo una notte di sonno post-training motorio, si osserva aumento dell'attività della corteccia motoria controlaterale, del lobo prefrontale mediale, dell'ippocampo e del cervelletto omolaterale (coinvolti nella memoria motoria) ed una minor attivazione di aree coinvolte nelle funzioni cognitive visuo-spaziali e nel controllo delle emozioni [29].

Un interessante – e relativamente nuovo – approccio alla definizione del significato funzionale dei sogni è quello evolutivista. È stato proposto che i sogni possano aver svolto un ruolo importante nel corso dell'evoluzione dell'uomo, rappresentando un vantaggio adattativo che si è mantenuto nel corredo genetico dei discendenti. La Threat Simulation Theory [18, 27] propone che i sogni generino un contesto "offline" in cui le percezioni di minaccia e le modalità di evitamento possano essere testate senza costi biologici. I sogni rappresenterebbero quindi dei sistemi di "simulazione" di situazioni ed eventi minacciosi che potrebbero permettere risposte più rapide ed efficaci nelle situazioni reali.

In ogni caso, qualsiasi interpretazione del ruolo fisiologico dei sogni deve tenere in considerazione che l'esperienza del sogno – intesa come il richiamo in veglia di sensazioni, pensieri ed emozioni provate durante il sonno – non necessariamente è provata da tutti gli individui. Infatti, molti studi basati su questionari hanno dimostrato una quota significativa di persone che riferiscono di non sognare o di sognare raramente. Uno studio recente ha descritto l'esistenza di soggetti (0,38%) che riferiscono di non aver mai sognato nella loro vita. Le stesse persone, non hanno ricordato alcun sogno quando risvegliate durante fasi del sonno REM e NREM definite polisonnograficamente. Questi soggetti non

avrebbero quindi nessuna esperienza mentale che si adatti alla definizione corrente di sogno [15].

Resta da discutere ancora un punto, relativo ai meccanismi con cui vengono generati i contenuti dei sogni e la loro sorgente nei circuiti dedicati alla memoria. Una serie di recenti studi [14] ha portato l'attenzione alle influenze che stimoli episodici naturali o provocati sperimentalmente possono avere sui sogni. Nel sogno compaiono per lo più frammenti isolati di memoria episodica (memoria di eventi vissuti dalla persona), spesso bizzarramente combinati e senza coerenza spazio-temporale; raramente sono rappresentati episodi completi che sono più caratteristici di situazioni particolari come gli incubi post-traumatici.

Alcuni dati suggeriscono che la selezione delle sorgenti di memoria dei sogni sono influenzate da fattori cronobiologici che ruotano intorno al ruolo di due strutture encefaliche: memorie recenti (12 ore – ruolo dell'ippocampo) e memorie meno recenti (4-7 giorni – ruolo della neocorteccia). I dati prodotti hanno portato ad alcune ipotesi che si focalizzano su possibili alterazioni dei flussi informativi tra neocorteccia ed ippocampo durante il sonno REM. In questa fase del sonno potrebbe verificarsi una riduzione del flusso di informazioni dall'ippocampo verso la neocorteccia, mentre si manterrebbe un flusso di contenuti semantici, tra loro debolmente associati, dalla neocorteccia verso l'ippocampo. Ciò produrrebbe delle sequenze illogiche di immagini di oggetti, persone e luoghi solo debolmente correlati e mancanti di una coerenza spazio-temporale [24]. La predominanza di ritmi EEGrafici theta e l'aumento dei livelli di cortisolo potrebbero giocare un ruolo nel modificare le modalità di scambio di informazioni fra ippocampo e neocorteccia [7, 16].

Ad ogni modo, quale che sia l'esatto meccanismo sotteso, una modificazione del funzionamento dell'ippocampo e delle sue connessioni con la neocorteccia potrebbe spiegare la frammentazione della memoria episodica e le modificazioni che ne oscurano le origini autobiografiche, sebbene il contesto soggettivo in cui compaiono si presenti come una credibile simulazione della realtà [14].

Bibliografia

1. ALLISON, T., CICCETTI, D. V. (1976), Sleep in Mammals. Ecological and Constitutional Correlates, *Science*, 194: 732-734.
2. ASERINSKY, E., KLEITMAN, N. (1953), Regularly Occurring Periods of Eye Motility, and Concomitant Phenomena, during Sleep, *Science*, 118: 273-274.
3. BORBELY, A., ACHERMANN, P. (1992), Concepts and Models of Sleep Regulation on Overview, *J Sleep Res*, 1: 63-79.
4. CLAUSTRAT, B., BRUN, J., CHAZOT, G. (2005), The Basic Physiology and Pathophysiology of Melatonin, *Sleep Med Rev*, 9: 11-24.
5. FOSSE, R., STICKGOLD, R., HOBSON, J. A. (2001), Brain-Mind States: Reciprocal Variation in Thoughts and Hallucinations, *Psychol. Sci.* 12: 30-36.
6. HOBSON, J. A. (2005), Sleep is of the Brain, by the Brain and for the Brain, *Nature*, 437: 1254-1256.
7. JOHNSON, J. D. (2005), REM Sleep and the Development of Context Memory, *Med. Hypotheses*, 64: 499-504.
8. KALIA, M. (2006), Neurobiology of Sleep, *Metabolism*, 55 (Suppl. 2): 2-6.
9. LYAMIN, O. I., MUKHAMETOV, L. M., SIEGEL, J. M. (2004), Relationship between Sleep and Eye State in Cetaceans and Pinnipeds, *Arch. Ital. Biol.*, 142: 557-568.
10. LYAMIN, O. I., OLEKSENKO, A. I., POLYAKOVA, I. G., MUKHAMETOV, L. M. (1996), Paradoxical Sleep in Northern fur Seals in Water and on Land. *J. Sleep. Res.* 5 (suppl): 130-130.
11. Mc CARLEY, R. (2000), Neurofisiologia del sonno: meccanismi alla base del controllo della veglia e del sonno, in CHOKROVERTY, S. (Ed), *I disturbi del sonno*, Time Science, Milano.
12. MISTLBERGER, R. E. (2005), Circadian Regulation of Sleep in Mammals: Role of the Suprachiasmatic Nucleus, *Brain Res. Rev.*, 49: 429-454.
13. MORSE, D., SASSONE-CORSI, P. (2002), Time after Time: Input to and Outputs from the Mammalian Circadian Oscillators, *Trends Neurosci.*, 25: 632-637.
14. NIELSEN, T. A., STENSTROM, P. (2005), What are the Memory Sources of Dreaming? *Nature*, 437: 1286-1289.
15. PAGEL, J. F. (2003), Non-Dreamers, *Sleep Medicine*, 4: 235-241.
16. PAYNE, J. D., NADEL, L. (2004), Sleep, Dreams, and Memory Consolidation: the Role of the Stress Hormone Cortisol, *Learn. Mem.*, 11: 671-678.
17. RECHTSCHAFFEN, A., BERGMANN, B. M. (2002), Sleep Deprivation in the Rat: an Update of the 1989 Paper, *Sleep*, 25: 18-24.
18. REVONSUO, A. (2000), The Reinterpretation of Dreams: An Evolutionary Hypothesis of Function of Dreaming, *Behavioral and Brain Sciences*, 23: 877-901.
19. SAPER, C. B., SCAMMELL, T. E., LU, J. (2005), Hypothalamic Regulation of Sleep and Circadian Rhythms, *Nature*, 437(7063): 1257-1263.
20. SIEGEL, J. M. (2004), The Neurotransmitters of Sleep, *J. Clin. Psychiatry*, 65 S16: 4-7.
21. SIEGEL, J. M. (2005), Clues to the Function of Mammalian Sleep, *Nature*, 437: 1264-1271.
22. SIEGEL, J. M. ET AL. (1999), Sleep in the Platypus, *Neuroscience*, 91: 391-400.

23. STICKGOLD, R. (2005), Sleep-Dependent Memory Consolidation, *Nature*, 473: 1272-1278.
24. STICKGOLD, R., HOBSON, J. A., FOSSE, R., FOSSE, M. (2001), Sleep, Learning and Dreams: Off-line Memory Reprocessing, *Science*, 294: 1052-1057.
25. SUZUKI, H., SUZUKI, H., UCHIYAMA, M., TAGAYA, H., OZAKI, A., KURIYAMA, K., ARITAKE, S., SHIBUI, K., TAN, X., KAMEI, Y., KUGA, R. (2004), Dreaming During Non-rapid Eye Movement Sleep in the Absence of Prior Rapid Eye Movement Sleep, *Sleep*, 27: 1486-1490.
26. TERZANO, M. G., PARRINO, L., SPAGGIARI, M. G. (1988), The Cyclic Alternating Pattern Sequences in the Dynamic Organization of Sleep, *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 69: 437-447.
27. VALLI, K., REVONSUO, A. (2006), Recurrent Dreams: Recurring Threat Simulations? *Consciousness Cogn.*, 15:464-469.
28. Von ECONOMO, C. (1930) Sleep as a Problem of Localization, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 71: 249-259.
29. WALKER, M. P., STICKGOLD, R., ALSOP, D., GAAB, N., SCHLAUG, G. (2005), Sleep-Dependent Motor Memory Plasticity in the Human Brain, *Neuroscience*, 133: 911-917.

Alessandro Mauro
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Torino
Via Cherasco, 15
I-10126 Torino
E-mail: alessandro.mauro@unito.it

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

DONATO MUNNO

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

Keywords: DREAMS, CLINICAL PSYCHOLOGY, LIAISON PSYCHIATRY

I. Il significato del sogno secondo le principali teorie psicoanalitiche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. *Ipotesi psicofisiologica*

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

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

III. *Il sogno nella psichiatria di liaison*

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

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

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

IV. I trapianti d'organo e i sogni

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

V. Le malattie neurologiche e i sogni

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

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

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

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

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

VI. *Le malattie neoplastiche e i sogni*

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

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

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

VII. *Ricerca: materiale e metodi*

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

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

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

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

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

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

VIII. *Ricerca: risultati*

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

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

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

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

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

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

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

IX. Conclusioni

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

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

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

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

Secondo la teoria adleriana possiamo formulare le seguenti osservazioni:

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

Il sogno tra neuroscienze e psicoterapie: un dibattito postmoderno

GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – THE DREAM BETWEEN NEUROSCIENCES AND PSYCHOTHERAPIES: A POST-MODERN DEBATE. Studies on dream, in its structural, functional and interpretive aspects, as is well known, were undertaken systematically over a century ago. In the last decades, thanks to neurobiological researches and closer examination of various theories of the mind, investigations into the area of dreams have become more important in psychotherapeutic practice, and this even more so since the effectiveness of such cures has been demonstrated. Now the dream has been reposed as one of the pillars of psychotherapeutic procedures. This is true whether we consider its work as an interpreter, or its role as the revealer of the internal world (from regression to censure); or its role as “communication” in the relational interplay (in a sort of “shared theatre”); or through its part in a deepening of the system of “self-identity”; or as a consequence of the cultural context’s impact. *Individual Psychology Compared*: thanks to the “Network Work Model” and the “explicative-comprehension” can be linkened critically to transcultural paradigms. It can usefully suggest certain suppositions, as for example: modifications in dream content in a possible correlation with postmodern deconstruction; an empathic involvement of therapist and patient (underpinned by a plurality of “value trends”); and the type of “counter – approach” be it neutral, self-identifying inter-individual (enactment). The progress of research, both into mind and brain, should be contextuable, correlatable and reasonable, thanks also to innovative criteria in psychotherapeutic models.

Keywords: DREAM, NEUROSCIENCES, PSYCHOTHERAPIES, POSTMODERNITY

I. *Approccio Comprensivo-Esplicativo al sogno*

A)

- Per stabilire un territorio che possa collegare il sogno nel dibattito tra neuroscienze, psicoterapia e postmodernità, è opportuno l’utilizzo di uno schema di riferimento che tenga conto, a livello di rete interdisciplinare/interattiva, dei temi riguardanti il cervello, la mente, il rapporto con gli altri, la cultura [119]. All’interno delle “memorie” (implicite ed esplicite) è il *linguaggio onirico* quello che può rappresentare: sia la materialità della mente, sia la psichicità del soma, sia l’assorbimento della natura umana nella cultura (e viceversa) [31, 32, 33] (Par. II-V).

Il *sogno*, qualora non lo si consideri un mero coacervo casuale [132], è molto avvicinabile a quello che Adler avrebbe potuto considerare come un *gergo*, in cui l'*organo* sarebbe stato il cervello e il *linguaggio gergale* (onirico appunto), sarebbe scaturito dalla *mente relazionale* formata dall'interazione tra il Sé, gli Altri ed il mondo esterno [6, 10, 15, 46, 50, 51].

Grazie ad una metodologia d'appoggio riferibile alla *filosofia del come se* [129], l'attività del sogno potrebbe inoltre essere considerata *finzionale*, a livello dei contenuti manifesti, ma forse pure, a livello dei contenuti latenti o profondi, carichi di aspetti simbolici, analogici, metaforici [55, 56].

Il linguaggio onirico non verbale, apparterrebbe infatti ad una *logica privata* (sempre in un'accezione adleriana): ad una sorta di *enigma concreto* [62], inerente a un linguaggio effimero, in parte finalistico, atto a comunicare attraverso il *registro evanescente della notte*.

Pure i fenomeni simil-onirici ascrivibili a *stati di coscienza alterati*, come nella *trance* [127], sino ai quadri a rilevanza psicopatologico-clinica, possono condurre a tracce e indizi che fanno parte dei nostri vissuti profondi. Questi, a loro volta, presumibilmente, hanno dei comuni elementi biologici generali, che permettono di costituire un *traliccio strutturale* dei sogni, dei simboli, dei miti [73, 92].

Ma contestualmente essendovi delle componenti culturali (Par. IV), si può congetturare che la *cultura postmoderna*, possa essere comparata ad altre culture, persino a quelle considerate *tradizionali* [11, 12]: culture differenti porterebbero non solo alla variazione degli stili di vita individuali e collettivi (nonché dello stile terapeutico: vedi *enactment*), ma influenzerebbero in qualche modo la formazione dei sogni.

B)

- Tra neuroscienze e psicoterapia [27, 84, 122, 124] il sogno non può infatti non tener conto degli stimoli che su questo hanno le specifiche *culture di appartenenza* (Par. IV e V): ed in tale linea direttrice il postmodernismo (Par. V) appare spesso come una *cultura* che attraversa o conglomera vari contesti sociali. Il che, per quanto riguarda un approccio psicoterapeutico, comporta il fatto che il *paziente* (che sogna) e l'*analista* (che analizza il sogno), siano immersi in un coinvolgimento transferale/controtransferale particolare [52, 83, 86], tale che siano facilitati a realizzare un *enactment*: vale a dire che i microprocessi culturali della postmodernità conducano più di frequente a microagiti, anche in un setting analitico [41, 89] (Par. V e VI).

C)

- Se la mente è relazionale e culturale, il linguaggio del sogno non solo può essere collegato analogicamente alla stessa, ma è suggestivo pensare che il sogno

stesso possa situarsi in qualche modo in correlazione con lo *Psicodiagnostico di Rorschach*, come suggerito da taluni neurobiologi [59, 60].

In un dibattito critico della postmodernità (Par. IV e V), essendo considerato quale espressione dello stile di vita e quindi della nostra *self-identity* [4, 101, 102, 103, 104, 105]: il sogno sognato, comunicato ed interpretato in un contesto psicoterapeutico, potrebbe essere l'anello di *disgiunzione/congiunzione*, tra natura e cultura [15, 27] (qualora questi aspetti vengano ritenuti complementari). Al riguardo pare utile una riconcettualizzazione grazie ad una "soluzione a ponte" a tipo *comprensione-esplicativa* [99, 100, 101, 103, 108, 131]: il che permetterebbe di superare tanto le ipotesi biologiche riduzionistiche, tanto un eclettismo metodologico, tanto la radicalizzazione antitetica tra comprensione fenomenologica (della mente) e spiegazione scientifica (del cervello) [15, 24, 25, 54, 87] (Par. III).

II. *Studi psiconeurobiologici sul sogno*

A)

- Sono state le osservazioni compiute dai neurofisiologi intorno agli anni Cinquanta del XX secolo a dare il via alle indagini scientifiche sul sogno [53, 73, 74, 75, 76, 122]. Queste ricerche hanno consentito di "inscrivere" il sonno REM in una *cornice neurobiologica* all'interno della quale il sogno si organizza e quindi può successivamente essere narrato.

Ulteriori indagini psicofisiologiche hanno fornito, attraverso processi di attivazione e inibizione neuronale, una spiegazione riguardante diverse funzioni mentali del sogno. Nella fase REM del sonno esisterebbe una dominanza emisferica relativa alle componenti del sogno. L'emisfero destro si occuperebbe della sua organizzazione geometrico-spaziale e dell'attivazione delle emozioni, mentre l'emisfero sinistro avrebbe il compito di ricordare e narrare il sogno [59-60].

Inoltre, studi su pazienti cerebrolesi [124] avrebbero dimostrato che i sogni e il sonno, si sviluppano in regioni anatomiche molteplici, che vengono a costituire un unico sistema dell'attività onirica.

- Presi nel loro insieme, questi risultati pongono il problema del ruolo, durante il sonno REM e non REM, che hanno ampie aree associative (temporo-parietali, frontali e limbiche), le quali possono essere considerate responsabili delle funzioni mnemoniche, semantiche, simboliche ed emozionali che caratterizzano l'attività onirica [31, 32, 33, 62, 63, 64, 65, 66, 93, 122, 132].

B)

- É grazie alla stimolazione di varie strutture del cervello, durante il sonno, che l'attività mentale può esprimersi sotto forma di sogno. Questa *rappresentazione pittografica* della mente ovvero il *sogno come teatro* [74, 75, 76, 77, 88] permette di ritenere che il sogno stesso attivi un processo interno solo apparentemente caotico, giacché denso di significati riferibili anche alla storia affettiva ed emozionale (quindi pure culturale) del soggetto. Inoltre i pensieri, le percezioni e le emozioni del sogno, originali per ciascun individuo, permettono al *linguaggio gergale onirico* di fare da tramite: da un lato ad arcaiche esperienze (dovute ai legami affettivi primari) [21] e dall'altro vissuti più recenti derivabili anche dal contesto culturale di appartenenza.

- Lo studio sistematico dei contenuti dei sogni mostra inoltre che le *emozioni dominanti sono l'ansia o la paura*. Ciò fa ritenere che questi processi psicobiologici si riferiscano all'amigdala e all'ipotalamo, che sono attivati durante la fase del sonno associata ai sogni. In questo caso il sogno potrebbe essere considerato analogamente ad una *situazione psicotica fisiologica*, che viviamo nel *registro della notte*. Qualora invece i deliri e le allucinazioni emergessero nel *registro del giorno*, essi dovrebbero essere ritenuti *pseudo sogni* a netta rilevanza clinica (esempio psicosi), o riferibili a stati di coscienza alterati in contesti culturali particolari [11, 12, 127].

C)

- La *qualità fantastica dei sogni*, e in particolare le emozioni intense degli incubi, sembrano non solo aprirsi ad un'interpretazione, ma costituire la chiave di lettura di motivazioni inconscie e di altre istanze profonde (sesso, cibo, aggressività, ecc.) [70]. I neuroscienziati ritengono che, nel prodotto dell'attivazione spontanea del cervello durante il sonno, il sogno riveli una componente soggettiva: ciò sarebbe il tentativo del cervello/mente di trovare significato in una situazione apparentemente insensata e in quanto il sogno è individuale, dimostrerebbe altresì un *senso di tipo scientificamente olistico* [33, 65]: (vi sono da sottolineare le differenze tra olisto scientifico e olisto vitalistico) [3, 4, 6, 10, 105].

- Altri punti non trovano completamente d'accordo le ipotesi dei neurobiologi e di taluni psicologici. Ciò riguarda i presupposti che: a) le immagini dei sogni siano necessariamente simboli che coprano significati nascosti o sepolti e che b) i simboli onirici abbiano significati universali o perlomeno strutturali, invece che strettamente individuali ed ancor più improntati ad un radicale relativismo culturale (peraltro non condiviso da chi scrive) (Par. V) [111, 114, 115, 116].

Al riguardo, mentre Freud [44] causalisticamente pensava che i sogni fossero il modo in cui la psiche (= mente) esprime le pulsioni sessuali e aggressive masche-

randole con immagini simboliche, Adler riteneva invece [3, 4, 5, 6, 10, 61] che i sogni dovessero corrispondere non solo a esperienze arcaiche, ma pure a quelle relazionali [121], attuali, socio-culturali, con una tendenza finalistica. La *congettura teleonomica* della Psicologia Individuale [4, 102, 103, 104, 105] è in accordo con le ipotesi neurobiologiche, in quanto essa ritiene che i sogni oltre ad inerire ad aspetti strutturali (più naturaldipendenti) [92] rivelino anche aspetti di costruzione mentale (più culturaldipendenti) [85].

- Per la Psicobiologia *lo scopo dei sogni* sarebbe quello di contribuire allo sviluppo del cervello, favorendo il consolidamento della memoria a lungo termine. Pertanto anche qualora i sogni non vengano ricordati, essi migliorerebbero la memoria ed incrementerebbero le funzioni cognitive superiori [25, 26].

Viceversa, qualora si stimoli eccessivamente il sistema aminergico (ad esempio con l'assunzione di alcool e di alcune droghe), si altererebbe il sonno REM, creando un *debito di sogno*. Le anomalie del processo del sonno REM potrebbero indurre successivamente ad un *pagamento del debito di sogno*, sino a realizzare sotto il profilo clinico, una *psicosi onirosimile*.

Come abbiamo visto, il sonno REM è essenziale perché induce nel cervello attività che *consolidano la memoria e l'apprendimento*, anche attraverso la qualità emotiva dei sogni. Ciò pone le *basi psicobiologiche della nostra unicità* (olismo scientifico), in quanto il cervello-mente fornirebbe un senso di consapevolezza e di storia personale: e ciò *in itinere* giacché le connessioni tra le cellule non sono stabilite una volta per tutte, ma si possono modificare con la memoria, l'esperienza e con l'apprendimento (e quindi con la psicoterapia) [104] (Par. V-VI).

Tali considerazioni sono importanti per l'argomento concernente la "coscienza autoriflessiva" cioè i *qualia*, di fronte a cui non esistono almeno attualmente delle spiegazioni scientifiche [31, 32, 33, 63, 64, 65, 66, 67].

III. *Aspetti psicopatologici clinici e psicoterapeutici*

A)

- L'ipotesi che il sogno nell'ambito del complesso *metabolismo onirico* sia rapportabile alle interazioni fra geni ed ambiente [26, 31, 53], ha trovato riscontro nelle ricerche sull'evoluzione e sullo sviluppo del cervello [25, 33]: sia in riferimento ai disturbi dell'attaccamento e della perdita [21], sia circa l'impatto della Psicoterapia sul S. N. C. [83, 84]. Tali evidenze sono state dimostrate anche attraverso le attuali tecniche di *Brain-imaging funzionale*, che hanno posto in luce la sorprendente plasticità presente a livello del sistema nervoso.

- I contributi di Kandel [63, 64, 65, 66, 67], oltre ad avere un potenziale euristico, come sottolinea Mancia [74, 75, 76, 77], dimostrerebbero che le Psicoterapie analitiche sarebbero in grado di influenzare in maniera significativa l'espressione proteica dei geni. Ne deriva presumibilmente: a) che *Natura e Cultura* [33, 91] si influenzino reciprocamente; b) che i disturbi mentali non possano essere considerati completamente innati, ma ipotizzino l'influenza che ha il contesto socio-culturale sull'espressione genica [45, 46, 47, 48]; c) che le ricerche sui *Neuroni Specchio* costituirebbero un ulteriore passo avanti nello studio psicobiologico [50, 97] anche circa la coscienza autoriflessiva [42].

- Nei rapporti tra mente e cervello, [45, 46, 47, 48, 80, 83, 84], si registra l'importanza che hanno *quattro reti associative*: le trasformazioni delle quali, costituirebbero la *funzione curativa primaria* delle Psicoterapie analitiche. Specificatamente a) la *prima rete* riguarda gli affetti e le rappresentazioni; b) la *seconda rete* il deposito dei desideri inconsci; c) la *terza rete* le modalità patologiche inconse; d) la *quarta rete* i desideri, le difese e le angosce.

È pure in rapporto a quanto sopra detto che si insiste oggi sulle cosiddette *multi-level theories* secondo le quali molti processi emotivi-affettivi appartengano alle memorie implicite, ma sono in grado comunque di influire sul comportamento e sul pensiero, pur restando al di fuori dalla coscienza [70, 76].

- Le ipotesi della *neurobiologia interpersonale* [25, 26, 42, 54, 70, 71, 126] hanno pure un'altra serie di risvolti interessanti. Tra questi le relazioni significative interindividuali ed intersoggettive [126], sono differenti in culture diverse [11, 12, 13] a seconda che si basino su una *comunicazione collaborativa* sintonizzata in contesti familiari, educativi, culturali positivi [78]: oppure che siano frutto di una *comunicazione frammentata*, immersa in ambiti familiari ed in contesti socio-culturali patogeni [79].

L'impostazione delle neuroscienze rispetto alle psicoterapie riguarda pure lo studio dei cambiamenti neurofunzionali successivi ad interventi psicoterapeutici [22, 23, 36, 43, 47, 48, 65, 84, 122]. Ciò potrebbe spiegare sempre di più i meccanismi neurobiologici, individuando le funzioni, le strutture, i marker [26], orientando la scelta opportuna delle strategie terapeutiche anche per quello che riguarda gli aspetti psicologici individuali e interculturali. Come si può notare la *componente scientifico-esplicativa* della psicoterapia, è complementare alla *componente empatico-comprensiva* [51, 121, 124, 127] (Par. I).

B)

- Tali constatazioni riguardano strettamente i *modelli teorici e pratici che si riferiscono alle psicoterapie*: queste sono infatti basate su una relazione d'aiuto [51, 80, 82, 107, 115] riferibile sia ai "fattori aspecifici" sia a quelli "specifici" degli

interventi [107], i quali si incentrano, a vari livelli, con particolare pregnanza nel *coinvolgimento dell'analista con il suo paziente* [51, 52, 86]. In questo caso si giungerebbe ad una *revisione dello stile di vita, "come se" la Psicoterapia dovesse essere metaforicamente un abito da farsi su misura*: il che comporta nuove identità dell'analista [35] perché egli possa immedesimarsi anche a livello della *componente culturale* del suo paziente [52, 85, 86, 104, 105].

Si ritiene oggi che il modello della Psicologia Individuale Comparata possa evolvere e fornire una serie di risposte utili: sia perché esso è attento alla *spiegazione oggettiva*, sia perché è volto alla *comprensione soggettiva* e quindi all'*individuo nella sua unità e totalità (self identity)* [104].

C)

- Ciò permette di affrontare una *articolazione dinamica unitaria* analoga ad una *forma di apprensione* [62], che elimina le radicali contrapposizioni tra "spiegazione della natura" e "comprensione dello spirito" [30, 61, 62, 100, 130] e che considera il dialogare fra *lo spiegare ed il comprendere, riunito nel capire* [62]. Presumibilmente tale concezione di Jaspers è ancor meglio illustrata dalla *comprensione esplicativa*, utilizzata per le "Scienze Culturali" da Max Weber [101-131]. Quest'ultima dizione potrebbe essere ulteriormente articolata in un'*imposizione finzionale* [129], quale *comprensione/esplicativa/come se*.

Lo schema teorico-pratico proposto è strettamente aderente alla Psicologia Individuale Comparata, lungo la linea direttrice della evoluzione culturale [11, 12, 14, 22, 111, 112, 113, 114, 115, 116]. Ciò che sarebbe interessante indagare è l'eventuale comparazione dei sogni tra le culture tradizionali e la cultura della postmodernità [34]: nelle prime [12, 56, 59] il sogno potrebbe orientare le culture, mentre nelle seconde potrebbe essere la cultura ad orientare il sogno.

Se l'individuo umano è come un tutto [61], si può tendere ad una *comprensione dei contenuti dei sogni*: quali espressione dello stile di vita; quali situazioni accidentali al di là di una radicale determinazione; quale simbolizzazione in rapporto eventuale ad inferenze auto-etero suggestive.

IV. *Proposte sulle componenti cultural-genetiche del sogno*

A)

- La domanda che ora ci si pone è quale relazione possa esistere tra il sogno studiato: a) dalle neuroscienze; b) dalle scienze cognitive; c) dalla psicoanalisi e dalle altre psicologie dinamiche (come quella adleriana), in considerazione del fatto che il sogno possa venire influenzato dalla diversità dei contesti culturali oltretutto dal tipo di psicoterapia [11, 12, 13, 79, 100, 101, 105, 128].

• Negli ultimi cinquant'anni anche la teoria psicoanalitica classica ha subito una profonda trasformazione, con il passaggio da un modello pulsionale ad un modello relazionale della mente, che valorizza la storia personale, affettiva ed emozionale del soggetto, a partire dalla *costruzione dei legami affettivi* primari che il bambino ha con la madre nonché dell'*immersione nell'universo preinterpretato della cultura di appartenenza* [22, 79, 80, 102, 103, 105, 108, 109, 111]. Queste prime esperienze, incluse quelle traumatiche, sono depositate nella *memoria implicita*, sicché di esse non possiamo serbarne un ricordo cosciente: le strutture necessarie alla *memoria esplicita* o autobiografica non maturano infatti prima dei 2-3 anni di età. Peraltro queste esperienze preverbalì e presimboliche inconse, condizioneranno la vita affettiva, emozionale, sessuale e cognitiva dell'adulto.

Si ipotizza che il sogno riesca a dare una forma simbolica a vissuti originariamente presimbolicì [73] e di conseguenza permetta di esprimere a parole, ciò che faceva parte di vissuti preverbalì. In virtù di questo processo, il sogno anche senza il ricordo esplicito, può depositare emozioni nella memoria implicita (vale a dire nell'inconscio).

Il sogno sognato, ricordato, narrato e contestualizzato [126] nell'ambito di una psicoterapia, diventa così un *processo di teatralizzazione* [56, 88, 93], di emozioni e di affetti radicati nei vissuti del soggetto.

Sicché il sogno va inteso a) come una situazione trasferita dal passato al presente; b) come una proiezione nel presente di oggetti interni dell'individuo, ossia di sue rappresentazioni arcaiche cariche di affetti; c) come *linea direttrice prospettica*. Nel rapporto terapeutico il soggetto può pertanto rappresentare nel sogno: a) lo stato delle sue immagini interne (la dimensione intrapsichica del sogno); b) la relazione con gli altri (la dimensione intersoggettiva del sogno); c) il rapporto con il mondo esterno (la dimensione ambientale del sogno).

B)

• Le componenti culturali del sogno attengono ad almeno a tre aree di indagine: a) *la prima* si riferisce ad una *interpretazione sociologica* classica del sogno e alla sua *interpretazione psicodinamica*. Ciò porta ad esaminare la funzione del sogno in un'ottica antropologico-transculturale, ed è rapportabile al *sistema dell'identità (self-identity)*; b) *la seconda* si riferisce agli argomenti di discussione *sul sogno come funzione della cultura sociale* e della *cultura di appartenenza* (in questo caso la postmodernità) [22, 23, 34, 95, 109, 130]. I contenuti manifesti del sogno non sempre sono precisi segnalatori semeiologici di interdipendenza tra il sogno stesso e lo stile di vita individuale. Ciò che entra nel metabolismo onirico non è tanto la *decostruzione della cultura* quanto la *cultura della decostruzione*.

Tale area è ciò che emerge nell'*enactment* (Par. V); c) *la terza* si riferisce all'etnocentrismo del sogno nel contesto di un *transculturalismo onirico* [12, 13, 14, 128].

- La Psicologia Individuale Comparata inerisce (oltreché agli aspetti neurobiologici) ad una psicosociologia del sogno di tipo culturale, e si avvale di metodiche rivolte al *folklore* ed al *mito*. Il che permette una ricostruzione originale della simbologia del mito [73, 79]. L'individuo e la collettività si confrontano con la struttura sociale di appartenenza e con la cultura che sottende tale struttura, in interazione continua col paziente ed in una *prospettiva teleonomica* [86, 89, 113, 114, 115]. Sicché *l'identificazione (o immedesimazione) culturale* è importante per riuscire a compiere una corretta operazione di tipo psicoterapeutico, sia individuale che di gruppo.

C)

- L'abbozzo concettuale che qui si è fatto sull'argomento del Sogno, tra Neuroscienze, Psicoterapie e Cultura rende necessario utilizzare (Par. I) *termini intermedi* dati dal *linguaggio* e dal *mondo dei significati* [19, 58, 59, 90, 91]: giacché essi possono rappresentare sia la materialità della mente, sia la psichicità del soma, sia la culturalità dell'individuo. Emerge qui appieno quella che è una *metamorfosi* considerata a livello della analisi dei sogni (Par. IV B) tra il *linguaggio gergale onirico* (Par. I) e il *linguaggio analitico culturalizzato* nell'ambito delle psicoterapie.

Se nel registro della notte il sogno, ma anche l'intero sonno, costituiscono un *continuum* in cui vi sarebbe un assorbimento della natura nella cultura, e viceversa, attraverso una costante rimappatura cerebrale [65, 66, 67] anche gli equivalenti onirici del sogno, quali gli "stati alterati di coscienza" [126], così importanti per le culture tradizionali [11, 12, 13], non rivestono necessariamente un'etichetta di alienazione. Il problema evidente nella nostra società è invece quello che l'introiezione di alcuni aspetti della postmodernità (ivi comprese le arti figurative, i nuovi miti, eccetera) possano entrare nel metabolismo del sogno, e che possano in seguito essere interpretati nell'ambito delle psicoterapie [52, 86, 89] (Par. V e VI).

V. Postmodernità, Evoluzione delle Psicoterapie e Psicologia Individuale Comparata

A)

- I temi caratteristici del *pensiero moderno* (della fine del XIX e di parte del secolo XX) avevano come matrice un fondamento condiviso, un'epistemologia generale delle "grandi verità"; un pensare la storia come il succedersi di eventi e di fasi progressive, tendenti ad un fine positivo [56, 57, 89, 95]. Ed ancora si era

ritenuto che la Scienza avrebbe dovuto coincidere con la Ragione e con il Progresso della Cultura (intesa qui come Civiltà) [7, 100]. È qui che si radica la “teoria del sogno” di Freud [44].

La crisi della epistemologia ha portato ad una frantumazione della stessa: ma ciò significa tenere in conto lo scacco del modernismo e le sue promesse di universalismo umanitario, coll’avvento di un’economia post-industriale e con l’esplosione della tecnoscienza e dei mass-media [121].

Attualmente ciò significa pure che l’evoluzione culturale occidentale ha messo in crisi taluni assunti della psicoanalisi tradizionale [34] e che il cosiddetto “momento di incontro” (*now moment*) è molto affine alla conoscenza relazionale implicita, all’empatia, all’incontro creativo col deficit, al rapporto interpersonale autentico: così come inteso anche dall’adlerismo [38, 39, 86, 87, 105].

- La fine della modernità coincide quindi con una *mutazione culturale* [22] negli ultimi decenni del XX secolo e contrassegna un periodo di transizione analogo ad altri periodi storici quali il Medio Evo, il Rinascimento, la Rivoluzione Francese e la Modernità.

La *postmodernità* sarebbe caratterizzata, per l’eclettismo ed il pluralismo, vale a dire per una dissoluzione dei grandi discorsi ideologici, che sarebbero stati rimpiazzati sia da un decostruzionismo [7, 16, 40, 97, 120] inserito nel quotidiano degli individui, sia da un’attitudine pragmatica di fronte al sapere [1, 7, 18, 23, 34, 49, 72, 95].

Due *effetti imprevisti* della postmodernità, i consumi di massa e l’uomo delle tecnoscienze, sarebbero il *cuore* della cultura postmoderna. Inoltre l’individuo immerso nella postmodernità avrebbe talune *caratteristiche comuni* cultural-dipendenti: pensiero della erraticità; destabilizzazione del Self; vita liquida [16]; avventure della differenza [130]; dittatura dell’individuale coniugata ad una sorta di nichilismo (analogo alla Volontà di Potenza adleriana); neotribalismo, consistente nell’adesione dell’individuo a gruppi di persone che condividono i suoi valori (anche se disculturanti); nomadismo sociale (si constata nei gruppi al seguito di concerti pop, eccetera).

- Il contesto culturale della postmodernità è interiorizzato dall’individuo attraverso il filtro della sua soggettività, della sua storia personale e dal già citato *universo preinterpretato* (Par. IV), trasmesso per osmosi generazionale dalla cultura della famiglia e della società [11, 12, 13, 79, 101, 106, 108, 109].

Come prima detto, anche la *cultura delle psicoterapie* e degli stessi terapeuti [35] (correlabile alle pratiche cliniche) esprime originali rinnovamenti, sebbene que-

sti non siano sempre da condividerli [54, 95]. Emergono tuttavia nuovi schemi che radicati nella tradizione, pur limitando gli eccessi di un relativismo estremo, propongono nuove soluzioni [108, 109, 110, 111, 112, 113]. La *Psicoanalisi Relazionale* ad esempio [80] si pone non solo come un antidoto al pericolo di una frammentazione caotica, ma pure come cambiamento di taluni aspetti nelle psicoterapie [103, 126]. Una prospettiva analoga è quella del *modello relazionale dei cognitivisti* per i quali il termine *Intersoggettivo* indica l'interazione tra due soggettività [8, 71].

Risulterebbe in generale che non tanto l'“insight” sia prioritario per il cambiamento in psicoterapia, quanto lo “scambio emotivo-affettivo”, cioè il coinvolgimento empatico [19, 20, 38, 51, 52, 80] nella “relazione terapeutica” [8, 38, 50, 71, 121]: che per lo più resta sullo sfondo degli “organizzatori inconsci” tra paziente e analista [34, 38, 39].

Potremmo dire che nella prospettiva delle ipotesi relazionali, l'attenzione si sposta verso alcuni elementi del processo psicoterapeutico: il disvelamento, la rinuncia ai desideri infantili, il ruolo degli affetti nella strutturazione del Sé, la presa di consapevolezza, l'accentuazione della componente cognitiva del valore dell'esperienza relazionale: sino ad immettere dei *microagiti* che fanno parte dell'*e-nactment* [41, 89]. È curioso peraltro registrare come l'analisi dei sogni da talune metodiche venga pressoché tralasciata come se i “processi di mentalizzazione” potessero trascurare il materiale onirico [14].

B)

- Da queste complessità [81] emerge come non vi sia un'unica posizione nell'*evoluzione delle psicoterapie* rispetto alla *cultura postmoderna*, né vi sia un'unica teoria generale ad essa sottesa anche di stampo evoluzionistico [27, 103, 105, 111, 126].

Alcuni Centri di studio americani di psicoanalisi, in collaborazione con Istituti di neurofisiologia, si stanno occupando di temi comuni: la coscienza [28], i processi inconsci, la memoria autobiografica, gli affetti, le motivazioni, lo sviluppo mentale infantile ecc. Ciò che qui preme sottolineare è che oltre ad un rinnovato interesse verso gli studi sul sogno, vi sono ricerche interdisciplinari su argomenti quali l'associazione tra psicoterapia e psicofarmacologia, l'eziopatogenesi ed il trattamento dei disturbi mentali, eccetera [26, 36, 46, 47, 48].

- Sicché la cultura postmoderna, non più intrisa di “grandi narrazioni” [23, 27] crea nuovi assetti antropologici [91, 92] che presumibilmente potrebbero in qualche modo essere introiettati e riprodurre variazioni strutturali in alcuni tipi di memoria base per l'espressività manifesta del sogno. In tale direzione sono da rilevarsi alcune difficoltà ad evocare i sogni in soggetti ad andamento somatizzante [78] e forse anche in disturbi borderline di personalità (Par. VI).

- Anche la Psicologia Individuale Comparata è oggi intenta a riformulare il suo modello teorico-pratico nell'ambito della *compatibilità, comparabilità e plausibilità*, non solo rispetto agli *studi delle neuroscienze* [85, 86, 125], ma pure in accordo con la *psichiatria culturale* [9, 13, 128] ed in correlazione con i molteplici *indirizzi psicoterapeutici*. Ciò porta ad un modello interdisciplinare il quale fa sì che le terminologie stesse non siano più univoche, pure da parte dei filosofi della scienza e dei filosofi della mente [1, 7, 40, 60, 70, 98, 119, 120, 125].

La *crisi* della valutazione neopositivistica tra scienza e tecnica [53] diviene un ingrediente della post-modernità [18, 45, 72, 91, 130]. Come si può constatare la molteplicità degli indirizzi che segnano la crisi dell'epistemologia porta ad una *complessità del sapere* [81] e ad una innovatività del pensiero che comunque devono avere dei punti fondativi per un approccio alla questione.

Nel saggio su la "Condizione postmoderna", Lyotard [72] cerca una connotazione sociologica [99] coll'avvento della *società della comunicazione* e di una *società più complessa* che consenta l'emergere delle differenze e delle sub-culture [102, 113, 114, 116], in una continua oscillazione tra interpretazione/appartenenza/differenza/spaesamento [96, 99, 130] e critica costruttiva [100]. La società postmoderna (grazie anche ad un "cammino verso il linguaggio") [58] diventa comunque una *prevalente società dell'informazione* più che non della *comunicazione* [53], in cui la tecnica assume un carattere immateriale, con una differenziazione dai procedimenti tecnici della società industriale [99, 100]. Ciò potrebbe comportare la diffusione priva di un centro fisso, in analogia ad una *vita liquida* [16] che può muoversi in direzioni molteplici.

Nella "società postmoderna", vi è tuttavia un riconoscimento della *pluralità delle culture* [11, 113] differente da un pluralismo radicale, reso possibile dallo sviluppo sia delle neurobiologia, sia della psichiatria clinica e culturale, sia dalle psicoterapie [9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 22, 23, 90, 91, 111, 112, 113, 125]. Il *modello di rete* [104] ed il *paradigma bio-psico-sociale* [36, 111] sono schemi che garantiscono comunque un'articolazione sufficientemente interdisciplinare, interattiva e compatibile: con le scienze della natura, con le scienze dello spirito e con le scienze socio-culturali, la cui complementarità è oggi giorno fondazionale per un *approccio comprensivo-esplicativo anche del sogno* (Par. I-II).

- La *cultura postmoderna*, come già in precedenza ricordato, influenza sia il sogno, sia i "percorsi dell'interpretazione" dello stesso [94, 95, 96]. Il flusso continuo di interazioni fra terapeuta e paziente nel fluire del transfert e controtransfert [86] è caratterizzato non solo da un *coinvolgimento empatico* [19, 20, 52], ma pure da un *intreccio di microazioni*, tale da far evolvere lo stesso *status/ruolo dell'analista* [35, 89].

L'accezione "en-act-ment" ha uno specifico significato nel *processo terapeutico*, quale consapevole intenzionalità controtransferale attiva (specie per quanto riguarda il paradigma relazionale di linea psicoanalitica) [89]. La Psicoterapia Individuale Comparata considera l'*enactment* una metodica da utilizzare in modo specifico e che comunque debba essere interpretata qualora vi sia la fruibilità di *porla in atto* (in situazioni di crisi, in momenti di stallo, in quadri clinici particolari, eccetera) [36, 39, 68, 102, 104, 107, 118]. Alla pari dell'*enactment* l'interpretazione clinica dei sogni [53, 75] può essere infatti un momento privilegiato interindividuale, oltre che una *via regia* verso l'inconscio [44]: entrambe fanno progredire pure gli aspetti teorici delle indagini sulla mente [8, 27, 28, 38, 42, 70, 76, 79, 91, 125].

VI. Nuova centralità dei sogni e memoria del futuro

A)

Un rapporto tra la postmodernità e la psicologia dinamica attuale [34, 36, 47, 48, 51, 55] potrebbe prendere spunto dalle nuove *malattie dell'anima* [68, 133], che si caratterizzano per *microagiti, somatizzazioni, riduzione dei processi di simbolizzazione* (Par. V).

In questo senso il sogno acquisisce una rinnovata centralità anche nella ricerca [75] in una sorta di *ritorno al futuro* [17]: giacché nei prossimi decenni si presume che i processi mentali (e perciò quelli onirici) possano essere prioritari nell'ambito delle neuroscienze, della psicopatologia, delle psicoterapie e del transculturalismo [1, 2, 22, 24, 29, 43, 46, 47, 49, 94, 97, 128, 133].

La tendenza agli agiti, i rischi di psicosi, i disturbi borderline di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, le obesità, le sintomatologie di tipo psicosomatico e le tossicomanie in generale (d'oggetto o dovute a sostanze d'abuso): potrebbero essere posti in riferimento all'assorbimento della cultura postmoderna nell'ambito del funzionamento individuale; al modo di simbolizzazione (non tanto riferibile al principio del piacere quanto della compulsione al ripetere); alla riduzione della mentalizzazione [14].

Per quanto riguarda l'*analisi dei sogni*, essi compirebbero esattamente un percorso opposto a quello del lavoro onirico (*dal basso in alto*): l'interpretazione [96] porterebbe ai contenuti latenti attraverso l'analisi dei contenuti manifesti (*dall'alto in basso*). Invece per altri modelli i contenuti latenti sarebbero non solo la vera sostanza del sogno, ma anche della complessità fisiopsicopatologica della mente [70, 74, 80, 88, 96, 97, 117].

È altresì opportuno proporre e rinnovare schemi concettuali [29, 42, 45, 97, 126] per affrontare questi argomenti [54, 109, 118]. Si paventa che le stagnazioni, le immobilizzazioni, le regressioni potrebbero infatti portare ad una frammentazione della *self identity* [104].

B)

Pure la Teoria e la Prassi della Psicologia Individuale Comparata sono in cambiamento [39, 61, 87, 109, 118]. Le modificazioni psicopatologiche comportano un utilizzo di nuove tecniche (Par. V). Esse sono da applicarsi nella misura in cui siano sufficientemente teorizzate e validate, in rapporto al cambiamento dei quadri clinici e non siano il frutto di improvvisazioni, ma di innovazioni consapevoli: scovre da *malpratiche terapeutiche* [106]. Esse devono essere inoltre rispettose dei molteplici orientamenti spirituali, religiosi, valoriali dei pazienti, attenti e coerenti con i principi etico-deontologici [11, 16, 35, 36, 37, 111, 112, 128].

Il sogno nel rapporto transferale/controtransferale [86], quasi a livello di oggetto transizionale, ritrova nell'approccio clinico ed analitico [37], la densità dei suoi significati. È peraltro opportuno tenere conto delle ricerche neuroscientifiche e delle variazioni delle metodiche [37], nell'ambito della postmodernità. È auspicabile che ulteriori indagini a tutto campo, si correlino nel futuro [29, 115, 118] ai molteplici setting operativi negli specifici contesti culturali.

C)

Per un *superamento critico della postmodernità* [57], più che ad un *nuovo umanesimo* [65], che potrebbe avere un sapore di tipo riduzionistico, sarebbe opportuno orientarsi verso un *autentico interesse circa l'individuo*, analogo al *sentimento sociale* degli adleriani [3, 4, 5, 6, 82, 86], che renda pregnante un approccio comprensivo-esplicativo: non si dovrebbero quindi ridurre le esperienze umane ad un ideologizzato biologismo (mente biologica) o sociologismo (mente sociale) o psicologismo radicale, ma sarebbe auspicabile cogliere l'*ascolto dell'altro da noi* e offrire una *fornitura di presenza*, attraverso un'identificazione culturale (mente culturale). Ciò restituirebbe i significati profondi dell'esistenza, non in antitesi tra i vari modelli psichiatrici, ma in una articolazione attraverso un comunicare (anche complesso) [81] che recuperi il senso dell'umana presenza [110, 111].

Bibliografia

1. ABBAGNANO, N. (1979), *Questa pazza filosofia, ovvero l'Io prigioniero*, Nuova, Milano.
2. ADENZATO, M., MEINI, C. (a cura di, 2006), *Psicologia Evoluzionistica*, Bollati Boringhieri, Torino.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual-Psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale Comparata*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. fr. *Le sense de la vie. Étude de psychologie individuelle*, Payot, Paris 1950.
5. ADLER, A. (1936), On the Interpretation of Dreams, *Int. J. Individ. Psychol.*, II, in Emil A. Gutheil: vedi.
6. ADLER, K. (1967), La Psicologia Individuale di Adler, in WOLMAN. B. L. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche analitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974, 12: 319-360.
7. AGAZZI, E. (1976), Criteri epistemologici delle discipline psicologiche, in SINI, G. (a cura di), *Problemi epistemologici della psicologia*, Vita e Pensiero, Milano.
8. AIRENTI, G. (2003), *Intersoggettività e teoria della mente. Le origini cognitive della comunicazione*, Bollati Boringhieri, Torino.
9. AM, PSYCH. ASS. (2002), *Cultural Assessment in Clinical Psychiatry*, tr. it. *Psichiatria Culturale. Un'introduzione*, Cortina, Milano 2004.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
11. BARTOCCI, G. (a cura di, 1990), *Psicopatologia, Cultura e Dimensione del sacro*, Vol. 2, Liguori, Napoli.
12. BARTOCCI, G. (2004), Transcendence, Technique and Psychobiological Mechanism Underling Religions Experience, *Mental Health Religion & Culture*: 171-181.
13. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DE FONZO, M. D. (1998), In OKPAKU, S. O. (Ed.), *Clinical Method in Transculturale Psych.*, *Am. Press., Wath. D. G.*, 16: 32-35.
14. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorders. Mentalization. Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia col paziente Borderline*, Cortina, Milano 2006.
15. BATESON, G. (1979), *Mind and Nature. A Necessary Unity*, tr. it. *Mente e natura*, Adelphi, Milano 1984.
16. BAUMAN, Z. (2005), *Liquid Life*, tr. it. *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari (2006).
17. BION, W. R. (1975), *A Memoir of the Future. The Dream*, tr. it. *Memoria del futuro. Il Sogno*, Cortina, Milano 1993.
18. BOISVERT, Y. (1995), *Le postmodernism*, Boréal, Québec.
19. BOLOGNINI, S. (2006), Empatia (2), in BARALE, F. et ALII (a cura di), *Psiche. Dizionario Storico di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*, Einaudi, Torino, I: 387-392.
20. BONINO, S. (2006), Empatia (1), in BARALE, F. et ALII (a cura di), *Psiche. Dizionario Storico di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*, Einaudi, Torino, Vol. I: 384-386.
21. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. 1°, Boringhieri, Torino 1976.

22. CAVALLI SFORZA, L. L. (2004), *L'evoluzione della cultura*, Codice, Torino.
23. CESERANI, R. (2006), *Raccontare il postmoderno*, Bollati Boringhieri, Torino.
24. CHURCHLAND, P. S. (1986), *Neurophilosophy*, Mass., MIT Press, Cambridge.
25. CONLAN, R. (a cura di, 1999), *States of Mind. New Discoveries about How our Brains, Make us Who we Are!*, tr. it. *La mente biologica. Nuove frontiere tra psicologia e neuroscienze*, C.S.E., Torino 2001.
26. COZOLINO, L. J. (2002), *The Neuroscience of Psychotherapy. Building and Rebuilding the Human Brain*, Norton & Co., New York-London.
27. DE PALMA, A., PARETI, G. (a cura di, 2004), *Mente e corpo. Dai dilemmi della filosofia alle ipotesi delle neuroscienze*, Bollati Boringhieri, Torino.
28. DENNETT, D. (1991), *Consciousness Explained*, tr. it. *Coscienza, che cosa è*, Rizzoli, Milano 1993.
29. DI CHIARA, G., NERI, C. (a cura di, 1993), *Psicoanalisi futura*, Borla, Roma.
30. DILTHEY, W. (1883), *Einleitung in die Geisteswissenschaften*, tr. it. *Introduzione alle scienze dello spirito*, La Nuova Italia, Firenze 1974.
31. EDELMAN, G. M. (1987), *Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Groups Selection*, tr. it. *Darwinismo neurale. La Teoria della Selezione e dei Gruppi Neurali*, Einaudi, Torino 1995.
32. EDELMAN, G. M. (1992), *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*, tr. it. *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano, 1993.
33. EDELMAN, G. M. (2006), *Second Nature (Brain Science and Human Knowledge)*, tr. it. *Secondo natura. Scienze del cervello e conoscenza umana*, Cortina, Milano 2007.
34. FALONE, D., ZUCCONI, S. (a cura di, 2004), Post-modernità. L'influsso del post-moderno sul dibattito psicoanalitico contemporaneo, *Gli Argonauti*, 8: 5-112.
35. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello Psichiatra*, C.S.E., Torino.
36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*, C. S. E., Torino.
37. FASSINO, S., DEL SEDIME, M. et ALII (2005), Psicoterapia e Neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 99-124.
38. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività tra Adlerismo e Teoria della Mente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
39. FERRIGNO, G. (2006), Alfred Adler fra tradizione e cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 3-4.
40. FEYERABEND, P. (1970), *Against Method. Outline of Anarchist Theory of Knowledge*, tr. it. *Contro il metodo. Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*, in LAKATOS I., MUSGRAVE A. (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano 1979.
41. FILIPPINI, S., PONSÌ, M. (1993), Enactment, *Riv. di Psicoanal.*, 39: 101-118.
42. FISSI, S. (2004), Il gioco degli specchi della coscienza autoriflessiva, *Psicot. e Scienze Umane*, 3: 315-338.
43. FONAGY, P. (1993-2000), Psychoanalysis and Empirical Science, *Int. Rev. of Psychoanalysis*, 9: 125-145.
44. FREUD, S. (1887-1938), *Gesammelte Werke* tr. it. *Opere*, 12 Vol., Bollati Boringhieri, Torino 1967-1980.
45. FULFORD, K. W. (a cura di, 1994), *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, The Johns Hopkins University Press., Baltimore.

46. GABBARD, G. O. (1996), *Clinical Psychiatry in Transition: Integrating Biological and Psychosocial Perspectives*, *Review of Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington, D.C.
47. GABBARD, G. O. (2001), *A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy*, *Br. Journal Psych.*, 177: 117-122.
48. GABBARD, G. O. (2004), *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*, tr. it. *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica*, Cortina, Milano 2005.
49. GADAMER, H. G. (1960), *Wahrheit und Methode*, tr. it. *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.
50. GALLESE, V. (2003), *La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico*, *Networks* 1: 24-47.
51. GILL, M. M. (1983), *The Interpersonal Paradigm Contemporary Psychoanalysis*, tr. it. *Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta*, *Psicot. e Scienze U.*, 1995, 3: 5-44.
52. GIOVACCHINI, P. L. (1989), *Countertransference. Triumphs and Catastrophes*, tr. it. *Controtransfert, Trionfi e Catastrofi*, Armando, Roma 1997.
53. GIUDITTA, A. (2007), *Sonno e sogno. Scienza e tecnica*, *Enc. It. Treccani*, Vol. 2: 511-518.
54. GIUSTI, E., MONTANARI, C., MONTANELLA, G. (1995), *Manuale di Psicoterapia Integrata. Verso un eclettismo teorico-metodologico*, Angeli, Milano.
55. GREEN, A. (2002), *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine. Meconnaissance et reconnaissance de l'inconscient*, tr. it. *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Cortina, Milano 2004.
56. GUTHEIL, A. M. (1951), *The Handbook of Dream Analysis*, tr. it. *Manuale per l'Analisi del Sogno*, Astrolabio, Roma 1972.
57. HABERMAS, J. (1976), *Kultur und Kritik. Verstrenkte Aufsätze*, tr. it. *Cultura e critica*, Einaudi, Torino 1980.
58. HEIDEGGER, M. (1959), *Unterwegs zur sprache*, tr. it. *In cammino verso il linguaggio*, Mursia, Milano 1973.
59. HOBSON, J. (1988), *The Dreaming Brain*, tr. it. *La macchina dei sogni. Come si crea nel cervello il senso e il non-senso del sognare*, Giunti, Firenze 1992.
60. HOBSON, J. (2002), *The New Mind Science*, tr. it. *La scienza dei sogni. Alla scoperta dei segreti del sonno*, Mondadori, Milano 2003.
61. HOFFMAN, E. (1994), *The Drive for Self. Alfred Adler and the Founding of Individual Psychology*, Typesetters, Austing, Texas.
62. JASPERS, K. (1913-1959), *Allgemeine Psychopathologie (VII Ed.)*, tr. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
63. KANDEL, E. R. (1998), *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, *Am. J. Psychiatry*, 155: 457-469.
64. KANDEL, E. R. (1999a), *Apprendimento, memoria e interruptori genetici*, in CONLAN, R. (a cura di), *States of Mind. New Discoveries about How our Brains Make us Who we are*, tr. it. *La mente biologica. Nuove frontiere tra psicologia e neuroscienza*, C.S.E., Torino 2001, 7-8: 109-131.
65. KANDEL, E. R. (1999b), *Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry, Revisited*, *Am J Psychiatry*, 156: 505-524.
66. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Cortina, Milano 2007.
67. KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. A., JESSEL T. M. (a cura di, 1992), *Principles of*

- Neural Science*, tr. it. *Principi di neuroscienze*, CEA, Milano 1999.
68. KRISTEVA, J. (1993), *Les nouvelles maladies de l'âme*, Fayard, Paris.
69. KÜHN, R., PETZOL, H. (1992), *Psychotherapie & Philosophie: Philosophie als Psychotherapie?*, Verlag, Paderborn.
70. LE DOUX, J. (1999), Il potere delle emozioni, in CONLAN, R. (a cura di), *States of Mind. New Discoveries about How our Brains Make us Who we are*, tr. it. *La mente biologica. Nuove frontiere tra psicologia e neuroscienze*, C.S.E., Torino 2001, 6: 89-108.
71. LIOTTI, G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
72. LYOTARD, J. F. (1979), *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*, Minuit, Paris.
73. MAIULLARI, F. (1978), *Simbolo e sogno nell'età evolutiva (alla luce della psicologia individuale)*, Quad. Riv. Psic. Ind., N. 2, Cortina, Milano.
74. MANCIA, M. (1996), *Sonno e sogno*, Laterza, Roma-Bari.
75. MANCIA, M. (2002), Il sogno tra neuroscienze e psicoanalisi. Introduzione, in RESNIK, S. (1982), *Theatre of Dream*, tr. it. *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007: 7-18.
76. MANCIA, M. (2005), Come il cervello costruisce i sogni, *La Scienza, La mente e il cervello, Tomo 10*: 707-717.
77. MANCIA, M. (2006), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer Verlag, Italia 2007.
78. MARTY, P. (1980), *L'ordre psychosomatique*, tr. it. *L'ordine psicosomatico*, C.S.E., Torino 1986.
79. MEAD, G. H. (1934), *Mind, Self and Society*, Und Chicago Press.
80. MITCHELL, S. A. (2000), *Relationally: From Attachment to Intersubjectivity*, tr. it. *Il modello relazionale dall'attaccamento all'intersoggettività*, Cortina, Milano 2002.
81. MORIN, E. (2000), *Complessità*, Enc. It. Treccani, Roma, App. 2000: 400-412.
82. MOSAK, H. H. (1989), Adlerian Psychotherapy, in CORSINI R. J., WEDDING D. (a cura di), *Current Psychotherapies*, Peacock Pubbl., Ill., 3: 71-116.
83. NANNI, S., ROSSI, R. (2000), Mente e cervello nella psichiatria psicodinamica: l'impostazione di Glen O. Gabbard, *Studi di psichiatria*, 2: 75-78.
84. NIOLU, C., SARCHIOLA, L. (2006), Impatto della Psicoterapia sul Cervello, in SIRACUSANO A., RUBINO J. A. (a cura di), *Psicoterapia e Neuroscienze*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 7: 111-130.
85. OBERST, U., STEWART A. E. (2005), Social Interest: Adlerian Psychology in the Context of Constructivist and Humanistic Theories, *Il Sagittario*, 18: 81-104.
86. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel "setting" adleriano, *Riv. Ind. Psicol.*, 46: 27-41.
87. PARENTI, F. (1984), Analisi dei rapporti fra Fenomenologia, Psicoanalisi e Psicologia Individuale Comparata adleriana, in CAZZULLO C. L. E SINI C. (a cura di), *Fenomenologia, Filosofia e Psichiatria*, Masson, Milano: 141-149.
88. PETRELLA, F. (2007), Sogno (1), *Psiche - Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* (a cura di Barale et al.), Vol. 2, Einaudi, Torino 2007.
89. PONSÌ, M. (2006), Acting (in e out) Enactment, agire, in BARALE et ALII (a cura di), *Psiche. Dizionario Storico di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*, Vol. I, Einaudi, Torino: 7-11.
90. QUINE, W. V. O. (1961), *Philosophy and Logic*, tr. it. *Il problema del significato*, Ubaldini, Roma 1966.

91. RAINONE, A. (1993), *Mente. Il problema mente-corpo e la filosofia della mente*, Enc. It. App. V, Treccani, Roma.
92. REMOTTI, F. (1971), *Levy Strauss: Struttura e storia*, Einaudi, Torino 1977.
93. RESNIK, S. (1982), *Theatre of Dream*, tr. it. *Il teatro del sogno*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
94. REZZONICO, G., LICCIONE, D. (a cura di, 2004), *Sogni e psicoterapia. L'uso del materiale onirico in psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino.
95. RICHARD, H. (1997), *Psychanalyse et postmodernité*, *Psychothérapies*, 17: 223-234.
96. RICOEUR, P. (1969), *Le conflit de l'interprétation. Essai de herméneutique*, tr. it. *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano 1977.
97. RIZZOLATI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quello che fai. Il Cervello che agisce e i neuroni specchio*, Cortina, Milano.
98. RORTY, R. (1979), *Philosophie and the Mirror of Nature*, tr. it. *La filosofia e lo specchio della natura*, Bompiani, Milano 1986.
99. ROSSI, PIETRO (1983), *Cultura e antropologia*, Einaudi, Torino.
100. ROSSI, PIETRO (1999), Restaurazione filosofica e critica della modernità, in ROSSI, PIETRO, VIANO, C. A. (a cura di), *Storia della Filosofia*, Laterza, Roma-Bari.
101. ROSSI, PIETRO (2007), *Max Weber. Una idea di Occidente*, Donzelli, Roma.
102. ROVERA, G. G. (1976), Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana, in AA.VV., *Psicoterapia e Cultura*, Il Pensiero Scientifico, Roma: 74-86.
103. ROVERA, G. G. (1978), Die Individual-Psychologie. Ein offenes modell, *Beitrage Zur Individual Psychologie*, Verlag, München: 157-172.
104. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.
105. ROVERA, G. G. (2002), Das Newtzverkmodell in Individualpsychologie aus erkenntnistheoretischer sicht, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISHHOF, P. K. (a cura di), *Psychiatrie der Lebensabschnitte*, Springer, Wien-New York: 77-96.
106. ROVERA, G. G. (2004a), Iatrogenia e malpratica in psicoterapia, *Riv. Psico. Ind.*, 55: 7-50.
107. ROVERA, G. G. (2004b), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Ind.*, 56: 9-14.
108. ROVERA, G. G. (2005a), Power, Culture, Creativeness Cultural Dimensions of the Creative Power of the self, *Il Sagittario*, 18: 39-60.
109. ROVERA, G. G. (2005b), Psichiatria Transculturale: aspetti teorico-pratici e Nuove Professionalità, *ACTA, Soc. It. Psych. Transc.*, Roma, VI: 1-5.
110. ROVERA, G. G. (2006a), Cultura, potere, spiritualità, *Giorn. It. Psicopatol.*, 12: 5-6.
111. ROVERA, G. G. (2006b), The Biopsychosocial Paradigm: Evolutionism vis-à-vis Creationism, *Cultural Construction of the Spiritual Self*, ACTA, First Int. Congress of Cultural Psychiatry, Pechino.
112. ROVERA, G. G. (a cura di, 1981), *L'approccio transculturale in psichiatria*, ACTA, Primo Congr. Psych. Transc., M.S.L., Torino 1984.
113. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento*, C.S.E., Torino.
114. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., CUMINETTI, C. (1978), Individual-Psicologia, antropologia culturale e transculturalismo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 9: 27-38.
115. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
116. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1979), Problemi sul transculturalismo, in ROVERA

- G.G. et ALII, Il sistema aperto della Individual Psicologia, *Quaderni Riv. Psicol. Indiv.*, 4, 8: 172-221.
117. ROVERA, G. G., FASSINO, S., DI MATTEO, A., RECUPERO, F. (1991), I sogni dei pazienti affetti da disturbo bipolare dell'umore, *Riv. Sper. Franiatria*, 2: 229-252.
118. SCHMIDT, R., SHULMAN, B. (1996), Erwin Ringel e Rudolf Dreikurs: che cosa è rimasto del loro lavoro, in ROVERA G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino 1999, 1B: 8-22.
119. SEARLE, J.R. (1992), *The Rediscovery of the Mind*, tr. it. *La riscoperta della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
120. SHEPHERD, M. (1995), Psychiatry and Philosophy, *British Journal of Psychiatry*, 167: 287-288.
121. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Milano 2001.
122. SIRACUSANO, A., RUBINO, I. A. (a cura di, 2006), *Psicoterapia e Neuroscienze*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
123. SMYTHIES, J.R. (1992), Neurophilosophy, *Psychological Medicine*, 22, 547-549.
124. SOLMS, M., TURNBULL, O. (2002), *The Brain and the Inner World*, tr. it. *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*, Cortina, Milano 2004.
125. STANZIONE, M. (1993), *Mente- Neuroscienze e modelli della mente*, App. V: Enc. It. Treccani, Roma.
126. STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. L., ORANGE, D. (1979), *Faces in a Cloud: Intersubjectivity. Personality Theory*. Aronson, Northvale. N. J.
127. TART, CH. T. (1975), *States of Consciousness*, tr. it. *Stati di coscienza*, Astrolabio, Roma 1977.
128. TSENG, V. S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2003.
129. VAHINGER, H. (1911-1912/1922-1923), *Die Philosophie des "Als ob"*, tr. it. *La Filosofia del "come se"*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1967.
130. VATTIMO, G. (1980), *Le avventure della differenza*, Garzanti, Milano.
131. WEBER, M. (1922-1924 op. postuma), *Wirtschaft und Gesellschaft*, tr. it. *Il metodo delle scienze storico-sociali* (a cura di Pietro Rossi), Einaudi, Torino 1958.
132. ZAMBONI, G. (2007), Sogno (2), *Psiche, Dizionario Storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* (a cura di F. Barale e Altri), Vol. 2, Einaudi, Torino.
133. ZARETSCKY, E. J. (2004), *Secrets of the Soul. A Social and Cultural History of Psychoanalysis*, tr. it. *I misteri dell'anima. Una storia sociale e culturale della Psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano 2006.

Gian Giacomo Rovera
Corso Einaudi, 28
I-10129 Torino
E-mail: ggrovera@hotmail.com

Riv. Psicol. Indiv., n. 64: 147-149 (2008)

Notiziario

S.I.P.I.
SOCIETÁ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE
Member-Group of
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

21° CONGRESSO NAZIONALE

**LE STRATEGIE DELL'INCORAGGIAMENTO
NEGLI ATTUALI CONTESTI CLINICI**

BARI

29-30-31 MAGGIO 2009

PRIMO ANNUNCIO

**THE INTERNATIONAL COLLEGE OF
PSYCHOSOMATIC MEDICINE ICPM**

**20th World Congress ON
PSYCHOSOMATIC MEDICINE**

**Psychosomatic Innovations
for a New Quality of Health Care**

PRESIDENTS

Secondo Fassino, Giovanni Andrea Fava

TORINO - Italy

September 23-26, 2009

PRIMO ANNUNCIO

**WORLD ASSOCIATION
of CULTURAL PSYCHIATRY**

**2th World Congress
of W.A.C.P.**

Dimension in Cultural Psychiatry on the World
(titolo e argomenti ancora da definire)

**PRESIDENT
Goffredo Bartocci**

NORCIA (Perugia) - Italy

September 27-28-29-30, 2009

PRIMO ANNUNCIO