

Il lavoro onirico nella psicoterapia della Gestalt

Interviste ai formatori: Franco Gnudi, Gianni
Francesetti, Carla Martinetto, Elena Palladino,
Monica Prato.

Gt10:

Paola Bolognesi, Simona Colucci, Valentina Muzio, Elisa Rita Romanelli, Laura Vanzillotta.

2014

Ringraziamo i nostri formatori Franco Gnudi, Gianni Francesetti, Carla Martinetto, Elena Palladino e Monica Prato per i loro preziosi contributi, senza i quali questo lavoro non sarebbe stato possibile.

*Buona lettura,
il Gt10*

Indice generale

PREMESSA	4
INTRODUZIONE	5
IL SOGNO COME CRESCITA.....	9
IL SOGNO, UN RACCONTO DEDICATO	16
IL SOGNO: UNA FINESTRA APERTA SUL MISTERO E SULLA DIMENSIONE IRRAZIONALE DELL'ESISTENZA UMANA	19
IL SOGNO, UNA DELLE VIE.....	26
CONCLUSIONI	32
La definizione di sogno	32
Il lavoro onirico ed il suo valore terapeutico	34
APPENDICE	37
IL SOGNO COME CRESCITA.....	38
IL SOGNO, UN RACCONTO DEDICATO	43
IL SOGNO: UNA FINESTRA APERTA SUL MISTERO E SULLA DIMENSIONE IRRAZIONALE DELL'ESISTENZA UMANA	47
IL SOGNO, UNA DELLE VIE.....	51

PREMESSA

Questo scritto rappresenta il prodotto di un lavoro di gruppo e segna la conclusione del nostro primo anno di formazione presso la Scuola di Psicoterapia della Gestalt presso l'IBTG.

Il sogno rappresenta il nostro primo incontro con la teoria e la pratica della psicoterapia della Gestalt: il nostro week end di selezione è stato costellato da lavori sui nostri sogni, sui nostri incubi, per essere precisi, ed è stato l'avvio di un processo d'integrazione che durerà ancora per molto tempo!

Attraverso il confronto con i nostri formatori ci proponiamo di compiere un approfondimento teorico sul sogno e sul lavoro onirico nella pratica della psicoterapia della Gestalt.

Nella parte introduttiva saranno delineati i principi teorici e tecnici del lavoro onirico secondo Perls, evidenziando le differenze con l'approccio freudiano.

Successivamente verranno presentati 4 capitoli anch'essi riguardanti il tema del sogno ma che lo esaminano da prospettive differenti. Tali capitoli nascono e si sviluppano intorno ad un'intervista somministrata ai nostri formatori: Franco Gnudi, Gianni Francesetti, Carla Martinetto, Elena Palladino e Monica Prato. Le interviste vanno anch'esse a comporre la nostra tesi e si trovano in appendice nella loro versione integrale.

Il primo capitolo, "Il sogno come crescita" getta uno sguardo su tale fenomeno ed evidenzia nello specifico il contributo della teoria della complessità rispetto al lavoro sul sogno nella terapia individuale e di gruppo.

Il secondo capitolo, "Il sogno come racconto dedicato", descrive il lavoro sul sogno con pazienti che soffrono di attacchi di panico, analizza inoltre i punti di contatto tra questi e l'incubo e si conclude con alcuni consigli per i terapeuti in formazione che si accingono a lavorare sul sogno.

Il terzo capitolo, "Il sogno: una finestra aperta sul mistero e sulla dimensione irrazionale" vuole individuare i punti di contatto tra sogno e psicosi, sogno e allucinazioni e sogno e delirio e dà alcuni spunti sull'utilità del sogno a fini diagnostici.

Il quarto capitolo, infine, intitolato "Il sogno una delle vie" si pone l'obiettivo di descrivere il lavoro sul sogno nelle diverse fasi dello sviluppo e di approfondire il tema delle parasonnie in età evolutiva.

INTRODUZIONE

(a cura di Valentina Muzio e Laura Vanzillotta)

“Una volta Freud, parlando del sogno, lo definì la via regia all'inconscio. Da parte mia sono convinto che il sogno sia in realtà la via regia all'integrazione!”.

Quando abbiamo scelto e concordato l'argomento di questo elaborato, non eravamo ancora consapevoli del ruolo centrale che Perls attribuisce al sogno nella pratica psicoterapeutica, nella sua elaborazione teorica e nella sua emancipazione dalla teoria psicoanalitica:

“Come nella psicoanalisi, il fondamento nella terapia della Gestalt è il sogno [...] il sogno [...] è un messaggio esistenziale. Può condurre alla comprensione del copione della propria vita, del proprio karma, del proprio destino. La bellezza di tutto ciò è che una volta assunta la responsabilità di questo copione, dei nostri sogni, allora siamo in grado di cambiare la nostra vita”. (F. Perls, 1975).

Se per Freud il sogno era protettore del sonno, in quanto occasione per soddisfare i desideri e gli impulsi rimossi ingannando la censura e proteggendo così la coscienza del sognatore, per Perls è invece il sonno a proteggere il sogno². L'inattività del corpo e del pensiero logico-verbale permettono di sganciarsi dalle regole spazio temporali e dalle norme sociali in cui si è incasellati nella vita diurna, attivando quello che in linguaggio psicoanalitico è definito “processo primario”:

“Nell'esplorare il mondo dei sogni, Freud trovò che, isolato dalla manipolazione motoria e dall'ambiente [...] il mondo dei sogni, tuttavia possedeva una logica. Era un mondo di manipolazione plastica e non di entità fisse [...] Freud definì questa manipolazione plastica “processo primario” e osservò che questo era il funzionamento mentale caratteristico dei primi anni di vita”.

Il processo primario potrebbe essere definito come il “linguaggio dell'infanzia”, basato sull'unità di funzioni percettive, motorie e sensoriali che rende possibile il contatto spontaneo e creativo con l'ambiente. Durante lo sviluppo, l'introduzione delle norme familiari e sociali e l'alienazione delle parti di sé che risultano con esse incoerenti⁴, portano in termini psicoanalitici, all'inibizione del processo primario e al trionfo del processo secondario. Quest'ultimo astrae dall'unità delle funzioni percettive, motorie e sensoriali e costituisce un pensiero

1

76. Perls, F. *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1980. Pag.

2 Cfr: Rossi, O. *Lavorando sul sogno*. In: Menditto, M. (a cura di). *Psicoterapia della Gestalt contemporanea. Esperienze e strumenti a confronto*. Milano, Franco Angeli (2011). pag. 256.

3 Perls, F. Hefferline, R.F. Goodman, P. *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della persona umana*. Roma, Astrolabio, 1997. Pag. 81.

4 “Se alcuni dei nostri pensieri, dei nostri sentimenti sono per noi inaccettabili, vorremmo disconoscerli. [...] Il fatto che noi si viva a una percentuale così ridotta del nostro potenziale è dovuto al fatto che non siamo disposti – oppure non è disposta la società, o comunque la vogliate chiamare – ad accettare noi stessi, me, voi, come quegli organismi che siamo per nascita, costituzione e via dicendo. Non ti permetti o non ti è permesso di essere completamente te stesso”. (Perls, F. *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma, Astrolabio, 1980. Pag. 20).

che “riflette sulla realtà”⁵, invece di crearla: la consapevolezza del processo primario cede il posto all'inconsapevolezza dell'inibizione nevrotica.

Il sonno, con la sua inattività, permette di contattare il linguaggio delle immagini dell'infanzia con tutta la sua potenza, di *ricquistare l'umore della visione eidetica e connettere il verbale con il preverbale*⁶ dando vita alla nostra creazione più spontanea e originale: il sogno.

Al momento del risveglio, non appena il sé si impegna nell'atto di formare la più semplice delle figura/sfondo, tale linguaggio viene abbandonato e il sogno si annienta spontaneamente:

*“ [...] gli sfondi del solito tipo di sforzo che si fa nel destarsi sono incompatibili con gli sfondi dello sperimentare il sogno. Il contatto più semplice possibile nella concreta esperienza di veglia spontaneamente esclude il sogno”*⁷.

Mentre il sogno è concreto, sensoriale, eidetico, il pensiero diurno è verbale e astratto: il sogno non è compatibile con la vita diurna non tanto per il suo contenuto, quanto per la sua forma. L'atto stesso del “raccontare” il sogno implica una traduzione, una trasformazione della forma, che subisce delle modifiche in base all'interlocutore.

Relativamente al risveglio e al conseguente “annientamento” del sogno, merita uno spazio l'analisi di quello che accade con gli incubi e i risvegli precoci: talvolta i sogni innescano un'angoscia profonda che porta il sognatore a destarsi nel cuore della notte pur di dare termine al senso di catastrofe e al terrore vissuto.

*In ogni sogno c'è tutto. [...] È una specie di attacco frontale al cuore della nostra non-esistenza. Il sogno ci dà un'ottima occasione per scoprire i buchi della personalità. Questi buchi si manifestano come vuoti, come spazi vuoti, e quando si arriva nelle vicinanze di questi buchi ci si comincia a sentire confusi, oppure nervosi. [...] “Se mi avvicino sarà la catastrofe. Non sarò più nulla”. [...] questa è l'impasse, quando si vorrebbe scappare, quando si comincia ad avere paura. [...]”*⁸.

Il sogno consente di individuare soluzioni a problemi e paradossi irrisolti, perché la sua forma artistica contrappone reciprocamente elementi opposti⁹. L'incubo si differenzia dal sogno proprio su quest'ultimo aspetto: in esso il paradosso non è ancora integrato, il sognatore “scappa” attraverso il risveglio ed evita il contatto con parti di sé alienate e fonte di confusione.

Da queste considerazioni deriva il notevole distacco presente tra la metodologia di lavoro gestaltico sul sogno e la metodologia descritta da Freud nella celebre opera “*L'interpretazione dei sogni*”¹⁰. Secondo Perls, l'unico modo per comprendere il messaggio esistenziale portato dal sogno è l'alterazione del consueto modo di formare la figura/sfondo presente nello stato di veglia:

“ [...] il metodo non è quello di cercare deliberatamente di ricordare, né quello di cercare di attivare quello che è “inconscio”, ma piuttosto di alterare gli sfondi della realtà del sé, cosicché anche il sogno si profili reale”.

Tale alterazione si ottiene rivivendo il sogno il più estesamente e intensamente possibile, attraverso il racconto, le sensazioni, le emozioni, i gesti, la drammatizzazione, la re-identificazione con oggetti e personaggi del sogno, soprattutto con gli elementi che interferiscono nel sogno. Il sogno, il disegno, la scultura, tutto ciò che è espressione

5 Ibidem pag. 244.

6 Perls, F. Hefferline, R.F. Goodman, P. *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della persona umana*. op. cit. Pag. 138.

7 Ibidem, pag. 243.

8 Ibidem. Pag. 79.

9 “*Harry Stack Sullivan a questo proposito ha rilevato che se potessimo risolvere i nostri problemi durante il giorno, non avremmo alcun bisogno di sognare durante la notte*”. In: Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Roma, Astrolabio, 1977. Pagg. 61-62.

10 Freud, S. *L'interpretazione dei sogni*. Roma, Newton Compton Editori, 1992.

non-verbale costituisce un mezzo per cogliere il “*fattore disturbante*”¹¹, quella parte alienata o introiettata della personalità che in quella fase della propria vita, nel qui e ora impedisce di far fronte alla gestalt emergente.

Freud, al contrario, propone di lavorare sul sogno attraverso le libere associazioni e l'interpretazione: mezzi che richiamano una logica verbale e razionale e che riportano alla necessità di “appoggiarsi” ad una persona esterna per giungere ad un significato.

Perls si oppone a questa metodologia per diverse ragioni. Innanzitutto, il linguaggio verbale e la logica razionale non consentono di cogliere la complessità del linguaggio pre-verbale primario: al di là del contenuto e del significato, il lavoro sul sogno è occasione per sperimentare anche nello stato di veglia una maggiore consapevolezza, una sintonia tra aspetti sensoriali, percettivi, motori che normalmente non ci si permette o non ci è permesso mantenere; si potrebbe dire che è occasione per tornare bambini.

In secondo luogo, Perls parte dal presupposto che lo scopo del lavoro sul sogno non sia l'interpretazione, bensì l'integrazione di quel potenziale creativo frammentato in larga parte proiettato sull'ambiente e che il compito del terapeuta sia quello di sostenere la consapevolezza del qui ed ora del paziente e di frustrare qualsiasi suo tentativo di allontanarsene. La consapevolezza è considerata l'unica base per la conoscenza, mentre l'interpretazione operata dall'esterno stimola un'ulteriore introiezione di parti estranee.

[...] la meta della psicoterapia non è quella di rendere il terapeuta consapevole di qualcosa che riguarda il paziente, bensì quella di rendere il paziente consapevole di se stesso. [...] la conoscenza-riguardo- a qualche cosa possiede una certa astrattezza, non è direttamente interessata; e questa conoscenza si verifica di nuovo nel contesto consuetudinario del paziente in cui egli introietta la saggezza dell'autorità. [...] questa conoscenza appartiene a tutt'altra attività usuale: precisamente quella in cui si prende la verità sgradevole e la si ingoia tutta intera; e qui ancora il vecchio signore sta dicendo delle cose terribili su di lui (del P.). (Ma forse in questo caso si tratta di un vecchio signore più gentile, e allora il paziente potrebbe anche decidere, come usava dire Stekel “Guarirò anche se solo per far piacere al vecchio sciocco.” [...])¹².

Perls presenta dettagliatamente la tecnica del lavoro onirico durante i workshop trascritti nell'opera “*L'approccio della gestalt. Testimone oculare della terapia*”¹³, ove sono presenti numerosi suoi lavori con i partecipanti.

Il lavoro onirico è da lui suddiviso in quattro fasi:

1. Il racconto del sogno.
2. La trasformazione del racconto in dramma, ripetendo il sogno in prima persona e al tempo presente.
3. L'assunzione del ruolo di direttore di scena: il paziente è invitato a ricreare l'atmosfera del sogno per ricreare la vivacità del sogno.
4. Assunzione del ruolo di attore: il paziente si re-identifica nelle diverse parti del sogno: sono possibili infiniti incontri, tutti finalizzati all'integrazione della personalità. Non è necessario lavorare con tutte le parti del sogno: spesso ci si concentra solo sugli elementi maggiormente disturbanti. A questo proposito

Perls afferma:

[...] la riappropriazione di molte di queste parti è sgradevole. [...] soffriamo per un momento all'idea di potere essere una fogna o un poliziotto e poi d'improvviso ci sembra che delle energie preziose siano nascoste in queste proiezioni. Possiamo assimilarle e renderle nostre. [...] non è necessario lavorare con l'intero sogno. Anche se vi reidentificate solo con alcuni elementi, ogni volta che ne assimilerete uno crescerete, incrementerete il vostro potenziale. Comincerete a cambiare¹⁴”.

11 Cfr: Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Roma, Astrolabio, 1977. Pagg. 168-169.

12 Perls, F. Hefferline, R.F. Goodman, P. *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della persona umana*. op. cit. Pag.137

13 Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Op.cit. Pagg. 157-158.

14 Ibidem.

Il sognatore è autore, regista, attore; il terapeuta un facilitatore del processo.

Ci sono tanti modi di fare Gestalt: essere terapeuta della Gestalt significa compiere una sintesi personale e creativa tra la propria esperienza di vita, lavoro e formazione e i contributi teorici e pratici offerti dai testi e dalle personali elaborazioni dei formatori che si incontrano sul proprio cammino.

IL SOGNO COME CRESCITA

Incontro con il dott. Franco Gnudi

(A cura di Simona Colucci)

Ho scelto d'intitolare l'intervista al formatore Franco Gnudi "il sogno come crescita" per un duplice motivo: poiché la parola "crescita" definisce in modo chiaro e sintetico la funzione del sogno (attraverso l'esperienza onirica la personalità cresce assimilando ed integrando esperienze vissute) e perché osservando le radici della gestalt e i loro contributi al sogno mi sono resa conto che Perls¹⁵ non rifiuta i punti di vista dei suoi predecessori, ma li riprende, li assimila e li sintetizza arricchendoli e collegandoli in modo peculiare in "*una modalità di lavoro teatrale e dialogica*"¹⁶ (F. Gnudi).

In che modo, dunque, il sogno è un'occasione di crescita?

Per Franco Gnudi il sogno è una "produzione del sé" e l'esperienza onirica si configura come possibilità per "destrutturare, elaborare e reintegrare le esperienze non ancora assimilate" per consentirne l'integrazione all'interno della *personalità*. Franco Gnudi definisce "personalità" la "*capacità quasi automatica di funzionamento flessibile, comprensione e azione efficace all'interno dell'ambiente mutevole*". "*La personalità è a tutti gli effetti un sistema complesso, ossia un insieme di molte parti tra loro interconnesse, capace intrinsecamente di autoregolazione che si attiva spontaneamente in modo differenziato a seconda delle caratteristiche specifiche dell'ambiente, in modo da soddisfare i bisogni di sopravvivenza e crescita dell'organismo*" (F. Gnudi, 2014).

Quando alla flessibilità si sostituisce la rigidità, la dominanza di una parte sulle altre, allora il sistema diventa meno resiliente, adattivo e va verso un quadro nevrotico. Per ridare flessibilità al sistema complesso della personalità occorre riattivare tutte le sue parti e porle in relazione collegandole". (F. Gnudi, 2014).

Forti, dunque, risultano essere le assonanze tra sogno, personalità e teoria della complessità: la personalità si configura come funzione di post-contatto (si trasforma e si modella sulla base delle assimilazioni precedentemente avvenute), il sogno risulta essere lo strumento che conduce all'assimilazione ed all'integrazione e la teoria della complessità offre basi teoriche che sostengono il lavoro terapeutico sul sogno.

Penso sia fondamentale nel lavoro terapeutico (sul sogno in modo specifico), poter essere sostenuti da teorie che possano esprimere e dare voce al lavoro "sul campo": il lavoro di Perls (descritto nel capitolo precedente) e la teoria della complessità possono arricchire lo sfondo e conferire un particolare punto di vista al lavoro sul sogno in terapia.

15 Perls riprese i contributi di Freud, quelli di Jung (sogno e arte ed elementi del sogno come parti della personalità) e di Moreno (lavoro teatrale come modalità per attivare una consapevolezza incarnata).

16 La drammatizzazione di un sogno si può definire "onirodramma". La parola onirodramma deriva dal greco oneiros (sogno) e drama (azione) e significa "drammatizzazione del sogno". Attraverso l'onirodramma si rappresentano i sogni all'interno di un gruppo di persone, come in un teatro. Questo modo di elaborare i sogni all'interno di un gruppo, è stata ideata da Bruno Bonvecchi negli anni '80, facendo riferimento ai contributi della Sophianalisi, della Bioenergetica e dello psicodramma moreniano. In esso viene messo in rilievo la globalità della persona e del gruppo nelle sue dimensioni di psiche e spirito attraverso un lavoro psicoterapeutico del sogno che passa anche attraverso il corpo.

Inoltre il lavoro di Perls e la teoria della complessità hanno punti di contatto con la teoria junghiana: tra questi la considerazione del sogno come elemento equilibratore della personalità ed espressivo di ciò che è attualmente inconscio/sconosciuto nell'individuo.

Anche Jung considerava il sogno come il palco in cui la personalità mette in scena tutte le sue parti, alla ricerca sempre dell'integrazione tra ciò che è conscio e ciò che non lo è.

Il sogno, per Jung, cioè permette a quella parte del complesso inconscio di iniziare un dialogo con la coscienza; rappresenta un luogo di incontro tra le due polarità della vita psichica che sono lo spirito e gli istinti: è espressione dei complessi attivi nell'individuo in un dato momento.

Il sogno costituisce esso stesso il centro unificatore in cui si esprime la totalità di una persona, rappresenta forse l'utopia dell'unificazione del Sé. Come dice Jung, quando riesce questo incontro miracoloso di tutte le polarità in un unico centro, nasce il «bambino divino» e cioè il simbolo, che appunto è quel solo elemento che rappresenta tutta la totalità.

Perls definisce il sogno come la *"via regia all'integrazione"*. Spiega Perls: *«Dato che il nostro scopo è quello di fare di ognuno di noi una persona sana, il che significa una persona integrata senza conflitti, quel che dobbiamo fare è rimettere insieme i vari frammenti del sogno. Dobbiamo riappropriarci di queste parti proiettate e frammentate della nostra personalità, e riappropriarci del potenziale nascosto che compare nel sogno»*. (Perls F., "La terapia gestaltica parola per parola", pag. 76).

Ulteriore punto di contatto tra Jung e Perls e la teoria della complessità, a mio parere, è la considerazione dell'individuo, e quindi anche della sua vita psichica, come facenti parte di un processo naturale condiviso da tutto ciò che è vivo(Jung ritiene che il sogno sia un elemento naturale e in quanto tale sottoposto alla legge di natura e all'autoregolazione). Non intendo con questo suggerire che qualunque organismo vivente abbia una vita psichica pari a quella umana, ma bensì che tutto ciò che vive condivida la modalità di funzionamento per cui tende irreversibilmente verso la completezza e l'equilibrio.

Ed è proprio in quest'ottica di autoregolazione del sistema psichico che si inseriscono le compensazioni oniriche junghiane.

Anche questo concetto somiglia in certa misura all'idea gestaltica di "autoregolazione organismica", ossia la tendenza naturale dell'organismo nel suo complesso a soddisfare i propri bisogni.

Il principio gestaltico di autoregolazione organismica determina quindi l'emergere in figura, nella psiche individuale, delle situazioni irrisolte in modo che possano essere completate e tornare poi sullo sfondo della vita psichica quotidiana.

Quindi il sogno stesso può essere considerato un fenomeno complesso in cui si riconoscono, secondo F. Gnudi, sia tratti più esistenziali, aspetti dell'identità e della visione del mondo *"fra loro rimescolati in un quadro di grande creatività e bellezza"*, sia *"sintesi intuitive tra la complessità della situazione immaginata e le risorse, conoscenze, abilità acquisite dalle esperienze precedenti"* che possono essere utilizzate in maniera adattiva e creativa al momento del risveglio.

Mi pare importante sottolineare e dare spazio a quella che Franco Gnudi descrive come *"intelligenza intuitiva e viscerale, libera da schemi o perlomeno libera di utilizzarli in modo creativo"*.

Anche quando non vengono ricordati i sogni, dunque, la funzione onirica inconscia di assimilare viene mantenuta offrendo alla persona un'importante occasione di crescita.

Da questa affermazione vorrei soffermarmi e lanciare riflessioni sulla grande deprivazione che persone con disturbi del sonno possono vivere: deprivate non solo di energia fisica, ma anche di un modo diverso di stare al mondo, quello che ci permette di cogliere ed elaborare artisticamente e creativamente la realtà, sulla base della propria storia e personalità.

Da una breve indagine della letteratura sono in aumento gli studi sulla psicofisiologia del sonno e sugli effetti della deprivazione totale del sonno o selettiva per la fase REM.

Cristiano Violani (in Treccani.it) scrive che: "Gli studi basati su deprivazioni totali del sonno mostrano che la loro più rilevante conseguenza è la riduzione della vigilanza e l'aumento della tendenza ad addormentarsi. Nell'uomo diverse misure di attenzione, concentrazione e umore mostrano progressivi deterioramenti col prolungarsi di deprivazione di sonno e tali effetti sono più accentuati nelle fasi circadiane destinate al sonno (3÷7 antimeridiane) e meno evidenti in quelle di maggiore prontezza (16÷20; Mikulincer e altri 1989)... Anche la deprivazione selettiva di sonno REM non causa rilevanti effetti negativi. In animali da laboratorio causa incrementi dell'attività diurna che riguardano principalmente comportamenti come l'alimentazione, l'esploratività e il sesso. In soggetti affetti da depressione endogena sia la deprivazione totale e parziale di sonno, che la deprivazione selettiva di REM hanno notevoli effetti antidepressivi (Kush e Tolle 1991)."

Nonostante non vengano citati effetti particolarmente distruttivi della deprivazione del sogno (che coincide con la deprivazione selettiva della fase REM), mi chiedo se l'assenza di un fenomeno così complesso e necessario verso l'integrazione del sé, possa essere "tollerata" dall'organismo che si autoregola continuamente (teoria della complessità) o possa avere effetti significativi sulla personalità dell'individuo.

Queste riflessioni sull'importanza della presenza del sogno nascono dalla sua funzione integratrice ed esistenziale. Ecco che si delinea una delle caratteristiche più importanti del sogno secondo un approccio Gestaltista: il sogno è un messaggio esistenziale (Perls, 1980).

F. Gnudi sottolinea come questo approccio può avere le sue radici fin dall'antichità: "*gli uomini hanno visto come la funzione più importante del sogno*" fosse quella di portare un messaggio dal quale "*traevano comprensione e direzione per azioni più difficili*".

Serge Ginger (2001) sottolinea come da sempre il sogno abbia intrigato l'uomo, che ha sempre cercato di decodificarne i messaggi¹⁷.

Ma di fatto chi ne è l'autore? Il sogno è l'espressione dell'inconscio del sognatore (Freud) o un messaggio venuto da chissà dove? Inconscio collettivo (Jung¹⁸), messaggio transpersonale (Grof, Descamps) che spiegherebbe i sogni premonitori? O non è altro che un fenomeno biologico naturale (Jouvet, Dement, Hobson) (S.Ginger, 2001)?

La Gestalt ritiene che nell'immagine onirica, così come in una fotografia o in un quadro, sia rappresentata tutta l'esistenza dell'individuo; questo succede perché ogni elemento del sogno viene caricato di significato personale

17 Tremila anni prima della nostra era in Mesopotamia già si praticava l'interpretazione poetica e l'applicazione terapeutica del sogno. La leggenda racconta che alla corte del re di Babilonia c'erano 24 onirologi. Un giorno il re fece un sogno che gli sembrò interessante e gli diedero 24 interpretazioni diverse, le quali si verificarono tutte, dimostrando così la polisemia del linguaggio inconscio...

18 Per Jung il sogno è un'autorappresentazione spontanea e creativa dell'inconscio, espressa in forma simbolica e artistica. Le immagini che si trovano nel profondo di noi, attraverso il sogno, offrono commenti, correzioni contributi per la soluzione dei problemi, orientando l'attività cosciente verso una maggiore consapevolezza..

attraverso il meccanismo della proiezione¹⁹, cioè tutto ciò che è presente o assente dall'immagine onirica o dal suo percorso narrativo ha un significato personale per il sognatore, il quale vi ha caricato sopra tutti i suoi percorsi emotivi e le alternative di risoluzione per lui disponibili al momento.

È in questo orizzonte teorico quindi che si concepisce l'esperienza onirica: ogni elemento costituisce una parte di noi attraverso cui esprimiamo i nostri bisogni.

Anche Oliviero Rossi, Psicoterapeuta della Gestalt esperto in video terapia, scrive: *“L'ambiente onirico diventa una mappa attiva che raffigura e rende operanti le emozioni e i vissuti del sognatore, dando vita alla rappresentazione delle sue dinamiche intrapsichiche e relazionali. Nel sogno, quindi, l'interazione dinamica degli elementi nei quali è parcellizzata la rappresentazione dell'esistenza, genera la figura d'insieme che riproduce il sognatore nel suo flusso di condotta. Questa considerazione è euristicamente importante nella modalità gestaltica di lavoro sul sogno in quanto amplia le possibilità terapeutiche offerte dal recupero della proiezione mostrandone le potenzialità di ristrutturazione della condotta”*. (Rossi O., 1997).

Se il sogno è un'importante occasione di crescita, portare sogni in terapia, a mio avviso, potrebbe essere un'importante occasione di crescita all'interno della relazione terapeutica: sia il paziente che il terapeuta sono in contatto con parti autentiche del sé del paziente, anche parti alienate che cercano di essere viste e integrate. Potrei definirlo un incontro “creativo” e altamente vitale e disvelante.

Per Franco Gnudi narrare il sogno è *“un'azione di auto-disvelamento, di rilassamento del controllo, di accettazione della vulnerabilità, di fiducia: è un incontrar-si”*.

Portare un sogno in un setting terapeutico significa *“fare notevoli passi avanti riguardo alla comprensione di sé, all'importanza e significato delle situazioni e relazioni presenti, al chiarimento della propria intenzionalità più viva, alle linee concrete con cui essa può essere attualizzata”* (F.Gnudi).

Vuol dire, dunque, darsi la possibilità di crescere ed acquisire punti di vista alternativi, capaci di dare una svolta creativa alle impasse che la vita offre e ci ha offerto in passato senza rimanervi prigionieri sempre. Nel mio percorso di vita e di vita nella Gestalt, mi sono resa conto di quanto abbiano inciso e siano stati momenti importanti poter narrare i miei sogni: in ogni sogno vi è traccia di quello che sono stata e di quello che sarò, di come vivo in profondità avvenimenti di vita, incontri, legami, paure... Analizzando ogni mio sogno, passo dopo passo, posso cogliere i miei cambiamenti, tollerare le frustrazioni e cercare nuove modalità di essere me in relazione agli attaccamenti importanti, come agli incontri che la vita mi regala. In definitiva, senza i miei sogni perderei la capacità creativa di dare un senso integrato ed intuitivo agli avvenimenti della vita. È come se il sogno fosse un posto sicuro, al riparo da continui contatti ed interferenze, in cui il mio corpo e la mia mente si possono realmente incontrare e co-costruire sintesi artistiche di chi sono in relazione all'ambiente che mi circonda in un determinato momento di vita.

Partendo dunque dalla mia esperienza personale, il lavoro con il sogno ha un'alta importanza terapeutica: per F.Gnudi *“l'analisi vissuta degli elementi del sogno ci porta direttamente alla struttura della personalità, al sistema delle identificazioni ed alienazioni più probabili, al senso d'identità, alle parti nascoste, negate o non pienamente integrate, alla visione del mondo, all'insieme delle proiezioni su di esso”*.

19 Isadora From considera il sogno non solo come proiezione ma anche come una forma di retroflessione: il dormiente dice inconsciamente a se stesso delle cose per non dirle così chiaramente al suo terapeuta.

Il sogno offre, dunque, molti elementi che rendono viva una crescita verso l'adattamento creativo che spinge verso nuove modalità d'agire nel mondo (oltre che verso nuove comprensioni) che possono essere sperimentati direttamente in seduta e poi nel mondo.

Per poter accedere direttamente all'opera d'arte²⁰ del sogno che il paziente porta è utile poter esprimere tutti i colori della narrazione: mi riferisco all'insieme delle esperienze corporee, emozionali, sensoriali. Rivivere il sogno nel momento presente con un ascoltatore attento ai dettagli, curioso di sentire le sfumature artistiche di chi racconta è un buon punto d'inizio per lavorare con i sogni in terapia.

F.Gnudi aggiunge che *“chi ascolta e sostiene il sogno lo fa esprimendo a sua volta i suoi vissuti, emozioni, fantasie, focalizzando attraverso intuizione, interesse ed estetica i collegamenti e le interazioni tra le parti, favorendo l'emergere dell'espressività verbale e corporea, nonché l'emergere e l'attualizzarsi delle intenzionalità nel qui ed ora, che preparano l'azione responsabile ed irreversibile nel mondo reale”*.

Tutte le azioni sono degne di essere vissute soprattutto se frutto di elaborazioni in seduta; ma ad ogni azione consegue un adattamento dell'ambiente, talvolta anche inaspettato. Quello che penso sia importante è il concetto di qui ed ora: tutto si modifica o è modificabile, quindi anche le azioni possono continuamente essere dinamiche e cambiare. Come i sogni si trasformano e prendono forme diverse a seconda delle intenzionalità che li muove e dei bisogni non gratificati²¹ che tentano di svelarsi, così le azioni possono seguire la stessa logica e modificare situazioni di stallo e d'impasse. Il sogno offre la possibilità di dare luce alle parti in ombra della personalità, conferendo, dunque, una maggiore integrazione e plasticità necessaria per vivere nel mondo nel modo più adattivo e creativo possibile.

BIBLIOGRAFIA

Ginger S., *“La gestalt, art du contact”*. Coll. De poche marabout, Hachette, 2001. (traduzione a cura di Debora del Bianco *“Ricordando Serge Ginger: un approccio Gestaltista multireferenziale del Sogno”*, 2011).

Intervista a Franco Gnudi, 2014 (vedi appendice).

Jung C.G., Considerazioni generali sulla psicologia del sogno, in "Opere", Vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

Jung C.G., L'analisi dei sogni, in "Opere", Vol. 4, Bollati Boringhieri, Torino, 1998.

Jung C.G., L'applicabilità pratica dell'analisi dei sogni, in "Opere", Vol. 16, Bollati Boringhieri, Torino, 1981.

Perls, F., *“La terapia gestaltica parola per parola”*, 1980.

Rossi O., *“Teatro del sogno come flusso della condotta”*, in *“Formazione in psicologia, psichiatria, psicoterapia”*, n. 31, maggio-agosto 1997, pgg 6-13.

Rossi O., *“Il sogno come dinamica di polarità”*, in *“Formazione in psicoterapia, counselling, fenomenologia”*, n.14.

20 Jung è colui che con più forza ha sottolineato il parallelo fra sogno e arte, indicando espressamente di avvicinarsi al sogno come al capolavoro di un artista. Sua è anche la visione degli elementi del sogno come rappresentativi di parti di personalità.

21 Il primo pioniere che sottolinea la funzione di gratificazione allucinatoria del desiderio è stato Freud.

IL SOGNO, UN RACCONTO DEDICATO

Incontro con il dott. Gianni Francesetti

(A cura di Elisa Rita Romanelli)

L'incontro con Gianni Francesetti mi ha portato a riflettere su un aspetto semplice ma allo stesso tempo illuminante, nel momento attuale del mio percorso formativo. E cioè sul fatto che in terapia non si lavora sul sogno vero e proprio, ma piuttosto sul *racconto* del sogno, sull'esperienza che paziente e terapeuta fanno di quel sogno nel qui e ora. Durante la seduta infatti il paziente è davanti a noi, sveglio, non lo vediamo sognare ne tantomeno abbiamo accesso diretto al suo mondo onirico. L'esperienza che facciamo del sogno del paziente è un'esperienza pienamente fenomenologica in cui la persona che abbiamo di fronte porta un sogno, lo racconta, lo narra. La narrazione in terapia è un atto creativo, o per meglio dire un atto co-creato al confine di contatto tra paziente e terapeuta, in cui entrano in gioco il tipo di relazione con la persona a cui il racconto è rivolto e la tensione, cioè l'intenzione che muove a raccontare.

“Il racconto del sogno (non il sogno in sé) è animato da un'intenzionalità di contatto verso il terapeuta.... Il paziente offre al terapeuta la chiave di accesso per scrivere una storia²²”.

Il compito del terapeuta sarà allora quello di sostenere la direzionalità, l'intenzionalità di contatto che il paziente rivela nel qui e ora della seduta terapeutica.

Trattandosi di un fenomeno di campo, il racconto del sogno si modificherà in base a chi è indirizzato. Diverso sarà raccontarlo ad un amico, un amante o un terapeuta appunto. Il racconto è “specifico”, “dedicato”.

Anche il momento in cui il sogno viene fatto o comunque riportato ha significato. Gianni sostiene che i sogni più interessanti sono quelli che avvengono in genere subito prima o dopo la seduta. In essi il paziente trova un modo per portare in seduta qualcosa che non ha potuto esprimere attraverso altri canali o di chiudere insieme al terapeuta una gestalt rimasta in sospeso.

Naturalmente esistono vari modi di lavorare sul sogno e con il sogno. Quello adottato da Gianni è il metodo che deriva dagli insegnamenti di Isadore From, il quale considerava il sogno appunto come lo *scioglimento di una retroflessione*. Vale a dire che attraverso il sogno portato in seduta il paziente dice qualcosa che altrimenti non riuscirebbe a comunicare. E quel qualcosa riguarda la sua relazione con il terapeuta. Quest'ultimo si baserà dunque sulla propria risonanza estetica-sensoriale con il racconto del sogno, sulla propria reazione ad esso. Nel rimandarla al paziente poi si darà insieme un senso al sogno. La risonanza del terapeuta diventa di sostegno per raggiungere l'intenzionalità che c'è nel racconto del sogno ed il focus rimane sempre sul confine di contatto. Questo modo di lavorare è del tutto non interpretativo, in quanto il senso non è ricercato in codici o simboli ma piuttosto è co-creato nel campo terapeutico, ed è utilizzabile tanto nelle sedute individuali quanto in quelle di gruppo.

Il sogno, o per meglio dire l'esperienza del racconto del sogno nel qui e ora, è per Gianni una delle esperienze a cui abbiamo accesso in terapia. Mentre il sogno rimane qualcosa di inaccessibile, il suo racconto è un messaggio

che va prendendo senso nell'incontro terapeutico. Nella semplicità di questa affermazione trovo uno spunto sostanziale di riflessione. Il terapeuta non può e non ha bisogno quindi di entrare voyeuristicamente nella vita onirica del paziente e di rintracciare significati nascosti e riconducibili a simbologie più o meno complesse, ma piuttosto potrà osservare fenomenologicamente cosa accade nel campo al confine di contatto e sentire come le parole del paziente arrivano fino a lui e con quale intenzionalità. Lo scopo non sarà trovare un significato dato e nascosto quanto crearne insieme uno autentico e trasformativo.

Per lavorare sul sogno con pazienti che soffrono o hanno sofferto di attacchi di panico o che presentano altri tipi di sofferenza, non esiste una modalità specifica o diversa da quella sopra descritta. A variare saranno sicuramente i temi che diventano figura, i temi prevalenti, quali la solitudine, l'appartenenza o la difficoltà in alcune fasi di passaggio ad esempio. Il sogno rimane il racconto di un'esperienza, un racconto a cui dare senso nel qui e ora. Nella sua pratica terapeutica Gianni riferisce di non aver incontrato uno stesso sogno o sogni particolarmente somiglianti in pazienti con lo stesso disturbo. Ma è invece interessante che alcune persone sognino di avere un attacco di panico anziché averlo nella realtà. Per cui si potrà lavorare su quella esperienza senza doverla sperimentare direttamente. La persona che in terapia abbiamo davanti vive nel suo presente nel modo migliore possibile, per lui, in quella particolare fase di vita, trovando modi differenti per adattarsi creativamente al mondo. Osservandolo e interessandoci a lui, ci renderemo disponibili ad accogliere un universo intero di significati che si reificano nel contatto con l'altro. Ancora una volta, il terapeuta gestaltico non seguirà precetti e griglie precostituite, ma lavorerà a quattro mani (o a più mani nel caso del lavoro coi gruppi) nel momento presente, sul materiale che emerge in seduta.

Quanto agli incubi, nonostante alcuni possano risultare piuttosto analoghi ad un'esperienza di attacco di panico, non si può certamente fare una equivalenza incubo-attacco di panico. Nonostante sia possibile sperimentare forte paura e panico, nell'incubo non c'è mai un crollo totale dello sfondo, non si arriva mai ad un livello di panico tanto elevato. Nel racconto stesso dell'incubo è possibile provare le stesse sensazioni avute durante l'incubo appunto, quasi rivivendolo, ma è piuttosto improbabile che sfocino in un episodio di panico. L'incubo come il sogno è espressione di qualcosa altrimenti non comunicabile, di una sofferenza a cui cercare direzione e significato, per renderla meno spaventosa. Portarlo in terapia e narrarlo al terapeuta servirà a dar forma a qualcosa di vago ed indifferenziato, a recapitare un messaggio relazionale ancora poco chiaro ma sicuramente importante. Il focus, l'interesse deve sempre rimanere sul confine di contatto, dove la musica può trasformarsi in una danza vera e propria.

La miglior palestra per diventare terapeuti attenti nel lavoro sul sogno è proprio quella del lavoro sui propri sogni. Secondo Gianni è segno di una buona igiene mentale prendere l'abitudine di raccontare i propri sogni con un'attenzione speciale al destinatario del nostro racconto, cogliendo quelle sfumature che il racconto assume a seconda della persona a cui ne facciamo dono. In molte comunità tribali rimane tuttora un momento fondamentale di condivisione della sfera privata nella vita comune. Nella nostra società invece viene spesso trascurato e sottovalutato, schiacciato dalla fretta e dalla mancanza di un tempo per farlo. Ancora una volta partire dalle proprie sensazioni per arrivare all'altro è il modo migliore per avvicinarsi, riuscire ad incontrarlo, ed iniziare a danzare.

BIBLIOGRAFIA

Crispino, S. Merlo, G. “*Tu mi sogni, io ti sogno: i sogni al confine di contatto nel setting psicoterapeutico gestaltico*”. (pgg. 125-131). In Francesetti, G. Ammirata, M. Riccambni, S. Sgadari, N. Spagnuolo Lobb, M. (Acura di). “*Il dolore e la bellezza. Atti del terzo convegno della società Italiana di Psicoterapia della Gestalt*”. Roma, Franco Angeli, 2014.

Francesetti, G. “*Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt tra clinica e società*”. Roma, Franco Angeli, 2005.

Spagnuolo Lobb, M. “*Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*”. Roma, Franco Angeli, 2011.

Incontro con la dott.ssa Carla Martinetto

(A cura di Paola Bolognesi)

Cercando di indagare il rapporto tra psicosi e sogno abbiamo fatto alcune domande alla Dott.ssa Carla Martinetto. Forse vale la pena in questa sede offrire un quadro generale di cosa si intenda per psicosi.

Attualmente con disturbo psicotico si intende un disturbo psichiatrico grave caratterizzato da un distacco dall'ambiente circostante, da forti difficoltà ad iniziare delle attività e a provare sentimenti autentici nei confronti delle altre persone; c'è quindi una grave alterazione dell'equilibrio psichico dell'individuo con compromissione dell'esame di realtà e disturbi formali del pensiero.

Tali disturbi hanno come caratteristica predominante i sintomi psicotici, classificabili in:

- *Disturbi di forma del pensiero* (alterazione del flusso ideico, fino alla fuga delle idee e all'incoerenza, alterazione dei nessi associativi);
- *Disturbi di contenuto del pensiero* (ideazione prevalente o delirante);
- *Disturbi della senso-percezione* (allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili, gustative).

Quindi una persona che presenta sintomi psicotici può non riuscire ad affrontare i suoi problemi quotidiani perché non riesce più a pensare con chiarezza, oppure perché è convinta che qualcosa o qualcuno influenzi i suoi pensieri. Con una psicosi, il soggetto può non riuscire più a lavorare come prima, è come se avesse perso la capacità di fare cose che prima sapeva fare o come se non potesse più concentrarsi a prendere decisioni. Inoltre può avere difficoltà a parlare con altre persone o non averne più voglia e non provare più piacere a farlo. I disturbi psicotici, generalmente, esordiscono nell'adolescenza e nella precoce età adulta e quasi sempre sono il risultato di fattori organici, psicologici e costituzionali. Non sono ancora state identificate con chiarezza le cause che generano le psicosi.

È largamente diffusa l'ipotesi che siano interessati fattori biologici, genetici, psicologici e sociali ed è probabile che tali fattori costituiscano una vulnerabilità che, in condizioni di stress particolarmente accentuato, può portare allo sviluppo di tali disturbi.

I principali disturbi psicotici o forme di psicosi sono divisi in: Schizofrenia, Disturbo delirante, Disturbo schizofreniforme, Disturbo schizoaffettivo, Disturbo psicotico breve.

Per la Dott.ssa Martinetto il sogno è “*soprattutto, una finestra aperta sul mistero e sulla dimensione irrazionale dell'esistenza umana, e di quel particolare essere umano, il sognatore*”.

Mi verrebbe da dire così come il delirio, attraverso il quale il paziente esprime se stesso, il suo stare nel mondo e il suo vederlo.

Il sogno sembra essere una creazione artistica dove: “*una parte di noi, sconosciuta, inconsapevole, in qualche modo una dimensione autistica, diventa regista, attore, scenografo, a volte pubblico di una narrazione originale coinvolgente spesso con una sua struttura e fortemente evocativa*”²³.

Anche per Fritz Perls *“il sogno è un messaggio esistenziale. Può condurre alla comprensione del copione della propria vita, del proprio Karma, del proprio destino²⁴”*.

Un messaggio esistenziale che si presenta sotto forma di *“narrazioni molto originali, caratterizzate da caratteri formali diversissimi, come le qualità sensoriali che spaziano enormemente, dai sogni in bianco e nero a quelli coloratissimi, da quelli sfumati, opachi a quelli nitidissimi, etc.²⁵”*, dove il tempo e lo spazio vengono a mancare, i nessi associativi sono rivoluzionati. In queste caratteristiche forse si possono vedere delle assonanze con i sintomi psicotici. Mi vengono in mente, a tal proposito, le percezioni alterate di alcuni pazienti che vedono colori mutati, sentono suoni di animali, voci del passato o sconosciute, puzze, odori particolari, etc....

Per Freud sia il sogno che la psicosi sono caratterizzati da una parziale paralisi, nella quale l'Io si allontana dal mondo, mentre l'Es è libero di espandersi, venendo a mancare il controllo dell'apparato mentale presente negli stati di veglia.

Per gli psicoanalisti sia il sogno che la psicosi sono dominati dal processo primario, processo presente nei primi anni di vita *“mentre i processi secondari si formano solo gradatamente nel corso della vita²⁶”* (S. Freud L'interpretazione dei sogni).

F.Perls, R.F.Hefferline, P.Goodman , riprendendo una affermazione di Freud dicono che *“il tipo di mondo che appare reale ai concetti normali è dovuto ad una situazione di emergenza cronica di basso grado, all'inibizione nevrotica; l'unico mondo reale è quello infantile o il mondo dei sogni!”*.

Che il mondo degli psicotici sia un mondo reale?! Probabilmente è vissuto come reale dal soggetto stesso, così come *“il sogno è di frequente vissuto con straordinaria intensità e con la qualità di realtà dal soggetto”*. A nulla serve mettere in crisi questo vissuto di realtà nello psicotico, l'unica via, mi sembra, essere buttarci con lui in questo mondo per co-costruire un senso e un linguaggio con lui. Non lasciarlo solo in balia dei propri fantasmi.

Questo Altro-mondo è ben esplicito da E.Borgna: *“Nella Lebenswelt (nel mondo-della-vita) schizofrenica si assiste (si può assistere) alla emergenza di esperienze psicotiche contrassegnate da una grande ricchezza di contenuti e da una insondabile capacità di espressione che sconfinano nella creazione di un autre monde fantasmatico e dereistico nel quale esperienze allucinatorie ed esperienze deliranti, esperienze di lacerazione della coscienza dell'io ed esperienze di estraneità, coagulano in una Gestalt unitaria e dotata di un senso²⁷”*. Un mondo altro, parallelo, difficile da coniugare con il mondo condiviso. Dalla Mia esperienza, i mondi a volte sono in contrapposizione, altre volte trovano un modo per convivere.

Jung vedeva la psicosi come il vivere sempre all'interno di un incubo, un incubo in stato di veglia dal quale non si esce.

Forse allora, come dice la Dott.ssa Carla Martinetto: *“tutti noi, normalmente nevrotici, conosciamo e viviamo negli incubi le esperienze della follia o, almeno, qualcosa di simile”*. Mondi angoscianti, senza speranza, popolati da mostri, pericoli inaspettati, dove siamo esposti, bizzarri, dissociati, persi...

24 Perls, F. Baumgardner, P. *“L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan”*. Roma, Astrolabio, 1983. p. 104.

25 Cfr. intervista in appendice.

26 Freud, S. *L'interpretazione dei sogni*. Roma, Newton Compton Editori, 1992.

27 E. Borgna *“L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione psicopatologica e fenomenologica”*. Quaderni. di Psichiatria, 2, 1997

E, forse, “quanto proviamo in un incubo, può diventare una traccia di affinità, una possibile empatia, risonanza coi vissuti che caratterizzano le esperienze psicotiche²⁸”. Appare così chiara la sofferenza, l’angoscia, la solitudine vissuta dal soggetto. Pensare a questo può renderci vicini a lui, seppur in minima parte.

Dal punto di vista fenomenologico sia il sognatore che lo psicotico, inconsapevolmente, creano mondi o forse vi vengono catapultati dentro loro malgrado.

Pensiamo alla esperienza delle allucinazioni dove sono presenti dispercezioni corporee, olfattive, visive, uditive, tattili o percezioni deformate. Anche nei sogni si possono vivere queste esperienze e spesso sono accompagnate da angoscia, disagio, paura. Ma sarebbe un errore “equiparare due fenomeni che appartengono a due stati mentali differenti. L’allucinazione è caratterizzata da uno stato di coscienza vigile, il sogno, ovviamente, no²⁹” .

Lo stesso si può dire rispetto al delirio. Il sogno ci permette di vivere esperienze di “trasformazioni di significato, di trasformazione del mondo, da quello sicuro, ovvio, quotidiano al mondo minaccioso, irrazionale³⁰”.

Perls afferma: “mi sembra che tra il sogno e la psicosi sussistano alcune analogie. Tutti e due sembrano assurdi a chi li vede dall’esterno, mentre sembrano reali alla persona che li vive. Mentre sognate, il sogno per voi è assolutamente reale”.

Quello che cambia è che, per quanto il sogno sia vissuto come se fosse reale dal soggetto, poi si affievolisce al risveglio e noi torniamo nel nostro mondo. Per lo psicotico questo non accade, “nulla è più come prima, la loro relazione con il mondo e la loro visione del mondo sono divenute altro, e tutto ciò è avvenuto non attraverso un percorso esperienziale consapevole, ma in modo misterioso ed incontrollabile³¹”. Sono divenute altro, ma non sono prive di senso. Hanno un senso loro, spesso nascosto e incomprensibile ad un occhio esterno, ma con la conoscenza della storia del soggetto, il porsi in ascolto, il mantenersi aperti ad un senso diverso e a volte bizzarro può offrire la possibilità di coglierlo.

Secondo F.Perls “tra i sogni da una parte, il comportamento e lo stato mentale dello psicotico dall’altra, corre una differenza molto interessante, cioè che in genere lo psicotico non prova nemmeno ad affrontare le frustrazioni: le frustrazioni semplicemente le nega, e si comporta come se non esistessero. Nel sogno, invece, assistiamo al tentativo di superare le frustrazioni”.

Perls concentra l’attenzione sugli incubi, che per lui sono sogni “in cui prima si frustra se stessi, e poi si cerca di superare questa frustrazione. Lì per lì non ci si riesce, ma coll’andar del tempo, e soprattutto se su questi sogni ci si lavora, si può riuscire a superare queste auto frustrazioni, e imparare ad affrontarle”.

Perls sottolinea come le correlazioni tra sogno e psicosi andrebbero approfondite, così come “potrebbe valere la pena di studiare il modo di rendere comprensibile il linguaggio assurdo dello psicotico”. Un linguaggio fatto di assonanze, di collegamenti particolari, di metafore e indizi.

“Le indagini fenomenologiche hanno in realtà dimostrato quanto questa incomprensibilità sia apparente e fittizia: all’interno della trama caoticamente tessuta dal paziente psicotico, risultato di difese ben consolidate, strutturate e autofortificatesi nel tempo, è possibile intravedere orme di un’organizzazione interna in cui è possibile cogliere un nodo torturato di significazione³²”.

28 Cfr. intervista.

29 Terenzi, S. “Sogno e psicosi: ricerca sui sogni in SPDC”. IRPPI online, 2011.

30 Cfr. intervista in appendice.

31 Ibidem.

32 S. Moggi, “L’esperienza schizofrenica nella sua dimensione storica, psicopatologica e fenomenologica”. (2001).

In questo senso possono essere letti i deliri e le allucinazioni psicotiche, come esperienze apparentemente oscure e senza senso, ma che invece un senso lo hanno e su questo è utile lavorare.

Infatti, *“il mondo della schizofrenia è caratterizzato dalla profonda ed enigmatica incomprendibilità, ma è altrettanto vero che questa incomprendibilità possiede linee autonome di organizzazione e di articolazione interna sulle quali si adombra un nucleo di sofferenza ma anche di lacerata significazione. Come questo nucleo possa essere scorto, compreso e scandagliato, è l'orizzonte di ricerca delle indagini fenomenologiche, con il rovesciamento di atteggiamento conoscitivo che essa ha in sé”*³³.

La Dott.ssa Martinetto riferisce di utilizzare il sogno, non tanto per una diagnosi descrittiva, ma per una diagnosi intesa come una “conoscenza attraverso” del mondo del paziente. Come una specie di test proiettivo senza stimolo percettivo o a partire da uno stimolo percettivo minimo.

Stimolo che può essere di tipo percettivo (un rumore esterno, la posizione, cattiva digestione, etc...) o di tipo mentale (un desiderio, una preoccupazione, etc...).

La terapia della Gestalt vede nel sogno una fotografia o un quadro dove *“viene rappresentata tutta l'esistenza dell'individuo; questo perché ogni elemento del sogno viene caricato di significato personale attraverso il meccanismo della proiezione, cioè tutto ciò che è presente o assente all'immagine onirica o dal suo percorso narrativo ha un significato personale per il sognatore, il quale vi ha caricato sopra tutti i suoi percorsi emotivi e le alternative di risoluzione per lui disponibili al momento”*³⁴.

Nell'ambito clinico, per la Dott.ssa Martinetto, *“è molto interessante cogliere se e quando il paziente porta materiale onirico, percepirne la risonanza affettiva, i mutamenti nel clima atmosferico tra di noi, disvelarne possibili significati all'interno della nostra relazione, scoprirne insieme possibili dimensioni simboliche, fili rossi che magari sottendono il nostro percorso o quella seduta”*.

Risulta importante approfondire non solo il contenuto del sogno, ma le qualità formali, il “come” e il “quando” e inserirlo ed analizzarlo all'interno di quel particolare contesto che è la relazione terapeutica.

Lo stesso Olivero Rossi individua tre livelli di cui tenere conto per attivare un'attribuzione di senso funzionale per la persona alle prese con il suo sogno e trovare punti di vista nuovi, strumenti e risorse diversi.

Il primo livello indaga come il sogno si situa all'interno della relazione con la persona che sta raccontando, quindi all'interno della relazione terapeutica.

Il secondo livello riguarda ciò che il sogno mette in gioco della persona nella sua relazione del mondo. Nel qui e ora e nel lì e allora.

Il terzo livello indaga come il sogno rappresenta il modo di relazionarsi del soggetto tra sé e sé.

*“Il rapporto psicoterapeutico offre la possibilità di esplorare i propri vissuti affettivi in un contesto relazionale: aggancia il flusso di condotta vissuto nel sogno ad un supporto reale, rappresentato dalla relazione terapeutica, nella quale possibile osservare e ridefinire le modalità nelle quali il sé si configura al confine di contatto organismo/ambiente”*³⁵.

33 S. Moggi, *“L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione storica, psicopatologica e fenomenologica”*. (2001).

34 Sbrescia, V. *“La gestalt e il messaggio esistenziale dei sogni”*. Articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 104, 2014.

35 Olivero Rossi, *“Psicoterapia della gestalt contemporanea”* (pag.260).

Il terapeuta, come dice la Dott.ssa Martinetto, lavorando sui propri sogni o semplicemente sognando, può avere esperienze che presentano caratteristiche di analogia con quelle delle esperienze allucinatorie, con i caratteri dell'illusione o della deformazione di una percezione.

Non a caso “*nella psichiatria fenomenologica la conoscenza si realizza solo mediante modelli psicologici che sono costituiti dall'introspezione (dalla capacità di analizzare e di sondare gli stati psichici, interiori, soggettivi) e dall'immedesimazione (dalla capacità di immergersi negli stati psichici degli altri-da-noi). [...] Se non conosco, se non intuisco, se non partecipo emozionalmente della vita interiore dell'altro, non mi sarà possibile conoscere cosa realmente una persona (un paziente) prova e cosa induce una condizione di sofferenza, o di disperazione*³⁶”. Ovviamente avvicinarsi al vissuto dello psicotico ci avvicina all'angoscia, alla frammentazione, al terrore, al non senso: “*accostarsi al mondo delirante del paziente è impresa ardua e costosa, i contenuti vivi e singolarmente penetranti, travolgono, allampano, saturano l'atmosfera condivisa dell'incontro di irrazionalità, interrogativi, dolore.*

*L'intenzionalità del soggetto è frammentata ma comunque esistente, il vivido stato di angoscia esistenziale gela la sua individualità, ma non la annulla impossibilitandola ad un'eventuale relazione con l'altro. Vero è che la metamorfosi schizofrenica modella viziosamente non solo la sintomatologia clinica, ma modifica pure il modo di essere, nel senso di modo di fare parte del mondo, di ogni paziente*³⁷”.

Certo è, come dice la Dott.ssa Martinetto, “*percorrere, raccontare, condividere un sogno equivale a un viaggio, in un mondo di inesauribile, ma oscura e anche fallace, conoscenza di sé*”, così come ascoltare, sentire, partecipare al racconto del sogno dell'altro permette di avvicinarci al suo mondo e alla sua visione del mondo.

BIBLIOGRAFIA

Borgna, E. “*L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione psicopatologica e fenomenologica*”. Quaderni Italiani di Psichiatria, 2, 1997.

Freud, S. *L'interpretazione dei sogni*. Roma, Newton Compton Editori, 1992.

Intervista alla Dott.ssa Carla Martinetto.

Menditto, M. “*Psicoterapia della gestalt contemporanea. Esperienze e strumenti a confronto.*” Casa Editrice Franco Angeli, 2011.

Mogni, S. “*L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione storica, psicopatologica e fenomenologica*”. (2001).

Perls, F. Baumgardner, P. *L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1983.

Perls, F. Hefferline, R.F. Goodman, P. *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della persona umana*. Roma, Astrolabio, 1997.

36 E. Borgna “*Introduzione al quaderno: attualità e prospettive della fenomenologia*”.

37 Simona Mogni. *L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione storica, psicopatologica e fenomenologica*”, (2001).

Sbrescia, V. *“La gestalt e il messaggio esistenziale dei sogni”*. Articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 104, 2014.

Terenzi, S. *“Sogno e psicosi: ricerca sui sogni in SPDC”*. IRPPIonline, 2011

IL SOGNO, UNA DELLE VIE

Incontro con le dott.sse Elena Palladino e Monica Prato

(A cura di Valentina Muzio e Laura Vanzillotta)

*“...l'unico mondo reale è quello infantile
o il mondo dei sogni”
(F. Perls).*

In merito al sogno, al suo significato ed al suo utilizzo nell'ambito della psicoterapia degli adulti si è detto molto. Lo stesso non si può dire relativamente al sogno nell'età evolutiva.

Il sogno è, infatti, poco presente nella psicoterapia infantile, poiché i bambini non hanno una particolare propensione a fare riferimento ad esso in seduta, a meno che questo non sia fonte di paura. Il racconto del sogno all'adulto richiede una capacità di verbalizzazione che nei bambini non è ancora completamente sviluppata, trovandosi ancora parzialmente in una fase preverbale, caratterizzata, parafrasando Freud, dal cosiddetto “processo primario”.

L'incontro con Elena e Monica è stata una preziosa occasione di confronto e riflessione su tale tema e punto di partenza per successivi approfondimenti.

Il sogno è definito dalle intervistate come un “*messaggio*” capace di indicare la “*strada*” che si sta percorrendo e come “*parti*” di personalità con le quali non ci si è identificati. Monica sottolinea come il sogno appartenga al sognatore, ma anche al campo ed esemplifica la sua affermazione facendo riferimento ai periodi di formazione residenziale a Maruja: “*Era un messaggio, portatore di un lavoro di gruppo, era un significato del gruppo. [...] È un'esperienza mia, ma anche del gruppo... che significato ha per noi quello che sto portando?*”. Tali definizioni, frutto dell'esperienza vissuta, ricalcano quelle proposte da Fritz Perls durante i *laboratori intensivi* svolti in occasione dei seminari di lavoro sui sogni dal 1966 al 1968:

“Dato che il nostro scopo è quello di fare d'ognuno di noi una persona sana, il che significa una persona integrata, senza conflitti, quello che dobbiamo fare è rimettere insieme i vari frammenti del sogno. Dobbiamo riappropriarci di queste parti proiettate e frammentate della nostra personalità e riappropriarci del potenziale nascosto che compare nel sogno”. (F. Perls 1969).

Si è abituati a pensare all'adulto come ad un soggetto completo e pienamente formato e al bambino come ad un soggetto incompleto, che ha bisogno dell'intervento “maturo” dell'adulto affinché si sviluppi pienamente. Perls rovescia tale concezione: il bambino ha in sé tutti gli elementi necessari al suo sviluppo, ma ben presto inizia ad alienare parti di questi in quanto non consoni alle norme sociali ed educative che gli vengono imposte. Lo sviluppo, definito da Perls come “*transizione dall'appoggio esterno all'autoappoggio*”, avviene mediante l'insegnamento di buone maniere, codici comportamentali (etica), mezzi di orientamento (lettura), norme di bellezza (estetica) e posizioni sociali (atteggiamenti) spesso imposti senza rispettare i ritmi biologici del processo di sviluppo in atto, che, di per sé stesso, condurrebbe all'autoappoggio. Con questo Perls non intende dire che il ruolo educativo genitoriale sia superfluo o dannoso, bensì che i genitori hanno il difficile compito di mediare tra la concessione di uno spazio per la sperimentazione delle proprie possibilità e dei propri confini da una parte, e la limitazione dei danni che questo potrebbe arrecare a se stesso o agli altri.

“I guai veri cominciano quando i genitori interferiscono nella maturazione del bambino, sia viziandolo e interrompendo i suoi tentativi di orientarsi, sia iperproteggendolo e distruggendo la sua fiducia nella propria capacità di autoappoggio entro i limiti del suo sviluppo. [...] Nel primo caso, tenderanno a creare la precocità con richieste ambiziose che il bambino, difettando ancora di un appoggio interno sufficiente, non è in grado di soddisfare. Nel secondo caso, tenderanno a bloccarne la maturazione frustrando ogni suo tentativo di fare uso degli appoggi interni che ha sviluppato. Il primo bambino sarà, forse, una persona presuntuosa, il secondo dipendente: nessuno dei due sarà autosufficiente”. (F. Perls 1973).

In questa prospettiva è possibile iniziare a delineare gli obiettivi di un lavoro terapeutico con i bambini: sostenere l'integrazione delle prime parti di sé alienate e un processo di sviluppo il più possibile aderente ai ritmi biologici e psicologici del bambino.

Nel raggiungimento di tali obiettivi il lavoro sul sogno ha un ruolo centrale nel lavoro terapeutico con gli adulti, mentre, nella pratica terapeutica di Elena e Monica il sogno costituisce solo uno dei tanti strumenti a disposizione e, in ogni caso, uno dei meno utilizzati.

“Io credo che nel bambino [il sogno] sia una via regia come ce ne sono molte altre. Non credo sia la via regia, ma una delle vie verso l'integrazione come esplorazione delle diverse parti di sé messe insieme poi [...] Mentre per l'adulto il sogno è davvero una chiave d'accesso a tutta una parte a cui altrimenti difficilmente si potrebbe accedere, il bambino è talmente più lì, nelle sue parti di accessibilità, che non c'è bisogno di fare un affondo sul sogno, perché ci sono tante più chiavi per arrivare a tutta quella parte lì”. (M. Prato³⁸).

“L'integrazione con i bambini in realtà io sento di raggiungerla di più con altre vie: l'aspetto ludico, l'identificazione con i personaggi che via via nascono nell'incontro...”. (E. Palladino³⁹).

Nell'ambito della psicoanalisi infantile, Melanie Klein, a seguito delle sue osservazioni cliniche, individua nel gioco il canale privilegiato di comunicazione inconscia e postula il principio secondo cui in seduta il gioco spontaneo del bambino costituisce un materiale del tutto analogo al racconto del sogno dell'adulto⁴⁰.

In riferimento ai loro gruppi terapeutici è definito semplicemente come un “trampolino”, un “apri-porta” che può portare “da altri parti”, uno stimolo che può emergere in fase di riscaldamento, ma su cui non viene svolto un lavoro specifico, anche perché risulta difficile concentrare l'attenzione del gruppo sulla drammatizzazione del sogno di un solo membro.

Il discorso cambia nell'ambito individuale, dove, se il bambino spontaneamente porta un sogno, è necessario dargli il giusto spazio, indipendentemente dalla sua età e dalla sue capacità di verbalizzazione e identificazione:

“...dipende molto da quello che ti porta il bambino, perché, se il bambino te lo porta, ha un significato per lui importante”. (E. Palladino⁴¹).

“Nella scuola materna è già un lavoro, nel senso che se un bambino di quella età lì racconta un incubo, il provare a dipingerlo, dargli un colore è già un lavoro terapeutico”. (M. Prato⁴²).

Il disegno a tempera e l'utilizzo della creta sono gli strumenti di lavoro maggiormente utilizzati con i più piccoli (3-10 anni) per compiere un lavoro terapeutico sul sogno, in quanto strumenti “senza controllo”, “senza confine” e, per questo, maggiormente vicini alla “tonalità dei sogni”. Il bambino è stimolato a rappresentare l'elemento onirico che più lo ha colpito o che cattura maggiormente l'attenzione della terapeuta; a questo segue una fase finale di verbalizzazione. Monica Prato invita, inoltre, i genitori a evitare di concentrarsi in modo esclusivo sulla

38 Cfr. intervista in appendice.

39 Ibidem.

40 Brutti, C. Parlani, R. *Psicoanalisi infantile, sogno e gioco*. In: Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi n.19. *Il sonno-sogno*. Torino, Tirrenia Stampatori, 1995.

41 Cfr. intervista in appendice.

42 Ibidem.

verbalizzazione del sogno portato dal figlio, bensì ad affrontare con rappresentazioni (disegno a tempera) gli elementi onirici che maggiormente lo colpiscono o spaventano.

“Con i bambini [...]mi è capitato [...] di sostenere i genitori nel non andare tanto sul verbale quanto sul disegno, soprattutto quello con la tempera...” (Monica Prato)⁴³.

Con i più grandi un'identificazione con l'elemento rappresentato o una drammatizzazione del sogno. Il terapeuta entra così a far parte del mondo onirico del bambino e incarna parti di esso:

“[...] siamo entrati proprio nel suo mondo immaginario, il sogno non è qualcosa che ti racconto, ma qualcosa che diventa presente, che possiamo toccare insieme: tu ci entri, sento proprio che sono lì con lui e ci entro in quell'ambiente e lo possiamo drammatizzare anche insieme. Lui può diventare il mostro, posso diventarlo io e si crea uno spazio ludico...” (E. Palladino)⁴⁴.

Con gli adolescenti (scuole secondarie primarie e secondarie) il sogno inizia ad essere più presente e il lavoro effettuato su di esso ricalca in pieno il *modus operandi* di Perls⁴⁵.

Le due terapeute affermano che nella loro esperienza clinica i bambini portano maggiormente incubi, talvolta ripetitivi; tra i 3-5 anni, inoltre, si verifica il fenomeno dei terrori notturni⁴⁶, per il quale sono i genitori, preoccupati, a richiedere un intervento terapeutico.

Secondo Perls, gli incubi sono costituiti dalle interruzioni del processo di sviluppo in atto nel bambino: le norme sociali introiettate sono alla base delle prime alienazioni di parti di sé e costituiscono il materiale di cui si compongono maggiormente i sogni spaventosi del bambino (mostri, personaggi magici, streghe, ecc.).

“...a prescindere dal fatto se questi procedimenti [l'insegnamento di etica, estetica, ecc.] siano antibiologici, o antipersonali, o antisociali, sono interruzioni nel processo in atto che, se lasciato a sé, condurrebbe all'autoappoggio. Tali interruzioni costituiscono gli incubi dell'infanzia. Vi sono le interruzioni del contatto: “non toccare quello!” e “non fare questo”, che ronzano nelle orecchie del bambino giorno per giorno. Oppure c'è l'ingiunzione “lasciami stare! Possibile che non posso avere un momento di pace!” che interrompe il suo desiderio di interrompere la madre. Anche i suoi ritiri vengono interrotti: “adesso stai qui, concentrati sui compiti e non sognare”, oppure “non puoi uscire a giocare finché non finisci il pranzo”. (F. Perls, 1973).

Dagli studi emerge che l'angoscia presente negli incubi presenta fattori comuni, quali: sensi d'oppressione, di soffocamento, di paralisi (espressi nel contenuto manifesto e/o tramite le manifestazioni fisiologiche); tentativo

43 Ibidem.

44 Ibidem.

45 Cfr. Perls, F. *L'approccio della Gestalt; testimone oculare della terapia*. Roma, Astrolabio, 1977. (p. 157-158).

46 Manifestazione ripetuta di terrore nel sonno, cioè, di bruschi risvegli dal sonno che cominciano di solito con un grido di paura o con un pianto (Criterio A). Il terrore nel sonno usualmente comincia nel primo terzo del periodo principale del sonno, e dura 1-10 minuti. Gli episodi sono accompagnati da iper-reattività del sistema nervoso autonomo e da manifestazioni comportamentali di intensa paura (Criterio B). Durante un episodio, è difficile risvegliare o rassicurare il soggetto (Criterio C). Se il soggetto si sveglia dopo il terrore nel sonno, non ricorda alcun sogno, oppure soltanto singole immagini frammentarie. Al risveglio al mattino successivo, il soggetto presenta amnesia per l'evento (Criterio D). Durante un episodio tipico, il soggetto si mette bruscamente a sedere sul letto gridando o in preda al pianto, con un'espressione terrorizzata e segni neurovegetativi di intensa ansia (per es., tachicardia, tachipnea, vampate cutanee, sudorazione, dilatazione delle pupille, aumento del tono muscolare). Il soggetto di solito non risponde ai tentativi degli altri di svegliarlo o rassicurarlo. Se svegliato, il paziente è confuso e disorientato per diversi minuti, e riferisce un vago senso di terrore, usualmente senza contenuto onirico. Benché possano verificarsi delle immagini oniriche vivide, frammentarie, non viene riportata una sequenza onirica simile ad una storia (come negli incubi). Più comunemente, il soggetto non si sveglia completamente, ma ritorna a dormire e presenta amnesia per l'episodio al risveglio il mattino successivo. Certi soggetti possono ricordare vagamente di aver avuto un "episodio" durante la notte precedente, ma non ne conservano una memoria dettagliata. Di solito ricorre soltanto un episodio per notte, benché occasionalmente possano ricorrere più episodi a intervalli nel corso della notte. (DSM IV-TR).

(agito o sognato) di sfuggire ad un pericolo di annientamento; aggressività⁴⁷. Tali angosce sono assolutamente in linea con le interruzioni dello sviluppo di cui parla Perls.

A questo proposito ci viene in mente l'incubo raccontato da una di noi nel week end di selezione, dove l'elemento terrorizzante era costituito da un viso che inseguiva la sognatrice anche attraverso i muri dicendo "non mi sfuggirai!". Su quest'incubo, sognato nel periodo infantile e ricordato ancora in modo molto vivido in età adulta, è stato fatto un lavoro di identificazione con la figura persecutante: una figura "cattiva" a cui "piaceva spaventare la bambina"; una parte sadica alienata perché poco coerente con la "brava bambina", ma che all'interno del lavoro terapeutico ha trovato un suo valore e una sua funzione, potendo così essere accettata e reintegrata.

Il sognatore interrompe il contatto con l'angoscia vissuta nell'incubo attraverso il risveglio: la conclusione del sogno interrotto è un lavoro che spesso viene proposto anche ai bambini per dare un significato all'esperienza onirica, per riappropriarsene pienamente invece di sentirsi vittima di parti di sé alienate e incomprensibili.

"...dare una chiusura al sogno. "Come posso fare" [...] "ad imprigionare quel mostro lì..." [...] "proviamo a portarlo avanti questo sogno, proviamo a dargli una chiusura o a vedere come va a finire". (Monica Prato⁴⁸).

Disturbi quali il terrore notturno, il sonnambulismo, l'insonnia e le difficoltà nell'addormentarsi, definiti anche come parasonnie, sono affrontati in ambito terapeutico come tutti gli altri disturbi: fenomenologicamente, stando sul qui ed ora del materiale portato dal bambino attraverso le esperienze ludiche e la relazione terapeutica e chiedendosi:

"... che tipo di messaggio sta portando questo bambino? Che tipo di adattamento creativo è questo risveglio notturno?" [...] io chiaramente [leggo il disturbo] come un possibile disagio che il bambino sta portando". (M. Prato⁴⁹).

"[...] non lavori in modo specifico [sul disagio], perché la verbalizzazione del bambino è scarsissima. In realtà è attraverso il gioco che questo può emergere". (E. Palladino⁵⁰).

In particolare, nell'esperienza clinica di Monica ed Elena, l'insonnia e la difficoltà nell'addormentarsi risultano essere tipiche di bambini fortemente controllanti.

"Se penso a bambini con difficoltà del sonno che incontro in studio, sono bambini dove la caratteristica del controllo è elevata. È proprio un problema dell'abbandonarsi, sono proprio i bambini che anche solo se fai il gioco del "pendolo" non si lasciano andare...". (E. Palladino⁵¹).

In conclusione, possiamo dunque affermare che mentre per i bambini il sogno rappresenta una delle tante vie per giungere all'integrazione delle parti alienate del sé (o in via di alienazione), per gli adulti rappresenta, invece, la via privilegiata, proprio perché il sogno è costituito di quel linguaggio spontaneo, preverbale e "infantile", cui dovremmo ritornare per vivere nel "mondo reale".

47 Caillat, V. *A proposito dell'incubo*. In: Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi n.19. *Il sonno-sogno*. Torino, Tirrenia Stampatori, 1995.

48 Cfr. Intervista in appendice.

49 Ibidem.

50 Ibidem.

51 Ibidem.

BIBLIOGRAFIA

Brutti, C. Parlani, R. *Psicoanalisi infantile, sogno e gioco*. In: Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi n.19. *Il sonno-sogno*. Torino, Tirrenia Stampatori, 1995.

Caillat, V. *A proposito dell'incubo*. In: Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi n.19. *Il sonno-sogno*. Torino, Tirrenia Stampatori, 1995.

Freud, S. *L'interpretazione dei sogni*. Roma, Newton Compton Editori, 1992.

Intervista a Monica Prato ed Elena Palladino (vedi appendice).

Menditto, M. (a cura di). *Psicoterapia della Gestalt contemporanea. Esperienze a confronto*. Milano, Franco Angeli, 2011.

Perls, F. Baumgardner, P. *L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1983.

Perls, F. Hefferline, R.F. Goodman, P. *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della persona umana*. Roma, Astrolabio, 1997.

Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Roma, Astrolabio, 1977.

Perls, F. *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1980.

Pursglove, P.D. (a cura di). *Esperienze di terapia della Gestalt*. Roma, Astrolabio, 1970.

CONCLUSIONI

La definizione di sogno

Definire il sogno non è semplice, poiché fa parte di un mondo “altro”, in cui vi sono regole diverse dal mondo “reale”, in cui viviamo nello stato di veglia. Nel sonno l’inattività del corpo e del pensiero logico-verbale permettono di sganciarsi dalle regole spazio temporali e dalle norme sociali in cui si è incasellati nella vita diurna, attivando quello che in linguaggio psicoanalitico è definito “processo primario”, caratterizzato dalla visione eidetica e dalla connessione del verbale con il pre-verbale. Non a caso Martinetto parla a tal proposito di sogno come *finestra sull’irrazionale*, in cui *il tempo e lo spazio vengono a mancare* e si hanno dunque delle assonanze con alcuni sintomi psicotici:

“[il sogno è] una finestra, o uno spiraglio, sul suo mondo 'oscuro', in quelle regioni non abitate dalla razionalità e dagli ordinamenti causali e temporali abituali, e caratterizzati da altre logiche, emotive, anche primitive, ma vicine agli interrogativi più profondi dell'essere umano, là dove tutto è in bilico tra il senso e il non-senso, e la nostra fragilità e forza emergono con più nitidezza”.

Con il risveglio il sognatore passa al pensiero diurno verbale ed astratto, che implica, necessariamente una traduzione dell’esperienza onirica in racconto. Francesetti dedica molto spazio nella sua intervista a questo aspetto, affermando che il sogno è *un’esperienza inaccessibile in terapia, perché noi non incontriamo mai il sogno in terapia, ma solo il racconto del sogno*. Il racconto del sogno subisce delle variazioni significative in base al campo in cui questo viene raccontato e all’interlocutore cui il racconto è destinato: per Francesetti è ben diverso raccontare un sogno a se stessi, al terapeuta o a al gruppo. In questo senso, il sogno può essere definito, secondo l’ottica di From, come lo *scioglimento di una retroflessione* in atto all’interno di quella particolare relazione:

“Per cui se tu arrivi e mi racconti il tuo sogno, nel tuo racconto mi stai dicendo qualcosa che non hai trovato un altro modo per dirmi e che ha a che vedere con la nostra relazione. Perché se tu racconti lo stesso sogno al tuo fidanzato, alla tua mamma o al tuo terapeuta, avrai tre racconti diversi e la diversità sarà espressione di ciò che stai vivendo in quella relazione⁵²”.

Il sogno in terapia diventa dunque messaggio importante per il terapeuta, che ha modo di comprendere l’esperienza relazionale che il paziente sta vivendo con lui in quel momento. Gli altri formatori nel definire il sogno attribuiscono maggiore valore al significato che questo porta al sognatore. Anche in questo senso il sogno è un messaggio, ma di tipo *esistenziale*: il sognatore crea un “cortometraggio artistico” sulla situazione di vita in cui si trova e della relazioni che questa ha con il campo in cui è immerso.

Prato e Palladino fanno riferimento a questo proposito al periodo di formazione a Maruja: i sogni portati in tale occasione erano espressione della condizione particolare del sognatore in relazione al campo, pertanto il sogno aveva anche un valore collettivo.

Gnudi e Martinetto danno particolare risalto alla dimensione artistica del sogno, definendolo una *creazione artistica* in cui una parte sconosciuta e alienata diventa *regista* e permette al sognatore quello che Gnudi definisce un *viaggio alla conoscenza di sé*.

Gnudi sottolinea che un’altra importante funzione del sogno è l’integrazione creativa di nuove esperienze con quelle già acquisite: il sognatore è dunque paragonabile ad un *cuoco* che attraverso l’ideazione di *ricette creative*, rende maggiormente *digeribili* all’organismo nuovi cibi, permettendone così la loro assimilazione. Il sogno ha

52 Cfr. Intervista a Francesetti in appendice.

dunque un ruolo centrale nel processo di assimilazione delle nuove esperienze all'interno della personalità del soggetto. Tale assimilazione offre delle indicazioni importanti sulle possibilità d'azione future:

“Oltre ad essere integrazione del passato è parimenti rivolto al futuro, all'azione imminente e spesso pressante. Fra i vissuti della giornata precedente sono infatti particolarmente presenti e rilevanti gli interrogativi e le aspettative circa gli avvenimenti e le sfide che ci aspettano l'indomani. Il sogno è dunque anche spesso una sintesi intuitiva fra la complessità della situazione immaginata e le risorse, conoscenze, abilità acquisite dalle esperienze precedenti che possono essere utilmente applicate per conoscere ed agire al risveglio in modo adattiva ed efficace⁵³”.

L'assenza di sogni in terapia è considerato da Gnudi un indice negativo sia della consapevolezza di sé del paziente, sia della profondità della relazione terapeutica raggiunta:

“Sognare e ricordare significa infatti permettere a se stessi di guardarsi dentro, di sorprendersi, di conoscere aspetti di sé e delle relazioni potenzialmente anche scomodi; narrare il sogno è un'azione di auto-disvelamento, di rilassamento del controllo, di accettazione della vulnerabilità, di fiducia. Sognare è incontrar-si⁵⁴”.

Non a caso, Palladino evidenzia come i bambini che hanno difficoltà nell'addormentarsi siano gli stessi che presentano paura nel perdere il controllo anche nei momenti di gioco:

“Se penso a bambini con difficoltà del sonno che incontro in studio, sono bambini dove la caratteristica del controllo è elevata. È proprio un problema dell'abbandonarsi, sono proprio i bambini che anche solo se fai il gioco del “pendolo” non si lasciano andare, quell'altro che piace tantissimo ai bambini di girare come trottole e poi di lasciarsi andare questi bambini non lo fanno, rimangono sempre piuttosto rigidi⁵⁵”.

Il lavoro onirico ed il suo valore terapeutico

Dalle interviste emergono alcune differenze rispetto alle modalità di lavoro onirico nel contesto terapeutico e al valore che a questo viene attribuito.

La modalità di lavoro sul sogno di Francesetti si basa maggiormente sul metodo di Isadore From: *“il lavoro non è tanto di fare immedesimare il paziente nelle varie parti del sogno stesso (che è una tecnica che la gestalt condivide con lo psicodramma, non specificamente gestaltica, anzi, originariamente viene dalla tradizione morenica), ma è più di cogliere la propria risonanza, la propria reazione al racconto del sogno del paziente⁵⁶”.* Questo perché il sogno è considerato soprattutto un messaggio del sognatore per il suo interlocutore (sia esso terapeuta, gruppo e via dicendo); per tale ragione, i sogni più significativi a livello terapeutico sono quelli della notte prima della seduta o della notte successiva.

Il terapeuta, comunicando le proprie risonanze offre un fondamentale sostegno all'intenzionalità di contatto del paziente presente nel racconto del sogno. Francesetti esemplifica le differenze tra la tecnica di lavoro onirico presentata da Perls e quella presentata da Spagnuolo Lobb, che più si avvicina alla sua:

“[...]se il paziente ti dice “Dopo che ci siamo visti ho sognato che mi trovavo davanti a un muro altissimo e non potevo andare oltre”, un modo di lavorare come proiezione è dire al paziente “Impersona il muro e vedi che effetto ti fa essere il muro, ecc...”, che è un lavoro che potrebbe non focalizzarsi sulla relazione terapeutica, è più in termini di integrazione intrapsichica. Un altro modo è chiedere al paziente “In che modo l'altra volta sono stato un muro invalicabile per te?” per poi cercare insieme se e come sia stato un muro per il paziente⁵⁷”.

53 Cfr. Intervista a Gnudi in appendice.

54 Ibidem.

55 Cfr. Intervista a Palladino e Prato in appendice.

56 Cfr. Intervista a Francesetti in appendice.

57 Ibidem.

Anche per Martinetto è importante *cogliere se e quando il paziente porta materiale onirico, percepirne la risonanza affettiva, i mutamenti nel clima atmosferico tra [paziente e terapeuta], disvelarne possibili significati all'interno della loro relazione, scoprire insieme possibili dimensioni simboliche, fili rossi che, magari, sottendono al percorso [terapeutico] o a quella seduta*⁵⁸.

L'obiettivo principale della metodologia presentata da Gnudi, Palladino e Prato è invece rappresentato dall'integrazione di parti di sé alienate: le risonanze emotive del terapeuta hanno importanza in quanto gli permettono di giungere ad una intuizione estetica che guiderà il lavoro terapeutico di re-identificazione del paziente e di collegamento tra le diverse parti di sé presenti nel sogno. È spesso il terapeuta, infatti, che propone al paziente di identificarsi con un certo elemento del sogno che risulta, in base alla propria intuizione, maggiormente significativo; talvolta, invece, la scelta è lasciata all'intuizione del paziente stesso:

*“Un buon modo di procedere [nel lavoro onirico] è chiedere anzitutto un primo racconto preliminare ed abbastanza rapido del sogno per averne una prima visione d'insieme, una prima accennata forma gestaltica, dalla quale possono già emergere alcune figure rilevanti, cariche di interesse ed energia, sia dal punto di vista del narratore che dell'ascoltatore.[...] Chi ascolta e sostiene il sogno lo fa esprimendo a sua volta i suoi vissuti, emozioni, fantasie, focalizzando attraverso intuizione, interesse ed estetica i collegamenti e le interazioni fra le parti, favorendo l'emergere dell'espressività verbale e corporea, nonché l'emergere e l'attualizzarsi delle intenzionalità nel qui ed ora, che preparano l'azione responsabile ed irreversibile nel mondo reale*⁵⁹”.

“[...] con le ragazzine delle superiori [...] faccio un lavoro molto simile a quello che faccio con gli adulti, quindi mi faccio raccontare il sogno in prima persona, [...] come se lo stessi vivendo in quel momento, poi le chiedo quale elemento l'ha colpita di più o, se c'è qualcosa che ha colpito me, porto il mio stupore e poi lavoro sull'identificazione. [...] Con i bambini [...] Il processo è simile a quello con gli adulti, ma gli strumenti che vengono utilizzati sono diversi; diciamo che della verbalizzazione avviene, ma nell'ultima fase. [...] non [bisogna] andare tanto sul verbale quanto sul disegno, soprattutto quello con la tempera, quindi riportare ad uno strumento senza controllo, perché [...] la tempera o la creta sono [strumenti] più senza confine e quindi si avvicinano di più, se vogliamo alle tonalità del sogno.

Gnudi, Palladino e Prato sottolineano, in sintonia con Perls, la necessità di lavorare con un linguaggio il più vicino possibile a quello onirico ai fini della comprensione del messaggio esistenziale del sogno: in tal senso, il lavoro onirico in terapia diventa esso stesso un'opera d'arte co-creata da paziente e terapeuta sulla base delle rispettive intuizioni, sensazioni e percezioni. Tali intuizioni diventano creazioni artistiche (manipolazione della creta, disegni a tempera, costruzione di elementi presenti nel sogno o utili al suo completamento, poesia) o rappresentazione teatrale (drammatizzazioni del paziente da solo o insieme al terapeuta o, se presenti, ai membri del gruppo):

*“Il lavoro non deve essere una vuota ed arida verbalizzazione, ma esso stesso una nuova opera d'arte, creata insieme dal sognatore e da chi lo ascolta. Può avere le caratteristiche della poesia, e dunque essere una narrazione verbale vivida e vissuta, emozionale e metaforica, oppure quelle incarnate del teatro, con la riproduzione delle scene e l'immedesimazione nelle parti, o quelle della pittura o delle molte altre forme dell'arte*⁶⁰.

Un elemento che accomuna Gnudi, Francesetti e Martinetto discostandoli, invece, da Palladino e Prato, è il valore attribuito al sogno nella pratica terapeutica. Nella psicoterapia degli adulti il sogno ha un ruolo centrale perché costituisce l'unica via d'accesso a contenuti altrimenti inaccessibili nello stato di veglia, siano essi considerati lo scioglimento di una retroflessione del paziente in atto nell'attuale relazione terapeutica, o parti alienate della personalità.

58 Cfr. intervista a Martinetto in appendice.

59 Cfr. Intervista a Gnudi in appendice.

60 Ibidem.

Nella psicoterapia dell'età evolutiva il sogno è semplicemente una delle vie utili all'accesso a tali elementi: la via regia per i bambini è costituita dal gioco, poiché la verbalizzazione, che, come già detto, è fondamentale ai fini del racconto del sogno, non è ancora completamente sviluppata.

Analizzando le metodologie di lavoro sul sogno presenti nelle interviste ai formatori, Francesetti e Martinetto appaiono distanti da Gnudi, Prato e Palladino: i primi si ispirano ad una visione relazionale, che vede in From e Spagnuolo Lobb i principali riferimenti teorici; i secondi ad una visione che può essere definita intrapsichica, analoga alla visione di Perls, senza trascurare i legami con il campo di cui è parte il sognatore.

Ci sembra, tuttavia, che in entrambi i casi il concetto centrale su cui ruota il lavoro onirico sia sempre quello di proiezione: il paziente proietta e integra più o meno efficacemente nel sogno o nell'incubo parti alienate di sé; il terapeuta dis-vela tali proiezioni nel campo terapeutico, contestualizzandole nel qui ed ora della relazione terapeutica.

Inevitabilmente il dis-velamento sarà un prodotto unico, irripetibile e creativo di quella relazione terapeutica in quel particolare momento spazio-temporale e sarà finalizzato, in entrambi i casi, all'incremento della consapevolezza del paziente nel ciclo di contatto. Altrettanto inevitabilmente, i sogni prodotti dal paziente saranno influenzati dal percorso terapeutico in atto, che costituisce una parte significativa del suo campo esperienziale: il paziente, nel corso della terapia, è stimolato nella ricerca di nuovi adattamenti creativi maggiormente efficaci per la propria vita e, nel fare questo, avrà la necessità di prendere contatto con parti di sé precedentemente rifiutate e alienate, modalità nuove o abbandonate per manipolare l'ambiente.

Se è vero che il sogno dice qualcosa della relazione terapeutica in atto, è anche vero che le difficoltà incontrate nella relazione terapeutica da parte del paziente sono segno di un adattamento creativo poco soddisfacente che si manifesta anche in altre relazioni significative. Il sogno, con la sua visione eidetica, permette una visione completa di tale difficoltà nel suo manifestarsi e delle possibili modalità per fronteggiarla, sia nella relazione terapeutica, sia con gli altri interlocutori cui il sogno è raccontato. Per quanto le metodologie di lavoro possano essere orientate maggiormente in senso relazionale o intrapsichico, riteniamo che, in entrambi i casi, il sogno costituisca una preziosa occasione per evidenziare possibili nuovi adattamenti creativi all'ambiente, che il sognatore è libero di cogliere e scegliere di sperimentare.

APPENDICE

Questa sezione contiene le trascrizioni integrali delle interviste ai formatori.

Le interviste al dott. Franco Gnudi e alla dott.ssa Carla Martinetto sono state svolte in forma scritta, mentre quelle al dott. Gianni Francesetti e alle dott.sse Elena Palladino e Monica Prato sono state effettuate oralmente, registrate e successivamente trascritte.

Le interviste sono costituite da una prima parte di domande comuni, poste a tutti i formatori, e da una seconda parte di domande specifiche, relative all'ambito teorico trattato durante il primo anno di formazione.

La prima parte è relativa a:

- definizione personale di sogno nell'attuale fase lavorativa ed esistenziale con i relativi riferimenti teorici e/o esperienziali;
- modalità di lavoro sul sogno;
- il valore terapeutico del sogno e gli obiettivi perseguiti con il lavoro su di esso.

La seconda parte verterà sui seguenti aspetti:

Dott. Franco Gnudi	Dott. Gianni Francesetti	Dott.ssa Carla Martinetto	Dott.sse Elena Palladino e Monica Prato
- Contributi teorici alla base del lavoro gestaltico sul sogno. - Sogno e teoria della complessità.	- Il lavoro sul sogno con pazienti con attacchi di panico. - Punti di contatto tra incubo e attacco di panico. - Consigli ai terapeuti in formazione che si accingono a lavorare sul sogno.	- Punti di contatto tra sogno e psicosi. - Punti di contatto tra sogno e allucinazioni. - Punti di contatto tra sogno e delirio. - Utilità del sogno a fini diagnostici.	- Dissonnie e parasonnie nell'età evolutiva. - Il lavoro sul sogno nelle diverse fasi dello sviluppo.

IL SOGNO COME CRESCITA

Intervista al dott. Franco Gnudi

(A cura di Simona Colucci)

Cos'è il sogno?

In Terapia della Gestalt il sogno è una produzione del sé, il confine di contatto tra organismo ed ambiente in azione, che avviene in una paradossale condizione di isolamento, il sonno.

Esso ha la funzione di destrutturare, elaborare e reintegrare secondo una modalità analogica e metaforica, dunque eminentemente artistica, le esperienze non ancora pienamente assimilate che sono state vissute nella giornata appena conclusa o in quelle immediatamente precedenti.

Lo fa “impastandole” con altre passate esperienze già assimilate per consentirne l'integrazione complessiva all'interno della personalità, che delle esperienze vissute rappresenta la sintesi globale corrente ed in continua crescita.

L'elaborazione, integrazione ed assimilazione alla personalità delle avvenute esperienze di contatto, allorché problematiche, difficili o comunque particolarmente piene di molta novità, può avvenire solo parzialmente e con difficoltà se altre nuove esperienze si affacciano ed interferiscono al confine, dovendo l'organismo sveglio impegnarsi quasi senza soluzione di continuità in consecutivi episodi di contatto. Ecco perché la condizione di parziale o totale isolamento, come nel riposo, nella meditazione e massimamente nel sonno, si rivela necessaria.

Le esperienze non immediatamente e pienamente assimilabili, non più ambiente e non ancora organismo, sono mantenute temporaneamente “stoccate” in uno stato di sospensione ai confini dell'organismo, appunto al confine di contatto, ad esempio nella memoria a breve e medio termine, o in temporanei stati viscerali e contrazioni muscolari, fino al momento in cui possono essere riprese e definitivamente elaborate ed assimilate dalle medesime funzioni di contatto, finalmente nuovamente disponibili, al cessare e al ritirarsi del sé dall'attività diurna.

Dunque per nulla a caso riconosciamo nel sogno sia gli elementi dell'attività diurna appena conclusa, che alcuni tratti più esistenziali, momenti e luoghi significativi della storia personale, aspetti dell'identità e della visione del mondo, fra loro rimescolati in un quadro sempre di grande creatività e bellezza. Il sogno è il modo con cui l'organismo “cucina” le esperienze nuove insieme a quelle già acquisite in nuove “ricette” creative per renderle digeribili all'organismo.

Attraverso il sogno l'organismo, che è in un continuo divenire attraverso la sua interazione con l'ambiente, si trasforma e cresce come personalità, ossia come capacità quasi automatica di funzionamento flessibile, comprensione e azione efficace all'interno dell'ambiente mutevole.

Il sogno, quell'evento che avviene nella notte che separa lo ieri dal domani, non è solo questo.

Oltre ad essere integrazione del passato è parimenti rivolto al futuro, all'azione imminente e spesso pressante. Fra i vissuti della giornata precedente sono infatti particolarmente presenti e rilevanti gli interrogativi e le aspettative circa gli avvenimenti e le sfide che ci aspettano l'indomani. Il sogno è dunque anche spesso una sintesi intuitiva fra la complessità della situazione immaginata e le risorse, conoscenze, abilità acquisite dalle esperienze precedenti che possono essere utilmente applicate per conoscere ed agire al risveglio in modo adattiva ed efficace. Questo è ciò che da sempre, fin dall'antichità, gli uomini hanno visto come la funzione più importante del sogno-pensato in

molte culture come dono degli spiriti o degli dei e perciò interpretato solennemente dai sacerdoti, dal cui messaggio traevano comprensione e direzione per le azioni più difficili.

Non a torto, perché nel sogno è viva ed attiva molto più che nella vita diurna la nostra intelligenza intuitiva e viscerale, in maggior grado libera dagli schemi, o perlomeno molto più libera di destrutturarli e riutilizzarli in modo creativo.

I sogni sono perciò estremamente importanti per la vita e per le scelte di vita. Hanno una loro funzione anche quando non vengono analizzati, e nemmeno ricordati, perché, come già affermato, l'assimilazione e la crescita sono prettamente inconsce. Ciò non toglie che una loro adeguata narrazione e rielaborazione, non puramente schematica e cognitiva, ma adeguata alle caratteristiche specifiche del sogno, dunque creativa ed artistica, emozionale e corporea, in solitudine o insieme ad altri, siano professionisti o semplicemente amici, consenta una ulteriore e più completa comprensione, utilizzazione, assimilazione completa per l'organismo e la sua crescita.

Quanto è utile e presente il lavoro con il sogno nel tuo modo di fare terapia?

Il lavoro sui sogni è una parte essenziale del mio agire terapeutico.

Vero, si può lavorare fruttuosamente anche a lungo senza che il paziente porti alcun sogno, ma personalmente l'assenza di sogni mi appare come un indice negativo sia della consapevolezza di sé che della profondità della relazione terapeutica raggiunta. Sognare e ricordare significa infatti permettere a se stessi di guardarsi dentro, di sorprendersi, di conoscere aspetti di sé e delle relazioni potenzialmente anche scomodi; narrare il sogno è un'azione di auto-disvelamento, di rilassamento del controllo, di accettazione della vulnerabilità, di fiducia. Sognare è incontrarsi.

I sogni consentono di fare notevoli passi in avanti riguardo alla comprensione di sé, all'importanza e significato delle situazioni e relazioni presenti, al chiarimento della propria intenzionalità più viva, alle linee concrete con cui essa può essere attualizzata.

L'analisi vissuta degli elementi del sogno ci porta direttamente alla struttura della personalità, al sistema delle identificazioni ed alienazioni più probabili, al senso di identità, alle parti nascoste, negate o non pienamente integrate, alla visione del mondo, all'insieme delle proiezioni su di esso.

Nel sogno troviamo anche il confine vivo della crescita, in quanto esso è alimentato proprio dalle novità e difficoltà nel contatto attuale tra organismo ed ambiente, e quindi mostra in modo stringente l'inadeguatezza della presente struttura di personalità nel comprenderla ed agirvi.

Nel sogno è altresì possibile intravedere la spinta e l'emergere embrionale di nuovi adattamenti creativi, nuove comprensioni e comportamenti, di cui è possibile favorire direttamente in seduta la formazione e la sperimentazione.

Quali sono le tue modalità di lavoro con i sogni?

Se il sogno è un'opera d'arte, occorre gustarlo e lavorarvi in modo artistico.

Il lavoro con i sogni deve dunque essere anzitutto sensoriale, corporeo, emozionale, e porre il sognatore in contatto con i particolari della sua opera, le sue sequenze, i collegamenti realizzati o semplicemente potenziali. Un buon modo di procedere è chiedere anzitutto un primo racconto preliminare ed abbastanza rapido del sogno per averne una prima visione d'insieme, una prima accennata forma gestaltica, dalla quale possono già emergere alcune figure rilevanti, cariche di interesse ed energia, sia dal punto di vista del narratore che dell'ascoltatore. È possibile allora

concentrarsi direttamente subito su di esse oppure ripercorrere una seconda volta il sogno nella sua sequenzialità, utilizzando il tempo presente, più lentamente e con maggiore abbondanza di dettagli, per facilitare il contatto con i suoi vari aspetti e lasciar emergere tutti i vissuti che via via si presentano. Il lavoro non deve essere una vuota ed arida verbalizzazione ma esso stesso una nuova opera d'arte, creata insieme dal sognatore e da chi lo ascolta. Può avere le caratteristiche della poesia, e dunque essere una narrazione verbale vivida e vissuta, emozionale e metaforica, oppure quelle incarnate del teatro, con la riproduzione delle scene e l'immedesimazione nelle parti, o quelle della pittura o delle molte altre forme dell'arte. Chi ascolta e sostiene il sogno lo fa esprimendo a sua volta i suoi vissuti, emozioni, fantasie, focalizzando attraverso intuizione, interesse ed estetica i collegamenti e le interazioni fra le parti, favorendo l'emergere dell'espressività verbale e corporea, nonché l'emergere e l'attualizzarsi delle intenzionalità nel qui ed ora, che preparano l'azione responsabile ed irreversibile nel mondo reale.

Quali sono stati i contributi più importanti alla modalità di lavoro gestaltico sul sogno?

Freud è il primo pioniere della comprensione e del lavoro sul sogno in terapia. Il suo sottolineare la funzione di gratificazione allucinatoria del desiderio è stata ripresa in chiave gestaltica come ricerca delle intenzionalità che del sogno dirigono sequenze e conclusione. Jung è colui che con più forza ha sottolineato il parallelo fra il sogno e l'arte, indicando espressamente di accostarsi al sogno come al capolavoro di un artista. Sua è anche la visione degli elementi del sogno, ripresa egualmente in Gestalt, come rappresentativi di parti della personalità.

Sia Freud che Jung hanno utilizzato l'interpretazione come strumento fondamentale di intervento. Moreno è invece colui che per primo propose il lavoro teatrale quale strumento principe per il lavoro sul sogno, in quanto capace di far accedere alla consapevolezza incarnata dell'azione.

Perls riprese tutti questi contributi e li sintetizzò in una modalità di lavoro teatrale e dialogica volta all'analisi ed alla integrazione delle parti della personalità, preferendo comunque il monodramma allo psicodramma, affinché il sognatore potesse adeguatamente tutte viverle ed esprimerle, sostenendo il dialogo tra esse e con il terapeuta, la sperimentazione diretta nell'ambiente e la reciproca integrazione. Isadore From sottolineò infine del sogno la potenziale valenza di messaggio al terapeuta sulla relazione terapeutica.

La teoria della complessità apporta chiavi significative di lettura al lavoro con i sogni?

La personalità è a tutti gli effetti un sistema complesso, ossia un insieme di molte parti fra loro riccamente interconnesse, capace intrinsecamente di autoregolazione, che si attiva spontaneamente in modo differenziato a seconda delle caratteristiche specifiche dell'ambiente, in modo da soddisfare i bisogni di sopravvivenza e di crescita dell'organismo.

La personalità sana si può descrivere, è già stata descritta, come una democrazia armoniosa di una molteplicità di parti. Nella nevrosi a tale democrazia si sostituisce una dittatura, la dominanza rigida di una parte sopra tutte le altre, anche nei casi in cui altri atteggiamenti, comportamenti, significati sarebbero senz'altro più opportuni. Il sistema complesso della personalità diventa allora un sistema rigido, assai meno resiliente, creativo ed adattivo.

Per ridare flessibilità e creatività ad un sistema complesso occorre riattivare tutte le sue parti, anche quelle più in ombra, e porle in relazione attraverso numerosi circuiti interattivi di feedback.

È ciò che noi facciamo esattamente nel lavoro gestaltico sui sogni: solo collegare!

Collegare in termini sensoriali, emozionali, cognitivi, dialogici, le parti del sogno e le parti della personalità, per fare emergere una nuova sintesi creativa di significato ed azione.

Il lavoro sul sogno all'interno dei gruppi è a sua volta il funzionare di un sistema complesso, in lavoro artistico gruppale nel quale i vari componenti intervengono per apportare retroattivamente vissuti, intuizioni, agiti che ne arricchiscono potenzialmente la comprensione come auto-rappresentazione dell'insieme e attualità del reciproco interagire.

IL SOGNO, UN RACCONTO DEDICATO
Trascrizione dell'intervista al dott. Gianni Francesetti
(a cura di Elisa Rita Romanelli)

I: *Come definirebbe il sogno ora, nella sua attuale fase lavorativa ed esistenziale?*

G: Lo definirei una esperienza e aggiungerei che è un'esperienza inaccessibile in terapia, perché noi non incontriamo mai il sogno in terapia ma solo il racconto del sogno. Quindi è una tra le esperienze a cui possiamo accedere in terapia, però non accediamo al sogno ma al racconto del sogno nel qui e ora.

I: *Quali sono i suoi punti di riferimento teorici?*

G: Non ho un riferimento teorico preciso, mi baso piuttosto sull'osservazione fenomenologica di cui spesso ci si dimentica, perché molti pensano di lavorare sul sogno, invece lavorano sul racconto e sull'esperienza del sogno così come si manifesta ora in terapia.

I: *In che modo ritiene che il lavoro sul sogno sia utile terapeuticamente e con quali obiettivi lo utilizza?*

G: Non ho obiettivi separati da qualsiasi lavoro terapeutico nel senso che il sogno, essendo un'esperienza che viene portata come racconto in terapia, raccoglierà in qualche modo un'intenzionalità che il paziente porta nel campo terapeutico e il terapeuta lo sostiene affinché diventi un'intenzionalità raggiunta. Quindi non vedo un obiettivo separato per il lavoro sul sogno e col sogno rispetto agli altri lavori. E' parte dell'esperienza portata dal paziente, è il modo attraverso cui paziente e terapeuta operano per essere pienamente presenti al confine di contatto

I: *In che modo lavora sul sogno in particolare con pazienti che soffrono o hanno sofferto di attacchi di panico?*

G: Non ho un modo specifico di lavorare con pazienti che portano sogni e soffrono di disturbi di panico. Non c'è una specificità. Quando una persona soffre di attacchi di panico di solito tocca dei temi relazionali di un certo tipo, per esempio il tema dell'appartenenza, della solitudine piuttosto che il tema della consistenza, dello sfondo, del terreno, del ground su cui poggia, quindi è chiaro che in quel momento c'è una sintonizzazione su questi temi e forse rispetto al sogno è più facile che diventino figura certi temi. Forse. Però non c'è un modo specifico a seconda del tipo di sofferenza che il paziente ha. Altra cosa è invece il fatto che altre volte alcune persone invece di sviluppare degli attacchi di panico in certe fasi di passaggio sognano di avere degli attacchi di panico. E questo è interessante perché è possibile lavorare sulla rottura dello sfondo in terapia a partire da un'esperienza raccontata attraverso il sogno e senza bisogno di avere un attacco di panico nella realtà. Il che mi sembra un buon adattamento creativo.

I: *Le è capitato di scorgere analogie nei sogni riportati da pazienti che soffrono di attacchi di panico?*

G: Veramente non è una domanda che mi sono mai fatto e quindi non ho mai prestato attenzione a cose di questo genere.

I: *Crede che esistano elementi in comune tra incubo e attacco di panico? Se sì, quali?*

G: Io credo che ci siano alcuni incubi che possono essere analoghi a un'esperienza di attacco di panico. Addirittura, come ti dicevo prima, alcuni sognano l'attacco di panico. Mentre invece non credo che tutti gli incubi abbiano un'analogia con l'esperienza del panico, perché l'incubo può non essere l'esperienza di arrivare ad un culmine in cui c'è un crollo dello sfondo. L'incubo può essere ad esempio di essere perseguitati, poi non necessariamente finisce con il panico; l'incubo può essere di essere imprigionati. Ci son tanti incubi. Quindi credo che l'incubo rappresenti una buona espressione di un tipo di sofferenza ma non necessariamente legata all'esperienza dell'attacco di panico. Più frequentemente può essere legato all'esperienza del panico, che è una situazione fisiologica in cui l'organismo reagisce fisiologicamente ad una minaccia ambientale che non può affrontare. Quindi incubi che hanno una "parentela" col panico ne posso vedere molti, anche se non farei un'equivalenza, invece incubi paragonabili ad un disturbo di panico o ad un attacco di panico questo mi sembra che può esserci ma nella stragrande maggioranza dei casi non c'è. Mentre ci può essere molta più vicinanza tra panico e incubo, però ripeto, non farei un'equivalenza.

I: *Come lavora col sogno?*

G: Ci sono molti modi di lavorare col sogno. Dipende come lo consideri. Il modo di Perls era principalmente di considerare il sogno come una proiezione e quindi il lavoro è di far impersonare il paziente nelle varie parti affinché reintegri se stesso e raccolga le parti che come in un prisma erano sparse nel sogno. Il mio modo di lavorare in genere non è questo, ma è più basato sul modo in cui lavorava Isadore From, uno dei fondatori, il quale considerava il sogno come lo sciogliersi di una retroflessione. Per cui se tu arrivi e mi racconti il tuo sogno, nel tuo racconto mi stai dicendo qualcosa che non hai trovato un altro modo per dirmi e che ha a che vedere con la nostra relazione. Perché se tu racconti lo stesso sogno al tuo fidanzato, alla tua mamma o al tuo terapeuta, avrei tre racconti diversi e la diversità sarà espressione di ciò che stai vivendo in quella relazione. Per questo sottolineo: noi non abbiamo il sogno abbiamo il racconto. Ad esempio i sogni più interessanti sono quelli fatti prima o dopo la seduta, nel senso che quelli fatti dopo possono avere a che vedere con qualcosa che è rimasto aperto nel nostro incontro e quello è il modo attraverso cui il paziente me lo porta. Il sogno che arriva subito prima della seduta, magari la notte prima, ha a che vedere, a volte, con qualcosa che trova solo quella forma lì per essere narrato e raccontato al terapeuta. Quindi è più uno sciogliersi di una retroflessione: riesco a dirti qualcosa attraverso il racconto di questo sogno. Se questo è il modo di intendere il sogno allora il lavoro non è tanto di fare immedesimare il paziente nelle varie parti del sogno stesso (che è una tecnica che la gestalt condivide con lo psicodramma, non specificamente gestaltica anzi originariamente viene dalla tradizione morenica), ma è più di cogliere la propria risonanza, la propria reazione al racconto del sogno del paziente. Anche nel lavoro di gruppo questo è interessante. Cioè il paziente racconta il proprio sogno e il senso del sogno non viene dal lavoro del paziente ma dalle risonanze che ciascuno ha rispetto a

quel sogno da cui emerge il significato, il senso di quel sogno che in fondo è cosa mi stai dicendo attraverso il racconto di questo sogno. Allora nel setting individuale cosa stai dicendo a me terapeuta, nel setting di gruppo cosa stai dicendo al gruppo. C'è questo esempio che riporta credo Margherita Spagnuolo Lobb ne "Il now for next in psicoterapia", se il paziente ti dice "Dopo che ci siamo visti ho sognato che mi trovavo davanti a un muro altissimo e non potevo andare oltre", un modo di lavorare come proiezione è dire al paziente "Impersona il muro e vedi che effetto ti fa essere il muro, ecc.." che è un lavoro che potrebbe non focalizzarsi sulla relazione terapeutica, è più in termini di integrazione intrapsichica. Un altro modo è chiedere al paziente "In che modo l'altra volta sono stato un muro invalicabile per te?" per poi cercare insieme se e come sia stato un muro per il paziente. Questo è un modo di dare senso al racconto del sogno come messaggio per il terapeuta, basandosi sulla propria risonanza sensoriale. Sono entrambi modi non interpretativi, perché l'interpretativo va a prendere una teoria e a leggere ciò che accade sulla base della teoria oppure riferendosi a codici come quelli junghiani ad esempio. Queste sono letture di tipo semeiotico (codici e segni) e ermeneutico (teoria). Come gestaltisti a questo livello invece ci basiamo su una risonanza estetica, cioè sensoriale, ad esempio cosa suscita in me terapeuta il modo in cui mi racconti il sogno. Nel rimandarlo poi si dà un senso al sogno. Usi il racconto del sogno attraverso la tua risonanza, lo usi come sostegno a raggiungere ciò che è l'intenzionalità che c'è nel racconto del sogno. Il focus è sul confine di contatto.

I: *Cosa consiglierebbe ad un terapeuta in formazione che si appresta a lavorare con i sogni per la prima volta?*

G: Io consiglierei di dar valore ai propri sogni, prender l'abitudine di raccontarli e con un'attenzione a come cambia il racconto a seconda di a chi si racconta, perché questo dirà qualcosa della relazione che si ha con quella persona. E questo penso sia un modo che ha a che vedere con una buona ecologia, una buona igiene mentale. Attraverso il sogno diamo forma a qualcosa che peschiamo nel vago e indifferenziato, al fondo dei campi relazionali per cui è una forma di cui non conosciamo il significato ma che credo sia sempre un messaggio indirizzato all'ambiente. Credo sia una buona norma di igiene mentale e culturale quella ritualità in cui ci sono momenti nella comunità in cui si raccontano i sogni, come in alcune comunità tribali. Mentre è molto facile che al risveglio i nostri sogni sfumino, non c'è nessuna ritualità, nessun tempo. Per cui io direi di usarli nella propria vita personale in particolare quando uno è in coppia nel tempo, un modo di tenere viva la coppia credo sia raccontare reciprocamente i sogni. Rispetto alla terapia invece ho un suggerimento unico e specifico ed è: qualsiasi modo di lavorare col sogno si utilizzi, se siete terapeuti delle gestalt, il focus è al confine di contatto fra paziente e terapeuta, non da un'altra parte.

IL SOGNO: UNA FINESTRA APERTA SUL MISTERO E SULLA DIMENSIONE IRRAZIONALE
DELL'ESISTENZA UMANA

Intervista alla dott.ssa Carla Martinetto

(A cura di Paola Bolognesi)

Qual è la sua definizione di sogno?

Questa domanda per certi aspetti lapidaria mi intimorisce un po': come posso dare una mia definizione di un fenomeno umano così complesso, sconosciuto eppure comune, che abita incessantemente tutte le nostre notti, più volte a notte? Nel sonno siamo tutti creatori di mondi. Ma nonostante nascano da noi, rimangono molto oscure le loro origini, come è oscura l'origine del desiderio, del sentimento, e così via. Come può essere decifrato un fenomeno, in cui una parte di noi, sconosciuta inconsapevole, in qualche modo in una dimensione 'autistica', diventa regista attore scenografo a volte pubblico di una narrazione originale coinvolgente spesso con una sua struttura e fortemente evocativa?

Inoltre sul sogno e del sogno è già stato in qualche modo detto di tutto. Le definizioni più correnti ne parlano se non sbaglio come di una manifestazione del nostro mondo interiore/stato mentale, caratterizzata da mancanza/flebile contatto con il mondo esterno, di cui perdiamo ogni consapevolezza (eccetto che nel sogno lucido), e da una ricchezza estrema di sensazioni, emozioni, sentimenti, pensieri, che vengono sia vissuti in prima persona dal sognatore, sia rappresentati attraverso scene, eventi, persone, sequenze, spesso articolati in una narrazione.

Narrazioni molto originali, caratterizzate da caratteri formali diversissimi, come le qualità sensoriali che spaziano enormemente, dai sogni in bianco e nero a quelli coloratissimi, da quelli sfumati, opachi a quelli nitidissimi, ecc., O come i contenuti vanno dall'incubo al sogno erotico, dal realismo crudo al surrealismo sfrenato. Le normali coordinate temporo-spaziali vengono a mancare, e così il riconoscimento di persone diventa un fenomeno molto articolato e complesso, in essi associativi sono rivoluzionati. Eccetto che nel sogno lucido, in cui il sognatore è consapevole di stare sognando, il sogno è di frequente vissuto con straordinaria intensità e con la qualità di realtà dal soggetto. Al risveglio spesso il sognatore è sorpreso, impaurito, vergognoso, deliziato dai propri sogni, confuso, si affaccia su una sua realtà sconosciuta, inconsapevole, fuori controllo, che in molti casi rapidamente si affievolisce e scompare. Come ben sappiamo questa complessità ha alimentato le più svariate ipotesi, letture, dall'atteggiamento semplificatorio di certi modelli esclusivamente fisiologici (cattiva digestione, posture), alle concezioni spirituali secondo cui il sogno sarebbe una manifestazione diretta del divino, e/o avrebbe significati divinatori, fino ad arrivare alle interpretazioni psicologiche, come il sogno concepito come realizzazione di un desiderio o come mezzo per l'elaborazione delle nostre paure, e così via.

Come porsi di fronte a questa complessità da povero singolo individuo, operatore sul campo? Ci provo.

Per me il sogno è soprattutto, un po' banalmente, una finestra aperta sul mistero e sulla dimensione irrazionale dell'esistenza umana, e di quel particolare essere umano, il sognatore: una finestra, o uno spiraglio?, sul suo mondo 'oscuro', in quelle regioni non abitate dalla razionalità e dagli ordinamenti causali e temporali abituali, e caratterizzati da altre logiche, emotive, anche primitive, ma vicine agli interrogativi più profondi dell'essere umano, la dove tutto è in bilico tra il

senso e il non-senso, e la nostra fragilità e forza emergono con più nitidezza. Percorrere, raccontare, condividere un sogno equivale a viaggio, in un mondo di inesauribile, ma oscura e anche fallace, conoscenza su noi stessi.

Quale importanza attribuisce al lavoro sul sogno nella pratica clinica?

Il lavoro col sogno fa certo parte della mia pratica clinica. Il sogno è uno dei materiali che il paziente presenta, tra i più interessanti, in grado di gettare nuova luce sul suo modo di essere nel mondo, sulla sua esperienza di mondo, laddove non è osservato, giudicato, né a sua volta controllante, quando non vive più nel mondo chiaro, lucido, condiviso familiare e diventa abitatore del 'mondo o/scuro'. Per me è molto interessante cogliere se e quando il paziente porta materiale onirico, percepisce la risonanza affettiva, i mutamenti nel clima atmosferico tra di noi, disvelarne possibili significati all'interno della nostra relazione, scoprire insieme possibili dimensioni simboliche, fili rossi che magari sottendono il nostro percorso o quella seduta.

Quindi è molto interessante approfondire sia le qualità formali del sogno, il 'come' il 'quando', che i contenuti, che anche inserirlo ed analizzarlo alla luce del contesto relazionale terapeutico,

Che rapporto c'è tra psicosi e sogno?

Mi pare sia stato Jung ad esprimere il concetto che la psicosi è vivere un incubo in stato di veglia, un incubo interminabile, da cui però non ci si può svegliare. Se questo è vero, allora tutti noi, normalmente nevrotici, conosciamo viviamo negli incubi le esperienze della 'follia', o almeno qualcosa di simile. Detto in altri termini tutti 'impazziamo' nei nostri sogni, sono la nostra potenzialità e qualità psicotica, abitiamo temporaneamente mondi dominati dall'oppressione, dal terrore, sconvolti, disorientati, circondati da pericoli sconosciuti, vulnerabilissimi, terribilmente angosciati e senza luce, speranza. È facile intuire che quanto proviamo in un incubo, può diventare una traccia di affinità, una possibile empatia risonanza coi vissuti che caratterizzano le esperienze psicotiche. Secondo gli psicoanalisti in entrambe le situazioni il funzionamento mentale è dominato dal processo primario. Su un piano descrittivo in entrambi viene a mancare, anche se in modo molto diverso (differente stato di coscienza) il contatto con la realtà comune e condivisa, viene a mancare una chiara coscienza/consapevolezza. Da un punto di vista fenomenologico in entrambi la persona inconsapevolmente crea e vive altri mondi. O meglio si trova catapultata suo malgrado in altri mondi.

Esistono diversità e similitudini tra sogno e allucinazione?

Credo che le esperienze allucinatorie siano molto complesse, si articolano infatti con uno stato di coscienza che è radicalmente diverso da quello del sogno, la veglia, ed è molto difficile immaginare come le due esperienze percettive, quella del mondo condiviso, e quella autistico-allucinatoria, si articolino, fondano, sovrappongano, se mantengano comunque una qualità percettiva diversa o no, che vissuti le accompagnano, come e quanto influenzano la nostra relazione col mondo condiviso, ecc. ecc.

Credo però che comunque nei sogni viviamo esperienze che presentano caratteri di analogia con quelle delle esperienze allucinatorie, come dispercezioni corporee, olfattive, tattili, uditive, visive ed ancora più spesso esperienze coi caratteri dell'illusione, ovvero della deformazione di una percezione. Le viviamo in genere con intenso disagio, angoscia, cerchiamo di liberarcene: conoscere ed approfondire i nostri vissuti durante queste esperienze nel sogno ci può aiutare ad avvicinarci al mondo schizofrenico o depressivo.

Esistono diversità e similitudini tra sogno e delirio?

Come già detto, Il sogno presenta delle affinità con quanto vive una persona psicotica, e quindi coi vissuti che accompagnano un'esperienza delirante. Quando mai altrimenti potremmo infatti vivere esperienze di trasformazioni di significato, di trasformazione del mondo, da quello sicuro, ovvio, quotidiano al mondo minaccioso, irrazionale, al non senso?

Bisogna prestare però attenzione al rischio di una possibile arbitraria semplificazione, riduzione: il sogno al mattino sparisce, va nello sfondo, noi recuperiamo in pieno il nostro 'mondo', noi stessi e la nostra abituale visione del mondo e relazione col mondo. Mentre per lo psicotico tutto ciò è e rimane radicalmente e continuamente trasformato: hanno perso il loro mondo abituale, nulla è prima come prima, la loro relazione con il mondo e la loro visione del mondo sono divenute altro, e tutto ciò è avvenuto non attraverso un percorso esperienziale cosciente e consapevole, ma in modo misterioso ed incontrollabile. Si è imposto a loro ed ha travolto la loro esistenza.

Il sogno può essere utile come strumento diagnostico?

Dal punto di vista della diagnosi descrittiva non mi sembra proprio, solo il Disturbo da terrore notturno, che ha altre caratteristiche dall'incubo, può essere indizio/associato ad altri disturbi mentali, tipo ansia, depressione, disturbi di personalità.

Ci sono studi sul suo valore diagnostico di per sé, ma per quel che so vertono più sulle modalità in cui il sogno è riferito, che al sogno di per sé.

Il sogno può invece essere utile come elemento di approfondimento della 'conoscenza attraverso' (V. dia-gnosis etimologia greca) del mondo del paziente. Quindi da un punto di vista psicopatologico.

Può essere immaginato come un test di Rorschach senza macchie, senza stimolo percettivo, o a partenza per esempio da uno stimolo minimo, di tipo percettivo (cattiva digestione, posizione, rumori, ecc.), mentale (preoccupazione, desiderio, traccia mnestica rievocata durante il giorno).

Come 'lavoriamo' questo stimolo? Cosa proiettiamo? Con che sceneggiatura? Attori? Siamo tutti creatori di ricchi film notturni, e le nostre creature inevitabilmente parlano di noi e delle nostre visioni del mondo.

Trascrizione dell'intervista alle dott.sse Elena Palladino e Monica Prato

(a cura di Valentina Muzio e Laura Vanzillotta)

I: Attualmente che cos'è secondo voi il sogno? Che definizione daresti e su quali riferimenti basate la vostra definizione?

E: io lo baso più su un'esperienza personale: come ho lavorato sul sogno personalmente e quello a cui mi è servito nel lavorare sui miei sogni quando ero in terapia e adesso, quando i sogni si affacciano nel diurno. Li vedo come dei messaggi, delle parti con le quali magari non sono identificata nella mia vita e che prendono diverse forme nel sogno. Mi danno un po' un significato di dove sono e qual è la strada che sto percorrendo: le parti con cui sono identificata e le parti con cui non sono identificata. Quando mi arriva un sogno e mi sveglio al mattino, spesso capita, immediatamente mi chiedo qual è il significato del sogno.

M: mi collego anche io con quello che sta dicendo Elena. A me, quando si parla di sogno, mi viene subito in mente l'esperienza dei gruppi di specialità della mia formazione. Noi ai tempi li facevamo a Maruja, per cui andavamo a dormire tutti insieme e capitava spesso che qualcuno si ricordasse un sogno. Era un messaggio, portatore di un lavoro di gruppo, era un significato del gruppo. Questo è poi quello che utilizzo sia quando poi produco sogni miei, sia quando lavoro... penso più alla terapia con gli adulti, ma poi anche alla terapia con i bambini. Qual è il mondo altro che sta portando, quale altro significato sta venendo fuori attraverso il sogno, che cosa io non riesco a vedere in quel momento nella mia vita e cosa mi sta permettendo di vedere. È un'esperienza mia, ma anche del gruppo... come ricordo lo collego appunto molto al gruppo, perchè spesso al mattino ci si alzava con "io ho sognato questo... che significato ha per noi quello che sto portando?" è un qualcosa che appartiene a me ma anche al campo, a ciò che c'è attorno a me.

I: Ci avete descritto [nel week end teorico] il lavoro di gruppo che fate con i bambini. Là vi capita che magari qualche bambino porti un sogno che ha fatto?

M: capita, capita. Tutto quello che emerge all'interno del gruppo porta poi i bambini a raccontare la propria esperienza rispetto a quello che emerge, per cui se un bambino dice "ho sognato questa cosa", poi tutti dicono "anch'io ho sognato questa cosa". Diventa una condivisione, ma è sul sogno così come: "è morto il nonno" e tutti approfittano di quel momento per dire: "anche a me è mancato"... è un bisogno di dominanza che a volte il bambino ha, per cui "ho bisogno anche io subito di portarti la mia esperienza". Elena si ricorda qualcosa...

E: sì, io mi ricordo di un gruppo che si era aperto proprio sui sogni, adesso fanno già le medie. Una bambina aveva cominciato a raccontare questo suo sogno ingigantendolo tantissimo, c'era nel gruppo anche Luca, e Luca aveva cominciato a raccontare sogni di paura e quindi avevamo virato, in realtà era veramente una condivisione in cui poi qualcosa prendeva forma e un'altra direzione. Questa bambina aveva raccontato un sogno fantastico, un altro

aveva invece raccontato di un sogno che gli aveva fatto paura e poi è stato l'apri porta per parlare poi dei film dell'orrore che guardava e tutti gli altri...

M: ah sì, adesso mi ricordo!

E: è stato un apri porta per parlare dei film dell'orrore e di quanto questi film suscitassero nei bambini. Quindi il sogno era stato in realtà un trampolino che aveva poi portato da altre parti. Non abbiamo mai lavorato all'interno del gruppo proprio su dei sogni. Non è mai capitato, ma magari potrà capitare.

M: però io ho una domanda rispetto al sogno...adesso non so se disorienta troppo il lavoro, però nel pensare un po' a questo intervento che avremmo fatto, io ho pensato e volevo chiedertelo Elena, visto che tu hai anche figli: *perché i bambini secondo voi, anche i più piccini, uno o due anni hanno così difficoltà a lasciarsi andare al sonno, perché non vogliono mai addormentarsi?* L'altro giorno ero in macchina con una collega e la bambina piccola di un anno non voleva dormire, quindi diventava sempre più nervosa, era distrutta, ma non riusciva ad abbandonarsi al sonno.

E: io ho due figli che non fanno fatica ad abbandonarsi al sonno, ma anzi crollano immediatamente, però penso a figli di amici che fanno fatica e sono bimbi che controllano tanto...e quindi è un po' il "mollare il controllo": quando sentono che si stanno abbandonando si riattivano in modo anche nervoso. Se penso a bambini con difficoltà del sonno che incontro in studio, sono bambini dove la caratteristica del controllo è elevata. È proprio un problema dell'abbandonarsi, sono proprio i bambini che anche solo se fai il gioco del "pendolo" non si lasciano andare, quell'altro che piace tantissimo ai bambini di girare come trottole e poi di lasciarsi andare questi bambini non lo fanno, rimangono sempre piuttosto rigidi.

I: Quando avevo circa 8 anni mi capitò di sognare per tre notti di seguito lo stesso incubo e non volevo più riaddormentarmi per paura di sognarlo. Nel mio caso era proprio legato al sogno e quel sogno è stata la prima cosa su cui ho lavorato quando ho iniziato la scuola. *Quindi, usate il sogno un po' come spunto per il gruppo; nella terapia individuale con i bambini e gli adolescenti trovate che ci sia una utilità diversa?*

M: beh, con le ragazzine delle superiori, con una ragazzina in particolare faccio un lavoro molto simile a quello che faccio con gli adulti, quindi mi faccio raccontare il sogno in prima persona, glielo faccio raccontare come se lo stessi vivendo in quel momento, poi le chiedo quale elemento l'ha colpita di più o, se c'è qualcosa che ha colpito me, porto il mio stupore e poi lavoro sull'identificazione. Con i bambini quello che invece mi è capitato è sia di sostenere i genitori nel farlo e sia l'ho fatto io durante la terapia, di non andare tanto sul verbale quanto sul disegno, soprattutto quello con la tempera, quindi il riportare uno strumento senza controllo, perché il pennarello è di per sé già uno strumento con un segno definito, mentre la tempera o la creta sono più senza confine e quindi si avvicinano di più, se vogliamo alle tonalità del sogno. Mi è capitato di lavorarlo così...

I: *quindi far rappresentare la scena principale?*

M: o una traccia della parte emotiva o della parte che ha colpito di più e poi di fare un lavoro con l'identificazione di quella parte lì. Il processo è simile a quello con gli adulti, ma gli strumenti che vengono utilizzati sono diversi, diciamo che della verbalizzazione avviene, ma nell'ultima fase. È sempre molto ridotta la verbalizzazione con un bambino, anche perché, tendenzialmente, il bambino riesce ad usare poche parole, ma molto incisive, mentre l'adulto ha più bisogno di "sbavare" e di dire tante cose per poi arrivare ad un concetto.

E: sì, per me è la stessa cosa: quando...l'altro giorno, proprio ieri ho lavorato con un bambino che mi ha portato un incubo, lui fa fatica ad addormentarsi. Mi ha detto "faccio fatica perchè ci sono i mostri" e abbiamo rappresentato il mostro e quello che suscita con strumenti come la tempera: non devi disegnare, non devi rappresentarlo...anche solo quello che ti lascia il mostro. Poi con lui siamo arrivati al "mi fa talmente paura che costruisco una trappola per quel mostro". Quindi è un andare oltre... il "costruiamo la trappola perchè così la posso mettere...non troppo vicino, perchè se poi mi casca in testa..." siamo entrati proprio nel suo mondo immaginario, il sogno non è qualcosa che ti racconto ma qualcosa che diventa presente, che possiamo toccare insieme: tu ci entri, sento proprio che sono lì con lui e ci entro in quell'ambiente e lo possiamo drammatizzare anche insieme. Lui può diventare il mostro, posso diventarlo io e si crea uno spazio ludico.

M: e anche dare una chiusura al sogno. "Come posso fare" come diceva Elena "ad imprigionare quel mostro lì..." quindi lo rivivi talmente nel presente che può davvero..."proviamo a portarlo avanti questo sogno, proviamo a dargli una chiusura o a vedere come va a finire.

I: ... stavo pensando alla trappola.... questo forse mi sembra un po' diverso rispetto a quello che si fa con l'adulto, nel senso che lì si può provare ad identificarsi anche col mostro, invece qui mi sembra che questo venga evitato.

E: non necessariamente: questo bambino non è stato tanto sull'identificazione, lui è anche piccolo, fa seconda elementare, quindi è davvero molto piccolo, e quindi cercava di andare oltre rispetto a questo. In altre situazioni, invece, diventa il mostro. Se non riesce a diventarci lui, magari si può costruire con la gomma piuma, piuttosto che vedere se, tra le marionette che abbiamo, c'è quella che può rappresentare quel mostro.

M: con un pensiero che poi c'è un'esplorazione totalmente diversa, per cui ti cali e arrivi davvero in un mondo molto altro, con un pensiero che per me è molto simile a quello dell'adulto, cioè laddove tutti gli elementi del sogno che non sono io, sono elementi miei, ma elementi miei molto lontani dalla mia consapevolezza, mentre io sono la parte più consapevole del sogno. Quel pensiero lì acceso io ce l'ho sempre, facendomi poi portare in giro dal lavoro con il bambino.

I: non vi è mai capitato invece di drammatizzare in gruppo un sogno, assegnando magari una parte ad ogni bambino?

M: io questa cosa non me la ricordo...

E: no

M: ci staremo più attente d'ora in poi... in realtà non abbiamo mai fatto un affondo sul sogno perché lavoriamo molto su tutto quello che il bambino porta e il sogno è una delle tante cose che porta. Mentre per l'adulto il sogno è davvero una chiave d'accesso a tutta una parte a cui altrimenti difficilmente si potrebbe accedere, il bambino è talmente più lì, nelle sue parti di accessibilità, che non c'è bisogno di fare un affondo sul sogno, perché ci sono tante più chiavi per arrivare a tutta quella parte lì.

I: *è proprio un altro linguaggio*

M: sì, è proprio un altro linguaggio, mentre per il bambino quel linguaggio lì è già nel gioco.

E: c'è già nel gioco... e poi è molto più nel qui ed ora, quindi è difficile drammatizzare qualcosa che è solo di un bambino nel qui ed ora perché, in realtà ci sono proprio altri elementi che emergono.

I: *secondo voi il sogno cambia nel corso dello sviluppo? Prima parlavate di mostri: avete notato se con lo sviluppo cambiano i personaggi o le modalità?*

E: non ho una casistica... sto pensando ai sogni che hanno raccontato i bambini... Tendenzialmente i bambini più piccoli raccontano più dell'incubo, di sogni che hanno fatto loro paura. Se penso agli altri, ai ragazzi di fine elementari-inizio medie, sono sogni più strutturati, quindi sono racconti... poi, se anche nei bambini più piccoli ci siano dei sogni più articolati, ma non li raccontano perché rimangono più impressi gli incubi, non lo so.

M: anche io non saprei dire dei contenuti... è chiaro che il bambino è più in contatto con un mondo di fantasia, con il cartone animato, che è più animato da mostri, personaggi magici...

I: *a partire da quale età, secondo voi, può avere valore terapeutico lavorare sul sogno?*

M: ...io bambini piccoli piccoli non li vedo, cioè bambini dell'asilo nido, perché non c'è la verbalizzazione, iniziamo dalla scuola materna. Nella scuola materna è già un lavoro, nel senso che se un bambino di quella età lì racconta un incubo, il provare a dipingerlo, dargli un colore è già un lavoro terapeutico.

E: dipende molto da quello che ti porta il bambino, non è che a monte abbia significato lavorare sul sogno o a partire da un'età...dipende molto da quello che ti porta il bambino, perché se il bambino te lo porta ha un significato per lui importante.

I: *il sogno viene definito come "la via regia per l'integrazione". Secondo voi è possibile definirlo così anche in riferimento all'età evolutiva?*

E: io non lo uso tantissimo il sogno nel mio lavoro. Non è la cosa principale che portano i bambini. Qualche volta capita, magari lo possono portare di più gli adolescenti, ma i bambini lo portano veramente pochissimo.

L'integrazione con i bambini in realtà io sento di raggiungerla di più con altre vie: l'aspetto ludico, l'identificazione con i personaggi che via via nascono nell'incontro..la relazione...

M: ma per integrazione cosa si intende? Delle varie parti di sé? Io credo che nel bambino sia una via regia come ce ne sono molte altre. Non credo sia la via regia, ma una delle vie verso l'integrazione come esplorazione delle diverse parti di sé messe insieme poi.

E: lo portano proprio poco..

M: pochissimo.

I: *vi è capitato di fare dei lavori sui terrori notturni?*

E: mi è capitato di seguire bambini con terrori notturni, ma a partire dalla materna, perchè spesso si vedono in quell'età, nelle elementari c'è meno.

M: Io ho lavorato su un bambino che soffriva di sonnambulismo, di risvegli con angoscia...

E: il terrore notturno è più da materna e non lavori in modo specifico su quello, perchè la verbalizzazione del bambino è scarsissima. In realtà è attraverso il gioco che questo può emergere. Perchè quando sono più grandi c'è più l'ansia "mi sveglio e non riesco ad addormentarmi" o "mi risveglio durante la notte", però non è diagnosi di terrore notturno.

I: *invece rispetto al sonnambulismo?*

M: stavo pensando a chi era questo bambino che si svegliava di notte e lo ritrovavano in giro per la casa... e non era una questione di una notte, si portava avanti da un po' di tempo. Anche qui chiaramente non ho lavorato nello specifico con quello. L'ho letta come "che tipo di messaggio sta portando questo bambino? Che tipo di adattamento creativo è questo risveglio notturno?" perché poi lui non ricordava niente, per cui la preoccupazione forte era dei genitori che si interrogavano sul perché questo bambino avesse questi risvegli e facesse delle cose di notte che non faceva di giorno, ecc. era una preoccupazione soprattutto dei genitori, per cui io chiaramente l'ho letta anche come un possibile disagio che il bambino sta portando. Se è cronico può essere letto come un disagio che il bambino sta vivendo e quello è il modo in cui sta esprimendo il disagio. Questo è il modo in cui ho lavorato su questi risvegli, poi, appunto, lui non si ricordava neanche di svegliarsi la notte. Quindi...poi abbiamo fatto lavori su altro e poi questa cosa è andata piano piano perdendosi, ma rimanendo, perché io penso che questa sia una modalità in cui uno sta al mondo, senza arrivare a patologizzarlo. È chiaro che se succede tutte le notti inizia ad essere qualcosa di più preoccupante, come il non mangiare ripetutamente o il masturbarsi ripetutamente.

BIBLIOGRAFIA

Borgna, E. *“L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione psicopatologica e fenomenologica”*. Quaderni Italiani di Psichiatria, 2, 1997.

Brutti, C. Parlani, R. *Psicoanalisi infantile, sogno e gioco*. In: Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi n.19. *Il sonno-sogno*. Torino, Tirrenia Stampatori, 1995.

Caillat, V. *A proposito dell'incubo*. In: Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi n.19. *Il sonno-sogno*. Torino, Tirrenia Stampatori, 1995.

Crispino, S. Merlo, G. *“Tu mi sogni, io ti sogno: i sogni al confine di contatto nel setting psicoterapeutico gestaltico”*. (pgg. 125-131). In Francesetti, G. Ammirata, M. Riccambni, S. Sgadari, N. Spagnuolo Lobb, M. (Acura di). *“Il dolore e la bellezza. Atti del terzo convegno della società Italiana di Psicoterapia della Gestalt”*. Roma, Franco Angeli, 2014.

Francesetti, G. *“Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt tra clinica e società”*. Roma, Franco Angeli, 2005.

Freud, S. *L'interpretazione dei sogni*. Roma, Newton Compton Editori, 1992.

Ginger S., *“La gestalt, art du contact”*. Coll. De poche marabout, Hachette, 2001. (traduzione a cura di Debora del Bianco *“Ricordando Serge Ginger: un approccio Gestaltista multireferenziale del Sogno”*, 2011).

Intervista a Franco Gnudi, 2014 (vedi appendice).

Intervista a Monica Prato ed Elena Palladino (vedi appendice).

Intervista alla Dott.ssa Carla Martinetto (Vedi appendice).

Jung C.G., Considerazioni generali sulla psicologia del sogno, in "Opere", Vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

Jung, C.G., L'analisi dei sogni, in "Opere", Vol. 4, Bollati Boringhieri, Torino, 1998.

Jung, C.G., L'applicabilità pratica dell'analisi dei sogni, in "Opere", Vol. 16, Bollati Boringhieri, Torino, 1981.

Menditto, M. (a cura di). *Psicoterapia della Gestalt contemporanea. Esperienze a confronto*. Milano, Franco Angeli, 2011.

Mogni, S. *“L'esperienza schizofrenica nella sua dimensione storica, psicopatologica e fenomenologica”*. Padova, giugno 2001.

Perls, F. Baumgardner, P. *L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1983.

Perls, F. Baumgardner, P. *L'eredità di Perls. Doni dal lago Cowichan*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1983.

Perls, F. Hefferline, R.F. Goodman, P. *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della persona umana*. Roma, Astrolabio, 1997.

Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*. Roma, Astrolabio, 1977.

Perls, F. *La terapia gestaltica parola per parola*. Roma, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, 1980.

Pursglove, P.D. (a cura di). *Esperienze di terapia della Gestalt*. Roma, Astrolabio, 1970.

Rossi O., "Teatro del sogno come flusso della condotta", in "Formazione in psicologia, psichiatria, psicoterapia", n. 31, maggio-agosto 1997, pgg 6-13.

Rossi O., "Il sogno come dinamica di polarità", in "Formazione in psicoterapia, counselling, fenomenologia", n.14.

Sbrescia, V. "La gestalt e il messaggio esistenziale dei sogni". Articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 104, 2014.

Spagnuolo Lobb, M. "Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna". Roma, Franco Angeli, 2011.

Terenzi, S. "Sogno e psicosi: ricerca sui sogni in SPDC". IRPPIonline, 2011.