

Il sogno come attività

LUCIO SIBILIA

In molti dei popoli dell'antichità, come documentato per esempio nei testi omerici o nel Vecchio Testamento, i sogni erano considerati messaggi dalle divinità, spesso allo scopo di influenzare gli umani, indirizzarli o ammonirli sul futuro. Avevano, quindi, una natura divina e una valenza che potremmo definire, in senso lato, pedagogica.

Oggi si trova ancora traccia delle antiche valenze del sogno nelle credenze di alcune sottoculture, che assegnano ad esso un significato predittivo; un esempio a noi molto vicino è la "smorfia" napoletana, che affonda le sue radici nella tradizione popolare, ed associa i sogni ai numeri del lotto.

Ma anche a livello delle classi colte dei popoli "sviluppati", ancora oggi è molto frequente riscontrare come venga attribuito al sogno, anche dagli esperti,

uno statuto particolare. Al sogno, infatti, si attribuisce la funzione di rivelare aspetti significativi, e forse non diversamente accessibili, della realtà interiore del sognatore.

Ciò è accaduto, soprattutto, a seguito delle teorie psicoanalitiche, che hanno avuto ampia diffusione nella cultura occidentale. Per Freud, infatti, il sogno costituiva la via regia di accesso all'inconscio, espressione rivelatrice delle motivazioni ultime e dei veri atteggiamenti e desideri del sognatore, ma occulti alla sua stessa coscienza. In questo quadro ciò che è nascosto diventa più importante di ciò che è visibile, la psiche cosiddetta profonda più determinante di quella della veglia e le certezze del soggetto vigile si riducono a semplici illusioni a confronto con la realtà del sogno.

*I sogni possono essere modificati
dal paziente e dallo psicoterapeuta?
Una nuova prospettiva rispetto
all'impostazione classica
della psicoanalisi*

programmabile

SOGNO E INCONSCIO

Per Freud, comunque, il sogno necessita di una interpretazione che ne sveli il significato "latente". Già nel tempio di Asclepio della città di Pergamo nel VI secolo a. C., un ospedale ante litteram, si utilizzavano i sogni dei malati, che si facevano dormire nel tempio per poi diagnosticarne le malattie. La diagnosi era fatta dai sacerdoti, che ascoltavano i sogni del paziente al risveglio, il mattino dopo la notte del "ricovero", primo esempio di un uso diagnostico o "epistemico" del sogno.

Nel XX secolo, generazioni di intellettuali sono stati affascinati dalla possibilità di esplorare questa nuova "realtà" chiamata inconscio: una realtà incredibilmente sorprendente e misconosciuta,

cui il sogno avrebbe spalancato l'accesso. Così, il movimento psicoanalitico ha dominato la psichiatria americana dagli anni Trenta agli anni Settanta, e poi quella europea nel secondo dopoguerra. A seguito di questa espansione, il significato epistemico del sogno, nonostante mancasse di sostegno empirico, è debordato in pochi decenni dalla ristretta nicchia dei suoi seguaci al grande pubblico.

Il successo della teoria freudiana, forse, può essere intravisto proprio in questo: la teoria forniva un modo per trovare tale significato latente. Che il significato trovato dall'analista fosse quello corretto oppure fosse espressione della psiche e delle teorie dell'analista stesso non era un problema che Freud si ponesse: una garanzia sufficiente della correttezza dell'interpretazione fornita era il fatto stesso che il paziente (oppure l'allievo) la accettasse.

IL SOGNO MODIFICABILE

Tuttavia, del sogno si è occupata anche la ricerca scientifica. Un tipo di ricerca – come è noto – che risponde a criteri logico-empirici, in cui le ipotesi formulate sono sottoposte a verifica, ponendo sotto controllo le presumibili fonti di errore o ipotesi alternative.

Finora le ricerche non hanno confermato affatto lo statuto speciale assegnato ai sogni dalla psicanalisi e dalla cultura corrente. Anzitutto, non risulta che i sogni abbiano ancora mostrato alcun valore predittivo del comportamento o della personalità del sognatore, almeno non una capacità predittiva maggio-

re della smorfia napoletana per i numeri del lotto. Inoltre, e soprattutto, alla pari di altri comportamenti umani poco soggetti al controllo intenzionale, nonché delle attività neurovegetative, i sogni si sono mostrati ampiamente modificabili.

D'altra parte, è noto da tempo che il contenuto dei sogni dei pazienti è fortemente condizionato dall'orientamento del loro analista: pazienti di analisti freudiani riferivano sogni pieni di simboli freudiani (più spesso simboli sessuali), laddove i sogni di pazienti di analisti junghiani contenevano simboli archetipici, in sintonia con le teorie junghiane. È sempre stato difficile, quindi, evitare l'ipotesi che l'esposizione ai messag-

Il caso di Mara

Mara è una bambina di 5 anni. La separazione dei genitori, piuttosto turbolenta, è ancora in corso. La madre è preoccupata soprattutto del fatto che Mara, prima serena ed allegra, non riesce più a dormire da sola. Abbastanza regolarmente, infatti, e diversamente dal solito, quando la mette a letto, Mara non accetta più che sia spenta la luce; inoltre, poco dopo averla lasciata nel suo lettino, Mara si alza di nuovo e si infila nel letto della mamma e vuole dormire con lei. Conoscendo la figlia come una bambina solare e sicura, il sospetto è che abbia subito traumi durante i vari scontri avuti con il marito. In presenza della madre, chiedo alla bambina se sia vero che ha paura di dormire da sola. La bambina mi fornisce subito la spiegazione: ha fatto qualche brutto sogno che l'ha spaven-

tata e teme di farne ancora. A questo punto, ho di fronte la via più scontata di chiederle di raccontare uno di questi sogni, per poi eventualmente rassicurarla. Questo, però, oltre ad avere un esito incerto, definirebbe la cosa come un problema. Decido allora di intraprendere un'altra strada: le propongo di provare insieme a fare dei sogni migliori e più belli. Mara si mostra un po' sorpresa e un po' divertita all'idea. «Come si fa?» dice. «Disegniamo insieme qualcosa di bello e divertente», le rispondo, e poi, suggerisco, «lo sognerai!». «È semplice». Propongo quindi un gioco: «Faremo prima un disegno insieme», le dico, «poi tu lo porterai a casa, lo guarderai prima di andare a dormire e quindi di notte lo sognerai!». Aderisce entusiasta al gioco. Allora io prendo un foglio di carta e un pennarello e faccio

un primo segno, un cerchio più o meno tondeggiante. Lei esclama: «È una mela!». «Giusto!» le dico, «È una mela e adesso aggiungi tu qualcosa». Le do il pennarello e lei aggiunge qualche particolare. Il turno passa di nuovo a me. Dico: «Nella mela c'è un buco!» e disegno un cerchietto all'interno. «C'è il verme!» dice lei e ride. «Disegna il verme» allora le dico. E lei aggiunge al disegno uno sgorbietto che esce dal buco. Allora io aggiungo al verme una faccetta sorridente e dico: «È un verme che ride!». Lei si mostra divertita e soddisfatta, così che non ho bisogno di chiederle che effetto le fa. Rinforzo invece la consegna: dovrà guardare il disegno prima di dormire; inoltre, le suggerisco l'esito: in sogno le verrà «proprio da ciò che abbiamo disegnato».

Alla seduta successiva, la madre mi dice che Mara ha fatto proprio il sogno che avevamo progettato insieme e ora riesce a dormire da sola.

gi dell'analista attivi qualche processo di apprendimento nel paziente. Edward Glover, allievo di Karl Abraham, sosteneva persino che vi fosse un vero e proprio indottrinamento (Sulloway, 2006).

IL TRATTAMENTO DEGLI INCUBI

Una dimostrazione di come i sogni possano essere oggetto di apprendimento proviene da successive ricerche clinico-sperimentali per il trattamento degli incubi. È noto da tempo che le attività mentali non si fermano affatto durante il sonno (Bertini, 1967). Questo dato, già negli anni Settanta, aveva indotto alcuni clinici come Marks (1978) a tentare con successo di modificare gli incubi dei pazienti, riducendone sostanzialmente la frequenza e i contenuti angosciosi.

Negli anni Settanta e Ottanta, guidato dagli assunti delle terapie cognitivo-comportamentali, io stesso ho raccolto alcune osservazioni cliniche e alcune sporadiche esperienze di interventi sugli incubi (si veda il Box a fianco) (Sibilia, 2006).

Una prima casistica, basata sulla "pratica immaginativa" (si veda più avanti) fu pubblicata nel 1985 da Bishay e riguardava sette pazienti, tutti tranne uno portatori di psicopatologia nevrotica. Quattro dei cinque pazienti che poterono essere rivalutati un anno dopo erano completamente liberi da incubi; il quinto mostrava un marcato miglioramento.

È noto da tempo che il contenuto dei sogni dei pazienti è fortemente condizionato dall'orientamento del loro analista

Nonostante la rivista prestigiosa (il *British Journal of Psychiatry*) e gli ottimi risultati ottenuti, il lavoro di Bishay non ebbe la risonanza che meritava. D'altra parte, si trattava ancora di una casistica limitata, mancante di un gruppo di controllo per i fattori confondenti.

Negli anni Novanta, Krakow e collaboratori (1993) pubblicarono i positivi risultati a lungo termine (30 mesi) di un trattamento cognitivo-comportamentale della sindrome da incubi in un'ampia casistica di pazienti, con un metodo di "pratica immaginativa" (imagery rehearsal) molto simile ai precedenti. Stavolta con uno studio controllato. Una casistica più recente è stata pubblicata da Germain e collaboratori (2004) per il trattamento degli incubi nei soggetti vittime di aggressioni sessuali e affetti da PTSD (Sindrome da Stress Post-Traumatico). In entrambi gli studi, gli incubi non solo si riducevano drasticamente, ma si osservava anche un miglioramento di altri parametri del sonno. Negli ultimi anni, nuovi studi hanno replicato questi effetti su altre popolazioni cliniche.

Il metodo si basa sul concetto comportamentale di "prova pratica" (in inglese re-hearsal). Il soggetto viene istruito a comporre per iscritto in anticipo una descrizione di un sogno per lui desiderabile, e quindi a praticarlo,

Accantonato il significato soprannaturale o profetico o rilevatore dei sogni, ecco che si apre la strada alla loro programmazione

sia pure nell'immaginazione: ciò consiste nel leggerlo poco prima di dormire la sera e immaginare di sognarlo mentre lo si legge. Tale procedura aumenta molto le probabilità di sognare proprio quel sogno, oppure parti importanti o i contenuti emozionali positivi che esso contiene. La descrizione può essere una variante felice, per esempio con un finale positivo, di un sogno angoscioso ricorrente, come nel metodo di Krakow; tuttavia può anche essere prodotta totalmente dalla sua fantasia, magari con l'uso di ricordi personali, e comunque indipendente dai sogni abituali, come nei casi da me descritti (Sibilia 2006; 2010).

Tale metodo non rappresenta nulla di particolarmente nuovo nel panorama delle terapie cognitivo-comportamentali, essendo già utilizzato nelle procedure di immaginazione guidata, quali ad esempio la "coping imagery". È interessante notare che, anche tra gli indiani Senoi del Nordamerica, c'era l'usanza di condividere e modificare i propri sogni fino a conclusioni soddisfacenti; gli adulti insegnavano ai bambini sia a raccontare i propri sogni sia come comportarsi nella vita onirica.

IMPLICAZIONI CLINICHE E CULTURALI

Tale possibilità di indurre, modificare e programmare i sogni si è rivelata molto utile, come si è visto, in quei casi in cui gli incubi sono un problema clinico. Probabilmente è una possibilità terapeutica ancora ampiamente sottovalutata, soprattutto nel trattamento dei disturbi di ansia e dell'umore. Vi sono molte condizioni cliniche, infatti, in cui i sogni angosciosi sono parte del quadro psicopatologico: non solo influenzano negativamente l'umore durante la veglia, ma sembrano confermare al paziente la gravità della propria condizione psicopatologica, talvolta in sintonia con meta-cognizioni patologiche circa se stesso o il suo stato mentale.

Tuttavia, tali sogni vengono ancora abitualmente trascurati come obiettivi di trattamento nella pratica clinica corrente. Si può attribuire questa negligenza solo in parte alla mancanza, fino a poco tempo fa, di efficaci metodi di trattamento. Probabilmente anche qui entra in gioco l'ipotesi che essi siano solo indicativi della presunta patologia "sottostante", con la tacita implicazione che, in quanto sintomatici, non possano essere essi stessi patogeni.

Di fatto, il quadro che emerge dalla ricerca sul sogno ci mostra che, lungi dall'aver un recondito significato rivelatore della personalità del soggetto, nei sogni sembrano piuttosto riflettersi marginalmente e iconicamente, da una parte le esperienze del soggetto nei propri contesti di vita e dall'altra i suoi con-

tenuti cognitivi ed emotivi della veglia, quali le passate o presenti preoccupazioni e fantasie (Borgo, 2004).

L'attività onirica è risultata avere soprattutto una funzione di consolidamento degli apprendimenti: un effetto mnesico, quindi, delle interazioni del sognatore con i suoi contesti di vita. A seguito dello sviluppo della psicologia cognitiva, ad esempio, è stata prospettata una funzione di rielaborazione dell'informazione, allo scopo di mantenere una coerenza del sistema cognitivo ed incrementarne l'ordine.

Accantonato il significato soprannaturale o profetico o semplicemente rivelatore dei nostri sogni, ecco che si apre la strada alla loro programmazione. Forse questa si rivelerà un altro strumento che – alla pari del biofeedback o altre procedure efficaci in psicoterapia – ci può mettere al posto di guida di noi stessi, laddove la guida era prima affidata ai sacerdoti, antichi o moderni.

Riferimenti bibliografici

- BERTINI M. (1967), *Psicofisiologia del sonno e del sogno*, Vita e Pensiero, Milano.
- BISHAY N. (1985) «Therapeutic manipulation of nightmares and the management of neuroses», *The British Journal of Psychiatry*, 147, 67-70.
- BORGO S. (2001) «Tecniche immaginative». In S. Borgo, G. Della Giusta e L. Sibilia, *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*, Mc Graw-Hill, Milano.
- BORGO S. (2004) «Il sogno: uso clinico». In G. Rezzonico, D. Liccione (a cura di), *Sogni e psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FREUD S. (1900) *L'interpretazione dei sogni* (trad. it.), Bollati Boringhieri, Milano, 1985.
- GERMAIN A., KRAKOW B., FAUCHER B. et al. (2004) Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*, 14: 195-206.
- KRAKOW B., KELLNER R., NEIDHARDT J., PATHAK D., LAMBERT L. (1993), «Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares: A thirty month follow-up», *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 24, 325-330.
- MARKS I. M. (1978), «Rehearsal relief of a nightmare», *British Journal of Psychiatry*, 133, 461-5.
- SIBILIA L. (2006), «Indurre sogni terapeutici». Atti del XIII Congresso della Società Italiana di Terapia Comportamentale-cognitiva su: "Nuvole e orologi", Napoli, ottobre.
- SIBILIA L. (2010), «Imagery rehearsal therapy of nightmares». In I. Marks, L. Sibilia, S. Borgo (a cura di), *Common language for psychotherapy procedures the first '80*», CRP, Roma.
- SULLOWAY F. J. (2006), «Freud, tra criptologia e pseudoscienza». In C. Meyer (a cura di), *Il libro nero della psicoanalisi*, Fazi Editore, Roma.

Lucio Sibilia è psichiatra, docente di Psicologia clinica presso la "Sapienza" – Università di Roma; nelle sue ricerche, si è occupato soprattutto dell'efficacia delle psicoterapie, dei metodi di gestione dello stress e di autocontrollo delle abitudini consumatorie; in medicina comportamentale, tra l'altro, ha condotto ricerche sul trattamento dell'obesità, del tabagismo e sulla prevenzione dell'abuso alcolico.