



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia, Psicologia Applicata (FISPPA)**

Corso di laurea magistrale in Psicologia clinico-dinamica

Tesi di laurea magistrale

**Progetto per una psicoterapia multiplanare. Per un
superamento della distinzione tra salute fisica e salute
mentale**

**Project for Multiplane Psychotherapy.
To Remove the Distinction between Physical and Mental Health**

Relatore
Prof. Mario Liotti

Laureando: Stefano Ruini
Matricola: 2081960

Anno Accademico 2023/2024

Indice

Introduzione	1
Capitolo I: Articolazione concettuale del rapporto mente-corpo	3
1.1 Dal problema mente-cervello al problema mente-corpo.....	5
1.2 Implicazioni pratiche e cliniche derivanti dalla ridefinizione del problema	15
1.3 Gestire la complessità derivante dal superamento del modello medico	18
Capitolo II: Teorie e modelli volti al superamento dei paradigmi dualisti	25
2.1 Il concetto di causalità.....	26
2.2 La psicosomatica	28
2.3 Teoria della regolazione affettiva	38
2.4 Teoria del codice multiplo.....	45
2.5 Le neuroscienze affettive di Panksepp.....	49
Capitolo III: L'organismo come sistema aperto	53
3.1 L'approccio sistemico.....	53
3.2 L'attaccamento	54
3.3 La neurobiologia interpersonale.....	56
3.4 Epigenetica	59
3.5 Integrare l'integrante	61
Capitolo IV: L'esempio del trauma	63
4.1 Problemi concettuali e diagnostici.....	63
4.2 Legame tra trauma e dissociazione.....	66
4.3 Psicotraumatologia e salti prospettici	70
Capitolo V: Molteplicità delle psicoterapie	73
5.1 Ragioni della molteplicità.....	74
5.2 Orientamenti teorici e prassi clinica.....	76

5.3 I rapporti tra gli orientamenti	78
Capitolo VI: Psicoterapie e corpo	81
6.1 Psicoterapia sensomotora.....	81
6.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	83
6.3 Neurofeedback.....	84
6.4 Recuperare la sincronia.....	85
6.5 Considerazioni sui trattamenti pluridimensionali	86
Capitolo VII: Psicoterapia multiplanare	89
Bibliografia	95

Introduzione

Nel linguaggio comune, esiste una distinzione tra mente e corpo che si riflette in una separazione tra salute mentale e salute fisica. Talvolta, si pensa ingenuamente che andare alla ricerca delle leggi che regolano i rapporti tra mente e corpo sia il vero obiettivo per progredire nella nostra comprensione dell'organismo. Tuttavia, porre la questione in questi termini tradisce alcuni assunti poco fondati, il principale dei quali vorrebbe che mente e corpo fossero due entità ontologicamente distinte. In altre parole, esisterebbe l'una ed esisterebbe l'altro e nella loro separatezza intratterrebbero dei rapporti di varia natura (dipendenza, interdipendenza, reciprocità ecc.).

Obiettivo del presente lavoro è quello di scardinare questi assunti, proponendo che mente e corpo altro non siano che due espedienti concettuali attraverso cui descriviamo lo stesso oggetto (l'organismo nella sua interezza). Tali espedienti sono, forse, talvolta necessari, ma questa necessità non deve confondere clinici e ricercatori. Partendo da questo nuovo assunto, che verrà argomentato in maniera approfondita, si sosterranno l'imprescindibilità e l'urgenza di considerare la salute nella sua globalità, superando la separazione di cui sopra. Verrà poi considerato l'organismo come un sistema aperto: la teoria dell'attaccamento, la neurobiologia interpersonale, l'epigenetica e gli approcci sistemici ci insegnano a considerare l'essere umano come un'entità che entra in relazione col mondo esterno, che è composto certamente dall'ambiente fisico, ma in larga parte (per quel che concerne le influenze ontogenetiche) anche dall'ambiente relazionale. A titolo di esempio, verrà considerato il grande tema della psicotraumatologia in quanto particolarmente esplicativo relativamente ai concetti sopraesposti. Infine, verrà considerato l'impatto che tutto ciò ha sul mondo delle psicoterapie. Partiremo riflettendo sulla molteplicità delle psicoterapie (e la legittimità di questa molteplicità); ci concentreremo poi su alcuni approcci psicoterapici che prestano particolare attenzione anche alla prospettiva corporea; e per finire ipotizzeremo brevemente quale potrebbe essere una concettualizzazione in grado di integrare quanto detto: daremo ad essa il nome di psicoterapia multiplanare.

È dunque possibile suddividere concettualmente lo scritto che seguirà in due parti: la prima è volta a delineare il rapporto tra i concetti mente e corpo e le implicazioni di ciò

nella clinica e nella teoria. Questa parte è costituita dai primi quattro capitoli. La seconda parte si occupa invece delle ricadute pratiche e teoriche che tutto ciò ha sull'ambito psicoterapico.

Capitolo I: Articolazione concettuale del rapporto mente-corpo

Nel volume “La scoperta dell’inconscio. Storia della psichiatria psicodinamica”, Ellenberger ragiona sul fatto che, malgrado la psicodinamica e le riflessioni inerenti all’inconscio siano relativamente recenti, si possono rintracciare le sue origini molto più remote in “antichi metodi di guarigione” che “offrono sorprendenti intuizioni di quelle scoperte sulla mente umana che saremmo portati ad attribuire a un’epoca molto recente”. Ed è proprio di usanze e cure di popoli antichi e tribali che l’autore tratta nelle prime pagine della sua opera.

In talune popolazioni, la morte psicogena che si verifica a seguito dell’infrazione di un tabù o di un peccato è una realtà di cui si hanno svariate testimonianze. Di per sé questo fatto ha il potere di sconcertare un cittadino mediamente istruito della cosiddetta civiltà occidentale. Ma ciò che incuriosisce maggiormente è scoprire che “in casi simili, la medicina occidentale è quasi impotente, mentre invece uno stregone locale riesce a ottenere la guarigione completa e rapidissima di pazienti già in punto di morte” (Ellenberger, 1976). Una possibile obiezione è che queste testimonianze, sebbene riportate anche da fonti autorevoli, non hanno lo stesso grado di controllo di cui godono i dati su cui si basano i moderni “articoli scientifici” delle riviste più prestigiose. Ma la letteratura scientifica viene in aiuto per contrastare queste obiezioni: in un articolo del 1993, pubblicato sul Lancet vengono confrontati i decessi di 28169 cino-americani adulti della California con quelli di 412632 cittadini caucasici californiani. È emerso che i cinesi americani (contrariamente all’altro gruppo di “bianchi” preso in considerazione nello studio), qualora avessero una combinazione di una data malattia e di una certa data di nascita che l’astrologia e la medicina cinese ritengono fatale, muoiono significativamente prima (di 1,3 fino a 4,9 anni). Tale tendenza si acuisce tanto più è forte il legame con le tradizioni e il sapere cinese (Phillips et al., 1993). Questo risultato non è statisticamente spiegabile tramite altri cambiamenti (relativi al comportamento, alla condizione medica, allo stato civile). Dunque, secondo gli autori questa variazione deriva, almeno in parte, dalla convinzione dei soggetti. L’obiettivo di questo scritto non è elencare i numerosi studi che certificano queste sorprendenti associazioni, ma questi primi dati sono necessari per introdurre un concetto troppo spesso banalizzato: elementi psicologici

possono avere conseguenze mediche anche molto gravi, così come è vero il contrario (Porcelli, 2022). Non si tratta (o almeno non solamente) di banali mal di testa o altre “somatizzazioni” di poco conto. Entrambi gli aspetti, mente e corpo, contribuiscono a determinare lo stato di salute e di malattia, così come anche l’efficacia di una determinata terapia. Questo contributo non è da intendere in maniera additiva: l’equazione non è rappresentata dalla semplice somma di benessere/malessere fisico e psicologico, bensì questi addendi entrano in relazione e le interazioni che intrecciano possono determinare un cambiamento del loro valore.

Sebbene questa sia una modalità di descrivere il problema che si sforza di uscire dal modello biomedico, finisce comunque per accettare gli assunti che nell’introduzione si è affermato di voler scardinare. Non dobbiamo scordare che siamo noi che tracciamo il confine tra ciò che è medico e ciò che è psicologico. Infatti, la psicologia, la biologia e qualsiasi altra disciplina non sono altro che lenti attraverso cui indagare i fenomeni (Lazzari, 2013); voler costringere il sistema di cause all’interno dei principi di una singola disciplina rischia di snaturare il fine epistemologico di ognuna di esse. Diremo allora che mente e corpo sono due prospettive attraverso cui osserviamo e descriviamo l’organismo. A tal proposito Solano riporta l’utile analogia di Matthis, che ci ricorda che “il lampo e il tuono appaiono a un osservatore ingenuo come due fenomeni diversi [...] mentre in realtà originano da un unico fenomeno fisico, una scarica elettrica” (Solano, 2013). Se continuiamo a ragionare su questa metafora, notiamo che nel tempo, l’uomo ha sviluppato due vere e proprie iconografie distinte per riferirsi al tuono e al fulmine. Allo stesso modo, mentale e corporeo, originano da un medesimo organismo, ma hanno dato origine a due discipline differenti. Così come ha scarso significato ragionare sui rapporti che un tuono può intrecciare con un lampo, se consideriamo questi due elementi come separati e ontologicamente indipendenti, altrettanto improduttivo è pensare alla mente e al corpo in maniera analoga.

Il presente capitolo e, più in generale, la prima parte dello scritto, si occuperanno di dimostrare questa tesi e di considerare quali ricadute pratiche conseguono dall’adozione di questa prospettiva.

1.1 Dal problema mente-cervello al problema mente-corpo

Risulta intuitivo che la trattazione del rapporto mente-corpo debba essere preceduta dalla disamina di due questioni preliminari. In primo luogo, la definizione dell'uno e dell'altro termine; in secondo luogo, il problema mente-cervello. Ciò è dovuto al fatto che nell'immaginario comune, ma non solo, il cervello è l'organo che più di tutti è connesso alla mente. Tuttavia, come vedremo in maniera approfondita, a causa dell'interconnessione che lega i nostri sistemi organici, è appropriato allargare quanto prima il tema al corpo. Il cervello, infatti, non solo regola il funzionamento di altri organi (attraverso reti efferenti), ma è anche regolato dai dati provenienti da essi (attraverso reti afferenti). Dunque, è bene riconoscere fin da subito questa bidirezionalità, per estendere il problema mente-cervello al problema mente-corpo. Questa estensione è ulteriormente giustificata dalle recenti proposte teoriche che si occupano di questi temi e che verranno approfondite nel capitolo successivo: trattasi della teoria della regolazione affettiva di Allan N. Schore, con gli ampliamenti proposti da Daniel Hill, della teoria del codice multiplo di Wilma Bucci, delle teorie provenienti dal campo delle neuroscienze affettive come quelle di Panksepp e di Damasio. Oltre a ciò, sempre più dati suggeriscono la presenza di legami molto forti tra sistema nervoso, sistema endocrino e sistema immunitario (Solano, 2013); tali interconnessioni si uniscono agli altri elementi nominati nell'evidenziare la necessità di una modalità conoscitiva olistica, di considerare oltre alle singole parti, le relazioni che queste intrattengono tra loro, e di oltrepassare la distinzione ontologica tra mente e corpo.

1.1.1 Il problema terminologico

In primo luogo, occorre chiarire la questione terminologica relativamente ai due vocaboli che maggiormente ricorreranno in questo scritto: "mente" e "corpo". Come ormai sarà chiaro, la tesi che viene proposta suggerisce che si tratti di due termini che designano prospettive ed entità concettuali piuttosto che realtà ontologiche che sommate tra di loro danno come risultante l'intero essere umano. Dunque, faremo continuo riferimento sia alla mente sia al corpo perché rappresentano i punti di osservazione per analizzare l'organismo, il suo stato di benessere e di malessere, di salute e di malattia. Nel fare questo, però, proporremo un utilizzo per molti versi differente da quello di uso comune,

un utilizzo più consapevole e più adeguato alle nuove evidenze provenienti dalla comunità scientifica. Questo paragrafo assume la massima importanza in ragione del fatto che si propone di chiarire un tema che sarà dato per scontato nella successiva trattazione, ma che rappresenta, senza le adeguate precisazioni, terreno fertile per i più svariati fraintendimenti.

Innanzitutto, chiarirò qual è l'utilizzo attuale più frequente dei due termini (quello che sopra è stato definito proprio del senso comune, ma che in realtà ha avuto e continua ad avere una larga diffusione anche in diversi ambiti scientifici). "Corpo" è in primo luogo fisico, esperienza sensoriale. Tuttavia, tale concetto può essere declinato in modalità differenti (possiamo osservare il corpo in senso anatomico, fisiologico, comportamentale, ad esempio motorio ecc.), ma ogniqualvolta scegliamo una declinazione e la approfondiamo ci rendiamo presto conto di come questa sia riduttiva e non renda giustizia a quello che noi stessi percepiamo come il nostro corpo (Baldoni, 2010). Ma ciò che noi stessi percepiamo come "corpo" rimanda alla rappresentazione psichica che abbiamo di esso. Siamo dunque davanti a un paradosso epistemologico: l'apparentemente banale definizione di corpo rappresentata da ciò che è fisico e non mentale si affianca all'altrettanto approssimativa definizione di mente rappresentata da ciò che non è corporeo. Per definire ciò che è corpo abbiamo bisogno di riferirci alla mente e viceversa (Porcelli, 2022). Tale paradosso è proprio della concezione dualista. Infatti, si basa sull'assunto che mente e corpo siano entità reali che fanno parte dell'individuo. Nelle tradizioni dualiste non viene negato che mente e corpo interagiscano, ma viene ribadito che si tratta di due elementi distinti, normati da logiche differenti, che hanno bisogni diversi e che conseguentemente vanno trattati tramite diverse modalità.

Vediamo subito sparire la contraddizione paradossale sopraesposta se solo consideriamo mente e corpo come modi di parlare dell'organismo, modi con cui osservare e a cui rivolgerci ad esso. Ma se argomentiamo la problematicità della distinzione tra mente e corpo in chiave dualista dobbiamo essere pronti a riconoscere che le caratteristiche che solitamente vengono attribuite all'entità corpo o all'entità mente siano in realtà interscambiabili. Semplicemente le une possono talvolta divenire

più evidenti delle altre a seconda del modo attraverso cui stiamo parlando dell'organismo, della prospettiva attraverso cui lo stiamo guardando. Dovremo allora abituarci all'idea di un "corpo che pensa, che sente, che risponde, che soffre, che gioisce, che si costituisce come un precipitato di relazioni" (Solano, 2013), e all'idea di una mente a cui possono essere affiancate le qualità che siamo soliti pensare come tipiche della dimensione corporea. L'interscambiabilità dell'ambito di applicazione di questi attributi è giustificata dal fatto che in realtà si riferiscono tutti alla totalità dell'organismo. Queste tematiche verranno approfondite nel corso di tutto lo scritto, ma è importante ricordare che da ora in avanti, mente e corpo saranno utilizzate in questa nuova maniera "non dualista" (salvo specifiche precisazioni). Tuttavia, alcuni studi e alcuni autori delle cui considerazioni mi avvarrò, non sposano interamente questa visione e utilizzano i vocaboli in modi differenti. Sarà mia premura in questi casi chiarire di volta in volta eventuali fraintendimenti che possono sorgere da queste sovrapposizioni semantiche.

1.1.2 Le varie posizioni epistemologiche

Quando ci occupiamo del cosiddetto "problema mente-corpo" è importante riconoscere che le varie posizioni teoriche ed epistemologiche nonché il grado di importanza della questione stessa non sono isolati dal loro contesto culturale. Nell'immaginario collettivo è ben noto che la cultura orientale (per quanto imprecisa possa essere questa espressione) sposi una visione dove questa separazione viene tendenzialmente aggirata. Ciò che probabilmente è meno noto è che per molto tempo, anche in Occidente, la necessità di separare nettamente mente e corpo non era affatto tra le priorità della medicina e più in generale di coloro che si occupavano di curare le persone dai loro mali. Il vocabolo greco *physis* - proprio della tradizione ionica - si riferiva indistintamente ad aspetti che oggi diremmo corporei e psicologici, perché considerava entrambi "due risvolti della medesima sostanza, visti da prospettive diverse" (Porcelli, 2022). Fino alla metà del XIX secolo "il medico tendeva molto più di oggi a considerare l'insieme della persona del paziente ed era ben più consapevole dell'influsso di fattori emotivi/sociali sulla patologia organica" (Solano, 2013) In definitiva va sempre ricordato che il "problema mente-corpo" e più precisamente la separazione tra mente e corpo è una questione che largamente dipende dagli sviluppi culturali di un dato momento storico e

non necessariamente un problema che riflette un dato di realtà. Non dimenticandoci di ciò, in questo paragrafo cercheremo di sintetizzare i vari punti di vista che, nel tempo, sono emersi riguardo alla questione, evidenziando gli aspetti problematici e le intuizioni più valide e spendibili anche nel contesto scientifico contemporaneo. Sebbene sia già emerso nelle pagine precedenti quale sia la tesi della presente trattazione, cercheremo di analizzare le varie posizioni ripartendo da capo.

La cultura in cui siamo immersi risente incredibilmente del paradigma cartesiano, che più di ogni altro, rappresenta il modello dualista. Esso vuole l'uomo composto da due sostanze differenti, un corpo e un'anima, tra loro indipendenti in termini ontologici, funzionali; anche se non in tutte le varianti del dualismo vengono negate possibili connessioni tra mente e corpo (si pensi che già nella teorizzazione cartesiana viene ipotizzato un punto di incontro, localizzato nell'epifisi o ghiandola pineale) essi rimangono elementi sostanzialmente diversi (Solms & Turnbull, 2004). Avremo modo di constatare che tale modello continua ad influenzare e a sottostare a molte idee diffuse sia tra gli addetti ai lavori sia tra coloro che non si occupano di discipline attinenti al tema. Sul versante opposto troviamo il paradigma monista, il quale sostiene genericamente l'unità corpo-mente. La psiche e il soma che appaiono come cose distinte sarebbero in realtà riconducibili alla stessa sostanza, fatti della medesima materia (Solms & Turnbull, 2004). Così come per il dualismo anche del monismo esistono versioni differenti. Vale la pena di approfondirle maggiormente, in ragione del fatto che, ad oggi, ben pochi sono pronti a dichiarare la loro adesione da un punto di vista teorico al modello dualista (malgrado esso continui ad esercitare una tacita influenza, come accennato poco sopra), mentre la maggioranza sposa una particolare visione monista.

Il monismo può essere declinato in senso idealista o in senso materialista. Nel primo caso, tutto viene ricondotto alle idee e alle rappresentazioni mentali, anche ciò che appare materico è in realtà una costruzione della nostra mente, o almeno questo è il massimo a cui la nostra conoscenza può aspirare. Al contrario, una declinazione materialista riconduce tutto alla materia: nello specifico, la mente altro non sarebbe che un prodotto di qualcosa di corporeo (il cervello, ad esempio). Il modello attualmente dominante è il monismo materialista (Solms & Turnbull, 2004). Tuttavia, questa specifica

posizione teorica rischia di scivolare (per i più critici, rimanda direttamente) in varie forme di riduzionismo. “Se da una parte viene evitato il rischio di una mente che può essere concepita solo in termini metafisici, viene a costituirsi il rischio opposto di una riduzione al corporeo dei processi mentali, che rischiano così di perdere qualunque specificità” (Solano, 2013).

A proposito dei rischi riduzionisti del paradigma monista materialista, due sono le questioni fondamentali. La prima è strettamente legata alla premessa di questo paragrafo ed è costituita dall’interrogarsi sulle ragioni storico-culturali che hanno portato tale posizione teorica ed epistemologica a diventare dominante. La seconda riguarda aspetti concettuali e applicativi.

Procedendo con ordine, è facile rintracciare la coincidenza dell’affermarsi deciso del paradigma monista materialista con l’avvento e l’ascesa del positivismo. Esso pretende infatti che ogni dato debba passare al vaglio della verifica empirica, sensoriale (Solano, 2013). È palese che con queste premesse la mente diventa un concetto troppo astratto per essere considerato come oggetto di studio, viene perciò “ridotta” (da cui il termine riduzionismo) a un risultato dei processi neurobiologici¹.

Per approfondire questo aspetto può essere d’aiuto riferirsi alla distinzione che il filosofo David Chalmers opera tra problema semplice e problema complesso riferendosi alla questione mente-corpo. Il primo consiste nell’individuazione dei correlati neurobiologici della coscienza. Non si tratta di un compito troppo diverso dall’identificare le reazioni cerebrali connesse a qualsiasi altro processo (ad esempio, il linguaggio o la memoria) (Solms & Turnbull, 2004). Non credo che nessuno, oggi, possa negare che il cervello sia una condizione necessaria per lo svolgimento dei processi mentali. Un ipotetico uomo senza cervello non potrebbe disporre di una mente. Ma l’interrogativo diviene: ogni processo mentale può essere inteso come mero prodotto di una serie di processi che avvengono nel cervello, come una “secrezione neurale”? (Porcelli, 2022). La tesi che risponde in maniera affermativa a tale domanda prende il nome di “epifenomenalismo”. Ma se pure accettassimo che l’attività mentale fosse un prodotto diretto dell’attività

¹ Rimando al punto 1.2 per ulteriori considerazioni sugli effetti che il positivismo ha avuto sulla questione che stiamo ora considerando.

neurale, rimarrebbe comunque irrisolto il problema del come si passi dalle scariche neurali al “senso del conoscere che attribuiamo alla nostra mente” (Siegel, 2021). Ed eccoci giunti al problema complesso: come poter spiegare questo salto, di fatto insito nel paradigma monista materialista, da attività elettrochimica ad attività mentale (che sia essa ideativa, rappresentazionale, onirica ecc.). Se le neuroscienze possono dare svariati contributi alla risoluzione del problema semplice, non possono aggiungere granché alla riflessione sul problema complesso (Solms & Turnbull, 2004). Pare quindi che il monismo materialista non possa essere accettato se non con un “atto di fede”, perché al momento non si è neanche lontanamente vicini a poter spiegare questo presunto “salto fra psichico e somatico” (Porcelli, 2008), tra neurale e mentale.

Vi sono poi acclarati fenomeni di bidirezionalità tra processi mentali e corporei che violano qualsiasi paradigma rigidamente monista materialista. Le osservazioni di Bowlby e di Harlow sugli effetti della separazione materna, seguiti dagli influenti studi di Spitz sulla “depressione anaclitica” (che fa seguita alla separazione materna) sono solo alcuni esempi emblematici che mostrano che fenomeni mentali possono avere profonde ricadute somatiche. Un monista riduzionista non avrebbe difficoltà alcuna a spiegare i sintomi manifestati da Phineas Gage², ma verrebbe messo in stallo dal comportamento della piccola Laura nel documentario ripreso da Robertson³. Non avrebbe problemi a spiegare la ragione dell’effetto degli psicofarmaci sui fenomeni mentali, ma non riuscirebbe a comprendere a pieno il perché la psicoterapia possa avere degli effetti neurobiologici. Molto di ciò che oggi sappiamo grazie all’impegno della ricerca sembra smentire il monismo materialista riduzionista. Dinnanzi a queste evidenze, a dire il vero fin ancora da prima, sono nati modelli teorici alternativi per rispondere al problema mente-corpo.

² Trattasi di un paziente protagonista di un noto caso clinico risalente alla prima metà del XIX secolo. Phineas Gage riportò lesioni nell’area frontale in seguito a un grave incidente sul lavoro. Con lo stupore dei medici del tempo, il paziente riuscì a recuperare uno stato di buona salute fisica, ma venne evidenziato un radicale cambiamento della sua personalità. È molto celebre la formula con cui il dottor Harlow (medico curante del paziente) sottolineò tale cambiamento: “Gage non era più Gage” (Solms & Turnbull, 2004)

³ Trattasi di un documentario girato da Robertson, collaboratore di Bowlby, per testimoniare gli effetti della separazione materna sulla piccola Laura. “Anche quando il comportamento sembrava calmo, come se la piccola si stesse adattando alla nuova situazione, l’occhio attento della cinepresa mostrava i segnali della sofferenza della bambina” (De Carli & Simonelli, 2018).

La mente può essere concepita anche come una proprietà emergente da un sistema complesso (che in base alle varie proposte teoriche può coincidere con il cervello, il sistema nervoso, il corpo). I sistemi complessi hanno caratteristiche del tutto particolari. “Passano da uno stato all’altro in maniera non lineare [...] si riconfigurano spontaneamente in nuove organizzazioni come risultato di miriadi di piccoli cambiamenti semplici, in cui ogni elemento effettua la sua semplice mossa mentre il tutto acquista complessità crescente e proprietà emergenti” (Hill, 2017). Se si sposa questa posizione teorica, sia la mente che il cervello hanno la dignità di entità reali. Tuttavia, essi “apparrebbero a livelli di realtà differenti” (Solms & Turnbull, 2004). I pesci che nuotano, gli uccelli e le api che volano, compiono i loro movimenti (relativamente semplici), ma mentre eseguono questi spostamenti possiamo orientare la nostra attenzione alle assai complesse configurazioni che assumono i banchi, gli stormi, gli sciami. Non si può certo negare che uno storno sia reale, ma non si può nemmeno mettere in discussione la realtà dello stormo di cui fa parte; eppure, è intuitivo collocare i due elementi su piani di realtà distinti. Dietro a questa concettualizzazione apparentemente complessa aleggia insistentemente lo spettro del riduzionismo, più precisamente dell’epifenomenalismo. Un’elegante formalizzazione del problema che tuttavia continua a non informarci di come possa avvenire questo salto tra energia elettrochimica e rappresentazioni mentali.

V’è una specifica declinazione di questa posizione teorica che si sforza di superare le problematiche appena esposte, ossia quella adottata dalla neurobiologia interpersonale proposta da Daniel J. Siegel. Anche questo autore sostiene che la mente sia una proprietà emergente, ma arriva a questa asserzione partendo da un quadro concettuale più ampio che tenterò di sintetizzare nelle prossime righe; questo tentativo sarà utile anche alla luce della ripresa della neurobiologia interpersonale nel capitolo terzo.

Partendo dalla considerazione secondo la quale “la mente viene raramente definita dagli studi che si focalizzano sulle esperienze mentali” (Siegel, 2021) occorre impegnarsi in una costruzione di una definizione che tenga conto e attinga a diversi ambiti disciplinari. Secondo la neurobiologia interpersonale la mente è una proprietà emergente dal cervello e dalle relazioni interpersonale e dalle interazioni tra persone e ambiente. Si

viene così a costituire il “triangolo dell’esperienza umana” i cui lati sono rappresentati da “relazioni” (incluse quelle con il contesto), “cervello incorporato” e “mente” (Lazzari, 2013). Per quanto riguarda il primo elemento, avremo modo di vedere come le relazioni interpersonali (partendo da quelle di attaccamento per giungere ad altre apparentemente più marginali) giocano un ruolo importante nell’ontogenesi⁴. Il secondo “lato” è rappresentato dal cervello incarnato (o incorporato). Questo aggettivo è giustificato dal fatto che i “flussi di energia e informazioni che attraversano il connettoma interconnesso presente nella testa sono influenzati dai flussi di energia che si propagano in tutto il corpo e dalle informazioni che da essi derivano” (Siegel, 2021). Il sistema nervoso va inteso nella sua totalità di sistema nervoso centrale ed autonomo, senza focalizzarsi esclusivamente sul primo; vanno oltretutto considerate le profonde interconnessioni tra sistema nervoso e altri sistemi cruciali per le dimensioni benessere-malessere, salute-malattia, come il sistema endocrino e soprattutto il sistema immunitario⁵. Infine, il terzo “lato”: la “mente”, che ci permette di ricollegarci e proseguire il tema che stiamo approfondendo nel presente paragrafo. Introducendo la neurobiologia interpersonale si è affermato che essa pur intendendo la mente come proprietà emergente e dunque inserendosi tra le prospettive che assumono questa posizione, si differenzia da esse nel tentare di spiegare il salto tra neurale e mentale. Il punto che differenzia realmente questa posizione teorica dalle altre è intendere la mente come un processo. Più specificamente “la mente è un processo incarnato e relazionale che regola i flussi di energia e informazione” (Siegel, 2021). Definizione che a primo impatto può apparire magica, mistica o addirittura metafisica. Nulla di più distante dalla realtà. Semplicemente, l’attenzione interdisciplinare della neurobiologia interpersonale porta i teorici di questa disciplina all’utilizzo di una terminologia peculiare. Tutto ritorna sotto controllo se viene chiarito che per “flussi” si intende cambiamenti; per “energia” si intendono le varie manifestazioni che questa può assumere: dall’energia elettrochimica che media la stragrande maggioranza delle

⁴ Si veda il capitolo 3 “L’organismo come sistema aperto” per una discussione approfondita dell’organismo inteso come un sistema aperto all’interazione con il mondo circostante.

⁵ Si veda il capitolo 2 “Teorie e modelli volti al superamento dei paradigmi dualisti” per una disamina specifica su tali interconnessioni e sui dati che la ricerca scientifica offre a sostegno di queste asserzioni.

comunicazioni neurali all'energia tramite cui si propagano nell'aria le onde sonore; per "informazioni" si intendono blocchi di energia che assumono un significato simbolico (per proseguire con l'esempio appena esposto, le onde sonore che hanno il significato di parole).

Secondo Siegel, la mente è caratterizzata da quattro dimensioni. Le prime tre sono l'esperienza soggettiva, il sapere di avere un'esperienza soggettiva (consapevolezza) e l'elaborazione delle informazioni. Seppur riconosciute dalla maggior parte dei professionisti che si occupano di "salute mentale", esse tuttavia non sono sufficienti a giungere alla suddetta definizione di mente. Siegel spiega che è dalla considerazione che la mente fosse intesa come prodotto di vicende interne al corpo da alcuni (ad esempio medici e neuroscienziati) e di vicende che accadevano tra le persone da altri (ad esempio, antropologi e linguisti), che ha iniziato a cercare un anello di congiunzione tra queste due prospettive che sembravano ugualmente logiche e coerenti. L'elemento in questione è stato identificato come l'insieme dei flussi di energia e di informazione che avvengono all'interno di ciascuno di noi e al tempo stesso tra di noi. È possibile "ipotizzare che le prime tre dimensioni della mente siano fenomeni emergenti del sistema di flussi di energia e informazioni". La quarta dimensione, tipica dei sistemi complessi, è l'auto-organizzazione. Grazie a questa possiamo giungere a una definizione ancora più esaustiva di quella citata poco sopra: "la mente è il processo emergente auto-organizzante, incarnato e relazionale, che regola i flussi di energia e di informazioni" (Siegel, 2021).

Per il momento, non occorre entrare ulteriormente nel dettaglio della prospettiva proposta dalla neurobiologia interpersonale. È sufficiente sottolineare lo spostamento che avviene per mezzo della definizione dalla visione della mente come entità a quella di mente come processo. Questa transizione rende un poco meno problematico il noto tema del salto tra neurale e mentale.

Si potrebbe tuttavia argomentare che questa diminuzione del grado di problematicità sia dovuta ad una modalità di trattazione ad ampio respiro che aggira il problema piuttosto che affrontarlo; lo stesso Siegel riconosce che "non sappiamo davvero come le proprietà

fisiche delle attività neurali e l'esperienza soggettiva della consapevolezza si influenzino a vicenda" (Siegel, 2021).

Prenderemo allora in esame l'ultima prospettiva di questo excursus: il "monismo dal duplice aspetto percettivo". Questa posizione suggerisce che la distinzione tra mente e corpo sia un "artefatto della percezione" (Solms & Turnbull, 2004). Un fenomeno appare mentale o corporeo in base al vertice di osservazione (Solano, 2013). È certamente questa posizione, più di ogni altra, ad avvicinarsi maggiormente alla tesi che stiamo proponendo fin dall'inizio: se la neurobiologia interpersonale trasforma la mente da entità a processo, il monismo dal duplice aspetto percettivo trasforma la mente (e il corpo) in concetti, in vertici di osservazione, in punti di vista. Stando a questa prospettiva l'ormai noto tema del "salto" tra neurale e mentale viene a risolversi o, per meglio dire, a dissolversi. "Se accettiamo che il problema mente-corpo si riduca a un mero problema di punto di vista [...] e che la distinzione tra il proprio sé e il proprio corpo (tra la mente e la materia) sia solamente un artefatto percettivo, allora la stessa complessità del problema complesso si dissolve" (Solms & Turnbull, 2004). Si potrebbe dire quindi che più che trattarsi di un problema irrisolvibile si tratta di un problema mal posto, che muove da assunti quantomeno discutibili.

Lungi dall'essere una mera considerazione teorica, questa visione sulla questione apre le porte a scenari pratici e clinici completamente differenti. Quella dialettica tra mente e corpo chiamata in causa in virtù di asserzioni teoriche mal giustificate andrà sostituita con altro. Alla luce di questa disamina teorica sulle modalità di intendere mente, corpo e il loro rapporto, siamo pronti a ridefinire il problema da cui siamo partiti, ad articolare una modalità di intendere il tutto che ci accompagnerà per il resto dello scritto e che il resto dello scritto giustificherà.

1.1.3 Ridefinizione del problema

Giunti ad una nuova articolazione concettuale del rapporto mente-corpo, possiamo asserire che, nell'analisi dei fenomeni e delle patologie, ragionare al fine di scoprire chissà quali misteriose connessioni si instaurano tra mente e corpo è fuorviante. Una sindrome od una malattia può essere certamente multifattoriale, anzi lo è nella stragrande maggioranza dei casi (per non dire nella totalità di essi), ma ognuno di questi

fattori è mentale e corporeo, perché è chi osserva che stabilisce che sia l'uno o l'altro. Se con una mano urto violentemente un oggetto, il dolore che ne deriva è un fatto mentale o un fatto fisico? Questione di prospettive, come già dimostrato.

Bisogna dunque ricercare un'altra dialettica, diversa da quella mente-corpo e che tenga in maggiore considerazione tutte le intuizioni emerse nel paragrafo precedente.

Nella teoria del codice multiplo elaborata da Wilma Bucci, viene posta una distinzione tra sistema subsimbolico, sistema simbolico non verbale e sistema simbolico verbale (Bucci, 2016). Nella psicoanalisi relazionale di Bromberg emerge con forza il concetto di "stati del Sé" (Bromberg, 2007), che viene poi ripreso variamente da più autori e a cui viene data anche una lettura biologica (Hill, 2017; Siegel, 2021; Schore, 2022). Sono solo esempi che verranno meglio sviluppati nei due capitoli successivi, ma che sono utili ad accedere alla comprensione di quanto sia necessario passare da una dialettica tra mente e corpo a una dialettica tra "parti", tra "stati del Sé", tra "sistemi". Ciascuno di questi sistemi poi ovviamente può essere osservato tramite una prospettiva corporea o una prospettiva mentale (con il relativo adeguamento della terminologia).

1.2 Implicazioni pratiche e cliniche derivanti dalla ridefinizione del problema

1.2.1 Conseguenze sociali

Le considerazioni esposte fino ad ora potrebbero apparire esclusivamente teoriche ma, in realtà, hanno profonde implicazioni pratiche e cliniche. Le grandi conquiste della medicina hanno fatto sì che a livello sociale si sia consolidata una grande fiducia verso di essa. Tutto ciò ha portato ad un'indubitabilità del paradigma epistemologico sotteso alla scienza medica contemporanea: il positivismo, nelle sue declinazioni più moderne. "L'irrigidimento del paradigma diviene quindi un ostacolo [...] ad accogliere il contributo di fattori psicologici e sociali" (Solano, 2013).

La spesa sanitaria è correlata all'aumento dell'aspettativa di vita in svariati paesi se consideriamo i primi 60 anni del XX secolo. Tuttavia, in seguito, i dati mostrano un brusco arresto: aumenti anche significativi della spesa sanitaria non producono progressi altrettanto rilevanti nella diminuzione della mortalità (Solano, 2013). Come interpretare questa inversione di tendenza? È possibile suggerire, all'interno della proposta teorica che stiamo costruendo, che tramite il suo contributo, il modello biomedico abbia

dapprima impresso un'enorme accelerazione al progresso inerente alla comprensione e al trattamento dell'organismo, tuttavia, da qualche decennio questa forza motrice pare aver perso molta dell'intensità che in passato la contraddistingueva; in altre parole, la visione biomedica ha offerto il suo preziosissimo contributo (e continuerà ad offrirlo), ma per aspirare a un progresso qualitativo e quantitativo degno di essere nuovamente considerato significativo deve cedere il passo a modelli integrativi che la inglobino espandendola ed ibridandola. Molto di ciò che la medicina aveva da dire lo ha già detto: occorre ascoltare anche altre voci per arricchire il quadro di preziosi elementi. Non è un caso che, negli ambiti di cura, la frustrazione dilaghi: gli operatori "si sentono meccanici del corpo o della mente e non promotori della salute" (Bottaccioli, 2011).

Inoltre, questa idealizzazione della medicina e delle sue possibilità ha prodotto nei pazienti aspettative del tutto irrealistiche (Smith, 2001). Viene così a generarsi uno scarto rilevante tra la visione del medico (informata dei limiti della scienza medica) e quella del paziente (certo del progresso e delle sconfinite possibilità della medicina). Se qualcosa andrà storto sarà colpa del dottore e non della scienza che egli dovrebbe mettere in pratica.

Tutto questo porta alla messa in campo di quelle che vengono chiamate "pratiche di medicina difensiva". In buona sostanza, l'operatore si limita ad applicare rigidamente dei protocolli. In questo modo, egli è certo di essere inattaccabile dal punto di vista legale, ma viene a meno la naturale tensione verso la ricerca di quello che potrebbe essere realmente utile a quello specifico paziente. E così si perpetua il circolo vizioso che produce ancora più sfiducia e ancora più insoddisfazione (Solano, 2013). Una delle strategie che potrebbe aiutare a fronteggiare questo problema è concentrarsi sul ricalibrare le aspettative del paziente evidenziando quali sono le reali possibilità della medicina al giorno d'oggi (Smith, 2001) e, collegandoci al tema della presente trattazione, costruire una rete di professionalità coordinate da una visione aperta ed elastica che possa ampliare realmente e significativamente il potenziale di cura.

1.2.2 Conseguenze cliniche

Rispetto alle conseguenze cliniche derivanti dalla ridefinizione del problema operata nella prima parte di questo capitolo, molto verrà espresso nella seconda parte della tesi.

Si vuole però sottolineare fin da subito un cambiamento nell'atteggiamento e nella predisposizione dello psicologo (e del medico) nell'affrontare il problema che il paziente gli sottopone.

Il professionista dovrà in primo luogo considerare ciò che affligge la persona che gli chiede aiuto sia da un punto di vista mentale che da una prospettiva corporea. Ovviamente, potrà fare ciò attraverso gli strumenti di cui dispone, che derivano dal tipo di formazione e dalle esperienze professionali che ha avuto. Ma è fondamentale che egli sappia quantomeno intravedere il problema da entrambi i punti di vista. Questa doppia considerazione non è volta a sciogliere dilemmi eziopatogenetici o ad affermare la maggior validità di una delle due prospettive. "Le malattie e le cause di morte sono multifattoriali e croniche per cui non ha più senso chiedersi se la causa sia organica o psichica (questione che da amletica oggi è diventata una riedizione del vecchio problema dell'uovo o della gallina) perché si ragiona in termini di fattori di rischio, cofattori, fattori precipitanti, fattori di mantenimento" (Porcelli, 2008). Questa predisposizione a considerare entrambi i punti di vista è motivata da ragioni di carattere pratico: il clinico ha a disposizione due porte di ingresso per intervenire: può mettere mano su ciò che tradizionalmente è definito come corpo dinnanzi a una problematica solitamente considerata psichica e viceversa. Non necessariamente deve farlo, ma è uno strumento in più che spesso può essere d'aiuto per uscire da situazioni di impasse.⁶

Anche relativamente alle grandi sfide contemporanee in fatto di salute questo riposizionamento nell'approcciarsi alle problematiche che affliggono i pazienti appare fortemente necessario. "È sempre più evidente, dai grandi studi epidemiologici e da studi sperimentali mirati, che gran parte dei malanni che affliggono l'umanità si radica nelle cattive relazioni che gli esseri umani instaurano tra di loro e con l'ambiente" (Bottaccioli, 2011). Insomma, l'idea è di includere più elementi possibili nell'equazione da considerare: non necessariamente l'area in cui si manifesta la sintomatologia è l'area su cui si deve intervenire. Un sistema (e abbiamo appurato che l'organismo può essere sicuramente considerato come tale) è composto da più parti che entrano in relazione tra

⁶ Si consideri ad esempio gli interventi sul corpo nella psicoterapia sensomotoria (che verrà approfondita nel capitolo 6). Sull'altro versante ormai diversi studi hanno messo in luce i sensazionali effetti che alcuni interventi psicoterapici possono avere su alcune tipologie di patologie (Solano, 2013)

di loro. Il cambiamento di una sola di queste può generare un effetto domino che porta alla modifica di una parte apparentemente sconnessa. Si tratta di abbandonare un'ottica deterministica e sposarne una probabilistica (che è ben distante dall'essere casuale). Soprattutto si tratta di considerare l'organismo nella sua totalità e le sue espressioni come comunicanti. Il modello medico ha spesso perso di vista l'insegnamento di Ippocrate secondo cui occorre curare il malato e non la malattia. Ciò ha prodotto "l'equivoco di espropriare a priori l'uomo della possibile valenza evolutiva o comunicativo-relazionale del sintomo come possibile oggetto di scambio all'interno di un sistema sociale" (Scognamiglio, 2008). Certamente occorre prestare attenzione nel non cadere in derive opposte psicologistiche, ma ciò che in vari modi si sta cercando di sottolineare è che non bisogna invertire la polarità della nostra concezione di salute e di trattamento, bensì considerare entrambi i poli: mente e corpo. Questi ultimi: due concetti, non due entità.

1.3 Gestire la complessità derivante dal superamento del modello medico

Stiamo quindi proponendo qualcosa di diverso dal tradizionale modello biomedico, che tenga conto che "la struttura dell'alimentazione, quella del lavoro e della vita sociale contemporanee plasmano ambienti urbani, stili di vita e comportamenti che costituiscono le radici delle principali patologie moderne: cardiopatie, tumori, malattie autoimmuni e allergiche, disturbi dell'umore e del comportamento" (Bottaccioli, 2011). Questo comporta indubbiamente dei vantaggi, alcuni dei quali sono già stati esposti nelle pagine precedenti, ma anche dei rischi. Tuttavia, questo doppio effetto è ricorrente quando si tenta di superare un modello consolidato. Spesso, non ci si rende conto che anche il modello che al momento è dominante è costellato di difetti oltre che di pregi. Malgrado questa premessa, è doverosa una sintetica digressione sui benefici che il modello medico ha portato alla società, che certo non sono di poco conto. Esso ha consentito di prolungare l'aspettativa di vita in maniera vertiginosa e, oltre a ciò, ne ha aumentato la qualità. Non sono poi così lontani i tempi in cui quella che oggi verrebbe considerata una banale infezione batterica poteva risultare fatale allo sfortunato paziente. Si pensi anche al tasso di sopravvivenza dei neonati e delle partorienti, alla drastica riduzione delle problematiche connesse a un momento così delicato come

quello del parto (Solano, 2013). L'elenco potrebbe proseguire con tantissimi altri esempi. Questo ci consegna una certezza: il modello biomedico non va scartato e rimpiazzato pensando ad un paradigma radicalmente differente e superiore. Un mondo dove la scienza medica viene svalutata segnalerebbe una preoccupante inversione di marcia nella comprensione del nostro organismo e di concetti fondamentali connessi ad esso (salute, malattia, benessere, malessere ecc.).

È piuttosto necessario partire da questi traguardi e considerarli come punti di partenza. Come già osservato nel paragrafo precedente, sembra che senza allargare il campo di osservazione l'accelerazione del progresso nel campo della salute sia destinata ad affievolirsi sempre di più. Lungi da questo scritto mettere in dubbio i progressi raggiunti dalla medicina, la qualità della sua metodologia e i pregi della sua epistemologia. Ciò che viene proposto è che tutto ciò si accompagni a una miopia, che non sempre permette di vedere oltre a ciò che si suppone di poter vedere. Se una tale approssimazione, nelle epoche passate, era più che giustificata dagli scarsi dati provenienti dalla ricerca, oggi tali giustificazioni iniziano a scarseggiare e ad apparire pretestuose.

1.3.1 Pezzi di un puzzle in disordine

La progressiva specializzazione che è avvenuta e che avviene nei vari campi del sapere è auspicabile e dannosa al tempo stesso. L'approccio analitico è un valido alleato, in quanto permette di dividere l'oggetto dell'indagine in parti più facilmente studiabili, ma risulta parziale e fallace se poi non si presta a una ricomposizione volta alla comprensione della complessità dei fenomeni. Questo processo passa necessariamente attraverso un confronto interdisciplinare. Analizziamo meglio il tema.

Nella situazione attuale numerose discipline hanno dato luce a specializzazioni sempre più specifiche. Questa è una naturale conseguenza del progredire della conoscenza. Se in origine il l'ammontare totale della conoscenza in campo medico poteva essere amministrato da un solo individuo, oggi è impensabile che un professionista specializzato in una microarea, abbia lo stesso grado di competenza in tutte le altre. Lo stesso ragionamento può essere applicato alla psicologia: un conoscitore della psicologia del lavoro nelle sue varie declinazioni, magari manifesterà alcune lacune in tematiche

avanzate della psicologia dello sviluppo. Questo dato è forse scontato, ma non per questo è trascurabile.

Se limitiamo il campo della discussione al tema della cura, possiamo subito notare che questa progressiva specializzazione porta (potremmo forse dire, ha portato) a una situazione in cui “la persona che chiede aiuto sparisce come unità biopsichica e viene sostituita da segmenti sovrapposti e non relazionati, su cui si applicano le diverse competenze” (Bottaccioli, 2011). Il che è ovviamente in netta contraddizione con quanto asserito fino ad ora.

Il proliferare di articoli scientifici su temi estremamente specifici rimane sterile se non è accompagnato da un’organizzazione concettuale che sia in grado di stabilire un ordine. È come se i vari studi fossero pezzi di un puzzle, magari dettagliatissimi ma in completo disordine sopra al tavolo. Occorre che queste parti siano riordinate. Realisticamente, non esiste un solo modo di costruire il puzzle, ma certo è che una decisione va pur presa. Lasciare le tessere in disordine conduce a quella che nel paragrafo successivo chiameremo “disarticolazione interpretativa”.

Da un punto di vista metodologico, lo strumento del libro (la saggistica) e gli articoli di review rappresentano un passo in questa direzione di assemblaggio. Per questa ragione, costituiscono una parte significativa della bibliografia di questa tesi.

1.3.2 Chiudere una porta potrebbe voler dire spalancare una voragine
Drew Westen, importante clinica e autorevole figura nel mondo della ricerca in ambito psicologico, sostiene l’imprescindibilità della ricerca in psicoterapia attraverso un esempio molto incisivo. Suggestisce di immaginare una coppia di genitori di un bambino con la leucemia che, preoccupati, si recano da un dottore. Quest’ultimo può presentare loro diverse opzioni di trattamento e i relativi tassi di successo che a queste si accompagnano. Senza queste informazioni, il parere del medico non sarebbe né più affidabile né più autorevole di quello di uno stregone (Westen, 2002). È indubbio che chiudere la porta al modello medico potrebbe voler dire aprirla a qualsiasi altra forma di pseudoscienza, misticismo, stregoneria, se non si prendono le giuste contromisure. La scienza ha combattuto lungamente e duramente per divenire indipendente da altre forme di pensiero non scientifiche e dunque le mura che ha alzato a difesa di sé stessa

sono particolarmente alte e rigide. Il paradigma che più di ogni altro ha contribuito a costruire queste difese è certamente quello positivista. Quest'ultimo si è assicurato che ogni fatto che non potesse essere analizzato secondo certi criteri empirici e sensoriali fosse escluso dal campo di osservazione scientifica e squalificato come un fenomeno di costume (Solano, 2013). Tuttavia, successive scoperte avvenute proprio nel campo delle scienze naturali, che più di tutte rappresentavano il modello a cui ispirarsi per il positivismo, hanno dimostrato che un confine così netto altro non era che un artificio. La pretesa di oggettività era per l'appunto una pretesa: l'osservatore nel momento in cui diviene tale non può più essere considerato esterno al sistema ed entrandoci lo distorce tramite i preconcetti insiti nella sua visione (Armezzani, 2011). Secondo questa nuova epistemologia definita costruttivismo radicale "l'osservatore e il sistema costituiscono un'unità inscindibile e l'individuo costruisce attivamente lo stesso sistema che crede di studiare in termini neutrali" (Fasola & Inghilleri, 2011). Occorre però ricordare che, se in virtù di queste ultime considerazioni, si rinuncia a una ricerca e a una clinica che aspira ad avere un qualche tipo di rapporto con il concetto di oggettività si finisce per scivolare in ciò che nel presente scritto chiameremo "disarticolazione interpretativa". La costruzione di modelli salva da questo pericolo: non si compie alcun reato epistemologico se accanto alla costruzione e all'applicazione di tali modelli si affianca la consapevolezza della non assolutezza degli stessi. La disarticolazione interpretativa conduce alla paralisi: certi che nulla di ciò che possiamo applicare coincida alla realtà saremmo per sempre persi nell'interrogarci se nell'azione che mettiamo in campo non stia intervenendo questo o quest'altro pregiudizio. Ma che dire del bambino ipotizzato di Westen? Cosa rispondere ai suoi genitori? "È facile essere postmodernisti con la sofferenza altrui" (Westen, 2002). Viene in aiuto una considerazione di Antonio Alberto Semi riferita alla tecnica del colloquio ma che si può estendere al tema qui trattato: "non ci illudiamo di riuscire a conoscere la realtà: ci vantiamo di costruire delle immagini e poi dei modelli che la interpretano e la modificano contemporaneamente" (Semi, 1985). Nel paragrafo che segue analizzeremo il fondamentale ruolo della ricerca. Prima di addentrarci in questa tematica, vorrei concludere proponendo una metafora. Possiamo pensare agli approcci e alle considerazioni post-moderne come elementi imprescindibili

di un sano sistema immunitario. Le riflessioni che ne derivano sono un continuo stimolo a interrogarsi su quanto si compie e si è compiuto, sullo status epistemologico delle teorie che vengono formulate. I virus dell'assolutismo, del principio di autorità, dello scientismo, trovano dinnanzi a loro una barriera insormontabile rappresentata da questo sistema immunitario. Ma se quest'ultimo inizia a lavorare più del dovuto si incappa nel rischio di sviluppare la malattia autoimmune della disarticolazione interpretativa: tutto viene messo in dubbio perché niente aderisce perfettamente al reale. In definitiva, il giusto mezzo aristotelico è probabilmente la corretta guida per rapportarsi alle critiche provenienti dal postmodernismo.

1.3.3 Procedere con attenzione: la bussola della ricerca

Vi sono elementi dell'esperienza soggettiva che sono molto difficili, se non (al momento) impossibili da misurare. Tuttavia, questi vanno necessariamente presi in considerazione, poiché sono estremamente significativi (Siegel, 2017). Forse è per questo che "l'esperienza della psicoterapia è qualcosa di diverso dalla teoria della psicoterapia" (Cionini, 2013). Si potrebbe argomentare che questo è vero in ogni campo, che l'esperienza non può mai essere interamente trascritta nei libri senza smarrire alcune sfumature, certi fattori che caratterizzano il saper fare. Tuttavia, in psicoterapia ciò si amplifica: "il terapeuta al lavoro di solito non è un teorico troppo convinto. Nella sua pratica quotidiana egli tiene assai meno in conto la propria scienza di quanto non faccia ad esempio il medico internista" (Friedman, 1993).

Queste prime considerazioni potrebbero aprire la strada a un rifiuto della ricerca in senso stretto. Si potrebbe affermare che poiché la ricerca non ha gli strumenti per fotografare in maniera totalmente fedele ciò avviene in una seduta di psicoterapia, allora quest'ultima può fare a meno della ricerca. Ma di nuovo ritorna insistentemente la necessità di cui parlava Westen di identificare una linea di demarcazione tra ciò che è scientifico e ciò che non lo è (Westen, 2002); inoltre, volendo essere ancor più concreti, i sistemi sanitari dei diversi Stati, hanno la necessità di dati ottenuti tramite metodi scientifici e standardizzati, prima di poter stanziare fondi finalizzati alla somministrazione di questi trattamenti (Fonagy, 2002). Insomma, Fonagy sostiene che nonostante certe critiche rivolte al modello *Evidence-Based* siano meritevoli di attenzione, esse non

avranno il potere per far sì che questo smetta di essere il paradigma dominante. A causa di questa sua tesi, lo psicoanalista inglese è stato accusato di sposare un “bipensiero”, (termine orwelliano per riferirsi a un’argomentazione che contiene al suo interno punti contrastanti) (Hoffman, 2009). Fonagy replica a tali critiche asserendo che queste accuse sono utili e stimolano importanti riflessioni epistemologiche. Nonostante ciò, tiene a precisare che è errato riferirsi alla sua posizione con il termine denigratorio di “bipensiero”. Riconoscere benefici e svantaggi connessi a un modello o ad una metodologia non significa essere incoerenti o contraddittori: “senza riconoscere i limiti dei nostri metodi di ricerca, senza esercitare una costante e attenta critica dei limiti dei nostri risultati, non c’è posto per noi nel mondo accademico del XXI secolo” (Fonagy, 2013). Occorre dunque mettere i vari elementi sulla bilancia e cercare un equilibrio. Ciò che è certo è che “La scienza consente di distinguere ciò che è vero da ciò che è finzione. L’ambito della psicoterapia non si sottrae a questa regola” (Gottman & Gottman, 2017). Anche se alcuni elementi importanti non possono essere misurati, questo non costituisce una giustificazione valida per sottrarsi da un confronto con una metodologia scientifica e rigorosa (Siegel, 2017). Concludendo si vuole sottolineare che la ricerca rimane lo strumento più valido per gestire la complessità e i rischi derivanti dal superamento del modello biomedico.

Capitolo II: Teorie e modelli volti al superamento dei paradigmi dualisti

Dopo aver preso in considerazione la delicata questione dell'articolazione concettuale del rapporto tra mente e corpo, ci occuperemo ora di alcuni modelli e teorie che, implicitamente o esplicitamente, propongono il superamento di una chiave di lettura dualista.

L'obiettivo del capitolo non è la mera esposizione di quadri teorici e dei dati a loro supporto, bensì nella trattazione di questa tematica ci lasceremo orientare da due finalità. La prima: considerare come oltre al superamento dei paradigmi dualisti, queste proposte teoriche scardinano definitivamente anche ogni qualsivoglia variazione di monismo riduzionista. L'altro obiettivo è quello di far comunicare tra loro queste chiavi di lettura. I modelli di cui ci occuperemo utilizzano spesso differenti vocabolari, che talvolta non permettono una comunicazione fluida anche all'interno della medesima disciplina. Non si vuole negare che sia opportuno, nella formulazione di una teoria, prendersi la libertà di utilizzare la terminologia che pare più appropriata per rendere al meglio la complessità di nuovi concetti. Tuttavia, la creazione di decine e decine di idiomi rischia di condurre a una torre di Babele dove ciascuno diviene sordo ai suoni di una lingua che non è la propria. D'altra parte, "tradurre è tradire" e nessuna opera di traduzione può vantarsi di non perdere preziose sfumature semantiche. Nella piena consapevolezza di entrambi gli aspetti, nella stesura del presente scritto è stata compiuta una scelta: i vari modelli verranno messi nella condizione di poter dialogare e assumeremo il delicato ruolo dei mediatori linguistici. Il fine sarà quello di "integrare l'integrante", espressione che trova il suo significato nel dato che i modelli presi in considerazione già di per sé stessi tentano uno sforzo di integrare vari elementi provenienti da diversi contesti teorici e disciplinari. Ritornando alla metafora del puzzle proposta nel capitolo precedente, queste teorie hanno unito qualche frammento, l'obiettivo è di avvicinare questi agglomerati alla ricerca di possibili incastri per ampliare la porzione del puzzle ordinata. Occorre ricordare che con ogni probabilità non esiste un unico modo corretto di mettere insieme i pezzi, ma non tentare di farlo sulla base di questo assunto conduce alla già citata disarticolazione interpretativa e alla paralisi operativa.

2.1 Il concetto di causalità

2.1.1 Causalità e correlazione

Prima di procedere alla discussione di alcuni modelli teorici e dei loro rapporti, è imprescindibile operare una breve riflessione sul concetto di causalità.

In primo luogo, occorre considerare l'ovvia distinzione tra rapporto causale e correlazione. La seconda può fornire informazioni preziose, ma i dati vanno opportunamente interpretati. Due fenomeni sono correlati, quando è possibile registrare in modo statisticamente affidabile la loro co-occorrenza. Gli studi correlazionali sono più semplici ed economici da svolgere, ma purtroppo "non possiamo mai escludere che l'effetto sia in realtà dovuto all'associazione di entrambi i fattori con un terzo, al momento sconosciuto" (Solano, 2013). Il fatto che due fenomeni seguano la stessa tendenza nel tempo non significa che siano (direttamente) connessi. Quando a ciò si aggiungono pregiudizi, il rischio di formulare asserzioni causali sulla base di correlazioni spurie aumenta a dismisura. È sicuramente emblematico il fatto che esista una correlazione statisticamente significativa tra la vastità della popolazione di cicogne in una data area e la nascita di bambini nella stessa zona se consideriamo i paesi europei (Matthews, 2000). Questo esempio è particolarmente incisivo perché si colloca a metà tra l'indubbia insensatezza che contraddistingue alcune correlazioni spurie, e il fascino ingannevole che invece ne permea altre. Tutto ciò non vuole suggerire di mettere da parte tutti i dati correlazionali; infatti, quando l'oggetto di studio è l'essere umano e il suo stato di salute, difficilmente si possono intraprendere studi causali senza violare basilari norme etiche e deontologiche. È intuitivo che l'utilizzo di informazioni correlazionali sia utile e fondamentale anche in svariate situazioni cliniche, "d'altra parte la consapevolezza della validità non assoluta della maggior parte dei dati a nostra disposizione riguardo alla salute può favorire una certa misura di distacco e di relativismo riguardo a tutti i tipi di dati, che siano psicologici, biologici o sociali, evitando così [...] di adagiarsi nella certezza di aver trovato la causa di qualcosa e quindi di rinunciare alla ricerca di altre possibili cause" (Solano, 2013)

2.1.2 Evoluzioni del concetto di causalità

Abbiamo trattato il concetto di correlazione e sottolineato come esso differisca da quello di causalità. È opportuno ora concentrarsi su quest'ultimo. Per lungo tempo, le scienze naturali hanno sostenuto una concezione di causalità lineare: "un singolo evento A è causa di un evento B che lo segue nel tempo e che, a propria volta diviene la causa di un evento C e quest'ultimo di un evento D. L'evento D può essere previsto conoscendo A, B e C" (Baldoni, 2010). Tutto ciò contraddice profondamente quanto affermato nel presente scritto. La singola causa che spiega un fenomeno è spesso un inganno, un ostacolo all'approfondimento; ovviamente, talvolta ragionare in questi termini porta a risultati pregevoli, ma è un paradigma limitato e limitante gli sviluppi delle scienze. Inoltre, in materia di salute, limitarsi a chiedersi il "come", rinunciando a chiedersi il "perché", è fondamentalmente scorretto, sia da un punto di vista etico che da un lato scientifico. Se in un ambiente in cui ci sono più persone è presente un potenziale agente patogeno, non si può ignorare la domanda che interroga sul perché solo alcuni si sono ammalati. La presenza del virus (ad esempio) spiega solo parte dell'accaduto⁷ (Cohen & Herbert, 1996). Gradualmente, notando i limiti della concezione di causalità lineare la medicina si è aperta a una visione multifattoriale. "In questo caso, vari fattori (A, B, C) vengono considerati concause di un evento D" (Baldoni, 2010). Fondamentalmente, si tratta ancora di un modello lineare perché i fenomeni considerati come cause non vengono analizzati nel loro relazionarsi. Come già detto, tuttavia, frammentare il reale serve a studiarlo più che a comprenderlo (Bottaccioli, 2011).

Solo grazie all'avvento delle teorie sistemiche viene introdotta l'idea di una causalità circolare. "L'elemento A influenza l'elemento B e quello C e D, ma è altrettanto influenzato da essi" (Baldoni, 2010). Ad essere studiate sono le relazioni tra le componenti del sistema e l'equilibrio che si viene ad instaurare. Non più le cause passate nascoste negli eventi che furono, ma quelle presenti, insite in un'organizzazione del sistema che per un motivo o per l'altro è divenuta disfunzionale (Watzlawick et al., 1971). A questa logica, possiamo sostanzialmente ricondurre anche le considerazioni di David

⁷ Per alcune considerazioni più dettagliate rispetto a questo esempio vedi il punto 2.2.5 "Una prospettiva corporea sull'unità psicofisica"

Lazzari rispetto alla prospettiva della psiconeuroendocrinoimmunologia e della sua applicazione alla terapia psicologica: “Guardare alla Psicoterapia in ottica PNEI, vuol dire sostanzialmente domandarsi se e in che modo un intervento psicologico strutturato – che utilizza il canale mentale per “agire” sull’individuo – ha ricadute sull’individuo stesso come unità psicofisica” e sulla “organizzazione del sistema-persona nel suo complesso” (Lazzari, 2013).

Il titolo del presente paragrafo sembra suggerire che vi sia stato un progresso, una “evoluzione”, che, quindi, il concetto di causalità circolare sia più appropriato di quello di causalità lineare. In realtà, come spesso accade, l’euforia derivante da nuove scoperte o dall’adozione di nuovi paradigmi porta a minimizzare il contributo dei precedenti. È giusto asserire che il poter riferirsi a concezioni differenti di causalità sia stata un’evoluzione, ma nel senso che “nessuno dei due modelli appare esauriente. A volte si rivela più utile considerare una situazione in senso lineare, altre volte in modo circolare” (Baltoni, 2010). Solo una concezione di causalità complessa è in grado di tenere in considerazione entrambi i concetti.

2.2 La psicosomatica

2.2.1 Il problema della definizione

Quando si utilizza il termine psicosomatica, ciò a cui ci si può riferire non è affatto univoco (Baltoni, 2010). Grossolanamente, si potrebbe operare una distinzione tra psicosomatica delle origini e psicosomatica contemporanea. Pur consapevoli che questa separazione non rende pienamente giustizia alla complessità dei concetti avvicinati al termine “psicosomatica”, decidiamo di utilizzare queste categorie per farci strada velocemente in un campo che altrimenti richiederebbe una trattazione a sé (che, per inciso, trova diversi precedenti nella letteratura – tra cui alcuni voci bibliografiche del presente scritto).

La psicosomatica delle origini, al netto delle diversità teoriche portate avanti da diversi autori, assunse “il conflitto intrapsichico come nucleo centrale dei disturbi psicosomatici e, sulla base del tipo di conflitto [...], vennero individuate anche alcune patologie che non erano spiegate dalla medicina dell’epoca” (Porcelli, 2022). Simile per certi versi al meccanismo di difesa della conversione nella malattia isterica, questa tesi portò a

identificare una serie di patologie psicosomatiche, dette le “Holy Seven”: ulcera peptica, asma bronchiale, ipertensione, tireotossicosi, colite ulcerosa, artrite reumatoide, neurodermatite (Solano, 2013). In questa concezione, straordinariamente diffusa tutt’oggi, l’aggettivo psicosomatico è inteso in senso categoriale: una malattia può essere psicosomatica oppure no; nessuno spazio per le considerazioni dimensionali, per una ponderazione delle concause. Si potrebbe discutere del perché proprio queste sette patologie sono entrate a far parte di questo albo storico; si potrebbero esaminare attentamente i contributi della psicoanalisi del tempo che portarono a caricare il concetto di conflitto intrapsichico di una enfasi eccessiva nella genesi della malattia; ma nuovamente seguire questi binari ci porterebbe lontani dagli scopi della trattazione. Contrariamente a questa concezione, la psicosomatica contemporanea si smarca dal definire una lista di sindromi di interesse (Porcelli, 2013) e propone che ogni patologia possa essere (parzialmente) psicosomatica, sposando una concezione unitaria di corpo e mente (Solano, 2013). Lungi dall’essere una disciplina in senso stretto, la psicosomatica contemporanea si propone come “metaparadigma, nel senso che permette l’adozione e l’integrazione di paradigmi diversi tollerandone eventuali differenze e paradossi” (Baldoni, 2010).

In questo paragrafo dedicato alla psicosomatica, vedremo allora alcuni concetti utili alla trattazione degli argomenti che seguiranno, ma è da sottolineare fin da subito che molte delle teorie che verranno esposte nei paragrafi e capitoli successivi sono sostanzialmente accettate dalla psicosomatica contemporanea. A riconferma del fatto che spesso a variare sono gli accenti più che i significati. Infine, sarà un’occasione preziosa per iniziare a prendere in considerazione dati empirici a supporto di quanto sostenuto finora.

2.2.2 Quale (bi)direzionalità?

Abbiamo più volte ribadito che i termini “mente” e “corpo” non si riferiscono a entità ontologicamente definite. Questo, come spero si sia compreso, non implica il fatto che i termini non abbiano alcuna ragion d’essere. L’importante è utilizzarli in modo consapevole, ossia in veste di concetti esprimenti punti di osservazione sull’organismo. È ovvio che nella riflessione clinica sul paziente non si possa fare a meno di entrambi i termini, anzi è opportuno che i due ricorrano perché probabilmente questo sarà sintomo

di una considerazione opportuna di entrambe le prospettive. Alla luce di queste riflessioni, ci occuperemo in questo paragrafo delle evidenze a sostegno della visione monista mente-corpo. Cercheremo di evitare di affermare che il mentale ha un effetto sul corpo e il corporeo ha un effetto sulla mente: proveremo invece ad asserire che eventi interni ed esterni hanno un effetto sull'organismo e che questo effetto può essere considerato sia da un punto di vista somatico sia da una prospettiva psicologica. Non c'è quindi direzionalità o bidirezionalità rispetto agli effetti che le patologie tradizionalmente mediche possono avere su quelle psichiatriche e viceversa, ma occorre che ci sia un rapporto bidirezionale tra le considerazioni che si operano di volta in volta nel posizionarsi nell'uno o nell'altro punto di osservazione.

Uno dei nessi più evidenti che emerge chiaramente dalla letteratura scientifica lega a doppio filo la depressione con svariate patologie mediche croniche (NICE, 2010). Ovviamente si può porre il problema di quale delle due problematiche causi l'altra, ma non staremmo in questo modo scivolando entro una logica dualista? I concetti di causalità psicosomatica e causalità somatopsichica, dove con questi ultimi si intende indicare una direzionalità tra ciò che succede psichicamente e ciò che accada sul piano somatico non sono del tutto irrilevanti, ma spesso sono estremamente parziali. Registrare una correlazione solitamente è meno incisivo (sotto il profilo scientifico) rispetto all'identificazione di un rapporto di causa; ma per parlare di causalità dovrebbero sussistere due entità che si influenzano reciprocamente e, come stiamo sostenendo, così non è. Allo stesso modo la letteratura registra che all'aumentare del numero di sintomi fisici aumenta la probabilità della presenza di psicopatologia (Kroenke, et al., 1994).

Nelle malattie oncologiche il contributo di una psicoterapia nel corso del trattamento può essere estremamente rilevante, non nelle modalità in cui potrebbe intendere il senso comune. La questione non passa attraverso la consolazione o l'alleviamento delle pene dell'anima, in cui "la figura dello psicologo finisce per sovrapporsi a quella del sacerdote" (Solano, 2013). Si tratta invece di comprendere che alterazioni mirate nel funzionamento psicologico, indotte dalla psicoterapia, possono modificare il funzionamento del sistema nervoso che, a sua volta, produce un effetto significativo sul

sistema immunitario (ed endocrino). Sono ormai terminati “gli anni di una Medicina impegnata a studiare e curare un corpo senza mente e di una Psicologia chiamata a occuparsi di una mente senza corpo” (Lazzari, 2013). Che questi primi dati siano da monito nel considerare la totalità della persona che identifichiamo come “paziente”. Non si creda del resto che questo promemoria sia valido solo per la medicina; infatti, anche la psicologia più e più volte ha ignorato il corporeo nel corso della sua storia, mentre oggi sono sempre più frequenti i casi in cui “il terapeuta si trova comunque a lavorare in modo primario sul tema del corpo malato e delle cure che questo richiede” (Bara, 2023). La bidirezionalità allora è da intendersi in senso concettuale, prospettico e disciplinare, per non tralasciare aspetti del paziente che attendono di essere presi in carico nel progetto di cura.

2.2.3 ACE: una rivoluzione “troppo” silenziosa

La sigla ACE sta per *Adverse Childhood Experiences* ed è un’espressione generica per riferirsi a una varietà di vissuti traumatici sperimentati durante l’infanzia. Gli studi che si sono concentrati su questa tematica hanno identificato una relazione inequivocabile “tra abusi o “disfunzioni” domestiche durante l’infanzia e molteplici fattori di rischio per molte patologie mortali in età adulta” (Felitti et al., 1998). Ai primi studi ne sono seguiti molti altri, i cui risultati suggeriscono le medesime conclusioni. Uno dei punti più significativi consiste nel prendere atto che questi eventi avversi hanno un peso significativamente maggiore se avvengono entro i primi tre anni di età (Dunn et al., 2019).

Fu la ripetuta osservazione clinica dell’équipe di Felitti certificante un’associazione tra obesità e storie di abusi sessuali infantili a dare il via al progetto ACE, ma quest’ultimo svelò al mondo che le esperienze traumatiche durante i primi anni di vita erano molto più frequenti di quanto si possa credere: si tratta di una vera e propria “epidemia nascosta” (Van der Kolk, 2015).

Numerosi studi, eseguiti con differenti metodologie, hanno evidenziato e confermato l’associazione tra trauma infantile e patologia adulta, mediata da meccanismi epigenetici e immunitari⁸ (Porcelli, 2022). È piuttosto incredibile che dinnanzi a evidenze scientifiche

⁸ Si veda 3.5 “Epigenetica” per una discussione dettagliata a questo proposito.

di tale portata, il mondo sanitario non abbia preso adeguate contromisure preventive e non si sia fornito di accortezze diagnostiche funzionali all'accoglimento critico del problema (Van der Kolk, 2015).

Non approfondirò ulteriormente le conclusioni che si possono trarre dal progetto ACE, poiché considerazioni a questo proposito saranno presenti in svariate parti successive dello scritto.

2.2.4 In favore della concezione contemporanea di psicosomatica

Proprio considerando gli "studi ACE" ci si potrebbe domandare se il nostro stato di salute è determinato (unicamente) dagli eventi. Una risposta ottimista a questo interrogativo ha prodotto un filone di studi che ha ottenuto risultati contrastanti. Questa variabilità caratterizzante le conclusioni ha rischiato di "rimettere in discussione l'intero costrutto" (Solano, 2013). Nell'affrontare questo tema, la psicotraumatologia è una guida importante: il trauma è tale se il soggetto che lo esperisce si trova nella condizione di non poter operare un'"attribuzione semantica" all'evento; in altre parole, quando la persona non è in grado di conferire un significato all'esperienza (Patti & Vassalli, 2015). La genesi del problema non si colloca nell'accaduto in quanto tale, ma nell'incontro tra il soggetto e gli eventi. È comunque rilevante constatare che alcuni eventi possono predisporre al verificarsi di effetti negativi sulla salute più di altri accadimenti: ovviamente tale fenomeno è analizzato tramite la media statistica (Solano & Rea, 2013). Senza cadere in sensazionalismi o estremizzazioni, si può oggi affermare che i lutti e le separazioni (ciò che potremmo categorizzare sotto l'espressione psicodinamica di "perdita oggettuale") possono giocare un ruolo chiave nella genesi di una patologia grave. Prima di chiederci in che modo questo possa avvenire, ossia da quali meccanismi possa essere mediato il peggioramento dello stato di salute fino all'insorgenza di una malattia, può essere utile porre lo sguardo su alcuni dati.

Genitori obbligati ad affrontare il lutto di un figlio vedono diminuire la loro aspettativa di vita: nelle madri la mortalità anticipata è dovuta a cause sia naturali che non naturali, mentre nei padri le seconde prevalgono. Nella discussione rispetto ai dati raccolti, gli autori evidenziano che se, nel breve termine, si registra un aumento delle cause di morte dovute a eventi non naturali, "a lungo termine, vari cambiamenti patofisiologici legati

allo stress potrebbero aumentare la suscettibilità alle malattie infettive, influenzare il rischio e la prognosi del cancro e portare a malattie dei sistemi cardiovascolari” (Li et al., 2003). Un aumento del tasso di mortalità è stato registrato anche in seguito alla morte di un coniuge (Hart et al., 2007).

Queste perdite, di cui fanno parte anche le separazioni (ad esempio nei divorzi) hanno precisi effetti sulla funzionalità del sistema immunitario, che gioca un ruolo fondamentale in numerose patologie (malattie infettive, tumori, malattie autoimmuni). Gli effetti registrati vanno da una “riduzione della risposta ai mitogeni” (fattori di crescita e proliferazione cellulare) a una diminuzione della funzionalità dei linfociti natural killer (NK) coinvolti nella risposta immunitaria (Solano & Rea, 2013). Vedremo al punto successivo quali modelli di malattia si possono costruire tenendo conto di questi preziosi dati.

Come affermato però, si tratta di risultati che certificano il peso di un evento sulla media della popolazione. Può essere molto più utile (nei termini di una futura applicazione clinica) domandarsi quali caratteristiche predispongono questi effetti a dispiegarsi oppure quali aspetti funzionano da diga rispetto all’insorgenza della patologia. Anticipiamo ora che entrano in gioco svariati fattori quali comportamenti, tratti di personalità, comportamento di malattia, modelli di attaccamento, adattamento allo stress (Baldoni, 2010), stile di coping, locus of control, self-efficacy, hardiness (Solano & Rea, 2013). Dunque, come vedremo anche nel capitolo quarto in relazione al trauma, un evento non produce il suo effetto in modo aprioristico. L’accaduto incontra le caratteristiche del funzionamento psicofisico della persona; dall’interazione tra le peculiarità dell’avvenimento e le particolarità dell’individuo, nascono gli effetti che ricadono sullo stato di salute.

Concluderemo questo sottoparagrafo occupandoci del tema delle emozioni e della alessitimia. Come vedremo, ciò non è affatto sconnesso da quanto trattato finora, anzi può fornire materiale per la creazione di ponti verso altri modelli teorici che analizzeremo in seguito.

Abbiamo visto che la “psicosomatica delle origini” attribuiva molta enfasi alla teoria del conflitto, tuttavia, risultati sperimentali e fallimenti terapeutici hanno portato a

riconsiderare il peso che il conflitto intrapsichico (almeno come inteso allora) può avere nella genesi e nel mantenimento della patologia. Oggi maggior spazio viene dato all'osservazione della "capacità primaria di percepire, elaborare ed esprimere le emozioni e i loro correlati somatici" (Baldoni, 2010). Questo spostamento dell'attenzione è fondamentalmente una rivoluzione clinica, perché il focus dell'osservazione e dell'intervento cambia radicalmente. Avremo modo di apprezzare le conseguenze teoriche e pratiche di queste innovazioni nella successiva discussione sulla teoria della regolazione affettiva e nel capitolo sesto dedicata alle psicoterapie particolarmente attente alla dimensione corporea. Ci basti ora costruire una riflessione volta innanzitutto a sfatare alcuni luoghi comuni straordinariamente diffusi e a valutare come i dati suggeriscono la validità di questo cambiamento di prospettiva.

È innanzitutto fuorviante categorizzare le emozioni in "buone" e "cattive". Esse (tutte) hanno un profondo valore evolutivo (Panksepp & Biven, 2014). Semmai si può asserire che alcune siano gradevoli, a dispetto di altre la cui esperienza può essere spiacevole e dolorosa. A lungo si è creduto che l'esperienza di tali emozioni sgradevoli contribuisse a predisporre alla malattia o che, perlomeno, influisse negativamente sullo stato di salute (Solano, 2013). Anche in questo caso, la ricerca ha prodotto risultati contraddittori e questi hanno rischiato di screditare il legame tra emozioni e salute. Come abbiamo potuto osservare, il fatto che si intraprendano ricerche e studi senza adeguati modelli teorici di riferimento, rischia di produrre molta confusione; d'altra parte, l'unico modo per giungere alla formazione di questi modelli è ragionare sui risultati degli studi preliminari. Occorre allora prestare attenzione a non liquidare la contraddittorietà di alcuni esiti come falsità della relazione o del costrutto di cui si è alla ricerca. Infatti, una risposta alternativa potrebbe essere rappresentata dal fatto che si sta semplicemente ignorando una variabile terza.

Il secondo passo, decisamente più accurato ancorché lacunoso, è stato quello di considerare l'effettiva espressione dell'emozione come un processo salutare (volto alla conservazione di un'omeostasi interna). Questo è del tutto in linea con quanto affermato dalla psicoanalisi delle origini che riconosce "un'importante differenza tra la parola "pensata" e quella pronunciata, detta, proprio perché quest'ultima implica anche la

disinibizione dei movimenti dell'apparato fonatorio" (Semi, 2011). Più che la categoria delle emozioni provate è allora la possibilità di esprimerle ad essere determinante. Questo livello di comprensione della relazione tra emozioni e salute ha trovato un maggior riscontro sperimentale: una difficoltà nell'espressione emotiva è collegata a patologie oncologiche, cardiache, oltre che alla funzione immunitaria (Solano, 2013). Tuttavia, per diverso tempo, molteplici dati hanno osteggiato questa concezione. Sono da chiarire due elementi: in primo luogo le persone con una difficoltà nell'espressione emotiva provano ugualmente l'affetto a base corporea (che comprende tutte le modificazioni neurofisiologiche del caso)⁹; la loro difficoltà sopraggiunge nel divenire consapevoli di riconoscere, distinguere e descrivere ciò che sta succedendo dentro di loro. Questa difficoltà prende il nome di *alessitimia* ed è spesso associata a "uno stile cognitivo concreto" e ad una "povertà dei processi immaginativi" (Baldoni, 2010). In secondo luogo, non è difficile immaginare che nemmeno scoppi d'ira continui e ininterrotti pianti debilitanti siano favorevoli allo stato di salute di un individuo. Dunque, il terzo passo nella comprensione della relazione tra emozioni e salute è stato intuire che il problema non è la bassa o assente espressione delle proprie emozioni, ma un'espressione inadeguata, che può collocarsi anche sul versante opposto (Solano, 2013). Ecco che il concetto di regolazione affettiva acquista assoluta centralità, perché contempla che la disregolazione possa avvenire in entrambe le direzioni di *iperarousal* ed *ipoarousal* (Hill, 2017). Anche in questo caso un ruolo importante nella mediazione della relazione tra disregolazione e predisposizione a un peggioramento dello stato di salute parrebbe essere giocato dal sistema immunitario (Shea et al., 1993), anche se, come vedremo, la questione è probabilmente più complessa. L'*Alessitimia* si configura dunque come un'importante dimensione da indagare nei pazienti. È importante intenderla come una caratteristica che può essere più o meno intensa e non come una categoria entro la quale le persone rientrano oppure no. Anche i principali test volti alla misurazione dell'*alessitimia* si basano sull'assunto (e sulla rilevazione) che essa abbia una distribuzione normale nella popolazione (Solano, 2013).

⁹ Per una discussione più approfondita rispetto alle componenti neurofisiologiche delle emozioni si veda il punto 2.5 "Le neuroscienze affettive"

Ad oggi, a conferma di quanto detto fino ad ora, moltissimi dati supportano l'evidenza che la presenza di alti livelli di alessitimia sia "uno dei principali fattori di rischio verso lo sviluppo di malattie" (Baldoni, 2010). Vedremo come questo costruito intrecci fitte relazioni con la teoria della regolazione affettiva, la teoria del codice multiplo e in generale con molti dei framework teorici che avremo modo di citare.

2.2.5 Una prospettiva corporea sull'unità psicofisica

In questo ultimo sottoparagrafo dedicato alla psicosomatica, vedremo possibili modelli di malattia che tengono conto delle evidenze presentate. Analizzeremo poi l'organismo come sistema composto di sottosistemi tra loro interconnessi, cercheremo di "dare corpo" (letteralmente) a queste connessioni tra eventi esterni e interni e salute. Infine, opereremo alcune considerazioni conclusive circa il merito della psicosomatica all'interno del progetto per una psicoterapia multiplanare.

Abbiamo già anticipato che, nell'ambito delle malattie infettive, la presenza di un agente patogeno nell'ambiente di una persona sia un elemento necessario ma non sufficiente. È ovvio che rimane da rispondere al cruciale interrogativo che nasce da tale evidenza. Oltre all'insorgenza della malattia una significativa variabilità riguarda anche il suo decorso. "Il motivo di queste differenze non è ben noto, ma da tempo si è ipotizzato che fattori di tipo psicosociale possano influire sulla resistenza individuale all'agente infettivo" (Solano, 2013), oltre alle caratteristiche del singolo quadro clinico considerato in senso medico. Questi fattori psicosociali generano risposte emotive, le quali possono generare distress. Quest'ultimo, come già individuato da Seyle ha precisi correlati fisiologici (Baldoni, 2010). Alla luce di questi elementi Cohen e Williamson (1991) hanno ipotizzato un modello di malattia che tenga conto del contesto sociale e psicologico dell'individuo. I fattori psicosociali sono dunque in grado di alterare la fisiologia dell'organismo (per mezzo della valutazione emotiva degli stimoli e della risposta di stress che può derivarne). Intervengono dunque meccanismi neuroendocrini che possono contribuire a produrre variazioni immunitarie. Queste ultime possono essere causate anche direttamente dalla reazione del SNC allo stress. L'esposizione all'agente patogeno in tale situazione aumenta le sue probabilità di fare breccia nell'organismo. Non solo, l'effetto dei fattori psicosociali può riflettersi in reazioni comportamentali che

aumentano la probabilità di incontrare l'agente patogeno o influiscono sulla funzionalità immunitaria (Cohen & Williamson, 1991). Queste reazioni concatenate tra di loro possono fornire una valida chiave di lettura per spiegare la variabilità su cui ci si interrogava sopra, sia per quel che concerne l'insorgenza che per quel che riguarda il decorso.

Per comprendere queste interconnessioni occorre rivolgersi a una concezione sistemica di organismo: esso è un sistema composto da sottosistemi. Molte delle reazioni di cui sopra sono spiegabili facendo riferimento al "network neuroendocrinoimmunitario" (Bottaccioli, 2011). La suddetta reazione di stress è solitamente positiva, perché consiste in una risposta di adattamento dell'organismo al contesto; tuttavia, quando si protrae causa numerosi danni alla salute, comprese alterazioni morfologiche e funzionali di alcune aree cerebrali (McEwen, 2001). Gli effetti dello stress sul sistema nervoso si riflettono sugli altri due sistemi regolatori (immunitario ed endocrino) tramite vari meccanismi (es. asse ipotalamo-ipofisi-surrene) (Solano, 2013) rispetto cui la trattazione estesa supera gli intenti di questo scritto ma la cui presenza è fondamentale per comprendere le implicazioni che i fattori psicosociali possono avere sulla salute dell'individuo. Rispetto alle interconnessioni che legano questi sistemi ritorneremo più volte nel corso dello scritto.

Si noti che i fattori psicosociali possono essere considerati biologici: è sufficiente cambiare la prospettiva di studio. Possiamo pensare anche al fenomeno inverso, nel momento in cui lo psicofarmaco produce i suoi effetti grazie al suo valore simbolico: in quel caso un fattore biologico può essere considerato psicologico. Ma in entrambi gli esempi è clinicamente più utile considerare i due aspetti. Un'ulteriore evidenza a riprova di questo costrutto consiste nel constatare che rendere più salienti aspetti egosintonici può produrre miglioramenti nella funzionalità del sistema immunitario, così come l'esposizione a descrizioni enfaticanti elementi egodistonici può causare un peggioramento degli stessi indici, in particolare, i livelli di cortisolo e citotossicità delle cellule NK (Strauman et al., 1993).

2.3 Teoria della regolazione affettiva

2.3.1 Affetto e regolazione

Secondo la teoria della regolazione affettiva, “l’affetto primario è fondamentalmente la rappresentazione non verbale dello stato del corpo”. Esso è caratterizzato da due dimensioni: tono edonico, positivo o negativo, e intensità, che si colloca lungo un continuum che va dall’ipoarousal all’iperarousal. (Hill, 2017). Fin da subito emerge una concezione che si sforza di superare ogni tipo di dualismo. L’affetto primario in tale teoria è l’organizzatore principale degli stati del Sé (Schoore, 2008), e dunque anche del grado di accesso agli strumenti e agli elementi di area cognitiva del soggetto. Ne consegue che parte psicologica e biologica dell’individuo siano inscindibili. All’interno della lettura più ampia proposta nel presente lavoro, diremo più precisamente che più che trattarsi di inscindibilità, è più corretto riferirsi alla necessità di prendere in considerazione le diverse angolazioni da cui poter osservare l’organismo e ciò che gli succede.

Altrettanto importante nel framework teorico della regolazione affettiva è che l’affetto primario è profondamente legato all’attività di supervisione degli organi interni che avviene per conto del sistema limbico. Questa parte del SNC acquisisce grande rilevanza, dal momento che essa avrebbe il compito di monitorare lo stato corporeo e da ciò trarre gli elementi per poter giungere a un’elaborazione affettiva che infine possa tener conto anche del lato cognitivo. Più specificamente, componenti sottocorticali intercetterebbero lo stato degli organi; questi dati sarebbero poi sottoposti a un’integrazione limbica (in cui la corteccia orbitofrontale, l’insula e la corteccia del cingolo anteriore avrebbero un ruolo fondamentale, soprattutto quando subentra consapevolezza soggettiva dello stato emozionale/corporeo). In seguito, il tutto verrebbe elaborato anche dalla parte corticale del cervello (Hill, 2017). Questo percorso sarebbe cruciale nella strutturazione dello stato del Sé (di cui discuteremo nel dettaglio nel punto successivo).

L’affetto può essere regolato o disregolato. Nel primo caso la persona conserva una certa flessibilità nel contattare i vari stati del Sé che lo abitano (Bromberg, 2007). Attenzione, percezione, rappresentazione, memoria e capacità di mentalizzazione funzionano in maniera adattiva rispetto al contesto (Hill, 2017). In alternativa l’arousal psicofisiologico,

sia esso gradevole o sgradevole, finisce per superare i limiti entro cui la suddetta flessibilità può essere esercitata (Siegel, 2021). Questi confini entro cui l'arousal può fluttuare senza causare disregolazioni costituiscono la "finestra di tolleranza", quando i pazienti si trovano all'interno di questo spazio ideale, il loro funzionamento psicologico e neurobiologico permette di elaborare gli stimoli integrando le informazioni che provengono dal mondo esterno con quelle che provengono dal loro organismo (Ogden et al., 2023). L'ampiezza della finestra di tolleranza è determinata da fattori sia genetici (Siegel, 2021) che esperienziali e ambientali (Schore, 2010).

Al fine di poter ragionare in seguito dei collegamenti che tale teoria ha con l'ambito delle neuroscienze affettive, è bene presentare anche la distinzione operata da Hill (2017), sempre collocabile all'interno del panorama della teoria della regolazione affettiva, tra affetti primari e categoriali (o discreti). In estrema sintesi, i primi sono le rappresentazioni non verbali dello stato corporeo e dunque dipendono e (in una logica di bidirezionalità che include processi top-down e bottom-up) contribuiscono al cambiamento dello stato di attivazione fisiologica di tutto l'organismo, principalmente attraverso il sistema nervoso autonomo simpatico e parasimpatico. Gli affetti categoriali sono traduzioni cognitive di particolari stati affettivi primari (che tengono conto del contesto e del momento in cui si verificano le variazioni nel livello e nel tipo di affetto). "Per esempio, se mi trovo in uno stato negativo di ipo-attivazione e ho perduto una persona per me importante, automaticamente mi organizzo in uno stato di tristezza. Un affetto primario nel contesto di perdita è trasformato in un affetto categoriale secondario, maggiormente differenziato. Un'esperienza somatica diventa un'esperienza cognitivo-affettiva" (Hill, 2017).

Vale la pena di sottolineare, a costo di essere ridondanti, che i punti di osservazione biologico e psicologico in tale modello intrecciano una relazione strettissima. Il cambiamento provocato da un insieme di fattori interni ed esterni può e deve essere costantemente letto da entrambe le prospettive. Il che è totalmente coerente con quanto affermato a proposito della psicosomatica contemporanea e della precedentemente discussa concezione di bidirezionalità (punto 2.2.2).

2.3.2 Stati del Sé

“L’idea di un Sé unitario e continuo è in realtà un’illusione che la nostra mente cerca di creare” (Siegel, 2021). Riflessioni simili provengono anche da ambienti psicoanalitici: “l’esigenza di unità rappresentabile dell’individuo nel pensiero cosciente si scontra con il fenomeno dell’associazione mentale, che sembra portare, viceversa, verso una sorta di molecolarismo senza struttura” (Semi, 2011). Una mediazione tra i concetti di totale unità e di totale frammentazione può essere rappresentata dal costrutto di “stati del Sé”. All’interno della cornice della teoria della regolazione affettiva “Ogni stato del Sé può essere pensato come un vero e proprio sistema di personalità: un assemblaggio di processi affettivi e cognitivi uniti per formare una versione di noi stessi” (Hill, 2017). Questi stati del Sé vengono attivati da esigenze contestuali: pirandellianamente emergono in base al luogo e alla compagnia che circonda il soggetto in quello specifico momento. Questi cambiamenti sono la manifestazione di ciò che alcuni autori chiamano dissociazione “normale” intendendo con tale termine indicare un processo non patologico. In una tale situazione “sana” si acquisisce la “capacità di restare negli spazi tra realtà diverse senza perderne alcuna – la capacità di sentirsi come un Sé unico in molti” (Bromberg, 2007).

Quando l’affetto è regolato, lo stato del Sé è integrato, il che significa che l’arousal è all’interno della finestra di tolleranza e di conseguenza le componenti cognitive (attenzione, percezione, memoria, rappresentazione e mentalizzazione) possono funzionare in maniera flessibile e adattiva. Pur agendo in senso relazionale nella maniera più adeguata al contesto in cui mi trovo, non perderò, ad esempio, la capacità di ricordare momenti in cui mi trovavo in uno stato del Sé differente (anche se magari sentirò questi momenti come più distanti dalle sensazioni che provo ora). Quando l’affetto è disregolato, lo stato del Sé è dissociato, disintegrato. Lo stato di attivazione psicofisiologica è al di fuori dei confini della finestra di tolleranza (iper o ipoarousal) e le funzioni cognitive sopracitate assumono una modalità di funzionamento rigida. Gli altri stati del Sé non sono contattabili, sono percepiti come estranei, distanti (Hill, 2017). È importante ricordare che la disregolazione dell’affetto è esperienza frequente, l’abilità di auto ed etero-regolazione riguardano proprio la capacità di riportare l’arousal entro la

finestra di tolleranza. Dunque, disregolazione e stati del Sé dissociati non rimandano direttamente a categorie patologiche, tali concetti vanno intesi in senso dimensionale.

2.3.3 Attaccamento e relazioni

Separare la teoria della regolazione affettiva da quella dell'attaccamento è probabilmente una forzatura arbitraria. All'interno del presente scritto si è scelto di dare maggiore enfasi alla componente relazionale implicita nella teoria sviluppata a partire dalle osservazioni di John Bowlby, mentre viene sottolineata maggiormente la componente psicobiologica nella trattazione della teoria della regolazione affettiva. Questa separazione arbitraria sarà comunque poi ripresa e meglio contestualizzata alla fine del successivo capitolo.

Abbiamo dunque affermato che l'esperienza di disregolazione affettiva riguarda tutti, anche se in misura e in frequenza diversa. Diviene dunque fondamentale non solo la capacità di rimanere all'interno della finestra di tolleranza, ma anche di rientrarci il più velocemente possibile quando si verifica un'esperienza di disregolazione. Infatti, in questi momenti si possono compiere azioni che mai si compirebbero se solo si riuscissero a contattare altre parti di Sé, come ad esempio condotte violente in stati di iperarousal o atti guidati da sentimenti soverchianti di disperazione in stati di ipoarousal (Schoore, 2022). Acquisisce perciò grande rilevanza il seguente interrogativo: come si acquisiscono le capacità di regolazione? La teoria della regolazione affettiva, basandosi sul più che assodato concetto di neuroplasticità (e all'altrettanto accettato dato che questa sia maggiore in età evolutiva), identifica la creazione del legame di attaccamento come un evento cruciale per la futura acquisizione di capacità di regolazione affettiva (Schoore, 2008). Concretamente queste capacità verrebbero acquisite nel corso delle ripetute transizioni affettive che avvengono durante i primi anni di vita, che produrrebbero vere e proprie modifiche nelle traiettorie dello sviluppo neurobiologico dell'infante (Schoore, 2010). Questi dati sono in linea con quanto riportato dagli studi che si occupano di un fenomeno chiamato "sincronizzazione biocomportamentale" (Porcelli, 2022). Essi mostrano ad esempio che il battito cardiaco dell'infante e quella della madre tendono a sincronizzarsi; inoltre, si verificano in entrambi modificazioni immunitarie e si coordinano i ritmi alfa e gamma EEG (Feldman, 2017).

Ovviamente queste acquisizioni non hanno un valore rigidamente deterministico: infatti, l'assunto fondamentale secondo cui la neuroplasticità e finanche la neurogenesi è un processo che dura per tutto l'arco di vita (Bottaccioli, 2011) è la base dei modelli clinici proposti dagli autori collocabili entro il panorama teorico della regolazione affettiva. Tuttavia, come già sottolineato, il grado e la misura di questa plasticità è molto minore e dunque anche il numero e la qualità di esperienze correttive richiederà una maggior attenzione clinica e (plausibilmente) un maggior periodo di tempo.

Inoltre, gli ambiti della suddetta sincronizzazione biocomportamentale non si limitano alla relazione madre-bambino, ma coinvolgono anche le relazioni amorose e in maniera più blanda anche quelle amicali e persino quelle tra sconosciuti (Feldman, 2017), ma avremo modo di comprendere le ragioni di questo nel capitolo successivo (in particolare nel paragrafo dedicato alla teoria dell'attaccamento).

In base alla tipologia di attaccamento il bambino acquisisce differenti strategie sia sul versante dell'etero-regolazione che, in seguito, su quello dell'autoregolazione (Schoore, 2022)

Se consideriamo che la teoria della regolazione affettiva attribuisce le capacità di regolazione alla qualità delle relazioni di attaccamento, ecco che si costruisce un legame interessante tra i dati emersi dal progetto ACE e gli studi che certificano la relazione tra emozioni e salute.

2.3.4 Cervello destro e cervello sinistro

La questione della specializzazione emisferica cerebrale è un tema che per molti anni è stato attraversato da diverse controversie inerenti più sulla sua dimensione che non sulla sua esistenza. La teoria della regolazione affettiva, basandosi sui dati più recenti (che avremo modo di passare in rassegna almeno parzialmente nel capitolo quarto inerente alla psicotraumatologia), suggerisce che tale specializzazione esista e abbia un'entità talmente significativa da poter parlare dei due emisferi utilizzando i termini "cervello destro" e "cervello sinistro" (Hill, 2017).

Rimane da sottolineare che, malgrado quanto riporteremo nel presente paragrafo, le divisioni rigidamente settoriali che cercano di ricondurre un'area cerebrale a una funzione specifica sono sempre in qualche modo delle semplificazioni (Porcelli, 2022).

Tuttavia, ricordando ciò, queste “semplificazioni”, che si fondano comunque su dati scientifici, possono fornire importanti spunti di riflessione ed euristiche nuove e clinicamente utili.

Il cervello destro si occupa dei processi impliciti: “veloci, inconsci, non verbali e automatici” (Hill, 2017). Questi precedono temporalmente i processi espliciti che sono invece mediati dal cervello sinistro. Questa specializzazione ha diverse conseguenze: innanzitutto si può intuitivamente dedurre che nei contesti prettamente psicoterapici diventi fondamentale “l’interazione emisfero destro-emisfero destro” (Schoore, 2022). Non solo perché i processi mediati dal cervello destro sono più rapidi e quindi precedono cronologicamente quelli a carico dell’emisfero controlaterale, ma anche perché “il cervello destro processa innanzitutto l’informazione affettiva. Prima di aver pensato e sentito qualcosa in maniera cosciente, in realtà abbiamo già pensato, sentito questo qualcosa e ce ne siamo già fatti un’opinione implicita. Il compito di razionalizzarlo e di attribuirgli un’interpretazione positiva o di ripensare la prima reazione è lasciato all’attività mentale esplicita del cervello sinistro” (Hill, 2017).

A riprova di ciò è interessante sottolineare che dati empirici sostengono che a fronte di un’indecisione conscia, spesso le associazioni implicite hanno un forte potere predittivo su quale diverrà la decisione conscia definitiva (Gabbard, 2018). Un interessante studio ha dimostrato questo meccanismo anche in ambito politico: gli elettori che si dichiaravano indecisi mostravano una preferenza per mezzo di associazioni implicite. Solo diversi giorni più tardi tali elettori erano in grado di manifestare a livello esplicito la loro preferenza adducendo anche motivazioni razionali (Galdi et al., 2008), che potremmo chiamare razionalizzazioni da un punto di vista psicodinamico, il quale “suggerisce che noi siamo, per la maggior parte, consciamente confusi e inconsciamente controllati” (Gabbard, 2018). Anche la corteccia orbitofrontale e l’insula sembrano giocare un ruolo particolarmente importante in questi fenomeni dove l’indecisione conscia si affianca alla decisione inconscia.

Il cervello sinistro si occupa invece del “processamento secondario, cosciente, verbale” (Hill, 2017). Ciò che è clinicamente cruciale è che le situazioni fortemente stressogene, quelle che causano disregolazione affettiva e fanno sì che l’arousal psicofisiologico esca

dalla finestra di tolleranza, producono una disattivazione delle funzioni svolte dall'emisfero cerebrale sinistro. Non stupisce dunque che "l'esperienza dissociata tende a rimanere non simbolizzata dal pensiero e dal linguaggio, come una realtà separata che esiste al di fuori dell'espressione di sé [...] insensibile alla piena partecipazione alla vita del resto della personalità" (Bromberg, 2007).

Riassumendo, la teoria della regolazione affettiva prevede che le informazioni affettive, relative al mondo interno ed esterno, a differenza delle altre tipologie di dati con cui entriamo in contatto, giungano al tronco encefalico e vengano poi elaborate dal sistema limbico che integra componenti emotive e motivazionali. L'emisfero destro giungerebbe ad elaborare immagini e infine quello sinistro produrrebbe ragionamenti lineari, logici e verbali (Hill, 2017). È chiaro che lo stesso percorso può essere pensato in senso inverso, laddove parole possono produrre immagini che possono, a loro volta, dare origine a emozioni, motivazioni e sensazioni viscerali.

2.3.5 Non solo SNC

Proprio queste ultime considerazioni ci permettono di giungere ad alcune riflessioni conclusive sulla teoria della regolazione affettiva (di cui si è tentata una sintesi nei punti precedenti). Tale teoria rifiuta una prospettiva dualista, tendendo di istituire una totale bidirezionalità tra quanto avviene nel campo tradizionalmente considerato psichico e l'ambito tipicamente visto come biomedico. Se una parola può produrre una modificazione viscerale e viceversa, non ha senso intendere la parola come prodotto psichico e la variazione corporea come elemento medico.

Il tramite particolarmente enfatizzato nella teoria della regolazione affettiva è il sistema nervoso autonomo, sia quello simpatico che quello parasimpatico. Il Sistema Nervoso Centrale, attraverso il circuito tegmentale laterale (via ascendente noradrenergica, con fibre che proiettano sia alla corteccia cerebrale che ad aree limbiche come amigdala, ippocampo, talamo e ipotalamo) ed il circuito tegmentale ventrale (sistema dopaminergico mesolimbico che innerva diverse aree del sistema limbico, fra cui il nucleo accumbens dello striato e l'ipotalamo e costituisce il circuito della ricompensa) modulerebbe l'attività dell'asse HPA che a sua volta produrrebbe modificazioni nell'attività del SNA simpatico e parasimpatico. Siccome queste due componenti non

possono attivarsi contemporaneamente, la situazione ideale prevede un SNA bilanciato che prevede l'attivazione alternata e contestualmente funzionale della componente simpatica e della sua controparte parasimpatica (Hill, 2017). Abbiamo però avuto modo di constatare che le varie modificazioni che avvengono all'interno dell'organismo sono probabilmente mediate anche dal sistema immunitario e da quello endocrino. Questi non sarebbero solo regolati dal sistema nervoso, ma contribuirebbero a regolarne il funzionamento (Bottaccioli, 2011). Il tutto troverebbe un supporto indiretto dagli studi inerenti alla sincronizzazione biocomportamentale (Feldman, 2017).

2.4 Teoria del codice multiplo

2.4.1 Una dialettica intersistemica

La teoria del codice multiplo sviluppata da Wilma Bucci ha numerosi punti di contatto sia con la concezione di psicosomatica contemporanea, sia con la teoria della regolazione affettiva. Come già suggerito dal concetto di "stato del Sé" visto precedentemente, inoltre, tale teoria si occupa di proporre una dialettica differente da quella dei modelli dualisti tra mente e corpo. È forse opportuno chiarire meglio questa idea. Nel punto 1.1.3 si è discusso della necessità di una nuova dialettica da applicare ai fenomeni di interesse clinico (e non solo). Bisogna smettere di domandarsi in che modo mente e corpo intrecciano delle connessioni, ma bisogna identificare una processualità che coinvolga delle "parti" o dei "sistemi", ciascuno dei quali possa essere poi osservato da una prospettiva sia corporea che mentale.

I citati "stati del Sé" rappresentano un tentativo in linea con questa visione. Infatti, il clinico accorto che applicherà questo modello alla sua attività osservativa, potrà interrogarsi sul rapporto tra i vari stati del Sé del paziente, consapevole del fatto che ognuno di questi stati del Sé potrà essere analizzato da entrambi i punti di vista. Nella casistica dissociativa patologica per eccellenza (il disturbo dissociativo di identità), gli alter non manifestano variazioni unicamente nelle convinzioni o nelle conoscenze, ma sono diversi tra loro anche per ciò che riguarda la prosodia, la postura, le modalità relazionali (Liotti & Farina, 2011).

La teoria del codice multiplo procede nella stessa direzione, anche se tramite un'altra strada. La proposta della Bucci, infatti, consiste nel suddividere le modalità di

elaborazione mentale, identificando dei sistemi che se ne farebbero carico in maniera interconnessa, ma relativamente indipendente (Bucci, 2022). Tali sistemi sarebbero il sistema simbolico verbale, il sistema simbolico non verbale e il sistema subsimbolico. È importante chiarire fin da subito che questi sistemi non si sovrappongono concettualmente alle categorie di conscio e inconscio: sarebbe pertanto improprio ritenere che i contenuti a carico del sistema simbolico verbale siano entro la consapevolezza del soggetto e quelli inerenti al sistema subsimbolico ne siano al di fuori. Le categorie psicoanalitiche di conscio e inconscio (intese come aggettivi e non come strutture) possono essere applicate trasversalmente ai tre sistemi.

Il sistema subsimbolico comprende le funzioni riguardanti a “funzionamento corporeo, memoria procedurale, memoria implicita, livelli fisiologici dell’emozione” (Solano, 2013). Un punto particolarmente originale di questa teoria consiste nell’attribuire la dignità di “pensiero complesso e sistematico” al sistema subsimbolico (Bucci, 2022). Vedremo le implicazioni di ciò nel capitolo sesto quanto tratteremo di tecniche e modelli terapeutici che includono attivamente la prospettiva corporea all’interno del trattamento.

Il sistema subsimbolico non utilizza categorie discrete, ma opera su “dimensioni continue”, il che lo differenzia da entrambi i sistemi simbolici (Bucci, 2016). Infatti, il sistema simbolico non verbale utilizza le immagini, mentre quello verbale utilizza ovviamente le parole (Solano, 2013). Nelle comunicazioni che avvengono in ambito psicoterapico (ma lo stesso ragionamento può essere esteso a ogni scambio comunicativo interpersonale), a entrare in contatto sono i sistemi simbolici verbali dei due individui protagonisti dell’interazione. Essi intrecciano uno scambio verbale. Malgrado la connessione non sia diretta, le parole del soggetto A possono produrre non solo un pensiero simbolico verbale nel soggetto B, ma possono anche innescare immagini o ricordi (sistema simbolico non verbale). Inevitabile che questi, a loro volta, possano produrre sensazioni viscerali a carico del sistema subsimbolico. Ma ad essere direttamente in contatto per tutto il corso dell’interazione sono anche i due sistemi subsimbolici tramite gli svariati aspetti della comunicazione non verbale (Bucci, 2022). Infine, ognuno di questi sistemi può essere considerato sia da un punto di vista mentale che da un punto di vista corporeo: anche la funzione apparentemente più “psicologica”

ha corrispettivi anatomici e anche il sistema subsimbolico, che potrebbe apparire più “biologico” ha precise risposnde psichiche.

È lampante che questa concettualizzazione, sebbene si avvalga di un lessico differente, mostra numerose similitudini con la teoria del codice multiplo. Tali somiglianze saranno ancora più evidenti nel punto successivo.

2.4.2 Attività referenziale

Identificati i tre sistemi di elaborazione, Bucci (2016) riconosce che “per spiegare il funzionamento del sistema umano di elaborazione dell’informazione c’è bisogno di connessioni tra tutti i sistemi rappresentazionali”. I processi che danno vita a questi collegamenti prendono il nome di attività referenziale. Queste connessioni non si producono genericamente tra tutti i sistemi della teoria del codice multiplo: il verbale simbolico può comunicare con il verbale non simbolico che può invece intrecciare connessioni con il subsimbolico (Solano, 2013). In linea generale, la cronologia degli eventi prevede che il soggetto faccia esperienza di modalità di elaborazione subsimboliche che, in seguito, traduce in componenti simboliche, prima non verbali e poi verbali (ciclo referenziale).

Tuttavia, quando l’individuo sperimenta un’emozione soverchiante, questi sistemi vengono disconnessi e l’attività referenziale non ha luogo o si verifica in modo parziale. “I contenuti subsimbolici dolorosi continuano ad essere attivi anche se l’oggetto simbolico viene evitato, benché non vengano riconosciuti” (Bucci, 2016). Viene da chiedersi, tuttavia, se l’oggetto simbolico venga davvero evitato oppure sia più corretto dire che esso non possa essere costruito. La teoria in oggetto opera una distinzione tra “dissociazione primaria” e “dissociazione secondaria” proprio in base alla differenza tra i casi in cui questa formazione simbolica si verifica e quelli in cui questo processo è impossibile alla persona (Solano, 2013). Su questa importante tematica torneremo nel capitolo quarto. Vorrei invece terminare questo paragrafo operando alcune considerazioni sul rapporto tra la teoria del codice multiplo, la teoria della regolazione affettiva e la concezione di psicosomatica contemporanea.

Pare che le tre prospettive considerate vadano nella medesima direzione: v’è una componente fisica (sistema subsimbolico per Bucci, arousal fisiologico per Schore e Hill)

che deve essere poi elaborata in senso emotivo e cognitivo. L'affetto primario, essendo una rappresentazione non verbale dello stato corporeo rappresenta già un passo in tale direzione, passo che potremo assimilare all'intervento del sistema simbolico non verbale. Anche l'elaborazione a carico del sistema limbico indicata dalla teoria della regolazione affettiva può essere a grandi linee inserita in questa fase. L'ultimo stadio di elaborazione consiste nella traduzione verbale. Questa avviene ad opera del sistema simbolico verbale nella teoria del codice multiplo e per merito dell'intervento di funzioni a dominanza emisferica sinistra nella teoria della regolazione affettiva. Ora, a dire il vero, anche Bucci identifica delle precise aree anatomiche responsabili dei processi che avvengono a carico di ciascun sistema e anche se non coinvolge così insistentemente il tema della specializzazione emisferica, attribuisce grande importanza a strutture limbiche e neocorticali.

Non si vuole sostenere che le due teorie siano uguali: una trattazione più estesa di quella che è possibile in questa sede, mostrerebbe differenze e peculiarità non emerse nelle righe precedenti. Tuttavia, non si può nemmeno pretendere che questi punti di contatto siano forzature. È più che evidente che la cognizione (verbale) sia riconosciuta come l'ultimo elemento interveniente, come l'attivazione somatica sia lo starting point del processo nelle teorie prese in considerazione. Non solo: entrambe concordano nel riconoscere che la condizione di salute dipenda da una sorta di fluidità in questi percorsi elaborativi. Ostacoli di diverso tipo, producono delle interferenze che generano dissociazioni tra parti che dovrebbero essere connesse.

La concezione di psicosomatica contemporanea si allinea a entrambi questi modelli nel momento in cui riconosce il legame tra emozioni e stato di salute e afferma che questo rapporto è mediato da una modalità adeguata (regolata) di espressione emotiva. Inoltre, la psicosomatica "si distacca da una visione della patologia somatica [...] come dovuta all'influsso di processi mentali, coscienti o meno, sul corpo, per spostare l'attenzione sulla relazione tra l'organismo e il mondo esterno, e sulla possibilità che il corpo (il sistema non simbolico) reagisca a delle difficoltà quando la mente (il sistema simbolico) non è sufficientemente in grado di farlo" (Solano, 2013). Ovviamente quest'ultimo periodo necessita di una correzione per divenire coerente rispetto alla proposta teorica

del presente scritto. Il corpo non coincide con il sistema subsimbolico e men che meno la mente coincide con quello simbolico. Dunque, potremmo dire che, a fronte di difficoltà esterne o interne, l'individuo può incorrere in una disregolazione del suo stato psicofisiologico. Ciò fa sì che la difficoltà non possa essere elaborata in modo completo e le influenze di modulazione che potrebbero avvenire ad opera delle strutture neocorticali (principalmente dell'emisfero sinistro) non sono nella condizione di verificarsi. Questo comporta il protrarsi della disregolazione (talvolta anche inconscia). Il prolungarsi di questo processo produce degli effetti di natura sistemica sull'organismo, influenzando il funzionamento del network neuroendocrinoimmunitario: ciò produce le più varie conseguenze sull'organismo sia innescando, nei casi più gravi, processi patogeni e aumentando i fattori di rischio rispetto ad agenti esterni solo potenzialmente tali.

2.5 Le neuroscienze affettive di Panksepp

I contributi provenienti dagli studi di Jaak Panksepp invitano ad ulteriori riflessioni sul concetto di affetto, di emozione e sul loro percorso di elaborazione. Tutta la riflessione di questo autore va inquadrata entro una cornice evuzionista. Infatti, molte delle conclusioni a cui giunge si basano su analogie morfologiche e funzionali tra sistema nervoso umano e animale, specie di mammiferi inferiori e uccelli (Panksepp & Biven, 2014). La questione particolarmente rilevante ai fini dei ragionamenti portati avanti nei paragrafi precedenti riguarda il tema di affetto categoriale. Abbiamo già visto che la teoria della regolazione affettiva considera gli affetti discreti come prodotti di una contestualizzazione cognitiva dell'affetto primario. Quest'ultimo, tramite la sua intensità e il suo tono edonico dà le informazioni su cui costruire la suddetta contestualizzazione (Hill, 2017).

La proposta proveniente da Panksepp appare differente: "l'arousal generale di per sé non produce alcuna emozione" (Panksepp & Biven, 2014). Esisterebbero specifici circuiti sottocorticali per le diverse emozioni. E così anche le neuroscienze affettive (nella declinazione proposta da questo autore) operano una distinzione tra processo affettivo primario, secondario e terziario.

Il processo primario riguarderebbe "le risposte emotivo-istintive" e genererebbe una qualche forma grezza di consapevolezza. Il processo secondario riguarda i collegamenti

che questi affetti primari finiscono per intrecciare con memoria e apprendimento. Infine, il processo terziario consisterebbe nella rilettura cognitiva di tutto il processo (Panksepp & Biven, 2014).

Anche questa teoria, come le altre prese in considerazione all'interno del capitolo, suggerisce che la direzione possa essere sia in senso bottom-up, laddove i sistemi motivazionali hanno un effetto sull'apprendimento e questo diviene la base dell'attività cognitiva; sia in senso top-down, dove i processi terziari e secondari possono influenzare i primari "inibendo o modulando le risposte apprese" (Porcelli, 2022).

Le emozioni, lungi dall'essere un prodotto della rilettura cognitiva dello stato somatico, sono già determinate (ovviamente in maniera meno compiuta e raffinata) dall'attivazione somatica che produce una consapevolezza emotiva "grezza" (Panksepp & Biven, 2014). Se una persona si sente pervadere dalla rabbia non è perché ha contestualizzato l'affetto primario disregolato verso l'iperarousal che genera una sensazione spiacevole, ma perché l'attivazione del sistema sottocorticale della collera genera già una proto-esperienza di rabbia. Diremmo, all'interno della teoria del codice multiplo, che l'attivazione del sistema subsimbolico già suggerisce una direzione per il futuro processamento dell'informazione a carico dei sistemi simbolici.

Si vuole proporre all'interno del presente lavoro che la concezione "dimensionale" proposta dalla teoria della regolazione affettiva e quella categoriale proposta da Panksepp possano essere conciliate tramite un compromesso concettuale.

Siccome le prove dell'esistenza di circuiti sottocorticali sistema-specifici sono piuttosto convincenti (si rimanda al più volte citato testo fondamentale "Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane"), è bene sovrapporre una concezione dimensionale a quella categoriale. Ossia l'affetto primario sarà elicitato dall'attivazione di uno dei sistemi, ma questo affetto sarà caratterizzato in senso dimensionale: ossia produrrà un arousal che potrà essere di intensità variabile e potrà essere contraddistinto da un tono edonico più o meno positivo. Anche per quel che riguarda il processo di rilettura, esso può essere concepito come la distinzione fine ad opera di strutture neocorticali tra varie possibili interpretazioni dell'attivazione del sistema collera. Per esempio, distinguerò l'ira dall'irritazione (producendo così una distinzione categoriale

(etichetta verbale) su base dimensionale (stato di attivazione psicofisiologica), che a sua volta poggiava su una base categoriale (attivazione di un determinato sistema subcorticale).

Infine, vale la pena di ricordare come anche le neuroscienze affettive sfidino la concezione dualista cercando di integrare nella loro ricerca anatomia, comportamento e stati soggettivi (Panksepp & Biven, 2014), questa alternanza prospettica costituisce una chiave d'accesso allo studio di quello che gli autori chiamano CervelloMente (o MenteCervello), ciò che dall'inizio dello scritto abbiamo chiamato più banalmente organismo.

Capitolo III: L'organismo come sistema aperto

Continueremo in questo capitolo a “integrare l'integrante”. Porremo però particolare enfasi alla componente ambientale e relazionale in cui si colloca l'individuo. Non che le teorie precedentemente esposte ignorino questo punto, semplicemente, le successive si prestano maggiormente a considerazioni che enfatizzano una concezione di organismo come sistema aperto impegnato in un continuo scambio con l'esterno relazionale e non solo. Quando opportuno, proseguiremo nell'evidenziare gli aspetti che contraddicono profondamente una visione dualista.

3.1 L'approccio sistemico

L'approccio sistemico nasce sulla base della considerazione che la difficoltà riportata o manifestata dal paziente possa essere l'espressione di un problema inerente al funzionamento del sistema familiare e relazionale in cui il paziente è inserito (Rolland & Walsh, 2010). L'oggetto di indagine preferenziale non è più rappresentato dai vissuti e dalle caratteristiche dei soggetti, ma dalle comunicazioni e dalle relazioni che gli individui intrecciano tra di loro all'interno dei sistemi relazionali (Watzlawick et al., 1971; Sanavio, 2011). In relazione a quanto discusso nel capitolo precedente rispetto al tema delle varie concezioni di causalità, gli orientamenti sistemici invitano a focalizzarsi sullo studio della totalità e sulle dinamiche di causalità circolare (Baltoni, 2010). L'unica modalità per comprendere a pieno l'individuo consiste nella sua contestualizzazione ambientale e relazionale.

Se all'inizio l'attenzione di questo approccio era focalizzata unicamente sull'organizzazione attuale dei processi comunicativi, nel tempo la concezione di famiglia si è trasformata includendo la considerazione delle storie relazionali e dei loro effetti (Malagoli Togliatti & Lubrano Lavadera, 2006). Questo sistema dinamico corrispondente alla famiglia offre sia un'interessante prospettiva attraverso cui guardare il paziente (ora inserito all'interno di un funzionamento e un'organizzazione più ampi), sia utili risorse per il trattamento (Andolfi, 2013).

Paradossalmente, questa estrema attenzione per il contesto ha reso ciechi questi approcci a un'importante constatazione: se è vero che l'individuo è parte di un sistema, anch'esso può essere considerato come un sistema composto da diversi sottosistemi

(Baldoni, 2010). Il termine “sistemico” può infatti anche essere utilizzato per “contrassegnare un approccio che guarda agli organismi viventi [...] mettendone in luce le proprietà complessive a partire dalle componenti e dalle relazioni tra queste” (Lazzari, 2013). Grazie a questa presa di coscienza questi orientamenti hanno potuto intrecciare relazioni proficue con il modello biopsicosociale (Baldoni, 2010).

La prospettiva dualista si infrange contro la complessità rappresentata dallo spostamento dell’attenzione dai soggetti alle relazioni che questi intrattengono: come vedremo, questo punto sarà condiviso da tutte le teorie e i modelli che passeremo in rassegna in questo capitolo.

3.2 L’attaccamento

La teoria dell’attaccamento ha un ruolo centrale nella psicologia clinica e nella psicoterapia contemporanee. Ovviamente la trattazione delle origini e dei contenuti del modello non è il fine di questo scritto. Cercheremo piuttosto di identificare i punti chiave che possono fornire ulteriore materiale per continuare a costruire interconnessioni; per dare maggior valore e fondamento alla tesi proposta. Abbiamo già anticipato gli stretti legami tra questo costrutto e la teoria della regolazione affettiva. Quest’ultima potrebbe essere pensata come un’estensione del modello di Bowlby (Schore, 2008). Pare che le basi per l’acquisizione delle capacità di regolazione affettiva vengano gettate nello stesso periodo in cui si struttura il legame di attaccamento (ossia nel corso dei primissimi anni di vita). È dunque ragionevole ipotizzare che la qualità di questo legame possa rappresentare un fattore di rischio o di protezione importante rispetto alla dissociazione (Liotti & Farina, 2011) e per estensione anche riguardo alla disconnessione tra sistemi simbolici e subsimbolici. È importante comprendere che lo stabilirsi del legame di attaccamento è una prescrizione evolutiva che non dipende da un apprendimento mediato da conferme e rinforzi (Cassidy, 2010). Questo spiega perché il bambino, seppur attraverso modalità differenti, continui a cercare di mantenere il legame anche con caregiver che esercitano la loro funzione genitoriale in modo disfunzionale.

In queste prime interazioni il bambino matura dei “modelli operativi interni” (MOI), in cui sono racchiuse rappresentazioni di sé, dell’altro e dell’interazione sé-altro. Queste rappresentazioni determinano delle aspettative e queste ultime orientano i

comportamenti. La teoria della regolazione affettiva ha supposto che questi modelli si accompagnino anche a diversi pattern di attivazione psicofisiologica (Hill, 2017). Lo stile di attaccamento che sviluppa il bambino si manifesta nei comportamenti che massimizzano la possibilità di mantenere il legame. Al di là della distinzione tra attaccamento sicuro e insicuro, può essere utile ragionare sulla distinzione che intercorre tra stili organizzati e disorganizzati: nei primi, il bambino identifica una strategia chiara e funzionale (allo scopo, non necessariamente al suo benessere in senso lato), nei secondi, il bambino si trova dinnanzi a un dilemma insolubile: la fonte di paura che attiva il sistema di attaccamento coincide con la figura a cui lo stesso sistema prescrive di chiedere aiuto e conforto (Liotti & Farina, 2011). Sarebbero queste esperienze in particolare a limitare lo sviluppo di adeguate capacità di auto ed etero-regolazione, a impedire l'ampliarsi della finestra di tolleranza, a non permettere un'attribuzione semantica attraverso un'elaborazione a carico del sistema simbolico verbale. In altre parole, avverrebbe una dissociazione psicofisiologica che, come abbiamo visto nel capitolo precedente, può avere una serie di ricadute e diviene un notevole fattore di rischio sia per patologie di ordine psichiatrico che per malattie tradizionalmente considerate medico-internistiche. Quello che sottolineiamo ora con maggior forza è la fonte relazionale da cui scaturisce questa reazione a catena.

Nel secondo capitolo abbiamo osservato che i fenomeni di sincronizzazione biocomportamentale non avvengono solo all'interno delle relazioni di attaccamento (Feldman, 2017), ma è plausibile affermare che le prime interazioni con il caregiver forniscano le basi per la strutturazione delle future relazioni amorose (che per definizione sono legami di attaccamento adulto (Feeney, 2009)). Inoltre, svariate componenti legate all'aspettativa e all'esperienza passata entrano in gioco nelle interazioni con qualsiasi altro individuo. C'è una finestra temporale molto breve dove la percezione orienta quasi totalmente l'apprendimento, dopodiché nella maggioranza dei casi si verifica il contrario (Solms & Turnbull, 2004). È bene chiarire che uno stile di attaccamento insicuro, sia esso evitante, ambivalente o disorganizzato, non costituisce una patologia, è però un significativo fattore di rischio e gli studi del progetto ACE ci suggeriscono che esperienze traumatiche acute o croniche possono influire

sull'organismo anche dal punto di vista biologico, producendo i loro effetti anche a distanza di numerosi anni (Liotti & Farina, 2011; Porcelli, 2022).

Anche in questo caso non c'è modo dunque di distinguere in maniera ontologica biologia e psicologia; si delinea, inoltre, un campo relazionale entro cui fattori psicobiologici esercitano il loro effetto che, a sua volta influisce sulla costruzione delle future relazioni. Chiaramente gli studiosi dell'attaccamento non negano influenze temperamentali e genetiche, tuttavia c'è una crescente consapevolezza che alcuni di questi aspetti non siano totalmente lasciati all'alea sostenuta dalla genetica classica, ma siano guidati da fenomeni epigenetici ed esperienze. Come se (e questa formula è d'obbligo perché la mole di dati disponibile non è ancora sufficiente per essere così radicali nel fare questa affermazione) anche in questo campo si andasse nella direzione di una sorta di inscindibilità tra psicologico (e si tratterebbe di uno psichico unicamente subsimbolico), biologico e relazionale; una indivisibilità che in seguito può essere artificialmente osservata in modi diversi.

3.3 La neurobiologia interpersonale

Anche in questo caso urge una precisazione. La neurobiologia interpersonale non è affatto estranea alla teoria della regolazione affettiva; come del resto, la psicosomatica contemporanea dialoga con la teoria del codice multiplo; i dati provenienti dalla ricerca sull'attaccamento vengono considerati da molte altre aree disciplinari per creare studi multidimensionali più accurati e complessi. Non c'è sempre una divisione così netta come quella che emerge in una divisione in paragrafi. Questa separazione è però necessaria per raggiungere un maggior grado di chiarezza espositiva. Così come suggerito nel capitolo primo, il tentativo è quello di considerare la globalità della questione, utilizzare divisioni artificiali per poter analizzare meglio le parti e reinserire quanto appreso nelle riflessioni inerenti alla tematica nella sua globalità; oscillare in modo costante e permeabile tra generale e particolare. Infatti, uno dei cardini della neurobiologia interpersonale è che "l'integrazione sia alla base del benessere" (Siegel, 2023). Chiarire cosa si intende con questo termine è cruciale anche in ragione di quanto argomentaremo nei capitoli conclusivi.

3.3.1 Integrazione

La neurobiologia interpersonale considera l'integrazione come il corretto equilibrio che si stabilisce tra due processi fondamentali a cui è connesso sia il benessere (Smith et al., 2015) sia il corretto funzionamento del sistema nervoso centrale (con gli effetti che questo ha sul resto dell'organismo). Questi processi sono la differenziazione e il collegamento. Le strutture anatomiche del cervello nel corso dello sviluppo vanno incontro a una specializzazione crescente (il che comporta che le funzioni che assumono siano sempre più differenziate), al tempo stesso queste parti stabiliscono numerose interconnessioni (collegamenti). Un equilibrio funzionale tra questi due processi rappresenterebbe l'integrazione. "È utile ricordare che il cervello sembra funzionare per stati globali, che procedono a onde oscillatorie che si propagano in tutto il cervello, collegando fra loro aree profondamente diverse, di fatto spesso intere reti" (Siegel, 2021). Ma questa compresenza di aspetti di specializzazione e di collegamento rende anche chiara la ragione per cui attribuire una funzione a un'area sia contemporaneamente una semplificazione e un'utile euristica. Il motivo per cui, ad esempio, il modello del "cervello trino" sia giudicato superato ma continui ad essere utilizzato come riferimento per alcuni sviluppi teorici, sia considerato semplicistico da parte della comunità scientifica e sia invece difesa da autorevoli voci in campo neuroscientifico (Panksepp & Biven, 2014).

Secondo la neurobiologia interpersonale, l'autoregolazione dipenderebbe dall'integrazione neurale (Siegel, 2021). Ma una simile affermazione è realmente molto diversa dai concetti esposti nel capitolo precedente? Certo, la terminologia è dissimile, ma concettualmente si ritrova un elevato grado di continuità. Di fatto, sia la teoria della regolazione affettiva, sia quella del codice multiplo e in un certo qual modo anche le neuroscienze affettive, condividono che vi siano strutture/sistemi deputati a funzioni specifiche, ma che queste possano esprimersi in maniera funzionale e sana solamente all'interno di una coralità prodotta dalle interconnessioni che queste strutture/sistemi intrecciano tra di loro. Gli specifici pattern funzionali e il loro susseguirsi costituiscono probabilmente il correlato neurobiologico dei nominati stati del Sé. Al loro variare cambiano le specifiche modalità in cui le varie parti specializzate si connettono l'una

all'altra. Siccome l'integrazione dà luogo a flessibilità e la sua mancanza produce caos e rigidità, la dissociazione assume in tal senso un significato neurobiologico e psicologico in cui viene persa la capacità di variare le proprie qualità psichiche, biologiche e comportamentali per adattarsi al meglio alle richieste dell'ambiente. Torneremo dettagliatamente su questo tema nel capitolo successivo.

3.3.2 La componente relazionale

“I flussi [di energia e di informazione] hanno luogo fra il nostro Sé corporeo e il mondo che ci circonda, così come all'interno del nostro corpo. Né la scatola cranica, né la pelle sono barriere impermeabili al flusso di energia e informazioni” (Siegel, 2021). Abbiamo già chiarito la natura scientifica della terminologia apparentemente mistica utilizzata da questa area di ricerca nel primo capitolo. Utilizziamo questa riflessione per ricordare come anche la psicosomatica nella sua declinazione contemporanea invita a una concezione in cui la scatola cranica è un confine solo apparente e gli stressor esterni producono modificazioni biologiche che coinvolgono l'organismo nella sua totalità. Quando questi fattori stressogeni sono di natura relazionale si ha motivo di sostenere che l'intensità del loro effetto è profondamente legata alla vicinanza affettiva dell'altra persona implicata nello scambio. Nell'ambito della psicologia di coppia si è potuto constatare tramite analisi del sangue effettuate in momenti differenti, che la funzionalità immunitaria subisce un crollo verticale nel momento in cui le interazioni col partner sono caratterizzate da alti livelli di disprezzo. Addirittura, la frequenza di questo tipo di comunicazioni disfunzionali è stata in grado di predire il numero più o meno elevato di malattie infettive a cui il partner “vittima” di tale sprezzante atteggiamento sarebbe andato incontro nell'anno successivo (Gottman & Gottman, 2017). Allo stesso modo sono proprio le relazioni di attaccamento (sia in età di sviluppo che in età adulta) che possono produrre importanti fattori di protezione o dare il via a processi correttivi rispetto a un passato complicato. La categoria di “sicuro guadagnato” nell'ambito della teoria dell'attaccamento indica proprio il processo in base a cui una persona con attaccamento insicuro, tramite ripetute esperienze correttive che hanno disconfermato le sue aspettative relazionali, acquisisce le caratteristiche psichiche e comportamentali dei soggetti classificati come “sicuri”. Questa trasformazione può avvenire entro relazioni

di attaccamento: all'interno di una psicoterapia o nell'ambito di una relazione di coppia (Liotti & Farina, 2011; Hill, 2017).

Che l'ambiente relazionale disfunzionale della prima infanzia costituisca un importante fattore di rischio è ampiamente dimostrato (Felitti et al., 1998). Siegel (2021) tenta di integrare queste informazioni con i concetti sopraesposti della neurobiologia interpersonale. Secondo il suo modello, le relazioni adeguate sarebbero caratterizzate anche in questo caso dall'integrazione. Nell'ambito dell'attaccamento sicuro la madre riconosce il bambino come un soggetto distinto dotato di una sua separatezza e un proprio mondo interno (differenziazione) e, contemporaneamente, tramite i suoi comportamenti e le sue abilità di mentalizzazione crea delle connessioni (collegamento). Un corretto equilibrio (integrazione) tra questi processi promuoverebbe la genesi di fibre nervose integrative necessarie a garantire un connettoma adeguatamente interconnesso. Altrimenti, viene compromessa in vari modi la capacità adattiva di fronte a fattori stressanti e una bassa integrazione (che abbiamo visto coincidere con scarse capacità di regolazione affettiva) si riscontra in svariate patologie psichiatriche (Hill, 2017). "Le connessioni umane plasmano le connessioni neurali" (Siegel, 2021) e dunque il funzionamento dell'intero organismo.

Sperando siano emersi con chiarezza i nessi concettuali tra i modelli teorici finora proposti e segnalando che parte dell'attenzione dell'opera di Siegel si concentra anche sull'epigenetica, ci concentreremo su questa tematica (includendo anche altri vari contributi) nel paragrafo successivo.

3.4 Epigenetica

"Studi recenti hanno disconfermato del tutto la convinzione banale che "avere" un particolare gene conduca a una manifestazione specifica." (Van der Kolk, 2015). L'entusiasmo della genetica e la speranza nel fatto che in essa si sarebbe trovata una fonte inesauribile di risposte si sono notevolmente ridotte. Tutto questo non significa affatto che da questa disciplina non si possano ricavare dati preziosi: una componente genetica è stata trovata in molte malattie psichiatriche (Gabbard, 2015), ma tale presenza non basta a spiegare l'eziopatogenesi che ha bisogno di risposte complesse che

tengano conto del fatto che esperienze ambientali hanno il potere di indurre “il silenziamento o l’espressione di sequenze geniche” contenute nel DNA (Porcelli, 2022). Questa relazione tra geni e ambiente, a lungo rimasta oggetto di speculazione, ha trovato importanti risposte nell’epigenetica. “I geni non sono solo strumenti di eredità nell’evoluzione, ma anche gli obiettivi dei segnali molecolari che provengono sia dall’interno dell’organismo sia dall’ambiente che lo circonda. Questi segnali regolano lo sviluppo” (Polan & Hofer, 2010).

In sintesi, abbiamo un DNA che rimane strutturalmente identico a sé stesso (e di questo si occupa la genetica), ma le modalità di espressione genica (oggetto di studio dell’epigenetica), che determinano appunto i suddetti processi di espressione e silenziamento sono influenzate dall’ambiente fisico e relazionale in cui è immerso il bambino (Meaney, 2010).

Questi meccanismi sono particolarmente significativi nei primi mille giorni di vita; alcuni processi psicobiologici che si sviluppano in questa fase persisteranno lungamente con effetti significativi sulla vita dell’individuo: questo processo prende il nome di “biological programming” (Porcelli, 2022). Le prime influenze ambientali sull’espressione genica risalgono addirittura all’epoca della vita intrauterina: anche per questa ragione i concetti di stress materno prenatale (Glover et al., 2010) e di “fetal programming” (Barker, 1995) stanno acquisendo maggior spazio nella letteratura scientifica. Ad esempio, uno studio ha riscontrato che eventi di vita particolarmente avversi nel primo trimestre di gravidanza, come l’esposizione alla morte, aumenta il rischio di schizofrenia nei figli (Khashan et al., 2008).

Nell’ambito dell’epigenetica sarebbero di particolare importanza i processi di metilazione, di modifica istonica e di variazione della lunghezza dei telomeri. (Dunn et al., 2019; Porcelli, 2021)

Nuovamente ci troviamo dinnanzi all’evidenza di quanto una chiave di lettura dualista sia del tutto inadeguata per comprendere i fenomeni che influenzano a breve e a lungo termine lo stato di salute dell’individuo. L’epigenetica si allinea all’enfasi che la teoria dell’attaccamento pone sui primi anni di vita, dando conto di quanto gli eventi avversi sperimentati in questa finestra temporale (quelli analizzati dagli studi riconducibili al

progetto ACE) possano avere effetti su vari sottosistemi organici. In particolare, pare interessante l'effetto ormai certo che questo tipo di esperienze producono sull'asse HPA. Abbiamo infatti constatato che l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene gioca un ruolo fondamentale nella teoria della regolazione affettiva. Esso è profondamente implicato nel processo fisiologico conseguente allo stress, il quale se protratto nel tempo, causa un surplus nella produzione di cortisolo. È stato dimostrato che questa presenza sovrabbondante può arrivare a determinare apoptosi nell'ippocampo, generando così problematiche in diverse funzioni cognitive e non solo (McEwen, 2001; Bottaccioli, 2011).

3.5 Integrare l'integrante

Giunti al termine di questo capitolo, si potrebbe facilmente cadere nell'errore di fondere questi modelli teorici. Partendo dall'epigenetica, passando per la teoria della regolazione affettiva, quella del codice multiplo, includendo i contributi delle neuroscienze affettive e della neurobiologia interpersonale. Potremmo infine inserire il tutto entro un quadro concettuale fornitoci dalla psicosomatica contemporanea e dalle logiche che governano gli approcci sistemici.

Nulla sarebbe più lontano dall'obiettivo di questo scritto. Creare una teoria unificante non è il fine: un'infinità di altri interessantissimi modelli teorici rimarrebbe esclusa e il criterio di questa esclusione sarebbe almeno parzialmente arbitrario. Nella nostra composizione del puzzle vogliamo che i margini che distinguono un tassello dall'altro rimangano ben visibili.

Come anticipato nell'introduzione del secondo capitolo, l'intento è stato quello di operare un lavoro di mediazione linguistica, una traduzione ragionata che potesse permettere il dialogo tra modelli che utilizzano un lessico differente e che in alcune occasioni mancano completamente di citarsi vicendevolmente. Questi modelli non sono stati scelti a caso: tutti promuovono un superamento dei paradigmi dualisti di interpretazione del rapporto mente/corpo. Al tempo stesso, non v'è la pretesa di avere incluso tutte le teorie che vanno in questa direzione, ma di aver mostrato una modalità di procedere nell'integrare diversi modelli teorici. Non è affatto casuale che particolare enfasi sia stata data al significato che la neurobiologia interpersonale attribuisce al

vocabolo “integrazione”: riuscire a mantenere la diversità intessendo quanti più collegamenti.

Forti di queste interconnessioni, nel prossimo capitolo procederemo all’analisi di alcuni aspetti riguardanti la psicotraumatologia. Questo fornirà un esempio di come questo lavoro di integrazione non è un mero esercizio teorico, ma può risultare estremamente prezioso nell’osservazione clinica e, in seguito, nella pianificazione dell’intervento (capitoli 6 e 7).

Capitolo IV: L'esempio del trauma

Il trauma è l'oggetto di studio privilegiato per dimostrare l'efficacia di una tipologia di osservazione che tenga conto della necessità di abbandonare i paradigmi dualisti per abbracciare una visione che, non avendo paura di scomporre in parti più facilmente analizzabili, conserva in ogni momento traccia e memoria della complessità che contraddistingue la globalità di una tematica.

Come anticipato, la psicotraumatologia è un tema molto vasto. Per questa ragione è utile anticipare il percorso concettuale che seguiremo nell'affrontare questo argomento. Inizieremo con l'espone le difficoltà che teorici e sistemi diagnostici hanno incontrato nell'identificare una definizione di "trauma" capace di raggiungere un buon grado di accordo. Ragioneremo su quali sono le proposte diagnostiche che tentano di superare le attuali difficoltà e quali rapporti ha il trauma con la patologia psichiatrica in generale. Ci concentreremo in seguito sul legame inscindibile tra il trauma e la dissociazione: capiremo la natura di questo rapporto e ci interrogheremo sulla sua inevitabilità. Tutte queste riflessioni saranno propedeutiche all'ultimo paragrafo, nel quale proporremo una lettura di alcuni aspetti della psicotraumatologia che si strutturi sulle connessioni identificate tra i modelli di cui si è discusso nei due capitoli precedenti.

4.1 Problemi concettuali e diagnostici

Al di là dell'autore a cui si faccia risalire la nascita della psicologia clinica e della psicoterapia modernamente intese, è innegabile che il concetto di trauma è profondamente connesso a queste origini. Che si pensi a Freud, che si guardi a Janet, l'idea che una particolare classe di eventi potesse giocare un ruolo nella genesi dei sintomi (non solo) psichiatrici era presente (Liotti & Farina, 2011).

In seguito, la psicologia e la psichiatria, pur continuando a studiare attentamente l'argomento, lo hanno relegato a un tema inerente allo sviluppo di specifici quadri clinici e in un certo periodo storico si è perfino giunti a dubitare che il legame tra trauma e patologia fosse fondato. Solo le conseguenze della guerra del Vietnam furono in grado di riaccendere l'interesse della ricerca e della comunità scientifica (Van der Kolk, 2015; Lingiardi & McWilliams, 2017).

La nascita della diagnosi di disturbo da stress post-traumatico (DPTS) è profondamente connessa alla necessità di un'etichetta descrittiva in grado di contenere e racchiudere le manifestazioni sintomatologiche che sovente apparivano nei reduci di guerra. Per ovvie ragioni, questa modalità di intendere il trauma risulta estremamente parziale. Gli studi del progetto ACE, mostrano che l'aspettativa di vita si modifica significativamente in base all'esperire o meno eventi traumatici nel corso della prima infanzia. I meccanismi epigenetici e il concetto di "biological programming" sottolineano in maniera ancor più evidente la parzialità e la ristrettezza di una simile concezione di trauma. Le diagnosi che si riferiscono più specificamente alla dimensione dell'attaccamento (disturbo reattivo dell'attaccamento e disturbo da impegno sociale disinibito) non evidenziano a sufficienza l'impatto che simili disfunzioni nel processo evolutivo possono avere a lungo termine. Tuttavia, malgrado l'inadeguatezza delle diagnosi DSM-5 nell'identificare le sequele che il trauma (e gli sviluppi traumatici) possono avere nel lungo periodo, è evidente come il concetto stesso di un accadimento che in maniera più o meno diretta è collegato all'insorgere della sintomatologia patologica sia riconosciuto solo nella classe di "disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti". Le evidenze cliniche ed empiriche portano alla violazione di una regola aurea nella redazione del DSM-5: non riferirsi in maniera diretta all'eziologia del disturbo. Il concetto di "trauma" è stato il solo costrutto sufficientemente forte da far desistere dalla rigida applicazione di questa (assai opinabile) regola. Infatti, sebbene venga chiarito che la collocazione di questa categoria di disturbi, posta tra i disturbi d'ansia e quelli dissociativi, non sia affatto casuale (APA, 2013), né per i primi né (soprattutto) per i secondi viene fatto riferimento a esperienze causali.

Il PDM-2 (definito dall'autorevole voce dello psicoanalista Otto Kernberg come "il sistema diagnostico più sofisticato attualmente disponibile") inserisce il DPTS nella categoria più ampia dei disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti e lo affianca ai vari disturbi dissociativi. Non solo, fin da subito chiarisce che "la dissociazione peritraumatica [...] è stata identificata come un fattore di rischio per il successivo PTSD" (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Le difficoltà nosologiche rispetto alla psicotraumatologia sono tali che alcuni autori rifiutano di rivolgersi allo strumento della diagnosi nel proprio lavoro clinico (Fisher,

2017). Sebbene, alla luce di quanto scritto fino ad ora, questa possa sembrare una soluzione condivisibile, occorre tener presente che la diagnosi disciplina la pensabilità del paziente. Senza di essa (che può essere monitorata, modulata e costantemente sottoposta a eventuali correzioni), il clinico finirà per categorizzare il paziente e i suoi sintomi in una maniera non esplicita e per questo non controllabile (Del Corno et al., 2014).

Una possibile soluzione si potrebbe scorgere nella proposta diagnostica di alcuni autori esperti nel trattamento delle problematiche connesse al trauma. Tale diagnosi che prende il nome di DTS (disturbo traumatico dello sviluppo) o DPTSc (dove viene aggiunto l'aggettivo complesso) (Van der Kolk, 2015), permetterebbe un riconoscimento diagnostico per coloro la cui sintomatologia è chiaramente riconducibile ad eventi avversi, anche se questi accadimenti sono lontani nel tempo e possono rispondere a una definizione di trauma diversa da quella proposta dal DSM-5.

Occorre chiarire che vi sono delle differenze tra DTS e DPTSc. La prima è una diagnosi rivolta a bambini e adolescenti con storie di sviluppo costellate da eventi derivanti da un accadimento manchevole o inadeguato, la seconda (proposta da Judith Herman) si rivolge generalmente agli individui "vittime di traumi complessi", ossia cronici, reiterati. Queste tipologie di esperienza si verificano spesso in ambito relazionale (Liotti & Farina, 2011). Questa diagnosi tiene conto dell'esposizione (fattori eziologici), della disregolazione emotiva, dell'insorgere di disturbi comportamentali e cognitivi, dell'impatto che il tutto ha sulle relazioni interpersonali e sulla percezione di sé, oltre a considerare la classica sintomatologia riferibile al DPTS.

I problemi nosologici di cui si è discusso possono in buona parte dipendere dall'impostazione categoriale e politetica del DSM-5. In una prospettiva maggiormente dimensionale ed eziologica alcune di queste difficoltà non si paleserebbero. I processi patogenetici, più che alla semplice esperienza, sarebbero connessi a processi dissociativi: questi hanno natura decisamente dimensionale. Per questa ragione "pensare a uno spettro post-traumatico composto da disturbi diversi ma tutti riconducibili a sviluppi traumatici, e tutti collocabili nella dimensione della dissociazione, potrebbe rivelarsi la sola via d'uscita da questa impasse nosologica" (Liotti & Farina,

2011). A fronte di un nucleo eziopatogenetico comune si giungerebbe ad esiti differenti: focalizzarsi solo sull'esito senza pensare alla causa è una necessità di un manuale che vuole ad ogni costo rimanere ateoretico, ma rischia di produrre paradossi concettuali e clinici.

La risposta dell'APA alla proposta di introduzione del disturbo traumatico dello sviluppo nella nomenclatura diagnostica è la seguente: "L'idea che le esperienze negative accadute nella prima infanzia portino a sconvolgimenti significativi nello sviluppo è più un'intuizione clinica che un fatto sostanziato dalla ricerca. Non ci sono prove della presenza di danni evolutivi causati nel tempo da qualche tipo di sindrome traumatica" (APA, 2011 in Van der Kolk, 2015).

Ma queste asserzioni sono in palese contrasto con quanto invece sostengono i dati esplorati in questo scritto. Inoltre, l'enfasi che viene posta sullo sviluppo dal DTS e dal DPTSc permetterebbe di comprendere la sintomatologia come un risultato di esperienze che hanno intaccato l'acquisizione o profondamente compromesso le capacità di regolazione affettiva: dove la struttura morfologica e funzionale del sistema nervoso è evidentemente coinvolta (Schore, 2008, 2010; Hill, 2017).

4.2 Legame tra trauma e dissociazione

Il trauma (acuto) e gli sviluppi traumatici (cronici o complessi) accadono all'organismo e hanno un effetto su di esso. Queste conseguenze possono essere osservate secondo una prospettiva biomedica o tramite un punto di vista psicologico. Nuovamente, operare una distinzione tra mente e corpo è una scelta di metodo, talvolta necessaria ma che appare sensata solamente a due condizioni. La prima: ricordare che questa scelta non riflette alcuna verità esistente al di là della nostra osservazione; la seconda consiste nel rammentare di non rimanere staticamente bloccati nella prospettiva mentale o corporea. Serve un'alternanza dinamica, flessibile, costruita (spesso) da un team che disponga di professionisti di aree diverse o da un operatore della salute che sappia

quando rivolgere il proprio sguardo non altrove, ma tramite un'altra modalità osservativa¹⁰.

Un concetto che inevitabilmente diviene un promemoria rispetto questi aspetti è la dissociazione. Ne abbiamo già accennato in alcune parti di questo scritto, in questo paragrafo discuteremo i legami che ha con il trauma, la natura e l'inevitabilità di questi rapporti. Infine, sarà proprio questo concetto che ci permetterà di approfondire il già citato "spettro post-traumatico".

Occorre inizialmente chiarire che, se non si pongono aggettivi che meglio descrivano ciò che si vuole intendere, il termine "dissociazione" rimanda a una pluralità di significati. In questo scritto ci riferiremo dunque alla distinzione tra dissociazione primaria e secondaria operata nella teoria del codice multiplo, brevemente presentata nel secondo capitolo. Nel primo caso l'informazione viene processata dal sistema subsimbolico, ma tale attivazione non viene ancorata ad alcuna rappresentazione a carico del sistema simbolico non verbale e verbale. Qualora si tratti di una casistica di dissociazione secondaria, questo processo è invece avvenuto, ma in seguito il suo recupero sfugge. (Solano, 2013). Ci orienteremo utilizzando questa terminologia consapevoli che alcuni autori ne hanno proposto altre, talvolta usando i medesimi termini attribuendogli altri significati (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Questo ci porta a un interessante riflessione riguardo alle differenze tra la teorizzazione freudiana e il modello janettiano. Per il primo, il trauma accade e in seguito interviene la rimozione. Tramite questo meccanismo di difesa l'individuo si protegge divenendo incapace di ricordare o attraverso il "non essere cognitivamente consapevole di desideri, sentimenti, pensieri o esperienze disturbanti" (Perry, 1990). L'assunto è che in qualche momento il soggetto è riuscito a immagazzinare un ricordo, a elaborare uno stimolo in maniera completa e solo in seguito lo ha escluso dalla coscienza per ridurre il livello di sofferenza. (Liotti & Farina, 2011). Secondo Janet, l'individuo fin da subito si trova nella totale impossibilità di elaborare ciò che sta vivendo: è un concetto decisamente più vicino a quello che abbiamo indicato fino ad ora con questo termine.

¹⁰ Tali considerazioni sono perfettamente in linea con ciò che nell'ultimo capitolo definiremo "logica multiplanare". Per questa ragione si rimanda a quella parte per una discussione più approfondita di questi concetti

All'interno di una concezione psicodinamica, nella dissociazione "l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne attraverso un'alterazione temporanea delle funzioni integrative della coscienza o dell'identità" (Perry, 1990). Ma altri autori suggeriscono che, se la dissociazione secondaria può in effetti essere intesa come una difesa, la dissociazione primaria è psichicamente destrutturante, la violenza di questo processo è tale che spesso l'individuo sviluppa delle vere e proprie strategie psicologiche, relazionali e comportamentali per minimizzare la possibilità di sperimentarlo (Liotti & Farina, 2011).

In termini neurobiologici, aiutandoci con le intuizioni forniteci dalla teoria della regolazione affettiva, l'uscita dell'arousal dalla finestra di tolleranza, non ha permesso l'elaborazione dello stimolo a carico dell'emisfero sinistro. Il paziente non ha scordato: non ha mai avuto le parole per raccontare. I "ricordi" del trauma non hanno subito alcun processo di integrazione multimodale, l'intervento del talamo è stato completamente evitato. Per questa ragione, ricordare equivale all'essere travolti da stimoli sensoriali piuttosto che recuperare una narrazione (Van der Kolk, 2015).

Abbiamo discusso nel capitolo precedente dello sforzo, ad opera di alcuni clinici esperti della tematica del trauma, di portare l'attenzione sugli effetti che il tutto può avere in età di sviluppo. Se consideriamo i primissimi anni di vita, l'immaturità ippocampale impedisce neurobiologicamente la formazione di memorie dichiarative autobiografiche e dunque permangono solo memorie implicite, procedurali (nella cui acquisizione il cervelletto gioca un ruolo fondamentale). A livello relazionale si immagazzinano dei ritmi, dei tempi, dei contatti, dei "copioni" attraverso cui stare con l'altro. È facile intuire che in contesti traumatizzanti e disfunzionali, questi ritmi siano totalmente confusi e disorientanti (Fisher, 2017). I bambini con attaccamento disorganizzato sperimentano "stati di simil-trance [che] suggeriscono una profonda dissociazione" (Hill, 2017). Siccome lo sperimentare questi stati è profondamente terrorizzante e mette a rischio l'esistenza psichica dell'infante, la maggior parte dei bambini in questa drammatica situazione, dai 3 ai 6 anni, sviluppa delle "strategie controllanti" volte sostanzialmente all'evitamento dell'attivazione del sistema di attaccamento. Altri sistemi motivazionali interpersonali vengono introdotti nel campo relazionale (il sistema competitivo nelle

strategie controllanti punitive, il sistema di accudimento nei casi di role-reversing, il sistema sessuale nelle tragiche attualizzazioni delle fantasie edipiche) (Liotti & Farina, 2011). Questo trasforma la relazione genitore-figlio. Non si tratta più di una relazione di attaccamento (a cui il caregiver non sa rispondere attivando adeguatamente il suo sistema di accudimento). Questo causerà nel lungo termine importanti difficoltà relazionali, soprattutto negli ambiti in cui si suppone che si strutturi un rapporto di intimità, cura e protezione reciproca, come nella relazione di coppia (Carli, 2009). Al netto di queste “strategie controllanti”, la dissociazione rimane un processo di cui il soggetto ha fatto esperienza e perciò in situazioni particolarmente stressanti, che magari attivano il sistema di attaccamento (come le situazioni di intimità, ma anche quelle particolarmente spaventanti) può essere utilizzata dall’organismo (Liotti & Farina, 2011). Non è certo un caso che il legame tra patologie di carattere dissociativo e storie di attaccamento disorganizzato sia uno dei più sostenuti dalla ricerca empirica (Dozier et al., 2010).

Dunque, da un lato una possibilità è che le strategie controllanti portino all’evitamento delle esperienze dissociative, dando luogo a molteplici problemi relazionali e disturbi di personalità; dall’altro queste strategie possono non bastare dinanzi a certe situazioni e in quel caso la dissociazione può ripresentarsi in maniera più o meno sistematica, sino allo sviluppo (nei casi più gravi) di un disturbo dissociativo di identità (DDI). Ecco cosa si intende per spettro post-traumatico, ecco perché talora le diagnosi e le valutazioni che si basano esclusivamente sul sintomo rischiano di mancare l’identificazione del nucleo della patologia e della sofferenza in maniera macroscopica (Liotti & Farina, 2011; Fisher, 2017).

Un’ultima riflessione merita di essere dedicata al concetto di “dissociazione normale”, ossia inteso come un processo non patologico che tramite manifestazioni non eclatanti e che non producono disagio particolarmente significativo si palesa, saltuariamente, in ognuno di noi. È importante includere questo tema per rafforzare una concezione dimensionale della patologia. In sostanza, non è di per sé l’esperienza di dissociazione a causare sofferenza o un disturbo, ma l’intensità abnorme o il reiterarsi costante di questo processo.

4.3 Psicotraumatologia e salti prospettici

È stato dimostrato che la rievocazione di memorie autobiografiche traumatiche (in pazienti di DPTS) attiva le aree limbiche del cervello destro, in particolare l'amigdala, e induce uno stato di iperarousal emozionale mediato dal sistema simpatico che si traduce in un aumento della frequenza cardiaca e respiratoria. Allo stesso tempo si assiste ad una ipoattivazione dell'area di Broca nella corteccia frontale di sinistra. Questo accade indipendentemente da quanti anni sono passati dall'evento traumatico (Van der Kolk, 2015). Siamo forse davanti ad una dimostrazione neurobiologica di quanto nel paragrafo precedente abbiamo definito "dissociazione primaria". La persona riesperisce sensorialmente ed emotivamente il trauma anche dinnanzi a trigger associativi, che altri da osservatori esterni non collegherebbero a quell'evento. Si potrebbe dunque affermare che il trauma è l'esperienza che produce un processo dissociativo primario. L'organismo dell'individuo traumatizzato farà dunque di tutto per evitare di incappare in queste esperienze insopportabili che presentificano il passato. Questo porterà allo sviluppo di un atipico pattern nella regolazione affettiva che si manifesta con una disregolazione della normale connettività funzionale dei ritmi oscillatori nei network corticolimbici implicati (Fisher, 2017; Siegel, 2021). Il cervello comunica tramite linguaggi chimici ed elettrici. I primi sono stati esplorati dalla psicofarmacologia, sui secondi è stata posta meno attenzione (Van der Kolk, 2017)¹¹.

È stato affermato che "dopo un trauma, il mondo è percepito con un sistema nervoso differente" (Van der Kolk, 2015). Questa asserzione limita ingiustamente il campo al cervello e al sistema nervoso periferico. Si dovrebbe invece sostenere che il trauma disorganizza il funzionamento dell'intero organismo, poiché a causa dell'interconnessione che lega sistemi ed apparati effetti a cascata si diffondono influenzando il funzionamento globale: è la logica sistemica esposta nel capitolo precedente e sostenuta dalle evidenze riportate nel punto 2.2.5.

Se si comprende a pieno questa logica e se ne accettano le conseguenze non stupisce poi così tanto che il protrarsi di questa disregolazione generale dell'organismo possa generare molteplici effetti che una rigida visione che impone una causalità lineare o

¹¹ Torneremo su questo punto nel paragrafo 6.3 dedicato alla pratica del Neurofeedback

semplicemente multifattoriale faticherebbe a cogliere. Il numero di ACE è predittivo rispetto alla probabilità di sviluppare asma, diabete, coronopatia e l'elenco potrebbe continuare (Gilbert et al., 2015), importa notare che ad essere colpito non è colpito un sistema, uno specifico organo, ma l'organismo. La modalità specifica con cui si manifesterà il disturbo dipenderà da un insieme complesso di fattori (di vulnerabilità, di rischio, legati alle caratteristiche dell'esperienza soggettiva).

Questo tipo di visione mostra l'inutilità di alcuni interrogativi che per lungo tempo hanno occupato la ricerca? Un esempio emblematico può essere considerato dal domandarsi se la depressione sia causata da squilibri chimici nel cervello riferibili a specifici neurotrasmettitori, o se questi squilibri rappresentino una causa della depressione. Entro la logica proposta nel presente scritto, "qualcosa" accade all'organismo, quest'ultimo risponde e la sua risposta può essere osservata neurobiologicamente, psichicamente, da un punto di vista comportamentale, relazionale, metabolico, alimentare (Bottaccioli, 2011).

Nella comprensione del trauma entrano in gioco le connessioni tra i modelli teorici che abbiamo esplorato nei precedenti capitoli: la teoria della regolazione affettiva getta luci sulle componenti psicofisiologiche, la teoria del codice multiplo e la neurobiologia interpersonale aumentano la capacità di comprendere l'esperienza soggettiva. Gli approcci sistemici istruiscono sulla prospettiva di causalità circolare indispensabile nel comprendere le sequele degli sviluppi traumatici intrise di fattori che si rinforzano reciprocamente. L'attaccamento, con l'aiuto dell'epigenetica, fornisce una chiave di lettura evoluzionista e colloca la vicenda entro un campo relazionale. Il tutto poi può essere inserito in un quadro psicosomatico attento a non delimitare il campo di osservazione alla singola componente. Tutti i modelli citati ci ricordano il pericolo di rimanere incagliati in modalità osservative unilaterali, miopi e sorde ai dati empirici della ricerca contemporanea.

Risulta ovvio che il trattamento della patologia connessa al trauma (al di là del nome che si vuole scegliere) debba essere contraddistinto da continui salti prospettici. Tuttavia, come suggerisce il titolo di questo capitolo, il trauma rappresenta un esempio. Molte

altre patologie considerate mediche o psicologiche potrebbero essere analizzate secondo lo stesso modello.

Capitolo V: Molteplicità delle psicoterapie

Giunti a questo punto della trattazione può essere utile ricapitolare quanto detto finora e ricordare la trama che unisce i temi trattati. Come anticipato nell'introduzione, infatti, l'intero scritto può idealmente suddividersi in due parti: la prima è costituita dai primi quattro capitoli, la seconda inizia ora e si estende fino alla fine. È bene allora chiarire cosa lega queste due sezioni.

Abbiamo innanzitutto considerato il rapporto tra mente e corpo intendendo questi due termini come concetti esprimenti punti di vista utili per osservare l'organismo. Abbiamo preso in esame alcune delle teorie più importanti nel panorama della psicologia clinica e della psicoterapia contemporanee che possono direttamente o indirettamente corroborare l'articolazione concettuale tra mente e corpo proposta nel presente scritto. Abbiamo tentato di costruire fitte interconnessioni tra questi modelli teorici e tali legami sono stati messi alla prova nell'analisi di alcune tematiche inerenti al campo della psicotraumatologia. È giunto il momento di considerare quali effetti hanno o possono avere queste riflessioni sul mondo delle psicoterapie.

Quando si intende riflettere a proposito delle psicoterapie può sorprendere che venga utilizzato il plurale. Solitamente, facciamo riferimento a una disciplina (la fisica, la matematica, la biologia...) utilizzando il singolare. "Il plurale fotografa campi frantumati, dove gli elementi di diversità sono troppo forti per permettere un discorso unitario" (Sanavio, 2011).

Per questa ragione e per gli sforzi di integrazione del presente scritto, ragioneremo sulla molteplicità delle psicoterapie e sulla legittimità di questa pluralità. Cercheremo poi di tradurre in ricchezza questo aspetto che per molto ha gettato ombre di scarsa credibilità sull'intera disciplina. Nel capitolo successivo daremo spazio a una breve trattazione di alcune tecniche e modelli pratici che possono essere applicati dal terapeuta e che risultano in linea con l'impostazione teorica del presente lavoro. Infine, nell'ultimo capitolo ci occuperemo delle ricadute pratiche che tutte queste riflessioni potrebbero avere sull'agire terapeutico quotidiano e sulla strutturazione dei servizi volti alla cura e alla promozione della salute degli individui.

5.1 Ragioni della molteplicità

Come spiegare l'esistenza di più orientamenti psicoterapici? La spiegazione più approssimativa vorrebbe che questa molteplicità dipendesse dal fatto che ciascuna scuola si concentra maggiormente sull'uno o sull'altro aspetto. Questa asserzione è difficilmente confutabile: la teoria cognitivo-comportamentale presta maggiore attenzione alle cognizioni e al modo in cui le informazioni vengono elaborate (Clark et al., 2010), i terapeuti sistemici si focalizzano su tutta la "famiglia intesa come unità funzionale" (Rolland & Walsh, 2010), mentre gli psicologi psicodinamici si propongono di gettare luce sull'origine delle difficoltà dei pazienti e sui loro processi inconsci (Fonagy & Target, 2010). Tuttavia, si tratta di una semplificazione tutto sommato distante dalla realtà per due ragioni. In primo luogo, nessun clinico ignora completamente le cognizioni, le emozioni o le influenze che discendono dall'organizzazione familiare. In secondo luogo, il funzionamento della nostra mente, o per meglio dire il funzionamento del nostro organismo da un punto di vista psichico, è lontano dall'essere coerente.

Quest'ultimo punto merita di essere chiarito: nel corso della sua vita, Freud modificò più volte aspetti relativi alla sua teorizzazione della nascente psicoanalisi. Ciò che non mise mai in dubbio e che sino alla fine considerò il più grande successo della sua indagine fu la scoperta della compresenza di più modalità di funzionamento nei processi mentali. Le "regole" a cui rispondeva l'es non erano le medesime dell'io. Ciò che avveniva a livello conscio seguiva una logica differente da quanto accadeva sul piano inconscio (Bucci, 2016). Se uniamo questa intuizione alle argomentazioni precedenti, non appare affatto improbabile che l'esistenza di più orientamenti psicoterapici discenda direttamente dalle caratteristiche dell'oggetto di studio della psicologia clinica. In questo senso questa molteplicità è un'enorme ricchezza. Nessun approccio completamente unificato logicamente ordinato potrebbe cogliere funzionamenti contraddittori.

Riconsideriamo una citazione già riportata: "Non ci illudiamo di riuscire a conoscere la realtà: ci vantiamo di costruire delle immagini e poi dei modelli che la interpretano e la modificano contemporaneamente" (Semi, 1985). Le teorie alla base dei vari orientamenti psicoterapici non hanno la pretesa di spiegare la realtà, bensì le realtà. Si muovono utilizzando modalità d'osservazione differenti. Le diversità che caratterizzano

gli individui (in quanto tali e nelle formazioni sociali che compongono) sono tali da non permettere un'unica forma di psicoterapia; la realtà psichica è troppo complessa per sottostare ai principi di una sola logica, come suggerito da Freud e sostenuto da Bucci (2016). Questo non significa che le psicoterapie non agiscano sulla realtà. Siccome, per diverse ragioni (parzialmente esplorate nel primo capitolo), la misurabilità è una qualità che pertiene ad alcune discipline più che ad altre, la conferma che la psicoterapia possa essere considerata come un trattamento biologico perché capace di indurre modifiche nel funzionamento cerebrale (Kandel, 1998; Gabbard, 2010), fornisce una conferma del suddetto "effetto sulla realtà" anche per i più scettici. Nuovamente, la formulazione di queste ultime argomentazioni necessita di alcune correzioni per allinearsi al quadro epistemologico proposto. Non è che la psicoterapia abbia un effetto anche sul cervello, bensì questo tipo di trattamento rivolgendosi all'organismo produce dei cambiamenti in esso che possono essere osservati tramite prospettive diverse. Come già suggerito, alcuni di questi punti di vista potrebbero essere più adatti a fornire misure numeriche delle variazioni prodotte da questa forma di cura.

Sebbene le scuole di psicoterapia siano molte, il numero si riduce incredibilmente se si considerano in modo unitario le varie sottocategorie che sono comunque riconducibili a un'unica scuola di pensiero e se si passa dal panorama professionale a quello scientifico. Questo passaggio, come argomentato nel primo capitolo, è fondamentale: la ricerca rimane una bussola imprescindibile, con i suoi difetti e i suoi limiti. Se si osserva il numero di pubblicazioni degli ultimi decenni si scopre che il panorama scientifico della psicoterapia è "polarizzato da due protagonisti: psicoanalisi [più in generale le psicoterapie psicodinamiche] e terapie cognitivo-comportamentali, con l'inserimento di un solo outsider di peso: le terapie familiari ad orientamento sistemico" (Sanavio, 2011). Non significa escludere tutte le altre, ma a livello concettuale consideriamo l'orientamento sistemico, quello psicodinamico e quello cognitivo-comportamento come tre punti di riferimento; le varie altre scuole che possono avere dignità teorica, pratica e scientifica, possono essere idealmente collocate negli spazi tra queste tre prospettive¹².

¹² Approfondiremo accuratamente questo concetto nell'ultimo capitolo dello scritto.

5.2 Orientamenti teorici e prassi clinica

Davanti a questa frammentazione qualcuno potrebbe chiedersi se c'è una scelta più promettente ed efficace. I più scettici si domanderebbero preliminarmente se al netto di queste distinzioni la psicoterapia “funzioni”. Le prime metanalisi che hanno risposto a questo generico interrogativo hanno dato ragione alla pratica psicoterapica suggerendo che essa sia efficace dal 60 all'80% dei casi (Cionini, 2013). Numerosi studi hanno poi confermato che l'effetto della psicoterapia è superiore a quello del placebo¹³ (Lambert, 2005; Dazzi, 2006) e che nei casi di depressione l'efficacia è comparabile al trattamento farmacologico, ma la cura psicoterapica è preferibile poiché i risultati conseguiti con essa mostrano una maggior durata nel tempo (Spielmans et al., 2011). Inoltre, se ci fosse la possibilità di scegliere, i trattamenti psicoterapici sarebbero preferiti rispetto agli interventi psicofarmacologici dai pazienti tre volte su quattro (McHugh et al., 2013). È ovvio che alcune di queste ricerche peccano di alcune generalizzazioni piuttosto improprie non specificando il tipo di psicoterapia e il tipo di disturbo. Tuttavia, è solo grazie a questo tipo di ricerche che ad oggi la questione dell'efficacia della psicoterapia è considerata come un tema superato sia dalla ricerca che dalla clinica (Andreassi & De Coro, 2004).

Il passaggio successivo è (stato) rappresentato dal domandarsi se qualche psicoterapia (tra quelle che hanno mostrato la loro efficacia) producesse un effetto superiore alle altre. Anche in questo caso, la vastità dell'interrogativo ha impedito, almeno inizialmente, di focalizzarsi su specifiche patologie¹⁴. Si è presto giunti al “verdetto di

¹³ Se nella ricerca farmacologica il placebo consiste spesso in una soluzione fisiologica o una compressa zuccherina, negli studi volti a dimostrare l'efficacia di una psicoterapia non è sempre così banale stabilire a cosa debba corrispondere il placebo. Infatti, l'inserire semplicemente i pazienti in una lista di attesa può causare effetti nocebo e limitarsi a conversare amabilmente con il paziente può facilmente influire negativamente sulla percezione e sull'aspettativa del paziente (Lingiardi, 2006). Per non incorrere in questi rischi è bene distinguere tra gruppi di controllo “passivi”, in cui non è previsto un particolare impegno o coinvolgimento del paziente (inadatti a sostituire il placebo nei “Randomized Controlled Test - RCT”); e gruppi di controllo “attivi”. Questi ultimi fornirebbero più affidabilità nell'interpretare il ruolo di placebo, a patto che le aspettative verso il trattamento siano attentamente monitorate (Boot et al., 2013).

¹⁴ Inoltre, nell'ambito della valutazione dell'efficacia di una psicoterapia entrano in gioco ulteriori fattori che rendono maggiormente complessa la questione. Un paziente si rivolge ad uno psicoterapeuta per svariati motivi: per fronteggiare un periodo complicato della propria vita sopraggiunto in seguito all'avvenimento di eventi particolarmente intensi, per trattare una psicopatologia e la relativa sintomatologia, per mantenere e stabilizzare gli effetti di un trattamento psicofarmacologico (Sanavio, 2011) e l'elenco potrebbe proseguire. È ovvio che la “riuscita” della psicoterapia non può non tener conto

Dodo”, che proclamava l’uguaglianza dell’efficacia delle varie psicoterapie (Dazzi, 2006). Questo “pareggio” ha causato non pochi problemi alla disciplina, difficoltà che possiamo riassumere sotto l’espressione “paradosso dell’equivalenza”.

Dando per risolto il dubbio inerente al placebo, la grande tematica che solleva questo risultato potrebbe essere rappresentata dalla seguente domanda: non saranno allora i fattori aspecifici delle psicoterapie a rendere queste efficaci? Tali “fattori” sono gli elementi comuni tra gli orientamenti citati nel paragrafo precedente. Questi sarebbero costituiti dall’alleanza terapeutica (nei casi ottimali) o comunque da un tipo di relazione dove il clinico agisce ad esclusivo beneficio del paziente, da un setting (in cui vige il segreto professionale), dall’impegno del terapeuta nel fornire nuovi punti di vista diversi da quelli a cui il paziente è abituato e dal fine di renderlo in grado di dare un senso ad esperienze confuse o indefinite (Sanavio, 2011).

Tale ipotesi sarebbe sostenuta anche dal seguente dato: negli ultimi decenni, sono stati realizzati tre studi su psicoterapeuti con esperienza che hanno mostrato che al di là dalla scuola in cui si sono formati e specializzati, col passare del tempo finiscono per applicare la psicoterapia in modo simile. Più o meno consapevolmente sono condizionati da aspetti tipici di altri approcci (Beitman & Manring, 2010). Altre ricerche hanno mostrato che i fattori aspecifici sembrano essere l’elemento maggiormente rilevante nel determinare l’effetto che ha il trattamento psicoterapico (Lambert, 2005).

Malgrado questi indizi, ricerche finalizzate a studiare l’effetto dei fattori specifici sull’efficacia della psicoterapia hanno attestato che essi sono responsabili dall’1 fino al 15% della varianza, mentre ai fattori aspecifici spetta dal 7 al 30% (Dazzi, 2006). Insomma, né gli uni né gli altri sono in grado, da soli, di spiegare l’efficacia della psicoterapia. Ovviamente sono da considerare anche altri importanti elementi come la motivazione del paziente e le caratteristiche di personalità dello psicoterapeuta (Beitman & Manring, 2010), ma ciò che rischia di venire trascurato è l’interazione tra fattori aspecifici e specifici e il loro “potenziamento reciproco” che insieme possono arrivare a spiegare fino al 60% della varianza (Dazzi, 2006). Dunque, sembra complicato

dei propositi iniziali. D’altra parte, gli obiettivi vengono rinegoziati anche nel corso della terapia e questo ha anche un effetto positivo sull’alleanza terapeutica (Gabbard, 2018).

contestare che una considerevole parte dell'efficacia dei trattamenti psicoterapici sia da attribuire ai fattori aspecifici, alleanza terapeutica su tutti. Tuttavia, anche i fattori specifici hanno un ruolo importante. Si potrebbe argomentare che i primi siano condizione imprescindibile dei secondi. L'applicazione di tecniche specifiche è possibile solo in un clima relazionale positivo: "la relazione può essere considerata terapeutica quando fornisce esperienze emotive correttive di accettazione e comprensione, che spesso sono state sperimentate raramente dal paziente nel corso della sua vita" (Beitman & Manring, 2010)

5.3 I rapporti tra gli orientamenti

Rispetto ai rapporti che intercorrono tra i diversi orientamenti, si possono identificare tre atteggiamenti principali. Il primo è l'ortodossia ed è certamente il più obsoleto. Questa posizione prevede che ogni approccio debba riferirsi solamente alle proprie teorizzazioni e alle sue tecniche. Sul polo inverso si situano i promotori dell'elettismo tecnico, secondo i quali, poiché nessun approccio può essere pienamente esaustivo, è utile e necessario usare ogni tecnica clinicamente valida, senza interrogarsi troppo sulla provenienza di esse. Infine, l'integrazionismo: atteggiamento secondo cui bisogna superare la frammentazione di cui finora si è trattato per giungere a una sintesi tra le varie scuole, sia sul piano tecnico che sul piano teorico (Cionini, 2013).

La critica più importante che viene mossa nei confronti dell'elettismo tecnico è che nessuna tecnica è indipendente dal contesto teorico in cui è nata. "Utilizzare tecniche da orientamenti diversi, in assenza di un progetto unitario, significa non tener conto del fatto che ogni elemento tecnico assume un valore e un significato in relazione alla cornice teorica all'interno della quale viene utilizzato" (Cionini, 2013). È su queste basi che l'ortodossia ancora oggi sopravvive. Ma lo svantaggio di un atteggiamento così poco flessibile e intransigente rispetto alla comunicazione tra scuole diverse si traduce in un reciproco isolamento, in un atteggiamento di competizione che certamente non contribuisce al progresso scientifico.

L'integrazionismo prova a conciliare queste due posizioni differenti suggerendo la possibilità che vengano utilizzate tecniche di diversa origine, a condizione che queste vengano significate all'interno di una nuova prospettiva teorica in grado di mettere

d'accordo le varie scuole. Gli impulsi che hanno portato alla nascita di questa posizione, affermatasi nel contesto italiano e internazionale verso la fine del secolo scorso, sono numerosi: dalla necessità di poter comunicare in maniera produttiva con i colleghi al di là dello specifico orientamento d'appartenenza, fino a giungere al bisogno di "validare l'approccio psicologico al paziente indipendentemente dalla cornice teorica in cui si iscrive" (Mundo, 2010). Tutto questo ha contribuito alla nascita dell'integrazionismo. Paradossalmente, il traguardo posto da questa posizione è di una tale complessità che, da subito, sono stati diversi i modi di interpretarlo e si è presto giunti a una paradossale frammentazione integrazionista.

Urge una precisazione terminologica: è ovvio che ci siamo riferiti al vocabolo "integrazione" riferendoci a un significato molto diverso da quello proposto dall'integrazionismo. Quest'ultimo infatti tende all'idea di una fusione unitaria che invece, l'integrazione di cui abbiamo discusso ritiene deleteria. Nel primo paragrafo di questo capitolo abbiamo definito questa pluralità di approcci psicoterapici come una ricchezza e abbiamo argomentato i motivi di tale affermazione. Se proviamo a dare una lettura di questi atteggiamenti orientandoci con la teoria della neurobiologia interpersonale potremmo asserire che l'ortodossia è sorda alle comunicazioni provenienti da altri orientamenti (il bilanciamento tra specializzazione e collegamento è assente a causa di un difetto nella capacità di creare connessioni). L'elettismo teorico ha il problema opposto, i collegamenti sono talmente tanti e indisciplinati che si perde ogni tipo di identità e di specializzazione delle parti. Infine, l'integrazionismo tende a eliminare le parti tramite un'altra via: non aumentando le connessioni ma proponendo un blocco teorico unitario.

Ma se analizziamo l'evoluzione storica di questi rapporti, potremo vedere che la psicoterapia moderna, nata unicamente come psicoanalisi, ha avuto nella sua storia, numerose differenziazioni (Beitman & Manring, 2010). Non solo, negli ultimi decenni sono aumentate in maniera vertiginosa le connessioni e le comunicazioni tra queste diverse scuole. L'obiettivo finale è l'integrazione, intesa come una "riorganizzazione sinergica" dei frammenti volta a massimizzare l'efficacia di queste interconnessioni.

Abbiamo già considerato che alcuni studi suggeriscono che dopo un certo periodo di tempo i terapeuti finiscono somigliarsi. Eppure, non c'è nessuna certezza che questo avvicinamento tecnico corrisponda a una somiglianza nell'interpretazione teorica; è ipotizzabile che questi "prestiti" vengano significati all'interno della matrice teorica d'appartenenza. Questo punto è fondamentale: significa che non vengono modificate le lenti attraverso cui si filtra la realtà, bensì ci si rivolge a diverse porzioni di realtà mantenendo la medesima prospettiva. Non siamo né all'interno dell'elettismo tecnico (la cornice teorica rimane rilevante) né all'interno dell'integrazionismo (non si compie una globale unificazione teorica). Torneremo più dettagliatamente su questo punto nell'ultimo capitolo. Questo tema sarà infatti centrale nel definire cosa intenderemo con l'espressione "psicoterapia multiplanare".

Capitolo VI: Psicoterapie e corpo

Esistono modelli psicoterapici che più di altri sembrano consapevoli che l'introduzione della prospettiva somatica nel trattamento possa fornire validi strumenti ai fini della remissione sintomatologica e del generale miglioramento della qualità di vita del paziente. A titolo di esempio discuteremo di alcune di queste tecniche, ma anche in questo caso è bene evidenziare che non ci impegneremo in una trattazione esaustiva, ma sarà una discussione volta a dimostrare l'utilità clinica di un modo di ragionare, di tenere insieme senza fondere: in altre parole di integrare.

L'inclusione della prospettiva corporea può concretizzarsi in diverse maniere. Il trattamento può includere il corpo tramite la sua osservazione e la sua discussione. Il clinico può porre particolare attenzione sulla comunicazione non verbale, può portare questo argomento all'interno delle sedute di psicoterapia; ha la possibilità di ascoltare le proprie sensazioni viscerali in risposta agli accadimenti che avvengono durante il trattamento. Le moderne concezioni di controtransfert suggeriscono che esso passi anche attraverso le sensazioni corporee del terapeuta (Hill, 2017).

Ma la dimensione corporea può essere coinvolta all'interno del percorso di cura anche in una maniera più "diretta". Sarà in questo caso l'attenzione del paziente che verrà portata gentilmente verso le sue reazioni subsimboliche, l'impegno della diade terapeutica virerà poi su veri e propri esercizi per lavorare su tali reazioni (Ogden & Fisher, 2016). Siccome nel capitolo quarto abbiamo discusso dei "salti prospettici" relativi alla comprensione del tema della psicotraumatologia, molti dei punti che verranno toccati in seguito riguardano il trattamento del trauma.

6.1 Psicoterapia sensomotoria

"L'intelligenza del corpo è una risorsa ampiamente inutilizzata in psicoterapia" (Ogden & Fisher, 2016). Infatti, abbiamo argomentato che un elemento che non può essere elaborato in maniera "completa", passando per i tre sistemi della teoria del codice multiplo e attraversando i vari distretti neuroanatomici indicati dalla teoria della regolazione affettiva, non può essere codificato tramite la parola. Non solo, le modalità di ragionamento che pertengono a questo materiale elaborato solo parzialmente non seguono la logica e le categorie del pensiero tradizionalmente inteso (Bucci, 2016).

Questo, tuttavia, non significa che non avvenga nessun tipo di lavoro su queste informazioni, semplicemente il sistema subsimbolico utilizza proprie modalità (Bucci, 2022). L'indagine di questo funzionamento non ha avuto molto spazio nella ricerca e nell'intervento clinico per lungo tempo. L'introduzione della prospettiva corporea operata dalla psicoterapia sensomotoria getta luce sulle "narrazioni somatiche": il nostro organismo nel tempo si è strutturato sulla base del suo ambiente. La postura, le reazioni viscerali, le risposte di orientamento, i cicli di arousal sono segni specifici lasciati dalla nostra storia di vita (Ogden & Fisher, 2016). Questi vengono più o meno rigidamente reiterati perché il loro contenuto sottostante non ha potuto essere elaborato dai sistemi successivi o perché lo stato di attivazione nel momento in cui si è generato quel contenuto era molto al di fuori della finestra di tolleranza (ad esempio nel caso della dissociazione peritraumatica). Una strada che potrebbe percorrere un clinico informato di questi temi ma al tempo stesso fedele all'agire psicoterapeutico più classicamente inteso è tentare, attraverso la parola e la relazione, di permettere al paziente di elaborare completamente questi accadimenti problematici. Si tratterebbe di provare a ripristinare i cicli referenziali di cui parla Bucci (Solano, 2013). Tuttavia, "a queste pratiche cognitive e psicodinamiche, di per sé efficaci, proponiamo di aggiungere interventi *bottom-up* che affrontino le ripetitive e improvvise sensazioni fisiche, le inibizioni motorie e le intrusioni somatosensoriali" (Ogden et al., 2023).

Infatti, capita spesso con i pazienti traumatizzati che tentare di stabilire fluidità nei cicli referenziali riattualizzi le sensazioni di allora, impedendo ogni tipo di lavoro sulle cosiddette funzioni mentali superiori. Lavorare direttamente sulla dimensione corporea consente di ampliare la finestra di tolleranza, rimandando la narrazione del trauma in un momento più idoneo perché il paziente avrà acquisito maggiori capacità di regolazione e sicurezza all'interno della relazione (Ogden et al., 2023). Inoltre, è frequente che queste reazioni automatiche, riflesso di accadimenti traumatici, portino la persona a sviluppare un cattivo rapporto col proprio Sé corporeo. Risignificare questi automatismi in chiave di sopravvivenza passata (perché in quel momento o in quel periodo hanno aiutato a superare il terrore e l'angoscia o a minimizzare il pericolo) permette al paziente di migliorare questo aspetto e aumentare l'autostima in generale (Liotti & Farina, 2011;

Ogden & Fisher, 2016). Tutto questo si accompagna costantemente all'identificazione di risorse che, fin da subito, sono tali anche per il paziente (o perlomeno lo diventano non appena ci presta attenzione). Ad esempio, l'identificazione di particolari reazioni piacevoli dell'organismo nel momento in cui si pensa e si parla di una determinata attività vengono discusse nel corso della sedute ed eventualmente utilizzate in fasi più critiche (Ogden, 2022).

Queste tecniche, come le altre che vedremo all'interno del capitolo, non vengono necessariamente utilizzate da sole. Più spesso vengono integrate e affiancate da altri modelli psicoterapici (Liotti & Farina, 2011).

6.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

“L'EMDR [...] si può concettualmente configurare come un approccio integrato alla psicoterapia, a base corporea” (Giannantonio, 2010). In questa specifica tecnica l'introduzione della prospettiva somatica passa attraverso i movimenti oculari del paziente guidati dal terapeuta o dalla stimolazione tattile ad opera di quest'ultimo (Liotti & Farina, 2011). Sebbene le fonti non siano affatto concordi nell'identificare il meccanismo operante sottostante questa tecnica, viene teorizzato che questa stimolazione bilaterale promuova l'aumento di comunicazione interemisferica. Questo sarebbe perfettamente in linea con quanto abbiamo sostenuto fino ad ora: il ricordo traumatico “imprigionato” nell'emisfero destro, diverrebbe oggetto dell'attenzione dell'emisfero controlaterale grazie alle interconnessioni permesse dalla pratica dell'EMDR. Studi di neuroimaging suggeriscono un coinvolgimento della corteccia prefrontale, del cingolato anteriore e dei gangli della base (Van der Kolk, 2015), rendendo un poco più complessa l'interpretazione dei dati. Ad oggi la comunità scientifica non è concorde nell'identificazione dei motivi dell'efficacia dell'EMDR (Giannantonio, 2010). Inoltre, è bene precisare che i risultati di tale pratica sono molto più significativi per quel che concerne individui traumatizzati in età adulta (Van der Kolk, 2015)

Ciò che acquisisce particolare interesse perché particolarmente attinente alle tematiche trattate nel capitolo precedente è che questa pratica necessita di una base relazionale stabile e pazientemente strutturata per esprimere il massimo del suo potenziale (Dworkin, 2010). Questa pare una conferma rispetto al fatto che fattori aspecifici e fattori

specifici possono entrare in relazione e massimizzare l'effetto del trattamento a patto che gli elementi comuni (tra cui l'alleanza terapeutica, la qualità della relazione) siano operanti all'interno della stanza di terapia.

La dimensione corporea è presa in considerazione dall'EMDR nella misura in cui compie salti prospettici nel trattare l'organismo, guardandolo attraverso un punto di vista psicologico, ma agendo sfruttando una prospettiva somatica, i cui dati vengono poi eventualmente utilizzati nel ritorno a un'osservazione maggiormente psicologica.

6.3 Neurofeedback

La pratica del neurofeedback può annoverarsi tra quelle tecniche che si propongono di introdurre una prospettiva corporea all'interno dell'agire psicoterapeutico. L'idea è quella di lavorare direttamente sulla plasticità del cervello e di conseguenza sulla sua reattività e la sua organizzazione. Rimane centrale il concetto di regolazione (affettiva) ma viene enfatizzato un punto di osservazione neurobiologico, che dà maggior spazio all'analisi della comunicazione cerebrale elettrica, lungamente trascurata perché eclissata dallo studio dei processi neurochimici (Van der Kolk, 2015). L'ipotesi è che uno sviluppo traumatico non permetta all'attività cerebrale di raggiungere un livello di sincronia (tra le varie regioni), tipico di chi non ha vissuto queste esperienze (Fisher, 2017). Si tratta dunque di un problema di ritmo: la comunicazione è fuori tempo, come un piccolo gruppo di persone in cui i componenti non rispettano il proprio turno di parola, qualcuno parla troppo forte, altri troppo piano, tutti faticano a comprendersi. Come un'orchestra in cui ciascun musicista parte a suonare in un momento differente. Concretamente, il paziente, insieme al terapeuta, vede una traduzione grafica (EEG) della propria attività elettrica cerebrale. "Il neurofeedback induce a creare più frequenze di un tipo e meno di un altro, così da formare nuovi schemi, che ne amplificano la naturale complessità e la tendenza all'autoregolazione" (Van der Kolk, 2015). Una recentissima metanalisi mostra risultati incoraggianti rispetto alla riduzione sintomatologica nell'ambito del DPTS (Askovic et al., 2023), ma altri autori suggeriscono che il campo di applicazione di questa tecnica non si riduca solamente a questa popolazione clinica (Fisher, 2017). Il termine "oscillopatia" è stato creato per descrivere come diverse patologie neuropsichiatriche possano essere caratterizzate da specifiche alterazioni di

ritmo oscillatorio (in diverse bande di frequenza) all'interno e tra network corticali a larga scala (Elyamany et al., 2020).

Come nei casi precedenti, l'introduzione della prospettiva corporea non elimina quella mentale, ma si alterna ad essa. Dopo che si ragiona in termini neurobiologici sul paziente è possibile tornare ad un punto di vista psicologico con nuove ipotesi o intuizioni. È comunque molto importante ricordare che più di una compresenza di visioni si tratta di un'alternanza (più o meno rapida): integrazione non significa fusione. Non siamo alla ricerca di una prospettiva unificante.

Anche in questo caso si tratta di una tecnica che trova il suo compimento ideale nell'affiancamento ad altre tecniche psicoterapiche e comunque produce i suoi effetti entro un contesto relazionale positivo: "c'è bisogno di un'alleanza per esercitare il neurofeedback" (Fisher, 2017).

6.4 Recuperare la sincronia

Il concetto di sincronia può essere esplorato da un vertice di osservazione neurobiologico come nel caso del neurofeedback. Si inserisce in questa cornice teorica anche la già citata disregolazione dei ritmi oscillatori del connettoma della neurobiologia interpersonale. Bisogna prestare attenzione a non trascurare il resto dei sottosistemi del nostro organismo. Mantenendo una prospettiva corporea i ritmi possono essere intesi in senso relazionale, come abbiamo potuto vedere tramite il concetto di sincronizzazione biocomportamentale. Ma anche in una semplice conversazione avvengono dei processi sul piano subsimbolico che portano a stabilire una complementarità nei movimenti, nelle posture, negli sguardi (Speziale-Bagliacca, 2008; Bucci, 2022). Nelle persone che hanno difficoltà relazionali questa sincronia può essere ottenuta tramite l'attivazione di un canale cooperativo (Liotti & Farina, 2011). Si può argomentare che nella messa in atto di una tecnica (EMDR, neurofeedback, esercizi proposti nell'ambito di una psicoterapia sensomotoria), così come nell'accordarsi sugli obiettivi della terapia (Gabbard, 2018) entri in gioco questa dimensione collaborativa. L'attivazione di questo sistema motivazionale interpersonale evita il coinvolgimento del sistema di attaccamento e non sollecita la messa in campo di strategie controllanti (Liotti & Farina, 2011).

Esistono molte altre tecniche basate su questi stessi principi. Queste considerazioni potrebbero essere intese come un approfondimento sui fattori specifici. Non si tratta dell'uno o dell'altro approccio, ma di strategie trasversali volte a costruire un'alleanza terapeutica che fornirà la base per la messa in atto di tecniche e modelli specifici. Non si vuole negare che anche una "fredda" applicazione di queste tecniche possa sortire un qualche genere di effetto, ma in quei casi un immenso potenziale di cura viene perso. Probabilmente, in tali situazioni non è nemmeno corretto parlare di "psicoterapia"¹⁵. È altrettanto onesto riconoscere che non necessariamente tutto ciò che è terapeutico deve essere psicoterapico, le pratiche di teatro e yoga (che pure possono rientrare in un progetto volto al miglioramento della qualità di vita stilato all'interno di una psicoterapia) sono un esempio di attività volte al ripristino di una relazionalità sincronica inter ed intrapersonale (Van der Kolk, 2015).

6.5 Considerazioni sui trattamenti pluridimensionali

Abbiamo ragionato brevemente su alcuni modelli che si propongono (in maniera più o meno esplicita) di introdurre la prospettiva corporea nel trattamento. In particolare, le tecniche di psicoterapia sensomotoria, l'EDMR e il neurofeedback attuano questo proposito con un coinvolgimento diretto della dimensione somatica (attraverso movimenti motori, oculari o la registrazione dell'attività elettrica del cervello).

Ma anche un terapeuta che tiene conto del concetto di regolazione affettiva o ha ben presente i concetti psicosomatici trattati nel secondo capitolo, includerà molto probabilmente nel suo agire, considerazioni e azioni basate su un simile punto di vista. La differenza è rappresentata dal fatto che nel primo caso la prospettiva corporea diviene saliente per entrambi i membri della diade terapeutica, mentre nel secondo si limita a informare (insieme al punto di vista psicologico) il pensiero e l'agire del clinico.

In ogni caso, il corpo: "grande assente" della psicoanalisi classica (Speziale-Bagliacca, 2008) e della psicoterapia in senso lato (salvo rare eccezioni), viene introdotto nel

¹⁵ Ammesso che non esiste una definizione condivisa di psicoterapia (Sanavio, 2011), buon senso impone che le caratteristiche comuni dei trattamenti psicoterapici (i fattori specifici) siano gli elementi su cui basarsi per identificare una linea di confine che permetta almeno di identificare cosa non è psicoterapia.

trattamento, che diviene così concettualmente (e praticamente) multidimensionale, perché sfrutta le diverse angolazioni tramite cui l'organismo può essere analizzato.

Si tratta di esplorare il "triangolo dell'esperienza umana" (Siegel, 2021) composto da mente, cervello incorporato e relazioni interpersonali. Questo inevitabilmente conduce a un approccio multidisciplinare. La salute si compone di numerosi aspetti legati tra loro. Nel momento in cui si stabilisce che l'indagine e l'intervento di tale aspetto è compito della tale disciplina, si promuove una divisione dei compiti che è funzionale solo nella misura in cui poi viene promosso anche un dialogo interdisciplinare. Altrimenti i legami tra questi fattori che compongono lo stato di benessere vanno persi e l'efficacia del possibile intervento viene drammaticamente ridotta.

Non si tratta di un ragionamento poi tanto diverso dell'interazione tra fattori specifici e aspecifici in psicoterapia. Il punto cruciale rimane il medesimo: l'approccio analitico è utile se poi viene reinserito in una riflessione generale, altrimenti rende miopi.

Purtroppo, un grande ostacolo a questo tipo di concezione è rappresentato da un certo atteggiamento della comunità scientifica che promuove una sorta di politica secondo cui una volta scoperto un trattamento (spesso un farmaco) per una data problematica, le cure del passato e il sapere ad esso connesso viene liquidato come superato e presto cade nel dimenticatoio. Un esempio lampante proviene dal caso dell'epilessia. Prima dell'avvento dei farmaci, i medici cercavano di ridurre la frequenza delle crisi solamente tramite la prescrizione di uno specifico regime alimentare. In seguito, siccome la soluzione farmacologica aveva un maggior grado di efficacia, le conoscenze cliniche precedenti sono state trascurate. Alcuni centri clinici più illuminati hanno potuto constatare i benefici di impiegare entrambi i rimedi (farmacologico e alimentare) e hanno osservato che nei casi farmaco-resistenti, la dieta specifica era una valida alleata (Bottaccioli, 2011).

Capitolo VII: Psicoterapia multiplanare

A cosa è servito costruire ponti? Cosa significa avere una visione multiplanare del trattamento? Sulla scorta dei contenuti esposti nei capitoli precedenti daremo risposta a questi interrogativi.

Alcune delle connessioni proposte sono state identificate altrove (magari tramite altri percorsi logici e utilizzando un altro lessico), altre sono probabilmente nuovi incastri all'interno del nostro puzzle. Tuttavia, l'aspetto di originalità della proposta contenuta in questo lavoro è l'intero percorso concettuale. Proporre una rilettura dell'articolazione del rapporto mente-corpo, volta a un ideale superamento della distinzione tra salute fisica e mentale; sostenerla tramite alcune delle più interessanti teorie che la psicologia odierna (e non solo) offre; mettere alla prova questo modello utilizzandolo per l'analisi di una tematica complessa come la psicotraumatologia; osservare le ricadute che questo ha sulle psicoterapie, proponendo infine che anche in quest'ultimo campo si possa applicare una logica di integrazione che massimizza i collegamenti senza collassare nella fusione di un tutto indistinto; sostenere che questo modello, che prima crea lo spazio concettuale per un dialogo interdisciplinare e poi ne crea uno per quello intradisciplinare, possa avere ricadute cliniche e organizzative (per quel che concerne i servizi di cura alla persona) significative (quest'ultimo sarà il tema di questo capitolo). Con l'espressione "psicoterapia multiplanare" non ci riferiamo a un nuovo orientamento psicoterapico, bensì all'agire terapeutico informato delle riflessioni svolte in questo scritto. Chi si occupa di salute, deve perciò essere consapevole che esistono più prospettive attraverso cui osservare e agire sull'organismo. Questo non porta alla stesura di un protocollo specifico, né alla scelta di alcune tecniche a scapito di altre. Tuttavia, obbliga a cambiare il modo in cui si ragiona sul paziente. Per maggiore chiarezza ripercorreremo alcune idee, soffermandoci però sul loro significato clinico e le loro implicazioni nella pianificazione del trattamento.

Nel primo capitolo abbiamo suggerito che una visione dualista e contaminata dalle influenze positiviste abbia portato il modello biomedico ad avere un punto di vista immobile e parziale, che pure ha portato infiniti progressi nell'aspettativa e nella qualità di vita delle persone. Per fare ulteriori passi avanti nella comprensione del

funzionamento dell'organismo, tuttavia, questa parzialità rischia di diventare piuttosto invalidante. Tale modello può essere ben rappresentato e semplificato da questa sintesi grafica (Figura 1).

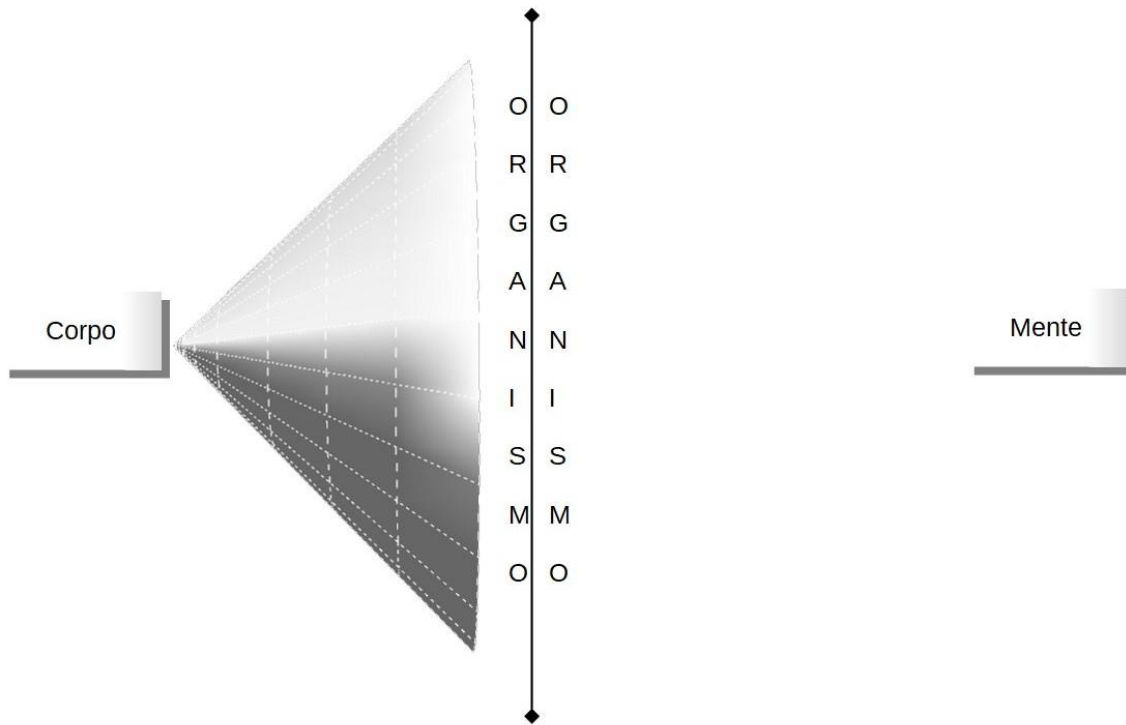


Figura 1

Quando guardiamo un oggetto, le qualità che possiamo apprezzare sono determinate dalla prospettiva dalla quale osserviamo. Un riduzionismo psicologico presenta lo stesso problema dell'appena descritto modello biomedico. Le teorie che abbiamo esplorato nel secondo e nel terzo capitolo ci conducono ad abbandonare una prospettiva dualista e ci permettono di cogliere l'organismo da due prospettive differenti. Mente e corpo non sono più entità costitutive dell'individuo, ma due nomi da assegnare alla modalità tramite cui l'individuo viene osservato (Figura 2). Ne consegue che, ponendomi sull'uno o sull'altro versante, avrò accesso non solo a dati nuovi ma anche a modalità inedite di esplorare i medesimi elementi.

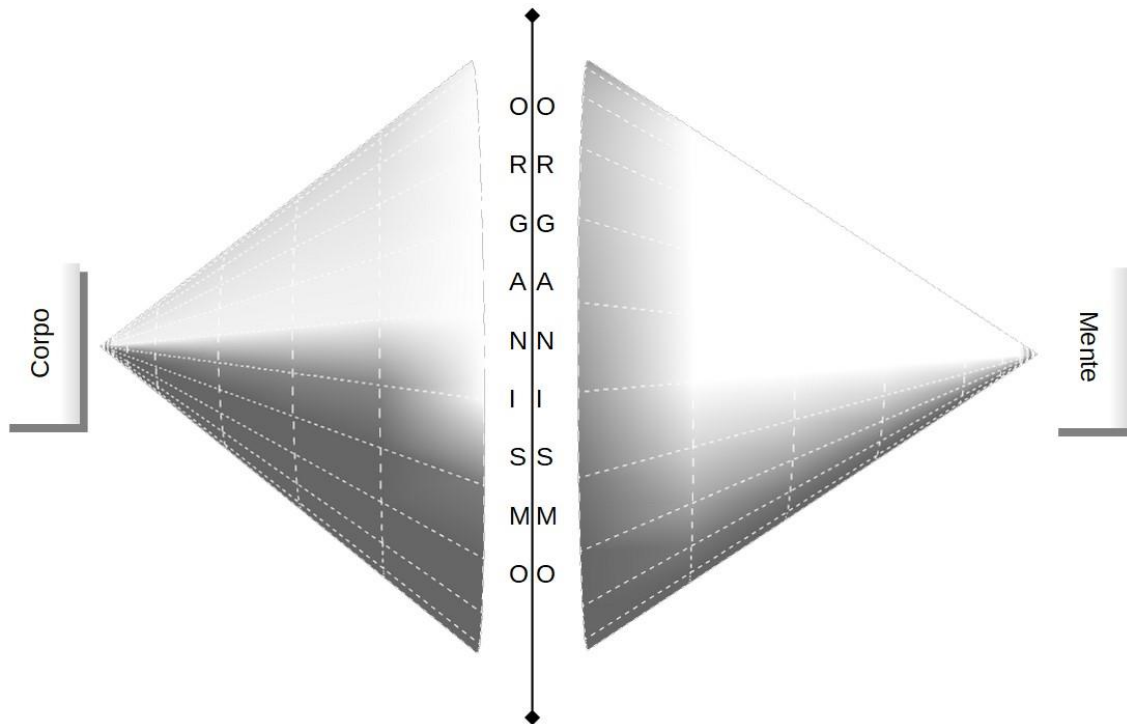


Figura 2

Tali consapevolezza possono avere un grande effetto sull'agire terapeutico dei vari professionisti della salute. Talvolta un problema può non essere compreso perché si sta escludendo una delle due prospettive, o si sta privilegiando quella sbagliata.

All'interno della prospettiva psichica (Mente) si è poi considerata la legittimità di diversi approcci psicoterapici. Questi sono governati da leggi talvolta discordanti tra loro. Il significato del vocabolo multiplanare si riferisce proprio al fatto che ogni orientamento è contraddistinto da una logica differente (sia osservativa che terapeutica) perché si rivolge a un piano diverso – dove per “piano” si intende una specifica porzione di realtà che quell'orientamento è in grado di cogliere. Queste porzioni hanno delle parti comuni (i fattori aspecifici ad esempio), e delle parti dissimili (Figura 3).

Rispetto all'illustrazione, vengono indicati i tre orientamenti protagonisti del panorama scientifico contemporaneo (cognitivo-comportamentale, sistemico-relazionale e psicodinamico). Le altre scuole di psicoterapia possono trovare una collocazione in un vertice situato tra gli spazi che si vengono a creare tra i punti di osservazione dei suddetti orientamenti. La riduzione del campo considerato è diretta conseguenza di un avvenuto avvicinamento. Esattamente come quando ingrandiamo una foto per apprezzarne i

dettagli, è inevitabile perdere di vista la totalità dello sfondo. Questo si riferisce al fatto che ciascun orientamento si concentra più sull'uno o sull'altro elemento (come abbiamo discusso nel capitolo quinto). D'altra parte, la questione non può essere risolta così semplicemente. Sebbene ogni orientamento abbia oggetti di studio particolarmente cari, è innegabile che molte volte gli argomenti e le problematiche trattate sono le medesime, ma in quel caso varia la prospettiva da cui vengono guardate. In ogni caso siamo in una prospettiva mentale, ma ci avviciniamo all'organismo da direzioni differenti. Ciò che l'orientamento cognitivo comportamentale vede insieme al terapeuta sistemico avrà comunque una parvenza diversa in virtù della differenti posizioni in cui sono posti gli osservatori. Per questa anche se utilizzano la medesima tecnica essa verrà in qualche modo significata in maniera dissimile.

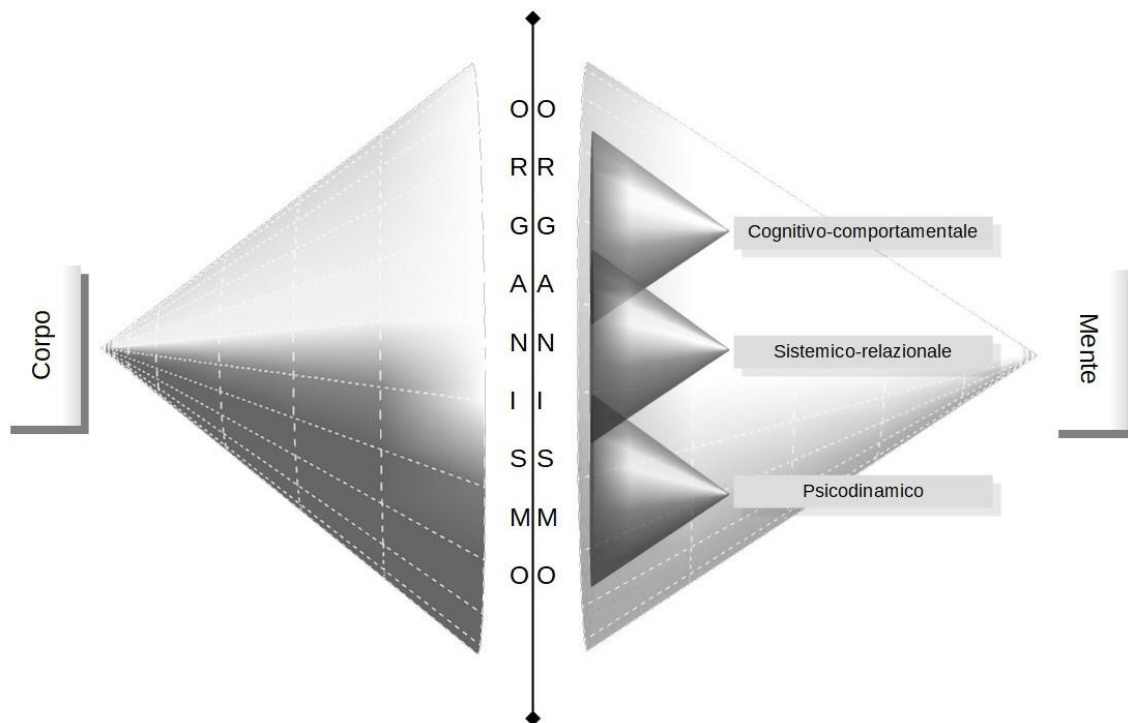


Figura 3

D'altra parte, anche la prospettiva corporea è caratterizzata da sotto-prospettive. Abbiamo considerato che nell'ambito della neurobiologia possiamo ragionare sul funzionamento del sistema nervoso prestando maggiore attenzione alla chimica dei neurotrasmettitori o all'attività elettrica delle varie aree cerebrali. Ma queste distinzioni

non si limitano certo al cervello. Alla fine del precedente capitolo abbiamo intravisto possibilità di proficue interazioni tra dati e modalità di intervento basate sull'alimentazione e sulla farmacologia.

Insomma, un professionista della salute che sia informato della pluralità delle prospettive saprà che alcuni problemi e alcune loro caratteristiche potranno essere meglio afferrati da una prospettiva diversa da quella che tendenzialmente utilizza. Se ciò è comunque alla portata dell'esperienza e della formazione dell'operatore ciò non costituisce un problema poi così grande; se invece, come più spesso accade, alcuni elementi esulano dalla formazione specialistica del professionista, un lavoro di équipe pare la scelta più ovvia. In questi casi sarà importante che tutti i professionisti coinvolti nel team siano consapevoli che la loro è una prospettiva e non una modalità conoscitiva superiore alle altre.

Bibliografia

- Andolfi, M. (2013). Un bambino non è un'isola. Le risorse della famiglia in psicoterapia. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 212-229). Milano: Tecniche nuove.
- Andreassi, & De Coro. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- APA. (2013). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Armezzani, M. (2011). La prospettiva costruttivista e interazionista. In A. Salvini, & M. Dondoni, *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia* (p. 62-92). Firenze: Giunti Editore.
- Askovic, M., Soh, N., Elhindi, J., & Harris, A. W. (2023). Neurofeedback for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of clinical and neurophysiological outcomes. *European journal of psychotraumatology*, 14(2).
- Baldoni, F. (2010). *La prospettiva psicosomatica*. Bologna: il Mulino.
- Bara, B. G. (2023). *Il corpo malato. L'intervento psicologico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Barker, D. J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 311(6998), 171-174.
- Beitman, B. D., & Mannring, J. (2010). Teoria e pratica dell'integrazione delle psicoterapie. In G. O. Gabbard, *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. 779-793). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boot, W. R., Simons, D. J., Stothart, C., & Stutts, C. (2013). The Pervasive Problem With Placebos in Psychology: Why Active Control Groups Are Not Sufficient to Rule Out Placebo. *Perspectives on Psychological Sciences*, 445-454.
- Bottaccioli, F. (2011). Psiche e sistemi biologici: una relazione integrata. Il contributo della psiconeuroendocrinoimmunologia. In A. Salvini, & M. Dondoni, *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia* (p. 151-173). Firenze: Giunti Editore.

- Bromberg, P. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bucci, W. (2016). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Roma : Giovanni Fioriti Editore.
- Bucci, W. (2022). *Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Carli, L. (2009). Dal legame con la famiglia di origine al legame di coppia. In L. Carli, D. Cavanna, & C. Zavattini, *Psicologia delle relazioni di coppia* (p. 57-88). Bologna: il Mulino.
- Cassidy, J. (2010). La natura dei legami del bambino. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (p. 7-28). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Cionini, L. (2013). *Modelli di psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Clark, D. A., Hollifield, M., Leahy, R., & Beck, J. S. (2010). Fondamenti teorici della terapia cognitiva. In G. O. Gabbard, *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. 183-219). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cohen, S., & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology*, 47, 113-142.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological bulletin*, 109(1), 5-24.
- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 3-29). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Carli, P., & Simonelli, A. (2018). La teoria dell'attaccamento. Dall'etologia alle neuroscienze. In P. Venuti, A. Simonelli, & P. Rigo, *Basi biologiche della funzione*

- genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche.* (p. 99-120). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Del Corno, F., Lingiardi, V., & Migone, P. (2014). Prefazione all'edizione italiana. In A. Frances, *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5* (p. XVII-XXVII). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dozier, M., Stovall-McClough, C. K., & Albus, K. E. (2010). L'attaccamento e la psicopatologia nell'età adulta. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (p. 827-857). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Dunn, E. C., Soare, T. W., Zhu, Y., Simpkin, A. J., Suderman, M. J., Klengel, T., . . . Relton, C. L. (2019). Sensitive Periods for the Effect of Childhood Adversity on DNA Methylation: Results From a Prospective, Longitudinal Study. *Biological Psychiatry, 85(10)*, 838-849.
- Dworkin, M. (2010). *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ellenberger, H. F. (1976). *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Elyamani, O., Leicht, G., Hermann, C. S., Mulert, C. (2020). Transcranial alternating current stimulation (tACS): from basic mechanisms towards first applications in psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2021 Feb;271(1):135-156*
- Fasola, C., & Inghilleri, M. (2011). Psicologia clinica postmoderna, le idee per un cambiamento di paradigma. In A. Salvini, & M. Dondoni, *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia* (p. 27-61). Firenze: Giunti Editore.
- Feeney, J. A. (2009). Amore romantico in età adulta. In L. Carli, D. Cavanna, & G. C. Zavattini, *Psicologia delle relazioni di coppia* (p. 39-56). Bologna: il Mulino.

- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21, 80-99.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fisher, S. F. (2017). *Neurofeedback nel trattamento dei traumi dello sviluppo*. Milano : Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P. (2002). Evidence-based medicine and its justifications. In M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target, *Outcomes of Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers* (p. 53-59). Philadelphia: Whurr Publishers.
- Fonagy, P. (2013). There is Room for Even More Doublethink: The Perilous Status of Psychoanalytic Research. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 116-122.
- Fonagy, P., & Target, M. (2010). La psicoterapia psicodinamica: modelli teorici. In G. O. Gabbard, *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. 11-52). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Friedman, L. M. (1993). *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G. O. (2010). Premessa. In G. O. Gabbard, *le Psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. XIX-XXII). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Galdi, S., Arcuri, L., & Gawronski, B. (2008). Automatic mental associations predict future choices of undecided decision-makers. *Science (New York, N.Y.)*, 321(5892), 1100-1102.

- Giannantonio, M. (2010). Introduzione all'edizione italiana. In M. Dworkin, *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR* (p. VII-XI). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American journal of preventive medicine*, *48*(3), 345-349.
- Glover, V., O'Connor, T. G., & O'Donnel, K. (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *35*(1), 17-22.
- Gottman, J. S., & Gottman, J. M. (2017). *Dieci principi per una terapia di coppia efficace*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hart, C. L., Hole, D. J., Lawlor, D. A., Smith, G. D., & Lever, T. F. (2007). Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in participants of the Renfrew/Paisley Study. *J Epidemiol Community Health - May*;61(5), 455-460.
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to "scientific" legitimacy: the desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Ottobre; 57 (5)), 1043-1069.
- Kandel, E. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry* (April), 457-469.
- Khashan, A. S., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Baker, P. N., . . . Mortensen, P. B. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of general psychiatry*, *65*(2), 146-152.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy, F. V., & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, *3*, 774-779.

- Lambert, M. J. (2005). Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than "Placebo Effects". *Journal of clinical psychology, 61(7)*, 855–869.
- Lazzari, D. (2013). Psicoterapia in ottica PNEI. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 3-76). Milano: Tecniche nuove.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet (London, England)*, *361(9355)*, 363-367.
- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico (seconda edizione)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malagoli Togliatti, M., & Lubrano Lavadera, A. (2006). La ricerca in psicoterapia sistemico-relazionale. Stato dell'arte e linee guida per la ricerca sulla terapia familiare. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 775-799). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Matthews, R. (2000). Storks deliver babies ($p=0.008$). *Teaching Statistics, 22(2)*, 36-38.
- McEwen, B. S. (2001). Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences, 933*, 265-277.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric

- disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602.
- Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child development*, 81(1), 41-79.
- Mundo, E. (2010). Introduzione a "Modalità d'integrazione in psicoterapia". In G. O. Gabbard, *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. 771-777). Milano: Raffaello Cortina.
- NICE. (2010). *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*. Leicester: British Psychological Society (UK).
- Ogden, P. (2022). *Guida alla psicoterapia sensomotoria. Prospettive socioculturali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2023). *Il trauma e il corpo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2014). *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano : Raffaello Cortina Editore.
- Patti, M. S., & Vassalli, A. (2015). Introduzione all'edizione italiana. In B. Van der Kolk, *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* (p. VII-XI). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Perry, C. J. (1990). Defense Mechanism Rating Scale (quinta edizione). In V. Lingiardi, & F. Madeddu, *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (p. 381-458). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Phillips , D. P., Ruth , T. E., & Wagner , L. M. (1993, Novembre 6). Psychology and survival. *The Lancet*, p. 1142-1145.

- Polan, J. H., & Hofer, M. A. (2010). Le origini psicobiologiche dell'attaccamento in infanzia e il suo ruolo nello sviluppo. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (p. 182-199). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Porcelli, P. (2008). Prefazione. In R. M. Scognamiglio, *Il male in corpo. La prospettiva somatologica nella psicoterapia della sofferenza del corpo* (p. 13-16). Milano: Franco Angeli.
- Porcelli, P. (2013). La Psicoterapia nelle malattie somatiche. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 191-211). Milano: tecniche nuove.
- Porcelli, P. (2022). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica. Modelli teorici, diagnosi, trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rolland, J. S., & Walsh, F. (2010). Teoria e pratica clinica negli approcci sistemico-familiari. In G. O. Gabbard, *Le psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento*. (p. 553-588). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sanavio, E. (2011). *Le psicoterapie*. Bologna: il Mulino.
- Schore, A. N. (2008). *La riparazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Schore, A. N. (2010). *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Schore, A. N. (2022). *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Scognamiglio, R. M. (2008). *Il male in corpo. La prospettiva somatologica nella psicoterapia della sofferenza del corpo*. Milano: Franco Angeli.
- Semi, A. (1985). *La tecnica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semi, A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Shea, J. D., Burton, R., & Girgis, A. (1993). Negative affect, absorption, and immunity. *Physiology & behavior*, 53(3), 449-457.
- Siegel, D. J. (2017). Prefazione. In J. S. Gottman, & G. J. M., *Dieci principi per una terapia di coppia efficace* (p. XIX-XVII). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2021). *La mente relazionale. Introduzione alla neurobiologia dell'esperienza intersoggettiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2023). Premessa. In P. Ogden, M. Kekuni, & P. Clare, *Il trauma e il corpo. Un approccio sensomotorio alla psicoterapia* (p. XVII-XXI). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Smith, S. M., Nichols, T. E., Vidaurre, D., Winkler, A. M., Behrens, T. E., Glasser, M. F., . . . Miller, K. L. (2015). A positive-negative mode of population covariation links brain connectivity, demographics and behavior. *Nature Neuroscience* Nov;18(11), 1565-1567.
- Smith, R. (2001). Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *British Medical Journal*, 1073-1074.
- Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Solano, L., & Rea, M. (2013). Eventi di vita e salute. In L. Solano, *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute* (p. 153-246). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2004). *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Speziale-Bagliacca, R. (2008). Introduzione. In A. N. Schore, *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Spielmanns, G. I., Berman, M. I., & Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 199(3), 142-149.

- Strauman, T. J., Lemieux, A. M., & Coe, C. L. (1993). Self-discrepancy and natural killer cell activity: immunological consequences of negative self-evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 64(6), 1042-1052.
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano : Raffaello Cortina Editore.
- Van der Kolk, B. (2017). Prefazione. In S. F. Fisher, *Neurofeedback nel trattamento dei traumi dello sviluppo* (p. 5-10). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van der Kolk, B. (2023). Prefazione. In P. Ogden, M. Kekuni, & P. Clare, *Il trauma e il corpo. Un approccio sensomotorio alla psicoterapia* (p. XXIII-XXXIV). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Westen, D. (2002). The Language of Psychoanalytic Discourse. *Psychoanalytic Dialogues* (12), 857-898.