

Giuseppe Sacco
Donato Testa

Psicosomatica integrata complessa

Ipotesi teorico-pratiche
per una nuova prospettiva
psicoterapeutica



PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Giuseppe Sacco
Donato Testa

**Psicosomatica
integrata
complessa**

Ipotesi teorico-pratiche
per una nuova prospettiva
psicoterapeutica

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

*L'attimo fugace d'un battito di ciglia,
la grande energia di un'umanità semplice e profonda,
il vuoto crudele e inspiegabile che hai lasciato...
Grazie Denise per la tua indimenticabile Amicizia...*
GS

*Grafica della copertina: Leonardo, particolare del musicista in piedi,
raffigurato sul verso del foglio del Louvre.*

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Parte prima Il senso di una necessaria integrazione

1. Limiti attuali della psicoterapia ed esigenze emergenti	pag.	13
1. Principali aspetti critici	»	13
1.1. Frammentazione e pluralità di linguaggi	»	13
1.2. Valutazione e verifica risultati	»	14
1.3. Raggiungimento e mantenimento risultati	»	14
2. Esigenze emergenti	»	15
2.1. Apertura ad altre scienze e interdisciplinarietà	»	15
2.2. Linguaggio condiviso	»	16
2.3. Strumenti di intervento e di verifica più efficaci	»	16
2. Integrazione e psicoterapia	»	18
1. Il significato del processo di integrazione	»	18
2. Psicosomatica integrata complessa: un nuovo percorso per l'integrazione	»	20

Parte seconda Concetti trasversali del primo livello

3. Teorie della complessità e dei sistemi dinamici non-lineari	»	25
---	---	----

1. La complessità	pag. 25
2. Alcuni concetti fondamentali	» 26
2.1. Caratteristiche principali di un Sistema psicofisiologico dinamico non-lineare (SPDNL)	» 27
2.2. Concetto di attrattore e repulsore	» 27
2.3. Stabilità/instabilità, biforcazione, caos	» 28
2.4. Autorganizzazione	» 31
4. Teorie dei Sistemi dinamici non-lineari in psicologia e psicoterapia	» 34
1. Il concetto di attrattore in psicologia	» 34
2. L'approccio dei SDNL e la teoria dell'attaccamento	» 36
3. Un esempio di attrattori: i pattern di attaccamento	» 39
5. Sistemi interconnessi	» 41
1. Sistemi interconnessi e complessità	» 41
2. Dinamiche nel dominio del tempo	» 44
3. Determinanti della complessità	» 44

Parte terza
Concetti trasversali del secondo livello

6. Contributi neurofisiologici	» 55
1. Introduzione	» 55
2. La Neurobiologia interpersonale (NBI)	» 55
2.1. Generalità della NBI	» 56
2.2. Plasticità neuronale	» 62
2.3. Lateralità	» 66
2.4. Neuroni specchio	» 68
7. Neurofisiologia clinica	» 71
1. Neurofisiologia clinica	» 71
1.1. La teoria della dissoluzione e i 5 principi	» 73
1.2. Gerarchia funzionale del sistema nervoso centrale	» 74
1.3. Teoria polivagale	» 74

1.4. Gerarchia funzionale del sistema nervoso autonomo	pag. 75
8. Emozioni di base	» 78
1. Una rilettura degli esperimenti di Pavlov	» 78
2. Soglie di reclutamento	» 83
3. Rappresentazione binaria	» 88
4. Tono vagale e interazioni sociali	» 95
5. Funzionalità delle soglie bioelettriche di attivazione selettiva del cervello	» 97
5.1. Paradosso e alienazione	» 99
6. Il sintomo e la sua logica	» 103
7. Gerarchie	» 105
8. Il sogno	» 106
9. Autoregolazione	» 112
1. Introduzione	» 112
2. Comportamento diretto da uno scopo e <i>feedback</i>	» 114
2.1. Circuiti a <i>feedback</i>	» 114
2.2. Processi di <i>feedback</i> e affettività	» 115
3. Affettività e azione	» 116
3.1. Differenti visioni nella struttura dimensionale dell'affettività	» 117
4. La gestione delle priorità degli scopi: un problema centrale nell'autoregolazione	» 119
5. Gestione delle priorità degli scopi e depressione	» 120
6. Problematica conflitto/auto-controllo	» 122
7. La Regolazione dell'affettività (RdA)	» 123
7.1. Qualche definizione	» 123
7.2. Alcune motivazioni dell'autoregolazione dell'affettività	» 124
7.3. Strategie e comportamenti di autoregolazione dell'affettività	» 124
7.4. Importanza della regolazione degli stati affettivi negativi (spiacevoli)	» 126
7.5. Regolazione affettività positiva (piacevole)	» 126

7.6. Alcuni modelli della regolazione dell'affettività	pag. 127
8. Misure della regolazione dell'affettività	» 127
8.1. Concezioni di stato	» 127
8.2. Concezioni di tratto	» 128
9. Alcune linee di sviluppo future	» 129
9.1. Basi neurofisiologiche dell'autoregolazione affettiva e cognitivo-comportamentale	» 129
9.1.1. I lobi frontali come sistema di supervisione attenta	» 129
9.1.2. I circuiti principali dei lobi frontali	» 132
9.2. Basi neurali dell'autoregolazione consapevole delle emozioni	» 137
9.2.1. I lobi frontali come struttura integrata	» 138
9.2.2. Concetti-chiave di tipo psiconeurofisiologico nell'autoregolazione	» 139
10. Commenti critici agli studi sull'autoregolazione	» 143
10. Dal concetto di schema a quello di Unità funzionale psicofisiologica (UFP)	» 148
1. Generalità sul concetto di "schema"	» 148
2. Le Unità funzionali psicofisiologiche (UFP)	» 152
3. Dinamica diacronica dei Sistemi psicofisiologici non-lineari	» 159
3.1. Dinamiche sincroniche dei SPNL	» 160
11. Psiconeurofisiologia	» 163
1. La variabilità della frequenza cardiaca (HRV)	» 163
1.1. Generalità	» 163
1.2. Proprietà e caratteristiche	» 164
1.3. Ruolo dei barocettori	» 169
1.4. Misure HRV	» 172
1.5. Apprendimento stato-contesto dipendente	» 189
1.5.1. Overwrite	» 189
1.5.2. Sincronia, coerenza, risonanza	» 193
1.5.3. Circuiti cuore-cervello	» 201
1.5.4. L'elettroencefalografia psicofisiologica	» 205

Parte quarta
Conseguenze cliniche

12. Implicazioni psicoterapeutiche	pag. 213
1. Implicazioni della teoria dei SDNL e della teoria dell'inversione emotiva	» 213
1.1. Concezione del sintomo e lavoro sul sintomo	» 213
1.2. Storia di vita	» 214
1.3. Ristrutturazione narrativa e del significato funzionale del sintomo	» 216
1.4. Importanza del SNA nell'intervento integrato	» 218
1.4.1. Sintesi dei concetti-guida di base	» 218
2. Implicazioni neurobiologiche	» 219
2.1. Il triangolo del benessere	» 220
2.1.1. Sintonia	» 221
2.1.2. Stimolazione, attivazione e crescita neuronale (SACREN)	» 221
2.1.3. Le 9 funzioni	» 221
3. Conclusioni...	» 225
13. Caso clinico e procedimento psicoterapeutico	» 226
1. Introduzione	» 226
2. Procedimento	» 227
2.1. Fase 1 <i>assessment</i> : prima valutazione del problema	» 227
2.2. Fase 2 <i>assessment</i> : la definizione della domanda terapeutica	» 229
2.3. Fase 3 <i>assessment</i> : la conclusione	» 230
2.4. Fase 4: trattamento	» 231
2.4.1. Obiettivi a breve termine: il lavoro sul sintomo	» 231
2.4.2. Obiettivi a medio termine: la ristrutturazione del significato del sintomo	» 232
2.4.3. Obiettivi a lungo termine: ristrutturazione narrativa	» 234

2.5. Fase 5: riorganizzazione dell'assetto personale nella nuova fase a complessità maggiore (stato dinamico 3)	pag. 234
2.6. Fase 6: conclusione della terapia	» 235
Glossario	» 239
Bibliografia	» 249

Parte prima

Il senso di una necessaria integrazione

1. Limiti attuali della psicoterapia ed esigenze emergenti

*I limiti del mio linguaggio
sono i limiti del mio mondo*
L. Wittgenstein

1. Principali aspetti critici

1.1. Frammentazione e pluralità di linguaggi

Una delle principali problematiche della psicoterapia attuale è quella dell'eccessiva frammentazione dei modelli di riferimento e della conseguente pluralità dei linguaggi utilizzati.

Infatti, possiamo assistere a una molteplicità di approcci differenti anche nell'ambito dello stesso modello di base. Questo vale per tutti gli orientamenti psicoterapeutici principali, nessuno escluso, partendo da quello psicoanalitico, fino a quello sistemico, passando per quelli bioenergetico, gestaltico e finendo con quello cognitivo e cognitivo-comportamentale.

Questo, sebbene in precedenti fasi storiche possa aver fornito un impulso euristico e una stimolazione al processo di crescita e sviluppo della psicoterapia nel suo complesso, ha successivamente condotto all'evidenziazione di problematiche sempre più limitanti, non solo per il proseguimento del percorso di sviluppo, ma anche verso un'inibizione della credibilità e dell'affidabilità della psicoterapia stessa sia verso le altre discipline che verso la società civile.

Fra le conseguenze di questa situazione abbiamo la nascita di una pluralità di modelli e di linguaggi che hanno reso via via sempre più difficile, se non impossibile, anche il semplice dialogo fra approcci differenti.

Inoltre, tali diversità, spesso sono state artificiosamente amplificate per meri interessi commerciali e di parte, sotto la spinta di un'eccessiva differenziazione strumentale.

1.2. Valutazione e verifica risultati

Un'altra grossa difficoltà consiste spesso nella possibilità di produrre delle valutazioni valide delle problematiche presentate dalle persone (*assessment*) e delle procedure di verifica dei risultati che siano attendibili e condivise.

In ogni modo, va riconosciuto che non tutte le psicoterapie presentano delle uguali difficoltà in tal senso, in quanto ce ne sono alcune più portate, sia storicamente che metodologicamente, all'applicazione di procedure attendibili di valutazione clinica e di verifica dei risultati. Altre lo sono molto meno, mentre alcune solo da poco stanno cercando di colmare il ritardo in tal senso.

1.3. Raggiungimento e mantenimento risultati

Ma accanto alle problematiche dell'eccessiva frammentazione e pluralità di linguaggi, alla difficoltà di valutazione clinica e di verifica dei risultati esiste il problema ancora più consistente e impegnativo della difficoltà di definire, raggiungere e poi di mantenere i risultati.

A volte non si trova nemmeno l'accordo su quali siano gli obiettivi di una psicoterapia e troppo spesso i congressi, i convegni, i dibattiti ecc. del settore, si limitano a esibire una vetrina di "successi terapeutici", una sfilata di "dimostrazioni" di efficacia e di presunta superiorità dei modelli e dei metodi di intervento di ciascun relatore.

Tale panorama, a volte desolante, unito a quello analogo sul versante farmacologico, forse convincerebbe un alieno venuto da un altro mondo che gli studiosi e gli "scienziati" del pianeta Terra, abbiano risolto le sofferenze, i disagi e le patologie degli esseri umani.

Ma chiunque sia in buona fede e conosca le problematiche relative alla sofferenza umana è ben consapevole di quanto sia diversa la situazione e di quanto siamo ancora molto lontani dai quadretti spesso idilliaci forniti in alcuni congressi di addetti ai lavori.

In particolare, per esempio, nella comprensione e nel trattamento di alcune sindromi psicopatologiche, come la depressione, si sono compiuti sicuramente molti passi avanti.

Tuttavia, la grossa area di criticità oggi nel trattamento psicopatologico dei disturbi depressivi e dell'umore rimane il problema delle ricadute, specialmente entro i primi sei mesi dalla conclusione della terapia.

E anche per quanto riguarda la terapia farmacologica il quadro non è certo più roseo, aggravato spesso da specifici problemi come quello dell'assuefazione, dalla dipendenza dal farmaco e dai suoi effetti collaterali che malgrado siano indubbiamente diversi rispetto ai farmaci delle generazioni precedenti, a lungo andare permangono in forma non certo trascurabile.

Un ulteriore esempio di difficoltà di comprensione e trattamento in ambito psicopatologico riguarda i disturbi di personalità nei confronti dei quali è solo da relativamente pochi anni che si sono cominciati a strutturare degli interventi formalizzati e sistematici, con risultati a volte ambigui, a volte evidentemente insoddisfacenti e tuttavia ancora difficili da valutare per via della novità e della nascita recente di tali approcci.

Da quanto sopra accennato scaturisce una serie di esigenze teorico-metodologiche che sono di importanza primaria se si desidera imprimere alla psicoterapia un salto di qualità effettivo e sostanziale.

Andremo adesso, pertanto, a delineare alcune di queste esigenze, sulle quali costruiremo tutto il seguito della nostra riflessione del presente lavoro.

2. Esigenze emergenti

2.1. Apertura ad altre scienze e interdisciplinarietà

Abbiamo già affrontato altrove (Sacco, 2003) la problematica della necessità dell'apertura della psicologia e della psicoterapia verso le altre scienze e la conseguente esigenza dell'interdisciplinarietà. È questa una delle richieste spesso invocate però difficilmente praticate, ma della quale c'è sempre crescente necessità in un mondo sempre più complesso e articolato.

Ormai siamo molto lontani dall'epoca in cui ogni disciplina poteva ambire a essere autosufficiente e chiusa in se stessa. Infatti, al giorno d'oggi non è più pensabile una scienza a "compartimenti stagno" completamente separata dalle altre. I risultati degli studi di una disciplina scientifica ricadono e hanno inevitabilmente degli effetti sulle altre, apportando spesso dei cambiamenti e delle modificazioni reciproche. Vi sono numerosissimi esempi in tal senso che ci vorrebbe un lavoro a sé per elencarli tutti. Qui possiamo limitarci a richiamarne alcuni, come la scoperta in fisica delle forze gravitazionali che ha avuto applicazioni e ripercussioni in astronautica, in geologia ecc.; la scoperta della penicillina, con applicazioni in medicina, nelle metodologie di conservazione degli alimenti ecc.; la scoperta dei meccanismi della percezione, con applicazioni svariate in ambiti diversi, come la metodologia della ricerca,

la guida di veicoli terrestri, aerei ecc. Tali influenze reciproche riguardano non solo le applicazioni pratiche ma anche la creazione di modelli teorici di riferimento, come per esempio, la scoperta dei retrovirus in biologia che ha costretto a modificare il modello del “dogma centrale della biologia”¹, oppure le scoperte dei meccanismi selettivi della percezione/attenzione in psicologia sperimentale che ha fornito un grosso contributo al passaggio dalle teorie sensoriali della mente a quelle motorie.

2.2. Linguaggio condiviso

La situazione attuale delle psicoterapie è ben illustrata da un’analogia tratta dalla linguistica (Power, 2002). È nota la presenza di centinaia di linguaggi esistenti oggi sulla Terra ed esistiti nel passato. Come ciascuno sa chi parla uno di questi linguaggi, poniamo la lingua italiana, difficilmente ne comprende un altro, come per esempio la lingua araba, e viceversa. Tuttavia, malgrado queste più o meno ampie diversità tra un linguaggio e l’altro, sono state dimostrate alcune “regole universali” che sono condivise da ciascun linguaggio (Chomsky, 1968). Analogamente, sebbene il linguaggio di un comportamentista può risultare incomprensibile a uno psicoanalista e viceversa, ci dovrà essere un livello di “principi condivisi” tra il comportamentista e lo psicoanalista, altrimenti non si potrebbe spiegare perché entrambi gli approcci possono funzionare. Noi affermiamo che il problema è proprio quello di sistematizzare e definire queste “regole di base”, questo “linguaggio condiviso” che nella fase attuale rimane implicito, spesso confuso e indefinito.

2.3. Strumenti di intervento e di verifica più efficaci

Da un punto di vista storico, solo alcuni approcci si sono tradizionalmente posti la problematica dell’efficacia degli strumenti e dei trattamenti in psicoterapia. In particolare, gli approcci psicoterapeutici riconosciuti come i più efficaci, o meglio con i maggiori studi sulla verifica dell’efficacia, per esempio nel trattamento della depressione, sono la Terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e la Terapia interpersonale (TI) (American Psychiatric Association, 1993; 2000; British Association of Psychopharmacology, 2008; Ministero della Salute, 2002; 2007).

¹ Questo concetto si può riassumere con la formula DNA→RNA→proteina in cui le frecce indicano la direzione di trasferimento dell’informazione genetica.

Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, anche altri approcci si sono posti la problematica della verifica dell'efficacia degli strumenti e dei trattamenti in psicoterapia, portando così gradualmente alla ribalta una tematica che spesso non è stata considerata degna d'interesse da parte di numerosi approcci.

È risaputo che il coefficiente di difficoltà della verifica dei risultati nelle discipline psicologiche in generale e nella psicoterapia in particolare è certamente molto più elevato rispetto a quello di altre discipline come la fisica, la chimica ecc. Questo è ovviamente dovuto alla diversità dell'“oggetto” di studio: infatti, le discipline che studiano gli esseri umani e in particolare la psicologia, presentano una coincidenza “soggetto-oggetto”, mentre non è così in altre discipline che invece studiano fenomeni “esterni” e più “oggettivi”. Naturalmente, il problema è più complesso rispetto a questa nostra schematizzazione, in quanto, come già rilevato dalla meccanica quantistica, anche quando si studia una particella “esterna”, l'osservatore, nell'azione di osservare, ne modifica lo stato.

In ambito psicoterapeutico poi, questa situazione diventa ancora più ingarbugliata, in quanto ci troviamo in un contesto, quello della relazione terapeutica, dove ci sono due soggetti che interagiscono e si influenzano/modificano a vicenda.

Ciò, ovviamente, rende particolarmente problematico trovare degli strumenti di verifica della relazione soprattutto per la difficoltà dovuta al doppio ruolo del terapeuta di “componente attiva” della relazione e di “verificatore” del processo e dei risultati².

Parlando di verifica, quindi, abbiamo un primo macrolivello che è costituito da un riscontro della relazione terapeutica che come abbiamo accennato è certamente il più impegnativo, attraverso il monitoraggio e la valutazione di indici o indicatori specifici.

Un altro livello è costituito dalla verifica degli strumenti che possono essere di *assessment* e di trattamento. I primi sono quelli che si utilizzano per la valutazione del problema del soggetto (per esempio, i test) e per la produzione di ipotesi basate su modelli di riferimento e sulle quali si costruisce il programma di intervento (obiettivi strategici).

Gli strumenti di trattamento sono le tecniche specifiche di intervento con le quali si raggiungono gli obiettivi strategici o terapeutici.

Un ulteriore livello di verifica, infine, è quello relativo ai risultati ottenuti dal processo terapeutico che dovrebbe essere in linea con gli obiettivi strategici posti nella fase dell'*assessment* o valutazione.

² Attualmente sono in atto dei tentativi di verifica mediante “manualizzazione” della relazione terapeutica (per esempio Liotti, Monticelli, 2008) ma è ancora prematuro formulare delle valutazioni sull'utilità e l'efficacia di tali procedure.

2. Integrazione e psicoterapia

*Che si avverino i loro desideri e che diventino indifesi come bambini,
perché la debolezza è potenza e la forza è niente.
Quando l'uomo nasce è debole e duttile, quando muore è forte e rigido.
Così come l'albero: mentre cresce è tenero e flessibile, quando è duro e secco, muore.
Rigidità e forza sono compagne della morte, debolezza e flessibilità
esprimono la freschezza dell'esistenza.
Ciò che si è irrigidito non vincerà
A. Tarkovskij, nel film *Stalker**

1. Il significato del processo di integrazione

La problematica dell'integrazione delle psicoterapie affonda le sue radici già fin dagli anni Trenta del secolo scorso (French, 1933; Kubie, 1934; Watson, 1940; Dollard, Miller, 1950).

Ma è solo nel corso degli ultimi decenni che gradualmente tale tematica è divenuta un nucleo di aggregazione attorno al quale si è andata costituendo una discreta area di studiosi che si colloca in modo obliquo in tutti gli approcci psicoterapeutici principali, e che nel 1983 è sfociata nella costituzione della SEPI (Society for the exploration of psychotherapy).

Anche i lavori pubblicati sull'argomento sono andati crescendo in modo esponenziale a partire dagli anni Settanta (per esempio, Goldstein, 1976; Norcross, 1986; Goldfried, 1995; Beutler *et al.*, 2002; Norcross, Goldfried, 2005 ecc.).

Gli studi sull'integrazione hanno condotto, tra l'altro, a suddividere le terapie in 3 tipi principali (Department of health, 1996):

- 1) il tipo A che può includere farmaci, riabilitazione e intervento psicologico;
- 2) il tipo B è orientato ad adattare una strategia terapeutica ai bisogni e ai problemi particolari del paziente;
- 3) il tipo C si riferisce ai modelli tradizionali di terapia, come la psicoanalisi, l'approccio sistemico, cognitivo-comportamentale ecc.

Tuttavia, nonostante i numerosi e, a volte, interessanti contributi pubblicati, varie questioni rimangono irrisolte e diverse domande ancora senza una risposta soddisfacente.

I temi che sono stati più dibattuti nella letteratura sulla problematica dell'integrazione sono i seguenti (Goldfried, Newnan, 1992):

- 1) l'importanza di un linguaggio teorico comune;
- 2) l'esigenza di avere una metateoria del cambiamento terapeutico;
- 3) la costruzione di una teoria comune della relazione terapeutica;
- 4) il potenziale complementare di differenti approcci;
- 5) la convenienza derivante dall'adesione a un modello interattivo di emozioni, cognizioni e comportamenti.

La necessità per gli psicoterapeuti di guardare oltre il proprio orizzonte di formazione teorica scaturisce per una molteplicità di motivazioni che, a nostro avviso, possono essere sintetizzate in almeno due principali aree.

- 1) La prima, di carattere più generale, riguarda lo *zeitgeist* dell'epoca relativo ai cambiamenti sociali e scientifico-culturali continuamente in corso. Non crediamo che sia casuale, infatti, che l'esigenza dell'integrazione ha cominciato a divenire sempre più robusta e organizzata man mano che, dagli anni Sessanta in poi, si andavano affermando alcune concezioni e movimenti scientifico-culturali come la teoria dei sistemi, dell'informazione, la cibernetica, le scienze cognitive, le leggi del caos e dei sistemi complessi dinamici e non-lineari ecc., insieme all'emergere di una visione complessa e interdisciplinare dell'uomo e dei fenomeni naturali.
- 2) La seconda, di carattere specifico, riguarda, invece, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle limitazioni e dei vincoli dei rispettivi approcci, derivante dall'approfondimento di una pratica clinica pluridecennale e dall'acquisizione di una mentalità più aperta e meno soggetta a settarismo e interessi di parte.

La possibilità di muoversi in una prospettiva "integrata" presenta naturalmente una serie di vantaggi, come per esempio, quello di poter creare un comune gruppo di strategie euristiche, in modo che i limiti del proprio approccio possano essere migliorate dalle qualità di altri approcci.

Sono state indicate diverse modalità di integrazione. Alcuni autori (Albeniz, Holmes, 1996) ne distinguono 3 tipi:

- 1) organizzativa;
- 2) teorica;
- 3) pratica.

Il primo, quello organizzativo, integra diversi tipi di trattamento che sono praticati simultaneamente o in sequenza a pazienti con malattie come la schizofrenia, dove più che un'integrazione vera e propria così come l'abbiamo definita si ha più una variante dell'eclettismo. Questa modalità corrisponde alla terapia tipo A a cui abbiamo accennato prima.

Il secondo tipo, l'integrazione teorica, si riferisce a terapie ibride, come la CAT o l'IPT, che uniscono esplicitamente elementi di altre terapie già affermate, costituendo trattamenti psicologici con metodi propri.