

Costruttivismi, 5: 84-91, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.084.091



LA PROSPETTIVA DI INTEGRAZIONE TEORICA INTERDISCIPLINARE IN PSICOTERAPIA

La storia clinica di vita di Laura: riflessioni clinico-terapeutiche sulla base del modello integrativo interdisciplinare

Eutizio Egiziano e Ezio Menoni

Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia

Viene presentata la posizione epistemologica del nostro modello di integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia con riferimenti specifici alla sequenza di sei domande relative al colloquio clinico di Laura. Per ciascun campo vengono presentate competenze cliniche e terapeutiche coerenti con le basi scientifiche e valoriali del nostro modello.

Parole chiave: integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia, valori, processi, competenze cliniche

The epistemological position of our model of interdisciplinary theoretical integration is presented with specific references to the sequence of six questions related to the clinical interview of Laura. For each field, clinical and therapeutic competences are presented that are consistent with the scientific and value bases of our model.

Keywords: interdisciplinary theoretical integration in psychotherapy, values, processes, clinical competences

Il seguente testo è elaborato a partire dalle basi epistemologiche e metodologiche di clinica terapeutica del nostro modello di integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia.

Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, quale la “domanda” posta al terapeuta?

Nel nostro modello teorico-clinico la persona terapeuta si guida con le narrazioni e le richieste della persona “paziente” (Menoni, Iannelli, & Egiziano, 2011).

Il ragionamento clinico sulle storie di vita è essenzialmente costruzione di ipotesi con buoni gradi di plausibilità. La persona terapeuta deve essere consapevole che le ipotesi rappresentano inferenze, sulla base di qualche elemento storico di vita scelto per salienza e/o ridondanza, che possono avere conferme o meno nel corso dell’esperienza clinica, così come altre ne possono emergere sulla base di nuovi elementi. Inoltre essa, come sistema adattivo complesso, opera sempre con processi di inferenze con elaborazioni su basi proprie personali e/o di acculturazione professionale. Sono costruiti prevalentemente significati per “spiegare” i comportamenti con minori possibilità di “comprendere” l’altro (Jaspers, 1958).

Occorre, quindi, essere profondamente consapevoli di questi limiti per non compiacersi della costruzione quantitativa e qualitativa di ipotesi ed essere invece coerenti con il principio clinico del “non sapere” (Anderson & Godishian, 1992) che consente la costruzione dialogica della complessità.

Laura, come riferito da lei stessa nel colloquio, presenta alcuni problemi espliciti interconnessi:

- arrabbiarsi con se stessa e con il partner in concomitanza con richieste sessuali con le conseguenze di stare male, piangere, sentirsi in colpa: “ (...) provo rabbia e dopo mi sento in colpa, per avergli detto di no”;
- far stare male anche il partner: “(...) il mio comportamento fa star male sia me che lui”;
- rifarsela con l’altro: “Quando l’altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all’altra persona, e io m’arrabbio”.

Laura riferisce, inoltre, di non aver controllo su questi processi.

La storia di Laura evidenzia fundamentalmente due configurazioni di coscienza continuamente attive come un “presente ricordato” (Edelman, 1989).

La prima configurazione storica-evolutiva, connessa con le narrazioni e le richieste attuali, è contingente alla sessualità.

La seconda emerge con qualche cenno nel racconto e riguarda le relazioni con i genitori, senza elementi espliciti relativi alla sessualità: “(...) penso che comunque anche quando ero piccina, c’avevo comunque questo carattere qui, questo modo di comportarmi (...)”. Essa è presente come memoria affettiva “forte”, relativa a circostanze relazionali con i genitori “(...) se combinavo qualcosa, poi dopo mi arrabbiamo, perché, non lo so perché, perché mi dispiaceva comunque di averlo fatto”.

C’è un riferimento specifico alla madre “(...) ci sono rimasta male di avergli fatto male, però ci sono rimasta male e mi sono arrabbiata con lei, cioè mi dovevo sfogare questa cosa” mentre non ci sono riferimenti al padre. Sembra che Laura riattivi le stesse sequenze con una certa consapevolezza “(...) ho notato che comunque ce l’avevo anche quando ero più piccina, cioè mi ricordo anche delle scene con i miei genitori (...)”.

La nostra ipotesi clinica è che Laura sia una persona i cui sistemi affettivi relazionali di base operano prevalentemente in automatico, non stabilizzati e con caratteristiche di multistabilità (Egiziano & Menoni, 2017). Dolore, paura, colpa, tristezza sono gli attrattori principali, dei suoi flussi di coscienza, che si succedono in sequenze circolari di attivazioni senza possibilità di interruzione e/o di coesistenza. Queste modalità affettive disregolate prevalenti escludono,

dagli stati-spazi di coscienza contingenti, altre possibilità relazionali complementari come vicinanza e piacere.

In sintesi, Laura presenta una globalità di processi che si attivano in automatico nelle stesse circostanze e non si inibiscono, di cui lei ha una certa consapevolezza, insieme con processi cognitivi-affettivi di giudizi sulle proprie difficoltà con valenze negative, colpevolizzazione e forte *distress*: “(...) *per dire ieri, ho pianto, ho pianto tutto il giorno, ho pianto dalla sera, la notte ho dormito, e poi la mattina ho ricominciato a piangere*”.

L’aspettativa terapeutica esplicita di Laura ha una caratteristica doppia sia rimediale: “(...) *mi aspetto di smus... mi aspetto di, almeno smussare un pochino questa parte del carattere*”, sia proattiva: “(...) *mi sento che c’ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente (...)*”.

In base a quanto da lei riferito le domande implicite potrebbero essere: mi aiuti a cambiare e a conoscere qualcosa in più di me; mi aiuti a capire perché faccio così.

Un’ipotesi clinica potrebbe essere che esse nascano dal bisogno di (ri)costruire una trama di significato della vita, (ri)appropriarsi di una coerenza di coscienza e muoversi verso il cambiamento, dopo molti anni di blocco.

Nel nostro orientamento la richiesta clinica, a volte esplicita e sempre implicita, non è solo rimediale (lenire il dolore) ma configura un’aspettativa a futuro che interconnette la condizione clinica attuale (*dia-gnosis*) con i bisogni e le risorse per riconnettere i “fili interrotti” del passato-presente verso il futuro.

Laura, ad esempio, mostra un desiderio di relazionalità a futuro con il suo partner e un desiderio di maternità.

Quali ritieni che siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?

Laura esplicita le sue aspettative di cambiamento che sono ben definite “(...) *c’ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente, perché non sto bene, in questo periodo io non sto bene, e allora niente*”.

Assumendo una posizione di “non sapere” la persona terapeuta non ha bisogno di ritenere né di ridefinire le aspettative della persona “paziente” ma le valida nelle loro configurazioni emergenti.

“*Quando l’altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all’altra persona, e io m’arrabbio (...). Ora mi rendo conto che, che, faccio questo perché mi sento in colpa, cioè, eh non lo so, è una cosa strana.. e mi chiedo perché continuo a farlo. Vorrei almeno limitarmi, cioè, cercare di limitarlo un pochino, cioè che per me sarebbe anche tanto*”.

La relativa consapevolezza dei suoi pattern di funzionamento e l’intenzione di cambiare sono sistemi operativi capaci di sostenere il percorso di terapia anche se l’ambiente relazionale (fidanzato) pare non validare e non sostenere queste sue nuove necessità emergenti. È parte della terapeuticità la validazione delle sue possibilità di poter essere, fare e decidere.

La terapia sostiene la persona “paziente” nella ridefinizione continua in divenire di sé e dei propri processi a misura della crescita di consapevolezza e dei gradi di libertà, in termini di risorse, limiti e scelte.

I processi di ridefinizione sono co-costruiti nell’incontro clinico e, quindi, non programmati unilateralmente, in quanto funzioni emergenti della relazionalità fra la persona “paziente” e la persona terapeuta. La ridefinizione, quindi, non può essere prevista e programmata, a priori, es. come una mossa tattica, da parte della persona terapeuta. Inoltre, ridefinire i sistemi di coscienza dell’altro porta con sé il rischio di prendere spazio nel sistema ermeneutico della persona “paziente” introducendo significati e valori della persona terapeuta.

Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?

Il nostro modello non ammette la definizione delle persone come “casi clinici”, ma come protagoniste di storie di vita, anche con aspetti clinici. Inoltre, non rientra nel modello la definizione delle persone in termini difettuali oggettivanti. Il motivo è che la complessità fenomenologica delle persone “pazienti” non può essere spiegata con modalità riduzionistiche che, per loro natura, sono a rischio di scientificità. Le loro storie personali uniche e irripetibili, necessitano di un’attenzione specifica e rispettosa carente in modelli eziopatogenetici che inquadrano le persone come “casi clinici” unicamente sulla base di indici di difettualità.

Il modello di integrazione teorica orienta a processi di comprensione dell’altro e del suo *existere*. Questo richiede, per poter integrare in modo coerente e continuo una presenza terapeutica, che la persona terapeuta, a partire da una posizione di accettazione cosciente di “non sapere”, possa tollerare l’incertezza e rispettare i tempi di consapevolezza e di cambiamento dell’altro.

L’epistemologia dell’integrazione teorica sostiene un inquadramento complesso dei “processi di vita” che riguarda segni e sintomi, ma anche risorse. Il sintomo è visto come possibilità adattiva migliore, alle condizioni date, per far fronte alle richieste interne ed esterne. Questo orientamento è quindi diverso da quello della clinica psicologica e psichiatrica tradizionale orientate prevalentemente, talora esclusivamente, alla negatività.

In circostanze critiche il sistema mente-cervello-corpo scala di complessità e, quindi, funziona a livello “patologico” quando si trova a operare prevalentemente con tre modalità interconnesse:

- processi di perdita-mancanza che corrispondono a configurazioni di natura “depressiva”;
- processi che evocano pericolo, fino a pericolo di morte, che sono in relazione a criticità dei sistemi di stabilizzazione e *constraint* con configurazioni di natura “ansiosa” fino ad angoscia;
- processi di natura dissociativa funzionale.

L’attivazione rispettiva e complessiva di questi processi dimensionali è funzione della “massa critica” disponibile di stabilizzazione e di previsioni proattive in attesa di conferme a futuro.

Laura presenta processi con caratteri dissociativi funzionali: “(...) *come se avesse fatto tutto da solo (...) per dire a metà mi scappa da piangere (...) lui ha continuato, e però io, cioè son rimasta, cioè, però è una cosa che mi fa male*”. Essi sono interconnessi con processi “depressivi”: “(...) *anche ieri, per dire ieri, ho pianto, ho pianto tutto il giorno, ho pianto dalla sera, la notte ho dormito, e poi la mattina ho ricominciato a piangere*”. Le configurazioni “ansiose” emergono in relazione alle attivazioni di rabbia rispetto alle attese sconfimate di sicurezza: “(...) *Il mio problema è che dopo mi arrabbio tantissimo*”.

È da rilevare che le sequenze riferite sono connesse con una memoria storica per lei non consapevole nella sua connessione di significati con i processi attuali: “(...) *Ee, insomma c’è stata un po’ questa cosa, anche che magari mi sentivo costretta a fare*”.

Con gli elementi esposti nel breve racconto, ridondanti per un verso e carenti per l’altro, è possibile ipotizzare una tipologia adattiva susseguente a una esperienzialità di abuso sia da *neglect*, cioè una carenza primaria importante di validazione nella relazione e incapacità di sintonizzazione delle figure genitoriali con una costruzione del sé negativa susseguente con poca *agency*, *mineness* e *ownership*, sia di abuso fisico di cui nel testo è presente un elemento storico ma forse potrebbero essercene stati anche altri...

Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?

Il modello di integrazione teorica, che ha per riferimenti clinici l'emergenza, l'unicità e il "non sapere", non contempla che la persona terapeuta si guidi con le proprie immaginazioni, pur talora presenti, ma abbia nella propria complessità una curiosità abbondante e genuina per la persona "paziente", per la sua storia e per eventuali problemi insieme con il credito che l'altro sia una presenza ermeneuticamente competente.

Lo stesso principio vale per i pensieri relativi al tipo di relazione auspicabile e le previsioni di possibili difficoltà.

Processi conoscitivi di tipo interpretativo originano sempre da pre-concezioni personali e acculturative.

La ricerca di significato che validi la teoria del terapeuta può invalidare l'unicità delle persone e la loro vera e propria identità.

Immagini, ipotesi e inferenze sull'altro, costruite a priori, possono inficiare la terapeuticità a motivo del prevalere delle aspettative e valutazioni del terapeuta sui "processi di vita" della persona "paziente" che inevitabilmente limitano le libertà di ciascuno di loro nella costruzione della relazionalità clinica. Il rischio è che la ricerca delle conferme delle aspettative guidi il lavoro clinico e la loro eventuale sconfirma attivi sforzi di ricostruzione di nuove ipotesi a catena.

Se il terapeuta può "reggere" l'incertezza e la consapevolezza che non esistono certezze assolute, emergono maggiori gradi di libertà di pensieri-azioni e, quindi, di *agency* personale professionale. Essi corrispondono a un assetto cognitivo-affettivo "abbastanza" stabile e nello stesso momento fluido, capace di adattarsi alle molteplici configurazioni (tendenti all'infinito) presentate dalle persone.

A queste condizioni la persona terapeuta può seguire e condividere le narrazioni dell'altro con un interesse genuino e facilitare nella persona "paziente" una percezione personale di libertà e di competenza per costruire nuovi significati e "tendenze ad agire".

Questi processi proattivi sono antinomici a quelli di crisi clinica che si determinano, invece, per la grave carenza di condivisioni nel mondo sociale.

La terapeuticità è caratterizzata dall'emergere di nuove narrazioni co-costruite fra la persona terapeuta e la persona "paziente", con la realizzazione di nuove capacità di *agency*, anche narrative, sperimentate dalla persona "paziente" come gradi di libertà. La crescita della complessità delle narrazioni è connessa con processi di "soluzione dei problemi" presentati dalla persona "paziente" in ordine a un sistema con un andamento rigido/caotico fra salienze affettive di perdita-mancanza-pericolo-pericolo mortale.

Allo stesso modo anche le difficoltà non sono prevedibili a priori mentre il principio fondamentale è la necessità che il terapeuta sia più complesso o almeno di pari complessità rispetto ai problemi (Ashby, 1956) che potrebbero insorgere nella relazione terapeutica in modo da avere risorse sufficienti per riparare, passo per passo, i momenti possibili di *empasse*, difficoltà, interruzioni e incomprensioni inevitabili. Essa può costruirsi su basi di autenticità, fiducia, sincronizzazione e rispetto reciproci.

Per la natura non lineare dei processi intra/interpersonali non è possibile immaginare e sapere a priori quale tipo di relazione sia auspicabile costruire con quella specifica persona che presenta caratteristiche idiosincratiche uniche e irripetibili nonostante possa presentare caratteri sintomatologici nomotetici.

È ovvio che una persona abituata a funzionare con una prevalenza in automatico dei sistemi affettivi difensivi riproponga questa modalità di esistere nel contesto terapeutico. Essa può evolvere a partire da una validazione dei suoi processi, dalla disponibilità di uno spazio di nar-

La storia clinica di vita di L.

razione a lei riservato e dalla “presenza” autentica della persona terapeuta motivata, vitale, rispettosa e curiosa.

A queste condizioni emergono spazi relazionali intra e interpersonali in cui è possibile progressivamente *existere* con tutte le infinite configurazioni di sé, a volte anche paradossali e antinomiche, che nel contesto della vita della persona “paziente” non erano potute esistere. Intenzioni, azioni, pensieri ed emozioni hanno e hanno avuto un valore adattivo da riconoscere e da integrare.

L’insieme di questi processi rende, infatti, possibile la copresenza di parti di sé, anche antinomiche, prima non possibili nel sistema, a partire dagli stati-spazi di coscienza, costruiti prevalentemente su processi multistabili di difesa/attacco, primari e primitivi, e che “costringevano” le possibilità di complessità.

La condivisione della propria esperienza e del proprio essere è un antidoto alla percezione non conscia di solitudine che è un fattore decisivo per la costruzione della “patologia” come crisi di evolutività-adattamento.

In conclusione, per coerenza con il nostro modello teorico-clinico, è l’esperienzialità diretta con Laura che può mostrare sia le difficoltà sia le linee evolutive nella costruzione condivisa della relazionalità terapeutica che per sua natura è unica e irripetibile così come lo sono le persone nell’incontro clinico.

Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?

In coerenza con il nostro modello teorico di riferimento la persona terapeuta costruisce le condizioni relazionali per l’emergere delle narrazioni della persona “paziente” e, quindi, non propone temi che possano essere distanti dal fiume di coscienza attivo nel contesto dell’incontro.

Il terapeuta non ha bisogno di proporsi di approfondire temi e contenuti, anche se alcuni potrebbero attrarre per una loro salienza. Ad es., la totale assenza nel documento di riferimenti al padre “fa pensare”, ma non sarà il terapeuta a richiederli in quanto aspetterà il tempo necessario perché Laura ne possa parlare.

Rispettare la persona “paziente” significa lasciare a essa la scelta del quando e cosa condividere con una richiesta di aiuto. Questa competenza professionale è necessaria per non (rin)forzare, fra i diversi sistemi funzionali attivi, la prevalenza dei processi esecutivi, già molto presenti in Laura.

I racconti “immediati” della *vivencia* della persona, connessi con attivazioni di reti di *Default Mode Network* (Raichle & Snyder, 2007), consentono l’integrazione ulteriore delle informazioni e l’emergere di nuove configurazioni di coscienza.

La persona terapeuta lavora con quello che la persona “paziente” porta e non secondo modelli precostituiti di temi di indagine clinica, pur conosciuti per acculturazione professionale. Queste modalità possono indurre nella persona attivazioni di *distress* non necessarie, temporalmente non appropriate, non pronte per essere elaborate e che comunque interferiscono con i suoi processi emergenti.

“C’è un tempo per le cose” ed è il tempo della persona.

Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

La competenza terapeutica non prevede un sapere preventivo in relazione a una programmazione di lavoro clinico in quanto ogni punto della narrazione può presentare elementi molto importanti di attenzione e di elaborazione relativi a temi nucleari della persona.

Lasciare l'altro libero di "portare" nel contesto terapeutico le proprie narrazioni con la sua relativa complessità fa in modo che sia garantita una temporalità e un'intenzionalità della persona con tempi e modi per lei necessari. Pertanto, in clinica terapeutica alle "zone critiche" ci si arriva e non si parte da esse.

I processi di evoluzione e di adattamento sono essenzialmente non lineari e quindi imprevedibili. Essi guidano il cambiamento e lo sviluppo.

Competenza del terapeuta è avere consapevolezza e rispetto dei processi di libertà di scelta e di *agency* della persona. Su queste basi è possibile l'evoluzione ulteriore della terapia. Laura ha disponibilità di risorse sufficienti per modificare i modelli di autoregolazione adattivi "sintomatici" e costruire scenari futuri proattivi.

Riferimenti bibliografici

- Anderson, A., & Godishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee, & H. Godishian, *Therapy as a social construction* (pp. 25-39). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Ashby, W. R. (1956). *An Introduction to Cybernetics*. London: Chapman & Hall.
- Edelman, G. (1989). *The Remembered Present: A biological theory of consciousness*. New York: Basic Books.
- Egiziano, E., & Menoni, E. (2017). Interdisciplinarity and consilience: towards a meta-model in psychotherapy. *Chaos and Complexity*, 11, 307-325.
- Jaspers, K. (1958). Der Arzt im technischen Zeitalter. *Klin Wochenschr*, 36, 1037-1043.
- Menoni, E., Iannelli, K., Egiziano, E. (2011). Gli errori in psicoterapia nella prospettiva del modello integrativo Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità (EAIE). *Idee in Psicoterapia*, 4, 95-123.
- Northoff, G., Heinzl, A., de Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain—A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, 31, 440-457.
- Raichle, M., & Snyder, A. (2007). A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea. *NeuroImage*, 37, 1083-1090.
- Searle, J. (1983). *Intentionality: An Essay in the Philosophy of Mind*. New York: Cambridge University Press.

La storia clinica di vita di L.

Gli Autori

Eutizio Egiziano, specialista in psicologia clinica e psicoterapeuta. Didatta dell'Istituto di Psicoterapia Integrativa. Segretario dell'Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia. Svolge attività di psicoterapia e conduce gruppi clinici di riabilitazione psichiatrica. È autore di pubblicazioni nel campo della psicoterapia integrativa.

Email: eutizio.egiziano@gmail.com



Ezio Menoni, prof. a r. Psicologia clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena. Neuropsichiatra infanzia e Psicoterapeuta. Direttore dell'Istituto di Psicoterapia Integrativa e Presidente dell'Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia. Svolge attività di psicoterapia e supervisione clinica. È autore di pubblicazioni nel campo della psicologia clinica, psicologia medica e psicoterapia.

Email: menoniezio@gmail.com



Citazione (APA)

Egiziano, E., Menoni, E. (2018). La storia clinica di vita di Laura: riflessioni clinico-terapeutiche sulla base del modello integrativo interdisciplinare. *Costruttivismi*, 5, 84-91. doi: 10.23826/2018.01.084.091