Psicologia dei SDNL e Storia di Vita

(Assessment)

Giuseppe Sacco
già Docente di Psicologia
Università degli Studi di Siena
Presidente Libra Associazione Scientifica, Roma
www.psicolibra.it

TEORIA DEL SINTOMO
Funzioni Principali

1. Segnalazione della **rottura** di una fase di equilibrio dinamico
2. Impossibilità di "**ritorno**" alla fase precedente
3. **Protezione** dalla disgregazione dell'identità personale (coerenza sistemica)

Attenuazione del sintomo

- Alla luce di quanti fin qui esposto si rileva come l'obiettivo finale di un trattamento non può semplicisticamente essere l'**eliminazione** del sintomo
- Esso può essere l'obiettivo più **urgente** ma non quello più **importante** di un processo psicoterapeutico
- Urgente perché spesso, se non si attenua la sua intensità, non è possibile fare alcun lavoro e poi anche in funzione della costruzione dell'alleanza terapeutica
- A tal fine sono utili le numerose tecniche a disposizione che non vanno mai usate "a caso" ma mirate sulla persona

Ristrutturazione del significato del sintomo

- Quasi tutti i pazienti sono convinti che il problema, il male da sconfiggere sia il **sintomo**
- Altri ti dicono espressamente che *"senza il sintomo loro starebbero bene!!!??* E che vorrebbero essere aiutati a tornare *"come prima"*
- E' evidente che il terapeuta dovrà aiutare il paziente a invalidare questa convinzione sul "sintomo", la "malattia" e gli obiettivi della terapia

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Critica al concetto tradizionale di **schema** (frammentarietà, visione dicotomica)
- Alla base del modello di funzionamento psicologico a cui facciamo riferimento c'è il processo costante di produzione e organizzazione di **Unità Funzionali Psicofisiologiche (UFP**) che si sviluppano durante il continuo processo interattivo di complementarietà con l'ambiente esterno riconosciuto come significativo (nicchia ambientale - relazionale) e costituiscono gli elementi fondamentali del sistema di conoscenza individuale.

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- La terminologia di **unità funzionale** sta proprio a indicare l'unitarietà del processo pur composto da **tre** sottoprocessi integrati funzionalmente fra di loro:

a) esperienza emotiva (sensazione soggettiva e modificazioni fisiologiche concomitanti);

b) schema cognitivo;

c) sequenza comportamentale collegata.

UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Collegamento con una rete di anelli circolari a doppio f**eed-back**
- Organizzazione in sistemi
- Tendenza **autoconferma** e relativa stabilità

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- La base concettuale clinica di partenza delle **UFP** è costituita dal metodo clinico di *assessment* dell'analisi funzionale, molto utilizzato in psicoterapia cognitivo-comportamentale
- I «sotto processi» delle **UFP** sono tra loro in una relazione di determinismo dinamico interno (vale a dire che ciascun elemento può essere causa e/o effetto dell'altro) ed esterno (cioè, di interazione complementare con le **UFP** degli altri significativi).

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Durante i primi anni di vita il bambino comincia a strutturare la sua identità personale attraverso il processo costante di reiterazione delle **UFP** nell'esperienza con le figure di attaccamento.
- La ripetuta conferma di particolari **UFP** conduce a privilegiare delle precise tracce di **connessioni neurofisiologiche** fra **raggruppamenti neuronali** che costituiranno poi la base per la creazione della personalità dell'adulto

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Un concetto che ci sembra esplicativo in tal senso è quello di **coerenza sistemica complementare** (Sacco, 2003), che è un concetto simmetrico a quello di "entropia».
- Esso si riferisce alla congruenza e alla sincronia fra le **UFP** individuali e quelle delle figure significative
- Questo concetto ci può aiutare, alla luce delle più recenti scoperte neurofisiologiche sui **neuroni mirror**, la **plasticità neuronale** e la natura r**elazionale della mente**, a comprendere come siano centrali le **relazioni affettive** con persone significative (e nel nostro caso, in particolare anche con la figura del **terapeuta**!!) per modulare e rimodulare le **UFP** e gli **attrattori**.

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Partendo dalla diade D/P intorno a ogni **evento critico**, cioè significativo per chi lo vive, della storia personale si intrecciano numerose **UFP** che costituiscono dei raggruppamenti, o nodi, o **attrattori**, intorno a ogni esperienza significativa per l'individuo.
- Per esempio, esistono degli **attrattori-UFP** che definiscono l'esperienza di amicizia, di successo, di sconfitta ecc. che possono essere simili in più individui, ma la modalità con cui sono effettuati i collegamenti fra le componenti-**UFP** e tra le singole **UFP** stesse sono del tutto singolari, uniche e irripetibili

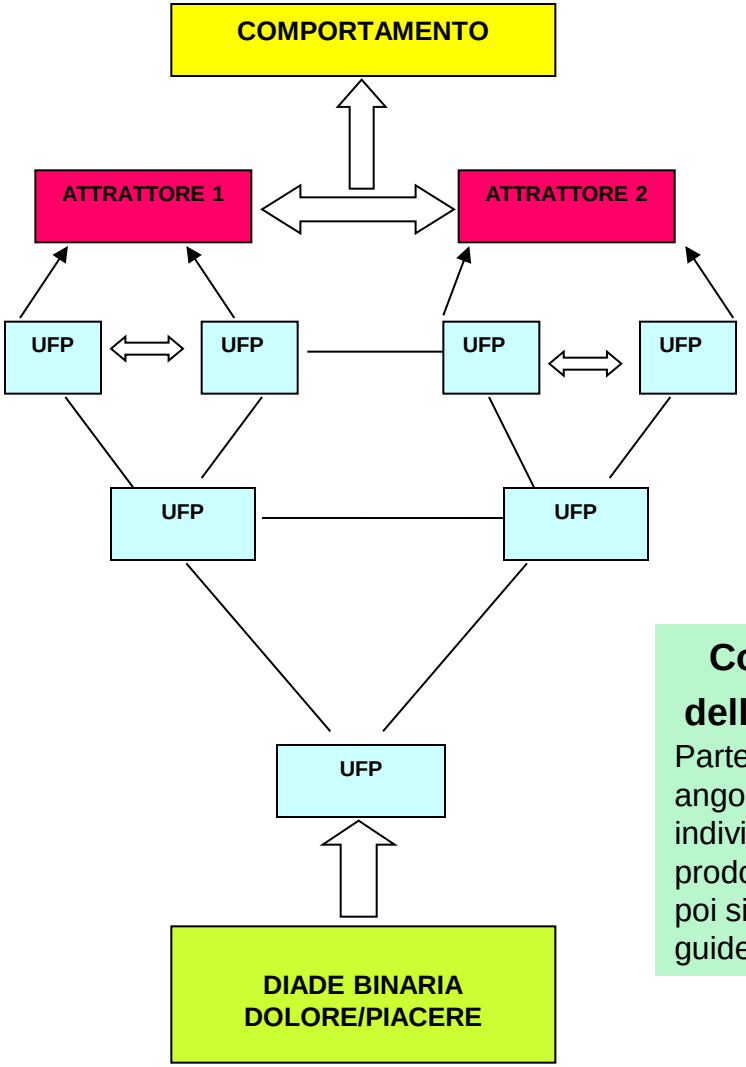
DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Queste perturbazioni conducono a periodiche **oscillazioni** del sistema e quando sono sufficientemente intense, producono delle incoerenze avvertite con un più o meno forte disagio emotivo.
- Il sistema può tollerare delle incoerenze fino al raggiungimento della **soglia individuale di scompenso** oltre la quale entra in una fase caotica di instabilità, di biforcazione, dalla quale ne può uscire producendo un sintomo, una patologia (intesa come D = P), o una riorganizzazione a un livello di maggior complessità

DALLA SEMPLICITA' ALLA COMPLESSITA': LE UNITA' FUNZIONALI PSICOFISIOLOGICHE (UFP)

- Partendo dalla **diade binaria** nucleare **dolore/piacere** nel corso dello sviluppo individuale si vanno stratificando le UFP prodotte dalle esperienze di vita e che poi si raggruppano in **stati attrattori** che guideranno le strategie comportamentali

UFP E STATI ATTRATTORI



Costruzione e mantenimento delle UFP e degli stati attrattori.

Partendo dalla **diade binaria** nucleare angoscia/piacere nel corso dello sviluppo individuale si vanno stratificando le **UFP** prodotte dalle esperienze di vita e che poi si raggruppano in **stati attrattori** che guideranno le strategie comportamentali

Dinamica diacronica dei Sistemi Psicofisiologici Non-Lineari (SPNL)

Perturbazioni complementari

Area Linearità
Oscillazioni nel Range

STATO DINAMICO 1
- Stabilità e coerenza UFP
- Nessun *rumore* rilevabile dal sistema

Soglia

ZONA N- L
Oscillazioni
Fuori Range

STATO DINAMICO 2
-Forte turbolenza
- >Incoerenza e instabilità

Area Biforcazione
Punto Biforcazione

SINTOMO
Disturbi Asse I

MALATTIA
Inversione Emotiva
A = P

STATO DINAMICO 3
- Nuovo stato di stabilità dinamico a > complessità

DINAMICA DIACRONICA DEI SPNL

- Le perturbazioni complementari prodotte dalla interazione dell'organismo "*cervellomente"* in costante **interazione complementare** con l'ambiente di riferimento (nicchia ambientale-relazionale) conducono il sistema attraverso una serie di "**stati dinamici**", corrispondenti a fasi della vita di durata variabile, in continua oscillazione all'interno di un certo *range* individuale, contraddistinto da una condizione di stabilità dinamica temporanea (**stato dinamico 1**).

DINAMICA DIACRONICA DEI SPNL

- Quando le **oscillazioni** *biopsicosociali* vanno fuori *range* permanendoci un tempo sufficiente a “scompensare” il sistema, quest’ultimo passa in uno stato dinamico seguente, corrispondente a una successiva fase della vita, caratterizzato da non-linearità, disagio, turbolenza emotiva, maggiore incoerenza cognitiva e instabilità **(stato dinamico 2).**

DINAMICA DIACRONICA DEI SPNL

- In seguito, il sistema entra nell'area di **biforcazione** e quando arriva al **punto di biforcazione** (punto di non-ritorno) può produrre un sintomo che funziona da "parafulmine" verso la patologia grave, cioè l'**inversione emotiva** e la produzione del paradosso, dove, come abbiamo visto, l'angoscia diventa indistinta dal piacere.
- **L'inversione emotiva** si presenta quando il sintomo non è più riconosciuto come tale e pertanto si stabilisce il circolo vizioso **D=P** che viene continuamente rinforzato dalla reiterazione del comportamento patologico.

DINAMICA DIACRONICA DEI SPNL

- Tra le patologie gravi, oltre le **psicosi** che possono comportare la disgregazione della personalità bisogna considerare anche i **disturbi di personalità** che costituiscono un esempio significativo del meccanismo di «*inversione emotiva*».
- La possibilità di transitare nello **stato dinamico 3**, contraddistinto da una maggiore complessità acquisita dal sistema è in funzione di un lavoro di elaborazione, apprendimento e costruzione di nuove connessioni neurofisiologiche e cognitive che a volte (raramente) può verificarsi attraverso particolari esperienze di vita.
- In altri casi, può essere il risultato di un arduo lavoro psicoterapeutico.

ATTRATTORI

- Un **attrattore** può essere definito come uno stato relativamente stabile, ricorrente e resistente al cambiamento, verso cui i sistemi tendono a fissarsi o a stabilirsi.
- Essi sono circondati da “bacini” o “catini”, regioni di stati che vi gravitano intorno.
- Un esempio di attrattore a tutti familiare è il sole che attrae altri oggetti celesti per mezzo della gravità, come del resto fanno gli altri corpi cosmici, Terra compresa.
- Un **repulsore** invece è uno stato che, al contrario dell’attrattore, i sistemi tendono a rifuggire o evitare.

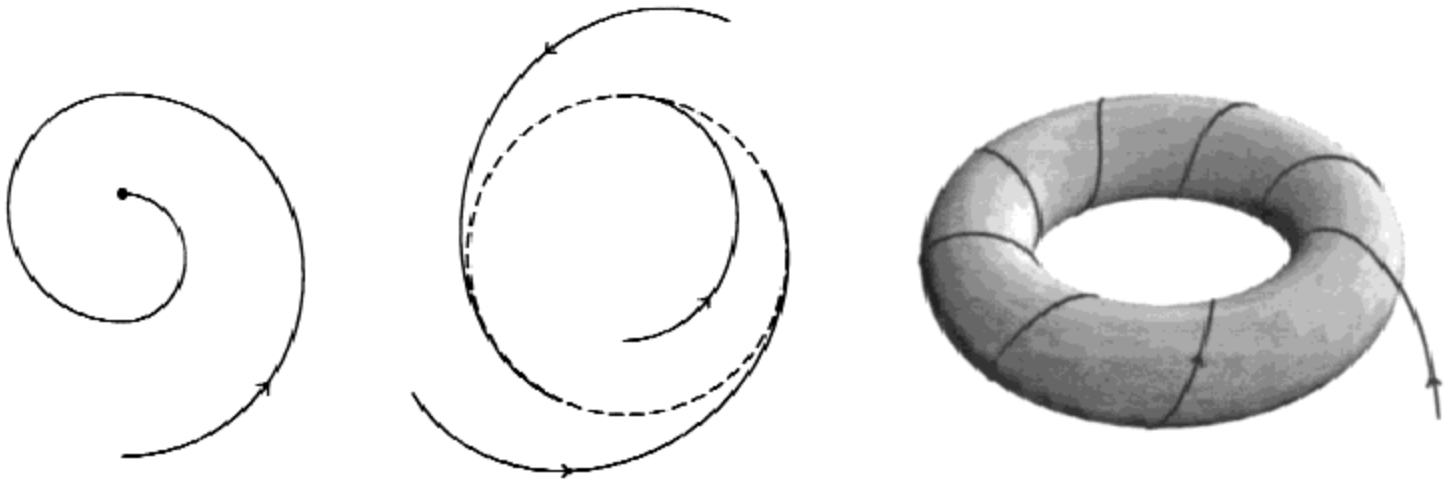
ATTRATTORI

- Gli **attrattori** si rivelano strumenti teorici molto utili quando vengono considerati in termini tridimensionali, in quanto questa forma è più vicina ai fenomeni naturali quotidiani.
- Per riferirsi al fatto che il movimento di questi sistemi può essere considerato in uno **spazio tridimensionale** si usa la terminologia *"spazio delle fasi".*
- Un **esempio** tridimensionale è quello di una pallina che scivola da un piano orizzontale dentro una bacinella, considerata un attrattore.

ATTRATTORI

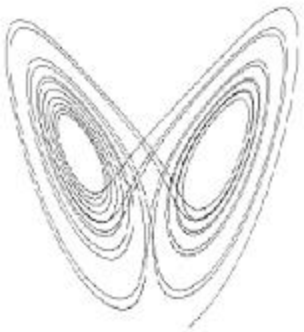
- Il recipiente occupa uno "*spazio di fase*" e il movimento della pallina descrive il moto di un sistema nel tempo, o, in altre parole, la sua traiettoria di attrazione.
- Gli **attrattori** descrivono il moto di un sistema nel tempo e sono generalmente suddivisi in tre tipi principali, dal più semplice al più complesso:

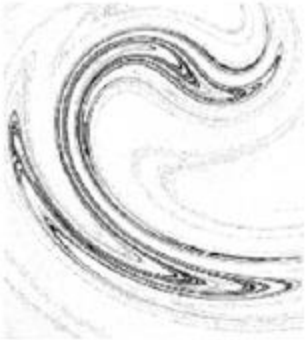
ATTRATTORI



Attrattori regolari non-caotici

ATTRATTORI





Attrattori caotici

Stabilità/instabilità, biforcazione, caos

- Il concetto di **stabilità** è sotteso al processo di **cambiamento**
- Infatti, la stabilità indica che il cambiamento si è già verificato o si verificherà nel futuro, mentre l'instabilità indica che il cambiamento o è imminente oppure è in corso.
- Esistono numerose **teorie del cambiamento** in ogni campo e ciascuna si appoggia più o meno esplicitamente sul concetto di stabilità ed è opinione diffusa che le teorie che descrivono i sistemi stabili generalmente non si occupano adeguatamente di quelli instabili.
- Contrariamente a ciò le **teorie del caos e della complessità** invece si occupano sia di descrivere i **sistemi stabili** che quelli **instabili**, in quanto tali condizioni dipendono da quando e sotto quali condizioni il sistema viene osservato.

Stabilità/instabilità, biforcazione, caos

Ogni **sistema** è potenzialmente caotico

Un sistema è **caotico** quando:

- le variabili hanno un legame molto stretto
- le variabili hanno una periodicità differente
- ci sono molte forze contrastanti

Stabilità/instabilità, biforcazione, caos

Le caratteristiche del **caos** sono:

1. Un sistema si muove da uno **stato dinamico** a un altro attraverso un processo di biforcazione (cambiamento di secondo ordine);
2. E' impossibile fare **previsioni** specialmente su larga scala e a lungo termine (impredicibilità);
3. Quando un sistema è in uno **stato caotico**, l'organizzazione è "attratta" verso una specifica configurazione (l'ordine emerge dalla casualità);

Stabilità/instabilità, biforcazione, caos

4. Quando un sistema è in uno stato caotico compaiono **modelli strutturali** similari a livello di organismi, unità di lavoro, gruppi, individui
5. Le stesse decisioni e azioni intraprese in uno stato caotico non conducono agli stessi **risultati**

Stabilità/instabilità, biforcazione, caos

I sistemi dinamici si evolvono attraverso **tre stati** fondamentali:

1. stabilità;
2. biforcazione;
3. caos.

- Fra i periodi di stabilità e caos ci sono i **punti di biforcazione** e i punti di "doppio periodo".
- Le **biforcazioni** stanno a indicare una crescita meno stabile del sistema per via dell'influsso di una perturbazione interna o esterna al sistema stesso.

Stabilità/instabilità, biforcazione, caos

Coveney e Highfield (1990) forniscono la seguente definizione di **biforcazione**:

> *"Un punto in cui a un sistema si presentano due scelte distinte, analogamente a un incrocio in cui la strada si divide in due sentieri. Al di là di questo punto critico le proprietà del sistema possono cambiare bruscamente"*

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

- Il concetto di **stabilità** nella teoria del caos implica che i sistemi si presentano sia nelle potenziali condizioni di stabilità che di instabilità.
- Anche in **psicologia** troviamo una situazione simile laddove due o più potenziali stati possono coesistere anche simultaneamente, come per esempio, si trova nella letteratura sulle teorie di personalità, sull'ansia (di "stato" o di "tratto") oppure nei concetti generali di "stato" e "tratto"

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

- Come è stato precedentemente esposto i sistemi dinamici si muovono attraverso **tre stati** di base: stabilità, biforcazione, caos.
- Butz (1997) ha riscontrato nei tre concetti di base del lavoro di Piaget (1950; 1952) sullo sviluppo cognitivo di "**schema**", "**assimilazione**" e "**accomodamento**",la presenza di un'analogia molto significativa.
- Infatti, il sistema cognitivo proposto da Piaget mostra le caratteristiche di un **sistema dinamico**.

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

- Per definizione, uno **schema** è una modalità di concepire il mondo che organizza l'esperienza passata e fornisce una struttura per la comprensione delle esperienze future.
- In altre parole esso è una struttura cognitiva stabile che permette di comprendere come funziona il mondo.
- L'"**assimilazione**" è il processo per il quale un individuo incorpora nuove esperienze in uno schema, mentre "**l' accomodamento"** è il processo che aggiusta uno schema individuale per adattarlo a una nuova esperienza quando è in conflitto con lo schema precedente.

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

Analizzando il modello di Piaget come un **sistema dinamico** risalta l'analogia tra i seguenti concetti:

- "stabilità" con "schema";
- "biforcazione"' con "assimilazione";
- "caos" con "accomodamento".

Lo schema sembra essere stabile finché non è posto in discussione elicitando gli eventi cognitivi o dell'assimilazione o dell'accomodamento.

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

- Anche i quattro modelli di attaccamento descritti dalla scuola di *Bowlby* (Main, Solomon, 1990) possono essere considerati degli ottimi esempi di **attrattori**.
- Nel caso dei modelli **A-B-C** abbiamo una configurazione coerente che si stabilizza nel tempo
- Nel caso del ***pattern* D** abbiamo invece dei modelli di attrattori multipli che conducono ad ampie fluttuazioni del sistema collegate a rapide modificazioni di *pattern* comportamentali instabili come conseguenza di perturbazioni casuali anche di piccola intensità.

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

- I cambiamenti possono verificarsi in seguito al mutare di alcuni indicatori che nell'approccio dei SDNL si chiamano **parametri di controllo**, direttamente connessi e specifici ai processi di cambiamento degli attrattori dei *pattern* di attaccamento.

Il concetto di «Attrattore» in Psicologia

- Anche nelle situazioni quotidiane **l'organizzazione dell'attaccamento**, per esempio in un bambino di due anni, è sensibile a una serie di **parametri di controllo** come:

1) la **distanza** fra *caregiver* e bimbo;

2) la **familiarità** della situazione;

3) la **presenza** di persone estranee o eventi insoliti;

4) l'impatto di **esperienze** precedenti (piacevoli o spiacevoli);

5) il **comportamento** del *caregiver* e la sua sensibilità ai segnali del bambino;

6) parametri **psiconeurofisiologici**.

Il cambiamento in uno o più di questi fattori implica la riorganizzazione del sistema.

LA STORIA DI VITA COME SDNL

*La **storia di vita** personale può essere concepita come un Sistema Dinamico NON-Lineare in quanto presenta tutte le caratteristiche tipiche di un Sistema Complesso:*

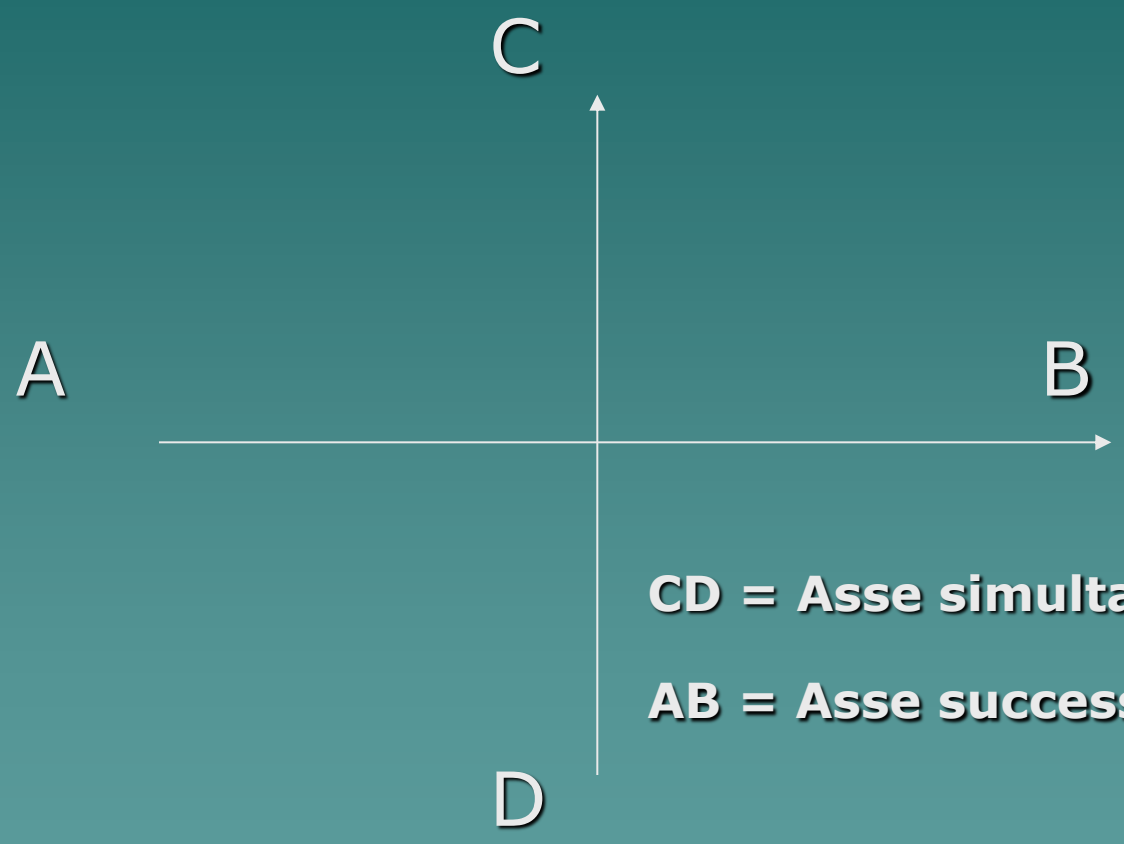
1. E' costituita da un gran numero di elementi (eventi, episodi) che seguono una traiettoria Non-Lineare
2. E' imprevedibile (caos deterministico)
3. E' fortemente influenzata dalle condizioni iniziali
4. Gli eventi di vita possono sincronizzarsi fra loro
5. Ogni evento è collegato strutturalmente agli altri
6. Tende a incentrarsi su alcuni temi dominanti («attrattori»)

STORIA DI VITA

Distinzione fra **indagini diacroniche e sincroniche**

- E' stata effettuata inizialmente nei primi anni del secolo scorso, in un primo momento in riferimento alla linguistica, ma poi con l'estensione ad altre numerose discipline
- Secondo Sassure gli oggetti della ricerca linguistica possono collocarsi su 2 **assi ortogonali** che egli chiama **asse della simultaneità** e **asse delle successioni**

STORIA DI VITA



CD = Asse simultaneità (sincronìa)

AB = Asse successioni (diacronìa)

STORIA DI VITA

- Dai concetti di Sintonia – Diacronia al concetto di PANCRONIA
- La PANCRONIA può essere considerata come lo studio delle regole di un sistema ed è particolarmente importante in Psicoterapia

STORIA DI VITA

- Un concetto che riteniamo di grande importanza per il nostro lavoro è quello di **storia di vita** (Sacco, 2003; 2008) che non va confuso con la raccolta delle notizie biografiche che va effettuata alle prime sedute (*assessment*).
- Infatti, l'utilizzo della storia di vita come strumento di cambiamento va intrapreso in una fase successiva, a terapia avanzata.
- Il **percorso individuale** di una storia personale di vita è ciò che caratterizza e contraddistingue un individuo e lo differenzia da un altro.

STORIA DI VITA

Infatti, la storia di vita può essere concepita come una **traiettoria non-lineare** nella quale si alternano con periodi più o meno lunghi le fasi tipiche dei SDNL:

I. Stabilità dinamica (stato dinamico 1)
II. Biforcazione (stato dinamico 2);
III. Caos (disagio)
IV. Nuovo ordine a maggior complessità (stato dinamico 3)

Oppure: ***sintomo***

Oppure: ***malattia*** **(D = P)** (*)

(*)D = Dolore/Dispiacere
P= Piacere

STORIA DI VITA

- La raccolta della **storia personale** raccontata dal soggetto (Sacco,2003; 2008a; 2008b) è finalizzata a cogliere l'insieme delle regole sottese allo svolgimento degli eventi critici attraverso la ricostruzione delle specifiche **UFP** a essi collegate, in particolare nella fase dell'apparizione dello scompenso.
- Successivamente, le **UFP** vanno raggruppate per costituire gli *stati attrattori*.
- Tali elementi vanno ricostruiti nel **contesto ambientale** di riferimento cioè dalle situazioni, eventi, persone che rappresentano un valore psicologico per il paziente nel momento e nella condizione considerati.

STORIA DI VITA

- In altre parole, la differenza principale fra la ricostruzione della cronaca o concatenazione di eventi e ricostruzione della storia di vita come l'intendiamo noi consiste sostanzialmente nel **punto di vista** da cui si osserva
- Nel nostro caso ci si pone dal **punto di vista del paziente**.

STORIA DI VITA

- Inoltre, questo non significa l'analisi dettagliata di tutta la storia della sua vita, bensì la ricostruzione degli **eventi critici**, di quegli eventi cioè che ricoprono per il paziente una valenza particolare (diploma, laurea, lavoro, incontri, amicizie, matrimonio, nascita di un figlio, costruzione e rottura di legami, lutti, pensionamento, ecc.) partendo dalla **storia del disturbo** dal momento dell'insorgenza e della fase antecedente a questo, alla fase subito successiva.

STORIA DI VITA

- Naturalmente questa **analisi diacronica** con fini pancronici va affiancata a una **lettura sincronica** attuale del disturbo del soggetto alla quale va comunque data la precedenza.
- Vogliamo evidenziare il fatto che il disturbo1 può poi trasformarsi in un sintomo più o meno strutturato e quest'ultimo ha le funzioni che qui ricordiamo di:

STORIA DI VITA

- *1)* segnalazione della **rottura** di una fase di equilibrio dinamico;
- *2)* impossibilità di "**ritorno**" alla fase precedente;
- *3)* **protezione** dalla disgregazione dell'identità personale (coerenza sistemica);
- *4)* **protezione** dall'inversione emotiva dove l'angoscia diventa piacere (D = P).

STORIA DI VITA

- Il **disturbo** non necessariamente si trasforma in un ***sintomo*** più o meno strutturato, cioè in uno stato psicopatologico conclamato.
- Infatti, esso può manifestarsi inizialmente con una ***sensazione soggettiva di disagio*** e/o sofferenza emotiva più o meno prolungata nel tempo che, sebbene più raramente, potrebbe anche "risolversi" senza la manifestazione sintomatica transitando nello ***stato dinamico 3***.

STORIA DI VITA

- In particolare, nella costante interazione con l'ambiente, si viene a creare una ***dissonanza*** fra l'esperienza emotiva (o una parte di essa) e il sistema di significati (o una parte di esso) che si esprime con una sensazione soggettiva di disagio (**stato dinamico 2**) e con il disfunzionamento dei programmi e delle strategie comportamentali
- La modalità più "sana" ovviamente sarebbe quella di apportare la ***complessità*** e la ***flessibilità psicofisiologica*** necessarie al raggiungimento di un nuovo stato di stabilità dinamica, ma come già detto questa è una strada ardua e tutta in salita.

STORIA DI VITA

- Stimolare il paziente a raccontare la ***storia del disturbo*** vuol dire aiutarlo a sistematizzare la relazione fra gli eventi, l'esperienza e il significato individuale del sintomo.
- Come si accennava sopra, la raccolta della storia va comunque inizialmente centrata sul **qui e ora** del disturbo e successivamente alle fasi dell'insorgenza.
- In particolare, è di centrale importanza cogliere la ***fase del passaggio*** dallo stato di **stabilità** allo stato di **instabilità – caos – biforcazione**, il cui risultato sarà la produzione del sintomo.

STORIA DI VITA

- Questo può praticamente avvenire, in un primo momento, attraverso **l'analisi funzionale** cognitivo-comportamentale dell'insorgenza del disturbo, cioè della ricostruzione accurata **dell'ultimo episodio** problematico vissuto dal paziente (analisi sincronica)
- Si passa poi successivamente alla ricostruzione analoga centrata sul **primo episodio** (analisi diacronica) in cui il paziente ha riconosciuto di avere il problema per cui è venuto in terapia

STORIA DI VITA

- Durante la *prima fase* della terapia dunque, si lavora maggiormente sul **sintomo**, iniziando ad abituare il paziente all'***autosservazione*** della relazione fra eventi, pensieri ed emozioni collegati alla propria problematica e si scelgono opportunamente delle tecniche cognitivo-comportamentali appropriate.
- Questa fase è orientata più a ***un'analisi sincronica*** attuale che non al successivo lavoro diacronico sulla storia di vita come strumento di cambiamento.

STORIA DI VITA

- Giova sottolineare che l'**obiettivo**, in questa fase, **non è la mera scomparsa del sintomo**, bensì creare le condizioni ottimali per far partire la fase successiva di indagine ed esplorazione del suo significato funzionale, costituite quanto meno dall'attenuazione del sintomo stesso.

Storia di vita

- Ricostruzione della storia del disturbo:

  a) antecedenti storico-funzionali

  b) incidenti critici

  c) insorgenza sintomatologia

  d) strategie comportamentali

Storia di vita

- La ricostruzione dettagliata della storia remota non è generalmente necessaria
- L'analisi principale viene infatti orientata sulla ***fase di passaggio*** dallo stato di coerenza a quello di scompenso

Elementi costitutivi

STORIA

- Aspetti funzionali
- Aspetti strutturali
- Aspetti contenutistici
- Aspetti processuali

Elementi costitutivi

ASPETTI FUNZIONALI

Riguardano le funzioni del racconto:

a) Mantenimento coerenza sistemica
b) Programmazione comportamentale

Elementi costitutivi

ASPETTI STRUTTURALI

Costituiscono le strutture alla base del racconto (regole che guidano il funzionamento che si esprimono con i *codici rappresentativi*):

a) Schemi
b) Sistemi di significato

Codici Rappresentativi

1. Codice proposizionale (dialogo interno)
2. Codice iconico (immagini)

Elementi costituivi

ASPETTI CONTENUTISTICI

Tonalità cognitivo-affettive dei contenuti della storia dei principali eventi di vita:

a) ***contenuti negativi*** (perdite,malattie,delusioni, ansie,paure,ecc.)

b) ***contenuti positivi***

(competenza,controllo,efficacia,relazioni gratificanti,realizzazione personale,ecc.)

Elementi costitutivi

ASPETTI PROCESSUALI

Modificazione dei processi psicologici nella dimensione temporale:

a) processi emotivi
b) processi cognitivi

4. Utilizzo della Storia: Assessment

Distinzione tra:

1. **Raccolta dati anamnestici** (notizie biografiche generali: nome,età,sesso,stato civile,scolarità, composizione familiare, stato generale di salute,ecc.)
2. Ricostruzione **eventi significativi** della vita del paziente (enfasi sulle modalità di collegamento delle UFP)

Utilizzo della Storia….

Proposta Griglia Operativa

- FASE 1: definizione attuale del problema
- FASE 2: analisi insorgenza del problema
- FASE 3: Definizione antecedenti distali di fase del problema
- FASE 4: Definizione conseguenze dell'insorgenza del problema
- FASE 5: Ipotesi di Lavoro

Utilizzo della Storia.....

FASE 1

1. **Definizione problema come lo presenta il paziente**

a) Come, dove, quanto, quando, con chi
b) Analisi episodio recente (A-B-C)
c) Contenuti (temi presenti)

Utilizzo della Storia….

FASE 2

2. Definizione insorgenza del problema

a) Analisi primo episodio critico (A-B-C)
b) Contenuti

Utilizzo della Storia…

FASE 3

3. Definizione Antecedenti Distali di Fase

a) Analisi dei principali eventi antecedenti allo scompenso

Utilizzo della Storia…

FASE 4

4. Definizione conseguenze dell'insorgenza del problema

a) *Vanno analizzate le modificazioni intervenute nella vita del paziente dopo l'insorgenza del problema (abitudini, atteggiamenti dei familiari, ecc.)*

Utilizzo della Storia..

FASE 5

5. Ipotesi

a) *Codici di Rappresentazione*
b) *Identificazione fasi critiche collegate al problema*
c) *Fattori di mantenimento*
d) *Programmi Comportamentali collegati*

STORIA DI VITA: TRATTAMENTO

- La storia di vita è impiegata come trattamento verso la fase finale del percorso terapeutico, dopo aver effettuato un lavoro sincronico sul sintomo e in integrazione con la ristrutturazione del significato del sintomo e la consapevolezza del suo significato funzionale, procedendo, in sintesi, come segue.

1. Assessment sincronico/diacronico e psicofisiologico e prima valutazione del problema
2. Definizione domanda terapeutica, concettualizzazione e piano di trattamento
3. Trattamento: ristrutturazione significato del sintomo e consapevolezza significato funzionale; ristrutturazione narrativa
4. Riorganizzazione assetto personale nella nuova fase a complessità maggiore (stato dinamico 3)

Utilizzo della Storia: Trattamento

- Cominciamo a definire cosa intendiamo per Narrativa in Psicoterapia.
- Per **Narrativa** si intende il processo mnestico-percettivo-emotivo mediante il quale l'individuo apprende a collegare (attraverso i codici rappresentativi) eventi, significati ed emozioni delle sue esperienze passate in un **sistema di significati** personale che costituisce la struttura della sua **Identità Personale**
- La **funzione** della narrazione in Psicologia è dunque quella di costruire e mantenere il senso di Identità Personale
- Alla luce di ciò, si possono presentare dei **deficit** più o meno gravi della funzione narrativa

DEFICIT GRAVI DELLA FUNZIONE NARRATIVA

1. **Deficit di produzione delle narrazioni**

   I pazienti affetti prevalentemente da disturbo schizoide di personalità o psicosi, presentano una narrazione limitata e insufficiente a fornirgli dei modelli per costruire ed affrontare la complessità delle relazioni. In questi casi, il terapeuta non ha come obiettivo quello di identificare gli errori cognitivi (almeno in una prima lunga fase) ma quello di tentare la impostazione di una relazione terapeutica "calda", accogliente e di condivisione di significati

DEFICIT GRAVI DELLA FUNZIONE NARRATIVA

2. **Iperproduzione delle narrazioni e deficit di gerarchizzazione**

   E' frequente nella patologia isterico-dissociativa e di conversione-somatizzazione associata ai disturbi di personalità e può essere presente anche nella patologia ossessiva. Le storie che questi pazienti raccontano sono innumerevoli ed eccitanti in apparenza, oppure sono mischiate tra loro o in altre storie senza la possibilità di poter distinguere fra fantasie e storie caratterizzanti (Stile narrativo che rischia di essere confondente ed irritante per il terapeuta)

DEFICIT GRAVI DELLA FUNZIONE NARRATIVA

3. **Deficit di distinzione fra vero e inverosimile**

Per Bruner (1990) il vero è l'obiettivo del ragionamento proposizionale e il verosimile è l'obiettivo del raccontare storie. Questi pazienti Sembrano aderire al motto "*Tutto va bene, purchè sia interessante*". Che i fatti raccontati siano veri, inventati o solo vagamente plausibili ha per loro poca importanza

DEFICIT GRAVI DELLA FUNZIONE NARRATIVA

4. **Deficit di integrazione delle narrazioni**

Il caso più eclatante risponde alla sintomatologia del DPM in cui i pazienti presentano molteplici immagini di sé e dell'altro che si alternano nella coscienza in modo frammentario e confuso, con l'incapacità manifesta di costruire metanarrazioni sulla base della memoria biografica che permettano loro di riconoscersi come unici al presentarsi dei vari aspetti di sé

DEFICIT GRAVI DELLA FUNZIONE NARRATIVA

5. **Deficit di attribuzione alla corretta funzione mentale**

   Si tratta di pazienti affetti sia da gravi sintomi dissociativi che da psicosi incapaci di riconoscere se ciò che raccontano è un sogno, la realtà o fantasie ad occhi aperti

- Per **RN** intendiamo quella ***metodologia diacronica*** focalizzata alla flessibilizzazione e alla differenziazione delle modalità personali di costruzione e di collegamento degli **attrattori-UFP** e dei meccanismi di **alienazione** posti in atto nelle fasi di vita *target* del paziente
- La **RN** prevede delle fasi che possono procedere sia in modo sequenziale che parallelo, con un incrocio sincronico/diacronico che alla fine sfocerà comunque nell'obiettivo pancronico di comprensione e modifica delle regole di funzionamento di base dell'individuo.

RISTRUTTURAZIONE NARRATIVA (RN)

1. Raggruppamento UFP per aree tematiche “cruciali” (cioè, collegate al problema iniziale presentato) e identificazione “attrattori” e degli eventuali meccanismi di inversione emotiva;
2. Analisi singoli attrattori problematici, collegati al problema iniziale;
3. Decentramento narrativo degli attrattori problematici
4. Conseguente riformulazione programmi comportamentali personali.

RISTRUTTURAZIONE NARRATIVA

Utilizzo della Storia: Trattamento

Fasi della Ristrutturazione Narrativa

1. Apprendimento abilità auto - osservazione delle modalità narrative personali in relazione al problema presentato
2. Identificazione e analisi dei "punti critici" della storia personale
3. Elicitazione dei nodi narrativi corrispondenti ai "punti critici"

Utilizzo della Storia: Trattamento

4. Decentramento
5. Considerazione di schemi narrativi alternativi
6. Reinserimento del problema presentato all'interno della storia personale
7. Riformulazione dei programmi comportamentali

ESEMPIO CLINICO: Roby Assessment

- Maschio, 30 anni, primogenito
- Famiglia di origine composta da: padre (libero professionista in pensione; madre (insegnante); sorella (studentessa, 20 anni)
- Dirigente azienda privata (da 5 mesi)
- Relazione affettiva con Erica (da 3 anni)
- Vive con la famiglia di origine

ESEMPIO CLINICO: Roby Assessment

Principali eventi di vita

- Rapporti con la madre: "*affettuosi*" ma "*non confidenziali*"
- Rapporti col padre*: "cordiali"* ma "*distaccati*"
- Infanzia: "*piacevole*" con entrambi i genitori
- Adolescenza: *"divertente e spensierata"*
- Rendimento scolastico:appena superiore alla sufficienza. Gli insegnanti dicevano di lui: "*Se si applicasse di più sarebbe il primo della classe..!*"
- Ma a lui interessava solo essere "*il più popolare*"

ESEMPIO CLINICO: Roby Assessment

- Ha avuto storie con numerose ragazze dalla breve durata
- L'unica storia "impegnativa" è quella attuale con Erica che dura ormai da 3 anni
- Lei le ha fatto delle garbate pressioni per trovare un appartamento e sposarsi ma lui ha sempre rimandato tutto a dopo la sua promozione sul lavoro
- Promozione che è arrivata 5 mesi fa

ESEMPIO CLINICO: ROBY Assessment

DEFINIZIONE ATTUALE DEL PROBLEMA

A	B	C
• Da solo, in ascensore, al lavoro	• *E' una cosa grave..!* • *Sono in pericolo…!* • *Nessuno mi può aiutare…!* • Immagine vivida di sé che muore soffocato	• Ansia (SUD 100) • Tachicardia, dispnea, sudorazione • Fuga all'aperto

ESEMPIO CLINICO……

- Tale episodio verificatosi 15 giorni prima della richiesta di terapia è in assoluto quello più intenso che ha spinto il paziente a richiedere un intervento

➔ **<u>Temi presenti:</u>**

✓ Gravità dell’attacco

✓ Solitudine

✓ Morte

ESEMPIO CLINICO.....

INSORGENZA SCOMPENSO

A	B	C
• 4 mesi fa • Da solo • Nel traffico	- *Non sono in forma* *Sono stressato* *Devo riposare* - Immagine vivida del proprio corpo	- Ansia*(SUD 60)* - Tachicardìa Sudorazione Affanno -Mi fermo e scendo

ESEMPIO CLINICO.....

➔ **TEMI PRESENTI**

- Calo di forma fisica
- Essere sotto pressione
- Necessità di riposo

- E' questo il primo episodio critico raccontato dal paziente nel quale egli si pone in allarme senza tuttavia essere sopraffatto dall'ansia

◆ Accanto a questo episodio ha cominciato a fare la sua comparsa anche qualche problema sessuale (2 episodi di scarsa o mancata erezione)

ESEMPIO CLINICO…..

ANTECEDENTI DISTALI DI FASE

- 5 mesi prima R. aveva ottenuto una promozione al lavoro e veniva spostato dalla sua stanza al 2° piano al 15° piano dell'edificio in cui ha sede la sua azienda
- Oltre che a un consistente aumento di responsabilità tale promozione gli implica anche dei cambiamenti delle sue abitudini quotidiane
- Erica aveva commentato la promozione dicendo:*sono contenta, hai ottenuto quello che volevi, ora possiamo programmare il matrimonio..!*

ESEMPIO CLINICO…..

CONSEGUENZE INSORGENZA PROBLEMA

- R. si è chiuso in casa e non esce più da solo
- Congedo-malattia al lavoro
- Erica si preoccupa per lui e lo accudisce per buona parte del giorno
- I familiari di R. sono tutti preoccupati e lo trattano come un malato bisognoso di cure

ESEMPIO CLINICO.....

IPOTESI

a) **Codici di rappresentazione**

- Particolarmente sviluppato il codice iconico (canali visivo e organico)

b) **Schemi prevalenti**

I) Quando stai male non puoi contare sull'aiuto degli altri (escluso le persone fidate)

II) Non ne uscirò fuori

III) Sono malato e debole

c) **Programmi comportamentali**

- Chiusura in casa (evitamento) e ricerca attiva della vicinanza di persone "fidate" (partner, madre, figure familiari)

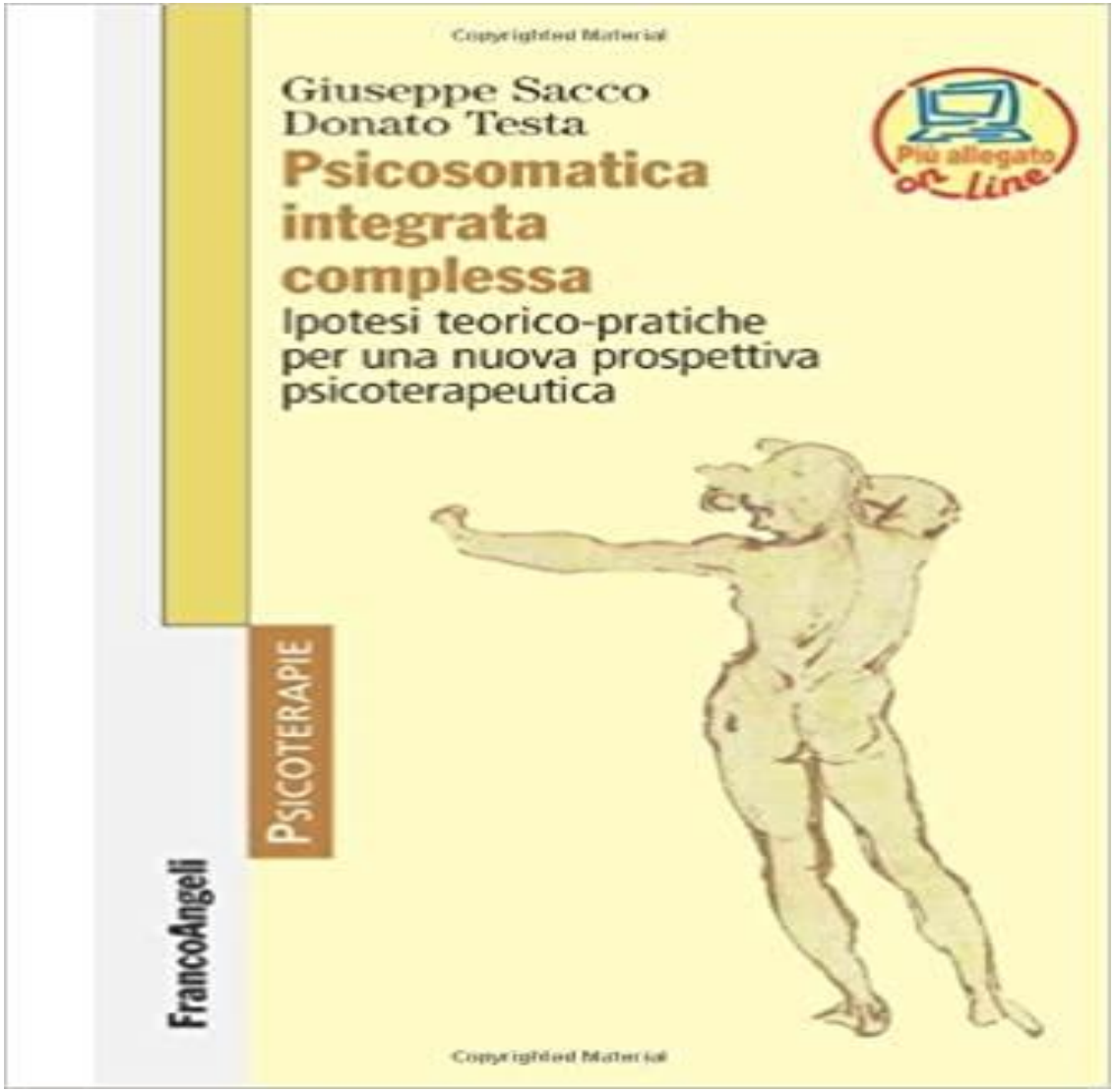
ESEMPIO CLINICO.....

ASPETTI CRITICI STORIA PERSONALE

- Promozione al lavoro
- Cambiamento abitudini di vita
- Accresciute pressioni della partner
- Evitamento ogni assunzione di responsabilità

CASO CLINICO: Roby
Schema Trattamento

- Homework autosservazione situazioni critiche
- Training psicofisiologico per la gestione degli aspetti fisici collegati all'ansia
- Analisi cognitivo-comportamentale episodi critici
- Riesame episodi critici
- Decentramento schemi narrativi
- Riformulazione programmi comportamentali
- Verifica


Copyrighted Material
Giuseppe Sacco
Donato Testa
Psicosomatica integrata complessa
Ipotesi teorico-pratiche per una nuova prospettiva psicoterapeutica
Più allegato on line
PSICOTERAPIE
FrancoAngeli
Copyrighted Material