

Un nuovo paradigma per le scienze e le professioni psicologiche e psichiatriche

A new paradigm for the psychological and psychiatric sciences and professions

Laura Bastianelli*, Alessandro Bianchi*, Francesco Bottaccioli*, Raffaella Cardone*, Ines Romy Cutrona*, Gianangelo Palo*, Fabio Sinibaldi*, Emanuela Stoppele*, Giulia Tossici*, Laura Vaccaro*

* Commissione nazionale Discipline Mentali (Dis. Men), Sipnei, Via Trionfale 65, 00195 Roma, Italia. Mail: L.bastianelli@tiscali.it
 cenreich@libero.it
 francesco.bottaccioli@gmail.com
 raffacardone@hotmail.com
 inesromy.cutrona@ordinepsicologiveneto.it
 gpalo1943@gmail.com
 fabio@realwayoflife.com
 stoppele.emanuela@gmail.com
 tossici.giulia@gmail.com
 info@lauravaccaro.it

Ricevuto il 18 marzo 2021, accettato il 5 Aprile 2021

Proposte della Commissione nazionale Discipline Mentali della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia (Dis.Men Sipnei) per il rinnovamento delle scienze e delle pratiche psicologiche e psichiatriche. A più di 80 anni dalla morte di Freud, registriamo due fenomeni simultanei: da un lato il profondo ridimensionamento dell'influenza della psichiatria biologica e dall'altro lato la dissoluzione dell'ortodossia in psicologia. Questa doppia crisi ha innescato alcuni cambiamenti rilevanti: ha favorito la convergenza e la contaminazione tra le diverse tradizioni psicologiche e ha fatto crescere la reputazione del professionista "psi" e del lavoro psicologico quale intervento efficace sulla salute umana. Un fenomeno indubbiamente positivo che, tuttavia, presenta un profilo, a giudizio degli autori, negativo: la tendenza ad affidarsi all'empirismo e all'eclettismo clinico, accantonando la riflessione e il dibattito sui nodi della teoria e della prassi psicologica. Per questo gli autori ritengono opportuno e utile avanzare una riflessione di fondo su cui incardinare proposte operative.

Parole chiave: Neuroscienze, Riduzionismo, Tradizioni psicologiche, Psicoanalisi contemporanea, Terza ondata delle terapie cognitivo-comportamentali, Cure integrate dei disturbi psicologici.

Proposals of the Sipnei National Commission of Mental Disciplines (Dis.Men Sipnei) for the renewal of psychological and psychiatric sciences and practices. More than 80 years after Freud's death, we record two simultaneous phenomena: on the one hand, the profound re-dimensioning of the influence of biological psychiatry and, on the other hand, the dissolution of orthodoxy in psychology. This double crisis has triggered some important changes: it has favored the convergence and contamination between the different psychological traditions and has increased the reputation of the "psi" professional and of psychological work as an effective intervention on human health. An undoubtedly positive phenomenon which, however, presents a negative profile, in the authors' opinion: the tendency to rely on empiricism and clinical eclecticism, setting aside reflection and debate on the nodal points of psychological theory and practice. The authors believe it is opportune and useful to advance a fundamental reflection on which to base operational proposals.

Key words: *Neurosciences, Reductionism, Psychological schools, Contemporary psychoanalysis, Third wave of behavioral and cognitive therapies, Integrated care of mental disorders.*

Il contesto teorico contemporaneo

Il fallimento del biologismo in psichiatria

Caleb Gardner e Arthur Kleinman, rispettivamente del Dipartimento di Psichiatria e di Antropologia della Harvard Medical School, in un editoriale pubblicato dal *New England Journal of Medicine* (Gardner & Kleinman, 2019), scrivono che «la psichiatria biologica ha fallito su tutta la linea» (p. 1697). Non è stata in grado di «produrre un modello teorico capace di interpretare i principali disturbi psichiatrici, né di elaborare test clinici in grado di fornire una diagnosi chiara di questi disturbi, né ha proposto principi guida per trattamenti che possano rimpiazzare l'uso empirico dei farmaci» (p. 1698).

Le alte aspettative della psichiatria biologica, fondate sull'uso estensivo e apparentemente puntuale degli psicofarmaci per la gestione della sintomatologia, si sono scontrate con i risultati della ricerca empirica controllata che ha documentato la limitata efficacia delle molecole chimiche proposte in questi ultimi 50 anni a fronte di effetti avversi significativi su numerosi sistemi biologici, incluso quello nervoso centrale (Voineskos et al., 2020), e anche di tipo intergenerazionale come nel caso dell'uso di antidepressivi in gravidanza (Anderson et al., 2013).

Noi pensiamo che questo insuccesso, che ridimensiona fortemente la portata terapeutica e anche l'immagine sociale della psichiatria biologica, sia riconducibile a due dei suoi assunti base: a livello scientifico, il paradigma riduzionista delle neuroscienze che riduce la mente ai circuiti cerebrali e la sua complessa dinamica simbolica a molecole e a fenomeni elettrici; a livello professionale, il predominio dell'industria che ha ridotto la cura della mente alla psicofarmacologia.

Il riduzionismo nelle neuroscienze

Il paradigma che domina le neuroscienze dalla loro fondazione, in sintesi, può essere così riassunto: l'organismo è dominato dal cervello, che, grazie alla selezione genetica naturale è strutturato in moduli spe-

cializzati che rispondono al meglio ai diversi input interni ed esterni. Da qui due conseguenze: la mente è uguale al cervello, nel senso che per conoscere l'attività della mente (cognitiva ed emozionale) basta conoscere l'attività dei neuroni; il cervello, quale *dominus* dell'organismo, geneticamente programmato, non è influenzato dalle attività psichiche, né dai comportamenti, né dal funzionamento dei sistemi biologici dell'organismo.

A questo paradigma, nel corso dei decenni, hanno contribuito molte figure di biologi, psicologi e filosofi della mente (per un quadro d'insieme si veda: Bottaccioli F. & Bottaccioli A.G., 2017, cap. 7). E anche il contributo dei neuroscienziati più eterodossi, per lungo tempo, ha evitato di affrontare lo scoglio del riduzionismo.

Il contributo che Antonio Damasio, Joseph LeDoux ed Eric Kandel, celebri e influenti neuroscienziati, hanno dato alle idee nel campo delle neuroscienze è stato rilevante su tre aspetti: Damasio, a partire dal suo *Errore di Cartesio* (1994), ha evidenziato la centralità del corpo; LeDoux, con il suo *Cervello emotivo* (1996), ha segnalato, in pieno razionalismo cognitivista, la centralità delle emozioni; da Kandel, con *Psichiatria, Psicoanalisi e Nuova biologia della mente* (2007), è venuta la sottolineatura del ruolo biologico delle terapie psicologiche.

Questi lavori sono stati pietre miliari che hanno segnato la strada della conoscenza, ma è pur vero che il loro contributo non ha scalfito il paradigma dominante di cui risentivano. Damasio, in tutte le sue opere, ha infatti ribadito il ruolo gerarchico del cervello, che, certamente, ha il corpo come preoccupazione, di cui mappa costantemente l'attività, ma dal quale non è influenzato. Dal canto suo, LeDoux, con le ricerche sull'amigdala, definita la sede della paura, ha rafforzato la visione modulare del cervello e l'identità mente-cervello. Dalla concettualizzazione di quelle ricerche, infatti, se ne può trarre la conclusione che le emozioni siano schemi reattivi innati implementati nelle regioni profonde del cervello, in quel "cervello mammaliano" – antica eredità dell'evoluzione delle specie – teorizzato da McLean con la metafora del "cervello trino". Infine, Kandel in tutte le sue opere ha costantemente evidenziato la centralità della genetica cerebrale e la validità del paradigma riduzionista in neuroscienze.

Tuttavia, negli ultimi tempi, registriamo cambiamenti di assoluto rilievo, la cui portata non ci sembra sia stata colta soprattutto dai teorici della psicologia, ancora divisi tra chi non si rassegna al dominio delle neuroscienze riduzioniste e chi persegue con decisione la riduzione della psicologia a neurobiologia. Ci pare quindi opportuno sottoporre all'attenzione di studiosi e operatori tali cambiamenti in corso d'opera.

LeDoux critico di Panksepp

In un recente intervento (LeDoux, 2018) il neuroscienziato newyorkese, ribadisce che sbagliò a etichettare “sistema della paura” il sistema cerebrale che identifica e risponde alle minacce. «Era un errore (mistake)» – aveva scritto in un altro testo (LeDoux, 2015, p. 460). Errore corretto distinguendo i circuiti. Con un articolo su *Neuron*, (LeDoux, 2012) opera la fondamentale distinzione tra circuiti difensivi, centrati sull’amigdala, ed emozione di paura che viene elaborata a livello corticale. Più recentemente, in tre altri lavori (LeDoux et al., 2020; LeDoux & Brown, 2017; LeDoux & Hofmann, 2018), egli prende di petto il paradigma dominante e i suoi costruttori, partendo da Darwin per arrivare a Panksepp e al Damasio dell’*Errore di Cartesio*.

LeDoux, in questi scritti, critica «il punto di vista convenzionale secondo cui le emozioni sono innate e programmate nei circuiti sottocorticali», proponendo invece che «le emozioni siano stati di più alto ordine (*higher-order states*) stabiliti nei circuiti corticali». In questa critica, il bersaglio sono le teorizzazioni di McLean e di Panksepp, che collocano, nel cervello umano, la cognizione in alto (corteccia) e le emozioni in basso (tronco dell’encefalo e sistema limbico). Panksepp, in particolare, riprendendo McLean, descrive tre livelli cerebrali: un livello primario, dove albergano le emozioni che condividiamo con tutti gli altri animali (per esempio, la paura e la gioia), un livello secondario, dove risiedono emozioni più elaborate (per esempio, l’empatia e l’orgoglio) e, infine, un livello terziario, esclusivamente corticale, dove albergano le funzioni di controllo cognitivo delle emozioni (Panksepp et al., 2015, p. 38).

Una teoria gerarchica evuzionistica del cervello e della mente che ha ottenuto una grande audience. Per esempio, in Italia, Giovanni Liotti, su questa base, ha elaborato una “teoria evuzionistica della motivazione” che si fonda su ciò che egli chiama approccio categoriale e cioè «ogni emozione primaria corrisponde a uno specifico modulo cerebrale sottocorticale, selezionato dall’evoluzione, relativamente indipendente dagli altri moduli, e solo debolmente influenzabile dalle attività sovramodulari delle reti neurali neocorticali» (Liotti et al., 2017, p. 47). Il fatto interessante e nuovo è che lo stesso Liotti, in questo testo, che è l’ultimo prima della sua scomparsa, senta la necessità di prendere le distanze dall’approccio categoriale, proponendo «un punto di incontro tra l’approccio categoriale e quello dimensionale-culturale» delle emozioni, sostenendo che queste vengono costruite dal cervello e dalla cultura umani e che, contrariamente alla visione McLean-Panksepp, non sono sovrapponibili a quelle dei rettili e dei topi (Liotti et al., 2017, p. 48).

Quindi, riprendendo la riflessione di Joseph LeDoux, possiamo con lui affermare che «la differenza tra un’esperienza emozionale e una non

emozionale, non sta nel fatto che l'una ha un'origine subcorticale e l'altra corticale, ma piuttosto nel tipo di input processati dal network corticale» (LeDoux & Brown, 2017).

Le emozioni quindi sono costruite, a partire dalla registrazione e interpretazione dei segnali che vengono dall'attivazione dei circuiti difensivi, ma che trovano il loro peculiare significato nelle categorie psichiche interpretative messe in campo dal soggetto, che sono il frutto della sua personale storia di sviluppo. Come scrive Lisa Feldman Barrett: «Le emozioni non sono reazioni al mondo. Sono la tua costruzione del mondo» (Barrett, 2017, p. 104).

Damasio ripensa i sentimenti

Damasio, nel suo ultimo libro *Lo strano ordine delle cose* (Damasio, 2018) e in una recente intervista (Cicerone, 2018), critica esplicitamente la visione gerarchica dell'organismo umano centrata sul cervello. Lo fa ricostruendo il network che collega il sistema nervoso centrale a quello periferico e, per la prima volta, nei suoi scritti, anche agli altri sistemi biologici, tra cui segnatamente il sistema immunitario. Il quadro che emerge è schiettamente Pnei. E, infatti, dichiara a *PNEI News* che la «Psiconeuroendocrinoimmunologia è un'applicazione, in salute e medicina, della comprensione scientifica dell'insieme dei sistemi regolatori dell'organismo» (Cicerone, 2018, p. 6).

La descrizione che Damasio dà del network Pnei è limpida: «I sentimenti non sono eventi neurali isolati. È coinvolto in modo cruciale il corpo vero e proprio, un coinvolgimento che vede partecipare altri sistemi importanti e decisivi per l'omeostasi, come i sistemi endocrino e immunitario» (Damasio, 2018, p. 146).

Corpo e cervello comunicano e si modificano vicendevolmente: «Il corpo ha un accesso diretto, incondizionato, al sistema nervoso, ed è vero che il corpo dà libero accesso al sistema nervoso [...] come in un "dare e avere" che chiude in modo saldo molteplici cicli di segnali, dal corpo al cervello, di ritorno al corpo, e poi ancora al cervello. In altre parole, come conseguenza dell'informazione che il corpo offre al cervello sul proprio stato, il corpo viene modificato a giro di posta» (Damasio, 2018, p. 148). La comunicazione non è solo di tipo nervoso: «Il processo è [anche] umorale: segnali chimici che viaggiano nei capillari sanguigni inondano certe regioni del sistema nervoso prive di barriera ematoencefalica e possono così informare direttamente queste regioni cerebrali» (Damasio, 2018, pp. 151-152). Anche in Damasio, come nel

caso di LeDoux, la critica nei confronti del cognitivismo, nella versione classica e in quella moderna dell'intelligenza artificiale, s'accompagna ad accenti autocritici.

Al riguardo ci pare utile segnalare la critica di Damasio alla tradizionale visione McLean-Panksepp, che è anche un'autocritica. I conti con Panksepp sono chiari, anche se non espliciti, poiché un attento lettore può agevolmente rintracciare in tutte le opere di Damasio, dall'*Errore di Cartesio* fino a *Il sé viene alla mente*, un'esaltazione del lavoro di Panksepp, presentato come «una notevole eccezione» rispetto alle idee dominanti, soprattutto per l'enfasi che ha posto sulla «collocazione dei sentimenti primordiali nel tronco dell'encefalo» (Damasio, 2012, pp. 34-37 e *passim*).

«Tradizionalmente – scrive Damasio (Damasio, 2018, pp. 150-151) – si dice che il corpo trasmette al sistema nervoso centrale informazioni usando varie strategie che consegnano l'informazione alle cosiddette parti “emozionali” del cervello. La descrizione classica fa riferimento [...] al “cervello limbico” e al “cervello rettiliano”. È facile capire perché queste espressioni abbiano preso piede in letteratura.

Tuttavia oggi il loro uso è di scarsa utilità. Negli esseri umani, queste strutture “più antiche” includono settori “moderni”, come se si trattasse di vecchie case dotate di bagni e cucine ristrutturate con maestria; né l'attività di questi settori è indipendente. Piuttosto, è interattiva».

Kandel per un nuovo umanesimo scientifico

Le tesi che il premio Nobel per la medicina porta avanti da un ventennio, presentate per la prima volta in un celebre articolo su *American Journal of Psychiatry* (Kandel, 1998), sono state recentemente riprese e ampliate in un testo di sintesi *The disordered Mind* (ed. it. *La mente alterata. Cosa dicono di noi le anomalie del cervello*) (Kandel, 2018). Al centro c'è “la nuova biologia della mente” frutto dell'incontro tra scienze diverse, tra la filosofia della mente, la scienza cognitiva e le scienze del cervello. Il risultato è una nuova visione dell'organizzazione del cervello, delle funzioni mentali e dei disturbi psichiatrici (quest'ultimi sono l'oggetto prevalente de *La mente alterata*). Anche se Kandel rimane decisamente convinto che la genetica, con i test clinici del DNA, ci darà, in tempi prossimi, la possibilità di conoscere in modo penetrante le persone ad alto rischio di disturbo mentale – previsione che francamente appare per lo meno molto ottimistica – è rilevante che lo studioso della memoria dell'*Aplysia* metta in primo piano il ruolo dello stress, della

psicoterapia, dell'alimentazione e dell'attività fisica perché – scrive – i geni non agiscono nel vuoto, si esprimono in relazione con l'ambiente.

Tuttavia, in questo libro non si parla di epigenetica. E non è un caso perché, a nostro avviso (Bottaccioli, 2014), se la ricerca epigenetica entrasse pienamente nel paradigma di Kandel, ridimensionerebbe drasticamente la fiducia nella ricerca genetica riduzionista che traspare in ogni pagina dei suoi scritti e darebbe, al tempo stesso, un fondamento ancor più solido al ruolo delle psicoterapie che lo scienziato sostiene con decisione. Infine, in un'epoca dominata dal cognitivismo e dal disprezzo per tutta la variegata tradizione psicodinamica e sistemico-costruttivista, non è di poco conto che, con la sua autorità, Kandel scenda in campo invitando a un esame storico e scientifico delle idee psicoanalitiche in un quadro di costruzione di una nuova cultura psicologica, che richiede un coraggioso ripensamento dei bagagli tradizionali. Processo dal cui esito dipenderà anche la formazione di quel nuovo umanesimo scientifico che è l'orizzonte che lo scienziato indica ai due grandi dipartimenti della conoscenza: quello biofisico e quello antropologico.

La neurologia va oltre il cervello e scopre il corpo e i comportamenti

Di indubbio interesse è anche il sommovimento in corso nella disciplina più antica, nella scienza regina del cervello: la neurologia.

La demenza, il Parkinson, la sclerosi multipla, per citare le più note e antiche patologie del neurologo, dopo la snervante e infruttuosa ricerca del virus e/o del gene responsabili della patogenesi, sempre più vengono studiate nelle loro relazioni con l'ambiente esterno (Mirza et al., 2017), con lo stato interno dell'organismo (Skaper et al., 2018; Spielman et al., 2018) e con lo stile di vita occidentale (Matveeva et al., 2018), segnatamente: attività fisica, nutrizione, stress. Una fuoriuscita della neurologia dal cervello, favorita dall'irrompere delle neuroscienze e dalla ricerca inter- e trans-disciplinare, che quindi include la ricerca psicologica e la psicoterapia clinica, ma anche la scienza della nutrizione e altre discipline mediche e comportamentali.

Questo cambiamento viene costantemente alimentato anche dalla ricerca di base che documenta le influenze dei comportamenti sulla cosiddetta plasticità cerebrale soprattutto (ma non esclusivamente) nelle prime fasi di sviluppo, mostrando la via e le modalità con cui la psiche, la cultura e l'organismo intero retroagiscono sull'assetto dei circuiti nervosi modellandoli in senso adattativo o disadattativo (Dutcher & Creswell, 2018).

Per concludere sull'attuale stato delle neuroscienze

Nell'ambito delle neuroscienze, le più recenti elaborazioni di Antonio Damasio e Joseph LeDoux vanno nella direzione del superamento radicale del riduzionismo, a favore di una visione sistemica dell'organismo umano, in un quadro di interazione tra la psiche, il cervello e gli altri sistemi biologici. Da parte sua Eric Kandel approfondisce e arricchisce la sua tradizionale proposta di fusione tra le scienze biologiche e le discipline umanistiche, enfatizzando il ruolo della psicoterapia come mezzo di influenzamento della biologia. La stessa neurologia, sospinta da un crescendo di evidenze sulle influenze cerebrali dei sistemi biologici periferici, della psiche e dei comportamenti, è condotta a un ripensamento generale del suo statuto scientifico, aprendosi a nuove idee ed esperienze cliniche di tipo sistemico.

Questo quadro di cambiamenti va connesso con i cambiamenti in corso in psicologia, dove, anche qui, non mancano le novità.

In ambito psicologico e psicoterapeutico, le principali tradizioni sono percorse da correnti critiche che prospettano il superamento di alcuni capisaldi dei loro rispettivi patrimoni, a favore di un avvicinamento che, in alcuni, è esplicito progetto di integrazione teorica e pratica.

Le psicologie

La psicoanalisi contemporanea critica verso la tradizione e aperta alla contaminazione

A rigore, non è possibile parlare di una tradizione psicoanalitica come *corpus* unitario. Non solo per i continui aggiustamenti e svolte teoriche che lo stesso fondatore ha realizzato nel corso della sua carriera (basti pensare, a mo' di esempio, alle due cosiddette topiche, il modello topografico e il modello strutturale della psiche, oppure alla trasformazione del concetto di libido nella coppia antagonista *Eros* e *Thanatos*), ma anche per le note vicende storiche che hanno visto la proliferazione, dall'alveo freudiano, di diverse tradizioni anche in forte contrasto tra loro. Per questa ragione, i teorici contemporanei che si pongono l'obiettivo di stabilire una base unitaria non possono evitare di riferirsi a una pluralità di tradizioni.

Secondo Glen O. Gabbard (Gabbard, 2015, p. 31) occorre riferirsi ad «almeno 4 ampie aree teoriche psicoanalitiche»: la Psicologia dell'Io (da Sigmund ad Anna Freud fino ad Hartmann), la teoria delle relazioni og-

gettuali (dalla Klein a Fairbairn, Winnicott, Balint, Bion fino a Kernberg e Mitchell), la Psicologia del Sé (da Kohut ai teorici dello sviluppo, Mahler e Stern), la teoria dell'attaccamento (da Bowlby a Sandler a Fonagy). La conclusione cui giunge l'autorevole psichiatra psicoanalitico è la presa d'atto dell'esistenza del "pluralismo teorico", la fine quindi di un unico sistema di riferimento teorico, che però può essere una risorsa per il terapeuta, sostiene Gabbard (Gabbard, 2015, p. 64).

Tuttavia, pur in un quadro dialettico, contrastante su ciò che è vivo e ciò che è morto della psicoanalisi, animato da opinioni radicalmente diverse su singoli concetti fondamentali, come la teoria delle pulsioni, il complesso di Edipo, l'Es (AA.VV., 2016; Eagle, 2013), largo appare il consenso sullo "zoccolo duro" della psicoanalisi, che può essere così riassunto: la psicoanalisi ha un approccio basato sullo sviluppo della persona, sulla centralità delle prime fasi della vita (Fonagy et al., 2016; Stern, 1985), sulla persona nella sua complessità (Gabbard, 2015, p. 26 e *passim*), sulla soggettività (Shapiro, 2018); la persona che chiede aiuto, quindi, non viene ridotta ai suoi sintomi (Lingiardi & McWilliams, 2018, p. 5). Il terapeuta a orientamento psicodinamico focalizza la relazione col paziente sull'esperienza emotiva e sui processi impliciti (inconsci) e non solo su quelli espliciti (Shapiro, 2018; Yakeley, 2018).

In questo quadro, ad esempio, Lingiardi sostiene che la «psicoanalisi contemporanea è impegnata a modificare alcuni pilastri su cui si reggeva la psicoanalisi classica, abbandonando il modello pulsionale, ridimensionando il ruolo dell'*insight* e del conflitto, rivalutando quello dell'ambiente e del trauma reale, revisionando la teoria psicosessuale e le sue convinzioni omofobe, ripensando il significato delle dinamiche edipiche...» (Lingiardi, 2016, p. 512) e ripensando lo stesso atteggiamento dello psicoanalista come «schermo bianco» a favore di un'enfasi sulla «relazione terapeutica e sull'esperienza emozionale correttiva» (Eagle, 2016, p. 440).

Una conferma di questo importante lavoro viene, del resto, dall'interno stesso delle istituzioni psicoanalitiche, se è vero, come sottolinea nel suo ultimo testo Bolognini (Bolognini, 2019), già Presidente della Spi (*Società Psicoanalitica Italiana*) e dell'Ipa (*International Psychoanalytical Association*), che «in analisi noi perlopiù non forniamo al paziente delle informazioni cognitivo-descrittive sul suo Inconscio, bensì esercitiamo la persona, seduta dopo seduta, al contatto, al passaggio, alle pervietà delle vie che all'Inconscio possono avvicinarla: come dice Confucio, non diamo un pesce all'affamato, cerchiamo di insegnarli progressivamente a pescare. E soprattutto oggi, andiamo a pescare insieme al paziente» (pp. 37-38). Il nucleo più attuale dello sviluppo della

psicoanalisi contemporanea, quindi, sarebbe sempre più legato al «modo in cui facciamo, nel senso che il *come* sta diventando più importante del che cosa, gli oggetti della nostra esplorazione (fantasie inconscie, ricordi, paure, bisogni desideri) sono cruciali in analisi; ma il modo complesso attraverso cui possiamo raggiungerli e trasformarli nell'interscambio con i pazienti è oggi ancora più cruciale di prima» (Bolognini, 2019, p. 51).

Questa prospettiva, che mette sempre più al centro della scena il riconoscimento del ruolo della relazionalità nei processi di definizione dell'identità psichica – per ciò che riguarda la sua strutturazione, le modalità di funzionamento, i pattern transazionali e i dispositivi di elaborazione delle esperienze – ha aperto da tempo al pensiero psicoanalitico gli orizzonti di un nuovo framework, teorico e clinico.

Così, l'ortodossia psicoanalitica si trova messa sempre più in disparte anche all'interno delle stesse istituzioni psicoanalitiche che valorizzano in maniera crescente il dialogo con altre discipline e metodiche. Lo ha sottolineato nell'ultimo convegno della Spi (novembre 2020) la stessa Presidente uscente, Anna Maria Nicolò, sostenendo come la psicoanalisi non abbia altra strada avanti a sé se non quella di lasciarsi contaminare dal contesto, dalla cultura in cui vive, pur senza snaturare la propria identità. Un'idea non dissimile da quella espressa da un altro Past President della Spi, Antonino Ferro, ad oggi full member dell'Ipa, che sulla scia di Bion invita a pensare alla psicoanalisi come a una sorta di «sonda che espande di continuo il campo che esplora» (Ferro, 2003).

A ben vedere una prima proposta di contaminazione tra “psicoanalisi e psicologia cognitivo-evoluzionista” risale già a venti anni fa, lanciata da Paolo Migone (psicoanalista) e Giovanni Liotti (cognitivista) con un articolo congiunto pubblicato sull'*International Journal of Psychoanalysis* (Migone & Liotti, 1998), ora tradotto e pubblicato su *Psicoterapia e Scienze Umane* 2018, 52, 251-290).

Oggi, però, registriamo una proposta che va ben oltre la teoria. Fredric N. Busch, professore di psichiatria al *Weill Cornell Medical College* e al *Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research* di New York, propone infatti un'integrazione di tipo clinico tra psicoanalisi e psicologia cognitiva, che, ovviamente, per realizzarsi necessita di cambiamenti in entrambe le direzioni. Dal lato della psicoanalisi, Busch è profondamente critico verso alcuni assunti storici della tradizione psicoanalitica, come la “neutralità” del terapeuta e la sua astensione da un intervento attivo, volto a suggerire cambiamenti anche nei comportamenti del paziente. In un suo recente libro (Busch, 2019), il cui titolo dal punto di vista della psicoanalisi classica appare un ossimoro *Psychodynamic Approaches to Behavioral Change* (*Approcci psi-*

codinamici per il cambiamento comportamentale), sostiene infatti che l'obiettivo di fondo del trattamento psicoanalitico classico non sia tanto quello di indurre un cambiamento, bensì quello dell'*insight* che è la conoscenza delle dinamiche inconsce che governano pensieri, emozioni e comportamenti dolorosi e/o patologici. Nella prospettiva psicoanalitica tradizionale quindi il cambiamento personale sarebbe un derivato, un sottoprodotto dell'*insight*. Per Busch, invece, lo psicoterapeuta deve prendersi cura dei cambiamenti comportamentali del paziente, identificando i pensieri e i comportamenti disadattativi, proponendo comportamenti alternativi (Busch, 2019, cap. 7).

Come è noto questo è il tradizionale campo di attività, il marchio di fabbrica, della terapia cognitivo-comportamentale. C'è però una novità: Busch sostiene che occorre favorire il cambiamento identificando gli ostacoli, che risiedono non solo in pensieri disfunzionali, com'è nella tradizione cognitivista classica, ma anche e soprattutto in fattori profondi che riguardano: 1) la storia del paziente, il suo sviluppo, la presenza di eventuali traumi e di conflitti intrapsichici; 2) i meccanismi di difesa, i tratti e le difficoltà di personalità, eventuali deficit nella "mentalizzazione" e cioè nella capacità di riflettere sugli stati mentali altrui e propri (Busch, 2019, p. 14, tabella 2.1).

Del rapporto tra *insight* e cambiamento, del resto, si discute da tempo già all'interno dello stesso mondo psicoanalitico. Donnel Stern, analista relazionale con funzioni di training presso il *William Alanson White Institute* di New York (Ipa), nel suo ultimo libro *Libertà relazionale* gli dà voce quando sostiene che «sebbene l'interpretazione verbale sembri spesso la causa dell'azione terapeutica» è sufficiente ribaltare la prospettiva e l'ordine dei fattori per accorgersi che «quando si configura una nuova prospettiva verbale, di solito l'evento chiave è già accaduto [ndr. all'interno della relazione terapeutica]» (Stern, 2017, p. 132). Questo evento-chiave, secondo Stern, coincide «con l'emergenza della nuova libertà relazionale» che rinvia a un'esperienza emotivamente coinvolgente, sperimentata nella relazione terapeutica e che si verifica di norma a monte dell'*insight*, rendendolo anzi possibile in quanto apre alla persona l'opportunità di nuovi pensieri, comportamenti, modelli di relazione.

È utile infine sottolineare come la valenza trasformativa di questi *enactement* abbia ricevuto riscontri significativi anche in sede di ricerca neuroscientifica. In particolare, nel solco delle ricerche legate alla già citata plasticità cerebrale, è emerso di recente un ulteriore meccanismo, definito "*riconsolidamento della memoria*", che sembra consentire, anche nell'uomo, l'aggiornamento della memoria esistente in funzione

dell'acquisizione di nuove informazioni nel contesto ambientale. La discussione sulla validità e ambito di efficacia di questo processo ovviamente è aperta ma, al di là dei suoi esiti, testimonia un grado di maturità e di evoluzione della pratica e della riflessione teorica in campo psicoterapeutico, non solo psicodinamico (per esempio in ambito di EMDR, Gestalt, Emotion Focused Therapy, Coherence Therapy, ecc.), tale da aprire scenari estremamente fecondi per il confronto con altre tradizioni e con la stessa ricerca neuroscientifica.

La spinta critica e trasformatrice della “terza ondata” (third-wave) del cognitivismo

È noto che la storia della terapia cognitivo-comportamentale viene suddivisa in tre fasi (Thoma et al., 2015). La fase comportamentale, centrata sulle teorizzazioni di John Watson (Watson, 1913) e di Burrhus Skinner (Skinner, 1953) sul condizionamento pavloviano (Watson) e operante (Skinner) e sull'organizzazione di una pratica terapeutica, cui hanno contribuito numerosi studiosi, tra cui Eysenck, Wolpe, Rachman, ecc., fondata sul principio: «No ai farmaci, no ai trattamenti fisici, no alla discussione di complessi sessuali giacenti nella profondità dell'inconscio, bensì semplice modificazione del comportamento della persona» (Rachman, 2015).

La fase cognitiva che, partendo dalle suggestioni e dalla pratica di Albert Ellis e soprattutto di Aaron Beck su diagnosi e terapia della depressione, centrata sulla correzione dei pensieri negativi su di sé, sugli altri e sul mondo, giunge, nel corso degli anni '80, ad una combinazione della classica terapia comportamentale con l'approccio cognitivo di disconferma delle interpretazioni errate, che, ad esempio, nel caso del disturbo di panico (Clark, 1986), consistono in interpretazioni catastrofiche di sensazioni corporee. Nasce la terapia cognitivo-comportamentale (CBT nella sigla internazionale), come integrazione nel modello cognitivo delle principali tecniche comportamentiste: attivazione comportamentale, esercizi di esposizione, training di rilassamento e di acquisizione di competenze sociali (Thoma et al., 2015). Questo è il periodo d'oro della “cognizione”, in cui l'interesse per la dimensione cognitiva travalica i confini della sola CBT e si assiste allo sviluppo delle teorie dell'informazione, alla nascita della “cibernetica di secondo ordine” (Von Foerster, 1984) e alla transizione della tradizione sistemico-familiare in sistemico-relazionale come effetto dell'apertura alle correnti costruttiviste e costruzioniste.

Dagli anni '80 in avanti, la CBT ottiene un successo crescente, che surclassa le altre tradizionali psicoterapie, *in primis* la rivale storica, la psicoanalisi, da cui Beck e altri *leader* cognitivisti, pur tuttavia, provenivano.

Le ragioni del successo della CBT sono state analizzate da Steven Hayes dell'Università del Nevada e promotore dell'ACT, *Acceptance and Commitment Therapy* (Terapia dell'accettazione e dell'impegno). L'ACT, assieme a un gruppo di terapie basate sulla *mindfulness* – *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), *Compassion Focused Therapy* (CFT) e *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) – fanno parte della “terza ondata” o “terza onda” (*third wave*) della Terapia cognitivo-comportamentale (Hayes, 2004).

Hayes, che è stato anche presidente dell'*Association for Behavioral and Cognitive Therapies*, sostiene che le ragioni del successo della CBT oggi stanno venendo meno (Hayes, 2016). «La situazione è chiaramente cambiata», scrive Hayes, innanzitutto perché stanno scemando i finanziamenti pubblici che hanno sostenuto la ricerca sulla verifica di efficacia della terapia cognitivo-comportamentale; verifica di efficacia che ha trainato il successo della CBT, presentata come l'unica terapia psicologica *evidence-based*. In secondo luogo, altre terapie hanno mostrato la loro efficacia controllata, conseguentemente sta venendo meno il consenso indiscusso attorno alla CBT. In terzo luogo, prende sempre più piede la sfida, portata avanti dalla terza ondata, alla “sindromizzazione della sofferenza umana”, al “modello di causalità cognitiva” e alla cieca adesione all'approccio sintomatologico codificato nel DSM (Hayes, 2016).

Vengono attaccati i pilastri del cognitivismo: la centralità dei sintomi, il ruolo causale dei pensieri negativi ed errati, la ristrutturazione cognitiva come strada maestra della terapia. Viene denunciata la povertà della base filosofica della CBT e l'adesione supina a una biologia riduzionista, rappresentata anche dal recente programma di ricerca del *National Institute for Mental Health* (NIMH), denominato *Research Domain Criteria* (RDoC). «Non abbiamo bisogno del riduzionismo per prendere la biologia seriamente» – scrive Hayes, che definisce il riduzionismo «un buco nero intellettuale» (Hayes, 2016, p. 450).

In linea generale, tutte le terapie della terza ondata mettono in primo piano la dimensione emozionale e relazionale della psicoterapia, lavorando allo sviluppo di competenze da parte del paziente non prettamente cognitive, come l'accettazione della sofferenza, l'auto-osservazione, la compassione verso sé e gli altri, l'osservazione non giudicante: dimensioni psichiche riprese dalla tradizione meditativa di origine buddista (Siegel et al., 2012).

Questi cambiamenti in corso nella famiglia cognitivista hanno un antecedente di rilievo in un libro di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti,

pubblicato nel 1983 a New York, col titolo *Cognitive Processes and Emotional Disorders* (Guidano & Liotti, 1983, tradotto in italiano nel 2018). Di fronte alla povertà teorica del cognitivismo, Guidano e Liotti (ma in particolare il primo) mettono in campo concetti rivoluzionari, provenienti dalla filosofia della scienza della seconda metà del Novecento (Kuhn, Popper, Polanyi, ma soprattutto Lakatos), per cercare di descrivere le dinamiche della mente e la formazione della personalità. L'altro grande serbatoio teorico, cui attinge soprattutto Liotti, sono le ricerche sull'attaccamento di Bowlby. Da questa base esce una visione della mente e della personalità organizzata su un «nucleo profondo, relativamente indiscutibile», che si forma nelle prime fasi della vita, su cui si costruirà l'«identità personale», che influenzerà e sarà influenzata da «modelli che anticipano e simulano la realtà» e quindi «regole per l'assimilazione dell'esperienza e procedure di *problem solving*» (Guidano & Liotti, 1983, pp. 64-69). In questo contesto, le dinamiche inconsce (conoscenza tacita) e le emozioni entrano a pieno titolo nell'orizzonte dello psicoterapeuta, il cui obiettivo dichiarato, in questo libro, è «lo sviluppo dell'autoconoscenza» da parte del paziente. Un approccio che, soprattutto ai primi anni '80, strideva fortemente con il cognitivismo e con la sintesi cognitivo-comportamentale proposta dagli inglesi.

Alla fine del secondo decennio del secolo presente, la critica al cognitivismo standard, dall'interno di questa corrente culturale, si è fatta dissacrante. Per esempio, un recente libro di Bruno Bara, noto esponente del cognitivismo italiano e internazionale, ha parole di fuoco verso la psicoterapia cognitivo-comportamentale classica «che rimane ancorata a una visione in cui le emozioni sono subordinate alle cognizioni e non è considerato significativo né il substrato fisico che sorregge entrambe né la loro realizzazione neurale» (Bara, 2018, p. 63). Il fattore curativo principale quindi, secondo l'Autore, non è l'*insight*, la consapevolezza, che il terapeuta si propone di far raggiungere al paziente, di cui «tutte le tradizioni hanno enfatizzato la parte intellettuale». In realtà – afferma – «la consapevolezza terapeutica è incarnata, è viscerale ed emotiva e solo marginalmente cognitiva» (Bara, 2018, p. 110). Da qui la necessità che il terapeuta comprenda che «le emozioni si cambiano solo con nuove emozioni, i vissuti viscerali solo attraverso nuovi vissuti viscerali, le interazioni patologiche solo con nuove interazioni funzionali» (Bara, 2018, p. 111). Conseguentemente, il terapeuta relazionale non deve trascurare l'esame del passato, la storia della vita del paziente, ciò che Bara chiama «la ricostruzione della dimensione diacronica degli schemi interpersonali del paziente», anche con l'esame dei sogni (Bara,

2018, p. 140), estendendo l'indagine «non solo ai comportamenti ma anche alle dimensioni corporea, emotiva e cognitiva, sollecitando il paziente a ricordare anche le sensazioni fisiche e le emozioni di cui era preda» (Bara, 2018, p. 113).

Nel quadro della relazione terapeutica, l'obiettivo centrale è costruire le condizioni affinché il paziente riproponga, in seduta, lo schema patologico fondamentale che lo affligge. Questa situazione, che nella tradizione psicoanalitica viene definita *enactment* (attualizzazione, messa in atto) e che coinvolge direttamente il paziente e il terapeuta, viene da Bara individuata come il fulcro della terapia, ciò che consente al paziente di costruire la “conoscenza di sé”, la propria consapevolezza incarnata, emotiva, viscerale e cognitiva. L'*enactment* quindi, scrive Bara, non è una minaccia alla terapia, come invece la considerano cognitivisti contemporanei (Bara, 2018, p. 87), è l'occasione cruciale per indurre una presa di consapevolezza terapeutica. In questo lavoro, sia il terapeuta che il paziente possono usufruire dei benefici della meditazione buddista, di cui, oggi, a differenza del passato recente, «posso permettermi di esplicitare i riferimenti» – afferma l'Autore (Bara, 2018, p. 58).

È del tutto evidente che il modello cognitivo-comportamentale non c'è più, si è dissolto nella critica messa in atto dal terapeuta relazionale. Per completare il quadro, anche simbolico, della liquidazione dei dogmi cognitivo-comportamentali, Bara ci informa che la durata delle sue terapie non è necessariamente breve: possono durare anni, con centinaia di sedute. Il suo setting è, di regola, formale e cioè basato sul divano, o, meglio, su una struttura che, pudicamente, chiama “*chaise longue*” (Bara, 2018, p. 94). Siamo quindi nella condizione di prospettare una fuoriuscita dagli schemi teorici tradizionali che hanno dominato la psicologia e la psicoterapia fino ad oggi e avviare un cammino collettivo per approdare a nuove sintesi.

Il contributo della Pnei al fermento in corso in neuroscienze e psicologia

Il panorama che abbiamo sopra tracciato è molto incoraggiante per chi come noi lavora alla costruzione di un movimento scientifico di superamento del riduzionismo nelle scienze della vita, e che quindi ponga lo studio dell'essere umano e le conseguenti proposte di prevenzione e cura in una dimensione sistemica e integrata.

Gli ostacoli che storicamente si sono frapposti al raggiungimento di questi obiettivi stanno subendo colpi da più direzioni e da voci sempre

più autorevoli. Si profila in sostanza quello che Thomas Kuhn descriveva come la preparazione di un cambio di paradigma da parte di esponenti, autorevoli e sempre più numerosi, della scienza “normale” (Kuhn, 1962).

Riscoprire la radice anti-riduzionista della psicologia per un fecondo dialogo con le neuroscienze

È noto che, storicamente, il primo contributo scientifico organico in ambito psicologico sono stati i *Principles of Psychology* di William James pubblicati nel 1890 (James, 1980). L'esordio di questo testo è netto e di grande interesse per l'oggi.

James prende di petto i due approcci fondamentali della sua epoca: una psicologia metafisica e una psicologia senza psiche. La psicologia spiritualista, ben presente – come ricorda James nella *Prefazione* alla prima edizione italiana del suo libro (James, 1901) – nei Paesi a tradizione cattolica come l'Italia, identifica la psiche con l'anima dotata di funzioni mentali (facoltà) preordinate e distinte. Dall'altro lato, l'associazionismo, presuppone una “psicologia senza anima” e cioè concepisce l'Io come fascio di reazioni nervose automatiche. Tuttavia, mentre la tendenza spiritualista perde terreno, ricorda James, quella associazionista è in pieno sviluppo al volgere del XIX secolo, anche sull'onda della crescente popolarità dell'evoluzionismo e della ricerca biologica. James discute in particolare la tesi di Thomas H. Huxley, medico leader del darwinismo, che in un discorso alla *British Association for Advancement of Science*, pronunciato a Belfast nel 1874, descrive l'essere umano come “un automa cosciente” affermando che: «La volontà non è la causa di un atto volontario, ma il simbolo di questo stato del cervello, che è la causa immediata di questo atto. Gli stati mentali sono simboli, nella coscienza, dei cambiamenti automatici che intervengono automaticamente nell'organismo. Noi siamo automi coscienti» (Huxley, citato in James, 1980, I, p. 131). La critica di James alla “teoria dell'automatismo” mostra l'assurdità della pretesa di spiegare il mondo mentale e i suoi prodotti, per esempio l'*Amleto* di Shakespeare, con la descrizione del sistema nervoso del poeta (James, 1980, p. 132). Al tempo stesso James chiarisce che la mente è certamente il prodotto dell'attività del cervello, ma, a sua volta, essa modifica il funzionamento del corpo. «Non c'è modificazione mentale che non sia accompagnata o seguita da modificazioni corporee» (James, 1980, p. 5).

Siamo di fronte alla fondazione dello studio scientifico delle relazioni bidirezionali mente-corpo su una base radicalmente anti-riduzionista e anti-meccanicista evitando la trappola dello spiritualismo dualistico.

Non è un caso che, nel corso della fondazione delle Neuroscienze, a partire dagli anni '80 del Novecento, questo approccio di James sia stato ignorato o esplicitamente criticato dalla grande maggioranza dei neuroscienziati: per tutti valga il Nobel per la medicina Gerald Edelman, che bolla questa retroazione della dimensione psichica su quella biologica come «l'attribuzione di poteri mistici alla coscienza» (Edelman, 2004, pp. 69-71).

Il paradigma entro cui sintonizzare neuroscienze e psicologia

L'emergere delle neuroscienze ha dato un contributo decisivo all'ingresso della psicologia, della psicoterapia e della stessa psichiatria, nel mondo della scienza. L'indagine in vivo del cervello umano, tramite le immagini, ha dimostrato che gli interventi psicologici hanno effetti sulla funzione e sullo stesso assetto anatomico dei circuiti cerebrali (Miller, 2017). Inoltre, l'indagine epigenetica ha ulteriormente dimostrato che gli interventi psicologici, nelle loro diverse forme (dalla psicoterapia alla meditazione e alle cosiddette tecniche mente-corpo) inducono modificazioni nell'espressione genica codificante per recettori cerebrali e neurotrasmettitori, fornendo così una via di spiegazione scientifica sui meccanismi d'azione degli interventi psicologici efficaci nella terapia dei disturbi mentali (Jiménez et al., 2018).

Questi rilevanti avanzamenti nella ricerca biologica hanno sottratto le scienze e le professioni “psi” dal limbo della non scienza e degli interventi sanitari empirici, senza fondamento certo.

Tuttavia le neuroimmagini e l'epigenetica hanno anche un altro effetto: smentiscono in modo inequivocabile la tesi dell'identità mente-cervello. Dimostrano, invece, che la dimensione psichica – che indubitabilmente sorge dal livello cerebrale e che è influenzata e plasmata dall'insieme dei network biologici (Damasio, 2018) – retroagisce sulle funzioni e sull'assetto dei circuiti cerebrali, modificandoli in senso adattivo o disadattivo.

Le neuroscienze sono quindi essenziali alla psicologia, ma esse non sono una realtà omogenea: diversi modelli, riduzionisti e sistemici, operano e competono al suo interno. La psicologia ha bisogno di una neuroscienza non riduzionista, la cui affermazione può e, a nostro avviso, deve sostenere con decisione. Ma è vero anche il contrario: le neuroscienze, se vogliono avanzare nella comprensione del funzionamento del cervello, hanno bisogno della psicologia e cioè di adottare un paradigma che contempli l'interazione bidirezionale psiche-sistemi biologici, dentro cui studiare l'attività cerebrale.

Conoscere il network psicobiologico per una nuova fondazione della psicologia

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, cambiamenti rilevanti sono in corso nelle principali tradizioni psicologiche, caratterizzati da alcune tematiche ponte che fungono da vettore per un dialogo possibile. Un tema, in particolare, accomuna la tradizione psicodinamica e quella cognitivo-comportamentale, almeno se si considera la terza ondata: la centralità della relazione terapeuta-paziente. Inoltre, un altro ponte collega la psicoanalisi contemporanea al cognitivismo, almeno nella variante italiana: la comune accettazione della teoria dell'attaccamento (Fonagy, 2002; Fonagy et al., 2016; Guidano & Liotti, 1983; Liotti et al., 2017). Infine, mentre tra i teorici psicodinamici cresce la comprensione (Busch, 2019) che la sintomatologia e i comportamenti del paziente non sono epifenomeni trascurabili, tra i cognitivisti sembra farsi strada l'idea che rimanere in superficie, senza valutare il contesto familiare e la storia personale del paziente – ciò che essi definiscono “vulnerabilità storica” individuale (Tenore & Gragnani, 2016) – limita enormemente l'efficacia della terapia.

Infine, in entrambe le tradizioni è cresciuta la fiducia nelle possibilità terapeutiche della psicoterapia e un parallelo ridimensionamento delle aspettative riservate ai farmaci. A questa nuova consapevolezza ha contribuito la crescita delle evidenze di efficacia (Lazzari, 2019) che riguardano non solo la terapia cognitivo-comportamentale ma anche le altre tradizioni e segnatamente quella psicodinamica.

A questa crescente convergenza, tacita o esplicita, che segnala la comune aspirazione alla costruzione di una visione più organica e unitaria, “anti-riduzionista” della persona con sofferenza mentale (Eagle, 2013; Shapiro, 2018), fa da limite la scarsa valutazione e comprensione del funzionamento complessivo dell'organismo umano.

I nodi teorici connessi alla valutazione della biologia umana, che le diverse tradizioni psicologiche hanno provato ad affrontare, oggi devono e possono essere riesaminati, alla luce della nuova biologia sistemica che è emersa negli ultimi anni. Ciò richiede uno sforzo teorico, che non sembra però attrarre i più.

Al riguardo, la fase che viviamo ci pare possa essere così sintetizzata: assistiamo a un crescente sforzo, da parte di ricercatori e operatori di vario orientamento, di produrre evidenze empiriche sull'efficacia degli interventi psicologici, che inverte una storica trascuratezza delle professioni psi a verificare i risultati del proprio lavoro (Lazzari, 2019). Il rovescio della medaglia è una diffusa indifferenza alla teoria (Borghi &

Fini, 2019) e cioè a quel sistema di riferimento che consente di interpretare i dati, fornire spiegazioni sui meccanismi che sono presumibilmente alla base dei risultati ottenuti, consentendo così il progresso delle scienze psicologiche.

Pensiamo che non possiamo sottrarci allo sforzo di affrontare i nodi su cui organizzare una teoria, che potrà guidarci nell'innovazione clinica, necessaria a fronteggiare le crescenti minacce alla salute mentale degli umani e quindi alla salute tout-court.

I nodi teorici

La natura umana dal punto di vista della psicologia

Fare psicologia senza biologia è un errore riduzionista, simmetrico a quello biologista, che riduce la psicologia a biologia.

Le principali correnti psicologiche del Novecento, a cominciare dalle numerose emerse dalla comune fonte freudiana, per finire al comportamentismo e al cognitivismo, hanno affrontato il tema del ruolo della biologia nella costruzione della soggettività umana in modi profondamente diversi, che qui non è possibile dettagliare. Tuttavia ci sia concesso una schematizzazione: mentre, da un lato, la variegata famiglia di derivazione psicoanalitica ha provato a tematizzare la relazione tra biologico e psicologico – passando dalla libido freudiana all'energia psichica junghiana, all'orgone reichiano, agli istinti fondamentali di Perls, al concetto di pensiero operatorio della Scuola francese (Marty) alla neuropsicoanalisi di Solms e, al converso, alla critica dell'istintivismo da parte di Fromm e Vygotskij – dall'altro lato, il comportamentismo, il cognitivismo e la psicologia della personalità (Allport, Murray) hanno sancito il divorzio della psicologia dalla biologia.

Divorzio consensuale, poiché la biologia, con l'emergere della genetica e delle neuroscienze riduzioniste e del suo corredo filosofico (filosofia della mente), ha dispiegato il proprio programma genecentrico e cerebrocentrico riducendo la psiche a puro epifenomeno, stroncando così ogni velleità di costruzione della psicologia come scienza.

Non è un caso che le teorizzazioni più recenti in ambito psicologico o hanno preso atto dell'incomunicabilità con la biologia (la svolta relazionale in psicoanalisi) o hanno tentato una convivenza irta di contraddizioni con le neuroscienze (neuropsicoanalisi, neuroscienze affettive).

Oggi le scienze biologiche sono il motore di una rivoluzione di portata epocale, che crea condizioni inedite di confronto e collaborazione tra

psicologia e biologia, gettando su basi assolutamente nuove la costruzione di una teoria della natura umana.

Al posto del paradigma riduzionista e determinista è emerso un nuovo paradigma che vede il genoma non più come un centro direttivo che impartisce istruzioni all'organismo, bensì come un dispositivo adattativo che risponde alle esigenze ambientali regolando l'espressione genica.

L'epigenetica è la scienza in rapida espansione che studia i meccanismi molecolari con cui l'ambiente e la vita individuale agiscono sulle informazioni contenute nel genoma.

Queste nuove ricerche chiariscono le relazioni che intercorrono tra le primissime fasi della vita, a partire dal periodo prenatale, gli stili di personalità e la salute del bambino e dell'adulto. Ci spiegano anche i meccanismi molecolari con cui le caratteristiche della nostra vita (inquinamento, alimentazione, sedentarietà, stress, posizione sociale) e anche il nostro genere entrano nella biologia dell'organismo, modificandola. Ciò fornisce i fondamenti scientifici per un'integrazione forte tra biologia, medicina e psicologia (Bottaccioli, 2014).

È una fase esaltante quella che sta vivendo la biologia, perché la rivoluzione copernicana in atto consente di chiudere l'abisso che ha separato lo studio della dimensione biologica umana da quella psichica e da quella storico-sociale, determinando l'inedita possibilità che lo studio dell'una arricchisca la nostra comprensione delle altre.

Si prospetta quindi una fase ricca di opportunità per le scienze della mente. Opportunità che non hanno avuto le precedenti generazioni di studiosi, le cui teorie si sono scontrate e/o incagliate nella biologia riduzionista dominante, costringendo ad assumere modelli dualisti, più o meno mascherati da istintivismo, oppure a rifugiarsi nel culturalismo sociologista. Oggi, la disponibilità di una biologia non riduzionista consente di descrivere l'essere umano come organismo biologico dotato di uno sviluppato apparato psichico, che è influenzato e, a sua volta, influenza la dimensione biologica (Bottaccioli F. & Bottaccioli A.G., 2017, 2020).

Ciò consente alle scienze psicologiche di identificare il fatto che l'equilibrio psichico può essere influenzato da una molteplicità di fattori: biologici endogeni, come il microbiota e il sistema immunitario (Vodička et al., 2018), ambientali, come l'esposizione a inquinanti e pesticidi, soprattutto nelle prime fasi della vita (Brown et al., 2018); comportamentali, come l'alimentazione (Huang et al., 2019) e la sedentarietà (Siddarth et al., 2018); da *status* sociale, come vivere in un Paese ad alto tasso di disuguaglianza sociale (Wilkinson & Pickett, 2018). Insomma, è possibile portare nell'orizzonte della psicologia contemporanea, indipendentemente dal suo orientamento, la valutazione dell'individuo *nella*

sua interezza, evitando il biologismo (nelle sue diverse forme contemporanee, incluse le neuroscienze riduzioniste) e lo spiritualismo (nelle sue diverse forme contemporanee, incluso il costruttivismo radicale).

La natura della mente umana: l'inconscio

L'inconscio freudiano è, si può dire da sempre, oggetto di critiche radicali che provengono da più direzioni, tra cui le critiche demolitorie del cognitivismo. La mente, secondo il cognitivismo classico, è per sua definizione razionale: se decisioni, pensieri e comportamenti non sono razionali, la causa sta nello scorretto utilizzo delle procedure mentali. Tuttavia, a partire dalla prima metà degli anni '50, in parallelo al sorgere della stella del cognitivismo, nel suo ambito prese le mosse un filone di ricerca sperimentale che dimostra quanto poco razionali siano i processi cognitivi e quanto siano dipendenti da meccanismi automatici, sottratti al dominio della coscienza.

Studi di psicologia sperimentale negli ultimi 7 decenni hanno documentato in modo inoppugnabile che le capacità cognitive umane, basate su procedimenti razionali e quindi consapevoli, sono molto limitate e solo occasionalmente utilizzate (Nicoletti & Rumiati, 2011). Per lo più convivono impastate a modalità inconse e automatiche, molte ben descritte dal lavoro sperimentale di Daniel Kahneman (Kahneman, 2011).

Mentre non è facilmente assoggettabile al vaglio scientifico l'idea freudiana dell'inconscio come Es, entità fuori dal nostro controllo, "crogiuolo di eccitamenti ribollenti" dominati da libido e aggressività, è accertato che la psiche umana utilizzi normalmente modalità di funzionamento inconse che sono costitutive della personalità e dello stile emozionale di ognuno di noi. Queste modalità inconse di funzionamento mentale, a nostro avviso, non possono però essere ridotte a conoscenza procedurale. Gli schemi di regolazione delle emozioni e delle relazioni intersoggettive – che, sulla base delle ricerche di Mahler, Bowlby, Schore, Fonagy e dell'*infant research*, sappiamo annidarsi nella psiche umana fin dalle prime fasi della vita e che costituiranno la base su cui si struttureranno modelli inconsci nelle fasi più avanzate dello sviluppo individuale – non sono della stessa natura della conoscenza di come si guida una bicicletta, che rimane implicita nella memoria procedurale. L'uso dell'espressione "conoscenza tacita" da parte di quei cognitivisti che, come psicoterapeuti, quotidianamente si confrontano con le dinamiche inconse dei loro pazienti, pare una foglia di fico che copre la indicibile parola "inconscio".

Dell'inconscio sarebbe interessante mettere a fuoco le diverse componenti:

- l'esposizione, precoce, a modelli intra-interpersonali di produzione e di regolazione delle emozioni;
- le modalità automatiche della mente, perennemente orientata alla previsione del futuro e che quindi spontaneamente produce schemi ed euristiche di autoregolazione;
- l'attività dei meccanismi di difesa, che possono operare trasformazioni dei contenuti originari o delle attività del pensiero;
- le influenze del genere e dei modelli di organizzazione della società, delle sue strutture economiche e culturali, che costituiscono la matrice storica, trans-individuale, delle relazioni in cui è immerso l'individuo.

Sull'ultimo aspetto, mentre le correnti della psicologia culturale in senso largo (da Fromm a Vygotskij a Bateson a Bruner), hanno fornito indagini e teorizzazioni rilevanti sulla costruzione sociale e politica della mente e dei comportamenti umani, un importante tentativo di definire la dimensione sociale dell'inconscio è venuto da C.G. Jung con la sua proposta dell'inconscio collettivo, fondato sugli archetipi, su cui, tuttavia, lo stesso Jung ha dato definizioni incerte e cangianti (Foschi & Innamorati, 2020, p. 114; Shamdasani, 2007, pp. 277-289), in definitiva poco utilizzabili.

A nostro parere, sulla base della crescente letteratura scientifica relativa all'epigenetica delle prime fasi della vita, dello stress cronico e del trauma, è possibile ipotizzare la trasmissione transgenerazionale non di «residui e ricordi del passato», come scriveva Jung a proposito dell'inconscio collettivo (Shamdasani, 2007, p. 284), bensì di circuiti, epigeneticamente segnati, sia di tipo cerebrale che immunitario. Una traccia biologica, un engramma, per riprendere una suggestione presentata più di un secolo fa dal medico tedesco Richard Semon, che la ricerca contemporanea ha ripreso a studiare (Poo et al., 2016) e che appare presente anche in altri sistemi biologici: su tutti, il sistema immunitario, che è dotato di memoria (Cole et al., 2015).

Si tratterebbe quindi di indagare questa dimensione sociale dell'inconscio di tipo transgenerazionale, ancorato alla storia delle società umane piuttosto che a un universale e mitologico "uomo antico".

Quindi la dimensione inconscia della psiche può essere descritta come composta da inconscio personale gender-based, non rimosso e rimosso, e inconscio transgenerazionale society-based, i quali fondano schemi interpretativi degli eventi e relative risposte comportamentali che influenzano e sono influenzati dalla dimensione cosciente individuale.

Emozioni e cognizione

Lo studio delle emozioni è antico quanto la psicologia e, prima ancora, è stato parte fondamentale della ricerca medica e filosofica fin dall'antichità.

Tradizionalmente, le teorie sulle emozioni si sono divise tra chi ha enfatizzato il ruolo del corpo (da James fino al Damasio del “marker somatico”) e chi il ruolo del cervello (da Cannon a Vygotskij fino al LeDoux del “cervello emotivo”).

Come abbiamo già avuto modo di notare nei paragrafi precedenti, Damasio e LeDoux, recentemente, hanno proposto una visione delle emozioni che, sia pur nelle differenze che in alcuni aspetti permangono tra loro, vedono l'insieme dell'organismo coinvolto nelle emozioni. In particolare, LeDoux, in un voluminoso studio sull'emergere delle emozioni e della coscienza umani attraverso l'esame dell'evoluzione della vita sulla Terra, documenta la tesi che distingue i circuiti di sopravvivenza, di cui sono dotati tutti gli esseri viventi, e che quindi ci accomunano agli altri animali, dagli stati mentali di tipo emozionale (LeDoux, 2020). Ci sentiamo di condividere in particolare la critica che egli avanza alla ricerca neuroscientifica che identifica i circuiti di sopravvivenza, che si attivano nella sperimentazione animale, con le emozioni umane. Questo errore, scrive LeDoux, è alla base del fallimento della psicofarmacologia, poiché i farmaci agiscono sui circuiti di sopravvivenza degli animali da esperimento, ma falliscono nella modificazione degli stati mentali umani (LeDoux, 2020, pp. 348-349).

Riteniamo quindi che le emozioni siano attivazioni fisiologiche che riflettono un senso soggettivo di significato, costituite da un aspetto cognitivo (veicolando sempre una valutazione di significato degli stimoli), un aspetto somatico (comportando l'attivazione di fenomeni corporei) e una manifestazione comportamentale. Nella tradizione Occidentale la duplicità insita nelle emozioni e il link con la corporeità hanno determinato un radicato pregiudizio nei confronti del valore cognitivo delle emozioni considerate o, secondo l'impostazione platonico-cartesiana, come “passioni” che obnubilano la mente e ostacolano la razionalità; o, al più, nell'impostazione aristotelica, come “credenze” che forniscono giudizi sul mondo laddove moderate, regolate e governate dalla ragione.

Le emozioni umane sono sostenute da circuiti cerebrali integrati che connettono, con modalità anatomiche e non anatomiche (di tipo chimico e di sincronia elettrica), le aree corticali frontali con le aree deputate all'allerta e alla memoria. Le aree pivot (come emerge da una sterminata e concordante letteratura dell'ultimo decennio) sono le cortecce prefrontali mediali e laterali, l'amigdala e l'ippocampo. Ovviamente questi hub coinvolgono molti altri circuiti che influenzano le altre aree corticali, i sistemi in stretta

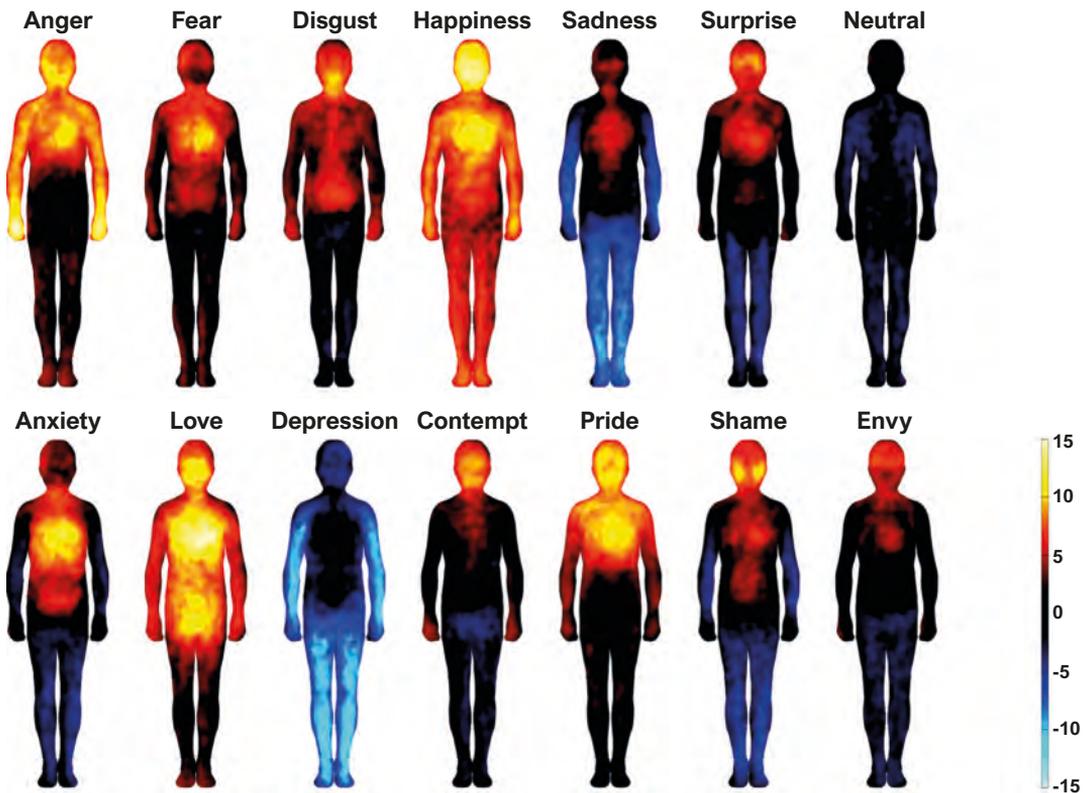


Figura 1. Le emozioni presentano un aspetto cognitivo, un aspetto somatico e uno comportamentale. La figura rappresenta le aree corporee principalmente coinvolte nelle emozioni, positive e negative.

Fonte: Nummenmaa L., Glerean E., Hari R., & Hietanen J.K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(2), 646-651. <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>.

connessione con la corteccia come i gangli della base, quelli collocati nel tronco e l'intero organismo. Flussi di segnalazioni, che possono tradursi in stati emozionali e in sentimenti, vengono costantemente anche dai circuiti extra-cerebrali (interocezione) che vengono lavorati sempre dalla triangolazione sopra detta, con prevalenza di altre aree corticali (insula) e sottocorticali (le aree del tronco, i talami, i nuclei del proencefalo basale).

Vogliamo esprimere in modo netto e inequivoco il messaggio che emerge da queste osservazioni: le emozioni non sono preformate, non stanno come dispositivi implementati dalla selezione e/o dall'ontogenesi nella "parte antica" del cervello. Esse sono certamente il frutto della storia dell'umanità (come il piano anatomico che segue lo zigote, nel suo sviluppo, è umano, così il piano di sviluppo delle emozioni è umano) e della storia individuale, familiare e socia-

le, ma su questa base interviene una continua lavorazione conscia e inconscia che coinvolge l'intero cervello e le sue relazioni col resto del corpo. Da questo punto di vista ci appare del tutto infondata la tesi, che va per la maggiore in alcuni ambienti psicologici, che colloca nel nervo vago il dispositivo centrale di regolazione delle emozioni. La ricerca recente di tipo neuroimmunologico ha documentato un ruolo rilevante per il decimo nervo cranico aggiungendo, al tradizionale ruolo di moderazione della risposta di stress, una funzione di informazione complessa dello stato dell'interno: il nervo vago veicola al cervello informazioni che provengono dal microbiota intestinale e dal milieu umorale degli organi e tessuti che mettono in condizione il cervello medesimo di attivare meccanismi di controllo dell'infiammazione tramite il neurovegetativo e il sistema dello stress nel suo complesso. La ricerca, anche applicativa, sul nervo vago fa quindi certamente parte di una moderna teoria delle emozioni e della loro regolazione, poiché apre una via di influenzamento dei dispositivi cerebrali di allerta che può essere praticata tramite procedure varie: respirazione, rilassamento, meditazione, attività fisica aerobica, massaggio di varia natura, agopuntura, fino a dispositivi elettronici non invasivi. Tuttavia, la cosiddetta "teoria polivagale" rischia di portare fuori strada (Bottaccioli, 2016), conducendo la psicologia verso le semplificazioni del biologismo riduzionista, la cui proposta culturale più recente individua addirittura i fondamenti emotivi della personalità «in profondi affetti, positivi e negativi, che trovano la loro origine in antiche regioni del nostro cervello che condividiamo in modo omologo con tutti gli altri mammiferi» (Panksepp & Davis, 2020, pp. 291-292).

In realtà, è solo all'interno di un network ben più esteso di aree, livelli e centri di elaborazione delle informazioni, che le emozioni e la loro regolazione esercitano un ruolo di influenzamento dello sviluppo psicobiologico dell'individuo. Come afferma lo stesso LeDoux, infatti, è l'arousal emotivo che «organizza e coordina l'attivazione cerebrale» (LeDoux, 2002, pp. 311-312) esercitando in questo modo «una forte influenza sull'elaborazione cognitiva». Tutti i principali processi di organizzazione dell'esperienza (attenzione, percezione, memoria, processi decisionali) sono influenzati dagli stati emotivi, quali organizzatori di quei modelli inconsci che nel tempo influenzano la strutturazione psichica del soggetto.

Queste memorie affettive, ontogeneticamente molto precoci, sono apprendimenti impliciti di cui l'individuo non ha coscienza (Mancia, per distinguerle dall'inconscio dinamico freudiano propone di parlare di *inconscio non rimosso*). Esse «appartengono ad un'epoca pre-simbolica e pre-verbale dello sviluppo» che *possono* continuare «a influenzare e condizionare la vita affettiva, emozionale, cognitiva e sessuale anche dell'adulto» (Mancia, 2007, p. 110) e possono tendere ad assumere la forma di rappresentazioni stabili (più o meno accessibili al soggetto).

Il che fa di questi modelli (e della loro eventuale revisione) uno dei centri nevralgici dell'impresa psicoterapeutica che, per trattarli, ha progressivamente ampliato il proprio bagaglio di metodologie e tecniche, affiancando al lavoro sulle narrazioni del paziente e alla promozione dell'autoconsapevolezza (e *insight*) un'attenzione ancora maggiore rivolta ai sogni (nella loro funzione simbolopietica) e una crescente valorizzazione delle dinamiche relazionali ed emozionali, quali *enactment*, ascolto prosodico della voce, elementi extraverbali come espressività facciale e posturale, ecc. La natura *transazionale* di questi modelli, che non codificano oggetti ma situazioni legate di norma a interazioni precoci dell'individuo con il suo ambiente, fa sì che anche il loro cambiamento (tanto quanto l'iter che li ha generati) passi, in sede terapeutica, per un lavoro altrettanto orientato alla componente interattiva e relazionale.

Il che comporta, più in generale, di prendere in considerazione con rinnovata attenzione tutto il ricco patrimonio di conoscenze scientifiche oggi disponibili (Montirosso & McGlone, 2020) tra cui l'esame delle prime fasi della vita, dell'infanzia e in generale dei cicli di vita, per guadagnare una conoscenza più approfondita dello psichismo della prima infanzia e dei correlati processi di interiorizzazione secondo la trama delle relative linee di sviluppo.

La relazione tra le prime fasi della vita e le caratteristiche psichiche e biologiche dell'adulto

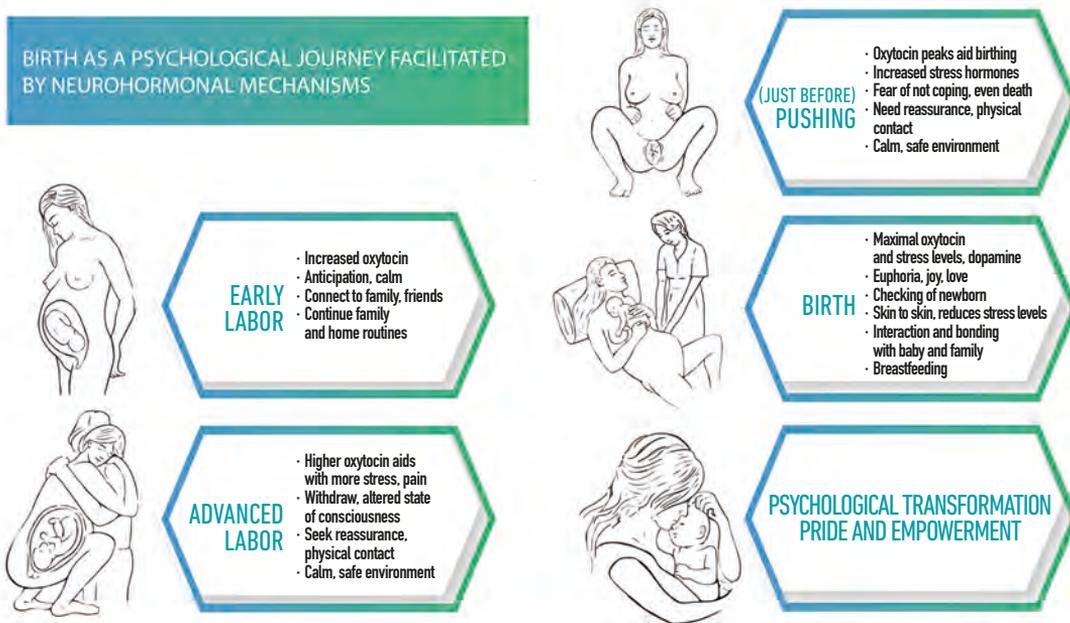
Abbiamo oggi sufficiente documentazione scientifica per concludere che le prime fasi della vita hanno un'influenza significativa sulle caratteristiche psicobiologiche dell'adulto e quindi sulla salute e la malattia. Questa conclusione è resa possibile dal convergere di due indipendenti e lontani filoni di ricerca, l'uno in ambito psicologico e l'altro in quello epidemiologico, che sono venuti a maturazione negli anni '70 e '80 del secolo scorso e che oggi trovano nell'epigenetica la base molecolare delle loro scoperte.

Il filone psicologico ha preso le mosse dal dibattito che ebbe luogo all'interno della Società Britannica di Psicoanalisi a partire dalla seconda metà degli anni '20, sullo status, le metodologie e le innovazioni sia teoriche che cliniche legate all'applicazione della psicoanalisi ai bambini. Questo confronto ebbe il merito di catalizzare l'attenzione degli psicoanalisti sulla necessità di definire setting specifici di cura per l'infanzia e, sebbene con accenti, intensità e modi diversi, sulla relazione tra madre e bambino sin dalle prime fasi di vita.

Un ruolo importante e pionieristico lo svolse Winnicott, le cui teorizzazioni hanno fatto, in una certa misura, da "ponte" tra le opposte sponde del movimento psicoanalitico, anticipando in maniera rilevante alcuni temi che oggi sono diventati un patrimonio comune. In particolare, ci riferiamo

all'esistenza accanto alla “madre-oggetto” (di stampo pulsionale) della “madre-ambiente” con la funzione di fornire al bambino esperienze di rispecchiamento e contenimento affettivo dei suoi vissuti, supporto nei processi di individuazione-separazione (Mahler et al., 1975) e apertura di uno spazio diadico, protetto e assistito, di esplorazione dell'ambiente (definita da Winnicott “*area transizionale*”).

A questo dibattito seguì il fiorire di un fermento di studi – si pensi alle attività di ricerca svolte nell'*Hampstead Clinic* di Anna Freud e nella *Tavistock Clinic* di matrice kleiniana (in cui si formarono, tra gli altri, Bion e Bowlby) – che promossero l'evoluzione non soltanto della psicoanalisi infantile ma anche di quella degli adulti. Tra i tantissimi contributi di rilievo, la cui valorizzazione eccederebbe le intenzioni e i limiti del presente contributo, ci interessa segnalare il lavoro di due figure coeve di primo piano: John Bowlby e Margaret Mahler, le cui teorizzazioni, a nostro avviso, si presentano come complementari e integrabili.



ACTIVATION OF OXYTOCIN: PROMOTED BY PHISICAL CONTACT AND CALM ENVIRONMENT

Figura 2. La nascita come viaggio psiconeuroendocrinoimmunologico dove il sostegno e il contatto fisico, tramite il rilascio di ossitocina, facilitano il parto e l'attaccamento madre-bambino che è cruciale per la salute di entrambi. Fonte: Olza I., Uvnas-Moberg K., Ekström-Bergström A., Leahy-Warren P., Karlsdóttir S.L., Nieuwenhuijze M., Villarmeas S., Hadjigeorgiou E., Kazmierczak M., Spyridou A., & Buckley S. (2020). Birth as a neuro-psychosocial event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Entrambi hanno sottolineato l'importanza, in ottica evolutiva, degli eventi di separazione fisica/psichica del bambino dal genitore per la strutturazione dello psichismo infantile grazie alla predisposizione a stabilire un contatto emotivo intimo con l'oggetto genitoriale. Non a caso nell'ambito della ricerca attuale con modelli murini (la più diffusa per motivi etici ed economici) è il modello della separazione materna (MS), anche ripetuta (*paradigma dello stress inoculation*), uno dei disegni di ricerca più utilizzati per studiare l'impatto dello stress sulla neurobiologia nelle prime fasi di vita e – per traslazione – per valutare il carico delle avversità nello sviluppo psichico precoce. Ciò conferma la centralità, evidenziata da Bowlby, dell'angoscia di separazione quale affetto centrale nell'organizzazione psichica dell'individuo.

Da Bowlby vengono, poi, due idee fondamentali: la centralità delle relazioni affettive (di attaccamento) costruite nelle prime fasi della vita come elementi che condizionano lo sviluppo di una persona e quindi la sua salute e i suoi profili patologici; e, in secondo luogo, la loro tendenziale trasmissione intergenerazionale.

Da Mahler, invece, giunge l'idea che un bambino costruisca la sua mente in seno a due processi evolutivi contemporanei che esercitano una forte valenza emotiva e strutturante sulla psiche. Il primo dei due processi (quello di separazione) è messo in moto dal bambino con il progressivo allontanamento, prima fisico e poi percettivo/rappresentazionale, dall'oggetto materno. Il secondo processo passa per l'aumento progressivo delle capacità fisiche e del potere rappresentazionale del bambino che si esprime in una percezione e differenziazione crescente, e via via sempre più raffinata, di Sé e dell'Altro, cui si accompagna l'implementazione delle proprie capacità (individuazione). L'ipotesi è che i due processi si interiorizzino progressivamente sotto forma di rappresentazioni mentali: nel separarsi prima fisicamente e poi psichicamente dalla madre, infatti, il bambino pone i presupposti per la formazione del simbolo e quindi per la progressiva rappresentazione stabile dell'oggetto interno, che costituirà la base internalizzata sicura attraverso cui esplorare il mondo; sono questi anche i presupposti per una buona autoregolazione.

I recenti avanzamenti di questo filone di ricerca in età evolutiva hanno consentito di iniziare a delineare i fondamenti neurobiologici di questa plasticità relazionale avviando, in particolare, un'esplorazione dell'ontogenesi dei modelli operativi nel contesto dei processi di regolazione affettiva (Hill, 2017; Schore, 2008). Il fatto che i meccanismi regolatori, sul piano della microfisiologia cerebrale, richiedano un lungo iter maturativo ha offerto una chiave di lettura neuroscientifica della condizione di radicale dipendenza che si osserva nella primissima infanzia (specie nei primi 18 mesi di vita). In questa fase, le attività di regolazione affettiva, modulazione dell'arousal e setting dell'asse neuroendocrino dello stress (asse HPA) richiedono il supporto assistito del caregiver e si sviluppano in continuità con le strategie regolatorie intersoggettivamente apprese. I modelli che risultano

da queste sintonizzazioni precoci costituiscono matrici elaborative che condizionano lo sviluppo successivo, tanto da far ipotizzare a Peter Fonagy – una delle voci più autorevoli della seconda generazione di teorici dell’attaccamento – che «la creazione di questo sistema di rappresentazione dell’informazione è, si potrebbe dire, la funzione evolutivistica più importante dell’attaccamento al caregiver» (Fonagy, 2005, p. 76).

Su queste basi teoriche, qui necessariamente solo accennate, è possibile innestare un’altra categoria scientifica che sta accumulando molte evidenze empiriche e che fa riferimento allo stress delle prime fasi (*early life stress*, o ELS) che riguarda sia la gravidanza sia i primi anni di vita (i cosiddetti 1.000 giorni) e la diade madre-bambino nel suo complesso (Szyf, 2019). Per ELS si intendono perciò non solo i traumi, gli abusi, il neglect sperimentati nei primi anni di vita (altrimenti definiti ACE, o *adverse childhood experience*) ma, più in generale, ogni evento che superi le capacità fisiologiche di coping del bambino ma anche della mamma. Numerose sono, del resto, le evidenze empiriche che legano lo stress, la depressione, il trauma in gravidanza con l’alterazione dei sistemi biologici e psichici del nascituro, soprattutto del sistema dello stress e del sistema immunitario, che presenta in seguito marker infiammatori persistenti nel tempo (Osborne et al., 2018). Analogamente, vengono sempre più rintracciati gli effetti a lungo termine degli eventi stressanti nell’infanzia sulla salute fisica e mentale dell’adulto (John et al., 2020). Tali studi impongono di allargare l’ottica dalla madre alla coppia genitoriale, all’ambiente familiare nel suo insieme e alle istituzioni educative extrafamiliari (in primis nidi e scuole dell’infanzia).

Grazie alla categoria di ELS, quindi, si rende possibile quella saldatura tra ricerca psicologica e ricerca biomedica su basi epidemiologiche che, negli anni ’70, prese il via con le ricerche di David Barker e la sua teoria della “programmazione fetale dello sviluppo” che è condizionata non solo dai parametri biologici della madre, ma anche dal suo stato affettivo e mentale, da cui discende l’adeguatezza o meno della risposta ai bisogni fondamentali del bambino (Barker & Osmond, 1986).

Le conseguenze della nuova sintesi scientifica, che è ormai matura e unisce psicologia e biomedicina sul tema delle relazioni tra le prime fasi della vita e la salute dei giovani e dell’adulto, sono a tutto campo: riguardano la ricerca, la clinica, ma anche la politica poiché è del tutto evidente che queste nuove conoscenze impongono un riorientamento radicale delle politiche rivolte alle donne, ai bambini, alle famiglie, ai sistemi educativi.

Non altrettanto soddisfacenti sono stati, invece, i risultati che la ricerca sulle prime fasi della vita ha prodotto sinora su alcune componenti dello psichismo infantile, come la sessualità e la distruttività (nelle sue diverse manifestazioni, anche mediate dal corpo), che sono ampiamente utilizzate e riscontrate in ambito clinico ma che, essendo più difficili da definire in termini operazionali, scontano forse una minore approccio dalla ricerca scientifica.

Il corpo e gli impulsi vitali

Strettamente connesso al tema della biologia, il corpo viene trattato dagli autori psicoanalitici, Freud e Jung in particolare, come il luogo di produzione degli istinti e quindi delle spinte pulsionali in Freud, o dell'energia vitale in Jung. Il corpo può essere il bersaglio della psiche, come nell'isteria di conversione, oppure fonte di nevrosi d'angoscia nel caso in cui la libido non venga scaricata. Il corpo, nella visione freudiana, è dominato dall'Es, coincide in qualche modo con l'Es e l'Io cerca di modificarne i domini avendo nel corpo il terreno di battaglia fra i due antagonisti, Eros e pulsione di morte. Quindi il corpo nella visione classica è il luogo della produzione della pulsione, degli istinti, è un terreno di battaglia, ma è un corpo indifferenziato: il corpo non esiste davvero. In qualche modo è il limite della psiche, è la sua antimateria: il corpo non ha una vera dimensione strutturale. Un approccio che durerà fino ai giorni nostri, al di là di Freud. Quando, in psicologia, si parla di corpo, si parla di un'entità che è in realtà un'entità metafisica, perché non è un'entità descritta, conosciuta, studiata.

Ad esempio, un'evoluzione del cognitivismo che, a partire dagli anni '90 del secolo scorso, ha assunto il nome di "nuove scienze cognitive", in polemica con le vecchie scienze cognitive centrate sulla metafora "mente = computer" e che quindi ignoravano il ruolo dell'organismo di cui la mente è parte integrante, ha messo in primo piano il ruolo del corpo o, meglio, della cognizione incarnata, incorporata, per tradurre alla lettera l'espressione, ormai invalsa, *embodied cognition*.

Questa tendenza ha orientato numerose ricerche sul rapporto tra attività psichiche (cognitive ed emotive) e attività motorie, giungendo alla conclusione che non è possibile separare le attività cognitive ed emotive dall'azione, sempre legata a motivazioni e bisogni, e che anzi è nell'azione il fondamento della loro stessa possibilità di essere prodotte.

Effettivamente, la mano non è uno strumento esecutivo della mente: possiamo dire che è, a tutti gli effetti, un "organo" della mente. Abbiamo numerose prove sperimentali della centralità del comportamento motorio nella produzione cognitiva, nell'espressione delle emozioni, nella creazione di memorie e modelli mentali inconsci, nell'influenza sullo stesso assetto del cervello.

Tuttavia, il corpo di cui parlano i nuovi cognitivisti non è l'organismo nella sua interezza, dal momento che il comportamento motorio è un aspetto, pur rilevante, ma solo un aspetto della vita del cervello e dell'organismo. Talvolta, l'*embodied cognition* appare più una metafora filosofica che un paradigma scientifico capace di indagare le diverse relazioni che i sistemi biologici, che compongono l'organismo, intrattengono con la dimensione cognitiva e psichica in generale.

L'organismo è un sistema complesso, il cui assetto strutturale – dato dalla configurazione del sistema muscolo-scheletrico e del pannicolo adiposo, dalla struttura dei sistemi connettivali (fasciali), dall'organizzazione tridimensionale delle cellule e delle loro relazioni con le fibre che costituiscono la cosiddetta matrice extracellulare – determina flussi di segnalazione, di natura meccanica, chimica ed elettromagnetica, che a buon diritto rappresentano matrici relazionali su cui si struttura la dimensione psichica (Chiera et al., 2017).

Questa segnalazione, che viene dai sistemi biomeccanici e dai sistemi biologici di regolazione dell'organismo, è capace di influenzare stabilmente le attività emotive, cognitive e motivazionali.

Ciò significa, per esempio, che avere un eccesso di grasso soprattutto a livello ventrale, oppure, al contrario, avere una massa muscolare deficitaria (sarcopenia), così come avere una condizione di infiammazione cronica, anche subclinica, da cause acute o croniche, può produrre segnalazioni a livello cerebrale che contribuiscono a strutturare uno stile emozionale e cognitivo.

C'è quindi una matrice interna, che è rappresentata dall'organismo nella sua complessa struttura, che costituisce una fonte rilevante di organizzazione della dimensione psichica, che le scienze psicologiche nel loro insieme, di derivazione cognitivista o psicoanalitica, non prendono in considerazione, riducendo volta a volta il corpo al cervello o al sistema motorio. Si potrebbe dire che, per la psicologia contemporanea e per i modelli dominanti nelle neuroscienze, l'organismo è una categoria generica, “un corpo senza organi”, prendendo a prestito la definizione che ha dato il filosofo Gilles Deleuze.

Non possiamo dimenticare che ci sono altre tradizioni psicologiche che invece hanno cercato di valorizzare la dimensione non metaforica del corpo, come gli studi di Wilhelm Reich, le innovazioni teorico-metodologiche di Lowen e la tradizione che viene da Frederick Perls e dai teorici della Gestalt. Contributi che riprendiamo nella sezione dedicata alla clinica e al corpo nella psicoterapia a orientamento Pnei.

La sessualità

La sessualità corre oggi il serio rischio di passare da perno della metapsicologia e fondamento dell'intera vita psichica (secondo il modello psicoanalitico classico), a materia specialistica, appannaggio della sessuologia medica (o sessuologia tout court) o, peggio, disciplina confinata nella sola cura delle “perversioni”. Un effetto collaterale, forse, dell'aspro dibattito critico che ha investito la visione freudiana della sessualità, da molti denunciata di eccessiva pervasività, obsolescenza, nonché di essere portatrice di idee potenzialmente stigmatizzanti rispetto alla sessualità femminile e all'omosessualità. Il che, da

un lato, non rende giustizia alla grande ricchezza e vastità del corpus freudiano (basti pensare alla proposta di riconoscere la bisessualità come originaria condizione umana, pre-edipica; Freud, 1938), né al crescente interesse all'interno del mondo psicoanalitico per una revisione e ricomprensione della sessualità a livello di sviluppo psichico e costituzione dell'identità personale

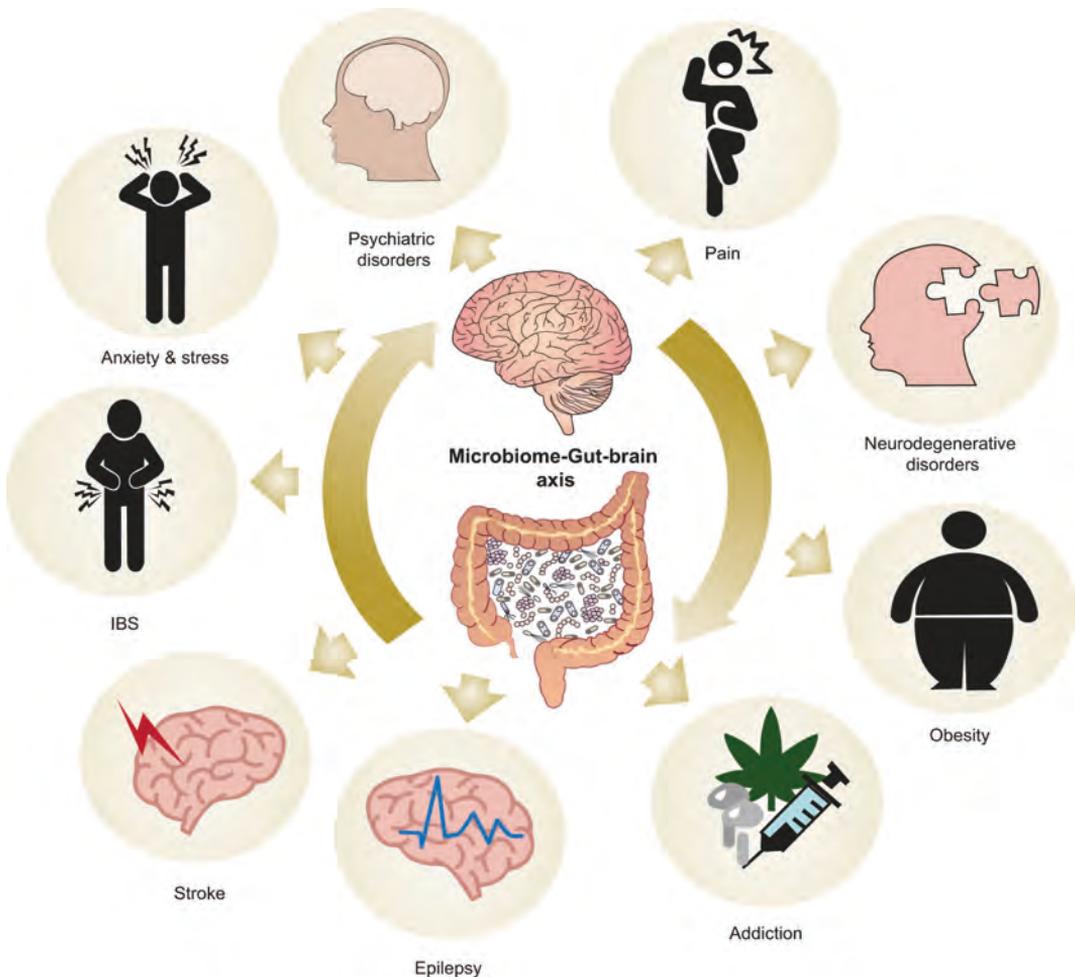


Figura 3. L'asse microbioma-intestino-cervello influenza la salute fisica e mentale.

Fonte: Cryan J.F., O'Riordan K.J., Cowan C.S.M., Sandhu K.V., Bastiaanssen T.F.S., Boehme M., Codagnone M.G., Cusotto S., Fulling C., Golubeva A.V., Guzzetta K.E., Jaggard M., Long-Smith C.M., Lyte J.M., Martin J.A., Molinero-Perez A., Moloney G., Morelli E., Morillas E., O'Connor R., Cruz-Pereira J.S., Peterson V.L., Rea K., Ritz N.L., Sherwin E., Spichak S., Teichman E.M., van de Wouw M., Ventura-Silva A.P., Wallace-Fitzsimons S.E., Hyland N., Clarke G., & Dinan T.G. (2019). The Microbiota-Gut-Brain Axis. *Physiological Reviews*, 99(4), 1877–2013. <https://doi.org/10.1152/physrev.00018.2018>

(Glocer Fiorini, 2019, 2020). Ma soprattutto – questo ci preme sottolineare – questo pregiudizio rischia di finire per oscurare un capitolo fondamentale dell’esperienza umana.

A nostro avviso, infatti, la sessualità dovrebbe interessare le scienze e le professioni psicologiche in quanto il suo esercizio è la forma più intima di relazione interindividuale ed è anche il comportamento umano da sempre sotto il massimo controllo sociale, nelle diverse forme storicamente determinate: dal pregiudizio discriminatorio verso le diverse forme di esercizio della sessualità alla repressione violenta fino all’ostracismo. Un comportamento e un set di manifestazioni psichiche, quindi, fonte di conflitti, compromessi, problematiche psichiche che si radicano in una matrice complessa in cui operano il sesso, il genere, la ricerca del proprio piacere. Come è ormai largamente condiviso, infatti, la dimensione biologica del maschio e della femmina umani non coincide con il genere, che è una costruzione sociale storicamente determinata e quest’ultimo, a propria volta, non coincide necessariamente con i comportamenti sessuali individuali (si pensi al fatto che una persona di sesso maschile o femminile, a orientamento omosessuale, può essere tanto in sintonia quanto in contraddizione con il proprio genere di riferimento). L’elemento femminile e maschile pervade ognuno di noi e si combina in modalità e misure molto diverse, per non dire uniche, da individuo a individuo. Per non parlare della transessualità e delle diverse forme di transizione di genere che costituiscono esempi della non coincidenza tra sesso, genere e orientamento sessuale individuale.

Non meno urgente, per una psicologia che si ponga l’obiettivo di curare il disagio e le grandi patologie delle società in cui opera, è poi l’esigenza di dotarsi di strumenti teorico-clinici adeguati ad affrontare il tema della violenza di genere e del riequilibrio dei rapporti uomo-donna anche in ambito sessuale.

Ricerche empiriche dimostrano l’elevato livello di introiezione del dominio maschile, sotto forma del precetto religioso dell’obbedienza assoluta al marito, da parte delle donne che vivono in regioni a dominanza islamica (Bozhabadi et al., 2020). Ma anche nelle società in cui lo stato di diritto è più consolidato, gli altissimi tassi di femminicidio, violenze sessuali, omofobia, stalking, disparità e stigmatizzazione delle diversità nei contesti sociali, familiari e lavorativi mostrano come i cambiamenti recenti, che hanno dato maggiore libertà alle donne, agli omosessuali e ai transessuali, non sembrano aver sovvertito le strutture storiche (tra cui, in Italia, la forte influenza della tradizione culturale di matrice cattolica) che definiscono le relazioni tra generi a dominanza maschile e che mantengono ancora intatta la loro forza di modellamento della psiche e dei corpi degli umani (Bourdieu, 1998; Volpato, 2013). È questo un terreno di

indagine che ha urgente bisogno di una psicologia che unisca la ricerca sociale e antropologica con l'esame delle dimensioni profonde, psichiche e biologiche. Mai come in questo momento, infatti, l'area psicologica deve porsi all'interno di questa complessità per fornire strumenti di decodifica e intervento sulla realtà.

Le relazioni sociali e la formazione dell'individuo

Dalle relazioni oggettuali della Klein e la *funzione alpha* di Bion alla psicoanalisi interpersonale di Sullivan al modello relazionale di Mitchell e Greenberg, fino alla psicoterapia relazionale dei cognitivisti contemporanei, la relazione è diventato un concetto *passé-partout*. Accettato da tutti, soprattutto per spiegare l'efficacia delle terapie, indipendentemente dalla scuola di appartenenza.

L'idea bioniana secondo cui «all'inizio (della vita e dell'analisi) siano necessarie due persone per pensare» (Ogden, 2009, p. 128) ha segnato infatti un passaggio fondamentale all'interno del mondo psicoanalitico, facendosi via via sempre più strada e determinando una forte discontinuità rispetto all'impostazione tradizionale del rapporto tra identità e alterità nella soggettività umana.

Se la psicologia novecentesca, infatti, grazie a Freud e all'emersione della dimensione inconscia, aveva inferto al “Cogito ergo sum” una ferita narcisistica insanabile, è stata la cosiddetta “svolta relazionale” a mettere successivamente in luce e in questione il sostrato cartesiano che pur residuava al fondo di tale nozione estesa di soggettività. C'era infatti in Freud ancora l'idea che il cogito, come capacità di pensare (intesa in senso ampio e anche pre-verbale) non richiedesse supporti specifici per svilupparsi, al pari di una sorta di “dispositivo innato” che l'individuo era in grado di esercitare autonomamente sin dalle primissime fasi di vita.

La ricerca novecentesca, in maniera trasversale rispetto ai diversi saperi disciplinari (psicologia, neurobiologia, filosofia, ecc.) ha mostrato invece come la capacità di pensare e di apprendere siano funzioni che si costituiscono all'interno e tramite il forte influenzamento delle nostre relazioni. Un portato delle relazioni precoci, quali *matrici*, e delle successive relazioni significative (tra cui quelle terapeutiche), quali potenziali modificatori, dei modelli mentali inconsci.

Tuttavia, anche in chi, come Stephen Mitchell, si è maggiormente impegnato ad attribuire al termine “relazionale” questo significato pregnante, distintivo della propria posizione e critico verso la “psicoanalisi

classica”, non è andato oltre l’estensione del concetto di relazione dagli oggetti interni alle relazioni interpersonali, dall’intrapsichico all’interpersonale. Giustamente, a nostro avviso, Mitchell parla dell’«organismo umano intrinsecamente sociale, immerso in una matrice di relazioni, alla ricerca di relazionalità con altri in maniera primaria, basica» (Mitchell, 2016, p. 38), ma la “matrice sociale”, anche dal *leader* della “svolta relazionale” viene osservata solo dal lato delle relazioni tra persone e non da quello delle relazioni tra persone e strutture collettive e norme in contesti storicamente definiti. Su questo punto, invece, riteniamo che si debba fare un ulteriore passo avanti, riconoscendo che le relazioni sociali non sono relazioni liberamente stabilite tra persone e quindi facilmente malleabili, bensì si radicano in strutture economiche, culturali e politiche che trascendono gli individui determinando il campo dove si formano la psiche individuale e le relazioni stesse.

Il tasso di disuguaglianza sociale, infatti, incide non solo sulle patologie e sulla longevità, causando un gap sfavorevole alle persone con minore reddito e più basso stato sociale (Marmot, 2016), ma anche sui costrutti mentali, sullo strutturarsi delle emozioni, sui sentimenti e gli automatismi mentali. Si assiste così alla creazione di specifici modelli di relazione sociale organizzati in polarità di dominio e di sottomissione che, a seconda delle fasi storiche, vengono nominati in vari modi: signori e servi, padroni e operai, superiori e inferiori, vincenti e perdenti. La matrice delle relazioni sociali produce spontaneamente, alla stregua di un fenomeno naturale, la tendenza dei sottomessi a interiorizzare la propria inferiorità sociale, con bassa autostima, scarso controllo sulla propria vita, ansia, vergogna, rabbia, frustrazione (Volpato, 2019). Stati della mente che, come suggerisce Bourdieu, si iscrivono nei corpi, segnando la postura e la gestualità (Bourdieu, 1998) e che oggi, sulla base delle ricerche epigenetiche, sappiamo segnano cellule e sistemi, incluso il sistema nervoso centrale (Meloni & Müller, 2018).

Questa dimensione sociale, di cui Freud ha evidenziato il lato puramente repressivo rispetto alle pulsioni individuali e che ha suscitato sinora un limitato interesse da parte della tradizione psicoanalitica, a nostro avviso non può rimanere confinata nello specialismo della psicologia sociale, ma deve entrare nella rifondazione teorica della psicologia e nella pratica clinica.

Va in questa direzione, ad esempio, la proposta avanzata da Antonino Ferro di applicare alla mente il modello di “campo” per ricomprendere su base scientifica i fenomeni legati alla cosiddetta “mente gruppale”, quella serie di memorie, per lo più inconscie, che riguardano l’interazione non solo a livello duale con la madre, con il padre ma

anche con il gruppo di fratelli, di nonni e in generale della “comunità” di riferimento. In quest’ottica la relazionalità, come fenomeno a tutto campo (non più solo duale o triadica), diventa infatti una cifra strutturale della formazione della mente, della regolazione psicobiologica dell’organismo e dei processi di apprendimento/cambiamento anche di carattere terapeutico.

Sostenere queste linee di sviluppo della ricerca, sia teorica che clinica, in psicologia è fondamentale soprattutto in una fase storica, come quella attuale, che è caratterizzata da società che non agevolano, anzi rendono più complicato, sia sul piano economico che su quello culturale, l’espressione della propria vocazione in progetti di vita.

Viviamo infatti in un contesto sociale in cui i modelli vincenti proposti sono sempre più spesso legati all’identificazione con “*influencer*” che inseguono *status symbol* sociali e così facendo amplificano il vuoto esistenziale e il senso di inadeguatezza del singolo di fronte a stereotipi e storie uniche a forte matrice narcisistica come, ad esempio, il mito secondo cui “se vuoi, tutto puoi”, a cui fa da contraltare (e da pericolosa deriva) l’idea del fallimento come mancanza di abilità e di capacità di potenza dell’individuo.

L’incidenza, fortissima, sulla psiche individuale di questi modelli che si muovono spesso ai limiti della mistificazione della realtà, frequentemente non trova più argini che siano in grado di richiamare le persone ad un esame obiettivo della realtà, né in ambito familiare né all’interno dei vertici culturali e istituzionali, che sarebbero preposti alla tutela dei confini etici, sociali, giuridici e interpersonali.

La clinica

La patogenesi e la diagnosi di disturbo mentale

È noto che il DSM, a partire dalla sua terza edizione (1980), ha cambiato radicalmente pelle chiudendo la fase precedente segnata dall’influenza della psicoanalisi sui sistemi di diagnosi psichiatrica. Con la terza e la quarta edizione (1994) la diagnosi non è più di tipo dimensionale, ma categoriale, multiassiale, centrata su criteri di presenza/assenza di sintomi.

La quinta edizione (2013) ha mantenuto l’approccio categoriale sintomatologico nella classificazione dei disturbi mentali, con alcune aperture in senso dimensionale. Il dibattito, nel mondo della psichiatria, si è polarizzato tra i fautori dello “spettro” e quelli della “categoria”.

Il *National Institute of Mental Health* (Nimh), prendendo atto della debolezza dell'approccio DSM, ha proposto l'avvio di un programma per la ricerca di nuovi criteri, che ha chiamato *Research Domain Criteria* (RDoC). L'assunto del RDoC è che, «a differenza della medicina, in psichiatria la diagnosi rimane confinata ai sintomi soggettivi e ai segni osservabili» (Insel & Cuthbert, 2015). Da qui la necessità di dotare anche la psichiatria di criteri diagnostici oggettivi. Come?

Classificando i “disturbi mentali come disturbi cerebrali”.

Messa così sembrerebbe di essere tornati al paradigma chimico degli anni '80. In realtà, i dirigenti del Nimh propongono di passare dall'esame dei sintomi a quello dei “sistemi, sociali, comportamentali, fisiologici, genetici” e, su questa base, stratificare i pazienti in categorie organizzate su questa integrazione di dati biologici e di esperienza di vita. È una proposta che appare alquanto confusa, poiché come è possibile far entrare nell'imbuto categoriale dei “disturbi del cervello”, del solo cervello, l'insieme dei dati che provengono dalla vita sociale e individuale di una persona, come gli stessi ricercatori propongono?

Una persona frequentemente di cattivo umore, che non gode di soddisfacenti relazioni affettive e sociali, che ha scarse soddisfazioni nel lavoro o è disoccupata, ha una dieta ad alto contenuto calorico e a bassa qualità biologica, che dorme male, non fa attività fisica e ha un sistema immunitario attivo in senso infiammatorio... ha forse un disturbo depressivo basato su un'alterazione cerebrale? O non è la persona nella sua interezza ad avere un disturbo, che causa sofferenza fisica e mentale e che limita il suo funzionamento? Si potrebbe concludere, come suggerisce Yakov Shapiro, che il paziente non andrebbe visto né come affetto da uno squilibrio chimico, né da cognizioni distorte, né da una collezione di sintomi, ma nemmeno come un puro fascio di relazioni, antiche e recenti (Shapiro, 2018).

Bisogna tornare a ribadire in maniera inequivoca, come hanno già argomentato Lingiardi e McWilliams nel *Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione* (PDM – 2), che la salute mentale è più di una mera assenza di sintomi (Lingiardi & McWilliams, 2018, p. 5). E che troppo spesso, invece, i problemi psicologici sono stati definiti principalmente in base ai sintomi e ai comportamenti, relegando in secondo piano il funzionamento complessivo della personalità e l'adattamento sociale del paziente.

La natura della psicoterapia e il suo campo d'azione. Dalla lezione di Janet all'oggi

Negli ultimi tempi, Pierre Janet è tornato al centro del dibattito teorico, ma, stranamente, non per il suo testo fondamentale *La medicina*

psicologica che è del 1923, bensì per i suoi scritti degli anni 1880-90 relativi ai meccanismi automatici e dissociativi. Questi scritti sono stati per lo più giocati in chiave anti-Freud, ma, almeno a noi, pare molto più stimolante il testo del 1923, del quale pensiamo valga la pena riprendere due temi: la natura della psicoterapia e le relazioni tra la psicologia e la medicina.

«La psicoterapia – scrive Janet – è un insieme di procedimenti terapeutici di diverso tipo, sia fisici che morali, applicabili a malattie sia fisiche che morali [...] In una parola, la psicoterapia è un'applicazione della scienza psicologica al trattamento delle malattie» (Janet, 1923, p. 244). Le malattie quindi possiamo dire che sono “a prevalenza psichica” e a “prevalenza somatica”, ma sono tutte un campo di attività della psicoterapia. Inoltre, la psicoterapia è un insieme di procedimenti non necessariamente solo psichici (“moralì” nel linguaggio di Janet), ma anche fisici. Questo vuol dire che il trattamento psicoterapeutico può comprendere anche procedure che utilizzino metodiche corporee, l'alimentazione ed altri interventi sull'organismo nel suo insieme. In effetti, Janet scrive che l'eccesso di alimentazione, soprattutto «troppo ricca di carne», può provocare una «autointossicazione che può svolgere un ruolo essenziale nelle psicosi». Per questo «regolare l'alimentazione è spesso il primo compito della psicoterapia» (Janet, 1923, p. 244). Janet, molto modernamente, mette in rilievo il ruolo dell'alimentazione che può provocare un'alterazione biologica (la chiama autointossicazione, oggi la chiamiamo infiammazione) che può svolgere un ruolo centrale nella patogenesi di disturbi psichiatrici anche gravi, su cui abbiamo un'abbondanza di studi che nel nostro lavoro abbiamo analizzato ripetutamente (Bottaccioli et al., 2019; Bottaccioli F. & Bottaccioli A.G., 2017). Di analogà importanza è il ruolo del corpo e delle tecniche mente-corpo nel setting della psicoterapia.

Da queste premesse Janet giunge alla conclusione che è essenziale, e diremmo naturale, l'unione tra medicina e psicologia perché, afferma, «sono le scienze ad essere separate» non la realtà (Janet, 1923). Questa unione, che è alla base del paradigma della Psiconeuroendocrinoimmunologia e del lavoro scientifico, clinico e didattico promosso dalla *Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia* (Lazzari, 2019) estende il campo di azione della psicoterapia oltre al solo aspetto psicologico – per lo meno relativamente all'inquadramento delle problematiche e alla concettualizzazione dei casi – e richiede una decisa revisione dell'assessment usualmente operato dagli psicoterapeuti.

Per fare una valutazione corretta della condizione del paziente, infatti, è opportuno che lo psicoterapeuta arricchisca il proprio bagaglio di

competenze con una più profonda conoscenza di anatomia, biomeccanica, così come della neurobiologia che regola il funzionamento emotivo, la percezione del dolore o la risposta immunitaria. Tali competenze, che possono pienamente dispiegarsi nell'equipe terapeutica interdisciplinare, consentono infatti di padroneggiare i fondamenti e i meccanismi che si trovano alla base delle diverse tecniche o modalità terapeutiche e, di conseguenza, permettono di orientarne la scelta e l'applicazione non come semplici protocolli ma in modo mirato e contestualizzato, in funzione della loro reale efficacia per *quel* singolo paziente in *quel* singolo frangente clinico.

Assessment della persona intera

Per studiare il funzionamento mentale dell'individuo nella sua interezza è necessario cogliere l'individuo nel suo complesso, articolando il suo funzionamento biologico con quello mentale e di relazione, nel loro rapportarsi reciproco.

Nel processo di raccolta dati pensiamo vadano in particolare seguite due direttrici.

La prima riguarda la possibilità di avere nuovi livelli di lettura per informazioni già tradizionalmente raccolte in anamnesi. Si tratta, detto in altro modo, di riconsiderare informazioni solitamente raccolte attraverso colloqui e assessment comuni a diversi approcci psicoterapici, a cui vanno ad aggiungersi chiavi di lettura Pnei. Proveremo a fare alcuni esempi. Pensiamo all'allattamento al seno, un fattore di solito preso in considerazione solo in riferimento allo stile e alle modalità di attaccamento ma che invece può fornire informazioni importanti sulle prime evoluzioni del sistema immunitario. Oppure ai traumi e all'esperienza di terza generazione (es. come i nonni che hanno patito la fame durante la guerra) che possono essere riconsiderati per via epigenetica e non solo culturale-sociale, consentendo di rileggere, nel nostro esempio, il rapporto con il cibo pur in assenza di qualunque contatto diretto con i nonni. Anche la disregolazione dei ritmi circadiani può avere un doppio livello di lettura, venendo considerata sia come possibile causa, sia come conseguenza di alcuni cambiamenti nella neurobiologia individuale (a differenza del passato in cui dominavano solo interpretazioni mono-direzionali di questi fenomeni). Un altro asse ben noto di influenzamento bidirezionale riguarda infine la possibilità di rileggere i problemi intestinali come conseguenza, ma anche come causa o con-causa di disregolazioni emotive, somatizzazioni, e altre disfunzioni.

La seconda direttrice di assessment ha a che fare con la possibilità di saper leggere e integrare le informazioni direttamente percepite dal terapeuta che sono legate alla dimensione non-verbale del paziente (tono di voce, espressività emozionale, posture e movimenti) e le informazioni biologiche (come vitamina D, PCR, ecc.) per comprendere meglio il caso, fare ipotesi più raffinate e, in alcuni casi, avere un parametro oggettivo dei miglioramenti durante il percorso terapeutico. Il rischio di sconfinamento in ambito medico si evita risolvendo tali aspetti all'interno dell'équipe o del network multidisciplinare che è alla base della nostra proposta di riforma della clinica psicologica e psichiatrica; il che apre a una comprensione a 360° della condizione del paziente e pone le basi per un lavoro integrato, mirato ed efficace realizzato in sinergia con altri professionisti della sfera biomedica. È anche possibile inserire nella propria valutazione iniziale alcune rilevazioni strumentali, come la variabilità della frequenza car-

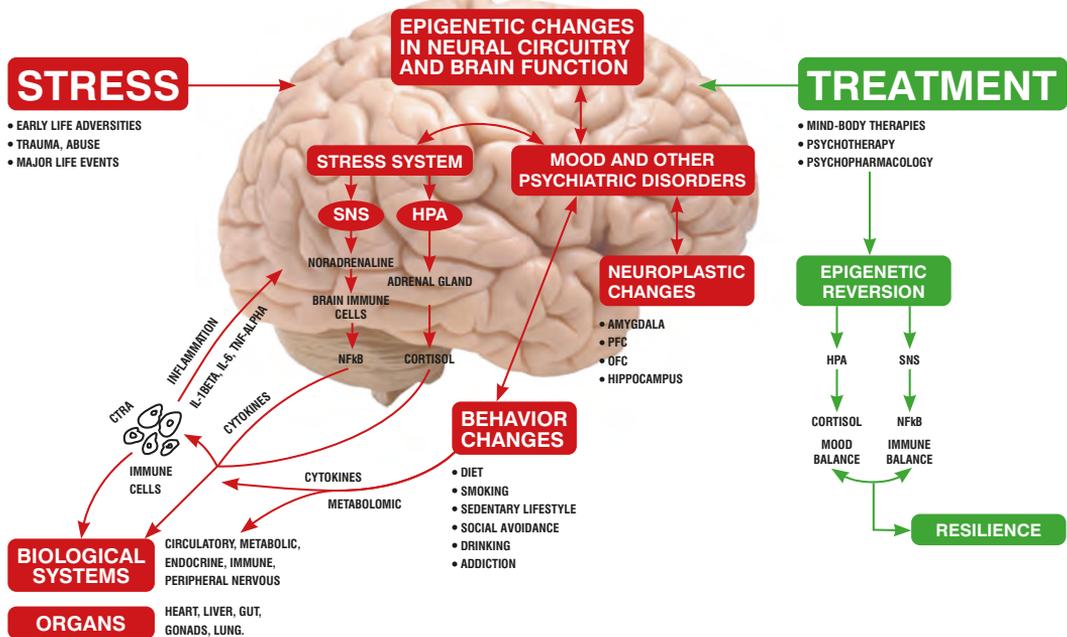


Figura 4. Lo stress psicosociale cronico (avversità occorse in fasi precoci della vita, traumi, abusi e altri eventi particolarmente rilevanti durante l'intero arco della vita) può attivare il sistema neuroendocrino dello stress e promuovere, a livello di diversi circuiti neurali, modificazioni epigenetiche capaci di indurre alterazioni dell'umore e di altre funzioni psicologiche e mentali. Fonte: Bottaccioli A.G., Bottaccioli F., di Palma M., & Minelli A. (2019). Malattie psichiatriche. Le interazioni fra stress e network psico-neuro-endocrino-immunitario. *Pnei News*, 3-4, 9-20.

diaca (HRV), la bioimpedenziometria (BIA), l'elettroencefalogramma (EEG) di nuova generazione, e altro. Tali parametri possono essere utilizzati come chiave di lettura, come elemento di monitoraggio durante il percorso terapeutico o, in alcuni casi, come specifico intervento (ad esempio, con tecniche di bio o neurofeedback). Si tratta di strumenti oggi di facile reperibilità e utilizzo da parte di ogni clinico nel proprio studio e che, anche dal punto di vista estetico e dell'interfaccia utente, si presentano come oggetti tecnologici moderni, ben lontani dall'apparire strumenti di ambito medico-ospedaliero, come poteva essere in passato. Ciò li rende facilmente proponibili ai pazienti che, spesso, ne sono piuttosto incuriositi e attratti, aprendo così nuove aree di scoperta e collaborazione nella relazione terapeutica. L'integrazione o meno di questi strumenti nella pianificazione e realizzazione dell'intervento clinico, a nostro avviso, va demandata alla discrezionalità di ciascun professionista che può valutare, in totale libertà, se proporre o meno l'applicazione (in prima persona o in collaborazione con altri), al di fuori quindi di linee metodologiche specifiche che ne includano necessariamente l'utilizzo.

Sebbene questo programma presenti indubbiamente un certo livello di complessità, dato che integra lo studio dei meccanismi patogenetici, visti nella loro dimensione mentale e biologica, con il raffinamento degli strumenti diagnostici, esso dà anche modo al terapeuta di portare avanti, nella concretezza dell'intervento clinico, la sfida anti-riduzionista che le scienze psi pongono all'insieme delle scienze della cura.

Infatti, siamo sicuri che la scarsa solidità scientifica della patogenesi e della diagnostica sia una peculiarità soltanto della psicologia e della psichiatria? Forse la patogenesi e la diagnosi in medicina presentano livelli di maggiore precisione scientifica? C'è forse una sola causa per la genesi dell'aterosclerosi, un solo meccanismo biologico, una sola terapia efficace? Sappiamo che non è così: l'aterosclerosi è un fenomeno complesso in cui entrano numerosi fattori dotati di grande variabilità soggettiva. Si può avere infatti un infarto con arterie senza traccia di aterosclerosi, frutto di un'inflammatione e di una condizione stressante fuori controllo (Fioranelli et al., 2018). Lo stesso interrogativo si può porre per la gran parte delle patologie croniche, che sono la principale causa di malattia e morte nei paesi cosiddetti sviluppati.

Del resto, la stessa pandemia da Covid-19, nella complessità e varietà della risposta dei singoli all'infezione da SARS-CoV-2, dimostra che anche in un'infezione da agente patogeno identificato è deleterio ricorrere ad un approccio terapeutico riduzionista (Bottaccioli A.G. & Bottaccioli F., 2021).

Il fatto che lo psicologo sia in grado di conoscere manifestazioni extradisciplinari delle diverse patologie consente infatti di intercettare i diversi campanelli d'allarme utili ad indirizzare correttamente il paziente verso eventuali approfondimenti mirati, superando la visione della consulenza esclusivamente specialistica che è sempre più datata, specie quando si ha a che fare con patologie su base infiammatoria che colpiscono il sistema immunitario.

Risulta quindi fondamentale tenere in considerazione tutti gli aspetti biomedici, psicologici e sociali e le relative interrelazioni (Bottaccioli F. & Bottaccioli A.G., 2017, 2020; Lazzari, 2019; McEwen C.A. & McEwen B.S., 2017) per poter inquadrare correttamente un fenomeno complesso e strutturare un progetto di cura e/o prevenzione in cui la psicologia giochi un ruolo centrale e in sinergia con altre discipline. Il recente congresso "Ambiente e psiche al tempo del Covid-19", organizzato dalla Sipnei, del resto, ha ben dimostrato in modo pratico e interdisciplinare tutta la ricchezza di una prospettiva integrata che sia fondata su solide basi scientifiche.

Prevenzione e corpo in psicoterapia

L'approccio Pnei alla salutogenesi e alla psicologia della salute promuove l'integrazione delle diverse dimensioni di vita dell'individuo non solo in ambito di cura ma anche in quello di prevenzione. Centrali, in questo senso, alla luce degli studi sull'epigenetica, sono i focus sulla vita perinatale, le relazioni primarie e quel che accade nell'ambiente educativo extrafamiliare delle istituzioni educative e didattiche, che rappresentano nel loro insieme il luogo primario di intervento. In questa fase acquisiscono una rilevanza fondamentale l'adeguatezza delle condotte di accudimento del bambino da parte dei caregiver in risposta ai suoi bisogni fondamentali (allattamento, contatto, svezzamento e alimentazione, relazioni fuori della famiglia) da inserire e leggere, però, all'interno del sistema più ampio di resilienza della coppia genitoriale e del contesto familiare. Queste esperienze precoci, infatti, costituiscono nel bambino la base della regolazione delle emozioni, delle capacità interattive, e più in generale di taratura dei network Pnei.

Dall'allargamento del focus discende anche, in ottica di prevenzione, la possibilità di integrare discipline e pratiche di salute che hanno una storia diversa, e spesso anche molto lontana, dalla psicologia e dalla psichiatria come, ad esempio, la meditazione, lo yoga, la mindfulness, il Taijiquan, il Qigong; o ancora, la nutrizione e l'attività fisica. Le evi-

denze di efficacia sono ormai numerose e sono state recentemente riviste (Bottaccioli F. & Bottaccioli A.G., 2017, cap. 18, cui rinviamo per i dettagli). Oggi come oggi, dato lo stato di avanzamento delle conoscenze in materia, non è più possibile ignorare queste evidenze per chi si occupa di salute mentale, sia come singolo professionista sia come struttura sanitaria dedicata. Il che chiama in causa il ruolo del corpo e la necessità di una rinnovata attenzione alle sue modalità di espressione (sana e patologica) da parte di psicologi, psicoterapeuti e psichiatri.

Del resto, a ben vedere, la psicoterapia corporea inizia proprio con Freud e con la psicoanalisi. In quanto medico, Freud sviluppa infatti l'ampia e complessa impalcatura psicoanalitica a partire dalla visione di una mente radicata nel corpo. Basi pensare che nelle sue iniziali sperimentazioni Freud massaggiava i suoi pazienti, oppure poggiava la mano sulla loro fronte per stimolare le libere associazioni. Più tardi, sviluppando l'idea che molte nevrosi affondavano le radici in questioni sessuali, egli si astenne dal contatto fisico e concentrò il suo operato sull'ascolto del paziente. Anche G. Groddeck, dal quale Freud mutuò il concetto di Es, lavorava soprattutto con pazienti che presentavano disturbi funzionali e psicosomatici e li trattava abbinando massaggi profondi con la conversazione terapeutica. S. Ferenczi sviluppò invece successivamente la sua "tecnica attiva", con la quale introdusse nell'analisi l'uso di *compiti, prescrizioni* di regole di comportamento, tecniche di rilassamento. Tuttavia, la più grande influenza sullo sviluppo della psicoterapia corporea fu esercitata da Wilhelm Reich, che si concentrò, più che sull'interpretazione dei conflitti inconsci, sull'analisi delle resistenze. La conseguenza di processi di difesa "cronici" erano infatti, secondo Reich, modelli o atteggiamenti caratteriali accompagnati da posizioni corporee e posture caratteristiche. Tali osservazioni lo condussero alla teorizzazione del concetto di "armatura caratteriale" e alla sua "analisi del carattere".

Nonostante queste particolari elaborazioni, la tecnica psicoanalitica si sviluppò lontana dall'uso del corpo in seduta, abbandonando il campo di ricerca e di azione di quei pensatori "eretici" che concepivano il benessere psicologico, non solo come benessere mentale, ma dell'intero organismo. Dalle radici di quei pensatori nasceranno e si svilupperanno, tuttavia, modelli clinici che hanno continuato ad "ascoltare" i corpi dei pazienti. Modelli psicoterapeutici giunti fino ai nostri giorni e confluiti in nuovi approcci, che tornano oggi a dare spazio e voce al corpo.

Negli ultimi anni i dati provenienti dalle neuroscienze e dalla ricerca sperimentale in psicologia (soprattutto l'*infant research*), ci spingono a riconsiderare, sebbene con una revisione critica aggiornata alle cono-

scienze attuali, i contributi di questa linea di pensatori che hanno incluso il corpo. Infatti, da Alexander Lowen alla Psicoterapia Sensomotoria, giusto per citare due tra i più noti approcci in questo ambito, hanno fornito rilevanti spunti clinici che possono essere rielaborati, ripensati o ampliati alla luce di conoscenze scientifiche più aggiornate rispetto a quando sono stati concepiti e inquadrandoli in un framework teorico più ampio, che includa anche gli aspetti immunitari, ormonali che non erano presenti nella formulazione originaria.

La Pnei in psicoterapia ci permette di osservare e considerare sia il corpo “fisico” (postura, gesti, ecc.) con il quale, innanzitutto, terapeuta e paziente vivono la relazione nel presente della seduta, sia anche il corpo “interno” (sistemi biologici), che attraverso segni, sintomi, patologie narra la storia, anche epigenetica, del soggetto. Il corpo, quindi, come un dipinto, ci mette a disposizione un’infinità di informazioni che, se sapute leggere con il paio di occhiali giusti, aiutano il clinico nella concettualizzazione del caso e nella stesura del piano terapeutico.

L’ascolto e l’azione del corpo: interocezione ed esperienzialità in psicoterapia

Ma come si può aiutare i pazienti a riscoprire la “voce” del corpo? Una possibile risposta passa per la riappropriazione “assistita” in terapia dell’ascolto interocettivo. L’interocezione, secondo Craig è «il senso dello stato fisiologico di tutti i tessuti corporei», mediato da precise vie anatomiche. «Il sistema nervoso vegetativo, il principale output in grado di modificare l’attività dei sistemi allostatici [...], si basa proprio sull’afferenza interocettiva per capire “come sta il corpo” e intervenire con precisione. [...] Questa stretta relazione funzionale senso-motoria dimostra il carattere intrinsecamente “motivazionale” (letteralmente, “che spinge ad agire”) dell’interocezione: un’afferenza non ha alcun significato se non quello di perfezionare la precisione di un qualsivoglia canale di uscita del sistema nervoso centrale» (Cerritelli & D’Alessandro, 2018, pp. 73-74).

Seguendo la definizione e l’articolazione del costrutto multidimensionale dell’interocezione, tutte le volte che in psicoterapia aiutiamo il paziente ad “ascoltare” le proprie emozioni, attraverso l’attenzione ai segnali corporei, stiamo attivando la sua interocezione, aiutandolo a fare chiarezza tra i molteplici e spesso contrastanti segnali interocettivi che il corpo elicitava al cospetto di una situazione problematica. Questo è un passaggio fondamentale: se il terapeuta non invita il paziente all’ascolto interocettivo e rimane solo su un piano cognitivo della conversazione, il paziente non può cogliere gli importanti segnali che il suo corpo gli sta inviando per comprendere e far fronte alla situazione

problematica, sia essa concreta o interiore. La riflessione cognitiva sarà indispensabile per definire e chiarire sempre meglio il “senso” personale e umano di quei segni per il paziente, ma da sola, senza l’ascolto del corpo, può rappresentare un’informazione inesatta, talvolta ridondante, quindi poco utile. Il terapeuta che, sapendo leggere le sfumature, i micromovimenti, le modulazioni del corpo del paziente che racconta, lo invita a soffermarsi su tali segnali durante la seduta sta aiutando il sistema nervoso di quel paziente ad orientarsi e ad andare nella direzione dello stato mentale e dell’azione che lo farà stare meglio. Nel proporgli inoltre delle tecniche che supportino lo sviluppo di un fine ascolto interocettivo (come esercizi di respirazione, di rilassamento, di visualizzazione e meditazione, di espressività emozionale e motoria), sta sollecitando il paziente a riappropriarsi di un fondamentale strumento “fisiologico” di lettura, comprensione e regolazione dei suoi stati interni.

Dalla comprensione di “come sta il corpo”, che arriva dall’ascolto interocettivo, è possibile poi aiutare il paziente a mettere in campo azioni consapevoli e nuovi comportamenti che siano orientati al benessere. “Fare nuove esperienze” (non solo cognitive), infatti, è essenziale per accompagnare il cambiamento nelle persone, poiché consente di tracciare nuovi percorsi neuronali e apprendimenti che sostituiscano gli automatismi inconsci che sono spesso alla base del disagio psicologico. L’implementazione di nuovi comportamenti rende possibile l’ampliamento del ventaglio di possibilità dell’individuo e favorisce la destabilizzazione e l’aggiornamento (anche a livello di circuiti neurologici) degli schemi mentali e delle memorie emotive, vecchie e recenti, in cui si radicano i problemi presentati dal paziente. In questo ambito gli studi sul riconsolidamento della memoria (Ecker et al., 2018) stanno dando nuovo spessore al costrutto dell’esperienza emozionale correttiva di Alexander e French, già rivisto da Goldfried nel 1980 (Alexander & French, 1946; Goldfried, 1980). Lo studio di questi meccanismi sta creando un nuovo terreno di confronto unificante tra le diverse tradizioni e scuole con la formazione di gruppi di ricerca internazionali e la realizzazione di pubblicazioni a cui partecipano esponenti di approcci fortemente accreditati (vedi ad es. Wachtel et al., 2020).

Se è l’agire a produrre nuovi apprendimenti su di sé e sul mondo, questo avviene, nel contempo, sempre attraverso la mediazione del corpo, che è lo strumento con cui si realizza l’azione. La terapia può essere perciò riconcettualizzata nei termini di un primo nuovo campo d’azione per il paziente che, attraverso il sostegno e le proposte del terapeuta, ha l’occasione di sperimentare, dentro e fuori la relazione di cura, nuove azioni e nuovi comportamenti. Il che significa assegnare al clinico anche il compito, all’occorrenza, di riuscire a perturbare l’omeostasi del sistema di

credenze tipiche del paziente, il quale potrà accogliere di tale esperienza ciò che riterrà utile.

In ottica Pnei è fondamentale quindi che lo psicoterapeuta conosca l'importanza che l'azione, in senso ampio, riveste per la vita degli esseri umani e sappia proporre al paziente attività da svolgere anche al di fuori del percorso di psicoterapia. Il ventaglio delle possibilità può essere molto ampio: dall'informare e invitare i pazienti alla pratica di uno sport, all'attività fisica in genere, a pratiche corporee come lo yoga, la mindfulness, la meditazione, il Qigong, il Taijijquan, la danza, ma anche sport ad alta complessità e con un focus sull'equilibrio, come l'arrampicata in aderenza, il tiro con l'arco. Anche lo studio di strumenti musicali si è rivelato molto efficace per la stimolazione simultanea di diversi canali e meccanismi sensoriali, motori, emotivi, cognitivi e di autoregolazione.

Si tratta di tutte attività corporee dal documentato effetto benefico sulla salute e terapeutico rispetto a disturbi fisici e psichici. La formazione Pnei consente al terapeuta di rileggere, su differenti livelli, i meccanismi che governano le tecniche e i diversi metodi adottati in psicoterapia e, proprio in virtù di questa conoscenza, di saperli usare con maggior consapevolezza e in modo mirato rispetto al progetto terapeutico.

Coltivare una risorsa terapeutica fondamentale: il benessere dello psicoterapeuta

Tra gli strumenti clinici che accumulano tutte le psicoterapie non bisogna dimenticare la *persona* dello psicoterapeuta che costituisce una leva fondamentale della terapia. In psicoanalisi, in particolare, si riserva da sempre una specifica attenzione agli stati emotivi del terapeuta, che sono stati e sono spesso ancora oggi fonte di approfondimento. Si tratta di un focus che va certamente mantenuto ed esteso, se possibile, anche al di fuori della tradizione psicodinamica. Le più recenti ricerche su cosa funziona in psicoterapia suggeriscono infatti che:

- le qualità personali e interpersonali del terapeuta giocano un ruolo chiave per un'efficace psicoterapia;
- la pratica meditativa può aiutare a raggiungere il cambiamento nelle qualità personali e interpersonali del terapeuta (Bennett-Levy, 2019).

Uno studio randomizzato (RCT) mostra infatti che gli psicoterapeuti che praticano su loro stessi tecniche di meditazione raggiungono migliori risultati clinici con i loro pazienti rispetto a chi non lo fa (Grepmaier et al., 2007); un effetto che, secondo Baird, Mrazek e Philips, è legato al maggiore livello di consapevolezza dei propri stati cognitivi e affettivi che viene maturato da chi si dedica a pratiche mentali contemplative attraverso l'esame ripetuto dell'esperienza in prima persona (Baird et al., 2014).

Non bisogna pensare, infatti, alla salute mentale dello psicoterapeuta come a qualcosa di acquisito una volta per tutte ma piuttosto, in linea con gli studi di Lalli (Lalli, 2004), a un processo dinamico, frutto di un lungo iter formativo che comprende anche un lavoro psicoterapeutico su di sé che deve essere ciclicamente revisionato e aggiornato. Per questo la propria formazione non risulta mai conclusa e costituisce un bene da mantenere e preservare, anche e tanto alla luce delle notevoli e specifiche difficoltà che questo tipo di professione costantemente presenta. Basti pensare al fenomeno della “*traumatizzazione vicaria*” (McCann & Pearlman, 1990) che indica il deterioramento degli schemi cognitivi e delle modalità di lettura del proprio lavoro e della realtà registrato in quegli operatori psi che sperimentano processi di forte empatia/immedesimazione/coinvolgimento emotivo con persone che hanno subito eventi ad altissimo impatto emotivo (traumi). Come anche al concetto di “*stress traumatico secondario*” (Figley, 1995), un quadro di disturbi tipici del PTSD (con forte aumento dello stato di arousal; flash back intrusivi, sensazione di esaurimento delle proprie energie, depersonalizzazione, evitamento, ecc.) che possono insorgere a seguito dell’esposizione indiretta (sperimentata da altri) ad eventi a fortissimo impatto traumatico. Si tratta in questo caso di un esito estremo, nel terapeuta, della “*compassion fatigue*” (Figley, 1995, 2002), una condizione di fatica emotiva per l’empatia e la compartecipazione agita nella relazione con il paziente, che, su un continuum, può andare da un sentimento di soddisfazione per l’essere d’aiuto fino al logoramento per l’eccesso di energie profuse al fine di fronteggiare/contenere gli impatti emotivi del paziente e i propri.

Ciò che aiuta in modo fondamentale a preservare la sanità psichica dello psicoterapeuta è quindi una conoscenza approfondita di sé, unita ad una precisa e ben stabile identità. La sanità mentale, però, implica anche una coerente corrispondenza tra la vita personale, pubblica e professionale, in quanto l’essere psicoterapeuta corrisponde ad una struttura di base fondata sulla coerenza (Lalli, 2004) tanto più che, come sottolinea Morris Eagle «le qualità personali del terapeuta hanno un’influenza maggiore nel determinare come conduca il trattamento rispetto alla sua appartenenza teorica. [...] Il modo con cui qualsiasi prescrizione manualistica o teorica circa l’atteggiamento terapeutico viene messa in pratica, necessariamente filtra e rivela le qualità personali del terapeuta» (Eagle, 2013, p. 276).

Questo aspetto è stato preso in esame in una ricerca di Nissen-Lie et al. che, sulla base delle auto-segnalazioni di un ampio campione internazionale di psicoterapeuti (n. 4.828), ha studiato 2 fattori che riflettono la qualità della vita dei terapeuti: la “soddisfazione personale” e gli “oneri

personali” (Nissen-Lie et al., 2013). Dall’analisi di questi due indicatori è emerso che la qualità di vita personale del terapeuta influisce sulla costruzione dell’alleanza terapeutica (nella duplice valutazione operata dal terapeuta e dal paziente) e che la persona dello psicoterapeuta è importante per il processo e il risultato della psicoterapia. Mentre i pazienti si sono rivelati particolarmente sensibili all’esperienza di vita privata dei loro terapeuti (che viene comunicata, presumibilmente, attraverso i comportamenti in seduta, in maniera più o meno consapevole); invece, i giudizi dei terapeuti sulla qualità dell’alleanza terapeutica sono risultati positivamente correlati al proprio senso di benessere personale. Tutto questo non deve stupire più di tanto se consideriamo, come ci ricorda Steptoe, che i fattori psicosociali come la solitudine e l’isolamento sociale hanno un forte impatto sulla salute (Steptoe, 2018). La ricerca Pnei documenta la correlazione tra i processi mentali (come lo stress e le esperienze positive) e i livelli di infiammazione dell’organismo e l’influenza che, viceversa, l’infiammazione esercita sulla nostra esperienza psicologica. Il che sottolinea, ancora una volta, come mente e corpo siano strettamente collegati in un rapporto bidirezionale.

Non bisogna dimenticare, infine, un altro elemento che influisce fortemente sui livelli di benessere di uno psicoterapeuta che esercita l’attività clinica a tempo pieno: ovvero la sedentarietà. Anche se non per tutti gli approcci teorici è così, infatti, di norma gli psicoterapeuti trascorrono gran parte delle giornate seduti. Considerando che l’attività fisica incrementa la sorveglianza immunitaria generale anche a riposo, ciò implica che le persone fisicamente attive hanno un sistema immunitario migliore rispetto a chi è sedentario, con benefici che non sono limitati al solo sistema immunitario, ma si riverberano anche su quello endocrino, respiratorio, cardiovascolare e sul cervello. Anche questo aspetto, che solo in apparenza sembra di minore importanza, dovrebbe rientrare nel focus dello psicoterapeuta che opera in modo integrato.

Una formazione Pnei per lo psicoterapeuta

Vorremmo concludere questa disamina del contributo che la Pnei può dare alla psicologia con una domanda centrale per qualunque *operatore psi* che vi si avvicini. Cosa apporta di *ulteriore* una formazione Pnei ad uno psicoterapeuta? In primo luogo, una visione globale dell’equilibrio tra salute e malattia perché prende in analisi la comunicazione bidirezionale tra dimensione psichica e dimensione biologica (Bottaccioli et al., 2019) e lo fa con un focus specifico sul sistema del-

lo stress, che viene considerato non solo dal punto di vista teorico ma anche come esperienza. Un esempio concreto di questa attenzione è la sottolineatura dell'importanza, per preservare l'equilibrio anche di chi cura, di tecniche antistress e meditative che, come nel caso delle scuole di psicoterapia, possono essere apprese in diverse scuole e secondo differenti modelli. In ambito Pnei, in particolare, è stato elaborato un metodo specifico, chiamato PNEIMED (Meditazione a orientamento Psiconeuroendocrinoimmunologico), messo a punto da Bottaccioli e Carosella (Carosella et al., 2020; Carosella & Bottaccioli, 2012). La pratica degli esercizi, come si è visto, aiuta ad avere una relazione migliore con i propri pensieri, aiuta a calmare la mente, a sviluppare un'attenzione stabile, ad esercitare la memoria, può preparare a ricevere aspetti di noi che non conosciamo, acuisce la percezione sensoriale, la conoscenza di sé, tutti aspetti che aiutano a lavorare meglio, ma anche a stare meglio in generale. Pertanto la pratica della meditazione si conferma poter essere considerata una modalità di “buona manutenzione” per la mente dello psicoterapeuta.

L'altro elemento chiave di una psicoterapia orientata in modo Pnei è l'integrazione tra “i saperi”. Questa attitudine può essere sostenuta e nutrita, nel campo degli *operatori psi*, dalla pratica della “supervisione” che in ambito psicoanalitico viene usata per monitorare le capacità dei propri candidati analisti durante il training. La supervisione è un luogo in cui è possibile analizzare e riflettere sulle proprie modalità operative, nonché mettere a punto i propri “strumenti mentali”, non solo di tipo razionale tecnico, ma anche emotivo. La supervisione, in altre parole, è il luogo privilegiato per prendersi cura di quel che è importante mettere in campo nel lavoro clinico. Nessun orientamento o pratica clinica dovrebbe prescindere da questo insostituibile lavoro di confronto e produzione di senso, in quanto la supervisione è in grado di contenere chi contiene, di curare chi cura, di rifornire chi rifornisce, di accompagnare e sostenere chi accompagna e sostiene (Braidì & Cavicchioli, 2006).

Un altro modo per ricercare una maggiore integrazione delle potenzialità cliniche potrebbe essere costituito dall'attivazione dei gruppi di intervizione eterogenei, che sono formati da diverse figure professionali di area sia psicologica che biomedica. Anche questo è uno spazio di riflessione, discussione che si caratterizza per essere un confronto tra “pari” in cui si impara gli uni dagli altri senza il coinvolgimento di un collega esperto (come avviene nella supervisione); ciò consentirebbe di acquisire conoscenze e competenze integrate, per migliorare insieme e integrare la propria professionalità. Il gruppo, in questo caso, è autogestito dagli stessi

partecipanti, tutti corresponsabili della qualità degli incontri e chiamati ad ascoltare e ad intervenire condividendo le proprie risonanze e suggerendo ipotesi di lavoro. Ciò consente di creare una rete culturale e interprofessionale dove le competenze di ciascuno sono al servizio di tutti, per uno scambio reciproco che possa portare ad una cultura di integrazione tra menti e professioni. Che è poi l'ambizione di fondo che anima l'intero progetto scientifico della Pnei.

Considerazioni conclusive e proposte

Questo ampio documento è il frutto di un intenso e prolungato dibattito all'interno del gruppo costituente della Commissione nazionale Sipnei Discipline Mentali (Dis.Men), che vede al suo interno psicologi clinici e psicoterapeuti di diversa estrazione culturale e collocazione professionale: dalla psicodinamica all'analisi transazionale, al cognitivismo, alla sistemico-relazionale, alla gestalt fino al neo-funzionalismo. Ci pare un risultato degno di nota che si sia giunti, con il fattivo contributo di tutti, ad una sintesi vera, che cioè non evita l'esame degli scogli emersi dalle diverse tradizioni e pratiche cliniche di appartenenza. Questo risultato ci fa ben sperare sul futuro della nostra proposta e del lavoro della Commissione. Vogliamo infatti proporre un percorso di dibattito e di lavoro comune, innanzitutto ai numerosi colleghi psicologi e psichiatri della Sipnei, ma in generale a tutti coloro che sono interessati alle tematiche sollevate e che si sentono liberi da vincoli di appartenenza, senza per questo accantonare il proprio percorso teorico e professionale, anzi mettendolo a disposizione di tutti in una modalità di vero dialogo e quindi di disponibilità al cambiamento.

Crediamo di non essere soli ad avvertire l'urgenza dell'apertura di una discussione ampia, che si organizzi sui terreni di confronto che abbiamo indicato nel documento e su altri che emergeranno dal coinvolgimento di altri professionisti e altre realtà di cura.

Licenziamo questo documento in un momento di crisi mondiale epocale a livello sanitario che mostra l'assoluta inadeguatezza dei modelli di cura fondati sul paradigma riduzionista, che separa la medicina dalla psicologia, e sul connesso paradigma mercantile che ha delegato la salute della specie umana ad un pugno di monopoli farmaceutici privati, ignorando le politiche di promozione della salute, delle cure integrate (medico-psicologiche) territoriali, la cui assenza, anche nel nostro Paese, è stata pagata da decine di migliaia di vittime e dalla sofferenza psicologica ed esistenziale di decine di milioni di sopravvissuti. Mortalità e sofferenza che dureranno ancora a lungo.

Le scienze e le professioni psicologiche, a nostro avviso, devono cogliere l'altezza delle sfide attuali, uscendo definitivamente da una collocazione marginale nell'ambito delle scienze e delle professioni della cura. Fuoriuscita dalla marginalità che, per quanto riguarda lo psicologo, può essere favorita dalle recenti disposizioni di legge che hanno sancito il ruolo sanitario della professione, sottraendola dal limbo in cui è stata storicamente relegata da una cultura umanistica di stampo idealistico e da una cultura medica materialista-meccanicista. Ma anche allo psichiatra si pone l'obiettivo di fuoriuscita dalla marginalità. La speranza di aver riconquistato, dopo la stagione dell'antipsichiatria, una rispettabilità, in ambito medico, mettendo in primo piano il proprio ruolo di prescrittori di farmaci, in realtà si è dimostrata un'illusione, non ha accresciuto il prestigio della psichiatria. Non a caso, sono sempre più le voci autorevoli che parlano di crisi della psichiatria, di cui abbiamo dato conto in questo testo.

Si esce dalla crisi e dalla marginalità delle scienze e delle professioni psi se si crea anche un fronte comune, fondato su una solida base scientifica, verso i decisori politici e il servizio sanitario nazionale, che mostri l'evidenza acclarata dell'efficacia clinica delle diverse pratiche psicoterapeutiche, ponendo fine al monopolio che la psicoterapia cognitivo-comportamentale ha ottenuto e mantenuto in tutto l'Occidente negli ultimi decenni.

Dobbiamo convenire e dichiarare tutti insieme che è finito il tempo del piccolo cabotaggio e della salvaguardia della propria nicchia. Un terapeuta psi, sia esso psichiatra o psicologo, per essere all'altezza degli obiettivi indicati, deve riorganizzare in profondità non solo e non tanto la propria "borsa degli attrezzi", quanto il paradigma scientifico di riferimento per il proprio lavoro culturale e professionale e dar vita a inedite, ma scientificamente fondate, modalità e prassi di costruzione della cura, che indichiamo nel testo.

È oggi possibile uscire dai dilemmi novecenteschi che hanno condizionato e per certi versi alterato la bellezza della psicologia distorcendone i tratti o verso il biologismo o verso il culturalismo. Come documentiamo nelle pagine di questo testo, è in corso un ampio sommovimento nelle basi delle scienze biologiche e neurobiologiche. Sommovimento promosso anche da neuroscienziati di rilievo come LeDoux e Damasio. In questa fase di grande e rapido cambiamento, riteniamo che la Psiconeuroendocrinoimmunologia rappresenti il modello scientifico sistemico più efficace per lo studio e la cura dell'essere umano nella sua interezza. E costituisca anche un solido argine al forte tentativo in corso di ridurre nuovamente a modelli biologisti il ricco fermento di idee presente nel mondo psi.

Con questo spirito attendiamo e sollecitiamo critiche, idee, proposte integrative al nostro documento.

Laura Bastianelli psicologa psicoterapeuta, Roma
Alessandro Bianchi psicologo psicoterapeuta, Firenze
Francesco Bottaccioli filosofo della scienza e psicologo, Roma
Raffaella Cardone psicologa psicoterapeuta, Ravenna
Ines Romy Cutrona psicologa psicoterapeuta, Padova
Gianangelo Palo filosofo e psicoterapeuta, Como
Fabio Sinibaldi psicologo psicoterapeuta, Casteggio-Milano
Emanuela Stoppele psicologa psicoterapeuta, Verona
Giulia Tossici filosofa e psicologa in formazione, Milano
Laura Vaccaro psicologa psicoterapeuta, Aprilia-Latina

David Lazzari psicologo psicoterapeuta, in qualità di past-president della Sipnei ha contribuito ai lavori della commissione ma ha ritenuto di non firmare il documento in relazione al suo nuovo ruolo di Presidente nazionale dell'Ordine degli Psicologi. Decisione che comprendiamo e apprezziamo.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2016).** Numero speciale del Cinquantesimo Anno. *Psicoterapia e Scienze Umane*, L(3).
- Alexander F., & French T.M. (1946).** *Psychoanalytic therapy: principles and application*. New York: Ronald Press.
- Anderson G., Beischlag T.V., Vinciguerra M., & Mazzoccoli G. (2013).** The circadian clock circuitry and the AHR signaling pathway in physiology and pathology. *Biochemical Pharmacology*, 85(10), 1405–1416. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2013.02.022>
- Baird B., Mrazek M.D., Phillips D.T., & Schooler J.W. (2014).** Domain-specific enhancement of metacognitive ability following meditation training. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(5), 1972–1979. <https://doi.org/10.1037/a0036882>
- Bara B.G. (2018).** *Il terapeuta relazionale: tecnica dell'atto terapeutico*. Torino: Bolati Boringhieri.
- Barker D., & Osmond C. (1986).** Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *The Lancet*, 327(8489), 1077–1081. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)91340-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)91340-1)
- Barrett L.F. (2017).** *How emotions are made: the secret life of the brain*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Bennett-Levy J. (2019).** Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>

- Bolognini S. (2019).** *Flussi vitali tra Sé e Non-Sé: l'intersichico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Borghi A.M., & Fini C. (2019).** Theories and Explanations in Psychology. *Frontiers in Psychology*, 10, 958. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00958>
- Bottaccioli A.G., & Bottaccioli F. (2021).** *Nutrire l'immunità contro Covid-19: integrare la cura, cambiare la sanità*. Milano: Edra.
- Bottaccioli A.G., Bottaccioli F., & Minelli A. (2019).** Stress and the psyche-brain-immune network in psychiatric diseases based on psychoneuroendocrineimmunology: a concise review: Psychoneuroendocrineimmunology of psychiatric diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1437(1), 31–42. <https://doi.org/10.1111/nyas.13728>
- Bottaccioli F. (2014).** *Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia: le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita*. Milano: Edra.
- Bottaccioli F. (2016).** La teoria polivagale. Un'analisi critica. *PNEI Review*, 1, 94–108.
- Bottaccioli F., & Bottaccioli A.G. (2017).** *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata: il manuale*. Milano: Edra.
- Bottaccioli F., & Bottaccioli A.G. (2020).** *Psycho Neuro Endocrine Immunology and the science of the integrated care – The manual*. Milan: Edra.
- Bourdieu P. (1998).** *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.
- Bozhabadi F., Beidokhti A., Shaghghi F., Parimi A., Kamali Z., & Gholami M. (2020).** The Relationship between religious orientation and promotion of sexual satisfaction and marital satisfaction in women of reproductive age. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 53. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_129_19
- Braidi G., & Cavicchioli G. (2006).** *Conoscere e condurre i gruppi di lavoro: esperienze di supervisione e intervento nei servizi alla persona*. Milano: Franco Angeli.
- Brown A.S., Cheslack-Postava K., Rantakokko P., Kiviranta H., Hinkka-Yli-Salomäki S., McKeague I.W., Surcel H.-M., & Sourander A. (2018).** Association of Maternal Insecticide Levels With Autism in Offspring From a National Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1094–1101. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101129>
- Busch F. (2019).** *Psychodynamic approaches to behavioral change* (First edition). Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing.
- Carosella A., & Bottaccioli F. (2012).** *Meditazione: psiche e cervello*. Milano: Tecniche nuove.
- Carosella A., Bottaccioli F., & Bottaccioli A.G. (2020).** *Meditazione, passioni e salute*. Milano: Tecniche nuove.
- Cerritelli F., & D'Alessandro G. (2018).** Il tocco e l'interocezione. In: N. Barsotti, D. Lanaro, M. Chiera, & F. Bottaccioli (Eds.), *La PNEI e le discipline corporee*. Milano: Edra.
- Chiera M., Barsotti N., Lanaro D., & Bottaccioli F. (2017).** *La PNEI e il sistema miofasiale: la struttura che connette*. Milano: Edra.
- Cicerone P.E. (2018).** Antonio Damasio to PNEI News: “La mente non s'identifica con il cervello.” *PNEI News*, 3–4, 6.
- Clark D.M. (1986).** A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Cole S.W., Levine M.E., Arevalo J.M.G., Ma J., Weir D.R., & Crimmins E.M. (2015).** Loneliness, eudaimonia, and the human conserved transcriptional response to adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.001>
- Damasio A.R. (2012).** *Il sé viene alla mente: la costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.
- Damasio A.R. (2018).** *The strange order of things: life, feeling, and the making of the cultures*. New York: Pantheon Books.

- Dutcher J.M., & Creswell J.D. (2018).** Behavioral interventions in health neuroscience: Interventions in health neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1), 51–70. <https://doi.org/10.1111/nyas.13913>
- Eagle M.N. (2013).** *Attaccamento e psicoanalisi: teoria, ricerca e implicazioni cliniche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Eagle M.N. (2016).** *Le risposte. Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 439–443. <https://doi.org/10.3280/PU2016-003019>
- Ecker B., Ticic R., & Hulley L. (2018).** *Sbloccare il cervello emotivo: eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Milano: Franco Angeli.
- Edelman G.M. (2004).** *Wider than the sky: the phenomenal gift of consciousness*. New Haven: Yale University Press.
- Ferro A. (2003).** *Il lavoro clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Figley C.R. (1995).** Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In: B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed). Lutherville, Md: Sidran Press.
- Figley C.R. (2002).** Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fioranelli M., Bottaccioli A.G., Bottaccioli F., Bianchi M., Rovesti M., & Roccia M.G. (2018).** Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-Based. *Frontiers in Immunology*, 9, 2031. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02031>
- Fonagy P. (2002).** *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., & Target M. (2005).** *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy P., Luyten P., Allison E., & Campbell C. (2016).** Reconciling Psychoanalytic Ideas with Attachment Theory. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment*. New York: Guilford.
- Foschi R., & Innamorati M. (2020).** *Storia critica della psicoterapia* (Prima edizione). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud S. (1938).** *Compendio di Psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard G.O. (2015).** *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gardner C., & Kleinman A. (2019).** Medicine and the Mind — The Consequences of Psychiatry's Identity Crisis. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1697–1699. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1910603>
- Glocer Fiorini L. (2019).** Verso una decostruzione del “femminile”: discorsi, logica e potere. *Rivista di Psicoanalisi*, 359–374. <https://doi.org/10.26364/RPSA20190650359>
- Glocer Fiorini L. (2020).** Psicosexualità e genere: intersezioni. *Rivista di Psicoanalisi*, 1, 193–207. <https://doi.org/10.26364/RPSA20200660193>
- Goldfried M.R. (1980).** Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Grepmaier L., Mitterlehner F., Loew T., Bachler E., Rother W., & Nickel M. (2007).** Promoting Mindfulness in Psychotherapists in Training Influences the Treatment Results of Their Patients: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332–338. <https://doi.org/10.1159/000107560>
- Guidano V.F., & Liotti G. (1983).** *Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes S.C. (2004).** Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and

- the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes S.C. (2016).** The Situation Has Clearly Changed: So What Are We Going to Do About It? *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 446–450. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.09.001>
- Hill D. (2017).** *Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Huang Q., Liu H., Suzuki K., Ma S., & Liu C. (2019).** Linking What We Eat to Our Mood: A Review of Diet, Dietary Antioxidants, and Depression. *Antioxidants*, 8(9), 376. <https://doi.org/10.3390/antiox8090376>
- Insel T.R., & Cuthbert B.N. (2015).** Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499–500. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- James W. (1901).** *Principi di Psicologia*. Milano: Società editrice libraria.
- James W. (1980).** *Principles of Psychology* (Vols. 1–2). New York: Henry Holt and Company.
- Janet P. (1923).** *La médecine psychologique*. Paris: L'Harmattan.
- Jiménez J.P., Botto A., Herrera L., Leighton C., Rossi J.L., Quevedo Y., Silva J.R., Martínez F., Assar R., Salazar L.A., Ortiz M., Ríos U., Barros P., Jaramillo K., & Luyten P. (2018).** Psychotherapy and Genetic Neuroscience: An Emerging Dialog. *Frontiers in Genetics*, 9, 257. <https://doi.org/10.3389/fgene.2018.00257>
- John A., Rusted J., Richards M., & Gaysina D. (2020).** Accumulation of affective symptoms and midlife cognitive function: The role of inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 84, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.11.021>
- Kahneman D. (2011).** *Thinking, fast and slow* (1st pbk. ed). New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kandel E.R. (1998).** *A New Intellectual Framework for Psychiatry*. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457–469. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.457>
- Kandel E.R. (2018).** *The disordered mind: what unusual brains tell us about ourselves* (First edition). New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kuhn T.S. (1962).** *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lalli N. (2004).** *La salute mentale dello psicoterapeuta* (Lettura magistrale tenuta al Convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi dell'Umbria il 25 Ottobre 2004 a Foligno, p. 23). www.nicolalalli.it/pdf/novita/salutementalepsicoterapeuta.pdf retrieved 2021-04-01.
- Lazzari D. (2019).** *La psiche tra salute e malattia: evidenze ed epidemiologia*. Milano: Edra.
- LeDoux J.E. (2002).** *Il Sé sinaptico: come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LeDoux J.E. (2012).** Rethinking the Emotional Brain. *Neuron*, 73(4), 653–676. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004>
- LeDoux J.E. (2015).** Afterword: Emotional Construction in the Brain. In: L. F. Barrett & J. A. Russell (Eds.), *The psychological construction of emotion*. New York: The Guilford Press.
- LeDoux J.E. (2018).** Abbiamo equivocato i concetti di paura e ansia? *PNEI Review*, 2, 5–21. <https://doi.org/10.3280/PNEI2018-002001>
- LeDoux J. (2020).** *Lunga storia di noi stessi: come il cervello è diventato cosciente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- LeDoux J.E., & Brown R. (2017).** A higher-order theory of emotional consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(10), E2016–E2025. <https://doi.org/10.1073/pnas.1619316114>
- LeDoux J.E., & Hofmann S.G. (2018).** The subjective experience of emotion: a fearful view. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.09.011>
- Lingiardi V. (2016).** Le risposte. Muoversi tra le psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 510–524. <https://doi.org/10.3280/PU2016-003037>
- Lingiardi V., & McWilliams N. (Eds.). (2018).** *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G., Fassone G., & Monticelli F. (2017).** *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mahler M.S., Pine F., & Bergman A. (1975).** *La nascita psicologica del bambino: simbiosi e individuazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mancia M. (2007).** *Psicoanalisi e neuroscienze*. Milano: Springer Italia.
- Marmot M. (2016).** *La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Matveeva O., Bogie J.F.J., Hendriks J.J.A., Linker R.A., Haghikia A., & Kleinewietfeld M. (2018).** Western lifestyle and immunopathology of multiple sclerosis: Western lifestyle and MS. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1417(1), 71–86. <https://doi.org/10.1111/nyas.13583>
- McCann I.L., & Pearlman L.A. (1990).** Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- McEwen C.A., & McEwen B.S. (2017).** Social Structure, Adversity, Toxic Stress, and Intergenerational Poverty: An Early Childhood Model. *Annual Review of Sociology*, 43(1), 445–472. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053252>
- Meloni M., & Müller R. (2018).** Transgenerational epigenetic inheritance and social responsibility: perspectives from the social sciences. *Environmental Epigenetics*, 4(2). <https://doi.org/10.1093/eep/dvy019>
- Migone P., & Liotti G. (1998).** Psychoanalysis and cognitive-evolutionary psychology: an attempt at integration. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79 (Pt 6), 1071–1095.
- Miller C.W.T. (2017).** Epigenetic and Neural Circuitry Landscape of Psychotherapeutic Interventions. *Psychiatry Journal*, 2017, 1–38. <https://doi.org/10.1155/2017/5491812>
- Mirza A., King A., Troakes C., & Exley C. (2017).** Aluminium in brain tissue in familial Alzheimer's disease. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 40, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jtemb.2016.12.001>
- Mitchell S.A. (2016).** *Teoria e clinica psicoanalitica: scritti scelti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Montirosso R., & McGlone F. (2020).** The body comes first. Embodied reparation and the co-creation of infant bodily-self. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.003>
- Nicoletti R., & Rumiati R. (2011).** *I processi cognitivi*. Bologna: il Mulino.
- Nissen-Lie H.A., Havik O.E., Høglend P.A., Monsen J.T., & Rønnestad M.H. (2013).** The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483–495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>

- Ogden T.H.** (2009). *L'arte della psicoanalisi: sognare sogni non sognati*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Osborne S., Biaggi A., Chua T.E., Du Preez A., Hazelgrove K., Nikkheslat N., Previtì G., Zunszain P.A., Conroy S., & Pariante C.M.** (2018). Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The Psychiatry Research and Motherhood – Depression (PRAM-D) Study. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 211–221. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.06.017>
- Panksepp J., & Biven L.** (2015). *Archeologia della mente: origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Panksepp J., & Davis K.L.** (2020). *I fondamenti emotivi della personalità: un approccio neurobiologico ed evolutivistico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Poo M., Pignatelli M., Ryan T.J., Tonegawa S., Bonhoeffer T., Martin K.C., Rudenko A., Tsai L.-H., Tsien R.W., Fishell G., Mullins C., Gonçalves J.T., Shtrahman M., Johnston S.T., Gage F.H., Dan Y., Long J., Buzsáki G., & Stevens C.** (2016). What is memory? The present state of the engram. *BMC Biology*, 14(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12915-016-0261-6>
- Rachman S.** (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>
- Schore A.N.** (2008). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio.
- Shamdasani S.** (2007). *Jung e la creazione della psicologia moderna: il sogno di una scienza*. Roma: Edizioni Magi.
- Shapiro Y.** (2018). Psychodynamic Psychiatry in the 21st Century: Constructing a Comprehensive Science of Experience. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(1), 49–79. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.1.49>
- Siddarth P., Burggren A.C., Eyre H.A., Small G.W., & Merrill D.A.** (2018). Sedentary behavior associated with reduced medial temporal lobe thickness in middle-aged and older adults. *PLOS ONE*, 13(4), e0195549. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195549>
- Siegel R.D., Germer C.K., & Olendzki A.** (2012). Mindfulness: definizioni e origini. In: F. Didonna (Ed.), *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: Franco Angeli.
- Skaper S.D., Facci L., Zusso M., & Giusti P.** (2018). An Inflammation-Centric View of Neurological Disease: Beyond the Neuron. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 12, 72. <https://doi.org/10.3389/fncel.2018.00072>
- Skinner B.F.** (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Macmillan.
- Spielman L.J., Gibson D.L., & Klegeris A.** (2018). Unhealthy gut, unhealthy brain: The role of the intestinal microbiota in neurodegenerative diseases. *Neurochemistry International*, 120, 149–163. <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2018.08.005>
- Stephoe A.** (2018). Benessere emotivo e processi infiammatori: un traffico a due vie. *PNEI Review*, 2, 22–30. <https://doi.org/10.3280/PNEI2018-002002>
- Stern D.B.** (2017). *Libertà relazionale: caratteristiche del campo interpersonale*. Milano; Udine: Mimesis.
- Stern D.N.** (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Szyf M.** (2019). The epigenetics of perinatal stress. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(4), 369–378. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.4/mszyf>
- Tenore K., & Gragnani A.** (2016). Il lavoro sulla vulnerabilità storica. In: F. Mancini (Ed.), *La mente ossessiva: curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Thoma N., Pilecki B., & McKay D. (2015).** Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423–461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>
- Vodička M., Ergang P., Hrnčíř T., Mikulecká A., Kvapilová P., Vagnerová K., Šestáková B., Fajstová A., Hermanová P., Hudcovic T., Kozáková H., & Pácha J. (2018).** Microbiota affects the expression of genes involved in HPA axis regulation and local metabolism of glucocorticoids in chronic psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 73, 615–624. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.07.007>
- Voinoskos A.N., Mulsant B.H., Dickie E.W., Neufeld N.H., Rothschild A.J., Whyte E.M., Meyers B.S., Alexopoulos G.S., Hoptman M.J., Lerch J.P., & Flint A.J. (2020).** Effects of Antipsychotic Medication on Brain Structure in Patients With Major Depressive Disorder and Psychotic Features: Neuroimaging Findings in the Context of a Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 674. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0036>
- Volpato C. (2013).** *Psicosociologia del masochismo* (1. ed). Roma: Laterza.
- Von Foerster H. (1984).** *Observing systems* (2nd ed). Seaside, Calif: Intersystems Publications.
- Wachtel P.L., Siegel J.P., & Baer J.C. (2020).** The Scope of Psychotherapy Integration: Introduction to a Special Issue. *Clinical Social Work Journal*, 48(3), 231–235. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00771-y>
- Watson J.B. (1913).** Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158–177. <https://doi.org/10.1037/h0074428>
- Wilkinson R.G., & Pickett K. (2018).** *The inner level: how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. London: Allen Lane.
- Yakeley J. (2018).** Psychoanalysis in modern mental health practice. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 443–450. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30052-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30052-X)