



CORSO IN NEUROSISTEMICA

MODULO I

“Teoria dei sistemi, mente relazionale, teoria della mente”

Antonio Restori

Saranno oggetto di approfondimento: la Teoria Generale dei Sistemi e dei Sistemi Autopoietici, le Teorie del Costruttivismo e del Costruzionismo Sociale, le molteplici Teorie della Mente nei processi sociali e umani.

La teoria generale dei sistemi che dalla metà del secolo scorso ha caratterizzato un più ampio sviluppo delle scienze cibernetiche, fisiche e biologiche, è riuscita a condizionare attraverso specifiche declinazioni, anche le scienze umane e sociali, contribuendo allo sviluppo di diversi orientamenti nel campo delle applicazioni cliniche e terapeutiche. Nei paesi anglo-sassoni dagli anni sessanta, e in Italia dagli anni settanta, nel secolo scorso, il pensiero sistemico ha apportato importanti intuizioni favorevoli allo sviluppo di approcci terapeutici maggiormente attenti alla dimensione relazionale di concetti come mente, malattia, cura, e alla natura della comunicazione umana.

Sono numerosi i riferimenti in letteratura che evidenziano l'efficacia dell'approccio sistemico nelle scienze umane. L'approccio integrato alla terapia sistemica è rappresentato dai contributi che ad essa hanno fornito le teorie costruzioniste e costruttiviste, le teorie dell'attaccamento, e i nuovi orientamenti della Psicologia della Mindfulness e degli approcci centrati sull'Etica.

Questo orientamento epistemologico integrato risulta essere estremamente utile nel perseguire adeguati percorsi terapeutici.

Lo studio della complessità dei sistemi umani ha suggerito un approccio al problema della conoscenza radicalmente diverso da quello tradizionale, mettendo in evidenza il ruolo dell'osservatore e le sue scelte modellistiche verso una "costruzione" della realtà.

Alla definizione di questa linea di pensiero, che intreccia risultati sperimentali e problematiche epistemologiche, hanno dato un contributo decisivo le ricerche di Gregory Bateson, Humberto Maturana, Francisco Varela, Norbert Wiener, Ludwig von Bertalanffy, Jean Piaget, Heinz von Foerster, ed Henri Atlan, riferimenti essenziali per il piano di studi della formazione in Neuro-sistemica.

“La Diagnosi Sistemica: per un approccio plurale alle singolarità cliniche”

Michele Vanzini

Nella lezione verranno **illustrati** i riferimenti epistemologici per orientare l'allievo alla lettura complessa delle situazioni cliniche: la teoria dei sistemi, la cibernetica di secondo ordine, il costruzionismo sociale, le interazioni fra la clinica neuropsicologica e le dinamiche culturali dell'aver cura.

Il modulo prevede di **approfondire** quali siano i livelli di osservazione da includere nel proprio assessment, cercando strade di integrazione fra gli strumenti già in uso dagli operatori clinici (test, colloqui, cluster clinico-diagnostici, parametrizzazione neurofisiologica) e una lettura contestuale e relazionale dell'evento neurologico.

La diagnosi sistemica permette di **includere** nella visione di stato e progetto della fragilità presente nel soggetto-paziente anche gli elementi allargati del suo campo relazionale. Una visione allargata e multipla che porti a conoscere e far risuonare gli effetti della situazione clinica in ogni membro significativo, nell'altro da sé (genitori, figli, partner, amici, ecc).

Verrà infine proposta una visione introspettiva in cui orientarsi nel rileggere questa complessità relazionale come una risorsa interna al mondo simbolico, biografico e vivente del portatore di fragilità. La diagnosi sistemica come allargamento e ritorno al cuore pulsante della cura di sé.

Bibliografia di riferimento

- Bateson G. (1977), “Verso una ecologia della mente” , Adelphi
- Mortari L. (2006), “la Pratica dell'aver cura”, Mondadori
- Restori A., (2019), “Anemoni in viaggio. Nuove rotte per una psicoterapia sensibile ai temi della complessità”, Alpes
- Alexander F. (2010), “milioni di farfalle”, Mondadori

“Strumenti operativi sistemici: genogramma e uso delle metafore”

Sonia Martelli

Nella lezione verranno illustrati alcuni strumenti in uso nella pratica sistemica, quali il genogramma e l'uso delle metafore. Nella teoria Sistemica, gli strumenti guidano l'osservazione-costruzione del contesto entro cui il clinico, il paziente e la famiglia attuano la loro relazione.

Il genogramma è una rappresentazione grafica della famiglia (considerando almeno tre generazioni) che prende in considerazione diversi livelli: quello strutturale, quello funzionale e quello relazionale. Il genogramma permette, attraverso la narrazione e la lettura della storia familiare, l'emergere di relazioni, affetti, ridondanze, miti, regole, vicende, luoghi che hanno contribuito a costruire la storia stessa della famiglia.

L'uso della metafora permette di creare nuove strutture e connessioni *“avvicinando il mondo della cognizione, della logica al mondo delle emozioni, delle sensazioni, al corpo [...] si riducono le resistenze nel considerare nuove idee, perché i messaggi risultano meno minacciosi, non attaccando i problemi. Vengono favoriti mutamenti contestuali creando nuove realtà”* (Restori, 2019) cercando di favorire una rilettura/ridefinizione della situazione problema che sia esteticamente in armonia con la storia della famiglia.

Dopo una breve introduzione teorica, i corsisti verranno invitati a sperimentare gli strumenti su casi clinici proposti dalla docente o dagli allievi stessi.

Bibliografia di riferimento

- Casula C., (2004), *“Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale”*, FrancoAngela
- Montagano S. Pazzagli A., (1989), *“Il genogramma. Teatro di alchimie familiari”*, FrancoAngeli
- Restori A., (2019), *“Anemoni in viaggio. Nuove rotte per una psicoterapia sensibile ai temi della complessità”*, Alpes

“La consapevolezza del sé e dell’emotività dell’operatore”

Antonio Restori

Vengono approfonditi i temi della “Consapevolezza” e della “presenza mentale”, importanti riferimenti che accompagnano la formazione degli operatori delle relazioni di aiuto.

L’attenzione quindi sarà riposta alla relazione terapeutica, alla costruzione dei significati riferiti alla malattia mentale e fisica, all’acquisizione di adeguati livelli di consapevolezza dell’interazione tra mente-corpo-contesto.

Approfondimenti sul sé e le emozioni del terapeuta attraverso esercizi mirati.

“Prospettiva neuroscientifica dell’intersoggettività”

Eduardo Navarrete

La lezione intende introdurre il concetto dell’intersoggettività come capacità di “leggere” la mente degli altri per conoscere i loro sentimenti e la loro volontà. La capacità di cogliere le sensazioni e le intenzioni altrui è condivisa con altri organismi viventi, come i primati, ed è fondamentale per le nostre relazioni sociali. La lezione illustrerà l’intersoggettività con ricerche di diverse discipline scientifiche, tali come la psicologia sociale, la psicologia cognitiva e la neuroscienza cognitiva.

Bibliografia di riferimento:

- Di Giovanni, P. (2007). “Psicologia della comunicazione”. Bologna, Zanichelli
- Morganti, F., Carassa, A., e Riva, R. (2010). “Intersoggettività e interazione. Un dialogo fra scienze cognitive, scienze sociali e neuroscienze”. Torino, Bollati Boringhieri.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). “So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio”. Milano, R. Cortina.

“Multisensorialità”

Nicola Bruno

Introduzione alla prospettiva sistemica nella psicologia e nelle neuroscienze cognitive, con particolare attenzione alle due funzioni che hanno un ruolo fondamentale nella costruzione del sè: la percezione del proprio corpo e la memoria autobiografica. Fondamenti teorici della Gestaltpsychologie, dell’approccio ecologico di Gibson, della teoria contemporanea della embodied cognition, e del concetto di sistemi di memoria. La lezione prevede la discussione di estratti dalla letteratura che verranno forniti in anticipo dal docente e una serie di esperienze pratiche e dimostrazioni relative ai concetti oggetto della discussione.

Bibliografia di riferimento

- Bruno, N. & Pavani, F. (2018). *Perception: A multisensory perspective*. Oxford University press.
- Gibson, J.J. (1966) *The senses considered as perceptual systems*. Houghton-Mifflin.
- Guenther, R.K. (2012). Memory. In D. J. Levitin, *Foundations of Cognitive Psychology - Core Readings*. MIT press. pp. 399-413.
- Köhler, W. (1947). *Gestalt Psychology*. Liveright publishing corp. (trad. it. *La psicologia della Gestalt*, IV ed Feltrinelli 1977).

MODULO II

“Neurosistemica”

Christian Bellio, Jean Marc Destailats e Laurent Wiart

Nel secondo modulo, di due giornate, gli allievi si confronteranno con l'esperienza del Centre Hospitalier Universitaire (CHU) di Bordeaux (Francia), pioniere dell'approccio neurosistemico nella riabilitazione neurologica.

MODULO III

“Esiti cognitivo-comportamentali e motori delle gravi cerebrolesioni acquisite”

Antonio De Tanti

Per “Grave Cerebrolesione Acquisita” (GCA) s’intende un danno cerebrale che può insorgere in qualunque momento nel corso della vita, connesso ad un singolo evento patologico di natura non congenita né perinatale né degenerativa; può essere di origine vascolare, traumatica, anossica, infettiva, tossico-metabolica, neoplastica ed è tale da determinare una condizione severa di coma ($GCS \leq 8$) di durata non inferiore alle 24h.

Una condizione patologica di questa natura è destinata, nella maggior parte dei casi, a determinare condizioni patologiche complesse in cui coesistono menomazioni sensorie, cognitive e comportamentali, tali da determinare disabilità grave, protratta e non completamente rimediabile.

La lezione si propone di prendere in esame come costruire un progetto riabilitativo che accompagni il paziente lungo le diverse fasi del suo protratto percorso di cura, partendo dalla transizione tra Reparto per acuti e Riabilitazione intensiva fino ad arrivare alla fase di restituzione al suo ambiente naturale di vita.

In particolare verranno approfonditi, in una logica di approccio interprofessionale integrato da parte del team riabilitativo, il disordine di coscienza, la stretta relazione tra riabilitazione sensori-motoria e cognitivo-comportamentale, l’utilizzo di programmi riabilitativi ecologici personalizzati in setting di terapia occupazionale.

Bibliografia di riferimento

- De Tanti A, Zampolini M, Pregno S; CC3 Group. “Recommendations for clinical practice and research in severe brain injury in intensive rehabilitation: the Italian Consensus Conference”. Eur J Phys Rehabil Med. 2015 Feb;51(1):89-103. Epub 2014 Sep 3. Review
- Errante A, Saviola D, Fasano F, Basagni B, Alinovi S, Bosetti S, Chiari M, Minardi R, Pinardi C, Crisi G, Fogassi L, De Tanti A. “Application of an Intensive Rehabilitation Program After Very Late Recovery of Consciousness: A Single-Case Neurorehabilitation and Neuroimaging Study”. J Cent Nerv Syst Dis. 2019 Apr 18;11:1179573519843492.
- Saviola D. e De Tanti A. (2010) “Trauma Cranico e Terapia Occupazionale”. Ed Franco Angeli
- De Tanti A., Matozzo F. e Saviola D (2012), “Dolore e Trauma Cranico”. Ed Franco Angeli

“Ipotesi dell’equipe sul significato della diagnosi”

Benedetta Basagni

Partendo dalla leggenda dei ciechi e dell’elefante, sarà discusso quanto avviene quando si incontrano le diverse prospettive su uno stesso oggetto di osservazione. Ogni operatore “legge” il paziente con le proprie lenti, costruite sulla base della propria storia di vita personale, sulle proprie conoscenze ed esperienze. Lo stesso sintomo clinico assume quindi tanti significati diversi all’interno dell’equipe, fino talvolta ad arrivare a situazioni di franco conflitto tra gli operatori rispetto alla “verità” della propria ipotesi. Una dinamica analoga si può presentare tra i diversi familiari del paziente: la stessa problematica del congiunto, assume significati diversi per ogni soggetto del sistema. Il paziente, parte osservata all’interno di questo sistema osservante, reagisce alle aspettative e alle premesse degli altri, modulando il proprio comportamento in relazione al contesto nel quale è inserito.

In questa lezione l’obiettivo, perseguito anche grazie alla discussione congiunta di casi clinici, sarà quello di riflettere su come imparare a spostare la prospettiva, per cogliere quella dell’altro, e su come di questa arricchirsi anziché arrivare a confliggere, rinforzando l’idea che non esista una sola verità.

**“Formulazione del progetto riabilitativo in ottica sistemica:
dall’interdisciplinarietà alla transdisciplinarietà”**

Benedetta Basagni

Il progetto riabilitativo multidisciplinare deve tenere conto di una lettura e interpretazione dei sintomi, all’interno del complesso sistema paziente-familiari-operatori. Le diverse figure professionali si trovano ad interagire per un obiettivo comune: non solo discipline che interagiscono (interdisciplinarietà), ma operatori che portano le conoscenze “oltre” i confini del proprio sapere (transdisciplinarietà). In questa ottica, anche il familiare porta ugualmente il suo “sapere” sul paziente, che deve trovare un modo per integrarsi serenamente all’interno del lavoro di equipe.

Partendo da casi clinici proposti dal docente e dagli allievi, saranno presentati esempi di efficace e non efficace definizione e attuazione di progetti riabilitativi, riflettendo inoltre sulle problematiche che emergono, ogni qualvolta lavoriamo “insieme” ad altri saperi.

“Dal concetto di menomazione all'integrazione di tutti gli elementi che influiscono sugli outcome riabilitativi”

Paolo Boldrini

La Medicina Riabilitativa tiene conto dei fattori biologici che caratterizzano la medicina clinica, ma anche dei fattori psicologici e sociali che influenzano la condizione di salute/malattia.

Questo approccio viene in genere definito “bio-psico-sociale”, ed è alla base di modelli che sono stati proposti in riabilitazione già dagli inizi degli anni '90, nonché della più recente classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), diffusa dall'OMS nel 2001.

L'ICF è basata sulla integrazione fra il modello medico di disabilità, intesa come problema della persona causato da una condizione di salute e che necessita interventi individuali diretti, e il modello sociale, in cui la disabilità è un problema creato dall'ambiente sociale, ponendo quindi la anche necessità di interventi sui fattori ambientali.

Nel campo delle condizioni di salute ad andamento cronico e disabilitante, un altro modello di riferimento per le attività riabilitative è il Chronic Care Model (CCM) proposto da Wagner e coll.

Altro modello proposto più di recente è il modello “sindemico”, o biosociale, sviluppatosi prevalentemente in ambito di epidemiologia e di “public health”, in cui peraltro non è contemplata la dimensione psicologica.

Questi modelli si caratterizzano per la loro impronta “sistemica” in senso lato, intesa come una prospettiva attenta alla reciproca relazione ed interazione fra i molteplici fattori che concorrono al quadro clinico funzionale di una determinata condizione patologica. Tale prospettiva ha aspetti di contiguità con la cornice concettuale che viene proposta in questo Corso.

Verranno pertanto illustrati, anche con l'uso di esempi tratti da situazioni concrete, le diverse componenti che vengono considerate in questi modelli, con particolare attenzione al modello ICF, che è ormai ampiamente diffuso sia in ambito riabilitativo che in altri settori sanitari e sociali. Si illustrerà come tale modello possa utilmente integrarsi nel quadro dell'approccio sistemico proposto dal Corso. Questa integrazione appare di particolare utilità nella presa in carico delle patologie disabilitanti di origine neurologica, proprio per la numerosità e la complessità delle interazioni fra il “sistema paziente-famiglia” ed il “sistema delle cure”, secondo la visione proposta da Wade.

“Comunicazione istituzione-paziente-famiglia”

Enrico Montanari

Esistono due mondi, quello del professionista e quello dell'altro, che sono portati a non essere tra loro conosciuti. Pensare sistemico significa pensare complesso, temporalizzare, contestualizzare, fare ipotesi anziché offrire interpretazioni. Pertanto la comunicazione deve costruire ponti che colleghino i due mondi.

Il riabilitatore, inoltre, in quanto professionista, ha il compito di esplorare con cautela il mondo del paziente, valutandone di volta in volta aspetti che traccino una struttura da aggiornare. Anche se l'altro è un "paziente", il suo mondo non si identifica per intero nel sintomo, nel disagio, nella malattia.

Il problema è che, sebbene il tecnico disponga di strumenti tecnici per indagare questi elementi, davanti alla complessità di quel mondo si ritrova spesso sprovvisto; di qui la tentazione di circoscrivere rigidamente il proprio intervento agli aspetti clinici, ai sintomi, ai processi diagnostici e terapeutici. Un atteggiamento questo facilitato dal fatto che questi aspetti una volta che percepiti e descritti come tali non appartengono più al paziente, ma diventano di competenza del riabilitatore che spesso si sofferma solo su di essi senza costruire un rapporto complesso.

Il problema è che partendo dai sintomi-aspetti clinici non si può comunicare: una relazione terapeutica non può venire costruita che tra persone e ogni relazione è una struttura costruita insieme e condivisa

“Comunicazione della prognosi e gestione del conflitto”

Sara Salizzato

La lesione cerebrale acquisita è spesso associata a cambiamenti nel funzionamento cognitivo e comportamentale con conseguenze affettivo-relazionali nel sistema familiare. I familiari di persone con grave cerebrolesione (GCA) si trovano a vivere una condizione di *lutto parziale* (Mazzucchi, 1997). Si tratta di un lutto vissuto in modo incostante che porta il familiare a una fluttuazione dolorosa tra speranza e perdita di speranza. Un certo numero di ricercatori ha documentato l'impatto della GCA sulle famiglie. Sono stati segnalati alti tassi di disturbo psicologico, in particolare depressione e ansia. Il funzionamento della famiglia è spesso interrotto come indicato dalle carenze nelle capacità di risoluzione dei problemi, di coping e di comunicazione (Carnes et al, 2005). Una varietà di studi si sono focalizzati sull'analisi dei bisogni specifici dei caregivers nel seguire le persone con lesione cerebrale acquisita. I bisogni maggiormente sentiti nelle prime fasi della riabilitazione fanno riferimento al bisogno di ricevere informazioni realistiche, chiare e regolari che riguardano lo stato attuale, la prognosi e il trattamento, (J. S. Kreutzer et al. 1994). Si tratta di un bisogno ritenuto dai familiari particolarmente importante ma che è spesso sentito come il meno spesso incontrato (S.A. Kolakowsky-Hayner et al., 2001). Diventa così fondamentale per il team riabilitativo giungere ad una comunicazione della diagnosi e della prognosi in un'ottica sistemica ed evolutiva. Ciò significa tenere conto delle diverse fasi del recupero della coscienza della persona con GCA, fornendo informazioni coerenti e attendibili, cercando di superare l'ambiguità della malattia, favorendo l'interpretazione dei sintomi, tenendo conto del punto di vista della famiglia e del paziente, per permettere loro di superare “la paralisi sul presente” che denota l'interruzione e l'impossibilità di pensare ad eventuali progetti. La comunicazione della prognosi, in quest'ottica, diventa il punto di partenza per “ricreare un movimento” e giungere, gradualmente, ad una nuova riformulazione di progetti di vita familiari e personali. Attraverso questa modalità, il familiare, spesso riesce a superare la rabbia, si riducono i possibili conflitti con il team riabilitativo e la famiglia, insieme al paziente, giunge ad una maggiore accettazione della nuova condizione. Verranno infine presentate alcune strategie generali sulla modalità di comunicazione della prognosi (Baile, Buckman e coll. 2000).

Bibliografia di riferimento

- Andolfi M., D'Elia A. (2007) "Le perdite e le risorse della famiglia", Raffaello Cortina
- Gan C. et al. (2010) "Family caregivers' support needs after brain injury: a synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers";
- Kolakowsky-Hayner S.A. et al. (2001), "Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury";
- Kreutzer J. S. et al. (1994) "Primary caregivers psychological status and family functioning after traumatic brain injury";
- Lefebvre H. et al. (2005) "The experiences of individuals with a traumatic brain injury, families, physicians and health professionals regarding care provided throughout the continuum";
- Murray H.M. et al. (2006) "Assessment of family needs following acquired brain injury in Saskatchewan";

“Il carico del dolore da parte degli operatori, consapevolezza del sé ed esperienze di burnout”

Lisa Galli

L’obiettivo della lezione è il riconoscimento di quei fattori di stress che possono condurre, se non riconosciuti, al burnout (livello Cognitivo/Emotivo, Comportamentale e Fisico).

La finalità della riflessione è di potenziarne la prevenzione, ovvero permettere ai partecipanti d’acquisire gli strumenti di riconoscimento dei fattori stressanti che, all’interno di un Percorso di Cura, se non vengono riconosciuti, favoriscono il burnout.

La lezione sarà suddivisa in due parti. Nella prima si lavorerà con un’esercitazione in gruppo che permetterà ai singoli partecipanti d’individuare le loro particolarità, in riferimento al riconoscimento dei livelli Cognitivo/Emotivo, Comportamentale e Fisico.

Nella seconda si chiederà ad un partecipante di parlare della situazione che ha identificato e si suddividerà l’aula in chi racconta la situazione clinica e in chi supervisiona.