

Le competenze specifiche in psicoterapia

Federazione Italiana Associazioni di Psicoterapia (F.I.A.P.)

Documento elaborato dall'Area Integrativa*

***Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia - AIIP**

(attualmente, come noto, AIIP è l'unica Associazione presente nell'area)

Rappresentante di area: prof. Ezio Menoni

Autori: Eutizio Egiziano, Kitergiata Iannelli, Ezio Menoni

Gruppo di lavoro: Maya Bacci, Lucio Biagi, Claudia Bonari, Giovanni Bonelli, Eutizio Egiziano, Kitergiata Iannelli, Giulia Lotti, Ezio Menoni, Linda Pecchioli, Ramon Pernia, Alessandro Ridolfi, Maria Novella Rodi, Elisa Romolini, Chiara Sighel.

Introduzione

L'area di studi afferente all'integrazione in psicoterapia fa riferimento storicamente a 4 modelli di base (Norcross & Goldfried, 1992; Stricker & Gold, 2006):

1. integrazione per fattori comuni;
2. integrazione eclettica;
3. integrazione assimilativa;
4. integrazione teorica.

In anni recenti sono comparsi nuovi studi che propongono un ulteriore modello nell'area dell'integrazione denominato come psicoterapia unificata (Henriques, 2003).

L'Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia (AIIP) si riferisce ad un paradigma di integrazione teorica in psicoterapia la cui base epistemologica è il principio della consilienza (Damasio, et al., 2001; Wilson, 1998). Essa riguarda il dialogo e il confronto interdisciplinari fra aree scientifiche sul tema dei processi "normali" e "patologici" del sistema psichesoma (Menoni, Iannelli, & Egiziano, 2011). Psicobiologia e psicopatologia dello sviluppo, neuroscienze, clinica psicoterapeutica dei traumi, teorie dei sistemi complessi adattivi, fenomenologia sono alcune di queste discipline.

Nel nostro modello la psicoterapia è parte delle scienze della vita ed è intesa come una globalità di processi evolutivi-adattivi volti alla costruzione di complessità.

Il modello di integrazione teorica si differenzia nettamente da quelli eclettici, assai diffusi, che assommano parti di costrutti clinici diversi e assemblano tecniche sulla base di assunti di *outcome*. Esso si distingue anche dalla definizione presente in ambito internazionale del termine integrazione teorica

perché ancora attualmente è centrata sulla combinazione di due o più modelli psicoterapeutici e delle relative tecniche senza riferimenti ad elementi di vera evoluzione epistemologica consiliente.

In questa prospettiva le **competenze** costituiscono un sistema complesso in evoluzione sia per il singolo che per la comunità professionale. Esse corrispondono alla massa critica delle risorse che la persona terapeuta può mettere in campo, guidata dai processi di coscienza consapevole, a fronte anche dei propri limiti.

Premessa epistemologica-metodologica

Il sistema psichesoma ha caratteristiche di globalità e di unicità tipiche dei sistemi complessi adattivi. Esso si costruisce in maniera evolutiva-adattiva sulla base di proprietà autopoietiche emergenti dalle relazioni del sistema con se stesso e con l'ambiente fisico e sociale.

In quanto sistema complesso è capace di attivare intenzionalità, come movimento a futuro di ricerca di conferme ad aspettative, di costruire nuove configurazioni morfo-funzionali, di operare processi di inferenza e di accorgersi degli errori e di correggerli.

Queste competenze nel loro insieme costituiscono il nucleo dinamico fenomenologico dei “processi di vita”. Esso corrisponde ad un *range* molto ampio di processi di adattamento-evoluzione, di crisi, di riparazione, di ricostruzione e di trasformazione che fanno parte delle sequenze storiche evolutive-adattive della vita. Autoconoscenza, autodeterminazione e autoriparazione ne sono caratteristiche essenziali.

Le conoscenze scientifiche derivanti da studi e ricerche sui “processi di vita” costituiscono il razionale della clinica terapeutica secondo il modello di integrazione teorica in psicoterapia.

a) Area delle conoscenze interdisciplinari dei processi evolutivi-adattivi

1. **La ricerca sul sistema psichesoma è analoga a quella interdisciplinare sulla “stessa cosa globale”** (Feynman, 1965).

Il sistema psichesoma, in quanto sistema adattivo complesso, è caratterizzato essenzialmente da una configurazione globale integrativa. Questa configurazione è costituita da sistemi di natura neurobiologica percettivi-motori-affettivi-cognitivi interrelati con diversi gradi di libertà e di complessità, con caratteristiche gerarchiche, frattaliche e *nested* tipiche dei sistemi viventi (Abraham, 2014, 2015; Goertzel, 1997, 1998). Tale sistema è organico alla vita nei suoi continui scambi adattivi di energia e informazioni con l'ambiente e quindi può essere compreso come un sistema adattivo complesso che “guida” i viventi nella ricerca continua di risorse per la sopravvivenza e l'evoluzione.

2. Coscienza

Le configurazioni di coscienza sono co-presenti come sistemi funzionali complessi organizzati da processi di integrazione-segregazione (Edelman & Tononi, 2000; Tononi, 2008). Essi concorrono, collaborano, si riconoscono fra di loro e competono con specifici ritmi neurofisiologici per cui determinano una coerenza e una stabilizzazione relativamente continue (Annala, 2016; Baars, 2005; Fingerlurst, Fingerlurst, & Neves, 2013). La ricchezza della connessività fra grandi aree percettive-affettive-cognitive (Feinberg, 2011) con una loro continuità sincronica e diacronica consente la costruzione di complessità e quindi di evolutività-adattamento del sistema psichesoma. Fenomenologicamente questi processi sono stati qualificati come *stream of consciousness* (James, 1890).

3. *Resting state networks*

Con questa dizione è indicata una configurazione globale integrativa di reti neurali costituita da un insieme di sistemi funzionali e strutturali continuamente attivi e mutevoli nelle loro relazioni. Le evidenze di ricerca provano che non ci sono delle reti predeterminate e immutabili dal momento che esse sono continuamente riorganizzate per l'influenza della loro storia (Tognoli & Kelso, 2014).

Ricerche recenti di neuroscienze indicano una serie di reti neurali: modalità *Default*, Salienza Affettiva, Attenzione/Orientamento, Controllo Esecutivo, Sistema Visivo, Sistema Uditivo (Bullmore & Sporns, 2009; Sporns, 2011). Anche se ha avuto successo nella comunità scientifica ed è invalso nell'uso comune il termine *resting*, nella realtà non esiste mai un sistema "a riposo" nella connettività cerebrale (Deco, Kringelbach, Jirsa, & Ritter, 2017).

Il funzionamento integrato dei sistemi *resting* consente la costruzione, istante per istante, di stati-spazio di coscienza la cui globalità è prevalentemente nonconscia (Feinberg, 2011).

4. Multistabilità e Metastabilità.

Ricerche recenti delle neuroscienze cliniche presentano risultati di valore euristico per la clinica terapeutica. In particolare, sono state identificate due configurazioni prevalenti dei "processi di vita" relativi a reti neurali che si interconnettono con una prevalenza relativa.

La prima configurazione è costituita dai processi di multistabilità che corrispondono ad un sistema globale caratterizzato da una coerenza di natura essenzialmente affettiva e valoriale (Edelman, 2006), legata a sistemi motivazionali di sopravvivenza, con dei cluster di attrattori che concorrono/competono nello spazio-tempo e che si autoriproducono. Esiste un fortissimo *constraint* inerente gli affetti primari con catene di condizionamenti classici ed operanti molto sensibili anche a stimoli esterni.

La seconda, metastabilità, rappresenta un livello evolutivo-evoluzionistico di maggiore complessità con la possibilità di coesistenza di più configurazioni anche affettivamente dissonanti che emergono dalle proprietà intrinseche del sistema e non come risposte a stimoli ambientali. Questo modello di

complessità corrisponde a gradi di libertà sufficienti per ammettere copresenze e antinomie di configurazioni con codici e valenze diverse.

La costruzione di complessità cioè di reti di evolutività-adattamento è possibile a condizione che ci siano più configurazioni copresenti.

Le dinamiche stabili e metastabili appartengono al repertorio di base del comportamento umano (Tognoli & Kelso, 2014)

5. **“Orlo del caos”**: bilancia fra integrazione e segregazione

Il cervello realizza la propria complessità con processi che si svolgono tra ordine e caos in una zona in cui possano coesistere le tendenze all'integrazione e alla segregazione (Tognoli & Kelso, 2014). Questa area ottimale di adattività-evolutività è stata qualificata come “orlo del caos” (Langton, 1990). Il principio di complementarità (Egstrom & Kelso, 2008; Kelso & Tognoli, 2007) cioè dalla coesistenza inscindibile di configurazioni anche antinomiche (Hellyer, 2015; Vasa et al., 2015) è ritenuto alla base dei “processi di vita”. A queste condizioni è possibile il fenomeno dell'emergenza di proprietà funzionali nuove. Ne consegue che l'assetto di un sistema persona non è mai dato ma è continuamente in bilico fra crisi e crescita di complessità.

6. **Principio della *free energy***

Le ricerche sull'energia libera sono esempi di studi consilienti fra matematica, fisica e neuroscienze.

I risultati concordano nell'indicare che i sistemi aperti operano per tenere bassa la “sorpresa” e l'incertezza e pertanto consumano l'energia libera nella costruzione di strutture nuove ordinate e funzionali (Friston, 2010).

A fronte di un ambiente continuamente mutevole i sistemi adattivi complessi, guidati dall'intenzionalità di sopravvivenza, costruiscono previsioni per i migliori adattamenti possibili.

In questo contesto teorico le emozioni sono un esempio di come il sistema psichosoma costruisce ipotesi evolutive-adattive orientate al futuro in base agli apprendimenti filogenetici e ontogenetici (Freeman, 2005).

Il sistema psichosoma va in crisi quando non ha una massa critica di memorie di aspettative e azioni confermate per cui “disperatamente” cerca di stabilizzarsi (Peled, 2008).

Gli eventi “traumatici” si qualificano come situazioni di grave minaccia alla coerenza sistemica determinati da processi di sconfirma, imprevedibilità e “improvvisità”, rispetto ai quali non ci sono risorse, anche temporali, per costruire previsioni e azioni adattive. In queste condizioni, il sistema psichosoma costruisce, comunque, configurazioni adattive a bassa complessità basate su pochi attrattori rigidi, “negativi” e non proattivi caratterizzati da processi di blocco/evitamento/dissociazione volti alla sopravvivenza, con esiti anche paradossali.

Situazioni di grave squilibrio tra i processi che “portano vita” e i processi che “portano via vita” (Panksepp, 2005) sono correlate con esperienze di solitudine, di non avere vie d’uscita, di *helplessness* e *hopelessness*. Per bilanciare questi processi è necessaria la costruzione di risorse (Carhart-Harris & Friston, 2010) in termini di processi di sicurezza e di stabilizzazione di più alto livello.

b) Area delle conoscenze cliniche

1. I processi di evolutività-adattamento sono funzione dei gradi di libertà del sistema psichesoma, vale a dire delle caratteristiche di rigidità vs flessibilità della sua organizzazione.
2. I processi di evolutività-adattamento sono analoghi a livello individuale, duale, di gruppo e sociale-collettivo.
3. I processi di evolutività-adattamento sono dipendenti dalle condizioni iniziali.
4. La patofisiologia delle crisi è correlata, secondo modalità *nested*, con processi di perdita-mancanza non bilanciati dalle risorse del sistema che coinvolgono a cascata processi di pericolo e di pericolo mortale (“depressivo”, “ansioso”, “dissociativo”) nella ricerca “disperata” di zone di conforto e di recupero di stabilizzazioni al passato.
5. La terapeuticità è promozione e riconoscimento dell’emergere di configurazioni di risorse capaci di bilanciare le mancanze.
6. Validazione è definita come l’accorgersi e l’accettare della realtà fenomenica affettiva e di significato di se e dell’altro e costituisce un processo rilevante di stabilizzazione.
7. Sistema a modalità *default* (Raichle, et al., 2001; Raichle & Snyder, 2007).
8. Legge della varietà necessaria (Ashby, 1956).
9. Sistemi funzionali del sé: *agency*, *mineness*, *ownership* (Northoff, et al., 2006; Vogeley et al., 1999).
10. Il maggior fattore di rischio evolutivo è la percezione di essere soli insieme a quella di non avere via d’uscita, di essere coinvolti in “giochi imbrogliati” e di trovarsi in circostanze avverse, impreviste e improvvisate.
11. I processi terapeutici procedono con andamenti non lineari quindi sono essenzialmente non prevedibili.
12. Principi scientifici e valoriali (Menoni et al., 2011).
13. La “psicopatologia” corrisponde ad un *range* dimensionale di configurazioni a bassa complessità comunque attivate in ragione delle connessioni di reti di salienza, di *default* e di *executive* in particolare, secondo un’organizzazione *nested*.
14. Il sistema procede per confronti, integrazioni e differenziazioni. Le narrazioni in I-II-III persona operano per integrazioni ma anche per dissociazioni funzionali.
15. La terapeuticità opera sulla base dei processi di evolutività-adattamento-ricerca e coinvolge i sistemi di base di natura percettiva-motoria, affettiva e cognitiva con una connettività globale.

16. La terapia è possibilità di coevoluzione per la persona terapeuta e la persona “paziente” ciascuno lungo le sue traiettorie evolutive-adattive uniche.
17. Dia-gnosis e terapeuticità sono funzione delle connessioni incrociate fra sistemi affettivi e sistemi del sé.

Competenze specifiche

Dominio 1. Autonomia e responsabilità nella pratica professionale

Le azioni nominate in questo Dominio riguardano le competenze relative ai processi di validazione, autosostegno ed evoluzione della persona terapeuta come persona che vive il lavoro psicoterapeutico come parte integrante della propria vita. Essi costituiscono le basi per il lavoro proattivo e prosociale.

1.1 Impostare una pratica professionale

- 1.1.1 Avviare una pratica professionale indipendente o diventare un membro di un team professionale
- 1.1.2 Lavorare secondo gli standard professionali vigenti e condivisi
- 1.1.3 Registrare le informazioni adeguatamente
- 1.1.4 Collaborare con altri professionisti
- 1.1.5 Riconoscere il disagio all'interno del proprio contesto professionale
- 1.1.6 Monitorare, valutare e rivedere il carico di lavoro
- 1.1.7. Mantenere il proprio benessere lavorativo

1.2 Predisporre un ambiente adeguato

- 1.2.1 Garantire un contesto professionale adeguato in tema di sicurezza
- 1.2.2 Offrire uno spazio psicoterapeutico adeguato
- 1.2.3 Stabilire accordi chiari

1.3 Impegnarsi per assicurare una prestazione professionale di qualità

- 1.3.1 Valutare periodicamente la propria pratica professionale
- 1.3.2 Revisionare la propria pratica professionale

1.4 Sostenere lo sviluppo professionale

- 1.4.1 Sostenere un'adeguata Formazione professionale continua (FPC)
- 1.4.2 Aspetti della pratica professionale
- 1.4.3 Riflettere su di sé e sul proprio lavoro professionale
- 1.4.4 Integrare le nuove conoscenze della ricerca

- *Aggiornarsi sulle conoscenze interdisciplinari relative ai processi di salute e di crisi sia a livello individuale che sociale*

1.5 Sostenere lo sviluppo personale

- 1.5.1 Sviluppare delle qualità personali che sostengono una buona pratica professionale
 - *Essere motivato, aperto a nuove conoscenze riguardo al campo di studi dei "processi di vita" anche in senso bio-socio-ecologico*
- 1.5.2 Impegnarsi in un adeguato auto-sviluppo

- *Essere motivato allo sviluppo personale secondo il principio della coevoluzione per cui la crescita di complessità come persona e come lavoratore parallela quella esistenziale e clinica delle persone “pazienti”*

Dominio 2. La relazione terapeutica

Le azioni nominate in questo Dominio sono interconnesse con la resilienza e la proattività e, quindi, la complessità del sistema persona terapeuta. Non c'è un modello predeterminato di comportamento in quanto la relazionalità e l'esperienzialità terapeutiche sono funzioni emergenti, fundamentalmente non prevedibili, dell'incontro di due sistemi adattivi complessi ciascuno con caratteri di unicità. In particolare, non sono previsti schemi di comportamenti clinici in relazione alle caratteristiche “psicopatologiche” delle persone “pazienti”.

2.1 Instaurare una relazione psicoterapeutica

2.1.1 Comunicare in modo chiaro

2.1.2 Definire il ruolo dello psicoterapeuta

- *Capacità di attribuire un valore centrale paritario alla persona “paziente” e quindi realizzare il proprio ruolo come co-protagonista*
- *Disporre di una capacità di stabilizzazione affettiva e identitaria tale per cui non ha bisogno personali di porsi su un piano “superiore” rispetto alla persona “paziente”*

2.1.3 Individuare e operare in vista di scopi e obiettivi concordati e realizzabili

2.1.4 Concordare le responsabilità

2.1.5 Considerare la situazione da diverse prospettive pertinenti

2.1.6 Esprimere empatia e comprensione

- *Disporre di gradi di libertà, cioè di controllo, nell'esprimere vissuti affettivi alla persona “paziente”*
- *Condividere profondamente vissuti di crisi, di stabilizzazione e di miglioramento*
- *Accorgersi delle valenze affettive dei propri processi di giudizio e pregiudizio sulla persona “paziente” e sui significati interconnessi*

2.1.7 Assumere una presenza psicoterapeutica

- *Essere solidamente motivato e coerente con i principi scientifici e valoriali del proprio modello per cui l'identità della persona “paziente” è quella di un umano in evoluzione e non quella di un “caso clinico”.*
- *Essere motivato ed aperto a imparare dalla persona “paziente”*
- *Essere interessato e motivato dall'unicità della narrativa della persona “paziente”*
- *Accertarsi e verificare la propria disponibilità di uno “spazio di esistere insieme” alla persona “paziente” prima e durante l'incontro terapeutico*

- *Verificare di disporre di capacità di resilienza, cioè di complessità, a fronte di circostanze relazionali di conflitto e di sconfirma che possono accadere nell'esperienza terapeutica*
- *Essere motivato e solidamente convinto ad attuare un "buono scambio" di emozioni, simboli e narrazioni, con equità e rispetto*
- *Ricerca una modalità condivisa di sintonizzazione-sincronizzazione con la persona "paziente"*

2.2 Condurre e sostenere una relazione psicoterapeutica

2.2.1 Sostenere la relazione psicoterapeutica

- *Cercare e costruire le condizioni per l'autorganizzazione, cioè uno spazio condiviso di sicurezza, di autonomia personale e di interconnessione tra la persona "paziente" e la persona terapeuta. Questo è possibile a condizione di bassa attivazione di processi esecutivi, cioè di condizionamenti di "dover fare" e "dover essere" e "dover far fare"*
- *Essere saldamente motivato dalle conoscenze scientifiche e valoriali a non condurre, non guidare, non fare al posto dell'altro*

2.2.2. Saper essere presenti in modo non direttivo

- *Maturare un'identità di persona in evoluzione con una complessità libero dal bisogno di essere guida per la persona "paziente"*
- *Essere stabilmente fondato sui principi di autorganizzazione e autoriparazione del sistema umano per cui la persona terapeuta è maggiormente interessata all'emergere spontaneo delle narrazioni e dei relativi significati personali e delle risorse di (ri)adattamento piuttosto che agli apprendimenti per condizionamento operante tramite compiti o esercizi*

2.2.3 Essere consapevoli di sé all'interno della relazione

- *Verificare il proprio desiderio di caring encounter*
- *Verificare le proprie capacità cliniche e di resilienza rispetto ai temi presentati, secondo il principio della legge di Ashby*
- *Essere consapevole dello scorrere dei propri processi di esperienzialità, affettività e motivazione*
- *Ricerca elementi di risorse con affettività positive in sé e nella persona "paziente" anche a fronte di evidenze co-presenti di carenze e di blocchi*
- *Essere capace di consapevolezza e di stabilizzazione delle proprie salienze affettive su temi di alta rilevanza personale in modo da non prendere spazi di coscienza all'altro secondo proprie priorità*
- *Essere motivato e sostenuto dal principio di competenza proprio e della persona "paziente" in quanto sistemi autonomi e cooperanti*
- *Cercare e riconoscere le proprie risorse di autonomia rispetto alle configurazioni negative dell'altro*

2.2.4 Comunicare in modo adeguato

- *Tradurre i linguaggi di natura affettiva e semantica in modo congruente con sé e coerente con l'altro*

2.2.5 Valutare la relazione psicoterapeutica

- *Porre attenzione allo scorrere delle configurazioni di coscienza proprie e della persona in termini di prima, seconda e terza persona*
- *Verificare l'emergere di sequenze e configurazioni multistabili/metastabili e le possibilità di stabilizzazione*
- *Accertarsi di poter essere per l'altro una presenza validante e, quindi, diversa dalle contingenze solite*

2.2.6 Gestire il processo del cambiamento

- *Saper costruire sicurezza ed esperienzialità proattiva con la persona "paziente" per affrontare e sostenere le instabilità critiche*

2.2.7 Gestire il contatto al di fuori della seduta

2.2.8 Saper gestire sospensioni e vacanze in modo appropriato

2.3 Saper gestire le difficoltà della relazione psicoterapeutica

2.3.1 Riconoscere le difficoltà

- *Possedere "sufficiente" sicurezza per riconoscere e tollerare evidenze di crisi*
- *Possedere "sufficiente" sicurezza, resilienza, coerenza e congruenza per interrogarsi circa una propria "co-responsabilità" e partecipazione nella crisi*
- *Riconoscere una trama di coevoluzione di sé e della persona "paziente"*

2.3.2 Saper gestire le difficoltà

2.4 Concludere una relazione psicoterapeutica

2.4.1 Riconoscere l'approssimarsi della conclusione

2.4.2 Gestire una conclusione improvvisa

2.4.3 Concludere la relazione terapeutica

- *Verificare i propri sistemi motivazionali/affettivi in termini critici, ad es. la propria dipendenza dalla presenza della persona "paziente" e la tendenza ad un uso protratto della terapia*

2.4.4 Documentare l'esito della psicoterapia

Dominio 3. Esplorazione, assessment e diagnosi

Il Dominio 3 descrive le azioni della persona terapeuta, in una prospettiva di complessità clinica, in relazione ai processi di conoscenza che sono interconnessi con quelli di diagnosi e di cambiamento proattivo. Le azioni della persona terapeuta sono parte attiva del procedimento clinico quale insieme integrato che opera con processi di confronto fra elementi rilevanti all'attenzione a costituire una "conoscenza in azione".

Diagnosi e terapeuticità procedono insieme con processi non lineari emergenti con rilevanza clinica in zone di confine tra stabilizzazione e crisi. Le competenze della persona terapeuta sono volte a garantire la possibilità di muoversi in queste zone senza blocchi e senza caos e di avvicinarsi ai loro confini per sé e per la persona "paziente" in una relazione di

partnership clinica. In definitiva, l'insieme dei processi di dia-gnosis e di cambiamento proattivo è inerente alla persona "paziente" come capacità di autoconoscenza-azione, di autocostruzione, di valutazione e validazione dei propri limiti e risorse (poter sapere, accettare, scegliere, ripararsi, evolvere), diversamente dal ruolo tradizionalmente riservato al potere professionale. Pertanto è la persona "paziente" la protagonista dei processi di autovalutazione, autoconsapevolezza, autoriparazione e cambiamento.

3.1 Effettuare un *assessment*

3.1.1 Utilizzare strumenti per l'*assessment*

- *Conoscere i sistemi di acculturazione professionale clinico-diagnostica consueti che fanno parte delle conoscenze in uso nelle comunità professionali (per esempio nella comunicazione fra colleghi), e conservare un'autonomia intellettuale e clinica*
- *Il terapeuta conosce la nosografia dei processi critici della persona "paziente" e, con un'autonomia epistemologica, è capace di leggere "clanicamente" sia le criticità che le risorse proattive disponibili*

3.1.2 Condurre un colloquio di *assessment*

3.1.3 Effettuare una valutazione del rischio

- *Avere sempre presente la globalità del sistema adattivo complesso psichesoma, nella bilancia funzionale fra risorse e rischi. Per cui la valutazione di rischio è funzione della complessità e non è quindi parcellare*
- *Identificare le sequenze e la natura delle aspettative deluse e i processi di perdita che attivano le crisi*
- *Identificare le configurazioni esterne ed interne di perdita-mancanza-pericolo-pericolo di morte, cioè il range dell'esistere critico del sistema*
- *Avere capacità di previsione e di controllo sulle proprie modalità cliniche in modo da evitare processi di rischio a sé e alla persona*

3.2 Effettuare una valutazione diagnostica

- *Conoscere la natura non lineare dei processi adattivi-evolutivi ed essere consapevole di operare inferenze di relativa probabilità in ragione della complessità del sistema*
- *Riconoscere e accettare il principio per cui una diagnostica con complessità clinica non è possibile in fasi precoci ma è un percorso che si costruisce in un iter relazionale*
- *Essere stabilmente orientato alle conoscenze e alla prassi per cui dia-gnosis riguarda i processi emergenti a certe condizioni e non le categorie*

3.2.1 Riconoscere i problemi di salute

- *Riconoscere che sintomatiche analoghe possono essere espressione di configurazioni cliniche diverse in una prospettiva dimensionale*

3.2.2 Valutare come rispondere al disagio e alle esigenze del paziente/cliente

- *Identificare l'organizzazione adattiva prevalente del sistema persona*
- *Identificare le contingenze delle crisi della persona "paziente", cioè a quali condizioni e con quali configurazioni fenomenologiche essa si destabilizza vs si riorganizza e si autoripara*
- *Essere attento allo scorrere dei processi di coscienza propri e della persona "paziente" con i relativi codici e nelle loro declinazioni di prima-seconda-terza persona.*
- *Validare le narrazioni e promuovere autovalidazione*
- *Accorgersi dello scorrere fenomenologico nella narrazione e nella relazionalità dei processi che "portano vita" vs di quelli che "portano via vita".*
- *Valutare a quali condizioni il sistema complesso perde complessità e diviene rigido nel suo funzionamento e a quali condizioni acquista complessità e diviene proattivo*
- *Valutare il modello di sofferenza del sistema persona "paziente" in termini di perdita di gradi di libertà nelle relazioni fra i sistemi affettivi per cui esso perde la capacità di metastabilità con la prevalenza assoluta di alcuni attrattori*
- *Garantire la propria "presenza" se la persona sceglie di avvicinarsi ulteriormente alle zone critiche*
- *Realizzare, ricostruire e validare il valore adattivo della "patologia"*

3.3 Definire la situazione e formulare una proposta terapeutica

3.3.1 Utilizzare l'esperienza clinica, gli *insight* teorici e metodologici e gli strumenti di valutazione

3.3.2 Rilevare i bisogni del paziente/cliente

3.3.3 Prendere decisioni basate sull'assessment

3.3.4 Concludere la valutazione

- *Essere libero dal bisogno di una diagnostica categoriale precedente la terapia*
- *Essere libero dal bisogno di una diagnostica parcellare*
- *Essere capace di lavorare con processi di prima e seconda persona ed essere libero dal bisogno di avvalersi di strumenti di terza persona*
- *Essere fermamente convinto che una valutazione ha un andamento fasico in un insieme di processi di evoluzione-adattamento non lineari*

Dominio 4. Stipulare il contratto terapeutico (sviluppare obiettivi, piani e strategie)

4.1 Stipulare un contratto con il paziente/cliente

4.1.1 Enuclerare i problemi principali

4.1.2 Individuare obiettivi, piani e strategie adeguati e realizzabili

4.1.3 Valutare la qualità e il livello di motivazione del paziente/cliente

4.1.4 Stabilire la durata della psicoterapia

- *Essere consapevole che la terapia finisce quando il sistema è abbastanza stabilizzato per evolvere verso una funzione prevalente di metastabilità*
- *E' solidamente basato sui principi della complessità clinica e dell'unicità della persona "paziente" come protagonista della vita e della terapia e che, quindi, è competente a scegliere e decidere la durata della terapia*
- *Essere consapevole e solidamente basato sulle conoscenze per cui la natura non lineare dei processi dei sistemi adattivi complessi consente solo previsioni e programmazioni di valore relativo*
- *Essere consapevole che la riduzione di intensità e di frequenza del distress e le sue azioni preventive sono indicatori di un cambiamento proattivo*

4.1.5 Stipulare un contratto

4.1.6 Modulare il contratto

4.1.7 Considerare l'opportunità di un invio

4.2 Pianificare il percorso psicoterapeutico

4.2.1 Utilizzare una pratica efficace e comprovata

4.2.2 Fondare la prassi su una teoria psicoterapeutica

- *Derivare e costruire le proprie azioni terapeutiche dai fondamenti teorici delle scienze della vita*

4.2.3 Scegliere una strategia e una modalità di lavoro psicoterapeutico

- *Essere guidato da comprovate conoscenze scientifiche sulla natura dei sistemi adattivi complessi per cui è necessario acquisire con la persona "paziente" una stabilità sull'"orlo del caos" in modo che la persona "paziente" abbia sempre una percezione di confini rispetto ad aree caotiche di instabilità critica*
- *Essere disponibile a "farsi aiutare" dalle configurazioni uniche della persona "paziente" e non da schemi patternati*
- *Avere una complessità di coscienza e di consapevolezza tali per cui può accompagnare la fenomenologia della persona "paziente" con qualità emergenti di congruenza e di coerenza*

4.2.4 Modulare il piano o la strategia

- *Creare le condizioni di un caring encounter in cui la persona "paziente" è protagonista e quindi declinare il proprio ruolo come persona terapeuta*
- *Rispettare la capacità di scelta della persona "paziente" in relazione a come procedere e a quali temi affrontare*

5. Interventi e strumenti terapeutici

Il Dominio 5 descrive le azioni della persona terapeuta che derivano dai principi di autopoiesi e di autoriparazione del sistema adattivo complesso mente-cervello-corpo. Pertanto il compito del terapeuta è costruire le condizioni per cui questi processi possano accadere. In particolare, garantire sicurezza e rispetto dei confini, seguire il flusso delle narrazioni e accorgersi delle salienze emergenti, ricercare risorse presenti e possibili e utilizzare la relazionalità come spazio di coscienza in cui la persona “paziente” possa “sentirsi al sicuro” sono alcune di queste competenze-azioni. Come essenza del processo psicoterapeutico esse promuovono costruzione di complessità, cioè di nuove possibilità evolutive-adattive a fronte delle crisi.

5.1 Utilizzare tecniche e interventi specifici del proprio modello

- *Costruire le condizioni adatte per i processi di autorganizzazione della persona “paziente”*
- *Utilizzare la relazionalità come spazio di coscienza in cui la persona “paziente” possa sentirsi al sicuro e non sola*
- *Operare a partire dai sistemi disponibili nella persona presenti nei suoi flussi di coscienza relativi alle narrazioni e al sistema psiche-soma.*
- *Scegliere di non decidere per la persona paziente la traccia del lavoro clinico*
- *Accogliere e validare le narrazioni della persona “paziente” in riferimento a emergenze e salienze*
- *Accompagnare la persona “paziente” nel suo percorso esperienziale fra stabilizzazione e crisi istante per istante.*
- *Promuovere insieme alla persona “paziente” la ricerca, l’individuazione, la validazione e l’interconnessione di “zone di conforto” e di sicurezza, in modo da potersi connettere coscientemente con zone critiche possibilmente o certamente destabilizzanti*
- *Avere capacità di muoversi in stati-spazi di coscienza al confine tra sicurezza-pericolo-perdita e rimanere stabilizzato, congruente e coerente*

5.1.1 Stabilire un’alleanza “di lavoro” funzionale

- *Essere motivato ed aver piacere ad incontrare la persona “paziente” con i suoi temi critici*
- *Modulare le proprie salienze affettive e validarsi*
- *Lavorare con modalità che non impegnano la persona “paziente” ad eseguire compiti*
- *Essere capace di connettersi, prestare attenzione e seguire le sequenze emergenti della persona “paziente” e insieme esplorarle e validarle nella prospettiva di costruire le condizioni per l’emergenza di una connessività default, piuttosto che proporre temi-compiti clinici da svolgere e risolvere che sono per consuetudine clinica più controllabile.*
- *Essere interessato a sapere dalla persona “paziente” le sue modalità di costruzione di significati e non da modelli teorici precostituiti*

- *Essere a proprio agio con il principio per cui, come terapeuta, “ne sai sempre meno del tuo paziente”*
- *Seguire e accompagnare lo scorrere dei processi della persona secondo i suoi ritmi senza introdurre compiti comportamentali che non appartengono al momento all'intenzionalità del suo sistema*
- *Procedere lentamente con un ritmo di lavoro relazionale basato sui ritmi della persona*
- *Costruire le condizioni per l'auto-validazione della persona “paziente” in termini di approvazione e accettazione di configurazioni di coscienza possibili*

5.1.2 Individuare quali interventi e strumenti siano più adatti

5.1.3 Individuare quali interventi e strumenti di interazione siano più adatti

5.1.4 Monitorare e gestire il processo del cambiamento

5.1.5 Saper gestire le difficoltà

5.2 Trattare il contenuto emotivo delle sedute

5.2.1 Facilitare l'elaborazione delle emozioni

5.2.2 Saper gestire emozioni intense

5.3 Utilizzare interventi e strumenti terapeutici diversi da quelli specifici del proprio modello

5.3.1 Utilizzare tecniche ed interventi basati sulla ricerca

5.3.2 Garantire training e supervisione appropriati

6. Gestione dei momenti critici e dell'emergenza

Le competenze relative al Dominio 6 riguardano le azioni della persona terapeuta nelle circostanze critiche della clinica terapeutica. Il loro razionale deriva sia dai principi di rispetto, di preservazione e di valorizzazione delle risorse della persona “paziente” sia da una base epistemologica per cui le crisi hanno sempre un valore adattivo-evolutivo e sono possibili cambiamenti proattivi a misura di gradienti di complessità crescenti. Prima di affrontare instabilità critiche è necessario che la persona terapeuta garantisca la sicurezza in termini di confini e di modulazione dell'esperienzialità vivibile.

6.1 Gestire i momenti critici

6.1.1 Riconoscere i momenti critici

6.1.2 Saper gestire i momenti critici del processo terapeutico

6.2 Lavorare con persone in crisi

6.2.1 Conoscere l'intervento in caso di crisi

- *Essere consapevole del rischio di ri-traumatizzazione della persona “paziente” con racconti esecutive, cioè in automatico peritraumatici*

- *Costruire sistemi proattivi di conferma, di agency, di resilienza e di metastabilità per bilanciare i sistemi che operano in automatico e che caratterizzano le crisi*

6.2.2 Lavorare con persone in crisi

- *Validare e modulare le salienze affettive*
- *Lasciare esprimere le sequenze di crisi e lavorare passo passo*
- *Accertarsi di essere aperto e disponibile (resiliente) al range di espressione emotive delle crisi*
- *Essere capace di comprendere il significato della crisi, disporre di una propria stabilità, sia pure sull'orlo del caos, e di una proattività a fronte della crisi in ragione della complessità raggiunta*
- *Allestire le condizioni per cui possano emergere configurazioni di coscienza alternative*

6.3 Lavorare con persone traumatizzate

6.3.1 Conoscere il lavoro sul trauma

- *Avere una solida metodologia, su basi scientifiche comprovate, per cui le azioni della persona terapeuta devono prima riguardare processi con gradienti di sicurezza, agency, mineness, ownership e piacere e solo dopo affrontare zone critiche*
- *Avere solide conoscenze per cui assetti post-traumatici sono comunque adattivi*
- *Essere motivato ad un piano di lavoro interprofessionale*

6.3.2 Lavorare con persone traumatizzate

- *Avere sicurezza e umiltà per potersi far guidare dalla fenomenologia e dall'intenzionalità della persona "paziente"*
- *Essere solidamente basato sul non aver bisogno di racconti estesi e dettagliati a rischio dissociativo*
- *Costruire connessioni di stabilizzazione con "immagini" positive a partire da quelle proprie della persona "paziente"*
- *Dare tempo a se stessi e all'altro perché configurazioni di coscienza diverse possano emergere*

7. Conclusione e valutazione della terapia

Le azioni della persona terapeuta relative al Dominio 7 sono volte a sostenere e promuovere le competenze della persona "paziente" in merito a scegliere e decidere i propri tempi e significati rispetto alla conclusione della presente fase della terapia. L'attuale fase della terapia finisce quando la persona "paziente" si riconosce un potere autonomo di responsabilità e di esistenza. Il tempo non è prevedibile in ragione della non linearità dei processi.

7.1 Lavorare in vista della conclusione della terapia

- *Essere solidamente basato sul principio per cui riconosce alla persona "paziente" un potere autonomo di scelta e di esistenza*

- *Essere solidamente basato su conoscenze scientifiche per cui la fine della fase specifica della terapia dipende per la persona “paziente” dall’emergere di un sistema metastabile capace di integrare antinomie*
- *Essere consapevole che la fase specifica di conclusione della terapia non è prevedibile in quanto riguarda processi nonlineari di crescita di complessità*

7.1.1 Preparare la conclusione della psicoterapia

- *Essere consapevole che la crescita di complessità della persona “paziente” non garantisce minore sofferenza critica in certe circostanze ma consente maggiori possibilità di soluzioni adattive-evolutive*

7.1.2 Esplorare i sentimenti rispetto ad altre conclusioni

- *Verificare i sistemi di motivazione, propri e della persona “paziente”, in relazione alla conclusione della terapia nella prospettiva dell’emergere di nuove configurazioni*

7.1.3 Individuare i possibili rischi o difficoltà

7.2 Saper gestire la conclusione della terapia

7.2.1 Gestire la conclusione

7.2.2 Revisionare il processo

- *Essere solidamente basato su un criterio clinico per cui il miglioramento verso la conclusione è correlato con configurazioni sintomatiche che emergono con minore frequenza, minore intensità e possibilità di prevedere e prevenire le crisi, in quanto il sistema persona “paziente” ha acquisito maggiori gradi di libertà rispetto alle proprie risorse*

7.2.3 Identificare problemi, pensieri e sentimenti

- *Validare la copresenza a livello di coscienza consapevole di sistemi affettivi-narrativi anche antinomici come indice della fine della terapia*
- *Validare la copresenza, la congruenza e la coerenza di narrazioni in I-II-III persona*

7.3 Documentare e valutare il corso della terapia

7.3.1 Documentare il processo della psicoterapia

7.3.2 Fare una valutazione della psicoterapia

8. La collaborazione con gli altri professionisti

Le azioni relative al Dominio 8 riguardano la necessità percepita e la motivazione proattiva di collaborazione interdisciplinare in grado di progettare interventi multidisciplinari modulati sull’unicità delle caratteristiche e dei bisogni della persona “paziente” per mettersi in relazione ed accogliere la complessità della persona “paziente” e del suo ambiente di vita. La collaborazione non deve essere solo desiderata ma anche praticata come necessità evolutiva della crescita di complessità anche della persona “terapeuta”.

8.1 Collaborare con altri professionisti

8.1.1 Essere informato sul lavoro di altri professionisti

- *Essere solidamente basato sui principi di interdisciplinarietà e di consulenza delle conoscenze scientifiche sui processi di vita*

8.1.2 Sviluppare e coltivare rapporti di lavoro collaborativi con altri professionisti

- *Essere molto motivato ad investire competenze professionali con colleghi che abbiano caratteristiche scientifiche e valoriali interdisciplinari analoghe*

8.1.3 Comunicare in modo efficace con altri professionisti

- *Tradurre e sintetizzare le proprie conoscenze in modo che siano fruibili anche ad altri professionisti della salute non solo del campo della salute mentale*

8.2 Saper lavorare all'interno di un team

8.2.1 Essere parte di un team di lavoro

- *Promuovere e partecipare alla costruzione di una rete multidisciplinare e multidimensionale capace di rispondere in modo coerente alle richieste e di sostenere i bisogni molteplici della persona "paziente" e della sua famiglia*

8.2.2 Gestire i comportamenti scorretti ai membri del team o dei colleghi in modo appropriato

9. Utilizzo della supervisione, dell'intervisione e della valutazione critica

Le azioni relative al Dominio 9 riguardano la necessità di aggiornamento continuo della persona terapeuta inerente il proprio lavoro clinico. Essa si realizza attraverso modalità di condivisione e di confronto sulla base di esperienze di clinica terapeutica, con colleghi di orientamenti anche diversi con analoga complessità. La finalità è una ricerca di percorsi di complessità per il terapeuta e per la clinica.

9.1 Impegnarsi in una revisione periodica della pratica professionale

9.1.1 Essere consapevole del bisogno di supervisione e provvedere ad un'adeguata supervisione

- *Avere una solida motivazione a fare supervisione/intervisione del proprio lavoro clinico con colleghi con modelli di riferimento di analoga complessità*

9.1.2 Effettuare la supervisione

9.1.3 Adattare la supervisione

9.1.4 Garantire una verifica della propria pratica

10. Etica e sensibilità culturali

La natura interdisciplinare dell'integrazione teorica, che in definitiva è riferibile ad un modello ecologico complesso, impegna e sostiene il terapeuta nella ricerca delle conoscenze relative ai processi di costruzione/crisi di identità e di relazionalità che sono nucleari in clinica in relazione ai processi "normali" e "patologici". Essi sono interconnessi con quelli di evolutività-adattamento, di conflitto e di crisi e partecipano ad una dimensionalità sistemica fra costruzione e blocco di complessità, a livello sia individuale che sociale.

10.1 Operare all'interno di un modello etico

10.1.1 Conoscere le linee guida professionali ed etiche e i codici deontologici

10.1.2 Applicare le linee guida etiche e professionali

10.1.3. Saper gestire le difficoltà etiche

10.2 Saper lavorare con le differenze sociali e culturali

10.2.1 Essere consapevoli delle differenze sociali e culturali

- *Avere una solida motivazione a comprendere le configurazioni di adattamento-evolutività, di crisi e di autoriparazione con i loro processi analoghi ed universali a fronte dell'epifenomenologia*
- *Individuare processi di crisi e di riparazione secondo principi omologhi di evoluzione adattamento*
- *Orientarsi nelle storie critiche in base a processi funzionali universali (previsioni, conferme vs sconferme, pericolo-perdita)*
- *Validare i sistemi di riferimento di persone con culture diverse*
- *Aiutare ad esplorare i gradi di libertà del sistema persona "paziente" in relazione al globale dei processi di validazione, di constraint e di ricerca*

10.2.2 Riconoscere le differenze culturali e sociali

10.2.3. Saper trattare le difficoltà sociali e culturali

10.3 Il contesto sociale, culturale e politico della psicoterapia

10.3.1 Essere consapevole del contesto sociale, culturale e politico della psicoterapia

10.3.2 Conoscere le tendenze attuali nella psicoterapia

11. Gestione e amministrazione

11.1 Gestire la pratica professionale

11.1.1 Saper gestire il proprio carico di lavoro

- *Validarsi nella ricerca e nella scelta di spazi di vita di esperienze, conoscenze e studi non inerenti la psicoterapia*

11.1.2 Garantire una sana attenzione a se stessi

11.1.3. Assicurarsi un sistema di sostegno adeguato

11.2 Amministrare la professione autonoma

11.2.1 Saper gestire l'attività autonoma, l'amministrazione e la contabilità

11.2.2 Applicare la normativa pertinente

11.2.3. Assicurarsi che la pubblicità sia eticamente corretta

11.3 Gestire ed amministrare correttamente i dipendenti e collaboratori

11.3.1 Conoscere la legislazione sul lavoro e i regolamenti

11.3.2 Gestire e amministrare i dipendenti in modo corretto

12. La ricerca

Le azioni relative al Dominio 12 si riferiscono alla disposizione alla ricerca da parte del terapeuta in quanto esperienza diretta di confronto e di scambio con altri professionisti e studiosi delle scienze della vita. Essa è orientata alla crescita di complessità delle conoscenze cliniche, in particolare per quanto riguarda i temi della costruzione vs crisi di complessità.

12.1 Aggiornarsi sulla ricerca in psicoterapia

12.1.1 Conoscere la ricerca in psicoterapia

– *Essere molto motivato ad aggiornarsi su ricerche interdisciplinari*

12.1.2 Avvalersi della ricerca in psicoterapia

12.2 Condurre ricerche appropriate

12.2.1 Partecipare a ricerche pertinenti

– *Ricerca collaborazioni in gruppi di ricerca interdisciplinari anche oltre il campo della psicoterapia*

12.2.2 Organizzare una ricerca in modo appropriato

12.2.3. Condurre una ricerca in psicoterapia

13. Prevenzione e sensibilizzazione

13.1 Interventi di prevenzione e sensibilizzazione con il paziente/cliente

13.1.1 Essere consapevole di modelli ricorrenti non funzionali nella storia del paziente/cliente

13.1.2 Sensibilizzare il paziente/cliente ad evitare modelli ricorrenti non funzionali

– *Avere solidi riferimenti scientifici in modo da poter proporre alle persone "pazienti" una visione clinica basata sulle risorse personali e non su una categorialità patogenetica sovradeterminata*

13.1.3. Promuovere il cambiamento nel paziente/cliente tenendo conto del suo contesto (familiare e sociale)

– *Operare perché le persone "pazienti" possano essere protagoniste dei loro processi di cambiamento e non utenti/clienti passivi in un'ideologia "psicopedagogica" (partnership vs compliance)*

13.2 Prevenzione e sensibilizzazione verso la comunità

13.2.1 Essere consapevole della genesi dei problemi di salute mentale

13.2.2 Promuovere un'educazione psico-sociale

13.2.3. Impegnarsi attivamente in progetti destinati a ridurre o prevenire i problemi di salute mentale

Bibliografia

- Abraham, F.D. (2014). A Beginner's Guide to the Nature and Potentialities of Dynamical and Network Theory Part I: a very brief visual introduction to the theory of dynamical systems. *Chaos and Complexity Letters*, 8 (2-3), 1-30
- Abraham, F.D. (2015). A Beginner's Guide to the Nature and Potentialities of Dynamical and Network Theory Part II: a very brief comparison of discrete networks to continuous dynamical systems. *Chaos and Complexity Letters*, 9, 2, 1-18
- Annala, A. (2016). On the Character of Consciousness. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 10:27. doi: 10.3389/fnsys.2016.00027
- Ashby, W. R. (1956). *An Introduction to Cybernetics*. London: Chapman & Hall.
- Baars, B. J. (2005). Global workspace theory of consciousness: toward a cognitive neuroscience of human experience? *Progress in Brain Research*, 150, 45-54.
- Bullmore, E., & Sporns, O. (2009). Complex brain networks: graph theoretical analysis of structural and functional systems. *Nature Reviews Neuroscience*, 186-198.
- Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2010). The default-mode, ego functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133, 1265-1283.
- Damasio, A., Harrington, A., Kagan, J., Mc Ewen, B. S., Moss, H., & Shaikh, R. (2001). Unity of Knowledge: The Convergence of Natural and Human Science. *Annals of the New York Academy of Science*, 935.
- Deco, G., Kringelbach, M. L., Jirsa, V. K., & Ritter, P. (2017). The dynamics of resting fluctuations in the brain: metastability and its dynamical cortical core. *Scientific Reports*, 7:3095, doi:10.1038/s41598-017-03073-5.
- Edelman, G. M. (2006). *Second Nature. Brain science and human knowledge*. London: Yale University Press.
- Edelman, G., & Tononi, G. (2000). *A Universe of Consciousness. How Matter Becomes Imagination*. New York: Basic Books.
- Engström, D.A., & Kelso, J.A.S. (2008). Coordination Dynamics of the Complementary Nature. *Gestalt Theory*, 30, 121–134.
- Feinberg, T. E. (2011). The nested neural hierarchy and the self. *Consciousness and Cognition*(20), 4–15.
- Feynman, R. (1965). *The Character of Physical Law*. Cambridge: MIT Press. Cambridge: MIT Press.
- Fingerlkurat, A. A., Fingerlkurat, A. A., & Neves, C. F. (2013). Consciousness as a phenomenon in the operational architectonics of brain organization: Criticality and self-organization considerations. *Chaos, Solitons & Fractals*, 55, 13–31.
- Freeman, W. J. (2005). Emotion is from preparatory brain chaos: irrational actio is from premature closure. Commentary/Lewis Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 204-205.

- Friston, K. (2010). The free-energy principle: a unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, *11*, 127-138.
- Goertzel, B. (1997). Faces of Complexity in Psychology. In *Noetic Journal*, Special issue on Mind as a Complex System. Disponibile in: <http://goertzel.org/papers/intro.html>
- Goertzel, B. (1998). Mind as a Complex System (Introduction to Special Issue on Complexity and Consciousness). *Noetic Journal*, *1*, 122-133.
- Hellyer, P.J., Scott, G., Shanahan, M., Sharp, D.J., Leech, R. (2015). Cognitive Flexibility through Metastable Neural Dynamics Is Disrupted by Damage to the Structural Connectome. *The Journal of Neuroscience*, *17*, 35(24), 9050–9063
- Henriques, G. R. (2003). The Tree of Knowledge System and the Theoretical Unification of Psychology. *Review of General Psychology*, *7*, 150-182.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt.
- Kelso, J.A.S., and Tognoli, E. (2007). Toward a complementary neuroscience: metastable coordination dynamics of the brain. In R. Kozma and L. Perlovsky (Eds.), *Neurodynamics of Cognition and Consciousness*, (pp. 39–60). Heidelberg: Springer.
- Langton, C.G. (1990). Computation at the edge of chaos: phase transitions and emergent computation. *Physica D*, *42*, 12-37
- Menoni, E., Iannelli, K., & Egiziano, E. (2011). Gli errori in psicoterapia nella prospettiva del modello integrativo Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità (EAIE). *Idee in Psicoterapia*, *4*(1-3), 95-123.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Northoff, G., Heinzl, A., de Greck, M., Bempohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain—A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, *31*, 440-457.
- Panksepp, J. (2005). On the Embodied Neural Nature of Core Emotional Affects. *Journal Of Consciousness Studies*, *12*, 158-84.
- Peled, A. (2008). *NeuroAnalysis. Bridging the gap between Neuroscience, Psychoanalysis and Psychiatry*. New York: Routledge.
- Raichle, M., & Snyder, A. (2007). A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea. *NeuroImage*, *(37)*, 1083-1090.
- Raichle, M., MacLeod, A., Snyder, A., Powers, W. J., Gusnard, D., & Shulman, G. (2001). A default mode of brain function. *PNAS*, *(98)*, 676-682.
- Sporns, O. (2011). *Networks of the brain*. Cambridge: MIT Press.
- Stricker, G., & Gold, J. (2006). *A casebook of psychotherapy integration*. Washington DC: American Psychological Association.

- Tognoli, E., & Kelso, J. A. (2014). The Metastable Brain. *Neuron*, 81(January 8), 35-48.
- Tononi, G. (2008). Consciousness as Integrated Information: a Provisional Manifesto. *The Biological Bulletin*, 215:3, 216-242.
- Váša, F., Shanahan, M., Hellyer, P.J., Scott, G., Cabral, J., & Leech, R. (2015). Effects of lesions on synchrony and metastability in cortical networks. *NeuroImage*, 118, 456–467
- Vogeley, K., Kurthen, M., Falkai, P., Maier, W. (1999). Essential Function of the Human Self Model Are Implemented in the Prefrontal Cortex. *Consciousness and Cognition*, 8, 343–363.
- Wilson, E. O. (1998). *Consilience: the Unity of knowledge*. New York: Alfer A. Knopf, Inc.