

Dopo un lungo e serrato confronto, nel secolo passato, tra le diverse Scuole di pensiero e l'esplosione di un'infinità di metodologie varie che si rifanno a sfumature teoriche multiple, in questo inizio di millennio si stanno delineando fondamenti nucleari basilari per "la terapia della parola".

Le terapie psicologiche sono trattamenti interpersonali complessi eseguiti da professionisti medici o psicologi formati presso Scuole di specializzazione in psicoterapia per aiutare l'utenza ad effettuare cambiamenti intenzionali, attraverso l'applicazione pianificata di procedure e tecniche psicologiche. L'obiettivo della psicoterapia è quello di riuscire ad alleviare la sofferenza e/o la sintomatologia, per consentire alle persone in cura di sperimentare uno stato di benessere fondato su una maggiore consapevolezza di sé.

Mentre le terapie mediche sono finalizzate alla guarigione intesa come recupero dello stato d'integrità fisica antecedente la malattia, le psicoterapie intendono la guarigione come processo di evoluzione psicologica dell'individuo, che favorisce oltre alla semplice scomparsa dei sintomi lo sviluppo e la crescita maturativa verso un adattamento creativo alla realtà.

TEMPO DEL CAMBIAMENTO

La trasformazione psichica e comportamentale avviene mediante metaprocedure basate su diverse teorie del cambiamento, che includono lo sviluppo nell'arco di vita, la psico-

Terapie Psicologiche

Verso un metamodello panteorico della psicoterapia

Edoardo Giusti

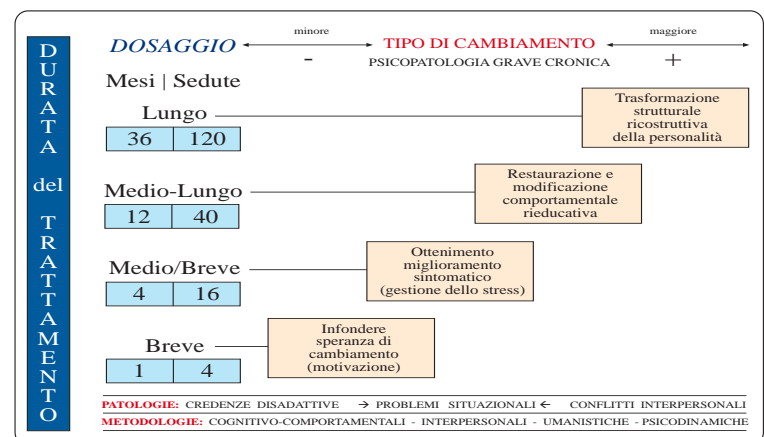
patologia, la valutazione diagnostica e gli interventi specifici dei vari modelli di trattamento (Gold, 2000). Le principali aree d'intervento riguardano i cambiamenti delle rappresentazioni mentali dei processi intrapsichici (con se stessi) e degli schemi comportamentali relazionali (con l'ambiente).

I trattamenti variano per procedure e durata a seconda della specificità del caso. Sono di tipo rieducativo-pedagogici, quelli a breve termine (fino a 20

sedute); sono centrati sulla remissione dei sintomi quelli a medio termine finalizzati a restaurare e sanare la personalità (fino a 24 mesi); quelli a lungo termine mirano ad una ricostruzione radicale della personalità (oltre 3 anni).

Le modificazioni terapeutiche riguardano la riorganizzazione della padronanza cognitiva (pensieri), la ristrutturazione dell'esperienza emozionale (affetti) e la regolazione comportamentale (azioni) (**Fig.1**).

FIGURA 1



TEORIE E METATEORIE

La *teoria* cerca di descrivere e spiegare fenomeni specifici investigati attraverso la consistenza logica e le osservazioni replicabili tramite simbolizzazioni. Una *teoria* non ha la pretesa di essere una rappresentazione o una spiegazione della "verità": è una costruzione intellettuale metodica ed organizzata di carattere ipotetico e sintetico. Lo scopo della *teoria* è quindi di proporre una lettura provvisoria di fatti e fenomeni ai quali dare coerenza e predittività. La principale caratteristica della *teoria* non consiste dunque nell'essere vera in assoluto, ma nel risultare utile e suscettibile di essere inserita in una metateoria. Le teorie sostanziali sono un insieme di definizioni, principi e costrutti teorici per descrivere, interpretare e classificare vari aspetti della realtà, tramite concetti ipotetici (astratti) e operativi (concreti). La **metateoria** spiega la natura della teoria tra-

mite l'analisi concettuale linguistica dei costrutti teorici e la capacità esplicativa. La metateoria considera la verificabilità empirica, il grado di coesione, il livello di strutturazione, la trasparenza concettuale alla ricerca di una combinazione ottimale di tutte le dimensioni rilevanti: pragmatica, descrittiva, esplicativa. (Fig.2)

OLTRE I MODELLI

La preistoria della psicoterapia scientifica affonda le sue radici nel 1778, più di due secoli fa, con F. A. Mesmer e l'applicazione della suggestione e della catarsi; successivamente con Freud e la cura tramite la parola (1893), poi Pavlov con i riflessi condizionati (1904) e Watson con il comportamentismo (1913).

Negli anni '50 cominciano a consolidarsi sei principali modelli di base: Psicodinamico, Comportamentale, Esistenziale, Corporeo, Sistemico, Ipnoti-

co, che procedono per mezzo secolo separatamente le loro ricerche in forte competizione. (Fig.3)

Verso la fine del Novecento e sotto la spinta influente delle mutue assicurative U.S.A., la ricerca si orienta sulla valutazione dei risultati. Emergerà una convergenza sorprendente tra la più vasta indagine di ricerca del secolo effettuata nel 1995 dall'Unione Consumatori Statunitense su 4000 utenti (Seligman, 1997) e recentemente l'esame di 17 meta-analisi comparate, effettuato dalla ricerca condotta in 8 atenei accademici in U.S.A. (Lubrosky, 2002). La validità delle psicoterapie viene ampiamente confermata e risultano differenze insignificanti tra i modelli. Bisogna arrendersi ai risultati effettivi di queste ultime ricerche che sanciscono uguale efficacia di procedure tecniche differenti.

La scienza psicoterapeutica ammette oggi la felice impossibilità di un paradigma unitario. Il tentativo di ridurre il reale in un solo modello nasceva dal rifiuto di accogliere altre visioni e di includere la complessità che richiede l'arte di principi e regole che vanno comunque adattate a ciascuna situazione specifica (Ariano, 2001).

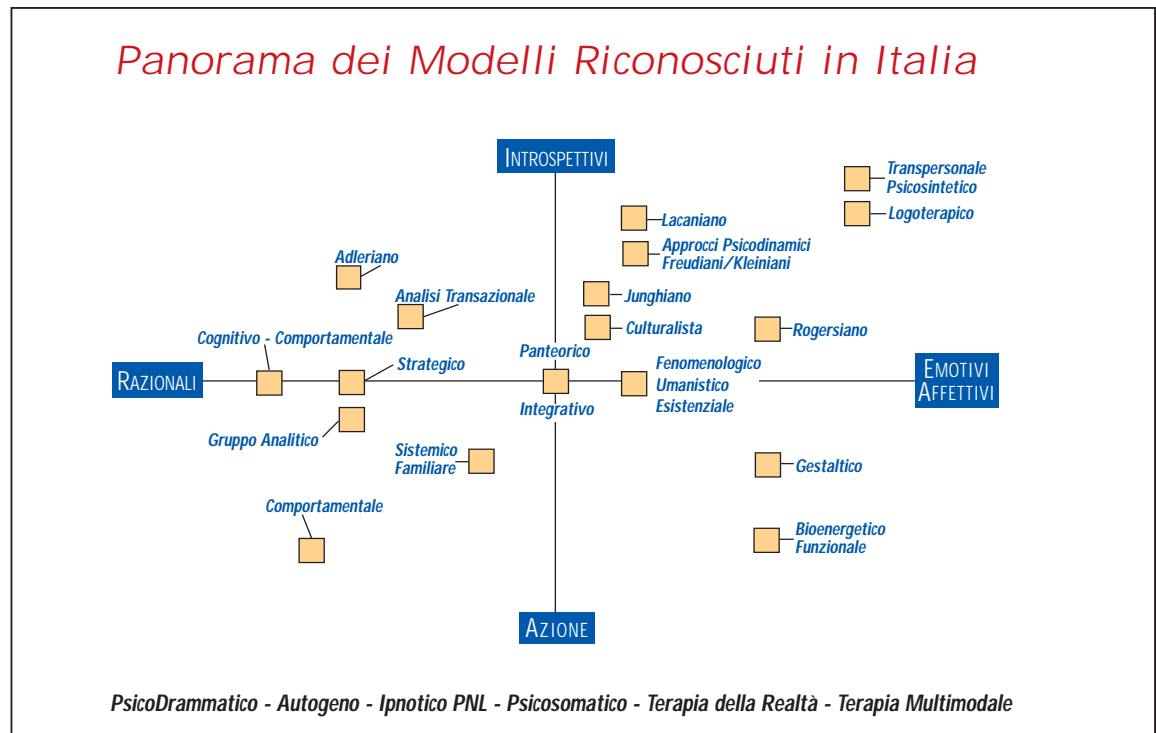
Nell'ultimo decennio si è progressivamente affermata la tendenza della ricerca a valutare l'efficienza degli esiti con interventi attuariali, manualizzati con strategie e procedure sintomatiche basate anche sui trattamenti empirici convalidati. Ignorando in parte le molteplici comorbidità e le esclusive componenti relazionali sulla compatibilità, queste ricerche asettiche ottenevano conferma dei risultati esclusivamente nei laboratori di ricerca, più che nel-

FIGURA 2

LE TEORIE PSICOTERAPEUTICHE SONO COSTRUTTI CREATI ATTRAVERSO:

- a) PRESUPPOSTI ONTOLOGICI: LA NATURA DI BASE DELLE PERSONE
(*conflittuale - tabula rasa - bontà innata...*)
- b) UNA TEORIA DELLA PERSONALITÀ
(*sullo sviluppo - formazione dei tratti e del carattere...*)
- c) SALUTOGENESI
(*Benessere «normalità» e adattamento*)
- d) PATOGENESI
(*Psicopatologia «malessere» disadattamento*)
- e) CAMBIAMENTO
(*cosa fare per migliorare, modo trasformativo, la motivazione e il processo di cambiamento*)
- f) METODOLOGIA E TECNICHE
- g) INDICAZIONI E LIMITI

FIGURA 3



la realtà pratica, dove le variabili della clinica applicata sono infinite. Ad esempio: nel trattamento della *depressione*, dove i modelli cognitivi e interpersonali ottengono esiti uguali, un paziente 'ossessivo (dipendente)' può trarre maggiore beneficio dal modello interpersonale, mentre uno 'ossessivo (evitante)' può trarre maggiore vantaggio con l'approccio cognitivo; e, per questo stesso paziente, se fosse anche ansioso, il trattamento comportamentale risulterebbe quello ancora più adatto. Così, i trattamenti a lungo termine sembrano più efficaci per i soggetti gravi con spiccata conflittualità e che necessitano perciò di una totale ricostituzione della personalità.

Le domande etiche da porsi sono sempre le seguenti:

- Quale trattamento è il migliore per quest'individuo, con questo problema specifico e in questo sistema/contexto particolare? (Efficacia).
- Chi può eseguire il tratta-

mento nel più breve tempo possibile? (Efficienza).

Come potenziali fattori di cambiamento si stanno ora affermando due dominanti tendenze d'interventi: quello prescrittivo e quello relazionale. Forse un dosaggio calibrato risulterebbe l'ingrediente fondamentale e decisivo (Wampold, 2001): tecniche prescrittive specifiche e modi relazionali appropriati (Clarkson, 1995) per le varie fasi di sviluppo del trattamento e per il raggiungimento progressivo degli obiettivi individuali. Nella ricerca avanzata nessun operatore e nessun modello può avere la pretesa di essere efficiente con tutte le varie utenze e con tutti i problemi clinici (**Fig.4**).

Le prossime scelte e le tendenze future nascono sia dall'esigenza di mettere sempre in risalto i principi generali universali come potenziali fattori comuni di cambiamento, sia da quella di evi-

denziare procedure elettive per trattamenti specifici di psicopatologie differenti (ricerche sugli esiti). Le procedure andranno a buon fine se la relazione è appropriata e il tipo di alleanza la più opportuna per ottimizzare l'aderenza alla cura (ricerche sul processo).

L'universalità delle teorie psicoterapeutiche e delle metodologie applicative, selezionate progressivamente, è il prossimo traguardo della ricerca scientifica internazionale.

EVOLUZIONE ECLETTICA E INTEGRAZIONE

Sin dagli anni 1933-36 French e Rosenzweig tentavano progetti integrati di elementi condivisi, non trovando soddisfazione nei monoteismi culturali dell'epoca. Una spinta ecumenica nel settore l'ha fornita Jerome Frank nel 1973 con i fat-

FIGURA 4



tori comuni. Da allora diverse combinazioni sono state sistematizzate da clinici ricercatori e nel 1986 ne sono emerse alcune valide che hanno ottenuto risultati migliori (Fig.5).

Nella comunità scientifica, ogni clinico è andato fregiandosi del proprio modello di appartenenza sul quale aveva fatto un notevole investimento culturale, ma nella pratica subiva l'attrattiva degli altri indirizzi, facendosi influenzare e sperimentando interventi abbinati, evitando però sempre la parola "eclettico", che all'epoca aveva una connotazione superficiale e peggiorativa. Lazarus, nel 1967, azzardava comunque l'eclettismo tecnico con notevole seguito.

In definitiva, *eclettismo* significa:

- ispirarsi a fonti diverse scegliendo gli elementi ritenuti migliori con versatilità metodica (Treccani-Garzanti);
- la pratica di selezionare dottrine soddisfacenti di vari e diversi sistemi di pensiero (Webster International);
- in psicoterapia, utilizzare quello che sembra essere più appropriato e funzionare meglio, selezionare la migliore procedura terapeutica proveniente da fonti varie e che sia più appropriata al caso per opportuna efficienza;

- una posizione relativistica di convenienza rispetto al pensiero lineare, causale o circolare.

D'altra parte, il concetto d'*integrazione* indica:

- il completamento di ciò che è insufficiente a un determinato scopo (Treccani - Oxford English);
- annettere diverse parti insieme in una nuova sintesi convergente, mantenendo una coerenza epistemologica;
- in psicoterapia, significa utilizzare strategicamente tecniche da diverse terapie, negoziando principi teorici anche discordanti in una sintesi parziale o transteorica;

FIGURA 5

INTEGRAZIONI TEORICHE Combinazioni possibili		
	1986 %	1976 %
Cognitivo e Comportamentale	12	5
Umanistico e Cognitivo	11	
Psicoanalitico e Cognitivo	10	
Comportamentale e Umanistico	8	11
Interpersonale e Umanistico	8	
Umanistico e Sistemico	6	
Psicoanalitico e Interpersonale	5	
Sistemico e comportamentale	5	
Comportamentale e Psicoanalitico	4	25

- scegliere fra le principali strategie del trattamento, (Ancona, 2000) una posizione unificatrice, idealista e difficile, soprattutto quando le differenze ontologiche sono molto significative o rilevanti.

LA POLITECNICA E L'OPZIONE PLURALISTICA

Si basano sul presupposto che la costituzione della realtà non è riducibile ad un unico principio, ma a principi molteplici di più linguaggi coesistenti e conflittuali. Ne consegue che l'opzione pluralistica (Fig.6):

- è la procedura scientifica di confronto di metodi alternativi e l'interrogarsi metodologicamente sulle certezze;
- consente un metalivello per dialogare scientificamente apprezzando criticamente le convergenze e

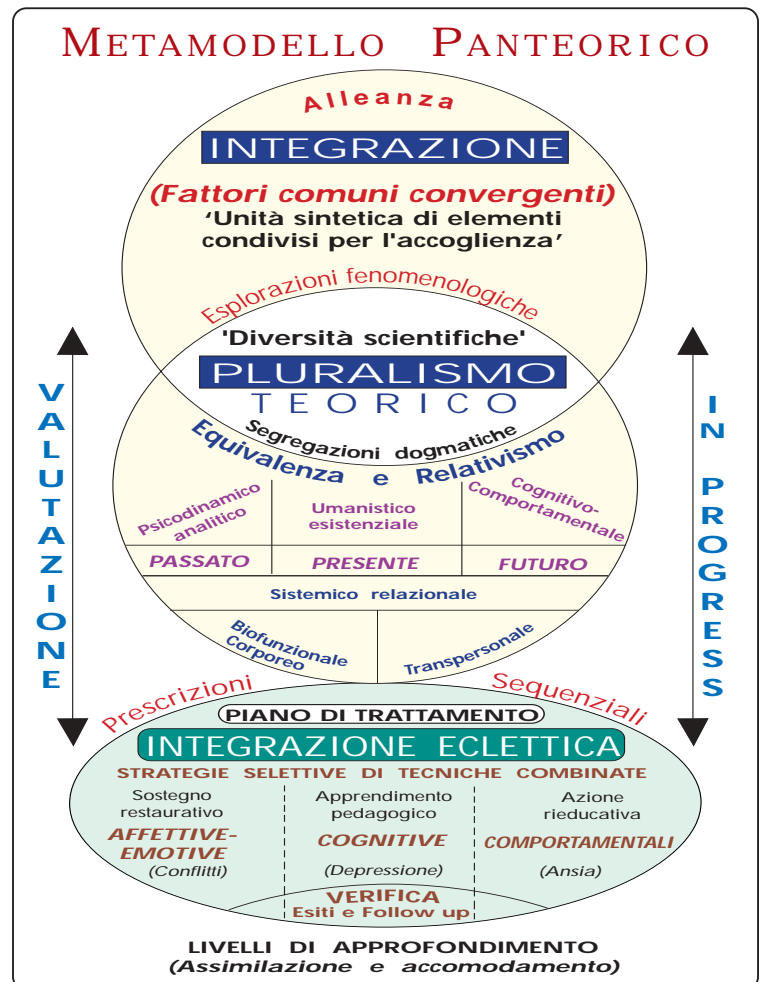
le divergenze che funzionano ugualmente;

- è la passione dialogica per la complessità mediante lo scetticismo creativo applicato all'ambivalenza delle controversie scientifiche per oltrepassare i dogmi;

Il rischio che corre il clinico novizio è di cadere nel sincretismo, mescolando tecniche senza una finalità coerente e sistematizzata, con conseguenze spesso confusive e dannose per il paziente.

L'elezione pluralistica (Beutler L., Harwood T., 2002) avviene mediante un passaggio graduale dalle molteplici conoscenze, 'registro del quantitativo', ad un sapere gradua-

FIGURA 6



le che riassume acquisizioni concettuali e lunghe esperienze professionali, 'registro del qualitativo' (Fig.7).

La ricerca sul processo e sugli esiti procede per chiarire qual è il tipo di processo elettivo per le diverse specificità di trattamenti (Giusti *et al.*, 2000a).

ALLEANZA EMPATICA E ADERENZA OTTIMALE

Se la relazione terapeutica e l'alleanza relazionale che si stabilisce tra uno psicoterapeuta e un utente risulta di fondamentale importanza, in quanto rispettivamente motore e volante del cambiamento (Lingiardi, 2002), diventa importante evidenziare le varie alleanze utili con i diversi tipi di utenza, e le necessarie modifiche del tipo di alleanza nelle varie fasi evolutive del ciclo del trattamento. Il rapporto di fiducia intersoggettiva motivante dipende spesso dall'iniezione di speranza ricevuta (Snyder, Ingram,

2000), che incoraggia progressivamente un ottimismo realistico. Speranza che si sviluppa nella narrazione che da senso ai fenomeni, per iniziare a viaggiare tra le pieghe della felicità.

L'analisi convergente degli ingredienti fondamentali, cioè dei principi attivi essenziali e decisivi delle varie forme di trattamento, dovrebbe essere il corredo minimo di ogni psicoterapeuta sostenuto da un metamodello di base con funzioni olistiche. Uno specialista della comunicazione clinica di partenariato che favorisce la cura mediante un micro-clima di collaborazione per potenziare i cambiamenti migliorativi. Uno psicoterapeuta moderno dovrebbe saper modificare le proprie strategie per superare ciò che ostacola un "miglior essere".

Un ricercatore clinico somministra se stesso gestendo le dinamiche traslative con un dosaggio elettivo tra metaprocedure specifiche ed essenziali, per stabilire un legame sufficiente e coinvolgere l'utente per renderlo protagonista e partecipa-

re attivamente al proprio processo evolutivo (Fig.8).

La gestione degli andamenti evolutivi ed incostanti del percorso terapeutico, fatti di due passi avanti e uno indietro per consolidare i benefici, implica prontezza nel cogliere i segnali interpersonali (Greenberg, Paivio, 2000) di frattura dell'alleanza al primo sorgere delle difficoltà. Possedere l'abilità tempestiva di ricomposizione consente di affrontare le fluttuazioni dovute a tensioni o resistenze e di superarle tramite la trasparenza autentica e l'auto-svelamento del clinico.

La formazione specialistica moderna privilegia lo studio degli elementi efficaci del processo, per determinare risultati concreti sia nella remissione dei sintomi che nel sanare l'individuo ristrutturando la sua personalità. Una componente fondamentale alla terapia è la cooperazione, resa possibile dall'apprendimento della negoziazione in seduta, fulcro della matrice paradigmatica relazionale-interpersonale nella vita e che la costante supervisione favorisce (Giusti *et al.*, 2000b).

L'alleanza è il prerequisito essenziale ed il migliore predittore per la verifica qualitativa del processo di cambiamento e per la valutazione degli esiti della psicoterapia; essa risulta essere anche la dimensione centrale motivante e di trasformazione durante le varie fasi del trattamento. L'alleanza consente la costruzione di un ponte di fiducia e una collaborazione soddisfacente per esplicitare le strategie operative e i compiti reciproci necessari per raggiungere gli obiettivi iniziali, intermedi e finali dell'intervento clinico (Safra, Muran, 2001).

FIGURA 7

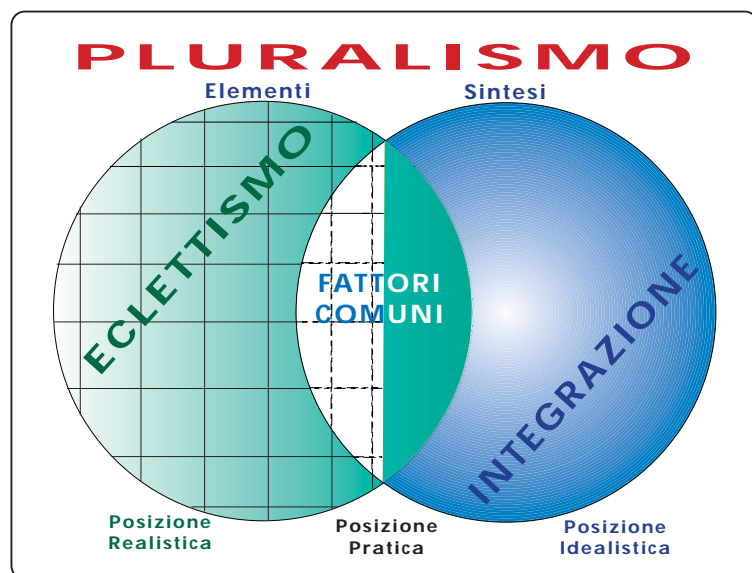


FIGURA 8



GRADIMENTO E UTILITÀ DELL'EFFETTO

Lo psicoterapeuta efficace è in grado di selezionare elementi mutativi precisi di diverse metodologie psicoterapeutiche, basandosi sul rigoroso principio etico di offrire al suo assistito il meglio che la scienza mette a disposizione al momento, distanziandosi sia dai limiti che dalle insufficienze delle varie ortodossie ideologiche ed evitando con attenzione ogni sincretismo. Tutto ciò implica un uso concreto di procedure plurime riferibili specificatamente a diversi modelli e l'adattabilità della cura alle esigenze dell'utente (Alberti, 2000).

Ed equivale ad usare procedure cliniche derivate da diverse fonti, senza sottoscrivere necessariamente le teorie che le hanno prodotte, e avere più di un riferimento teorico e tecnico nella pratica operativa, per effettuare la scelta più opportuna rispetto

alla natura dell'utente e del suo problema (Preston, 2001).

L'esperienza e l'anzianità professionale del terapeuta, in questi casi, evita rischi di procedure incoerenti ed accostamenti mal fatti, proponendo al contrario una sintesi degli elementi migliori di due o più modelli.

La flessibilità teorica consentita dall'integrazione pluralistica è d'obbligo per oltrepassare l'unità dottrinale corporativa delle antiche scuole classiche di riferimento.

Dagli elementi comuni del pluralismo integrato a quello tecnico, sistematico e aggiuntivo-assimilativo si possono sviluppare ipotesi diagnostiche differenziate ed incorporare tecniche di provenienza multipla, finalizzandole sempre strategicamente all'obiettivo soggettivo e condiviso con l'utente. Procedendo dai sintomi al non-malessere, verso il benessere e un conseguente miglior-essere complessivo.

PERSONALITÀ DEL TERAPEUTA

La psicoterapia si costruisce con la quantità di ciò che viene appreso ed assimilato con l'esperienza, ma soprattutto con l'alta qualità umana di ciò che si è divenuti nel tempo.

Una somministrazione di alta qualità elettiva e specifica per un forte impatto emozionale fluidifica l'assimilazione di nuove opzioni metacognitive. La costante verifica metodologica osservativo-sperimentale del processo in itinere e degli esiti diventa possibile unicamente mediante un'epistemologia della riflessione critica sulle conoscenze scientifiche. L'auto-correggibilità istantanea, così prodotta, autorizza l'abbandono di ogni pretesa di garanzie assolute e di verità precostituite. La valutazione del *follow-up* diventa così parte integrante della conclusione della cura (Goldfried, 2000).

La possibilità integrativa di matrici teoriche differenti non sempre risulta possibile, pena il cadere in un anarchismo metodologico, anche se è sempre più dimostrato che terapie diverse possono giungere a scopi simili attraverso processi diversi. Si tratta quindi di decidere i momenti propizi prescrittivi o relazionali anche se derivati da paradigmi contrapposti. Valutando in itinere la relazione e la qualità dell'alleanza empatica sia come elemento di previsione del buon esito, sia come componente attiva e determinante della cura.

L'integrazione pluralistica, basata su prospettive teoriche multiple, favorisce una visione più articolata delle funzioni del paziente, mentre l'integrazione delle tecniche potrà offrire un maggior numero di strumenti

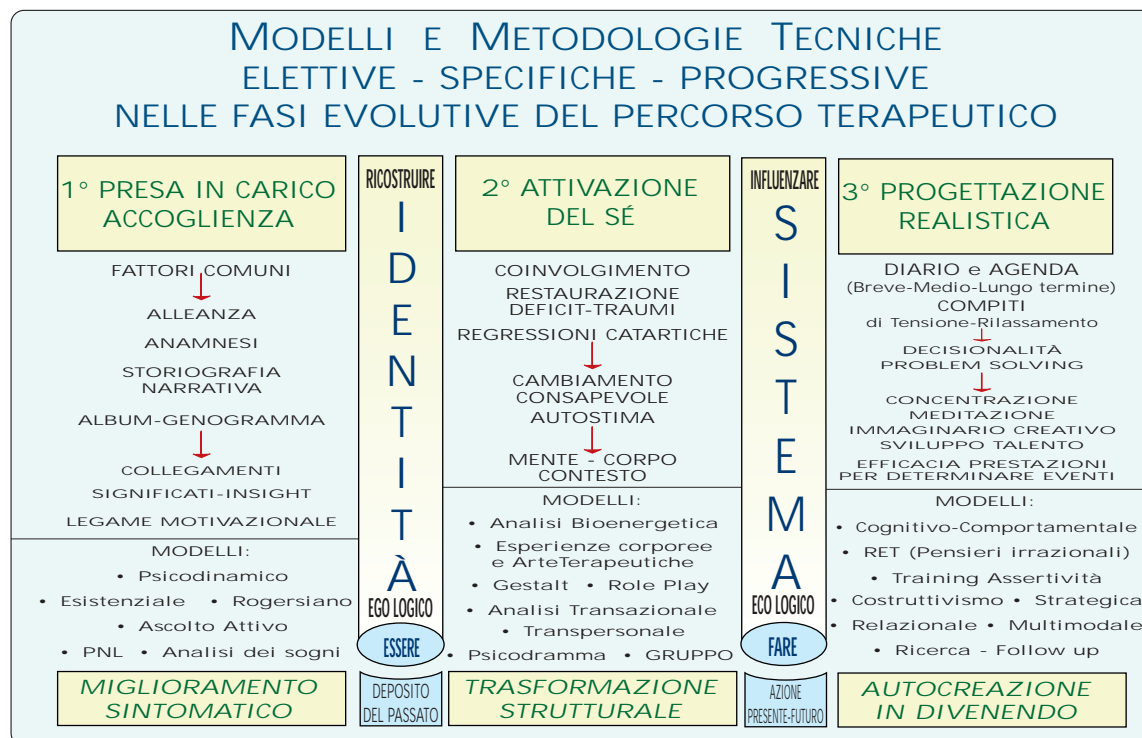
per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (Paguni, 2000) (Fig.9).

Uno psicoterapeuta formato al pluralismo teorico e tecnico, è nella posizione di scoprire il

modo migliore di integrare i processi di cambiamento che provengono da sistemi diversi di terapia. L'integrazione pluralistica diventa un'ottima meta-teoria per la clinica. Questo

non significa violare o infrangere codifiche storiche di unità concettuali, ma seguire attentamente il progresso scientifico per metterlo eticamente al servizio del trattamento.

FIGURA 9



Riferimenti Bibliografici

- Alberti G.G., (2000) *Le Psicoterapie. Dall'eclettismo all'integrazione*, Ed. FrancoAngeli, Milano.
- ANCONA L., (2000) *Tempo di psicoterapia*, in *L'Arco di Giano, Rivista di Medical Humanities dell'Istituto per l'Analisi dello Stato sociale*, n.26 Inverno, Ed. Cidas.
- ARIANO G., (2001) *Dal contenuto ai modelli e dai modelli ai costruttori di modelli*, in *Fenomenologia e Integrazione, Atti del primo Convegno nazionale*, a cura dell'AIPPIFE Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Integrata ad Indirizzo Fenomenologico Esistenziale, Capri 23/24/25 Giugno 2000.
- BEUTLER L.E., HARWOOD T.M., (2002) *Psicoterapia prescrittiva elettiva fondata sull'evidenza, la scelta del trattamento sistematico*, Ed. Sovera, Roma.
- CLARKSON P., (1995) *La relazione psicoterapeutica integrata*, Ed. Sovera, Roma.
- GIUSTI E., MONTANARI C., IANNAZZO A., (2000a) *Psicoterapie Integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine*, Ed. Masson, Milano, Seconda ristampa 2001.
- GIUSTI E., MONTANARI C., SPALLETTA E., (2000b) *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in Counseling e Psicoterapia*, Ed. Masson, Milano.
- GOLD J. R., (2000) *Concetti chiave in psicoterapia integrata*, Ed. Sovera, Roma.
- GOLDFRIED M. R., (2000) *Dalla terapia cognitivo-comportamentale all'integrazione delle psicoterapie*, Ed. Sovera, Roma.
- GREENBERG L. S., PAIVIO S. C., (2000) *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata*, Ed. Sovera, Roma.

- LINGIARDI V., (2002) *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*, Ed. Raffaello Cortina, Milano.
- LUBORSKY L. ET ALL., (2002) *The Dodo bird is Alive and Well - Mostly*, in *Clinical Psychology*, V.9-N1 Spring 2002 - APA - Oxford University Press, Oxford.
- PAGUNI R., (2000) *L'Integrazione in psicoterapia. Complessità e trasversalità della funzione psicoterapica*, Ed. Carocci, Roma.
- PRESTON J., (2001) *Psicoterapia breve integrata*, Ed. Sovera, Roma.
- SAPFRAN J.D., MURAN J.C., (2001) *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*, Ed. Scientifiche ASPIC, Roma.
- SELIGMAN M., (1997) *L'efficacia della psicoterapia: the Consumer Reports study in American Psychologist*, dell'American Psychological Association, pubblicato nella *Rivista Integrazione nelle psicoterapie e nel Counseling N.1/2*, Edizioni Scientifiche ASPIC, Roma.
- SNYDER C.R., INGRAM R.E., (2000) *Handbook of Psychological change. Psychotherapy processes & practice for the 21st century*, John Wiley & Sons Inc., New York.
- WAMPOLD B.E., (2001) *The great psychotherapy debate. Models, Methods, and Findings*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Mahwah, New Jersey.

Edoardo Giusti è presidente dell'ASPIC e direttore della Scuola di specializzazione in psicoterapia pluralistica integrata con autorizzazione ministeriale. Autore di 45 libri e di numerose pubblicazioni scientifiche, ha curato anche la voce *psicoterapia* nell'*Universo del Corpo*, edito dall'Enciclopedia Italiana "Treccani". È membro della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) e svolge a Roma attività di ricerca e supervisione didattica per psicoterapeuti.