

Atti del Convegno

“La formazione in psicoterapia – L’attrazione di un modello integrato”

Roma 11-12 novembre 1993

Meinrad Perrez

Ricerca Psicoanalitica, 1994, Anno V, n. 1-2, pp. 53-63.

Intervento clinico e operazionismo nella scienza

SOMMARIO

I differenti approcci psicoterapeutici hanno la pretesa di essere utili ed efficaci. Come valutarli? Il presente contributo gravita attorno al seguente interrogativo: se la valutazione fatta dal terapeuta può essere considerata una variante della verifica scientifica. Vengono distinti tre tipi di valutazione. Quella soggettiva, fondata sull'osservazione soggettiva intesa come esperienza immediata; la valutazione oggettiva/scientifica e la “valutazione” dogmatica. Vengono tracciate alcune possibilità di validazione scientifica: l'analisi di casi e l'approccio di gruppo. Tali considerazioni vengono applicate all'approccio cognitivo e sistemico.

SUMMARY

Clinic intervention and operationism in science

All different theories about psychotherapy are supposed to be usefull and effective.

How can they be evalueted? Author's contribution is based on the following question: can therapist's evaluation work as alternative to the scientific validation?

Three different kinds of evaluation are defined: the subjective one, which is based on a subjective observation (that is an immediate experience); the objective-scientific evaluation, and the dogmatic evaluation.

In addition, some possibilities of scientific validation are drawn: the analysis of cases and the “group-approach”.

These findings are applied to the cognitive theory and to the systemic theory.

Le differenti letture dei fenomeni psicoterapeutici

I diversi modelli esistenti in psicoterapia si fondano, in parte, su differenti letture dei fenomeni psicopatologici e psicoterapeutici. Ad accomunarli è il fatto che l'intervento terapeutico dovrebbe essere guidato da presupposti teorici. Il magnetizzatore rapporta il proprio “agire” terapeutico al suo “sapere” circa le influenze e il controllo delle forze magnetiche. Il terapeuta comportamentista orienta il proprio intervento in base ai dettami della psicologia comportamentale, così come il terapeuta sistemico si affida alle conoscenze relative al funzionamento dei sistemi e alle interazioni fra individui. Il recente lavoro di Van Caloen (1993) - il quale ha indagato, attraverso interviste con terapeuti, l'impostazione delle varie scuole - ha messo in evidenza alcune differenze e peculiarità nell'interpretazione del disagio mentale. Fare terapia significa applicare una lettura strutturata della realtà del paziente. Van Caloen ha constatato che per i

rappresentanti psicoanalitici del suo campione questa lettura si definisce in funzione di un quadro teorico all'interno del quale rivestono un ruolo centrale i concetti di trauma, di conflitto interno, di funzionamento dell'io. I sistemici interpretano, invece, la realtà del paziente in funzione delle sue relazioni familiari, delle quali il disagio è considerato una risultante. L'oggetto di questo studio si riferisce al tipo di "rappresentazioni sociali" - per dirlo nel linguaggio della psicologia sociale - che guidano il terapeuta.

Rimane da vedere in che misura esse si calano nella prassi.

Le ricerche del gruppo condotto da M. Von Cranach hanno dimostrato - come anche altri studi - che, malgrado ciò che Kiesler (1966) definisce il "mito dell'omogeneità", fra i rappresentanti dei vari approcci esistono differenze sia a livello delle rappresentazioni sociali che a livello della prassi terapeutica. I modelli teorici strutturano l'interazione terapeutica (B. Thommen, R. Ammann, M. Von Cranach, 1988).

Dobbiamo riconoscere, dunque, l'esistenza di differenze sia teoriche che pratiche fra i diversi approcci.

Come valutare i differenti approcci?

È risaputo che esiste una netta tendenza a screditare le posizioni altrui. Si è prima di tutto partigiani del proprio discorso. Cosa qualifica dunque - in senso ampio - l'approccio terapeutico, il quale organizza la lettura strutturale data dal terapeuta alla sofferenza del paziente e, in una certa misura, ne guida gli interventi all'interno dell'interazione?

Come valutare gli approcci? Come distinguere quelli che sono scientificamente fondati da quelli che non lo sono (o lo sono in misura minore)? La pratica psicoterapeutica è un'istanza potenzialmente capace di verificare e confermare i concetti teorici ai quali si riferisce?

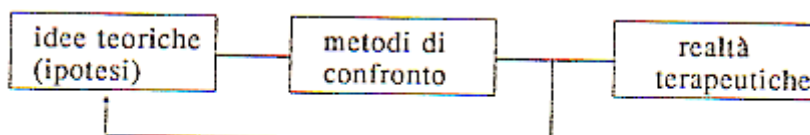
Vorrei tentare delle risposte o abbozzare dei criteri.

È possibile distinguere almeno tre tipi di valutazione (o di conferma) in senso ampio:

- 1) la valutazione o conferma privata, soggettiva;
- 2) la valutazione o conferma scientifica, oggettiva;
- 3) una valutazione o conferma che definirei "pseudo-valutazione" (M. Perrez, 1991).

La linea di demarcazione fra questi tre tipi di validazione non è netta, ma graduale. Tutti e tre i casi si caratterizzano per il rapporto specifico con la realtà, ossia per il rapporto che intercorre fra colui che valuta e il mondo dei fenomeni da valutare. Permettetemi di chiarire ciò che intendo con questi tre tipi di accesso alla realtà terapeutica.

L'incontro con la realtà è finalizzato ad un confronto fra le idee (aspettative, ipotesi) che formuliamo su certi aspetti della realtà terapeutica e la realtà stessa. Incontro che appare definito da almeno tre categorie di elementi:



Tab. 1

1) La realtà terapeutica è suscettibile di svariate letture, frutto di differenti modalità di rapportarsi ai postulati teorici.

2) I metodi. Le strategie messe in atto per confrontare gli assunti teorici con i processi terapeutici costituiscono il ponte fra la realtà e le ipotesi, le quali possono essere più o meno fedeli, contenere maggiori o minori contraddizioni.

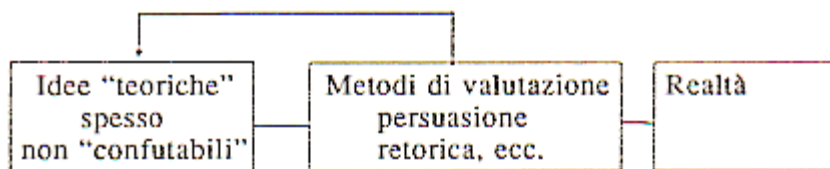
3) Affinché si raggiunga un confronto caratterizzato da un alto contenuto di informazioni è necessario che le idee (ipotesi) siano definite e che i metodi rispondano a criteri di oggettività che consentano un feedback correttivo.

Un'ulteriore complicazione deriva dal fatto che in psicoterapia lo stesso terapeuta fa parte della realtà, dei processi da valutare.

Ciò privilegia, a priori, un modello di ricerca triangolare che preveda che l'osservatore del processo terapeutico non si identifichi con il terapeuta che agisce.

Le caratteristiche dei tre tipi di valutazione e d'esperienza

Le "teorie" private, professionali, sono, sotto certe condizioni, accessibili alla correzione. Caratteristica che riconduce al concetto di "conferma" delle teorie. Queste appaiono suscettibili di correzione in seguito ad almeno due tipi di esperienza: quella quotidiana e quella scientifica. L'esperienza quotidiana si riferisce alla percezione immediata e spontanea, ed influenza la regolazione delle nostre azioni. Essa si rivela utile nell'affrontare numerosi compiti della vita garantendo, entro certi limiti, un'esistenza "normale". Il buon terapeuta è aperto a questa modalità d'esperienza, che gli consente di imparare ed incrementare il proprio sapere soggettivo e le proprie capacità terapeutiche in funzione dell'esperienza soggettiva. Quest'ultima, però, oltre a contenere numerose fonti di errore, dettagliatamente analizzate dalla psicologia sociale, va incontro all'azione deformante dei meccanismi di difesa. L'esperienza scientifica tenta di controllare queste fonti di errore, il che esige un notevole sforzo metodico. Al livello degli assunti teorici relativi ai differenti approcci, è possibile isolare alcuni gruppi di ipotesi accessibili tanto alla correzione dovuta all'esperienza privata quanto a quella attribuibile all'esperienza scientifica. Nella misura in cui tali postulati non si rivelino correggibili, ci troveremo in presenza di ciò che, in quanto impermeabile all'esperienza critica e correttiva, definisco ideologia. Come la psicoanalisi ha acutamente descritto, questo pattern d'azione rinvia, a livello privato, ad una costellazione nevrotica. Mentre a livello professionale tale funzione è svolta dalle dottrine che, grazie al contributo di partigiani apologetici, difendono i dogmi. La tabella 2 rappresenta l'autoreferenzialità di tale approccio alla realtà terapeutica che così appare deprivato, in misura maggiore o minore, di un riscontro correttivo con i fenomeni terapeutici.



Tab. 2: "Conferma" auto-referenziale

Riproponiamo, a questo punto, l'interrogativo: "La pratica terapeutica può confermare i concetti teorici che ne sono alla base?". Per ora risponderai in questo modo.

1) Molto spesso si tratta di ortodossie, ovvero di assunti inconfutabili, refrattari alla correzione e ampiamente diffusi in psicoterapia.

2) La conferma attraverso l'esperienza quotidiana rappresenterà, per la maggior parte dei buoni terapeuti, un'istanza di valutazione. Questi ultimi, aperti all'esperienza, correggeranno ed arricchiranno il proprio modello epistemico attraverso l'esperienza soggettiva. Questa esperienza potrà pur essere una fonte di ipotesi scientifiche, ma non costituirà un referente potenzialmente confermate in senso scientifico.

3) La conferma scientifica dei concetti teorici attraverso la pratica terapeutica esige ed è vincolata a numerose condizioni. Essa prevede, tra l'altro, l'osservazione scientifica del processo terapeutico e la pianificazione delle condizioni sperimentali per lo studio di casi individuali, cosa non sempre possibile.

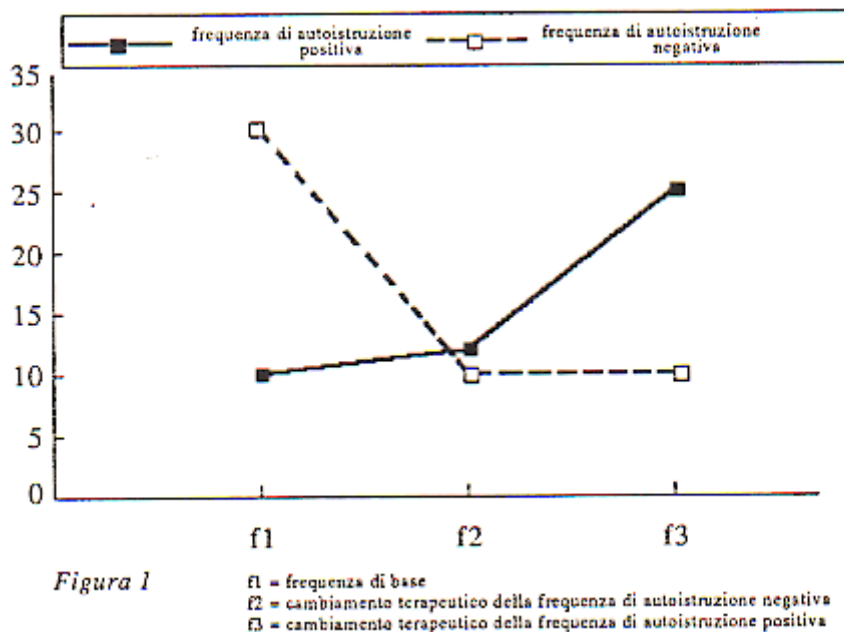
La descrizione successiva del caso, procedura impiegata da Sigmund Freud, non può in nessun caso essere considerata una validazione scientifica delle ipotesi teoriche.

L'applicazione alle terapie cognitive e sistemiche

Applicando il ragionamento appena fatto alle terapie cognitive e sistemiche, è possibile constatare che l'approccio cognitivo si occupa delle teorie soggettive dei pazienti. Una simile impostazione si basa su alcune ipotesi scientifiche relative al ruolo svolto dalle credenze soggettive (convinzioni ecc.) nel controllo del comportamento.

La ristrutturazione cognitiva consiste nell'identificare alcune convinzioni ideologiche erranee che il paziente si è creato in ordine alla realtà e nell'aiutarlo a scoprire strategie (più affidabili) che gli permettano di sottoporre le proprie idee sul mondo alle correzioni derivanti dall'esperienza quotidiana. La teoria terapeutica che sottende questo tipo di intervento postula l'esistenza di un legame fra la convinzione erranea e le emozioni (depressive). Questo assunto costituisce, nella testa del terapeuta, un elemento della sua struttura epistemologica.

Se egli riuscisse, in base a questa teoria, a guarire delle depressioni, si potrebbe parlare di conferma scientifica della teoria stessa?



In questo caso la verifica richiederebbe condizioni molto complesse.

Si renderebbe, ad esempio, necessario applicare un piano di ricerca sperimentale con un solo soggetto se si volesse ottenere una conferma relativa attraverso uno studio clinico.

I piani di ricerca sviluppati, a partire dagli anni '60, per lo studio delle relazioni causali o funzionali fra diverse variabili in relazione ad un solo caso, si prestano ad un simile progetto (Kratowill, 1978). Un esempio è fornito dai "multiple baseline design", i quali controllano simultaneamente nel tempo più variabili, esercitando un'influenza terapeutica prima su una variabile specifica e poi sulle altre (vedi fig. 1).

Lo sviluppo della metodologia dello studio di casi ha permesso la creazione di tutta una serie di possibilità metodologiche per attuare l'analisi scientifica del cambiamento nel soggetto (o nella coppia "terapeuta-paziente") (R.K. Yin, 1984). A questa si affiancano ricerche su gruppi di pazienti, le quali mantengono l'approccio "classico" nella valutazione degli effetti di un metodo. Ciò implica il ricorso a gruppi di controllo (o d'attesa), a gruppi di pazienti abbastanza omogenei, ad un trattamento terapeutico estremamente standardizzato ecc. (D.J. Kiesler, 1977).

Le osservazioni dovrebbero rispettare le regole che permettono il controllo di quegli errori che più frequentemente si verificano nell'osservazione diretta. Se il terapeuta non include nel suo percorso terapeutico e investigativo queste due condizioni (applicazione di un piano di ricerca e osservazione scientifica), la sua esperienza sarà di tipo soggettivo, funzionale a correggere il suo sapere privato.

Da alcuni anni la ricerca in materia di terapia cognitiva applica, in base a queste concezioni, dei metodi (triangolari) che prevedono che un gruppo di ricercatori affronti questo tipo di studio insieme ad un gruppo di terapeuti. Inoltre ciò permette di utilizzare piani di ricerca più affidabili (gruppo di controllo), con l'ulteriore risultato di avere oggi a disposizione una quantità impressionante di ricerche qualitativamente approfondite.

Per quanto riguarda il criterio dell'efficacia, la terapia cognitiva appartiene ai metodi più adatti per alcuni disturbi mentali, soprattutto certe depressioni (p.e. M.T. Elkin e al. 1989; S.D. Hollon, A.T. Beck), o fobie (S.L. Williams, A. Rappoport, 1983; H. Reinecker, 1993), e per il controllo degli impulsi aggressivi (G. Steffgen, D. Schwenkmezger, 1993).

Per ciò che concerne la terapia sistemica, il quadro da studiare appare ancora più complicato di quello relativo all'approccio cognitivo. Il terapeuta fa parte di un sistema costituito da tre, quattro o più membri. Una delle ipotesi che egli formula nel corso della terapia è: in base a che cosa si può capire di aver fatto una diagnosi oggettiva, valida e fedele (A. Julen, 1992)? La plausibilità è lontana dall'essere un criterio, e tanto meno sarà sufficiente che l'intervento - ispirato alle ipotesi del terapeuta - sia seguito da un successo. Questa eventualità è includibile in un piano di ricerca non sperimentale, all'interno del quale un evento è osservato dopo un altro evento, piano già criticato da David Hume, il quale denunciava la confusione fra post hoc e propter hoc. Inoltre un'osservazione controllata è indispensabile per evitare che il giudizio venga "viziato" dalle aspettative del terapeuta.

Per quanto riguarda le terapie sistemiche, è necessario distinguere due tipi di effetti: 1) il cambiamento al livello dell'interazione familiare e 2) il cambiamento al livello del disagio di un componente del sistema. Se si vuole guarire una depressione attraverso una terapia sistemica, bisogna prima di tutto dimostrare che si è cambiata l'interazione familiare e 3) che la depressione si è attenuata in funzione del primo mutamento.

Per quanto riguarda l'efficacia al livello del cambiamento nelle interazioni, pur non disponendo di molte ricerche ne esistono di soddisfacenti (H.P. Heekerens, 1988; K. Grawe, R. Donati, F. Bernauer, 1993; A.S.

Gurman, D.P. Kniskern, W.M. Pinsof, 1986) che si sono occupate di problemi di ordine familiare: conflitti familiari, problemi di coesione, di disgregazione, ecc. Inoltre, per il secondo tipo di problema, cioè quelli di ordine personale, a tutt'oggi esistono molte poche valutazioni scientifiche.

Nell'approccio sistemico si inizia a comprendere che la ricerca necessita di regole che trascendano il sistema terapeuta-paziente. Nella misura in cui queste disposizioni (piano di ricerca, osservazione controllata) non vengano rispettate, il confronto degli assunti teorici con la realtà non si realizza scientificamente. Al momento, per quanto riguarda lo studio della complessità di un sistema familiare le metodologie non sono che all'inizio (M. Perrez, 1993). Una parte del discorso sistemico attuale è da considerarsi più metafora dei fattori in gioco, che non una spiegazione scientifica.

Conclusioni

Ho confrontato dei criteri, distinguendo ciò che intendo per fondazione scientifica del discorso teorico in psicoterapia, in contrapposizione ad altri modi di affrontare il discorso, quali:

- attraverso l'esperienza quotidiana
- o attraverso strategie che caratterizzano le ideologie.

Adottando una lettura scientifica del tipo da me proposta e facendo un bilancio di ciò che tale prospettiva ha permesso di scoprire in ordine al processo terapeutico, direi che le numerose ricerche relative ad aspetti specifici di questo processo hanno rivelato non poche cose. Grawe, Donati e Bernauer (1993) ne offrono un'eccellente sintesi.

Ma la carta geografica del territorio psicoterapeutico contiene molte altre zone che permangono inesplorate o restano nell'ipotetico. Una constatazione che, per molti motivi, non mi scandalizza affatto.

- L'enigma uomo è la realtà più complessa che sia mai stata studiata. Esso chiama in causa il biologico, lo psicologico, il sociale ed il culturale.

- Il sapere scientifico - quale da me definito - si ispira a regole ferree che si scontrano con le nostre abitudini e con la rappresentazione comune del mondo.

Pur nondimeno non mi sembra che il discorso terapeutico possa essere screditato dal fatto che i principi teorici progrediscano su basi più ipotetiche che scientificamente confermate.

- Esso si squalifica, piuttosto, se non viene legittimato attraverso una valutazione scientifica della sua efficacia.

- Se pretende che i suoi principi teorici siano scientificamente verificati quando non lo sono.

- Se si chiude, attraverso tutta una serie di meccanismi difensivi, nella sua costruzione originaria.

- Se si concentra sulla diffusione di un approccio piuttosto che sui problemi psicopatologici, impedendo l'integrazione delle conoscenze disponibili in relazione a problemi specifici (W. Huber, 1992, 1993).

- Il futuro del sapere psicoterapeutico risiede, a mio avviso, nell'integrazione delle conoscenze dei differenti approcci con quelle della psicologia e della neuropsicologia. Ciò che auspico non è una "unità di dottrina", nè al livello teorico nè tecnico. Una simile unità non può esistere, per buoni motivi, in nessun campo della psicologia moderna. Auspico, al contrario, che la comunità scientifica che si occupa della psicoterapia e delle psicoterapie avvicini sempre più la propria metodologia agli standard di ricerca, in modo da rendere possibile un'intesa fra i differenti approcci. Le più prestigiose riviste scientifiche internazionali in campo psicoterapeutico ne sono la prova.

BIBLIOGRAFIA

- Elkin I., Shea M.T., Watkins J.T., Imber S.D., Sotsky S.M., Collins J.F., Glass D.R., Pilkonis P.A., Leber W.R., Docherty J.P., Fiester S.J., Parloff M.B. (1989) *Treatment of Depression* in Arch. Gen. Psychiatry, 46, pp. 971-982.
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1993) *Psychoterapie in Wandel* Hogrefe, Gottingen.
- Gurman A.S., Kniskern D.P., Pinsof W.M. (1986) *Research on marital and family therapies* in Garfield S.L., Bergin A.E. (a cura di) *Handbook of psychotherapy and behavior change* Wiley, New York, pp. 565-624.
- Heekerens H.P. (1988) *Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand* Zeitschrift für Klinische Psychologie, 17, pp. 93-105.
- Hollon S.D., Beck A.T. (1986) *Cognitive and cognitive-behavioral interventions* in Garfield S.L., Bergin A.E. (a cura di) *Handbook of psychotherapy and behavior change* Wiley, New York, pp. 443-482.
- Huber W. (1992) *Probleme, Angste, Depressionen* Beratung und Therapie bei psychischen Störungen.
- Huber W. (1993) *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique* Presses universitaires de France, Paris.
- Julen A. (1992) *Klinische Diagnostik in der Systemtherapie* Unveroff. Dissertation. Universität, Fribourg.

- Kiesler D.J. (1966) *Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm* Psychological Bulletin, 65, pp. 110-136.
- Kiesler D.J. (1977) *Experimentelle Untersuchungsplane in der Psychotherapie Forschung* in Petermann F., Schmock C. (a cura di) *Grundlagentexte der Klinischen Psychologie* Bd. 1 Forschungsfragen, Hans Huber, Bern, pp. 106-147.
- Patry J.L., Perrez M. (1982) *Entstehung-, Erklärungs- und Anwendungszusammenhang technologischer Regeln* in Patry J.L. (Hrsg.) *Feldforschung* Hans Huber, Bern, pp. 39-412.
- Perrez M. (1991) *The difference between everyday knowledge, ideology, and scientific knowledge* New Ideas in Psychology, 9, pp. 227-231.
- Perrez M. (1993) *Psychologie der pädagogischen Interaktion* in Weidenmann B., Krapp A., Hofer M., Huber G.L., Mandl H. (a cura di) *Pädagogische Psychologie. Ein Lehrbuch* Beltz, Weinheim, pp. 363-397.
- Reinecker H. (1993) *Phobien* Hogrefe, Göttingen.
- Steffgen G., Schwenkmezger P. (1993) *Psychologische Interventionsverfahren zur Modifikation von Ärger und Ärgerausdruck* in Hodapp V., Schwenkmezger P. (a cura di) *Ärger und Ärgerausdruck* Hans Huber, Bern, pp. 277-297.
- Thommen B., Amman R., Von Cranach M. (1988) *Handlungsorganisation durch soziale Repräsentationen. Welchen Einfluss haben therapeutische Schulen auf das Handeln ihrer Mitglieder?* Hans Huber, Bern.
- Van Caloen B. (1993) *Les discours cliniques: constitution d'objets des traitements différents à partir d'un même sujet?* Conférence au congrès "L'approche clinique dans les sciences humaines: possibilités et limites", Montréal, 1 octobre 1993.
- Williams S.L., Rappoport A. (1983) *Cognitive treatment in the natural environment for agoraphobics* Behavior Therapy, 14, pp. 299-313.
- Yin R.K. (1984) *Case Study Research. Design and Methods* Sage Publications, Beverly Hills.