

# **La terapia nella ricerca, la ricerca nella terapia**

Camilla Paganucci <sup>1</sup>

## **Abstract**

All'interno del Modello Breve Strategico l'attività terapeutica è profondamente legata alla ricerca. In particolare, ai principi della Ricerca-Intervento, che permettono una continua evoluzione del Modello. Questa logica circolare ha portato, nel tempo, alla messa a punto di modelli specifici basati sullo studio sistematico del funzionamento di specifici disturbi.

<sup>1</sup> *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Firenze, Italia*

## Introduzione

Il modello breve strategico (MBS) negli ultimi anni si è evoluto. E' cambiata soprattutto la logica dell'intervento. Possiamo definire "manipolatoria" la logica tipica delle sedute fino al 1995 circa, in cui lo stile del terapeuta era molto direttivo e in cui il momento culminante della seduta erano le prescrizioni, fase in cui il terapeuta cambiava stile, diventando molto più ingiuntivo e ipnotico per catturare l'attenzione del paziente (Nardone, 1991). Dal 1996 in poi, invece, le sedute si basano maggiormente sulla logica dell'*autoinganno* in cui la terapia, in particolare la prima seduta, è basata su una serie di *domande strategiche* ad imbuto che aiutano il terapeuta a mettere a fuoco le caratteristiche della situazione da risolvere e, parallelamente, danno al paziente la sensazione di trovarsi di fronte ad un esperto del problema. Le domande sono seguite da *parafrasi interrogative* costruite sulle risposte del paziente, che aiutano il terapeuta ad assicurarsi della correttezza delle sue ipotesi sul problema e danno al paziente l'illusione di guidare la seduta, perché si chiede a lui continua conferma di ciò che il terapeuta ha visto. Questo comporta, come vedremo, un rapido cambio di prospettiva del paziente riguardo al problema che porta.

## Evoluzione e Ricerca

L'evoluzione del modello è avvenuta grazie alla ricerca che nel MBS è sempre profondamente legata all'attività clinica (Nardone, 1997).

In particolare, si riferisce ai principi della *Ricerca Intervento*, le cui prime applicazioni si devono a Kurt Lewin (1951) nei primi anni '50, in ambito sociale. La definizione di ricerca intervento è *analisi comparata di condizioni ed effetti delle azioni sociali, che promuove l'azione sociale stessa*. Questo significa cambiare una condizione, nel momento stesso in cui si cerca di conoscerla. Questo è il *link* con il modello breve strategico in cui c'è la necessità di conoscere e cambiare, simultaneamente, un fenomeno che, nel caso specifico della psicoterapia, è un disturbo.

Questa logica della simultaneità rientra nell'epistemologia del MBS (Figura 1). Quando ci troviamo di fronte ad un disturbo, non basta l'osservazione, è necessario intervenire per capire la logica del suo funzionamento. Ovvero, essere guidati dal principio del *Learning by Doing*.

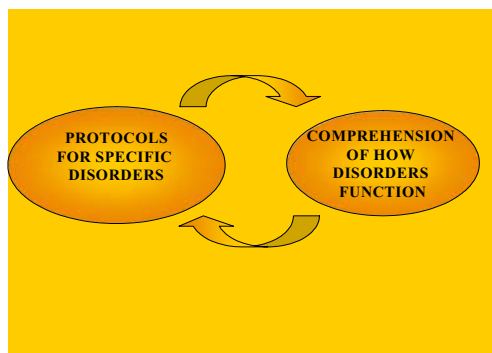


Figura 1. Principio di simultaneità all'interno del modello Breve Strategico

Nella ricerca all'interno del MBS, mettere a punto un trattamento specifico per uno specifico disturbo, di fatto, corrisponde alla comprensione del funzionamento del disturbo stesso. E' altrettanto vero che, nel momento in cui riusciamo a comprendere il funzionamento di un problema, si può mettere a punto un protocollo di trattamento. Non sappiamo dove il processo inizi o dove termini. In realtà non ci interessa. Stare dentro a questo sistema significa oscillare da una modalità all'altra, ossigenando continuamente il modello.

E' importante sottolineare che questa logica circolare appartiene a due diversi livelli del modello. Un *micro-livello*, che corrisponde alle singole sedute, in cui il terapeuta mette in atto questo processo conoscitivo e di cambiamento; un *macro-livello* che riguarda il modello teorico in generale. Un esempio di ciò è la messa a punto del protocollo per il disturbo del *vomiting* (Nardone, Verbitz, Milanese, 1999). La non efficacia dei protocolli messi a punto per l'anoressia e la bulimia su questo tipo di disturbo hanno delineato una patologia a sé stante, per cui è stato creato un protocollo *ad hoc*. Questo esempio riguarda entrambi i livelli perché il terapeuta cerca una soluzione terapeutica per il singolo paziente (micro-livello) e questa nuova osservazione definisce un nuovo protocollo che va a far parte del modello (macro-livello).

## **I Principi**

Sono fondamentalmente quattro i principi che legano la ricerca alla terapia e la terapia alla ricerca. Il primo è, come abbiamo già accennato, la *Simultaneità*: nel momento stesso in cui si cerca di conoscere un fenomeno, si opera un cambiamento. Un esempio nel modello sono le *domande strategiche* e le *parafrasi* in prima seduta, che permettono al terapeuta di fare delle ipotesi sul problema e, simultaneamente, fanno cambiare prospettiva al paziente riguardo al suo problema.

Il secondo principio è la *Modificazione del Campo*: stabilisce che l'obiettivo della ricerca è il cambiamento. Ancora di più lo è per la terapia. Anzi, le caratteristiche del modello evoluto inducono un precoce cambiamento.

Il terzo principio è quello della *Coincidenza*, ovvero dell'interazione che, nella ricerca, si instaura tra osservatore e osservato. Nello specifico della terapia si tratta dell'importanza della relazione che si instaura tra terapeuta e paziente, che può favorire o limitare l'effetto della strategia che viene utilizzata nel processo terapeutico.

Il quarto principio è quello di *Riproducibilità*, secondo il quale il ricercatore non insegna qualcosa ma trova soluzioni funzionali al problema insieme agli osservati che imparano a riprodurlo. In terapia, l'*esperienza emozionale correttiva* - così come concepita da Alexander - che viene indotta dall'esecuzione delle prescrizioni e la spiegazione dell'effetto, che viene sempre data dopo l'esecuzione, favorisce l'acquisizione di nuove soluzioni funzionali da parte del paziente, che poi le riprodurrà autonomamente. Ma le acquisisce perché egli stesso, guidato dal terapeuta, le ha sperimentate.

## **Le fasi**

Il processo di ricerca in terapia segue, essenzialmente, cinque fasi che riguardano entrambi i livelli del modello, in quanto descrivono l'approccio del terapeuta breve strategico

all'interno della seduta, verso il singolo problema, e del ricercatore breve strategico, all'interno della teoria. La prima fase riguarda l'*individuazione del problema* e la *definizione degli obiettivi*. Ricordiamo, infatti, che dove non c'è obiettivo non c'è strategia e non è possibile prevedere la direzione del trattamento. La seconda fase riguarda la *formulazione di ipotesi* per il cambiamento, cioè decidere quale sia la strategia più adeguata per modificare il fenomeno. La terza fase riguarda l'*applicazione delle ipotesi* per il cambiamento: è il momento in cui, ad esempio in prima seduta, il terapeuta sceglie le domande strategiche ad imbuto adatte e le relative parafrasi. La quarta fase riguarda la *valutazione degli effetti* ottenuti. La quinta riguarda la *sistematizzazione degli effetti*, infatti, quando il terapeuta si rende conto di aver ottenuto un effetto, è necessario formalizzarlo all'interno del modello.

### **Il ruolo della valutazione**

Una delle fasi più produttive è quella della *valutazione* degli effetti. E' la soglia critica tra pratica clinica e formulazione di un protocollo all'interno del modello. La valutazione può essere di due tipi (Zani, Palmonari, 1996): la *valutazione formativa* e la *valutazione sommativa*. La *valutazione formativa* avviene mentre il processo che si vuole valutare è ancora in atto. Ha soprattutto la funzione di verificare se gli effetti siano in direzione dell'obiettivo o meno. Nello specifico della terapia, ad esempio, significa verificare gli effetti delle prescrizioni, in cui il paziente verbalizza l'eventuale cambiamento dando al terapeuta l'occasione di consolidarlo. Insomma, la valutazione ci permette di verificare l'efficacia della strategia e apportare eventuali cambiamenti, garantendo la flessibilità del modello.

La *valutazione sommativa*, invece, viene eseguita dopo che il processo che si vuole valutare è terminato e la sua funzione è quella di verificare il raggiungimento degli obiettivi. Nello specifico della terapia, ad esempio, nell'ultima fase avviene la verifica insieme al paziente del raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Questo tipo di valutazione permette di "pesare" i risultati rispetto al caso specifico e al modello generale.

Entrambe le valutazioni vengono distinte in *oggettive* o *soggettive*. Alcuni Autori le distinguono in *realista*, la prima, e *costruttivista*, la seconda (Leone, Prezza, 1999). La valutazione realista consente di verificare l'andamento di alcune variabili rispetto a *criteri esterni oggettivi*. Un esempio ne sono gli studi sull'efficienza di un modello che utilizzano come criterio il numero delle sedute. La valutazione costruttivista o soggettiva, si basa su una verifica in base a *criteri importanti e stabili per i soggetti* implicati nel processo, in questo caso, terapeutico. Un esempio ne è la valutazione del percorso terapeutico da parte di terapeuta e paziente, in base al raggiungimento dell'obiettivo definito all'inizio del trattamento.

La valutazione è, quindi, un concetto che si insinua in ogni momento del processo e permette una continua verifica con possibili modificazioni in ogni momento. Non coincide quindi con il concetto statico di *controllo*, ma segue la logica della circolarità all'interno del modello (Figura 2).

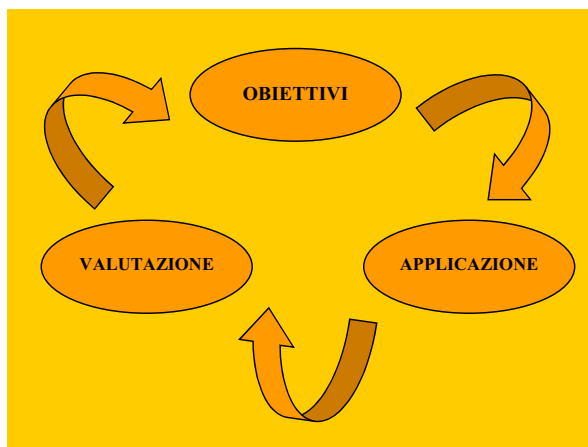


Figura 2. Logica circolare all'interno del modello Breve Strategico

Anche la valutazione ha la funzione simultanea di conoscenza e di cambiamento. Prendiamo come esempio la seguente situazione: **definizione del problema**: attacchi di panico; **ipotesi per il cambiamento**: strategia per distrarre l'attenzione dal sintomo; **applicazione**: prescrizione del *diario di bordo* (Nardone, 1991); **verifica degli effetti**: il paziente riporta un taccuino fitto di annotazioni e nessun tipo di cambiamento. Probabilmente abbiamo sbagliato la definizione del problema e quindi la strategia. Si tratta di un sistema percettivo-reattivo sul versante ossessivo piuttosto che su quello fobico. Dobbiamo fare un passo indietro nel processo, ridefinire il problema e riadattare la strategia.

L'errore non è quindi considerato un fallimento terapeutico. Individuare un errore, ad esempio la non efficacia di una prescrizione, dà un'informazione funzionale alla soluzione del problema. La questione, quindi, non è che il terapeuta Breve Strategico non commette errori. Li commette, ma grazie alla valutazione e alla flessibilità del modello possono essere individuati, corretti e, soprattutto, si può evitare di ripeterli (Lewin, 1948; Amerio, 2000).

Quello che abbiamo imparato facendo terapia e ricerca è che un disturbo non è un fenomeno stabile, statico; il disturbo si evolve nel tempo e un modello psicoterapeutico deve essere in grado di adattarsi ai cambiamenti. E il solo modo affinché questo avvenga è quello di legare sempre la pratica clinica con la ricerca.

## Bibliografia

- Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Leone, L., Prezza, M. (1999). *Costruire e valutare i progetti sociali*. Milano: Franco Angeli.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts: selected papers on group dynamics*. New York: Harper & Row.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science; selected theoretical papers*. New York: Harper & Row.
- Nardone, G., (1991). *Suggestione - Ristrutturazione = Cambiamento; l'approccio strategico e costruttivista alla terapia breve*. Milano: Giuffrè.
- Nardone, G. (1997). *Terapia Breve Strategica*. Milano: Cortina Editore.

