

FrancoArgenti

Collana diretta da M. Cesa-Bianchi

PSICOLOGIA

Giorgio G. Alberti

L'esperienza correttiva nelle psicoterapie

Un fattore comune
di cambiamento

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Giorgio G. Alberti

L'esperienza correttiva nelle psicoterapie

Un fattore comune
di cambiamento

FrancoAngeli

PSICOLOGIA

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*A mio padre,
Sergio Alberti,
da cui ho imparato la passione al cercar di capire*

Indice

Presentazione, di *Marcello Cesa-Bianchi* pag. 9

Premessa, di *Giorgio G. Alberti* » 11

Prima parte

L'esperienza correttiva: un fattore comune di cambiamento

1. Fattori comuni relazionali e specifici » 15

2. L'esperienza emotiva correttiva di Alexander » 21

Seconda parte

Evidenze cliniche delle esperienze correttive

3. Alla ricerca delle esperienze correttive nelle psicoterapie » 41

4. L'esperienza correttiva nella psicoanalisi dopo Alexander » 44

5. L'esperienza correttiva nelle terapie dinamico-esperienziali » 80

6. Le esperienze correttive nelle terapie umanistico-esperienziali » 104

7. L'esperienza correttiva nelle terapie cognitive » 130

8. Le esperienze correttive nelle terapie paradossali » 184

9. L'esperienza correttiva nella clinica » 205

Terza parte
L'esperienza correttiva nella ricerca empirica

10. Il sapere clinico e la conoscenza basata sulla ricerca empirica	pag. 253
11. La teoria terapeutica di J. Frank e l'esperienza correttiva	» 257
12. L'exposure e l'esperienza correttiva	» 269
13. La control-mastery theory di J. Weiss e l'esperienza correttiva	» 284
14. Recenti sviluppi della ricerca sull'esperienza correttiva	» 311
15. I contributi della ricerca empirica alla conoscenza dell'esperienza correttiva	» 334

Quarta parte
**L'esperienza correttiva e il processo
del cambiamento terapeutico**

16. Un processo terapeutico basato sull'esperienza correttiva	» 351
17. Un processo di cambiamento a due fattori: esperienza correttiva e alleanza terapeutica	» 362
Bibliografia	» 381

Presentazione

di *Marcello Cesa-Bianchi*

Questo libro è il prodotto di un percorso di ricerca e studio iniziato dal suo autore alla fine degli anni '90. Il suo primo lavoro sull'evoluzione integrativa della psicoterapie, il libro *Le Psicoterapie. Dall'elettismo all'integrazione*, fu pubblicato nel 2000 in questa stessa collana, ed altri lo seguirono, in forma di articoli, capitoli di opere a più mani, interventi a convegni.

L'interesse per la comparazione e l'integrazione tra le psicoterapie animò il suo più che decennale insegnamento presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università di Milano, che allora dirigevo.

In questo libro si propone un modello generale del processo del cambiamento terapeutico fondato sull'interazione tra alleanza terapeutica ed esperienze correttive. Mentre l'alleanza è uno dei fattori terapeutici più studiati e accreditati anche sulla base di numerosissime e concordanti ricerche empiriche che ne dimostrano la correlazione con l'esito, l'esperienza correttiva è un tema ancora controverso, sia probabilmente perché a suo tempo ostracizzato dall'ortodossia psicoanalitica, sia anche perché troppo contiguo a un'interpretazione della psicoterapia in chiave di apprendimento.

Nella presente ricerca Alberti illustra evidenze cliniche ed anche empiriche, che attestano del ruolo svolto dall'esperienza correttiva, in quanto fattore comune di efficacia, nelle più importanti psicoterapie.

Attingendo alla letteratura clinico-descrittiva, a elaborazioni teoretiche e poi soprattutto alle trascrizioni letterali dei dialoghi tra terapeuta e paziente, egli è riuscito a evidenziare quanto sia rilevante la disconferma esperita di aspettative disfunzionali affinché il paziente le modifichi, evolvendo psicologicamente. E quanto essa sia determinante in tutto l'ampio spettro delle terapie odierne, dalle psicoanalitiche alle cognitive, dalle rogeriane alle gestaltiche, dalle dinamico-esperienziali alle paradossali.

Su questa base egli poi prospetta la possibilità che le esperienze correttive siano, grazie anche all'interazione virtuosa con l'alleanza, il punto di svolta di un percorso terapeutico di carattere generale, valido per le princi-

pali psicoterapie esistenti. È evidente che l'opera di Alberti porta una sfida ai particolarismi di scuola perseguendo una legge generale del cambiamento terapeutico. Anche solo questo intento ne giustifica la lettura da parte sia degli operatori del settore, sia dei giovani che frequentano una scuola psicoterapeutica, i quali potranno apprezzare di quest'opera il rigore, la chiarezza, il significato innovativo e anticonformista.

Premessa

di *Giorgio G. Alberti*

Questo libro è un tentativo di dimostrare che un meccanismo terapeutico unico e comune spiega l'azione mutativa delle più diffuse psicoterapie. Questo meccanismo è l'esperienza correttiva, un fenomeno che per primo mise in evidenza lo psicoanalista Franz Alexander, il quale per questa sua scoperta, e per le applicazioni terapeutiche che ne propose, fu duramente criticato dall'establishment psicoanalitico del suo tempo.

Egli aprì però una breccia attraverso cui si fecero poi strada molti dei successivi sviluppi della psicoanalisi. Non solo, egli descrisse il meccanismo dell'esperienza correttiva in modo sufficientemente chiaro e rigoroso da permettere di identificarne la presenza in forme di psicoterapia del tutto diverse da quella psicoanalitica.

Rese così possibili indagini come quella contenuta in queste pagine, il cui filo conduttore è la ricerca dell'esperienza correttiva in un ventaglio ampio di diverse psicoterapie, dalle psicoanalitiche alle dinamico-esperienziali, dalle rogeriane alle gestaltiche, dalle cognitive e comportamentali alle paradossali.

La presente ricerca è stata condotta sia su materiale clinico, comprese le forme oggi più avanzate di documentazione, come la registrazione dei dialoghi tra terapeuta e paziente, sia sul materiale emerso da ricerche empiriche rigorose, che nella sua essenza conferma ed anche amplia quanto emerso dalla clinica.

In tutte queste psicoterapie abbiamo trovato evidenze chiare del ruolo centrale, in quanto essenziale meccanismo mutativo, di esperienze tangibili grazie a cui il paziente può concretamente e liberamente esperire che certe sue idee su di sé e sugli altri sono inadeguate, e che per raggiungere un nuovo e più sano equilibrio psicologico egli deve correggerle, e insieme modificare determinati aspetti del suo "funzionamento" emozionale, cognitivo e comportamentale.

Sulla base di queste evidenze si è ritenuto possibile delineare un modello generale del processo di cambiamento psicoterapeutico fondato sul meccanismo comune dell'esperienza correttiva e sulla sua interazione con l'altro fattore comune, l'alleanza terapeutica.

Prima parte

*L'esperienza correttiva:
un fattore comune di cambiamento*

1. Fattori comuni relazionali e specifici

Uno dei principali filoni d'indagine della ricerca che da ca. 40 anni esplora la possibilità di superare le differenze tra le diverse psicoterapie e di realizzarne un'integrazione è quello riguardante i cosiddetti fattori comuni. Con questo termine si intendono concetti teorici, procedure, vissuti soggettivi, comportamenti, modalità interattive tra terapeuta e paziente, che si ritrovano uguali o molto simili in psicoterapie diverse.

L'idea che le psicoterapie agissero grazie a fattori mutativi comuni è stata per la prima volta formulata da Rosenzweig (1936). Essa fu ripresa quando negli Stati Uniti i terapeuti delle diverse scuole iniziarono ad avvicinarsi e confrontarsi (Beitman *et al.* 1989). L'ipotesi dei fattori comuni, formulata prima che nascesse la ricerca empirica in psicoterapia, è stata poi fortemente chiamata in causa e rafforzata dalle ricerche sull'esito, iniziate negli anni '70-'80 dello scorso secolo, le quali dimostrarono che le principali psicoterapie davano risultati praticamente uguali. Come plausibile spiegazione di questa eguaglianza si pensò immediatamente che fossero all'opera, nelle diverse terapie, fattori identici ed efficaci che ne influenzavano in modo uguale il risultato. In effetti Arkowitz (1997) aggiunse alla definizione di fattore comune inteso come somiglianza, teorica o tecnica, quella di fattore comune, inteso anche come fattore di esito, cioè più o meno strettamente correlato con il risultato terapeutico.

Nel periodo di circa 70 anni passati dalla prima formulazione del concetto di fattore comune ne sono state fatte numerose proposte particolari.

Rosenzweig ha ritenuto fattori comuni la capacità del terapeuta di ispirare speranza al paziente e il prospettargli modi diversi e più plausibili di concepire se stesso e il mondo.

Pochi anni dopo Alexander e French (1946) hanno proposto come fattore comune l'esperienza emotiva correttiva, cioè l'esperienza concreta che una certa realtà, in genere la figura del terapeuta, è diversa da come il paziente se la aspetta.

Rogers (1951, 1957) spostò l'accento su certi atteggiamenti del terapeuta, che influenzerebbero il rapporto col paziente, essendo necessari e sufficienti a produrre il cambiamento terapeutico: calore umano, empatia, accettazione incondizionata e considerazione positiva.

In una prima versione della sua teoria terapeutica Frank (1961) considerò fattori comuni a tutte le psicoterapie l'ispirazione di speranza, l'attivazione di stati emotivi, la spinta a cambiare comportamento fuori seduta e la promozione di una diversa visione di sé e dei propri problemi attraverso interpretazioni ed esperienze emotive correttive.

In una successiva formulazione (Frank 1973, 1974) egli partì dall'assunto che alla base di ogni patologia neurotica vi fosse uno stato di demoralizzazione, cioè una perdita di autostima e un senso di impotenza e sfiducia, e suggerì che l'obiettivo di ogni psicoterapia dovesse essere quello di contrastare tale condizione. Egli riteneva necessari a questo scopo: una relazione di fiducia emotivamente ricca con una persona disposta ad aiutare, uno schema teorico suscettibile di spiegare i sintomi, un rituale condiviso e praticato insieme che comportasse esperienze di successo.

Raimy (1975) ravvisò come fattore comune il fatto che tutte le psicoterapie mirano a modificare idee e credenze errate che il paziente ha di sé, presentandogli evidenze che le smentiscono.

A fine anni '70 del secolo scorso Brady *et al.* (1980) promossero un dibattito sugli ingredienti efficaci delle psicoterapie riunendo un gruppo di noti terapeuti di diversi orientamenti. Emerse un generale consenso sul fatto che procurare al paziente nuove esperienze, dentro e fuori seduta, fosse un ingrediente centrale per tutte le forme di terapia. Sebbene vi fossero differenze rispetto a come si potessero promuovere tali esperienze esse erano ritenute importanti da tutti in quanto suscettibili di modificare la concezione di sé del paziente.

In un suo articolo volto a fare il punto sul cambiamento psicoterapeutico Goldfried (1980) ha ritenuto esservi tra i terapeuti un ampio consenso su strategie cliniche comuni tra i diversi approcci, quali quella di far fare al paziente nuove esperienze a carattere correttivo, e quella di dare un feedback diretto alle sue manifestazioni.

Altri autori hanno più recentemente proposto altri possibili fattori comuni, tra cui l'accettazione (Hayes *et al.* 1994) e l'esperienzialità (Bohart 1993).

Come è evidente da questa sintetica rassegna, le proposte di fattori comuni, derivate dall'esperienza e dalla speculazione clinica di alcuni studiosi autorevoli, si sono moltiplicate nel tempo, al punto che si è resa necessaria una riflessione complessiva. Un esempio è quella di Greencavage e Norcross (1990) che hanno suddiviso le diverse decine di proposte desunte da 50 pubblicazioni sul tema, riunite in 35 fattori comuni, in cinque categorie: caratteristiche del paziente, elementi della relazione, qualità del te-

rapista, processi di cambiamento, strutture di trattamento. Per ognuno dei singoli fattori comuni individuati e, di conseguenza per le cinque categorie in cui essi rientravano, essi hanno poi calcolato il numero delle proposte avanzate, ottenendo una sorta di indice di consenso sul fattore e sulla rispettiva categoria.

Nella prima categoria, relativa alle caratteristiche del paziente, figuravano come fattori più accreditati le aspettative positive del paziente verso il trattamento (13 su 17 proposte). Nella seconda, relazione terapeutica, il fattore di gran lunga più accreditato era lo svilupparsi di un'alleanza o di un rapporto (28 su 38 proposte). Nella terza, relativa alla qualità del terapeuta, da un lato troviamo i suoi attributi positivi (12 su 46 proposte) dall'altro atteggiamenti favorevoli delle aspettative positive nel paziente o una buona relazione (calore, empatia, accettazione) con 29/46 proposte.

Nella quarta e più ampia categoria, quella dei processi di cambiamento, i 16 fattori comuni individuati erano più differenziati: i due più rappresentati era la possibilità di catarsi o sfogo emotivo (19/134) e l'acquisizione e/o la pratica di nuovi comportamenti (16/134). Con frequenza inferiore figuravano il dare una spiegazione del problema, il promuovere consapevolezza, l'apprendimento emotivo o interpersonale, la promozione del controllo di realtà, la suggestione e le esperienze di successo e padronanza (complessivamente 60/134). Altri processi di cambiamento erano decisamente meno rappresentati: persuasione, effetto placebo, identificazione col terapeuta, gestione delle contingenze, riduzione della tensione, modellamento, desensibilizzazione ed istruzione/educazione (39/134).

Infine nel quinto gruppo, comprendente 7 diverse cosiddette strutture di trattamento, figuravano al primo posto tecniche o rituali (7/29), esplorazione del mondo interno (5/29), e poi, con valori modesti, aderenza a una teoria, un setting curativo, ed altri fattori complessivamente poco rilevanti.

Il lavoro di Greencavage e Norcross fornisce un panorama interessante delle opinioni più accreditate sui fattori comuni alla fine degli anni '80, i cui tratti più salienti sono:

1. v'è generale accordo sul fatto che i fattori comuni sono di tipi diversi, riguardanti da un lato le variabili presenti a priori nel paziente e nel terapeuta, dall'altro la relazione tra paziente e terapeuta e dall'altro ancora i processi mutativi;
2. vi è accordo ancora più esteso che vi sono aree di maggiore rilevanza ed aree meno importanti; massimo accordo v'è sull'importanza della relazione tra paziente e terapeuta, intesa sia come alleanza sviluppata sia come prevedibile conseguenza delle più salienti caratteristiche del terapeuta e del paziente;
3. v'è invece incertezza e disaccordo circa i processi di cambiamento propriamente detti: il consenso si concentra su alcuni diversi meccanismi mutativi di cui i principali, catarsi, acquisizione di nuovi comportamen-

ti, fornire una spiegazione, promuovere consapevolezza e apprendimento emotivo e interpersonale, sono accreditati in misure pressoché uguali. Sebbene qui giochino certo le affiliazioni teoriche degli autori, è probabile che influisca anche un'incertezza intrinseca circa i reali meccanismi di cambiamento.

In sostanza, mentre v'è tra tutti gli autori una sostanziale identità di vedute sull'importanza di una buona relazione paziente-terapeuta per l'esito di qualsiasi psicoterapia, non vi è nessun paragonabile accordo sui meccanismi di cambiamento.

Il rapporto tra fattori comuni ed esito delle psicoterapie, già incluso come criterio definitorio da Arkowitz, è stato più recentemente esaminato da Lambert e Ogles (2004) i quali affermano che in base all'evidenza empirica disponibile è ormai sicuro che i fattori comuni sono responsabili di una quota sostanziale, se non la maggior quota, del miglioramento riscontrabile nei pazienti in psicoterapia.

14 anni dopo Greencavage e Norcross, Lambert e Ogles (2004) propongono quindi una nuova classificazione dei fattori comuni, raggruppandoli in tre categorie, i fattori che svolgono azione di sostegno, quelli che promuovono un apprendimento e quelli ancora che portano il paziente a cambiare comportamenti. La cosa più interessante di questi tre gruppi è che essi sono intesi rappresentare una generale successione con cui si attiverebbero i diversi fattori comuni nel corso delle principali psicoterapie: i fattori di sostegno, tra cui un rapporto collaborativo improntato a fiducia e sicurezza comportante riduzione di tensione e ansia, precedono i cambiamenti del modo in cui il paziente concettualizza il proprio problema, le sue convinzioni e i suoi atteggiamenti, che a loro volta precedono i cambiamenti dei modi in cui il paziente affronta le proprie ansie, si assume nuovi rischi ed elabora nuovi modi di gestire certi problemi interpersonali.

Lambert e Ogles riportano un dato concordante con quello già emerso dalla rassegna di Greencavage e Norcross, e cioè che il fattore comune meglio documentato anche a livello di ricerca empirica è l'alleanza terapeutica. Essi ricordano come diverse meta-analisi abbiano tutte concordemente dimostrato che una buona alleanza precoce predice l'esito favorevole di psicoterapie di diverso orientamento (Horvath e Symonds 1991; Martin, Garske e Davis 2000). Essi portano anche le due opinioni prevalenti circa l'azione della buona alleanza: la prima è che essa sia necessaria ma non sufficiente in quanto fattore di esito, e che debba accompagnarsi, in quanto facilitatore, a procedure terapeutiche specifiche; la seconda che essa invece sia in se stessa sufficiente a determinare miglioramento clinico e che quindi non siano necessarie procedure specifiche se non in funzione del tutto secondaria.

<i>Fattori di sostegno</i>	<i>Fattori d'apprendimento</i>	<i>Fattori d'azione</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Catarsi2. Identificazione col terapeuta3. Attenuazione dell'isolamento4. Relazione positiva5. Rassicurazione6. Riduzione della tensione7. Struttura/Ordine8. Alleanza terapeutica9. Partecipazione attiva terapeuta/paziente10. Esperienza del terapeuta11. Calore, rispetto, empatia, accettazione, genuinità del terapeuta12. Fiducia	<ol style="list-style-type: none">1. Consigli2. Esperienza affettiva3. Assimilazione di esperienze problematiche4. Apprendimento cognitivo5. Esperienza emotiva correttiva6. Feedback7. Crescita di consapevolezza8. Spiegazione del problema9. Esplorazione dello schema di riferimento interno10. Cambiamento delle aspettative di efficacia personale	<ol style="list-style-type: none">1. Regolazione del comportamento2. Padronanza cognitiva3. Incoraggiamento ad affrontare i propri timori4. Assumersi dei rischi5. Sforzarsi a controllare6. Modellamento7. Praticare il controllo di realtà8. Esperienza di successo9. Elaborare

Esemplare di questa seconda tesi è il contributo di Duncan (2002). Partendo da dati forniti da Lambert (Assay e Lambert 1999) – secondo cui i fattori inerenti al paziente e alla relazione terapeutica giustificano l'85% della varianza dell'esito, e le tecniche specifiche solo il 15% – egli sostiene che le tecniche debbano essere subordinate all'obiettivo di creare quell'unico fattore di cambiamento che è una relazione effettivamente terapeutica.

Questa è però una visione molto discutibile in quanto restringe il concetto di fattore comune alla sola relazione, dimenticando come anche fattori extrarelazionali, ad esempio tutti gli interventi di sostegno, la promozione dell'affrontamento di situazioni ansiogene, gli interventi volti a promuovere la comprensione dei propri motivi, l'esperienza emotiva correttiva, figurano da sempre tra i fattori comuni. Esistono quindi fattori comuni che non sono in senso stretto relazionali, e che in questa prospettiva sono radicalmente trascurati.

Per di più, vi è ormai sufficiente evidenza empirica del fatto che la stessa costruzione di una buona alleanza richiede interventi specifici come il sostegno, l'interpretazione di pattern difensivi ed altri ancora (Alberti 2004). Inoltre, si ritiene che, una volta creatasi, l'alleanza non agisca di per sé ma che essa debba fungere da elemento facilitatore di ulteriori interventi specifici (Martin, Garske e Davis 2000; Orlinsky, Ronnestad e Willutzki 2004),