

Allora, a cosa ci è servita tutta questa storia?

D:Siamo partiti con una domanda, che cosa è e che cosa significa questa valutazione della psicoterapia?

R: creare una conoscenza sia qualitativa che quantitativa , creare una conoscenza sulla terapia.

R: differenze tra i vari modelli.

R: capire quanto vale un articolo o una ricerca.

R: fattori trasversali ai vari modelli e quelli invece più specifici

Valutazione è una parola con varie sfaccettature, uno dei problemi dell'organizzazione di questo corso.Vediamo le cose che ci siamo prefissati di rispondere a questo corso e appunto cosa entra in quale casella:Valutare un intervento clinico, come guardare una terapia, misurare la terapia e cosa significa, un misurare buono o un misurare cattivo, nel senso di inserirle in caselle nosografiche, un forzare le cose oppure no, un fare ricerca e in che modo può essere interessante fare ricerca per approfondire le conoscenze ma anche essere clinici, per fare delle cose non perché qualcuno ce l'ha insegnato.Un primo aspetto valutativo in termini generali e un altro aspetto, della seconda metà del corso, riguardo fare un po di luce sui vari modelli e teorie di psicoterapia, e questa cosa vi è arrivata e sembra che è piaciuta e capire le differenze tra le varie tipologie di intervento, di capire come la mente nella fase dello sviluppo non sia una mente aliena, ma che sia la stessa mente "????????", ed evolve nelle varie fasi eh è influenzata da meccanismi di varia natura, come di fatto rientra tutto nella stessa mente umana.

Quindi abbiamo affrontato questi obiettivi facendoci delle domande,E quindi la prima parte del corso è stata orientata sull'outcome, la parte meno amata ma una parte importante; ci siamo fatti la domanda che si è fatta anche la comunità scientifica e psicoterapeutica : che cosa vuol dire valutare la terapie vuol dire una terapia che funziona, valida da una non valida, perché ora se uscite e farete una scuola di psicoterapia e vi troverete il primo paziente, dopo aver fatto la prima interpretazione, come posso capire se ciò che sto facendo è ok, e che porterà un cambiamento nel mio paziente.cosa lo aiuta e di cosa ha bisogno, e questo porta nelle nostri menti a dire: ok ma li spendo questi soldi per la psicoterapia, quale è la terapia che funziona.Purtroppo ci siamo accorti che rispondere a queste due domanderei entra in un campo piuttosto spinoso, perché queste risposte non ci sono ancora, e le metodologie con cui abbiamo deciso di rispondere a queste domande (RCT,Meta analisi,confronti tra i gruppi, importanza di usare una misura sull'effettore proprietà particolari delle misure dell'outcome),sono cose importanti per la scienza e per il metodo, ma che ci hanno dato, con i nostri dati e il massimo rigore possibile, delle risposte sempre meno soddisfacenti, risposte sempre più complicare, ma con più limiti.Non so se vuoi siete usciti dalla prima parte del corso con delle idee chiare sull'outcome e sulla psicoterapia più efficace. Io spero di no , anche perché in letteratura è difficile capire cosa si intenda per più efficace.Con questo non voglio dire che è inutile la ricerca sull'outcome,ma ci siamo detti che c'è una

parte importantissima di necessità di dare risposte temporanee, la necessità di capire quel che è l'efficacia istituzionale, cioè vederci come professionisti e dire, ok non siamo meno dei medici, non siamo fanfaroni, noi anche se non abbiamo tutte le risposte, dobbiamo porci come dei professionisti, e come professionisti che operano con una terapia che funziona, almeno tanto quanto lo psicofarmaco, perché ragazzi guardate che tutti questi problemi metodologici che ci siamo posti qui ci sono anche in medicina, non è che la medicina è una scienza esatta, a seconda del mio stile di vita o del mio stesso farmaco mi uccide o mi salva, allora loro hanno il potere istituzionale, come ad esempio fare una ricerca senza follow up, o al massimo di 15 giorni. C'è molto lavoro serio in medicina, ma non più di quanto ce ne è in psicologia allora perché quando facciamo qualcosa noi dobbiamo passare per il visto dello psichiatra, o perché nelle risorse umane ci sono i filosofi a fare counseling e non gli psicologi? Questo perché a livello istituzionale, noi non abbiamo una forte identità di efficacia, tutta questa storia è importante per la categoria clinici. D'altro canto, come psicologi e psicoterapeuti in formazione, noi dobbiamo chiederci quale è la nostra capacità di valutare l'efficacia clinica, e le metodologie (RCT e altre cose), questo tipo di ricerca sull'outcome difficilmente ci dà uno spaccato reale della condizione del paziente, infatti avremmo pazienti molto distanti dal modello di paziente puro della RCT, e per andare a cercare questo tipo di risposte avevamo un ulteriore ostacolo, che è quello del "verdetto di Dodo", il discorso che c'è un'equivalenza nel discorso delle psicoterapie così misurate. Allora in un certo senso come possiamo valutare l'efficacia di una psicoterapia che sia del mio modello o della mia psicoterapia, ma che allo stesso tempo sappiamo che non c'è una vera differenza tra i vari modelli, se poi si equivalgono. Poi si apre il discorso relativo ai fattori comuni, cioè che cosa sono questi fattori comuni che succedono nel dipanarsi di una terapia indipendentemente da ciò che si fa nella terapia, allora un po' qui abbiamo affrontato la seconda grande area della ricerca in psicoterapie che è la domanda sul processo, ovvero se esattamente la tecnica o il mio discorso non è poi così differente, che cosa può essere che porta il cambiamento. In quanto gli RCT ci dicono che effettivamente si fa la gente cambia con la terapia e sta meglio. Che cosa c'è al nucleo, al cuore del processo terapeutico dell'intervento e ci siamo dati una risposta, ovvero è questo: la dizione, la parola e l'interazione e questo però è un po' sconcertante, dopo aver fatto ore di vari modelli e poi accidenti, è solo questo che genera il cambiamento, e che tra l'altro non abbiamo mai studiato nei suoi termini funzionali e nei suoi elementi unitari. E quindi la domanda sensata da fare è: abbiamo un modello dell'interazione con il quale leggere i fattori comuni aspecifici, e soprattutto, una volta fatta questa piccola divagazione al fatto, se conoscevamo i modelli, quelli di intervento clinico, e se in qualche modo eravamo capaci di riconoscere all'interno di questi modelli di intervento clinico, questi fattori relazionali e quanta parte di questi fattori relazionali erano presenti in maniera esplicita nei modelli. Ci siamo dati una carrellata di modelli però siamo arrivati a fare un piccolo punto, un insight su come parole diverse potessero indicare uno stesso fenomeno da un lato, modi diversi di modellare la persona hanno dentro di sé una componente bio-psico-

sociale e collegamento tra paziente terapeuta e mondo del paziente. Qualche modello è più esplicito a dire ok c'è un'interazione, un'alleanza terapeutica, mentre altri modelli di meno. Allora per cercare di arrivare al nocciolo della questione, ovvero costruire un modello efficace di interazione, dove potessimo andare a leggere cosa succede tra due persone, in maniera trasversale ai modelli, abbiamo deciso di fare un passo indietro, e se c'è una disciplina della scienza che va a studiare l'interazione senza proiettarci dentro dati teorici di modelli terapeutici e il loro bagaglio, questa è l'enfant research, che tramite lo studio etologico del bambino e del genitore, codificando e studiando ogni movimento muscolare, con ogni storia raccontata e con ogni giocattolo, si sono messi a modellare come l'interazione comincia e si sviluppa nel primo arco della vita, l'abbiamo fatto un pochino con il fascino di una suggestione antica, ovvero come nel bambino così nell'adulto, idea di modello evolutivo presente in tutte le prospettive teoriche, in quanto cambiamento è evoluzione. E il modo più semplice per pensare all'evoluzione con l'uomo è che utilizzi gli stessi meccanismi dell'evoluzione normale. E quindi avevamo qui una domanda chiave per tutto il discorso, e cioè come è possibile che la relazione generi cambiamento? Questa è veramente la domanda che incarna il senso di questo corso, il senso di valutare la psicoterapia. Come è possibile che quello che io dico e quello che io faccio con il mio paziente lo faccia cambiare, perché se riesco a rispondere a questa domanda, riesco anche a valutare se il mio intervento sia un buon intervento, poiché ho un modello su come questa cosa succede. E se io posso capire come questa relazione generi cambiamento, posso rinforzare questa relazione in maniera attiva, un agente consapevole. E' ciò di cui parlano articoli e ricerche, riguardo alla relazione efficace, alleanza terapeutica; che cos'è, se non una relazione che genera cambiamento. E quindi, attraverso lo studio dell'analisi madre bambino ci siamo un po' visti come avviene la co-costruzione di questo processo interattivo: abbiamo visto che si parte già dal feto e si continua a co-costruire necessariamente questa continua rete di pattern, di schemi ripetitivi che all'inizio sono veramente solo sensoriali, ma che mano a mano si accumulano e evolvono verso un'astrazione, dove tanti indizi ci portano verso la relazione prodromica del proto-se. E c'è questa grande suggestione che, le modalità di co-costruzione del processo interattivo che sono presenti nella relazione madre-bambino sono le stesse che sono attive nella relazione adulta, tra paziente e terapeuta, tra una coppia romantica. Da un lato sembra abbastanza evidente, mentre da un'altra c'è tanta ricerca, che effettivamente vede questi meccanismi attivi, leggendo come autoregolazione e regolazione interattiva che intervengono e come la rottura di questi meccanismi sia focale nel momento del cambiamento, quando in uno dei due questo schema che veniva sempre messo in atto viene messo in discussione da un evento e si rompe, la rottura del pattern permettesse viene colta, l'emersione dall'inconscio al conscio.

Abbiamo visto che i canali con i quali questo processo avviene sono :
regolazione attesa (io mi comporto: io in funzione di te, diverso dall'individualità unitaria, per essere io ho bisogno dell'altro), e la capacità di predire questa regolazione è uno dei processi importati di organizzazione dell'esperienza;

come secondo i processi di rottura-riparazione e in terzo è quello dei momenti affettivi intensi, idea che è l'emozione il grande manopola dell'organizzazione dell'esperienza, e come l'emotività è un processo con la quale viene regolata la memoria.

Ricapitolando ci siamo costruiti questo modello, sistemico-diadico, di come l'interazione avviene e non sia solo un fenomeno di comportamento, ma che attraverso il comportamento si può costruire dei contenuti psichici della stratificazione del sé del bambino e dell'organizzazione di esperienza del sé e del bambino. Nell'interazione questo scambiarsi pattern a livello pre-simbolico o simbolico, come elemento fondato della mente nella fase dello sviluppo, e come questa mente continua ad evolversi giorno dopo giorno nell'esperienza.

A questo punto abbiamo fatto l'ultimo passo, tornando ai modelli. Ma tutto questi fatti, li possiamo usare da soli. Abbiamo bisogno di usare dei modelli, come guida, che dia forma alla complessità dell'esperienza. Lo sforzo che abbiamo cercato di fare è stato quello di rendere consapevole il modello clinico di questi processi interattivi, e l'abbiamo fatto attraverso il modello relazionale di Mitchell, Greenberg e Lowenfeld. E questo modello di Mitchell, tornando all'adulto in un contesto psicodinamico-psicoanalitico, anche se molto diversa da altre. Questo modo di stare nella psicoanalisi è un modo molto consapevole anche dei modelli diadici che ci siamo descritti. Lui li descrive attraverso questi diversi layer (come dei pancake), tra cui il comportamento pre-simbolico, cioè che avviene al 90% nel bambino, poi abbiamo visto la permeabilità affettiva, quindi come le emozioni sfumano tra una persona e l'altra, di come ci siano meccanismi innati che cablano la mia emozione con la tua emozione. Salendo di complessità abbiamo visto anche le configurazioni sé-altro dove ci avviciniamo al pensiero classico della psicologia dinamica, come le relazioni oggettuali, innestato anche nel tutto il resto, in maniera organica e sensata. Per ultimo livello quello dell'intersoggettività, il riconoscimento dell'altro come individuo, che di solito diamo per scontato nell'adulto, astraendo gli altri livelli. Cercare di dire che tutti questi elementi sono presenti nel mio modello di mente, e quindi posso fare un modello che tiene in considerazione dell'interazioni, quindi i fattori comuni e quello che realmente funziona nel RCT, che effettivamente fanno funzionare questo motore, e che questo motore che costruisce via via gli elementi più complicati, come il pensiero astratto o secondario, che a loro volta interagiscono tra di loro e con il terapeuta, livello dove i modelli sono più specifici. Avere un modello di psicoterapia che ci permette di mettere insieme tutte queste cose ci consente di fare veramente ciò che ci è chiesto e di fare psicoterapia. Se la persona è con me anche livello viscerale, o se andiamo incontro a una rottura e se può essere riparata tramite la relazione, se riusciamo a vedere insieme tutti questi livelli, possiamo vedere il paziente a 360 gradi, e come stare con lui, non solo simbolicamente, ma anche con il modo di porsi, lo stare con il paziente e come si riflette nello stare nella relazione.

C'è stato un passo ulteriore, e abbiamo visto che, a partire da queste premesse, se ne deriva una conclusione, che non è appunto la struttura di questi piani di funzionamento, ma ciò che fa lavorare il motore non è solamente i singoli livelli di funzionamento, ma è l'interconnessione tra questi piani, e capire come far

interconnettere i vari livelli e si armonizzino verso il benessere, è la sfida dell'intervento terapeutico, e ci sono degli elementi trasversali, come la parola (ha componente simbolica-significato, e pre-simbolica-tono di voce, spesso di natura inconsapevole o inconscia in quanto immersi nel flusso della relazione, che è diadica). Quindi possiamo vedere che la relazione opera un cambiamento attraverso appunto l'interazione, ovvero i livelli più legati ai dati di realtà, avviene attraverso simboli e mezzi astratti del pensiero, che costruiscono i modelli clinici. E nonostante i modelli non abbiano effetto, terapeuti senza modello vanno peggio. Devo essere in grado di lavorare su entrambi i livelli ovvero simbolico e pre-simbolico, avere questi livelli insieme. Avere leve o strumenti per mettere insieme tutte queste cose. Dopo tanta esperienza, i terapeuti sono consapevoli che i modelli non sono completi. Uscire dal corso con l'idea che ci dobbiamo costruire un nostro modello con cui integrare i vari aspetti.

Livello di funzionamento: Lungo un continuum, relativo alla struttura della psiche, ovvero quanto sono integrato, che va dallo psicotico al nevrotico o al livello sano.

Struttura di personalità: parliamo di categorie nosografiche e organizzazione e funzionamento prototipico, chiamate in un determinato modo.

L'ultimo punto che ho cercato di mettere dentro è quello degli strumenti, e vedere anche sotto aspetti pratici modalità per costruire rappresentazioni del paziente più ordinate e in un certo senso più obiettivi rispetto al report del clinico, con il quale far progredire il modello. Abbiamo visto le griglie, il PQ e l'ABC. Ci possiamo fare la domanda a che livello agivano i questionari.

Griglie di repertorio: siamo su un livello delle rappresentazioni, secondario e simbolico. Associazioni tra le rappresentazioni.