



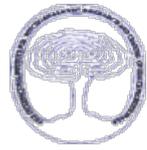
Editoriale

Questo numero si apre con la lezione magistrale di Michael Garrett e Douglas Turkington sull'integrazione, attraverso la clinica, di due approcci psicoterapeutici apparentemente lontani tra loro. Le psicoterapie hanno guadagnato un largo consenso come trattamento primario dei disturbi psicologici non psicotici, ma devono ancora trovare la stessa accettazione nel trattamento delle psicosi. Una ragione è l'idea che la schizofrenia sia una malattia del cervello geneticamente determinata e che quindi sia improbabile che possa rispondere ai trattamenti psicologici. Una seconda ragione è la difficoltà che la maggior parte delle persone hanno a mettere in relazione i sintomi di psicosi, come allucinazioni e deliri, ai propri processi mentali. L'articolo di Garrett e Turkington considera le manifestazioni di psicosi in modo strettamente collegato alla vita mentale ordinaria e descrive come i sintomi psicotici si presentino come espressioni significative di un dolore psicologico insopportabile a seguito di eventi di vita sfavorevoli. È questa concettualizzazione di base che permette di avvicinare l'approccio cognitivista a quello psicoanalitico, considerando il secondo come naturale evoluzione del primo quando quest'ultimo abbia permesso di aumentare la capacità di auto-osservazione del paziente. L'articolo è stato inizialmente pubblicato su "Psychosis" (Vol. 3, No. 1, February 2011, 2–13) e negli anni successivi il metodo proposto è andato incontro ad ulteriori precisazioni che valorizzano la risposta empatica alla vita mentale del paziente. La CBTp viene utilizzata per ristabilire le connessioni tra l'esperienza psicotica e la vita emotiva del paziente, la "rappresentazione di cosa" deve essere riportata all'interno dei confini del sé, solo successivamente è possibile utilizzare la tecnica della psicoterapia psicodinamica per favorire nel paziente il senso di padronanza della propria vita mentale.

L'articolo di Garrett è anche l'occasione per rilanciare la vecchia questione dell'integrazione tra le diverse tecniche psicoterapeutiche, oggi non più di moda in epoca di guerre ideologiche tra scuole. La pratica clinica, soprattutto in tema di psicosi, spinge per l'integrazione dei diversi approcci psicoterapeutici, un esempi per tutti è la Schema Therapy che integra elementi di terapia cognitiva comportamentale, della Gestalt, della psicoanalisi, della teoria dell'attaccamento, della psicoterapia costruttivista, della psicoterapia focalizzata sulle emozioni, in un modello esplicativo formulato dal Dr. Jeffrey Young. Ma su questa linea si è sviluppata una vera e propria area di ricerca, presente da oltre trent'anni, che fa capo al "Journal of Psychotherapy Integration"¹ che pubblica principalmente lavori originali peer-reviewed coerenti con quattro grandi percorsi connessi con l'integrazione delle psicoterapie:

- *fattori comuni (elementi fondamentali per la psicoterapia efficace che trascendono un orientamento specifico)*

¹ *Journal of Psychotherapy Integration* è la rivista ufficiale della SEPI, la Società per l'esplorazione dell'integrazione in psicoterapia.



- *l'elettismo tecnico (applicazione del miglior trattamento per una popolazione specifica e uno specifico problema)*
- *l'integrazione teorica (la combinazione di due o più teorie e le loro tecniche associate)*
- *l'integrazione assimilativa (basi teoriche in un unico orientamento unite con le tecniche di valore aggiunto tratte da altri orientamenti)*

In quest'area di ricerca sono fortemente incoraggiati gli studi empirici su psicoterapie integrative destinate a specifiche popolazioni, studi clinici, proposte di cure primarie integrate o sviluppi nei settori più ampi della psicologia e psichiatria (ad esempio la psicobiologia). L'obiettivo generale è di far progredire in modo significativo la conoscenza e l'applicazione dell'integrazione in psicoterapia.

Ma, il pragmatismo di questa posizione lascia in sospeso il problema che i diversi approcci psicoterapeutici pretendono di partire da teorie della mente diverse tra loro e anzi fondano proprio su questo i loro conflitti, basti pensare al concetto di inconscio. Dunque, condivido la vecchia posizione di Migone² e anch'io ritengo che il nostro sforzo dovrebbe invece andare nella direzione della ricerca di un livello alto di integrazione teorica, di formulazione di specifiche ipotesi e di modelli che spieghino il dato clinico, come già vari autori in passato hanno tentato. Qui per brevità penso sia interessante citare un passaggio dell'articolo di Migone che aiuta a mantenere aperta in modo corretto questa vasta problematica:

*"...oppure come ha recentemente tentato di fare J. Wakefield [Freud e la psicologia cognitiva: l'interfaccia concettuale (1992). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1994, XXVIII, 2: 33-65], che ha rintracciato gli assunti cognitivistici presenti implicitamente nella cornice metateorica freudiana, trovando interessanti convergenze tra Freud e il cognitivismo contemporaneo. Per dare un esempio della ricerca teorica di Wakefield, riassumo qui le sue conclusioni. Wakefield, diversamente dalla comune opinione secondo la quale i principali contributi di Freud sono le ipotesi cliniche mentre i principi metapsicologici non hanno più rilevanza per la psicologia moderna, dice che è vero proprio il contrario: i più grandi e duraturi contributi di Freud riposerebbero nella sua cornice concettuale e metateorica che costruì per studiare la psicologia. Questa genialità di Freud, che secondo Wakefield sarebbe il primo psicologo cognitivista, rimane intatta nonostante i contenuti della sua cornice metateorica siano non sempre corretti e plausibili. Wakefield elenca sette principi metapsicologici freudiani che hanno tutt'oggi rilevanza per la psicologia contemporanea, che qui riassumo: 1) l'intenzionalità, cioè la rappresentazione mentale, come unità ultima di analisi in psicologia, e una concezione della mente come sistema di stati intenzionali in interazione dinamica; 2) la tesi della esistenza di stati mentali inconsci; 3) una concezione cognitivista della motivazione come proprietà causale delle idee; 4) una concezione cognitivista delle emozioni come cognizioni*

² P. Migone (1998) "Il problema della integrazione dei diversi approcci psicoterapeutici". *Il Ruolo Terapeutico*, 1998, 79: 40-45



combinare con sensazioni corporee intenzionalisticamente interpretate come rappresentazioni percettive del corpo; 5) una concezione di mente "modulare" e contro la visione tradizionale della mente come una entità unificata e inerentemente integrata; 6) una concezione completa della spiegazione del comportamento umano, includendo la integrazione di livelli intenzionali, di tratto, e biologici; 7) l'enfasi sulla importanza della automanipolazione cognitiva intenzionale, come nei meccanismi di difesa. Ritengo che sia questo il tipo di lavoro che abbiamo di fronte, se vogliamo fare reali passi avanti, ed è questo lo sforzo che io stesso ho tentato di fare in alcuni lavori recenti (vedi ad esempio l'articolo, che ho scritto in collaborazione con il cognitivista Giovanni Liotti, "Psychoanalysis and cognitive-evolutionary psychology: an attempt at integration", pubblicato sul n. 5/1998 dell'International Journal of Psychoanalysis) (questo articolo, la discussione avvenuta in rete e la review scritta da Paul Williams, sono scaricabili dal sito dell'International Journal of Psychoanalysis, <http://ijpa.org/prelim.htm>, rispettivamente ai nn. 32, 33, e 34)."

Una piccola rivisitazione del passato per riflettere sul futuro delle psicoterapie senza abbandonare il metodo scientifico, e su questo l'articolo di Garrett e Turkington hanno molto da darci.