

IL MODELLO DELLA GESTALT INTEGRATA

Un metodo terapeutico per la riparazione dei processi emotivi

del Prof. Raffaele Sperandeo

INTRODUZIONE

Il modello terapeutico di questo istituto si basa sull'approccio della Gestalt che ha come focus il potenziamento della capacità dell'utente di riconoscere ed integrare i processi affettivi ed emotivi nel "qui ed ora".

La consapevolezza dei processi emotivi viene acquisita con maggiore efficacia se il setting terapeutico è caratterizzato dall'accoglienza empatica e comprensiva tipica dell'approccio "Centrato Sulla Persona" col quale, la Gestalt, condividendo l'origine epistemologica, naturalmente si integra. (O'Leary, 1997).

La focalizzazione sulle emozioni avvicina l'approccio gestaltico alla visione attuale dei sistemi emozionali-motivazionali trasversalmente ritenuti centrali nell'organizzazione dei comportamenti normali e patologici.

Lo studio dei sistemi emozionali-motivazionali è stato sviluppato dai modelli cognitivo-comportamentali, dinamici, umanistici e neurobiologici, con notevoli differenze all'interno dei diversi costrutti epistemologici.

Tuttavia, si sono delineati alcuni principi fondamentali comuni:

- L'esperienza emotiva è centrale nella determinazione delle risposte dell'individuo all'ambiente e, attraverso processi psichici e organici, determina la percezione degli stimoli, le reazioni fisiologiche, la valutazione cognitiva e in modo retroattivo, riorganizza la reazione emotiva stessa.
- Le emozioni sono quindi gli organizzatori fondamentali del comportamento e dei sistemi di significato dell'individuo e costituiscono i processi fondanti delle relazioni sociali.
- La consapevolezza e l'espressione delle emozioni sono centrali nelle relazioni psicoterapeutiche e nei processi di cambiamento.

Nell'alveo di questo complesso metodo terapeutico di derivazione fenomenologico-esistenziale, il nostro percorso formativo utilizza una gamma di tecniche provenienti da differenti approcci che ne completano la dotazione e ne aumentano l'efficacia.

L'obiettivo formativo è addestrare lo psicoterapeuta alla postura fenomenologico-umanistica della Gestalt ed alla logica dell'integrazione pluralistica che è finalizzata a ritagliare l'intervento a misura del paziente.

EPISTEMOLOGIA

La Terapia Gestaltica considera le emozioni come un sistema di orientamento, biologicamente determinato che, di continuo, guida l'azione. "La consapevolezza delle emozioni e la capacità di gestirle sono la "conditio sine qua non" di una cura di successo" (Perls, 1969).

Il lavoro terapeutico, quindi, può essere considerato come un addestramento sistematico del paziente alla consapevolezza emotiva, attraverso il "contatto continuo con il flusso emotivo" (inteso come la percezione senza soluzione di continuità delle variazioni dell'esperienza affettiva) e l'incoraggiamento dell'espressione consapevole delle emozioni stesse.

La dinamica fondamentale della vita psichica è, per gli autori della Gestalt, la consapevolezza delle emozioni suscitate dall'incontro dell'individuo con il mondo interno ed esterno. Questo incontro è, in ogni istante, unico ed irripetibile, avviene nel "qui ed ora" in una zona di confine secondo un processo di avvicinamento/allontanamento, definito ciclo del contatto, che presenta configurazioni sia filogenetiche che ontogenetiche condivise dall'epistemologia di diverse culture. Ad esempio, la tecnica del "continuum di consapevolezza" rappresenta una pratica di psicoterapia che fa parte delle tecniche "storiche" della Gestalt e che attinge a metodi appartenenti alle culture orientali e, al contempo, si radica nella sensibilità fenomenologica della filosofia europea.

Le formulazioni di base della Gestalt sono state costruite da Perls sulla scorta degli studi su percezione, attenzione e memoria della "Gestalt theorie", sulle emozioni secondo modelli etologici e comportamentali e attingendo ad un esteso corpus teorico, filosofico e psicologico, che non ha trascurato nessun elemento culturalmente rilevante all'epoca della fondazione del modello.

Gli assunti di base hanno, poi, trovato una continuità nelle successive elaborazioni delle teorie dell'attaccamento e nei modelli neurobiologici (Le Doux, 1996).

Seguendo a ritroso il processo di sviluppo della Psicoterapia della Gestalt si evidenzia che a questo approccio possono essere associati un numero di metodi che si integrano con le sue complesse radici: l'approccio centrato sulla persona, il cognitivismo costruttivista, il modello psicocorporeo, la teoria dell'analisi transazionale e la teoria delle relazioni oggettuali trovano un naturale diritto di asilo in questo scenario (Giusti, 2002).

MODELLO DI PSICOPATOLOGIA

Il concetto di salute insito nel modello della Gestalt sembra ritagliato sulla definizione data dall'OMS: "la salute non è solamente l'assenza di malattia o di infermità ma un completo stato di benessere fisico psichico e sociale".

In senso fenomenologico non è solo la condizione oggettiva di un individuo ad essere rilevante per la qualità di vita, ma anche il significato che lo stesso attribuisce alla situazione.

L'elemento più rilevante, che connota la qualità della "salute" psichica, è rappresentato dalla capacità di scelta consapevole tra antiche modalità disadattive di risposta all'ambiente ed altre, nuove, con un significato evolutivo di adultità. La consapevolezza consente di accettare l'esistenza del conflitto, farvi fronte e poterne vivere le emozioni, contenendole ed integrandole (Masquelier, 2002).

Il concetto di psicopatologia in Gestalt è esplicitamente fenomenologico, e va oltre la ricerca della condizione clinica sintomatica. La sofferenza ha una dimensione relazionale (si esprime solo nel confine contatto con il mondo

esterno ed interno), ha una valenza contestuale e temporale (si esprime nel qui ed ora), nasce da interruzioni nel flusso del processo di adattamento ininterrotto che caratterizza l'interazione tra l'individuo e l'ambiente.

La patologia nasce dalla reiterazione, nel qui ed ora al confine/contatto con l'ambiente interno ed esterno, di azioni, pensieri, esperienze affettive e sociali automatiche, rigide, invariante e acritiche basate su un'esperienza emozionale determinata più da apprendimenti antichi inconsapevolmente agiti che dal contatto consapevole e responsabile con la realtà.

Queste modalità per loro natura hanno la tendenza ad autorigenerarsi ed impoveriscono i sistemi di "adattamento creativo" alla realtà (la persona vive, ad un certo punto, come se questi sistemi non gli fossero più disponibili).

All'origine di queste modalità coatte, quindi, c'è la perdita della capacità di consapevolizzare i vari momenti dell'esperienza del contatto con l'ambiente e la prevalenza di memorie affettive emotive inadeguate che guidano l'azione e il pensiero in modo disfunzionale, bloccando l'adattamento evolutivo dell'individuo.

Il blocco può avvenire in varie fasi dell'esperienza del processo di adattamento al confine/contatto determinando così una varietà di manifestazioni patologiche che si storicizzano nel singolo attraverso la gamma di sintomi classicamente descritti in psicopatologia. La gravità della disfunzione è determinata, oltre che dalla fase di interruzione del ciclo del contatto, dalla pervasività del processo interrotto.

I blocchi del processo di adattamento si strutturano nella prima infanzia quando le relazioni affettive si svolgono esclusivamente o prevalentemente mediante il linguaggio corporeo. L'elemento centrale è costituito da emozioni evolutive infantili negate che si esprimono poi come carenze e determinano la possibilità di una trasmissione transgenerazionale dei tratti di carattere delle figure di attaccamento.

In altri termini il nucleo fondamentale della psicopatologia può essere visto come la fissità di vissuti emotivi primari, che si strutturano in modalità psicocorpore, considerate egosintoniche dalla persona stessa.

L'APPROCCIO DELLA GESTALT

Nell'elaborazione che Claudio Naranjo (1989) presenta di questo approccio, l'operatività della Gestalt si articola in un corpus vasto di tecniche che coprono un ampio spettro di comportamenti, vissuti, esperienze cognitive e dinamiche sociali. Molte di queste tecniche non sono esclusive del modello ma possono essere considerate variazioni intenzionali di tecniche già presenti in qualche forma di psicoterapia alternativa.

“L'unicità della Gestalt si trova non al livello molecolare delle tecniche né al livello molare della postura (che condivide con altri approcci derivati dalla fenomenologia), ma al livello intermedio tra postura e tecnica dove avviene la sintesi creativa e l'esperienza prende vita”.

Ciò che è peculiare della Gestalt è l'angolatura con la quale il materiale tecnico viene storicizzato intorno ad un centro unificatore costituito da tre variabili fondamentali, “esperienza, consapevolezza, responsabilità”, e dal focus sul “qui ed ora”. Questi elementi unificanti costituiscono un modello "operativo" di organizzazione psichica con dirette implicazioni per la psicoterapia (Polster e Polster, 1973).

Per **Esperienza** si intende il vissuto psichico delle varie fasi del contatto con il mondo interno e l'ambiente.

Per **Consapevolezza** ci si riferisce all'esperienza percettiva ed emotiva ed alla capacità di comprenderne, a vari livelli, i significati. La consapevolezza è la funzione fondamentale di orientamento e di conoscenza, in particolare per quanto riguarda la percezione somatica e l'affettività.

Con **Responsabilità** si definisce la capacità di attribuire a se stessi i processi motivazionali e decisionali che sono continuamente alla base dell'esperienza e delle relazioni sociali, in particolare riferiti a situazioni problematiche e conflittuali.

Le tre dimensioni descritte costituiscono le funzioni psicologiche basilari del sistema sano ed adulto, sono necessarie e continuamente interagenti nel qui ed ora. Nella misura in cui ciascuna variabile è deficitaria, trascina nel deficit anche le altre e si costituiscono scenari psicopatologici differenti.

Praticamente tutte le tecniche della Gestalt possono essere considerate come una particolare applicazione di una più generale prescrizione: "sii consapevole nel qui ed ora". A questa esperienza il paziente viene addestrato sistematicamente tramite tecniche specifiche. Sincronicamente il paziente viene orientato ad una ulteriore specificazione dei principi fondanti del modello seguendo attraverso l'articolazione individualizzata della prescrizione seguente: "assumiti sempre la responsabilità del tuo essere, sperimentati come attore di te stesso".

Dire che la Terapia Gestaltica mira al risveglio della consapevolezza, del senso di realtà e di responsabilità, equivale ad affermare che il suo obiettivo è la capacità di sperimentare.

"In un certo senso, "sperimentiamo" qualcosa di continuo. Ma non siamo sempre in contatto con le nostre esperienze. Per il gestaltista, la vera esperienza è terapeutica o correttiva di per sé. Un momento di veglia – un momento di contatto con la realtà - è quello in cui i fantasmi dei nostri sogni ad occhi aperti possono venire riconosciuti per quello che sono. La sete di esperienza è parte della vita; il desiderio di avere di più sostituisce il bisogno di profondità, che potrebbe essere la nostra modalità naturale di entrare in contatto con il mondo, se non fossimo desensibilizzati ad esso. Cercando intuitivamente questa profondità o pienezza di consapevolezza che è nostro diritto fin dalla nascita, e non trovandola, cerchiamo stimolazione dall'ambiente: macchine veloci, giochi competitivi, tragedie sullo schermo cinematografico. L'approccio della Terapia Gestaltica è l'opposto. L'esperienza non viene ricercata tramite la stimolazione ma tramite la sensibilizzazione. La stimolazione dall'esterno viene considerata dal gestaltista come una forma di supporto ambientale non necessaria" (Naranjo 1989).

Uno dei modi per sperimentare è quello di smettere di evitare l'esperienza, l'altro è quello di fare in modo che le nostre energie fluiscano sul contenuto della consapevolezza, nella forma dell'intensificazione dell'attenzione.

IL MODELLO INTEGRATO

Da diversi anni c'è una attenzione crescente verso l'integrazione in psicoterapia da parte dei ricercatori e dei clinici (Norcross, 2006; Wolfe, 1995). Da studi recenti è emerso che praticamente tutti i terapeuti di matrice umanistica si percepiscono come praticanti un metodo pluralistico (Schottenbauer, 2005). Attualmente l'integrazione in psicoterapia si muove su tre fondamentali assi:

- i fattori comuni,
- l'integrazione teorica,
- l'integrazione tecnica.

I fattori comuni

I molti studi comparativi di interventi psicoterapeutici basati su modelli diversi, non hanno trovato differenze significative relativamente all'efficacia clinica dei differenti approcci (Norcross, 2006). Questo dato, se da un lato non deve essere interpretato come un appiattimento delle specificità terapeutiche sulla generica variabile relazionale (Arkowitz, 1997), dall'altro deve condurre ad un lavoro di raccordo relativo agli elementi teorici fondamentali per ottenere un linguaggio condiviso finalizzato a superare le barriere proprie di ciascun orientamento. Grenavage e Norcross (1990) hanno condotto uno studio sui fattori comuni, in particolare per quanto riguarda quelli relativi ai processi di cambiamento. Fra questi risultano rilevanti: l'acquisizione di consapevolezza dei problemi in termini reali, l'espressione delle emozioni e l'acquisizione e l'esperienza di nuovi comportamenti. Per quanto riguarda le caratteristiche dei terapeuti è stata identificata una serie di descrittori positivi come il calore umano, la comprensione empatica, le aspettative positive dal proprio lavoro con i pazienti.

L'integrazione teorica

L'integrazione teorica riguarda la combinazione di elementi di teorie esistenti in nuovi costrutti teorici. Lo scopo dell'integrazione teorica è di incorporare i punti di forza di ciascun approccio selezionando gli elementi che possano andare a costituire una sintesi coerente, anche se le teorie originarie restano assai diverse (Schottenbauer, 2005; (Wachtel, 1991). Schwartz (1991) si riferisce ad un "sistema aperto" e dinamico che consente sia l'interazione delle componenti esistenti, sia "l'entrata" e "l'uscita" di vecchi e nuovi elementi. In tal modo l'integrazione si configura come un processo di cambiamento capace di portare a nuove teorie e prassi nella clinica (Arkowitz, 1997).

L'integrazione tecnica

Questo tipo di integrazione prevede la selezione di tecniche efficaci per l'aiuto alla persona intesa nella sua individualità clinica. Le tecniche psicoterapeutiche ovviamente non possono essere separate dal loro contesto costituito dalla relazione terapeutica. L'integrazione delle tecniche, quindi, richiede una precisa definizione del contesto applicativo di ogni singola tecnica nei termini della specificazione dei parametri da utilizzare per la corretta applicazione. Si tratta di un processo di integrazione vicino ad una visione dell'efficacia clinica orientata alle tecniche piuttosto che alla globalità dell'approccio (APA, 2002).

L'INTEGRAZIONE NEL MODELLO DELL'ISTITUTO

La Gestalt si presta adeguatamente a fungere da matrice per il processo di integrazione per tre ordini di motivi:

In primo luogo esprime in modo preponderante le caratteristiche riconosciute come fattori comuni alla psicoterapie efficaci.

In secondo luogo, è caratterizzata da un costrutto pragmatico del funzionamento della mente legata all'osservazione fenomenologica dei processi che avvengono sul confine/contacto (interfaccia dell'incontro tra l'individuo e il modo interno ed esterno). Questo modello del funzionamento psichico è aperto

alle descrizioni di processo che arricchiscono la conoscenza dei fenomeni di confine.

Infine, la Gestalt si nutre di tecniche mediate da altri modelli. Perls stesso sviluppò il suo repertorio con qualunque cosa potesse essere utile allo scopo di rendere i pazienti più consapevoli; adattò, prese a prestito, inventò e combinò numerose tecniche orientate allo scopo. Dalla tecnica della libera associazione ha mediato il concetto di mantenimento dell'awareness; dalla bioenergetica ha preso la cifra somatica dei meccanismi di difesa; dalla tirannia dei doveri di K. Horney ha estratto il concetto di doverismo e la tecnica dell'upper dog; dallo psicodramma ha assunto la tecnica della drammatizzazione dei conflitti; dalle tecniche di meditazione buddista ha mediato la regola della non intellettualizzazione; dal cognitivismo costruttivista ha accolto la valorizzazione dei processi semantici nella strutturazione della personalità.

La Gestalt, Tuttavia, non è un composto eclettico di approcci. La disponibilità del modello ad accettare un corpus pluralistico di tecniche dipende dal fatto che esso non è orientato alle tecniche ma all'affermazione di principi unificatori. La prassi operativa colpisce gli operatori più per la sintesi emergente che per la varietà delle componenti. In una metafora "l'edificio della Gestalt ci impressiona più dei singoli mattoni" (Naranjo, 1989). Il terapeuta possiede una variegata cassetta di strumenti ed un potente metodo di amalgama legato alle prescrizioni essenziali sia dell'esperienza nel "qui ed ora" sia della responsabilità della propria soggettività.

La possibilità di integrare la Terapia Gestaltica con altre terapie creando un metodo che prevede la coesistenza l'approccio cognitivistico e le teorie esperienziali, è attualmente possibile in ragione delle recenti metanalisi sull'efficacia dei modelli integrati (Elliot & Greenberg, 1995; Greenberg & Rice, 1997).

In anni recenti Greenberg e Safran (1987), sulla base di studi teorici sulle emozioni (Plutchik, 1980) e della esperienza clinica di terapia secondo un modello "emotion focused", hanno sviluppato un modello integrato di elaborazione emotiva ad uso clinico che va oltre l'attenzione tradizionale delle terapie "umanistiche" alla consapevolezza dei sentimenti.

Questo metodo complesso accede alle rappresentazioni interne di Se e del mondo e le modifica con tecniche che promuovono l'attivazione emozionale e la riorganizzazione semantica cognitiva (Safran, 1991; Bohart, 1993). Nel setting terapeutico le emozioni sono ricontattate nel qui ed ora al fine di avvicinare e di esplorare gli schemi disfunzionali e ristrutturarli attraverso la validazione riflessiva e la riorganizzazione cognitiva (Paivio & Greenberg, 1995).

Fattori comuni

Si possono identificare diversi e numerosi temi comuni agli approcci caratterizzanti questo modello psicoterapeutico.

Il valore della persona, la capacità di essere protagonisti della ricerca e del cambiamento ed il significato della esperienza personale sono le prime determinanti comuni. Nel lavoro terapeutico l'utente è aiutato ad identificare e a dare importanza alla propria esperienza personale. L'ipotesi di fondo è che la persona sia l'unico vero "esperto" di se stesso. Il terapeuta, anche se molto capace, non ne "sa" mai più del paziente sulla sua realtà (Simmons, 1985). Il contesto terapeutico è qualificato dall'esplorazione piuttosto che dalle interpretazioni o dalle prescrizioni.

Altri fattori sono relativi alla competenza del terapeuta che è fondamentalmente caratterizzata dalla capacità di sintonia empatica con l'utente e dall'accento sui processi di consapevolezza nel "qui ed ora".

L'elemento terapeutico fondamentale sta nel significato personale dell'esperienza stessa. Il paziente, in condizioni adeguate, può ricostruire i propri significati e riadattare i propri processi. Tageson (1982) sostiene che la consapevolezza trasforma la tendenza dell'organismo all'attualizzazione in un movimento direzionale basato sulla percezione di Sé come centro della intenzionalità, impegnato in una ricerca costante di significati. Ciò diventa possibile quando la persona è aiutata ad imparare a discriminare con chiarezza sensazioni, emozioni, bisogni nel proprio continuo adattamento all'ambiente.

La creazione di situazioni sperimentali, che favoriscono la consapevolezza dei processi di evitamento del contatto e dei conflitti, e l'attenzione attiva ai comportamenti non verbali, con una sistematica riflessione su questi, sono altri elementi comuni agli approcci in gioco che potenziano il processo della "presa in carico" delle contraddizioni interne e portano l'utente alla comprensione dei propri ed esclusivi significati.

Altro fattore rilevante è il lavoro con la consapevolezza delle sensazioni che è rivolto alla esplorazione delle modalità di soppressione disfunzionale dell'esperienza emotiva. Nella prospettiva gestaltica viene promossa l'attenzione della persona sui dati esperienziali che costituiscono la base delle scelte. Lo scopo della terapia è che la persona acquisisca una capacità di autosostegno, inteso come capacità relazionale e motivazionale libera e autonoma, attraverso la riappropriazione di tutte le risorse interne rese nuovamente disponibili e funzionali.

La capacità di costruzione di nuovi significati è un elemento comune di potente contenimento delle spinte impulsive e, insieme al riconoscimento della specificità soggettiva dell'esperienza di ciascuno, costituisce la radice della capacità di mentalizzazione che nasce all'interno del rapporto.

Nel senso del ruolo del terapeuta, i fattori comuni sono volti a preservare la qualità multimodale della relazione di cura attraverso l'autenticità, la presenza attiva e la capacità di accettazione incondizionata, che favoriscono un particolare tipo di intersoggettività. La relazione è un fattore fondamentale di cambiamento con un preciso significato terapeutico. Essa determina un clima tale da consentire, sia al paziente sia al terapeuta, la possibilità di processi di esplorazione e consapevolezza e da venire in contatto con aspetti che possono non essere mai stati riconosciuti ed espressi a se stessi o ad altri. Sotto questo profilo Greenberg, e Elliott (1993) hanno validato, nei loro studi, l'importanza dell'empatia come "ambiente relazionale" di cura.

Integrazione teorica

L'integrazione teorica prevede una teoria esplicita che orienti la scelta delle tecniche e dei metodi da applicare diacronicamente o sincronicamente nelle varie fasi della terapia allo scopo di raggiungere gli obiettivi previsti dalla teoria. La teoria amalgama le varie evidenze importate da altri approcci (Schottenbauer, 2005).

L'integrazione tra processi emotivi cognitivi e relazionali è l'obiettivo dell'esperienza terapeutica prodotta dal contributo sinergico che ognuno degli approcci appartenenti al modello pluralistico esaminato dà al processo clinico. (Greenberg e Safran, 1987).

I principi di fondo del modello si basano su alcune acquisizioni sedimentate da tempo nella psicologia clinica, nella psicologia generale e nella neurobiologia dei processi mentali.

Le emozioni sono il nucleo del processo motivazionale e della tendenza all'azione. Potenziare nei pazienti la consapevolezza delle emozioni è quindi un mezzo per accrescere il loro potenziale di soluzione dei problemi.

Non tutte le esperienze e le espressioni emotive sono adattive.

Il processo di cambiamento che coinvolge le emozioni non segue una strada univoca ma è caratterizzato da una varietà diacronica delle vie di accesso agli stati emotivi. In certe fasi della terapia può essere utile potenziare la capacità di gestire le emozioni, in altre situazioni è importante favorirne l'espressione e le progettualità implicite che ne derivano. In altre ancora vi può essere la necessità di una ristrutturazione della rappresentazione interna degli stati emotivi (Greenberg & Safran, 1987).

L'evocazione delle emozioni in una maniera immediatamente esperita è un prerequisito per il cambiamento di certe strutture neurobiologiche di memoria coinvolte nell'esperienza emotiva (Greenberg & Rice, 1997).

La concettualizzazione delle emozioni come potenzialmente adattive ha delle implicazioni di grande importanza per la pratica della psicoterapia, dal momento che sostiene una visione delle emozioni nei termini di un alleato nel processo di cambiamento (Greenberg & Safran, 1987). I fenomeni disadattivi

sono spesso il risultato dell'evitamento di una esperienza emotiva temuta ed il lavoro terapeutico è volto a consentire l'avvicinamento all'esperienza affettiva sottostante. L'esperienza dell'integrazione piena di una esperienza emotiva nei sistemi di controllo di un paziente, porta all'emergere di nuove risposte creative e funzionali alle situazioni problematiche.

Norcross, (2002) ha identificato cinque livelli operazionali attivi nei processi di cambiamento emozionale che sono di grande utilità pratica nella scelta delle tecniche da applicare, nella misurazione dei cambiamenti durante il processo terapeutico e nelle previsioni di esito. Questa teoria della tecnica è perfettamente coerenti con l'approccio della Gestalt Integrata e con il filo conduttore che lega le terapie che appartengono la nostro modello pluralistico. Le cinque fasi evolutive, precontemplazione, contemplazione preparazione, azione e mantenimento, operano in tempi e gradi diversi nel processo terapeutico. Ogni fase si giova di tecniche specifiche e l'esito del trattamento è correlato al livello col quale il cliente entra in terapia.

In sintesi, gli elementi di integrazione teorica sono rappresentati da:

- Le emozioni sono il nucleo del processo motivazionale e della tendenza all'azione.
- Il processo di cambiamento che coinvolge le emozioni non segue una strada univoca ma è caratterizzato da una varietà diacronica delle via di accesso agli stati emotivi.
- L'evocazione delle emozioni in una maniera immediatamente esperita è un prerequisito per il cambiamento di certe strutture neurobiologiche di memoria coinvolte nell'esperienza emotiva.
- Gli approcci integrati nel modello ammettono una teoria della tecnica (scelta del metodo, verifica del processo e dell'esito) condivisa e coerente.

Integrazione tecnica

L'integrazione tecnica prevede l'utilizzo di metodi emergenti dalla ricerca empirica che evidenzia l'efficacia clinica della specifica tecnica e fornisce i

criteri per la scelta e l'applicazione. Questi metodi sono amalgamati dalla "postura" del terapeuta condivisa da ognuno dei modelli concorrenti e che costituisce il criterio di coerenza applicativa.

In termini di riferimenti empirici le tecniche specifiche della Gestalt, della Terapia Centrata sul Cliente, dell'Analisi Transazionale, delle Terapie Corporee e delle Terapie Cognitive, hanno ormai numerose indicazioni di primaria importanza nelle linee guida dell'American Psychiatric Association (2002).

Gli elementi di processo principali sono i seguenti:

- La Focalizzazione sul "qui ed ora", su aspetti emozionali, percettivi, mnestici, relativi alle esperienze di contatto con l'ambiente
- L'accettazione dell'esistenza di un problema
- La motivazione ad affrontare il problema
- La riproduzione dell'esperienze, vissute "qui ed ora", in maniera vivida e pregnante.
- La comunicazione emozionale con sé e con il terapeuta.
- La costruzione progressiva della consapevolezza di sé e della natura dei problemi.
- L'assunzione di un grado di responsabilità di se stessi che consente di ampliare la propria capacità di scelta.

Questi elementi configurano un percorso individuale, dove il terapeuta è una presenza, con un ampio grado di libertà emotiva, che accompagna la persona nel suo percorso di costruzione di conoscenza e di abilità operative. Il nucleo essenziale della competenza terapeutica è rappresentato più dal "saper essere" che dalla padronanza di un repertorio di tecniche, utili, ma secondarie rispetto alle caratteristiche personali.

Gli elementi processuali della psicoterapia sono rappresentati dal riconoscimento dei propri sistemi emozionali-motivazionali, dalla loro accettazione ed infine dalla loro espressione. Pertanto l'indice di "qualità della vita" è rappresentato dalla "libertà di accesso" ai propri sistemi emotivi.

L'esperienza terapeutica consiste fondamentalmente nella possibilità di incontrare la propria capacità di prendersi cura di sé in senso affettivo.

Su questa base è possibile che nasca e cresca anche la capacità di prendersi cura degli altri in termini reali, superando i meccanismi proiettivi e transferali. La postura del terapeuta, differenziata a seconda delle caratteristiche dell'utente, possono, sia costituire una "base sicura" per il paziente, che essere un modo di perturbazione dell'equilibrio patologico.

Allo psicoterapeuta è richiesta una profonda consapevolezza delle proprie emozioni, e nei confronti del paziente, una capacità di protezione e di confrontazione nell'ambito di una relazione attenta, continua e sintonica.

In sintesi, quindi, l'integrazione tecnica riguarda l'utilizzo di metodiche volte a facilitare lo sviluppo della consapevolezza, della padronanza di Sé, la capacità di scelta e l'assunzione di responsabilità.

Di particolare importanza sono le tecniche di focalizzazione emozionale, di espressione emotiva, di narrazione della storia personale con codici diversi (parola, movimento, fantasia, sogno), di espressione attiva di nuovi comportamenti, di supporto e contenimento emotivo, di riflessione emozionale, di validazione emotiva riparativa.

In particolare gli elementi della integrazione tecnica sono rappresentati da:

- condivisione di tecniche di varia provenienza nei modelli umanistici e cognitivi, volte a attivare sistemi funzionali di base quali attenzione, memoria, percezione, affetti, comportamenti manifesti, allo scopo di una focalizzazione emozionale e cognitiva;
- tecniche volte alla integrazione dei vari livelli dell'esperienza emotiva;
- tecniche di accrescimento della attenzione alla propria espressività emotiva;
- tecniche di focalizzazione sul presente;
- tecniche di intensificazione della espressività emotiva;
- tecniche di rielaborazione di momenti critici;
- modalità di rappresentazione di episodi della storia personale e di sviluppo della narrazione con codici diversi;
- fantasie guidate;
- una gamma di tecniche di narrazione e di elaborazione dei sogni.

Evidenze di efficacia

Una serie di studi recenti è stata dedicata alla valutazione dell'efficacia delle terapie esperienziali centrate sulle emozioni. In uno studio condotto con meta-analisi sugli effetti delle terapie esperienziali, Bergin e Garfield (1994) hanno dimostrato un'efficacia equivalente con i modelli cognitivo-comportamentali e psicodinamici. Altri studi hanno preso in considerazione l'efficacia della Terapia Gestaltica con pazienti con disturbi di personalità (Delisle, 1992), con disturbi depressivi gravi (Greenberg, 1993 e 2005; Rice, 1984; Elliott, 1995) e con storie di maltrattamenti subiti nell'infanzia (Paivio e Greenberg, 1995). Inoltre Elliot e altri (2005) hanno mostrato come la profondità e l'intensità dell'esperienza vissuta dal paziente in relazione a propri temi centrali si correli positivamente con il buon esito della terapia.

L'efficacia terapeutica dei modelli integrati è stata analizzata attraverso numerose metanalisi che hanno preso in esame studi con differenti livelli di attendibilità. Le metanalisi effettuate su ricerche sviluppate con metodologie riproducibili, in cieco, randomizzate e controllate, hanno documentato che i tre metodi di integrazione descritti risultano efficaci quanto i modelli che li compongono, ma presentano una maggiore forza incisiva su determinate aree psicopatologiche quali le alterazioni della struttura del Sé, il discontrollo degli impulsi aggressivi, le esperienze di angoscia abbandonica. (Schottenbauer, 2005).

Modello di formazione

Nella prospettiva di psicoterapia integrata, centrata sulle emozioni, è necessario il percorso personale del terapeuta per consentirgli l'esperienza personale del cambiamento all'interno della terapia con tutte le implicazioni di fiducia che ne derivano e per ottenere la capacità di assumere una postura terapeutica efficace ed equilibrata. È implicito che il percorso di terapia personale dell'allievo ha un'azione di prevenzione del rischio di esaurimento professionale e delle rotture gravi del setting.

In mancanza di una terapia personale il rischio è che chi si trova nel ruolo clinico non sia in grado di costituire un ambiente relazionale accettante che possa facilitare l'accesso all'esperienza emotiva e lo sviluppo adattivo del paziente. Molte persone in formazione spesso hanno paura delle emozioni proprie ed altrui. Il timore di perdere il controllo di se stessi impedisce di accettare e di lavorare con le emozioni del paziente. Questa paura può essere superata con l'esperienza personale in modo da rendersi conto che si può evolvere verso una maggiore libertà di adattamento.

In una prospettiva di formazione clinica centrata sull'identità emotiva del terapeuta, l'iter formativo può essere schematizzato in termini di una figura triangolare a cui vertici si identifica l'esperienza del sapere, del saper essere e del saper fare.

In realtà in una prospettiva umanistica ed olistica queste dimensioni appartengono ad ogni persona nella sua condizione umana oltre che professionale.

L'esperienza del sapere consiste nell'assunzione di capacità di conoscenza e di osservazione dei comportamenti e dei problemi in termini reali, secondo una gamma che va da funzioni meramente osservative ad altre più operative. L'esperienza del saper essere viene potenziata attraverso l'assunzione del ruolo di paziente e corrisponde sia ad una situazione formativa che esistenziale in relazione alla propria salute, secondo una gamma che si estende da minime difficoltà a gravi crisi.

Infine l'esperienza del saper fare è intesa come la capacità di prendere contatto con la realtà esistenziale di sé e dell'altro, con i suoi caratteri problematici, di empatia, di protezione dal distress psicologico, di attivazione di risorse alternative per un cambiamento favorevole e corrisponde all'assunzione di un ruolo terapeutico.

L'iter formativo si configura come una esperienza continua di assunzione, di volta in volta, di una di queste posizioni. Esse rimandano in realtà ancora una volta ad un unicum, che corrisponde alla qualità della competenza clinica dello psicoterapeuta, che evolve secondo processi riverberanti tra queste tre variabili

fondamentali.

I modelli consolidati di training clinici per la formazione alle competenze psicoterapeutiche, focalizzate sulle emozioni, individuano tre momenti formativi che possono essere integrati in senso longitudinale e trasversale. Essi sono costituiti da una terapia personale, individuale e di gruppo, da una supervisione delle relazioni cliniche, anch'essa in setting individuale e di gruppo, da un setting di formazione in gruppo secondo modalità che vanno dalla lezione frontale al learning by seeng and doing, alla pratica controllata della psicoterapia.

Questo percorso è inteso come un processo di abilitazione alla padronanza dei propri sistemi motivazionali-emozionali come capacità di consapevolezza, di scelta e di assunzione di responsabilità.

BIBLIOGRAFIA

1. **American Psychiatric Association** (2002). Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders – Compendium 2002. New York: APA.
2. **Alberti G.C.** (2000) Le psicoterapie – Dall’eclettismo all’integrazione. Milano: FrancoAngeli
3. **Arkowitz H.** (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
4. **Arkowitz H.** (1995). Common factors or processes of change in psychotherapy? *Clinical Psychology: Research and Practice*. 2, 1-3.
5. **Arkowitz H.** (1997). Integrative Theories of Therapy. In P.L. Wachtel, S.B. Messer. *Theories of psychotherapy: origins and evolution.* (pp.227-288), Washington DC: American Psychological Association.
6. **Ariano G.** (1997) La Psicoterapia d’integrazione strutturale. Roma: Armando.
7. **Bergin A.E., Garfield S.L.** (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior Change.* 4th edition. New York: Wiley.
8. **Bohart A.C.** (1993). Experiencing: the basis of psychotherapy. *Journal of psychotherapy Integration*. 3, 51-68.
9. **Bohart A.C., Greenberg L.** (Eds), (1996). Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy (pp.125-140). Washington DC: American Psychological Association.
10. **Clarkson P.** (1996). La psicoterapia come luogo di relazioni molteplici. *Realtà e prospettive in psicofisiologia.* Roma: Ed. Scientifiche A.S.P.I.C.
11. **Clarkson P.** (1996). La relazione psicoterapeutica integrata. *Realtà e prospettive in psicofisiologia.* Roma: Sovera.
12. **Delisle G.** (1992). A Gestalt perspective of personality disorder. *The British Gestalt Journal*, 1, 42-50.
13. **Elliot R., Greenberg L.** (1995). Experiential therapy in practice: the process-experiential approach. in B. Bongar, L. Beutler (Eds.),

14. Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice. vol. 1 (p. 123-139). New York: Oxford University Press.
15. **Elliott R., Watson J.C., Goldman R.N., & Greenberg L.S.** (2004). Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Washington, DC: American Psychological Association.
16. **Fagan A., Shepherd I.** (Eds.), (1970). Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books.
17. **Feder B., Ronall R.** (1980) Beyond the hot seat. New York: Brunner/Mazel.
18. **Gaston L., Goldfried M., Greenberg L., Horvath A., et. al.** (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral, and experiential therapies. Journal of psychotherapy integration. 5, 1-26.
19. **Gendlin E.** (1995). The focusing approach: Experiential psychotherapy. New York: Guilford press.
20. **Ginger S.** (1987) La Gestalt. Une thérapie du contact. Paris: Hommes et groupes éditeurs.
21. **Ginger S.** (1988) Eclettismo e integrazione. Roma: Ed. Scientifiche ASPIC.
22. **Giusti E.** (1997). Psicoterapie: denominatori comuni. Epistemologia della clinica qualitativa. Milano: Franco Angeli.
23. **Giusti E., Iannazzo A.** (1988) Fenomenologia e Integrazione Pluralistica. Roma: Ed. Universitarie.
24. **Giusti E., Montanari C., Montanarella G.** (1995). Manuale di psicoterapia integrata. Verso un eclettismo clinico metodologico. Milano: Angeli.
25. **Giusti E., Rosa V.** (2002) Psicoterapie della Gestalt. Roma: Ed. Scientifiche A.S.P.I.C.
26. **Goldfried M.** (2000) Dalla Psicoterapia cognitivo-comportamentale all'integrazione. Roma: Sovera.

27. **Greenberg L., Safran J.** (1987). Emotion in psychotherapy. New York: Guilford press
28. **Greenberg L., Rice L.** (1997). Humanistic Approaches to Psychotherapy. In P.L. Wachtel, S.B. Messer, Theories of psychotherapy: origins and evolution. (pp.97-130), Washington DC: American Psychological Association.
29. **Greenberg L. S., Watson J. C.** (2005). Emotion-focused therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association.
30. **Grencavage L.M., Norcross J.C.** (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
31. **Greenberg L.** (1993). Emotion and change processes in psychotherapy. In Michael Lewis, Jeanette Haviland, (Eds.). *Handbook of emotions*. p. 499-508. New York: The Guilford Press.
32. **Greenberg L., Leone J.** (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. Neimeyer, M. Mahoney, (Eds.). *Constructivism in psychotherapy*. p. 169-191. Washington: The American Psychological Association.
33. **Johnson M.** (1987). *The body in the mind: The bodily basis of meanings, imagination, and reason*. Chicago: University of Chicago press.
34. **Lambert M.J.** (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior Change*. 5th edition. New York. Wiley.
35. **Le Doux, J.** (1996). *The emotional brain, the mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
36. **Masquelier G.** (2002). *Gestalt Therapy: Living Creatively Today*. RETZ, Paris.
37. **Mc Waters B.** (1977). *Humanistic perspective: Current trends in psychology*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
38. **Naranjo C.** (1989). *Teoria della tecnica Gestaltica*. Roma: Melusina.

39. **Norcross J. C.** (Ed.), (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
40. **Norcross J. C., Beutler L.E., Levant R.F.** (2006). *Salute Mentale: trattamenti basati sull'evidenza. Dibattiti e dialoghi sulle questioni fondamentali*. Roma: SOVERA MULTIMEDIA.
41. **O'leary E.** (1997). Towards integrating person centered and gestalt therapies. *the person centered Journal*, 4 – 14,22.
42. **Masquelier G.** *Vouloir sa vie: La Gestalt Therapie aujourd'hui*. Paris : Retz.
43. **Paivio S., Greenberg L.** (1995). Resolving unfinished business: Experiential Therapy using empty chair dialogue. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63 (3), 419-425.
44. **Perls F.S.** (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, Cal.: Real People
45. **Perls F.S.** (1973). *The Gestalt approach and eye witness to therapy*. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books.
46. **Perls F.S., Hefferline R., Goodman P.** (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell.
47. **Plutchik R., Kellerman H.** (1980). *Emotion: Theory, research and experience*, vol. 1: Theories of emotion. New York: Academic.
48. **Polster E., Polster M.** (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York: Brunner/Mazel.
49. **Prochaska J.O., & Norcross J.C.** (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 303-313). New York: Oxford University Press.
50. **Rice L., Greenberg L.** (Eds.) (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford press.
51. **Rogers C.R.** (1970). *La Terapia Centrata sul Cliente*. Firenze: Martinelli.

52. **Roth A., Fonagy P.** (1997). Psicoterapie e prove d'efficacia. Quale terapia per quale paziente. Roma. Il Pensiero Scientifico.
53. **Safran J., Greenberg L.** (Eds.) (1991) Emotion, psychotherapy, and change. New York: The Guilford Press.
54. **Schottenbauer M.A., Glass C.R., Arnkoff D.B.** (2005). Outcome Research on Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 459-493). New York: Oxford University Press.
55. **Schwartz, G.E.** (1991). The data are always friendly: a systems approach to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 55-69
56. **Segal Z.V. e Blatt S.J.** (1993). The Self in emotional distress. New York: Guilford Press.
57. **Simmons B.** (1985). Sviluppi e integrazione delle tecniche gestaltiche, *Quaderni di Gestalt*. 1, 58-61.
58. **Stricker G., Gold J.R.** (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Plenum
59. **Tageson W.C.** (1982). *Humanistic psychology: A synthesis*. Homewood, IL: Dorsey press.
60. **Wachtel P.L.** (1991). From eclecticism to synthesis: toward a more seamless psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 43-54.
61. **Wallen R.** (1970). Gestalt therapy and Gestalt psychology. In Fagan, A., Shepherd, I. (Eds.). *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books.
62. **Watson J., Greenberg L.** (1996) "Emotion and cognition in experiential therapy: a dialectical constructivist perspective. In H. Rosen, K. Kuehlwein (Eds.). *Constructing realities: meaning-making perspectives for psychotherapists*. The Jossey-Bass social and behavioral science series. p. 253-274. San Francisco: Jossey - Bass Inc.

63. **Wolfe B.E.** (1995), Self pathology and psychotherapy integration. Journal of Psychotherapy Integration, 5, 293-312.
64. **Yontef G.** (1981). The future of Gestalt therapy: A symposium with I. Perls, M. Polster, J. Zinker, M.V. Miller. The Gestalt Journal, 4, 7-11.
65. **Yontef G., Simkin J.** (1989). Gestalt therapy. In R.J. Corsini, D. Weddings. Current Psychotherapies (4th ed., pp.323-361) Itaska, IL: Peacock.
66. **Yontef G.**,(1995). Awareness, dialogue and process. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
67. **Zinker J.** Creative Process in Gestalt Therapy. New York: Vintage