

Utilità e funzioni della terapia personale nella formazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale

Francesco Mancini e Claudia Perdighe

Introduzione

Da Freud in poi la psicoterapia personale fa tradizionalmente parte del percorso di formazione in psicoterapia almeno in due sensi: come strumento specifico di apprendimento di abilità e come forma di “rimedio” alle difficoltà di un allievo nel raggiungere gli standard minimi di *performance*, ovvero come soluzione alla mancanza di qualche abilità o qualità cruciale per una buona prestazione psicoterapica (Elman e Forrest, 2004).

Un segnale indiretto del ruolo e dell'importanza attribuita alla terapia personale (TP) nella formazione viene dai dati sulla percentuale di terapeuti di diverso orientamento che fanno la TP. Ad esempio da una rassegna di Norcross e Guy (2005) emerge che hanno fatto una terapia il 72% degli 8000 professionisti statunitensi che si occupano di salute mentale intervistati; da uno studio di Orlinsky et al. del 2005, su un campione europeo, emerge che ha fatto una terapia personale il 92% dei terapeuti a orientamento psicodinamico, il 92% tra quelli a orientamento umanistico e il 60% dei terapeuti cognitivo-comportamentali. Nello studio di Daw e Joseph (2007) due terzi dei terapeuti dichiara di aver fatto una TP. I dati iniziali di una ricerca in corso presso le nostre scuole, su un campione di 82 specializzandi, indicano che il 74% non ha mai fatto una TP e il 26% hanno fatto o hanno in corso una terapia personale; tra quelli che hanno fatto una terapia, il 67% lo ha fatto per ragioni personali, mentre il 33% lo ha fatto per ragioni attinenti alla formazione. Se si prende il campione complessivo, solo 8% dichiara di non avere intenzione di fare una TP, il 10% dichiara farà la TP ove fosse necessario per risolvere problemi personali, mentre il resto del campione attribuisce alla terapia il ruolo di componente necessaria alla formazione (Gragnani e Perdighe, 2009).

Le ricerche sulle opinioni e esperienze dei terapeuti indicano che anche i terapeuti, non solo i formatori, tendono ad attribuire alla TP un ruolo importante nella formazione professionale (Bike, Norcross e Schatz, 2009; Orlinsky e Ronnestad 2005; Norcross e Guy 2005; Norcross, 2005; Macaskill e Macaskill, 1992; Guy, Stark e Poelstra, 1988). E' anche vero che, poiché è frequentemente inserita come parte integrante dei programmi di formazione, probabilmente c'è anche una ipervalutazione dei benefici: ritiene, infatti, la TP non necessaria alla professione solo il 4% degli psicoterapeuti che hanno fatto una TP e, curiosamente, il 39% di chi non la ha fatta (Norcross et al. 1992).

Un altro indizio dell'importanza attribuita alla terapia personale l'inserimento della TP nei programmi di formazione delle scuole di psicoterapi. In Europa, la gran parte delle scuole inserisce la TP nei programmi, mentre negli Stati Uniti, dove tradizionalmente c'è più attenzione agli aspetti di efficacia ed efficienza, solo i *training* ad orientamento psicanalitico e poche altre scuole la considerano parte integrante della formazione (Norcross, 2005).

Nel panorama generale delle scuole, quelle a orientamento cognitivo o cognitivo-comportamentale sono in controtendenza, dal momento che in esse, tradizionalmente, viene attribuito un ruolo meno centrale alla TP. Per esempio l'EABCT non la indica tra le componenti dei programmi e la British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies non la inserisce tra i criteri per l'accreditamento (Wills, 2008). Questo diverso orientamento può essere spiegato come frutto di una tradizione derivante dall'influsso del comportamentismo e della sua scarsa attenzione agli aspetti relazionali (Wills, 2008) o, come effetto di una maggiore attenzione agli aspetti tecnici della terapia, agli outcome e, più genericamente, alla pratica *evidence-based*.

Le funzioni che tipicamente vengono attribuite alla TP e portate a fondamento dell'inserimento della TP nei programmi di formazione sono (Macran, Stiles e Smith 1999; Elman e Forrest, 2004):

- la TP riduce il disagio professionale e quindi favorisce la stabilità emotiva del terapeuta;
- la TP aumenta la consapevolezza degli aspetti personali che possono interferire con il lavoro;
- la TP offre un'occasione di apprendimento attraverso l'osservazione diretta (comprensione dei principi di cambiamento e padroneggiamento delle tecniche);
- la TP aumenta la fiducia nell'efficacia della terapia;
- sperimentarsi nel ruolo di paziente aumenta l'empatia e l'attenzione ai bisogni del paziente.

La tesi sottostante all'importanza formativa attribuita alla TP e al largo ricorso a essa da parte dei terapeuti in formazione è: la TP è uno strumento di formazione specifico, ovvero uno strumento che garantisce competenze e/o qualità che non possono essere garantite altrettanto efficacemente dagli strumenti tipici della formazione in tutte le altre professioni di aiuto, ovvero lo studio e l'addestramento.

In questo articolo ci chiederemo: esistono prove o indizi sufficienti a sostegno di questa tesi? La TP è utile nel migliorare la qualità della performance? Ovvero: esistono prove a sostegno della tesi che fare la TP rende terapeuti più efficaci, "più bravi"? Non ci stiamo naturalmente chiedendo se "la terapia fa bene al terapeuta" o se viene sperimentata soggettivamente come "parte integrante della propria formazione personale", ma se abbiamo dati a sostegno dell'opportunità di rendere la TP parte integrante della formazione (anche in considerazione degli enormi costi personali ed economici implicati).

Nella seconda parte ci chiederemo quali problemi di performance e, dunque, della formazione la TP si propone di risolvere e se esistono, o sono auspicabili, strumenti alternativi in grado di risolvere gli stessi problemi.

Le ricerche: la terapia personale aumenta le abilità di cura?

La relazione tra TP e abilità di cura è stata studiata da due punti di vista: ricerche di esito, condotte soprattutto sino agli anni 80, che indagano sul rapporto tra TP del terapeuta e gli esiti delle terapie dei pazienti; studi di processo, che indagano la relazione tra TP e alcune qualità del terapeuta.

Guardando agli studi e alle principali rassegne sul tema, ci sembra inevitabile osservare come, parafrasando Wills (2008), sia sconcertante la così scarsa evidenza dell'efficacia della TP a fronte della radicata credenza dei suoi benefici per la capacità di cura dei terapeuti. Le ricerche, infatti, non rilevano differenze significative nelle capacità di cura e nell'efficacia tra chi ha ricevuto e chi non ha ricevuto terapia personale.

Nella tabella 1 sono sintetizzati gli undici studi complessivi presi in esame nelle ampiamente citate e conosciute rassegne di Clark (1986) e di Macran e Shapiro (1998). Si tratta di studi piuttosto datati, ma sono gli unici disponibili a nostra conoscenza. Come si può osservare, solo due rilevano un effetto positivo della terapia personale del terapeuta sugli esiti della terapia del paziente. Gli altri studi non solo non osservano un beneficio della TP, ma almeno uno, quello di Garfield e Bergin (1971), mette in evidenza addirittura un effetto negativo: i terapeuti che hanno fatto la TP curano peggio! Non solo, ma, in modo forse controintuitivo, secondo questo studio i terapeuti più disturbati sono più efficaci. In realtà anche lo studio di McNair e al. (1964) sembra indicare se non un effetto negativo della terapia, almeno un effetto di riduzione dell'efficienza: le terapie dei clinici che hanno fatto una TP, a parità di esito durano di più.

Due studi suggeriscono un effetto positivo della TP sugli outcome:
--

Kernberg (1973): sulla base dell'osservazione degli outcome dei pazienti in terapia, emerge

	che i terapeuti che hanno completato l'analisi ottengono <i>outcomes</i> migliori; ma, a differenza degli altri studi, non viene tenuto sotto controllo il fattore esperienza del terapeuta (chi non aveva completato l'analisi era presumibilmente un terapeuta professionalmente più giovane).
	Greenspan e Kulish (1985) osservarono che i terapeuti che avevano fatto una TP, riportavano percentuali più basse di <i>drop-out</i> .
Otto studi non rilevano nessuna relazione tra TP e outcomes:	
	Holt e Lubosky (1958): sulla base degli outcome su pazienti valutati dal supervisore, non emerge nessuna differenza significativa tra chi ha fatto e chi non ha fatto TP; gli autori osservano solo un leggero trend positivo non significativo, che però è attribuito al fatto che la TP può fare la differenza laddove un terapeuta manifesti un disagio psicopatologico e questo non venga curato; al contrario la terapia, laddove il terapeuta non ne abbia bisogno, non ha nessun impatto sulla prestazione.
	Katz, Lorr e Rubinstein (1958): su 13 terapeuti, osservano che non c'è nessuna relazione tra prestazione (miglioramenti del paziente) e la variabile TP; individuano piuttosto una relazione positiva tra esperienza del terapeuta (anni lavoro clinico) e outcome.
	Derner (1960): attraverso il confronto dei due terapeuti con maggiori o minori competenze di cura, valutate dal supervisore, appartenenti a gruppi di 8 otto terapeuti osservati nel corso dei quattro anni di formazione, l'autore non rileva alcuna relazione tra le capacità di cura del terapeuta e il fatto di aver ricevuto o meno un trattamento psicoterapeutico.
	McNair, Lorr, e Callahan (1963), in questo studio sulla relazione tra drop-out (entro le prime 16 settimane) e TP dei terapeuti non emerge alcuna relazione significativa tra le due variabili.
	McNair, Lorr, Young, Roth, e Boyd (1964), sulla base di un <i>follow-up</i> di pazienti che avevano fatto una terapia di almeno 4 mesi, osservano che: non c'è nessuna relazione tra TP del terapeuta e <i>outcome</i> a breve e lungo termine; l'unica cosa in cui differiscono terapeuti che hanno fatto TP è che mediamente tengono i pazienti in terapia per un tempo più lungo. Questo dato si presta a diverse interpretazioni a seconda che la durata sia considerata un indice di successo o di minore efficienza (il risultato è lo stesso, ma a fronte di un numero maggiore di sedute!).
	Strupp, Fox e Lessler (1969): in questo studio 76 pazienti trattati ambulatorialmente da terapeuti esperti, a orientamento psicanalitico, vengono intervistati ad almeno un anno dalla conclusione della terapia, circa vari aspetti riguardando il processo e gli esiti della terapia. Non viene evidenziata nessuna relazione tra esiti e la terapia personale del terapeuta.
	Strupp (1973). Studia l'effetto dell'analisi personale sul <i>comportamento verbale</i> del terapeuta in seduta. Ai terapeuti venivano presentate una serie di frasi di ipotetici pazienti e si chiedeva loro di dire cosa avrebbero risposto a quelle frasi se le avesse dette un loro paziente. Più stessa ricerca ma con video di pazienti. Non emerge nessuna differenza significativa tra terapeuti con o senza TP. Solo sulle frasi: chi ha fatto TP dà più risposte non verbale (di silenzio).
	Garfield (1977). Confrontando 16 terapeuti neoformati, non osserva nessuna correlazione tra competenza terapeutica e l'aver o meno fatto una TP.
Uno studio indica un effetto negativo della Tp sugli esiti:	
	Garfield e Bergin, (1971). Si tratta di uno studio che sembra più solido dal punto di vista del metodo (usano strumenti di valutazione come la scala D e K del MMPI e una scala likert compilata dal terapeuta pre e post trattamento). Emerge che i pz dei terapeuti che non hanno fatto TP mostrano un miglioramento sintomatologico maggiore dei terapeuti che non hanno fatto TP. Cosa più interessante: tra i terapeuti che hanno fatto terapia, confrontano quelli che ne hanno fatto TP per 175 ore (o meno) e quelli che ne hanno fatto più di 175: gli <i>outcome</i> peggiori sono ottenuti da quelli che hanno fatto un numero maggiore di ore di TP. Inoltre curiosamente osservano che i terapeuti più disturbati (sulla base del MMPI) erano anche i più efficaci, ovvero ottenevano esiti migliori.

Tabella 1. Studi sull'influenza della terapia personale sugli esiti delle terapie.

Questi dati sono tanto più sorprendenti se confrontati con i benefici percepiti dai terapeuti: oltre l'80% dei terapeuti attribuisce alla TP un effetto positivo sulla prestazione e solo una percentuale tra 1 e 5% dei terapeuti riferisce un effetto negativo della TP (Norcross, 2005).

È possibile che risultati tanto scoraggianti siano in parte attribuiti a problemi metodologici; intanto si tratta di ricerche complicate dal momento che si sommano le normali difficoltà di uno studio di esito alla difficoltà di isolare i fattori del terapeuta che contribuiscono a questo esito. Non è facile, tra le altre cose, controllare i fattori confondenti, come ad esempio il fatto che se c'è autoselezione nella decisione di fare la TP si rischia di osservare non l'effetto della TP ma della presenza di un disturbo psicopatologico (Macran, Stiles e Smith, 1999).

La cosa a nostro avviso curiosa è che questo filone di studi sembra quasi completamente abbandonato dalla fine degli anni 70. Il dubbio è che piuttosto che ovviare ai problemi metodologici, si sia deciso di abbandonare ricerche che non supportavano la tesi della necessità della TP per formare terapeuti efficaci.

Negli ultimi 20-30 anni, infatti, gli sforzi sembrano essersi concentrati su studi di processo, tesi a valutare la relazione tra TP e qualità o aspetti specifici della prestazione del terapeuta. Questo tipo di studi hanno il merito di non considerare più la TP un fattore che globalmente incide sull'esito, ma di aver spostato l'attenzione su quali aspetti specifici della prestazione sono influenzati dalla TP.

Questo filone di studi offre qualche evidenza di un effetto positivo della TP, almeno indiretto, su variabili che sono supposte mediare la qualità della prestazione (e quindi gli esiti). In particolare le rassegne di una dozzina di studi rilevano una relazione positiva tra TP e empatia, autenticità, consapevolezza del controtransfert e attenzione alla relazione terapeutica (Wogan e Narcoss 1985; Norcross 2005; Macran e Shapiro 1998; Wiseman e Shefler 2001). Si tratta di studi prevalentemente correlazionali, che studiano la relazione tra la TP e il comportamento del terapeuta in seduta (la sua empatia, autenticità, consapevolezza del controtransfert, attenzione alla relazione terapeutica). L'esito, quando viene considerato, è misurato attraverso misure soggettive (autovalutazioni del terapeuta) che, come visto, sono ben poco affidabili. Inoltre, quando negli studi si fa riferimento a costrutti come l'empatia spesso non sono bene definiti e operazionalizzati; per esempio, da una metanalisi delle ricerche sulla relazione tra empatia e esiti delle terapie di Bohart e coll. (2002) si emerge che l'empatia spiega il 7-10% della varianza degli esiti dei trattamenti; il problema, come evidenziato da Thwaites e Bennett-Levy (2007), è che non è affatto chiaro cosa si intende con empatia: uno stato? Un tratto di personalità? Un processo esperienziale? Un indicatore indiretto del fatto che l'empatia non è un costrutto unico e che non influenza probabilmente in modo diretto gli esiti è che nel lavoro di Bohart e coll. curiosamente emerge che l'empatia ha un impatto maggiore sugli esiti per le terapie ad orientamento cognitivo-comportamentale, ovvero molto basate sulle tecniche, che su terapie molto centrate sulla relazione come le terapie dinamiche o umanistiche.

Una rassegna di Lambruschi e al. (2008) sulla relazione tra stili di attaccamento e aspetti della prestazione del terapeuta, evidenzia che gli stili di attaccamento del terapeuta spiegano gran parte della varianza nella alleanza terapeutica e delle rotture o difficoltà relazionali; ad esempio: lo stile sicuro è quello che meglio correla con vari indici di relazione positiva; stili di attaccamento complementari tra terapeuta e paziente, facilitano la disconferma di aspettative disfunzionali del paziente; alcuni sottotipi di attaccamento, per esempio il Need for Approval (stile di attaccamento insicuro) correlano con una maggiore frequenza di problemi in terapia.

Assumendo una relazione tra specifici aspetti personali e alcuni aspetti di performance, coerentemente ne consegue che la formazione deve farsi carico degli aspetti personali "attraverso un più attento lavoro su se stessi entro il gruppo

di formazione, contestualmente all'apprendimento delle tecniche terapeutiche; nonché attraverso un adeguato percorso di analisi personale" (Lambruschi et al., 2008).

Il problema è che, indipendentemente dal grande interesse dei dati riportati da Lambruschi e coll., ci sembra che anche assumendo come dato certo che alcuni aspetti personali, come gli stili di attaccamento, abbiano un impatto sugli esiti delle terapie, non è chiaro se e come la TP possa essere un efficace rimedio a questi aspetti relazionali disfunzionali (e quindi in ultimo influire sugli esiti).

Sulla base di quanto visto fino ad ora, possiamo trarre alcune inferenze: sulla base dei dati a nostra disposizione non c'è nessuna evidenza che suggerisca che la TP sia una componente necessaria di una buona formazione. Visti i costi e le implicazioni etiche, la mancanza di evidenze a favore dovrebbe far pendere la bilancia a favore di un uso più prudente della TP; in particolare dovremmo capire meglio in quali casi e rispetto a quali problemi la TP è lo strumento di formazione più efficace.

Una seconda inferenza che si può trarre dai dati visti, infatti, è che è auspicabile valutare se le funzioni tradizionalmente riconosciute alla TP, ovvero agli aspetti che attengono ad abilità e qualità nella relazione e all'opportunità di essere liberi da motivazioni personali potenzialmente dannose (controtransfer), non siano meglio assolte da altri strumenti.

La funzione della terapia personale nella formazione: per quali problemi è un rimedio efficace?

Quali problemi apre? Quali strumenti alternativi abbiamo?

Inserire la TP nei programmi di formazione sottende la tesi che esistano delle qualità personali o abilità del terapeuta necessarie per una buona prestazione e garantite al meglio dalla TP del futuro terapeuta.

In questo paragrafo ci proponiamo di chiarire quali sono, se ci sono, queste qualità o abilità personali, prendendo in esame anche strumenti alternativi alla TP che possono assolvere alle stesse funzioni formative.

La convinzione che sostiene la tesi della necessità della TP nella formazione è quella formalizzata da Bennett-Levy (2006): una buona formazione è garantita dall'apprendimento di conoscenze e abilità pratiche, che si acquisiscono con studio e lezioni teoriche e con l'addestramento; le abilità apprese, però, si "espletano" all'interno di una relazione con un'altra persona e la loro efficacia è mediata da abilità "relazionali" e qualità personali del terapeuta. Queste qualità e abilità sono indicate dai diversi autori come sistema riflessivo per Bennett-Levy (2006), empatia disposizionale per Hall et al. (2000), abilità empatiche per Norcross (2005), abilità metacognitive (Fauth et al., 2007) tra gli altri.

Il primo problema che questa tesi pone, però, nasce dalla poca chiarezza su quali siano gli aspetti personali e relazionali critici per una buona performance e, soprattutto, su quali problemi siano potenzialmente risolti attraverso la TP. In altri termini il problema è: si propone spesso la TP come una soluzione fondamentale a problemi di performance, ma quali sono i problemi che dovrebbero essere risolti dalla stessa?

Proveremo di seguito a rispondere a questo quesito riflettendo sulle ragioni concettuali a favore della TP come strumento di formazione, partendo da Freud, che per primo si è dovuto porre il problema della formazione di un terapeuta.

Freud già indicava nell'analisi personale lo strumento principe nella formazione di uno psicanalista (*Freud, 1937/1964*): l'analisi personale è concettualizzata come lo strumento per avere maggiore consapevolezza della natura delle proprie reazioni nel rapporto con il paziente, ovvero: superare le difese consentendo il riconoscimento della variabile personale e il suo controllo da parte del futuro terapeuta. La variabile personale è intesa come nucleo

problematico nodale, sciogliendo il quale i processi di pensiero non sono più influenzati da motivazioni personali. L'obiettivo dell'analisi, infatti, per Freud non è di cura, ma di conoscenza: analisi, non psicoterapia; l'analisi è concettualizzata, dunque, come uno strumento specifico di conoscenza e superamento delle difese che ha per effetto la "purificazione del terapeuta da motivazioni personali interferenti".

L'assunto è che la condotta umana può essere regolata da motivazioni non accessibili alla coscienza, in quanto in conflitto con altre motivazioni da cui consegue che la soluzione ha un vincolo importante: la variabile personale è inconoscibile a causa delle difese che la relegano nell'inconscio. Un addestramento alla gestione della variabile personale non sarebbe sufficiente in quanto non coglierebbe appieno gli aspetti della variabile personale, che sono relegati nell'inconscio e ivi mantenuti dalle difese (da qui il mito di un *terapeuta liberato* da motivazioni impure).

L'assunto che il terapeuta debba essere purificato da motivazioni inconscie, da cui deriva l'indicazione della necessità della TP in formazione, è un razionale condivisibile anche da chi si muove all'interno di un'altra cornice concettuale? Evidentemente no, almeno per i terapeuti che si definiscono cognitivisti o cognitivo-comportamentali, dal momento che la terapia cognitiva è fondata sull'assunto che le motivazioni che regolano la condotta sono conoscibili e accessibili, attraverso l'analisi dei contenuti mentali che accompagnano la condotta.

Partendo, comunque, dall'intuizione di Freud che la prestazione del terapeuta può essere inficiata dall'interferenza di motivazioni personali, una funzione che può essere riconosciuta alla TP indipendentemente dalla cornice teorica di riferimento, riguarda i problemi inerenti ad aspetti di funzionamento personale che interferiscono con la performance psicoterapeutica.

La condotta del terapeuta è guidata, come ogni altra condotta, da convinzioni e scopi; idealmente gli scopi che guidano un terapeuta coincidono con gli scopi della terapia o, quando questo non è, sono comunque orientati al benessere del paziente. È possibile, però, che ci siano occasioni in cui si attivano scopi diversi e in cui la condotta del terapeuta sia guidata da scopi inappropriati (intendendo con ciò che si tratta di scopi orientati verso uno stato desiderabile per il terapeuta, piuttosto che per il paziente). L'esempio più banale riguarda l'attivazione nel terapeuta di scopi erotici all'interno di una relazione di aiuto.

In realtà situazioni più interessanti, e presumibilmente più frequenti, riguardano casi come, ad esempio, la sensibilità alle minacce al proprio rango o al valore personale o al senso di libertà personale. Non è difficile immaginare che un terapeuta sensibile alla protezione del rango possa facilmente sentirsi minacciato e, dunque, rispondere in modo inappropriato, di fronte a comportamenti del paziente come "chiedere il tu"; o che possa mettere sistematicamente in atto condotte funzionali a mantenere il potere molto sbilanciato a favore del terapeuta, anche ove questo non sia in linea con gli scopi della terapia. È altrettanto intuitivo immaginare che, anche ove gli scopi personali non confliggano direttamente con quelli del paziente, l'attivazione frequente di scopi personali non appropriati, riduca l'attenzione del terapeuta a quanto accade in terapia.

In questo senso, dunque, una funzione specifica della TP in un processo di formazione è quella di disincentivare scopi personali che ostacolano o interferiscono con la performance, inibendo gli scopi della relazione di cura, e ri-orientare in modo appropriato interesse, attenzione, curiosità ecc. È un'evoluzione della terapia come purificazione delle motivazioni freudiane che va nella direzione di una terapia didattica.

Il problema è: la TP davvero garantisce questa funzione? Anche in assenza di dati, è ragionevole presumere che una terapia personale del terapeuta riduca in modo significativo la probabilità che ci sia un'attivazione inappropriata di scopi personali?

Come prima cosa osserviamo che in realtà quando si indica la TP come componente dei programmi non è affatto chiaro su che cosa debba vertere questa terapia e su cosa debba essere fondata l'alleanza terapeutica, dal momento che la terapia nasce su uno scopo definito non dal *trainee*-paziente, ma dal formatore. Una possibile obiezione è che sarà il *trainee*-paziente a definire l'oggetto e gli scopi della sua terapia; ma allora ci chiediamo: siamo sicuri che risolvere problemi con, ad esempio, l'intimità sessuale o con le relazioni sentimentali garantisca la neutralizzazione degli aspetti della variabile personale che possono interferire con la psicoterapia? Possiamo ipotizzare che una TP su scopi del *trainee* rimedi a variabili personali interferenti solo se crediamo, indipendentemente dalle evidenze, che esista sempre un unico nucleo problematico, scardinando il quale, a cascata, ci sia un cambiamento generalizzato del funzionamento (dunque, anche negli aspetti critici per una buona prestazione psicoterapeutica). A noi sembra che non ci sono ragioni valide per presupporre che una terapia funzionale al benessere del terapeuta garantisca la neutralizzazione degli aspetti disfunzionali e, soprattutto, che sia lo strumento con il miglior rapporto costi benefici.

Esistono, a nostro avviso, delle alternative più funzionali agli scopi della formazione; un esempio è, innanzitutto, il lavoro personale all'interno dei *training*: nel gruppo e contesto di formazione di base è possibile il monitoraggio, l'individuazione e la modificazione di scopi e credenze problematiche per la prestazione; il *training* è il setting più adeguato dal momento che: *trainer* e *trainee* condividono lo scopo di massimizzare la prestazione psicoterapica del *trainee*; a partire dalle esperienze cliniche è più facile individuare gli aspetti problematici del funzionamento del formato, anche ove questi non sia consapevole del fatto che esiste una criticità personale.

Un altro esempio è la supervisione didattica, focalizzata, dunque, sulla performance del *trainee*, non sui pazienti. Si tratta di uno strumento che può garantire almeno la consapevolezza degli aspetti di funzionamento personale critici per la professione; la TP potrebbe essere l'esito, nel senso che una volta acquisita la consapevolezza di aspetti di funzionamento personale problematici si può, in alcuni casi, individuare nella TP il rimedio.

Una seconda possibile funzione della terapia personale riguarda non tanto la "correzione" di aspetti interferenti con la terapia, ma l'acquisizione di abilità personali e relazionali carenti o da implementare nel futuro terapeuta.

Come messo in evidenza da Bennett-Levy (2006), infatti, uno dei compiti di una buona formazione è la facilitazione di abilità personali e qualità che attengono alla gestione del rapporto con il paziente; è evidente che se è vero che le abilità "tecniche" di cura si espletano all'interno di una relazione interpersonale, è importante che il terapeuta abbia le abilità necessarie a creare e mantenere questo contesto relazionale; è difficile immaginare che un terapeuta sia in grado di curare, se gli mancano alcune competenze relazionali.

Posto che c'è una certa vaghezza delle variabili cui ci si riferisce, non è affatto chiaro in che senso la TP sia la "soluzione migliore" o lo strumento più efficace per supplire alla mancanza di queste qualità e abilità. Si pensi, ad esempio, al costrutto di empatia: è una delle variabili indicate più frequentemente come critica per l'instaurarsi di una buona relazione terapeutica e, come visto sopra, ci sono alcune indizi empirici di una sua relazione con la qualità della prestazione e con gli esiti: una ricerca di Hall, Davis e Connelly (2000), su un campione di 290 psicologi supporta l'ipotesi, mutuata dalla psicologia sociale, che esista un tratto di personalità stabile nel tempo, una sorta di empatia di tratto. Le differenze interindividuali rispetto all'empatia, in questo senso, si mantengono stabili nel tempo. Questo suggerisce la scarsa influenzabilità di questo tratto e rimanda al problema: è onesto indirizzare i *trainee* alla TP per problemi relativi ad abilità inadeguate che si sa essere aspetti di funzionamento tendenzialmente stabili? (Commissione Etica APA, 2002; McEwan e Duncan, 1993; Elman e Forrest, 2004). Non sarebbe più onesto agire sulla selezione iniziale piuttosto che indirizzare ad una TP costosa e dal risultato improbabile? Indipendentemente dalla

reale influenzabilità delle abilità empatiche, e dal fatto che probabilmente quello studiato è solo uno dei costrutti misurati come empatia, il punto è che si rischia di indicare una soluzione che in realtà ha scarse probabilità di successo e che a volte sembra profilarsi più come una delega di responsabilità da parte di chi ha la responsabilità della formazione.

I dubbi sulla TP come strumento per migliorare le abilità relazionali aumentano se si considera l'esistenza di strumenti alternativi. Uno strumento alternativo, per esempio, è un addestramento specifico all'interno dei *training* alla capacità di cogliere e rispondere nel modo adeguato alle esperienze e bisogni del paziente, espressi in modo implicito o esplicito. Un'esemplificazione concreta è l'addestramento al riconoscimento dei JNDs (just noticeable differences), ovvero le esperienze di paziente e terapeuta che "risaltano" e sono indicatori di variazione di stati mentali ed emotivi (Fauth et al. 2007); scopo dell'addestramento è la migliore gestione della relazione in senso generico ma, soprattutto, addestrare in modo specifico alla gestione dei momenti di rottura dell'alleanza terapeutica.

Un altro esempio è il metodo di Self Practice/Self Reflection di Bennett-Levy (2006), che può essere applicato sia in una terapia individuale che all'interno dei *training* di formazione, che consiste in un'attiva riflessione su ogni aspetto e processo che si attiva durante una seduta terapeutica e sulle loro implicazioni ed effetti per entrambi gli attori in relazione (Willis, 2008). Tra l'altro una rassegna sull'uso di tale metodo nei *training* in terapia cognitivo-comportamentale offre evidenze della sua efficacia nel produrre benefici personali per il terapeuta e, soprattutto, benefici negli esiti.

Una terza, apparentemente ragionevole e intuitiva, funzione della TP in un percorso di formazione è la cura dei disturbi psicopatologici. Il senso comune suggerisce che un terapeuta con un grave disturbo sia un terapeuta peggiore. Il razionale della TP in questo senso è l'ipotesi di una relazione tra difficoltà nella prestazione e disagio psicologico personale, da cui deriva che per migliorare la prestazione è auspicabile agire sulla riduzione del disagio.

Il problema di nuovo è: la TP è davvero un rimedio valido, soprattutto se obbligatorio e per tutti? Secondo noi dovremmo sempre chiederci: parliamo di un disagio psicologico che è legittimo prevedere come "risolvibile" in grado sufficiente? E, soprattutto, la risoluzione del disagio garantisce l'acquisizione di quelle abilità che rendono la performance adeguata? Non è affatto scontato che, per esempio, la ipersensibilità al rango di un narcisista sia "curabile" o che "curare" il narcisismo garantisca automaticamente l'attivazione di scopi prosociali quali la curiosità e l'attenzione verso il paziente.

Inoltre, come evidenziato dal già citato lavoro di Garfield e Bergin (1971) o da Gilroy, Carrol e Murra (2002), che su un campione di 1000 psicologi osservano che i terapeuti depressi si percepiscono più efficaci e più empatici, la presenza di aspetti psicopatologici sembra non avere necessariamente una relazione positiva con minori capacità di cura.

In altri termini, dunque, non sarebbe, di nuovo, più onesto in molti casi modificare in senso restrittivo i criteri di selezione?

Conclusioni: è utile e opportuno inserire la terapia personale nei programmi di formazione in psicoterapia?

Ci sembra di poter concludere che non ci sono a nostro avviso evidenze empiriche e concettuali a sostegno dell'opportunità di suggerire la TP come componente fissa nei programmi di formazione.

Se, infatti, da un lato i benefici non sono sufficientemente chiari e certi, dall'altra sono chiari e certi i problemi che apre l'inserimento della TP nei programmi di formazione.

Tra i problemi che pone la TP nella formazione ci sono, innanzitutto, numerose questioni etiche non risolte (APA, 2002; McEwan e Duncan, 1993; Wills, 2008); tra i tanti i problemi etici i più rilevanti ci sembrano: la difficoltà a trovare un equilibrio tra diritto alla privacy del *trainee* e tutela della professione e dei pazienti: chi decide se e dove il *trainee* debba rivelare fatti personali? Quali i limiti tra il diritto del *trainee* alla privacy e il diritto del formatore ad avere informazioni utili a decidere se la TP ha “ottenuto l’esito desiderato”?

Un altro aspetto critico riguarda la scelta del terapeuta che deve essere in qualche modo valutato come “efficace” da chi ha la responsabilità della formazione: chi sceglie il terapeuta? Come non creare sospetti indotti economici? Inserire la TP nei programmi, infatti, garantisce ai didatti-terapeuti un bacino stabile di potenziali pazienti; questo crea un potenziale conflitto di interessi che potrebbe inficiare la scelta del formatore sull’opportunità della TP nella formazione.

L’aspetto economico è riconosciuto dall’APA come un aspetto altamente critico, tanto che l’articolo 7.04 CE APA (2002) dà indicazioni sull’opportunità che il *trainee* possa scegliere un terapeuta non affiliato alla scuola. Anche questa soluzione, però, non è risolutiva e rimanda ad altri problemi; ad esempio, se il terapeuta non è affiliato alla scuola non si rischia di annullare alcuni degli effetti benefici, come il modelling? E chi controlla che la terapia abbia raggiunto l’effetto desiderato?

Oltre agli aspetti etici, ci sono anche altre ragioni a sfavore della TP come componente strutturale della formazione. Intanto ci sono potenziali effetti negativi della TP. Un rischio è, ad esempio, che la terapia faciliti un eccesso di introspezione e di orientamento del focus verso l’interno, con l’effetto di riduzione dell’attenzione sul paziente. La TP può, inoltre, ridurre l’attenzione critica a propri “errori relazionali” dando l’illusione di aver risolto “problemi personali”. Uno studio di Pope e Tabachnick (1994), per esempio, evidenzia, sulla base di interviste a psicologi americani, gli innumerevoli danni o effetti collaterali negativi possibili di una terapia personale. Ancora: se è vero che l’esito è influenzato dallo stato psicologico del momento del terapeuta, bisogna rilevare che la TP non provvede ai bias cognitivi o ad alterazioni emotive contingenti. Sappiamo, ad esempio, che è più probabile sovrastimare un rischio di suicidio se il paziente dell’ora precedente minacciava il suicidio e possiamo inferire che l’agire (e l’empatia) del terapeuta sarà influenzato da questo bias. In che modo una TP riduce un bias di questo tipo? Non sarebbe più economica ed efficace una procedura di debiasing? Oppure: in che modo la TP provvede alle alterazioni della variabile personale legate al momento, come ad esempio arrabbiarsi prima della seduta?

In ultimo ci chiediamo: perché un terapeuta deve essere più sano di un giudice o una maestra? Almeno uno studio indica esattamente il contrario (Galfried e Bergin 1971) oltre a fatti aneddotici come casi di terapeuti in cui la grande capacità di cura si accompagna alla presenza di importanti disturbi psicopatologici.

Accanto alle valutazioni circa le enormi problematiche aperte connesse all’inserimento della TP nei programmi di formazione e all’incertezza circa i suoi benefici, ci sembra che un ulteriore argomento a sfavore la considerazione che prima di inserire componenti di incerta efficacia sarebbe conveniente e etico implementare le componenti di provata efficacia. A titolo esemplificativo prendiamo le competenze nella formulazione del caso: si sono solide evidenze del fatto che l’addestramento a una buona case formulation migliori non solo gli esiti, ma anche la relazione terapeutica e il benessere psicologico del terapeuta (Kuyen et al., 2005). Perché non dedicare uno sforzo maggiore in questa direzione?

Concludendo: l’affermazione “la TP migliora la capacità di cura” non è in nessun senso supportata empiricamente ne, come visto, da solide ragioni concettuali. Esiste qualche supporto empirico della utilità della TP nel migliorare alcune

abilità relazionali del terapeuta, ma non c'è evidenza che questo effetto influenzi significativamente le capacità di cura del futuro terapeuta e, soprattutto, che non possa essere garantito con strumenti più economici e/o più efficaci. Anche considerando i grandi limiti degli studi empirici a disposizione e accettando la tesi che "male non fa" e "a volte è utile" ci chiediamo: è etico indirizzare i *trainee* a una cura costosa e dagli esiti incerti? Forse ci sono casi in cui ciò che non strozza, non ingrassa e costa!

Guardando al futuro, la sfida per le scuole di formazione, più che discutere sull'opportunità di inserire la TP nei programmi, è semmai quello di capire in quali circostanze la TP è un utile supporto nel percorso di formazione del terapeuta e in quali è lo strumento migliore per rapporto costi/benefici nel curare deficit di performance. Accanto a questo, forse, sarebbe opportuno anche definire meglio i casi in cui la selezione è la soluzione più adeguata e onesta a carenze di performance.

Inoltre, sul piano della ricerca e della riflessione teorica, riteniamo che sia utile e stimolante chiederci da un lato se c'è qualche competenza garantita solo, o almeno nel modo più efficace ed efficiente, dalla TP e dall'altro definire meglio quelle abilità-altre non garantite dallo studio e dall'addestramento.

Bibliografia

- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Derner, G. F. (1960). An interpersonal approach to training in psychotherapy. In N. Dells & H. Stone (Eds.), *Training of psychotherapists* (pp. 130-145). Baton Rouge: Louisiana State University Press.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-7.
- Bike DH, Norcross JC & Schatz DM (2009). Processes and Outcomes of Psychotherapists' Personal Therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 19-31.
- Clark, M. M. (1986). Personal therapy: A review of empirical research. *Professional Psychology Research and Practice*, 17, 541-543.
- Daw B. & Joseph S. (2007). Qualified therapists' experience of personal therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 227-232.
- Elman, N., & Forrest, L. (2004). Psychotherapy in the remediation of psychology trainees: Exploratory interviews with training directors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 123-130
- Fauth J., Gates, S., Vinca, M.A., Boles, S., Hayes J.A. (2007). Big ideas for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 4, 384-391.
- Freud S. (1977). *Analisi terminabile e interminabile*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Garfield & Bergin (1971) Garfield, S., & Bergin, A. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8(3), 251-253
- Gilroy, Carrol & Murra (2002),
- Gagnani e Perdighe (2009). *La terapia personale in un training di psicoterapia*. Ricerca in corso.

- Greenberg, R. P., & Staller, J. (1981). Personal therapy for therapists. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1467–1471.
- Greenspan M. & Kulish N.M. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-78
- Guy J., Stark M.J., & Poelstra P.L. (1988). Personal therapy for psychotherapist before and after entering professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 474-476
- Hall J.A, Davis M.A., & Connelly M. (2000). Dispositional Empathy in Scientist and Practitioner Psychologists. *Psychotherapy*, 37, 1, 45-56.
- Holt & Luborsky, 1958; ????? Holt, R. R., & Luborsky, L. (1958a). *Personality patterns of psychiatrists: A study of methods for selecting residents* (Vol. 1). New York: Basic Books
- Katz, M. M., Lorr, M., & Rubenstein, E. A. (1958). Remainder patient attitudes and their relationship to subsequent improvement in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22,411-413.
- Kernberg, O. F. (1973). Summary and conclusions of "psychotherapy and psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project." *International Journal of Psychiatric Medicine*, 11, 62-77.
- Kuyen W., Fothergill C.D., Musa M., Chadwick P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp. 1187-01.
- Lambruschi F., Landini A., Crittenden P. & Ciotti F. (2008). Menti che curano? XIV Congresso Nazionale SITCC: *La terapia cognitiva nelle fasi di vita: sviluppo, relazioni, contesti, Baia di Chia, Cagliari - 24/26 Ottobre 2008*.
- Macaskill, N. D. (1988). Personal therapy in the training of the psychotherapist: Is it effective? *British Journal of Psychotherapy*, 43, 219-226.
- Macaskill, N. D., & Macaskill, A. (1992). Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: Results of a UK survey. *British Journal of Psychotherapy*, 9, 133-138.
- Macran e Shapiro (1998) Macran, S., & Shapiro, D. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 13–25.
- Macran, S., Stiles, W. B., & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419 – 431.
- McEwan J. & Duncan P. (1993). Personal Therapy in the Training of Psychologist. *Canadian Psychology*, 34, 2, 186-195-
- McNair, D. M., Lorr, M., & Callahan, D. M. (1963). Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 10-17.
- McNair, D. M., Lorr, M., Young, H., Roth, I., & Boyd, R. (1964). A three-year follow-up of psychotherapy patients. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 258-264.
- Norcross J. C. (2005). The Psychotterapist's Oen Psychoterapy. *American Psychologist*, 60, 8, 840-853.
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2005). The prevalence and parameters of personal therapy in the United States. In J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (pp. 165–176). New York: Oxford University Press.

- Norcross, J. C., Dryden, W., & DeMichele, J. T. (1992). British clinical psychologists and personal therapy: III. What's good for the goose? *Clinical Psychology Forum*, 44, 29–33.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutki, U., Wiseman, H., & Botermans, J. F. (2005). The prevalence and parameters of personal therapy in Europe and elsewhere. In J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (pp. 177–191). New York: Oxford University Press.
- Pope K.S. & Tabachinck B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247–258.
- Strupp, H. (1973). *Psychotherapy: Clinical, research, and theoretical issues*. New York: Jason Aronson. In: Clark, M. M. (1986). Personal therapy: A review of empirical research. *Professional Psychology Research and Practice*, 17, 541–543.
- Strupp, H., Fox, R., & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- In: Macran, S., Stiles, W. B., & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419 – 431.
- Thwaites R. & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591-612
- Wills F. (2008). *Training and Supervision in Cognitive Therapy*. In Wills F., *Skills in Cognitive Behaviour Counselling & Psychotherapy*.
- Wiseman, H., & Shefler, G. (1999). *Experienced psychotherapists' narrative accounts of their personal therapy: Impacts on professional and personal development..* Manuscript. In: Macran, S., Stiles, W. B., & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419 – 431.
- Wogan, M., & Norcross, J. C. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22, 63–74.

Per comunicare con gli autori potete scrivere alle mail
mancini@apc.it
perdighe@apc.it