

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Dottorato di Ricerca in Scienze della Formazione e Comunicazione

XXII Ciclo



**LA FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVA TRA *EVIDENCE BASED*  
*TRAINING* E DIMENSIONE PERSONALE DEL TERAPEUTA.**

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Ottavia ALBANESE

Tutore: Chiar.ma Prof.ssa Mariagrazia STREPPARAVA

Candidato:

Marco BANI

Matricola: 035467

Anno Accademico 2009-2010







## INDICE

1. Introduzione: storie di cavalli e cavalieri	pag. 7
2. Dalla ricerca sulla psicoterapia alla ricerca sul terapeuta	pag. 10
3. Sviluppo del terapeuta e studio del training in psicoterapia	pag. 15
4. La formazione in psicoterapia nei contesti internazionali: differenze e aspetti di integrazione	pag. 21
4.1 Alla ricerca di un quadro condiviso	pag. 23
4.2 La formazione in psicoterapia in Italia	pag. 26
5. L'efficacia del training	pag. 32
6. Perché valutare il training	pag. 39
6.1 Le linee guida per la formazione in psicoterapia	pag. 44
6.2 Come valutare il training: metodi e strumenti	pag. 50
7. Le componenti del training: <i>review</i> della letteratura	pag. 55
7.1 I trattamenti manualizzati	pag. 55
7.2 La didattica e la supervisione	pag. 57
7.3 Terapia personale e lavoro su di sé	pag. 59
7.4 Nuovi temi nella formazione: mindfulness, spiritualità, computer-based training	pag. 69
8. Modelli di formazione: oltre il modello tripartito	pag. 72
9. La ricerca	pag. 78
9.1 Gli obiettivi	pag. 79
9.2 Il Centro di Terapia Cognitiva	pag. 80
9.3 Metodologia e strumenti	pag. 82
9.4 Analisi dei dati	pag. 84
9.5 Il profilo del campione all'inizio del training	pag. 85

9.6 Il confronto pre-post training	pag. 108
9.7 Discussione	pag. 117
10. Conclusioni e sviluppi futuri: verso l' <i>evidence based trainee</i>	pag. 123
11. Bibliografia	pag. 125
12. Appendice	pag. 141

## **RIASSUNTO**

La formazione in psicoterapia è un'area che solo recentemente ha ricevuto attenzione da parte dei ricercatori, in particolare è emersa la necessità di verificare, accanto all'efficacia dei trattamenti che è tradizionalmente oggetto di studio in psicoterapia, se i percorsi di formazione in psicoterapia sono in grado di formare terapeuti efficaci e in che direzione si muove il cambiamento dei trainee.

Questo lavoro si propone, alla luce dei dati di letteratura, di valutare il cambiamento in un campione di trainee durante un corso di specializzazione quadriennale in psicoterapia cognitiva, misurato attraverso alcuni indici legati al lavoro clinico e valutati con uno strumento autosomministrato compilato all'inizio e al termine del corso di formazione.

I dati mostrano come vi sia una riduzione delle difficoltà percepite in seduta e un cambiamento delle strategie utilizzate per far fronte alle difficoltà, oltre ad una modifica delle modalità relazionali e degli obiettivi terapeutici.

Parole chiave: formazione, psicoterapia, valutazione, cambiamento,

## **ABSTRACT**

Psychotherapy training is an area that has only recently received attention from researchers, in particular next to the effectiveness of treatments that has traditionally been studied in psychotherapy, the need has arisen to test if psychotherapy training courses are able to develop effective therapists and in which directions it moves the trainee's change.

Starting from the literature, this work aims to assess the change in a sample of trainees during a four-year training course in cognitive psychotherapy, measured by some indices related to clinical work and evaluated with a self-report instrument completed at the beginning and at the end of the training course.

Data show that there is a reduction of perceived difficulties in session and a change in strategies used to cope with difficulties, as well as a change in the relational style and in the therapeutic goals.

Key words: training, psychotherapy, assessment, change



## 1. INTRODUZIONE: STORIE DI CAVALLI E CAVALIERI

*Much work must be done...to understand what makes a good therapist good. (Luborsky & Spence, 1971, p. 432)*

Il tema della formazione riveste un ruolo centrale nell'ambito della ricerca in psicoterapia, perché è il punto di partenza nella costruzione di una professionalità che si caratterizza per la sua flessibilità nell'incontro con situazioni cliniche estremamente varie e che va a costruirsi progressivamente in un itinerario professionale continuo che, lungi dall'esaurirsi nella formazione istituzionalizzata delle scuole di specializzazione, viene continuamente ampliata, ristrutturata, integrata nel corso della pratica clinica. Tuttavia, pur nella consapevolezza di tale variabilità, il percorso di formazione specialistica caratterizza da un lato la competenza comune di partenza degli psicoterapeuti, il punto di ancoraggio condiviso, che verrà poi affinato nel corso della pratica professionale secondo direzioni differenti sulla base degli itinerari professionali individuali (Orlinsky e Rønnestad, 2005), e dall'altro rappresenta il *file rouge* che, sulla base delle differenze più ampie di tipo istituzionale, legislativo, unisce gli psicoterapeuti a tutte le latitudini intorno ad alcuni nuclei chiave come quelli di relazione, alleanza, empatia etc.

Bisogna però evidenziare che intorno al tema della formazione in psicoterapia coesistono molti aspetti caratterizzati da un'ampia variabilità che rendono difficile non solo la descrizione di un quadro lineare e coerente del panorama formativo, ma anche solo pensare che dietro l'etichetta di "psicoterapeuta" vi siano figure professionali realmente confrontabili tra loro. Tali differenze riguardano essenzialmente le differenti metodologie didattiche delle specializzazioni, che a livello europeo e internazionale sono ancora più marcate, coinvolgendo la definizione stessa di psicoterapia, il ruolo riconosciuto alla pratica terapeutica e la relazione con altre professioni affini (*counselor, social workers* etc.) (Botermans, 1996). Mentre, infatti, in paesi come l'Italia (legge 18 febbraio 1989, n. 56, G.U. n. 46 del 24 febbraio 1989), l'Austria (Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990), la Germania (Psychotherapeutengesetz, 1998), la professione psicoterapeutica è regolamentata a livello ministeriale ed è prevista una definizione di competenze nonché una regolamentazione del percorso formativo, in altri paesi, come la Francia e l'Inghilterra, la regolamentazione è affidata alle società scientifiche o di categoria, pur in assenza di una definizione

di psicoterapia e di un percorso formativo comune; infine la gran parte dei paesi dell'est europeo presenta al momento l'assoluta mancanza di regolamentazione, demandata in tutto e per tutto alle singole società scientifiche (Orlinsky, 2008).

La necessità di studiare l'impatto della formazione in psicoterapia sul trainee segue cronologicamente gli sforzi di ricerca volti ad una verifica di efficacia della pratica psicoterapica sul paziente, che per molti decenni ha rappresentato la sfida, vinta, della ricerca in psicoterapia. Solo recentemente, infatti, si è posta progressivamente con maggiore forza la necessità di rendere gli sforzi di ricerca non più solo una bandiera da sventolare nei contesti clinici ma parte integrante della formazione sia inserendo i trattamenti di provata efficacia (*Evidence Based Treatment*, EBT) nei percorsi di formazione sia rendendo gli stessi percorsi di formazione oggetto di ricerca per verificarne la capacità di costruire terapeuti efficaci.

In questo senso è interessante iniziare a pensare ad uno spostamento dalla dimensione agonistica che ha caratterizzato la ricerca indirizzata dapprima a capire se il cavallo della psicoterapia è realmente competitivo, poi a cercare quale dei cavalli è il più veloce (Di Nuovo et al., 1998), verso una dimensione evolutiva che ci racconti qualcosa di più del cavaliere che conduce la gara.

Lo studio del training si inserisce pertanto in questo panorama come un'area da approfondire partendo dalla costruzione di linee condivise che diano prova di essere efficaci nel costruire una competenza clinica e metodologica e che partano da una concreta operazionalizzazione dei punti chiave della pratica terapeutica che si manifesti sia all'interno delle scuole di formazione che all'esterno, nei contesti istituzionali in cui gli specializzandi si incontrano con i pazienti.

Diventa quindi molto più interessante cominciare a pensare a quali caratteristiche deve avere lo psicoterapeuta e a come può svilupparle al meglio in un percorso di addestramento, prove, percorsi (e che deve tenere in conto anche qualche caduta) che lo metta in condizione sia di cavalcare il proprio destriero (cognitivista, psicodinamico, sistemico etc.) su terreni differenti, dal prato, al circuito, alla boscaglia, alle colline (rialzandosi se necessario e tornando in sella), sia di cambiare le briglie e la sella in modo da renderli adatti al terreno da attraversare.

Accanto alla conoscenza approfondita del proprio cavallo (psicodinamico, cognitivo, comportamentale o sistemico), sperimentandone le potenzialità e i limiti in tutte le sue caratteristiche, si affianca però anche la capacità, all'interno di un percorso formativo, di prendere in prestito altri cavalli, non perché uno valga l'altro ma per coglierne gli aspetti

di comunanza, riconoscendo che il trotto ha la stessa cadenza per tutti i cavalli e lo stesso per il galoppo, e di differenza, individuando gli aspetti che non possono rientrare in una visione integrata perché inconciliabili, tenendosi lontani dal rischio di un facile eclettismo.

Un buon cavaliere, infatti, riesce a cavalcare animali differenti perché conosce i movimenti e i principi che lo guidano (la costruzione e il mantenimento di una relazione terapeutica, la capacità di riparare le rotture etc.), mentre un cavaliere che conosce solo il proprio cavallo rischia di trovarsi in difficoltà non appena questo si ferisce ad una zampa, incappando in un *drop out* o più a lungo termine nel *burn out*.

Accanto alle componenti della formazione che comprendono i trattamenti che si sono dimostrati efficaci alla prova delle verifiche sperimentali e che pertanto rappresentano un punto fermo ed irrinunciabile della formazione, soprattutto in area cognitiva, diventa però importante descrivere il percorso di cambiamento personale e professionale che porta il trainee non solo a saper utilizzare trattamenti di provata efficacia ma anche e soprattutto ad acquisire una modalità relazionale, a riconoscere le proprie difficoltà nella relazione, a utilizzare delle strategie per affrontare tali difficoltà, a definire e concordare degli obiettivi terapeutici. Tutto ciò necessita di essere meglio compreso, definendo quali sono le modalità formative attualmente disponibili per sviluppare queste competenze tecniche e modalità relazionali e in che modo è possibile misurare la capacità di un percorso formativo di costruire itinerari personali e professionali efficaci nel perseguire il benessere dei pazienti.

Ripercorriamo quindi la strada che è stata percorsa fin qui dal cavallo della psicoterapia, un po' a briglie sciolte, con ma con gli occhi puntati soprattutto sul cavaliere.

## 2. DALLA RICERCA SULLA PSICOTERAPIA ALLA RICERCA SUL TERAPEUTA

La maggior parte degli sforzi che la ricerca in psicoterapia ha impegnato negli ultimi 40 anni sono stati rivolti a fornire sempre maggiori prove dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici. Tuttavia la ricerca in psicoterapia ha una storia più lunga che parte già dagli inizi del 900 e la cui evoluzione storica è stata riassunta da Orlinsky e Russell (2004) in quattro fasi caratterizzate ognuna da differenti questioni di fondo e approcci metodologici. Una prima fase, fino agli anni 50 del 900 si è dedicata ad un iniziale sforzo di rendere il fenomeno della psicoterapia, caratterizzato da un elevato livello di complessità, misurabile in modo oggettivo attraverso l'introduzione delle registrazioni delle sedute e i trascritti delle stesse (Zennaro et al., 2006); la seconda e la terza fase, fino agli anni 80, ha visto il perfezionarsi delle metodologie utilizzate e successivamente ha visto l'affermarsi della meta-analisi come tecnica per valutare i risultati dei differenti studi di efficacia accumulatisi, con una spinta verso la manualizzazione dei trattamenti.

Negli ultimi 30 anni si è infine assistito ad un consolidamento dei risultati ottenuti e ad un perfezionamento degli strumenti di ricerca, con un focus sul rapporto tra efficacia sperimentale e clinica (*efficacy vs effectiveness*).

In particolare si è fatto largo tra i ricercatori uno sforzo verso disegni mutuati dall'ambito medico-biologico, con l'impiego di metodologie sempre più rigorose per incrementare la validità delle prove di efficacia, in particolare attraverso *trials* clinici randomizzati (RCT), campioni di controllo e standardizzazione dei trattamenti.

Gli studi randomizzati e controllati sono finalizzati a dimostrare l'efficacia dei trattamenti assegnando in modo casuale i pazienti a differenti condizioni di trattamento (o non trattamento, per esempio attraverso liste di attesa) e controllando, dove possibile, le variabili demografiche, di gravità sintomatologica e funzionamento del paziente per arrivare ad una valutazione la più possibile pulita del trattamento che necessita a sua volta di una manualizzazione per essere poi replicabile.

Il rigore di queste metodologie ha rappresentato una svolta nella ricerca in psicoterapia, superando i grossi limiti che l'analisi di casi singoli presentava (tuttavia nuovi approcci metodologici hanno permesso di dare una nuova spinta allo studio di gruppi di casi singoli); pertanto lo studio dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici ha monopolizzato la ricerca in psicoterapia, articolandosi poi in alcuni filoni più specifici.

Un primo filone molto importante della ricerca è quello che studia l'*outcome* e che si è dedicato inizialmente a raccogliere prove di efficacia della psicoterapia sempre più convincenti, soprattutto sulla spinta delle compagnie assicurative americane per il rimborso di tali prestazioni, e poi al confronto tra differenti approcci teorici, per individuare possibili differenze o per definire particolari indicazioni di trattamento.

Pur ottenendo alcuni risultati questo approccio ha finito per aprirsi poi a una prospettiva più integrativa, in cui sono stati sottolineati i fattori comuni e trasversali ai differenti orientamenti (*common factor*) che ruotano attorno al costrutto di relazione terapeutica. Tale prospettiva ha permesso di andare oltre al noto *effetto dodo* (Luborski et al., 1975) che, sulla scorta di dati meta-analitici, era giunto a concludere una sostanziale uguaglianza nell'efficacia terapeutica degli interventi, indipendentemente dall'approccio teorico, ponendo fine alla ricerca su “quale cavallo corre più veloce”, cioè su quale approccio è più efficace degli altri in senso assoluto. Questa prospettiva si è peraltro dimostrata inutile ai fini di una validazione degli interventi e utile solo ad accentuare gli attriti ideologici ed è stata sostituita da un approccio focalizzato sul confronto di modalità di intervento specifiche per problematiche cliniche definite (Di Nuovo et al., 1998).

In quest'area sono stati sviluppati differenti strumenti per la misura dell'*outcome*, utilizzati in contesti molto vari e trasversali a tutti gli orientamenti come l'*Outcome Measure* (Lambert et al., 2004), che include una batteria di strumenti molto articolata sia per l'età evolutiva che per i pazienti adulti, tradotti e validati in molte lingue (<http://www.oqmeasures.com>).

Un altro strumento ampiamente utilizzato in questo contesto è il CORE (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*; Evans et al., 2002), particolarmente utilizzato per la disponibilità di traduzioni in molte lingue e, a differenza dell'OM, per il suo utilizzo gratuito (<http://www.coreims.co.uk>).

Più recentemente è stato sviluppato in Italia il CBA-VE (Michielin et al., 2008), sulla base del più noto CBA, adattate per la valutazione degli esiti; il test è costituito da cinque scale di cui tre che indagano le principali manifestazioni psicopatologiche (ansia, depressione, disagio psicologico, impulsi e sintomi vari) e due relativi al benessere psicologico e alla percezione di cambiamento positivo.

Un secondo filone molto prolifico è legato alla valutazione del processo (*process*), in cui sono stati analizzati vari aspetti affettivi e relazionali in particolare l'alleanza terapeutica; in questo quadro sono stati messi a punto e validati diversi strumenti come il *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), l'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica

(IVAT) che si applicano entrambi a trascritti di sedute o la *Working Alliance Inventory* (WAI) che viene somministrata separatamente al paziente e al terapeuta per valutarne poi la concordanza e questionari per rilevare i contenuti salienti delle sedute, la concordanza terapeuta-paziente o la qualità della relazione (per una rassegna degli strumenti si rimanda a Dazzi et al., 2006).

In un panorama come quello presentato, in cui viene sottolineata l'efficacia del trattamento *per sé*, il ruolo giocato dal terapeuta e dal paziente nel processo terapeutico è stato spesso relegato a quello di "varianza d'errore" in cui il paziente è considerato un contenitore passivo e il terapeuta il mezzo attraverso cui il trattamento viene trasmesso (Beutler, 1997) o al massimo annoverato nell'insieme dei *common factors* aspecifici (Steering Committee, 2002).

Questo è vero soprattutto per gli approcci più strettamente comportamentali o cognitivi che si sono dedicati alla valutazione d'efficacia in modo massiccio, mettendo a punto anche strumenti *ad hoc* come nel caso della *Cognitive Therapy Scale* (Young e Beck, 1980, 1988).

A questo riguardo vanno evidenziati gli sforzi per manualizzare i trattamenti che sono emersi in area anglosassone, definendo in modo oggettivo le tecniche e le procedure per applicare un determinato trattamento a una determinata categoria diagnostica (Norcross et al., 2005) per facilitare poi la valutazione dell'*outcome* da parte di giudici indipendenti; tale approccio è stato particolarmente utilizzato negli studi di efficacia (per esempio il NIMH *treatment for depression collaborative research program*) in cui era necessario identificare l'efficacia di una specifica forma di psicoterapia nel trattamento di uno specifico disturbo o il confronto tra trattamenti differenti. Solo successivamente è emersa anche in questo filone di ricerca la consapevolezza di un limite metodologico legato alla difficoltà di separare l'effetto dovuto al trattamento e al terapeuta; quest'ultimo era monitorato in modo costante attraverso supervisioni o valutazioni del processo in modo che non si allontanasse dalle procedure prescritte.

Tuttavia tale approccio rischia di ridurre la pratica psicoterapeutica all'applicazione di specifici *skills* al di fuori di una relazione terapeutica; è un rischio sempre presente soprattutto per quegli approcci che prima e più di altri hanno posto la questione della verificabilità degli interventi. È interessante al riguardo la prospettiva discussa da Bara e Liotti rispetto al ruolo delle tecniche e al loro insegnamento in psicoterapia (in Moser e Genovese, 2005) in cui da un lato viene sottolineato il valore aggiunto della tecnica come stru-

mento di intervento dotato di una propria validità autonoma, e dall'altro la necessità di un suo situarsi all'interno della relazione con il paziente, senza la quale perde di efficacia.

È poi degno di nota che nei primi studi sull'efficacia terapeutica i pazienti fossero assegnati in modo casuale, in quanto considerati fonti di varianza, ma non lo erano i terapeuti la cui dimensione personale era in qualche misura ignorata o considerata marginale nel processo terapeutico e la cui formazione era pertanto considerata standard e tale da rendere ogni terapeuta uguale all'altro; la realtà si è dimostrata ben altra e alcuni studi hanno messo in evidenza la differenza di efficacia tra terapeuti con un'analogia formazione (Albert, 1997; Jennings e Skovolt, 1999; Lambert et al., 2001, 2002; Whipple et al., 2003) peraltro già nel 1966 Kiesler annoverava l'assunzione dell'uniformità dei terapeuti tra i "miti" della ricerca in psicoterapia.

Apprendo una sessione dedicata al ruolo del terapeuta nella ricerca in psicoterapia, Garfield (1997) fornisce alcune possibili spiegazioni di questa diffusione di studi comparativi e di efficacia a discapito di quelli relativi al terapeuta, in particolare la focalizzazione sulle differenze teoriche e tecniche durante le prime divisioni all'interno del movimento psicoanalitico (Jung, Adler etc.); in seguito con il moltiplicarsi degli approcci, che ormai si contano a centinaia, il focus è sempre rimasto sulle differenze teoriche. Un secondo aspetto è relativo alla delicatezza delle ricerche focalizzate sull'efficacia del terapeuta in quanto i risultati possono riflettersi negativamente dal punto di vista professionale sul singolo e sull'istituzione.

Senza dubbio il ruolo degli studi comparativi di efficacia è stato fondamentale nel fornire dati necessari a supportare l'efficacia delle psicoterapie e a rispondere alle critiche mosse al riguardo ma proprio per la grande quantità di studi di questo tipo è ora possibile e necessario spostare l'attenzione e indirizzare gli sforzi verso altri aspetti ancora poco chiariti. Primo fra tutti quello della formazione.

Questo lavoro si inserisce in questo quadro caratterizzato da un lato dagli sforzi verso una verifica degli interventi e dall'altro verso un recupero della dimensione soggettiva del terapeuta, spostando il focus sui giovani terapeuti in formazione alla ricerca di nuovi modelli formativi che costruiscano identità personali e professionali di terapeuti efficaci e consapevoli dei propri limiti. Lo scopo di questo lavoro è pertanto quello di riportare al centro dell'attenzione della ricerca in psicoterapia le componenti personali e relazionali del terapeuta che, unitamente ai trattamenti di provata efficacia, possono favorirne o limitarne l'impatto; per fare questo è necessario iniziare ad interessarsi al terapeuta e ancora prima al terapeuta in formazione con un occhio sulla sua dimensione di sviluppo persona-

le e professionale e uno sul percorso di formazione che affronta, cioè quali sono le componenti che nutrono e informano il suo sviluppo di terapeuta.

### 3. SVILUPPO DEL TERAPEUTA E STUDIO DEL TRAINING IN PSICOTERAPIA.

Alla luce di queste considerazioni preliminari si fa strada l'interesse a porre al centro dell'attenzione dei ricercatori e dei clinici il percorso di formazione dei terapeuti, per guardarlo più da vicino, individuando quali sono le variabili su cui maggiormente si struttura l'identità personale e professionale del terapeuta e che, pur nella difficoltà nel renderle misurabili, rappresentano un'importante chiave di lettura della loro identità professionale.

La ricerca in psicoterapia si è poco interessata dell'efficacia del percorso formativo che porta un giovane specializzando ad acquisire competenze tecniche, relazionali ed emozionali che lo porteranno a diventare un terapeuta esperto e in generale pochi sono anche gli studi relativi alla dimensione evolutiva del terapeuta e al suo sviluppo personale e professionale. Al riguardo è sorprendente notare come non vi sia un capitolo dedicato alla formazione nell'autorevole *Handbook of Psychotherapy and Behavior* fine alla sua terza edizione (Matarazzo e Patterson, 1986), lasciando intendere come questo aspetto sia rimasto per decenni nelle scuderie delle scuole terapeutiche che si occupavano in modo autonomo dell'addestramento dei propri cavalieri. A questo riguardo è esemplare il testo di Ekstein e Wallerstein (1972) che tra i primi cercano di descrivere un modello di formazione in area psicoanalitica.

La storia della formazione in psicoterapia è quindi relativamente recente dal momento che i primi training formalizzati risalgono all'inizio del secolo scorso quando, in seguito alla formazione di molti circoli medici che si avvicinarono alla psicoanalisi, come Vienna, Berlino e Zurigo, e poi molti altri, emerse forte l'esigenza di strutturare dei percorsi formalizzati per insegnare il metodo della psicoanalisi.

Tuttavia, nonostante questo primitivo interesse, per molti decenni la psicoterapia e il suo insegnamento sono rimasti lontani dalla verifica empirica, rifugiandosi nelle scienze umane, e solo con l'avvento della rivoluzione cognitiva, oltre che di altre spinte sociali e culturali (in primis la richiesta delle compagnie di assicurazione americane di verificare l'efficacia degli interventi per il rimborso), si è fatta forte la richiesta di verificare sperimentalmente l'efficacia della psicoterapia.

Un passaggio centrale in tal senso è senza dubbio la nascita della SPR (*Society for Psychotherapy Research*) nel 1969 che ha permesso lo sviluppo della ricerca nei suoi differenti aspetti e andando oltre le differenze teoriche ma permettendo un confronto e-

stremamente fecondo tra clinici e ricercatori, ricerca qualitativa e quantitativa (Orlinsky, 1995, 2009).

È tuttavia sorprendente notare come accanto a tutti gli sforzi di ricerca finalizzati alla verifica di efficacia della psicoterapia meno interesse sia stato dedicato all'efficacia del terapeuta; in particolare sulla base dell'evidenza scientifica sappiamo ormai con certezza che la psicoterapia è efficace (Smith e Glass, 1977; Wampold et al., 1997; Luborsky et al., 1999; Lambert e Ogles, 2004; Roth e Fonagy, 1996), pur con alcune questioni tuttora aperte e oggetto di ricerca (Norcross et al., 2006; Goodheart et al., 2006; Sibilina, 2009), tuttavia sappiamo poco o nulla rispetto a come insegnare ai terapeuti ad essere efficaci.

E non è una questione da poco perché apre due aree centrali nella ricerca in psicoterapia; da un lato diventa urgente capire quanto dell'efficacia terapeutica dipende da procedure, protocolli o tecniche specifiche e quanto dallo stile relazionale del terapeuta, dall'altro, a prescindere dalla risposta a questa prima domanda, è necessario capire come insegnare le tecniche o i protocolli di intervento o come permettere ai trainees di sviluppare una relazione che sia terapeutica.

Non c'è dubbio che tecniche e relazione sono due aree che necessitano entrambe di formazione, che si imparano, si formano e si modellano, ma in che modo?

La visione di sedute videoregistrate è un buono strumento didattico per apprendere la desensibilizzazione sistematica? O è più utile un manuale che descriva passo passo le fasi da seguire? O ancora un *role playing* permette un'acquisizione più efficace del protocollo? O tutte e tre queste modalità formative si integrano bene?

L'acquisizione di una modalità relazionale terapeutica e flessibile viene favorita dall'osservazione di terapeuti esperti in seduta? Oppure dal rivedere con un supervisore delle sessioni registrate del trainee? O dalla semplice esperienza clinica con vari pazienti? Alla luce di queste e molte altre questioni ancora aperte è sorprendente notare che la formazione in psicoterapia non sembra essere cambiata molto dai primi del 900, almeno rispetto alla forma, quando gli psicoanalisti avevano strutturato i primi training, dal momento che anche oggi sembra imperare il modello tripartito di formazione che include la didattica, più o meno frontale, la supervisione e la terapia personale (Botermans, 1996).

Tale modello risulta applicato trasversalmente a tutti gli orientamenti pur con un focus differente su uno dei tre aspetti, in particolare più discusso è il ruolo della terapia personale su cui l'accento è posto con gradi differenti fino ad essere completamente omesso (Mancini e Perdighe, 2010) ma sostituito con altre modalità (su questo tema si veda il capitolo 7.3).

Certamente accanto ad una forma sostanzialmente immutata molto è cambiato in merito ai contenuti e alle modalità di training (Botermans, 1996) grazie soprattutto ai dati di ricerca e alla capacità di alcuni clinici di integrarli sapientemente nella formazione iniziando a tracciare quei collegamenti tra clinica e ricerca che tutt'oggi sembrano spesso mancare o essere ancora deboli.

Ma quali sono i motivi per cui così poca attenzione è stata dedicata alla formazione nella storia della ricerca in psicoterapia?

Certamente i fattori in gioco sono molti e possono essere riassunti con le parole di Michael Mahoney (1980):

*"[...] the field of psychotherapy research now faces three fundamental questions:*

- 1. Is psychotherapy effective?*
- 2. When and why is it effective?*
- 3. How should psychotherapists be trained?*

*The latter two questions obviously presume that the first can be answered affirmatively".*  
(p. xi).

La necessità storica, soprattutto in area nordamericana, di verificare l'efficacia della psicoterapia ha posto in secondo piano ogni altra considerazione lasciandola comunque alle singole scuole ed evitando di rendere il training tema di ricerca e confronto. In effetti, fino agli anni '60 il dibattito si è acceso e sviluppato esclusivamente sul tema dell'efficacia delle terapie, lasciando tutta l'area della formazione in trincea dove ogni orientamento era libero di utilizzare strategie e modalità proprie quasi avvolte in un'aura di mistero.

Al riguardo bisogna comunque sottolineare che la dimensione "artigianale", dell'"andare a bottega", mantiene ancora una sua vitalità e una sua validità (Guidano, 2008; Imbasciati, 2008) e non significa rifiutare o ignorare il rigore di un percorso formativo codificato (Molinari, Castelnuovo, 2007); ogni professione, e quella psicoterapeutica a ragion veduta, comprende aspetti standardizzabili la cui implementazione comporta però un lavoro più certosino di riassetto all'interno del sistema costituito dal singolo trainee che rielabora ed integra questi aspetti sperimentandosi in prima persona e confrontandosi con dei feedback di osservatori esterni (Cionini, Ranfagni, 2009). Una cosa è leggere il manuale del perfetto cavaliere, altra è vedere una corsa ippica, altra ancora salire a cavallo e vedere che effetto fa. La scelta di lavorare in piccoli gruppi (10-20 persone) va in questa direzione e in Italia le istanze di riconoscimento non sono mai andate oltre questo limite, pur in assenza di un'esplicita limitazione legislativa.

Un passo importante verso la definizione di alcuni aspetti del ruolo della formazione è dato certamente dalla conferenza di Boulder 1949, da molti considerata la nascita della moderna psicologia clinica (Barlow, Hayes, Nelson, 1984), in cui dall'incontro di 71 rappresentanze di corsi di formazione universitari in psicologia clinica venne messo a punto e definito il modello noto come "*science-practitioner model*" in cui vengono sottolineate con forza le due facce della formazione in psicologia clinica: la ricerca e la clinica e quindi la necessità di improntare la formazione all'acquisizione combinata di competenze e conoscenze scientifiche/di ricerca e cliniche/professionali.

È un punto centrale nell'analisi del tema oggetto di questo lavoro poiché sono proprio queste due anime che sbilanciandosi possono portare a esiti differenti, da interventi terapeutici in "catena di montaggio" (protocollo da applicare che da solo basta all'efficacia) a interventi meta psicoterapici (ogni situazione è sempre un caso a sé e non è possibile insegnare un agire terapeutico).

Tuttavia questa dualità tra ricerca e clinica è un aspetto su cui è possibile in linea generale raccogliere un consenso diffuso ma che non è riuscito ad andare oltre questo consenso generale e soprattutto non ha ottenuto una concreta implementazione, in particolare in area europea.

Infatti, è proprio in relazione al *science practitioner model* che emerge una prima forte differenza tra l'area americana e quella europea; negli Stati Uniti la formazione in psicologia clinica e in psicoterapia è rimasta fortemente ancorata al mondo universitario e della ricerca tanto che i percorsi di formazione clinica e di ricerca coincidono e i dottorati di ricerca (PhD) e includono tutt'oggi di fatto anche formazione e attività clinica: la clinica si nutre dei risultati di ricerca, modificando e integrando le indicazioni raccolte nell'agire terapeutico e al tempo stesso informa la ricerca ponendo sempre nuove richieste di chiarimento su interventi funzionali ma che non rientrano nei modelli conosciuti.

In Europa, al contrario, le due anime del modello sono rimaste generalmente divise e, pur con le specificità di ogni paese europeo, hanno seguito strade differenti costituendo percorsi universitari per la formazione alla ricerca (i corsi di dottorato) e percorsi universitari o parauniversitari per la formazione clinica, affidata in alcune nazioni a scuole riconosciute in altre alle associazioni che raccolgono i differenti orientamenti psicoterapici.

Questa frattura tra clinica e ricerca ha avuto un impatto importante sull'insegnamento e sulla pratica clinica che solo recentemente sta tentando di creare ponti di collegamento e che mentre negli Stati Uniti, dove la clinica e la ricerca convivono comunque negli stessi spazi da molto tempo, è oggi oggetto di maggiore attenzione, con un focus sulla difficoltà

a diffondere i trattamenti basati sull'evidenza nella pratica clinica (Baker et al., 2008), in Europa è maggiore la difficoltà a rendere la ricerca di interesse per la clinica e quest'ultima l'oggetto e il destinatario della ricerca.

Alcuni dei motivi che hanno mantenuto questa distanza vengono discussi da Piper (2004) evidenziando come spesso coloro che sono impegnati nella formazione in psicoterapia sono principalmente clinici che non hanno il tempo materiale di monitorare le numerose pubblicazioni in psicoterapia e vagliare quelle rilevanti per una ricaduta sulla formazione. In secondo luogo i lavori di ricerca sono spesso di difficile comprensione perché i destinatari sono altri ricercatori e non i clinici, e si focalizzano primariamente su trattamenti brevi per specifici disturbi (OCD, fobie, attacchi di panico etc.) mentre la maggior parte dei terapeuti in setting privati lavora con terapie medio lunghe e sono molti i pazienti che non portano una sintomatologia evidente e inquadrabile nella nosografia descrittiva.

Piper presenta alcuni temi che caratterizzano la ricerca in psicoterapia proponendo per ognuno le implicazioni in relazione alla formazione che è utile avere in mente:

- le meta-analisi sull'efficacia della psicoterapia dovrebbero far parte del bagaglio di formazione soprattutto quelle relative all'orientamento del trainee, con la consapevolezza dei limiti delle stesse;
- i fattori comuni delle terapie, che più dei fattori specifici spiegano l'esito, devono essere noti ai trainees anche come punto di incontro con clinici di orientamento differente dal proprio;
- i manuali di trattamento e le linee guida devono far parte dei programmi di formazione con una particolare attenzione ad evidenziarne i problemi associati ad una rigida adesione;
- le prove di efficacia portate a favore delle *empirically supported therapies* hanno mostrato l'importanza di utilizzare tali interventi con i pazienti che ne possono beneficiare, i trainees devono pertanto conoscere tali interventi e saper indirizzare correttamente i pazienti che ne possono beneficiare;
- terapie brevi dovrebbero essere tentate prima di terapie a medio-lungo termine dal momento che il 50% dei pazienti ottiene dei benefici nelle prime 10 sedute;
- le psicoterapie combinate con un trattamento farmacologico adeguato sono più efficaci di un intervento monolitico per molti disturbi, pertanto i trainees devono prendere in considerazione un trattamento congiunto e la capacità di lavorare con altri professionisti;

- le terapie di gruppo hanno esiti comparabili a quelli di terapie individuali e vanno quindi preferite soprattutto nei contesti pubblici in cui la scarsità di risorse richiede di ottimizzare gli interventi; i trainee devono quindi essere addestrati a gestire gruppi terapeutici sulla base del proprio orientamento.

L'obiettivo dichiarato non è quello di trasformare i trainee in ricercatori ma di fornire loro le basi metodologiche e gli strumenti di lettura per sapersi muovere nella ricerca selezionando gli elementi più utili per il loro lavoro.

#### **4. LA FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA NEI CONTESTI INTERNAZIONALI: DIFFERENZE E ASPETTI DI INTEGRAZIONE**

La complessità dei percorsi di formazione in psicoterapia in Europa e nel mondo è tale per cui è necessario dedicare un breve paragrafo per una contestualizzazione alla realtà italiana a cui appartiene la scuola su cui è stato sviluppato il progetto.

Tra gli aspetti poco considerati ma centrali non solo nell'ambito della ricerca in psicoterapia ma in quello della stessa pratica terapeutica emerge in particolare il percorso di formazione degli psicoterapeuti. Un punto cruciale è, infatti, quello della formazione, perché da un lato caratterizza la competenza di partenza degli psicoterapeuti, che verrà poi affinata nel corso della pratica professionale secondo direzioni differenti (Orlinsky e Rønnestad, 2005), e dall'altro rappresenta, pur tra numerose peculiarità, il *file rouge* che unisce gli psicoterapeuti a tutte le latitudini intorno ad alcuni nuclei chiave come la relazione, la diagnosi, l'empatia etc.

Tuttavia intorno alla formazione in psicoterapia ruotano una quantità di specifiche e di differenze che rendono difficile non solo farne un quadro comune, ma anche solo pensare che dietro l'etichetta di psicoterapeuta ci siano degli elementi comuni. Tali differenze, che verranno illustrate di seguito, riguardano da un lato l'ordinamento giuridico delle specializzazioni in psicoterapia e dall'altro gli aspetti più strettamente formativi che esistono tra orientamenti differenti e soprattutto tra paese e paese.

Alla luce delle differenze appena introdotte e in relazione alla ricerca di esito, diventa pertanto necessario specificare e tenere in debita considerazione la formazione dei terapeuti sottoposti a valutazione. Generalmente tali ricerche, così come quelle di processo, vengono messe tutte sotto lo stesso cappello e tra le variabili indipendenti considerate si trovano soprattutto il differente orientamento teorico, l'anzianità del terapeuta (considerata indice di esperienza) o il livello di formazione, seppure variamente definito. In tutto questo la formazione è invece considerata, per definizione, omogenea: un terapeuta è un terapeuta, sempre e ovunque.

Rimane quindi il dubbio se, quando parliamo di terapeuti, abbiamo in mente una rappresentazione che tenga conto delle differenze tra paese e paese o semplicemente riportiamo tutto all'immagine di psicoterapeuta che esiste nel nostro contesto socio-culturale di riferimento; in questo secondo caso la lettura dei risultati della ricerca può diventare da un lato fonte di fraintendimenti e indebite generalizzazioni, ma dall'altro può essere una spin-

ta a valutare adeguatamente gli standard di formazione e l'occasione per aprire una discussione al riguardo.

Basta, infatti, una constatazione legislativa per mettere in luce questa poca chiarezza; l'Unione Europea ha da tempo avviato un progressivo mutuo riconoscimento delle professionalità all'interno degli stati membri per favorire la mobilità e, mentre per molte professioni (ricercatori, architetti, medici, paramedici etc.), è stato possibile stabilire dei criteri comuni, per la professione di psicoterapeuta, pur rientrando tra le professioni paramediche questo non è ancora avvenuto.

I motivi sono molteplici e comprendono:

- il differente status giuridico della professione di psicoterapeuta nei vari paesi; mentre infatti in alcuni paesi quella di psicoterapeuta è una professione indipendente e riconosciuta, in altri si configura come un percorso di specializzazione, in altri ancora non c'è alcun riconoscimento.

- le differenti figure professionali che possono praticare la psicoterapia; mentre infatti in alcuni paesi la professione è riservata a poche figure professionali (medici, psicologi), in altri è aperta a differenti professionisti.

- i rapporti tra psicoterapia e counselling; mentre in alcuni paesi le due professioni sono entrambe riconosciute e regolamentate (fino al caso dell'UK dove convivono sotto la stessa associazione), in altri il counselling non ha ancora trovato riconoscimento e sono emerse alcune situazioni conflittuali tra queste due professioni.

- il ruolo svolto dalla psicoterapia nei contesti pubblici (ospedali, territorio etc.); alcune nazioni hanno, infatti, riconosciuto le prestazioni psicoterapiche in contesti pubblici solo per alcuni orientamenti teorici maggiormente riconosciuti mentre in altri contesti non vi sono limiti.

Alla luce di queste considerazioni quello del training in psicoterapia si configura come un aspetto centrale perché rappresenta il punto di partenza per verificare la possibilità di individuare delle basi comuni, dei nuclei centrali condivisi per la formazione; è pertanto da qui che dovrebbe partire il confronto.

Tuttavia quella del training è una dimensione estremamente complessa che richiede inizialmente di essere messa a fuoco attraverso un primo quadro complessivo, alla luce dei lavori attualmente presenti in letteratura, individuando le risorse e i punti critici.

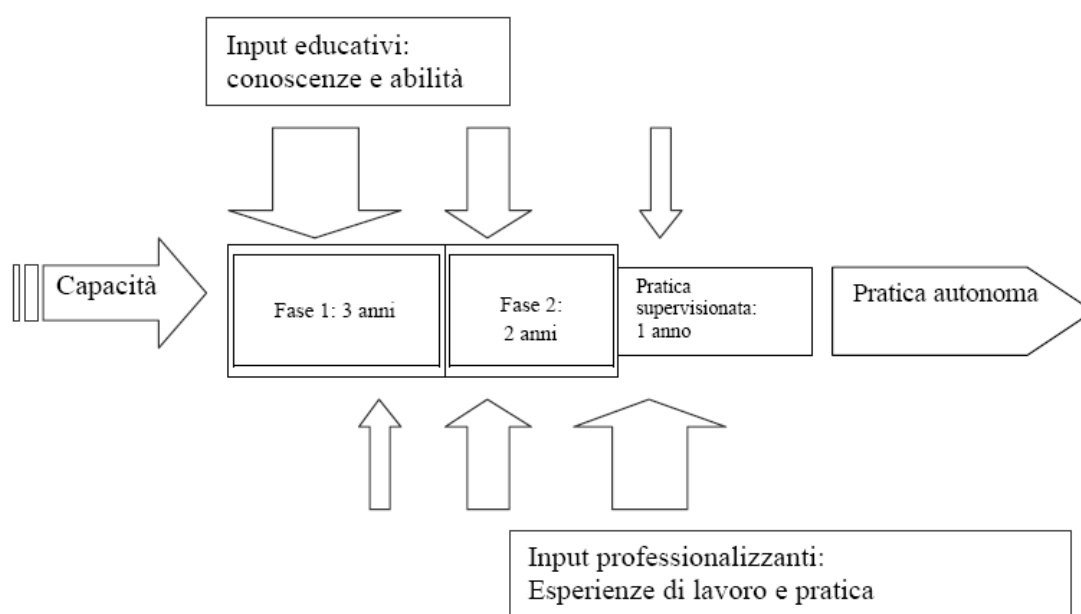
Data l'ampiezza del quadro di riferimento l'attenzione verrà indirizzata in modo particolare alla situazione europea e solo in assenza di riferimenti europei su alcuni aspetti verranno fatti riferimenti ad altre realtà internazionali. Questa scelta è legata al fatto che in Eu-

ropa la tradizione psicoterapeutica consente di avere un quadro generale più coerente, pur a fronte di molte differenze, mentre la tradizione americana si discosta in modo maggiore e rischierebbe di creare un livello eccessivo di complessità.

#### 4.1 Alla ricerca di un quadro condiviso

In letteratura esistono diversi lavori che si sono confrontati con la complessità del quadro europeo rispetto alla psicoterapia e hanno cercato di dare sguardo complessivo e coerente dello status giuridico e normativo nei vari paesi europei.

Un sistema di comparazione dei titoli a livello europeo ha un suo primo passaggio relativamente alla professione di psicologo, più codificata e confrontabile rispetto a quella di terapeuta, coinvolgendo 15 paesi Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito con il programma EuroPsy (<http://www.europsy.eu.com>) che all'interno del progetto Leonardo, si propone di consentire il riconoscimento di un titolo europeo per la professione di psicologo attraverso la definizione di percorsi formativi comuni che prevedono un iter in tre fasi, un livello di base triennale (corrispondente alla laurea triennale) dedicato alle conoscenze e alle abilità di base, un livello successivo biennale (la laurea specialistica) con una maggiore attenzione agli aspetti professionalizzanti e un anno di pratica supervisionata.



*Immagine 1. Percorso di formazione alla professione di psicologo definito dal programma EuroPsy.*

Spostando poi il focus in particolare sulla situazione della psicoterapia un primo lavoro è il progetto “*Psychotherapies in Europe*”, inserito nel quadro del programma BIOMED dell'Unione Europea, che per primo si è posto l'obiettivo di fornire un'ampia veduta sulla pratica psicoterapeutica in alcuni paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Svizzera, Svezia, Regno Unito, Polonia, Ungheria, Finlandia, Irlanda) (Cesa Bianchi et al., 1996, 1998).

Il progetto si è sviluppato dal 1994 al 1998 per contribuire alla definizione di linee legislative comuni per la regolamentazione della psicoterapia e alla stesura di linee guida per la valutazione della pratica terapeutica nei contesti istituzionali con un'apertura anche ad alcuni paesi dell'est europeo; il lavoro ha messo in luce un quadro piuttosto frammentato a partire dalla stessa definizione di psicoterapia e non ha permesso di raggiungere una maggiore coerenza dei differenti aspetti della professione.

Un secondo insieme di lavori, svolti all'interno del *Leonardo da Vinci Program* tra il 1999 e il 2001 e pubblicati sul *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, (Zerbetto, Tamtam, 2001; Van Deurzen, 2001) ha ampliato il quadro comprendendo 34 paesi europei.

I risultati mostrano un quadro sostanzialmente coerente rispetto a quello del lavoro precedente, risultano infatti confermate le differenze, a volte molto pronunciate, tra i vari paesi e la maggiore attenzione dedicata anche a paesi “minori”, soprattutto dell'est Europa, ha permesso di mettere in luce molte carenze che dovrebbero spingere ad adottare delle linee comuni.

Un tentativo in questo senso è stato fatto dall'*European Association of Psychotherapy* (EAP) che si è posta come uno dei primi traguardi la creazione di Certificato Europeo di Psicoterapia (ECP), un attestato che, sulla base di alcune linee guida comuni, assicuri che gli psicoterapeuti siano formati in modo equivalente e abbiano pertanto delle competenze comparabili favorendo così la mobilità dei professionisti in seno all'Unione Europea; si tratta quindi di un tentativo di mutuo riconoscimento fatto attraverso le associazioni di categoria e senza il coinvolgimento istituzionale europeo.

Questo tentativo si è tuttavia dimostrato poco efficace e a distanza di 10 anni dall'introduzione dell'ECP sono circa 4000 i terapeuti che l'hanno richiesto (di cui la metà tedeschi e austriaci) e solo 37 le scuole di formazione che hanno aderito agli standard EAP; inoltre emerge come gli orientamenti psicodinamici siano sovra rappresentati, men-

tre quelli comportamentali risultano fortemente sottorappresentati e quelli cognitivi del tutto assenti.

Un secondo tentativo è stato proposto, più recentemente, da un'altra associazione europea, l'EFPA (*European Federation of Psychology Associations*) che ha posto dei criteri più rigidi ma rispetto a cui per il momento non si hanno dati.

Più recentemente (2006) Priebe e collaboratori, all'interno del dibattito in atto nel Regno Unito sulla regolamentazione della psicoterapia, hanno pubblicato un lavoro sulla disponibilità della psicoterapia e le modalità di accesso in ambito internazionale come spunto di confronto.

Questo lavoro ha affrontato anche il tema del training psicoterapico, confrontando per la verità in modo piuttosto generale e impreciso i criteri di formazione (citando l'Italia viene riportata una tabella da cui emerge che sono necessari 6 anni di training per diventare psicoanalista e 3 per un terapeuta cognitivo comportamentale).

Più recentemente è stato dedicato un numero monografico dell'*European Journal of Psychotherapy & Counselling* (vol. 11 del 2009) al tema della formazione in psicoterapia, ma non si trovano poi altri lavori che indaghino in modo sistematico la situazione dei training in psicoterapia in Europa, mentre è possibile trovare diversi lavori internazionali sullo stato della psicoterapia; per esempio un recente numero monografico del *Journal of Clinical Psychology* ha descritto situazioni molto differenti tra di loro (Messico, Spagna, Brunei, Sud Africa, Argentina, Australia) mettendo poi in evidenza la grande eterogeneità rispetto al riconoscimento, le figure professionali, il percorso formativo (Wedding, 2007). Anche in questo caso si tratta però di lavori che indagano solo marginalmente gli aspetti del training, senza chiarirne le caratteristiche.

Un'esperienza interessante è quella proposta da David Orlinsky che al congresso internazionale della SPR a Barcellona (2008) ha organizzato due sessioni dedicate alla situazione della psicoterapia in differenti paesi del mondo che hanno visto la partecipazione di 15 paesi. Gli interventi si focalizzavano su 6 aree: l'identità della professione psicoterapeutica, le relazioni con le altre professioni di aiuto, il rapporto tra psicoterapia e servizio sanitario nazionale, i fattori di cambiamento della professione presenti al momento nel paese, il rapporto tra ricerca e clinica in psicoterapia e, di interesse per il tema discusso, le abilità di base e le modalità di formazione richieste.

Le due sessioni hanno prodotto 17 report, tra cui quello italiano (Bani et al., 2010), pubblicati sul sito SPR (<http://www.psychotherapyresearch.org>), sulla base dei quali è possi-

bile tracciare alcune linee di demarcazione e alcune aree di incontro, benché emerga comunque una situazione estremamente differenziata.

## **4.2 La formazione in psicoterapia in Italia**

Spostando l'attenzione a livello nazionale la situazione risulta di gran lunga più codificata; con la legge del 1989 sull'ordinamento della professione di psicologo sono stati definiti i criteri per l'esercizio della psicoterapia e per la formazione e successivamente con il decreto legge n°509 del 1998 sono stati definiti in dettaglio gli standard di formazione, successivamente modificati in misura minima. Vediamo quindi quali sono i confini entro cui si muove la formazione.

Per l'istanza di riconoscimento gli istituti devono innanzitutto *“presentare l'ordinamento, la documentazione relativa alla validità del proprio indirizzo metodologico e teorico-culturale ed evidenze scientifiche che dimostrino la sua efficacia, la documentazione relativa all'esistenza, per i tirocini, di convenzioni con strutture o servizi pubblici e privati accreditati, ...la disponibilità di qualificato personale docente e non docente e di idonee strutture e attrezzature, necessarie all'efficace svolgimento dei corsi”*.

Per quanto riguarda più specificamente la parte didattica i corsi devono avere durata almeno quadriennale, e con un monte ore di almeno 500 ore annuali di cui almeno 100 dedicate ad attività pratiche (cioè il tirocinio nelle strutture esterne alla scuola); le attività teoriche devono comprendere due sezioni: la prima *“un'ampia parte di psicologia generale, di psicologia dello sviluppo, di psicopatologia e diagnostica clinica nonché la presentazione e discussione critica dei principali indirizzi psicoterapeutici”*; la seconda *“l'approfondimento specifico dell'indirizzo metodologico e teorico-culturale seguito dall'istituto”*.

Relativamente alle attività pratiche viene evidenziata la necessità di *“una formazione coerente al tipo di indirizzo psicoterapeutico adottato dall'istituto; formazione che prevederà, oltre a specifici momenti formativi, la supervisione delle psicoterapie attuate dagli allievi durante l'addestramento pratico”*, e *“per il tirocinio...documentate esperienze in strutture e servizi pubblici e privati accreditati, al fine di verificare l'efficacia dell'indirizzo metodologico e teorico-culturale seguito dall'istituto”*.

L'indicazione che emerge dal decreto è dunque di una particolare attenzione alla verifica di efficacia anche se non viene chiarito se tale efficacia vada riferita all'indirizzo psicote-

rapeutico o piuttosto al modello formativo in cui l'indirizzo viene sviluppato e che dovrebbe poi riflettersi sull'efficacia terapeutica degli specializzandi.

In particolare la "messa alla prova" dell'indirizzo scientifico durante "*documentate esperienze in strutture e servizi pubblici e privati accreditati*" risulta però controversa in quanto non è possibile verificare se tale compito venga effettivamente svolto, pur non mancando strumenti e metodologie adeguati al riguardo (Dazzi et al., 2006; Rønnestad e Ladany, 2006; O'Donovan e Dawe, 2002).

La legislazione italiana in materia pur ponendosi come un punto di riferimento importante nel panorama internazionale, dal momento che in molti paesi europei manca tuttora un riconoscimento della professione di psicoterapeuta (come sarà discusso in seguito), è comunque piuttosto generica per la necessità di mettere insieme orientamenti o modalità formative piuttosto differenti.

D'altra parte alcuni aspetti del training, per la loro trasversalità rispetto alle differenze di orientamento teorico, potrebbero essere oggetto di ulteriori approfondimenti al fine di creare maggiore omogeneità nei percorsi di formazione, non tanto nelle modalità operative (cioè quali metodologie didattiche vengono usate per sviluppare specifiche abilità), che necessariamente differiscono tra i vari orientamenti, ma negli obiettivi che si prefiggono di raggiungere. In questo senso la definizione di linee guida comuni che raccolga un consenso condiviso su tali obiettivi potrebbe essere un passo importante, sulla base di quelle già presenti in letteratura (e presentate in seguito al capitolo 6).

In particolare le aree della valutazione dell'efficacia e dell'acquisizione delle competenze e quella del tirocinio si prestano particolarmente ad essere condivise e rese confrontabili perché più facilmente possono essere operazionalizzate: l'efficacia dei trainees può essere valutata al termine della formazione indipendentemente dal percorso precedente, il tirocinio è un aspetto della formazione che è comune a tutte le scuole (pur con alcune differenze rispetto alla durata) e nel quale spesso trainees di formazione differente si incontrano nelle supervisioni o nei servizi territoriali e ospedalieri, le competenze sono per definizione operazionalizzate e condivise (saper condurre un primo colloquio, un assessment clinico etc.).

Il tirocinio è spesso la sede in cui i trainees di differente formazione si incontrano e, soprattutto nei contesti pubblici come le aziende ospedaliere, le ASL e i servizi connessi, si trovano a gestire problematiche comuni all'interno di una cornice istituzionale che va al di là delle singole formazioni e che dovrebbe essere patrimonio di qualunque specialista

in psicoterapia per il semplice fatto che in seguito qualunque specialista può accedere a posizioni lavorative all'interno delle istituzioni.

La seconda area, quella della valutazione, è probabilmente quella più critica perché evoca inevitabilmente giudizi non solo per il trainee ma per le scuole stesse; d'altra parte non è più pensabile a un percorso di formazione che per il semplice fatto di essere riconosciuto a livello ministeriale dia una formazione efficace e di qualità. Le modalità di valutazione intermedie e di fine specializzazione, ricavabili dalle informazioni fornite dalle scuole sui siti internet, se confrontate tra loro danno un po' il quadro di una situazione non più sostenibile dove ci sono scuole che richiedono la discussione di un caso clinico, o di otto casi clinici, in cui l'assessment strumentale deve essere presente o non viene ritenuto necessario, dove è sufficiente un'unica situazione clinica o dove sono richieste almeno tre problematiche cliniche differenti, dove il caso di un adulto deve essere affiancato ad uno di età evolutiva o dove non è importante l'area del ciclo di vita (Bani et al., 2010).

La cultura condivisa della verifica dell'efficacia delle terapie, ampiamente diffusa in ambito internazionale (Lambert, 2003; Bennett-Levy et al., 2007; 2009), è poco presente in Italia, pur con alcune eccezioni (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006; Di Nuovo, Lo Verso, Blasi, Giannone, 2003). D'altra parte appare invece ancora inesplorata la valutazione dell'efficacia dei modelli formativi.

Parlando di formazione diventa inevitabile focalizzare l'attenzione sui protagonisti in gioco: da un lato le scuole e i docenti, terapeuti esperti, dall'altro i trainees, spesso giovani psicologi, più raramente medici.

L'esercizio della professione psicoterapeutica è diventata, infatti, sempre più un obiettivo per molti psicologi che, spesso subito al termine del percorso universitario, sentono la necessità di completare la propria professionalità.

D'altra parte questa scelta viene sentita da molti psicologi quasi come obbligata, data la saturazione del mercato del lavoro, e i dati sembrano confermare questa sensazione; l'Italia con i suoi 64.142 psicologi (dato aggiornato al 31 dicembre 2007) ha ormai superato il rapporto di 1 psicologo ogni 1000 persone e questo rapporto è destinato inesorabilmente a crescere progressivamente dato l'alto numero di iscritti alle facoltà di psicologia (circa 70.000) (fonte Ordine Nazionale degli Psicologi, 2007).

A fronte di questa richiesta crescente di formazione sono nate numerosissime scuole che hanno inoltrato al MIUR e concluso positivamente l'iter di riconoscimento.

Attualmente il numero di scuole riconosciute dal ministero dell'università è di 341 di cui 204 sedi principali e 137 sedi periferiche (dato aggiornato a giugno 2009); dal 2002 al 2009 l'incremento è stato di 124 scuole, pari al 57.1% (grafico 1).

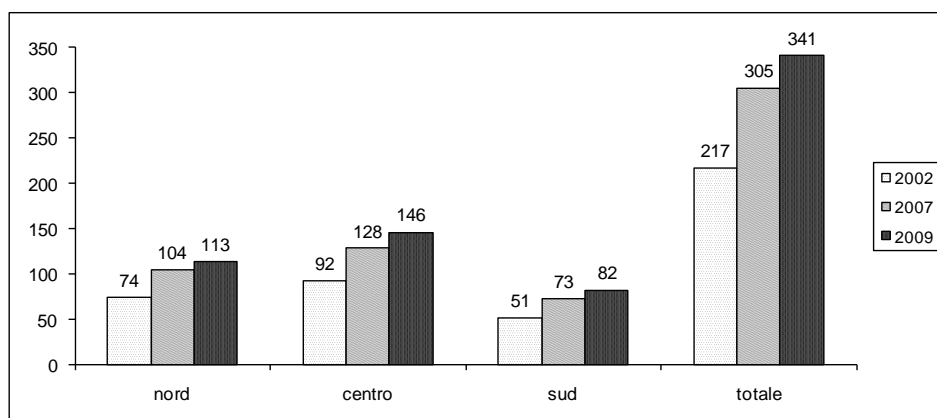


Grafico 1. numero delle scuole e distribuzione geografica (slide tratta dalla presentazione del prof. Rubini, disponibile sul sito MIUR al link <http://www.miur.it/UserFiles/2583.pdf>, integrata con i dati del 2009)

Osservando la distribuzione delle sedi principali sul territorio nazionale emerge una sostanziale omogeneità sul territorio, anche se andando a vedere più in dettaglio la localizzazione delle 341 scuole emerge come Roma e Milano siano le città che ospitano il maggior numero di scuole (circa 50), seguite da Napoli, Torino, Firenze, Padova e Bologna (tra le 10 e le 20).

A partire dal 2002 è stato fissato in 20 il numero massimo di allievi per ogni scuola; di fatto il numero di allievi oscilla tra 10 e 20 con una media di 18 che moltiplicato per il numero delle scuole si traduce in 6030 potenziali terapeuti in formazione ogni anno.

È un numero esagerato per un paese come l'Italia che ha già un rapporto di 0.61-0.65 psicoterapeuti per 1000 abitanti, tra i più alti in Europa insieme ad Austria (0.69) e Germania (0.62) (Zerbetto e Tamtam, 2001; Tonzar, Ordine Nazionale Psicologi, 2006). Inoltre considerando il numero di psicologi che si laureano ogni anno (6851 nel 2008, di cui 2744 con laurea specialistica; fonte: sito <http://statistica.miur.it>) emerge come esista una forte sproporzione tra richiesta e offerta.

Lasciando da parte i numeri va comunque evidenziato che quella di intraprendere una specializzazione in psicoterapia è una scelta importante che determina per i futuri trainees un impegno oneroso in termini di tempo e di denaro.

Tuttavia non sempre nel così grande numero di scuole presenti sul territorio è garantito un adeguato livello formativo né d'altra parte all'utente naïve che si avvicina per la prima volta alle scuole, vengono forniti strumenti di valutazione o indici che siano di aiuto per orientarsi in un così variegato panorama formativo. Per esempio non esistono dati sul livello occupazionale degli psicoterapeuti, né sull'efficacia dei programmi formativi o più semplicemente sulla soddisfazione degli specializzandi, con rare eccezioni (Baietta et al., pubblicato sul sito [www.apc.it](http://www.apc.it)).

Pertanto i futuri trainees si trovano nella situazione di dover scegliere la scuola di specializzazione raccogliendo informazioni relative all'orientamento teorico, ai programmi didattici, ai docenti, alle sedi e in particolare ai costi. Tra le modalità di ricerca di informazioni, un ruolo primario è rivestito da internet, per la sua facilità di accesso e per la sempre maggiore familiarità che gli utenti hanno con questo strumento.

Tale risorsa rappresenta, infatti, il più semplice ed accessibile canale di raccolta di informazioni da parte di una popolazione piuttosto giovane, costituita generalmente da neolaureati, accanto alle richieste di informazioni fatte tramite e-mail o per telefono, dagli incontri di presentazione o selezione fatti dalle scuole stesse e dal passaparola con altri trainees già in formazione.

Tuttavia, se guardiamo le informazioni che le scuole forniscono sui loro siti, ci rendiamo conto che i colloqui di selezione sono in quasi un quarto dei casi a pagamento. È ragionevole pensare che nella maggioranza dei casi tali colloqui vengano presi in considerazione come fonte di informazione solo quando ormai la scelta è stata fatta. Il web quindi sembrerebbe rappresentare il primo e più importante canale informativo per i futuri trainees oltre che un importante spazio di visibilità per le scuole stesse.

In internet è possibile trovare differenti siti che mettono a disposizione un elenco delle scuole private di psicoterapia, tuttavia il più completo ed aggiornato è, ovviamente, quello del ministero dell'università e della ricerca ([www.miur.it](http://www.miur.it)) che oltre a fornire un elenco in formato pdf di tutte le scuole e la normativa di riferimento che regola le scuole stesse, mette a disposizione un motore di ricerca che consente di individuare le scuole attive in ogni regione.

Altri siti che forniscono un elenco delle scuole, anche se non sempre aggiornato come quello del ministero, sono quelli delle tre associazioni che raggruppano le scuole private: la Federazione italiana delle associazioni di psicoterapia ([www.fiap.info](http://www.fiap.info)), la Federazione delle associazioni italiane di psicoterapia ([www.faipnet.it](http://www.faipnet.it)), il Coordinamento nazionale delle scuole private di psicoterapia ([www.cnspscuolepsicoterapia.it](http://www.cnspscuolepsicoterapia.it)) e lo stesso fanno an-

che alcuni siti di argomento psicologico ma non istituzionali come [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it), [www.psicologia-psicoterapia.it](http://www.psicologia-psicoterapia.it), [www.scuole dipsicoterapia.it](http://www.scuole dipsicoterapia.it), [www.scuole dipsicoterapia.opsonline.it](http://www.scuole dipsicoterapia.opsonline.it), [www.psiconline.it](http://www.psiconline.it); in ogni caso non vengono fornite informazioni dirette sulle scuole ma solo indicazioni sulla sede, i riferimenti telefonici o internet, pertanto gli studenti devono cercare autonomamente tra i siti delle singole scuole le informazioni necessarie ad orientarsi.

Una rilevazione dei dati forniti dai siti delle sedi principali delle scuole (Bani et al., 2010) ha peraltro messo in evidenza come spesso tali informazioni siano incomplete o fuorvianti impedendo ai trainees una scelta realmente consapevole di un percorso che è particolarmente oneroso in termini di impegno temporale ed economico.

L'organo ministeriale preposto alla valutazione annuale e al monitoraggio delle scuole è la commissione ministeriale per le scuole di psicoterapia, istituita con il Decreto 11 dicembre 1998, n. 509. La commissione è composta da un massimo di 16 membri (accademici, esperti scelti dal ministero e rappresentanti degli ordini dei medici e degli psicologi) ed ha un mandato triennale; tra i suoi compiti sono previsti: la valutazione delle domande di attivazione di nuove scuole e le richieste di modifica e integrazione di quelle già attive; l'ispezione degli istituti già attivi. Inoltre raccoglie al termine di ogni anno una relazione dell'attività svolta da ogni scuola.

Tuttavia i compiti sono di controllo e verifica esclusivamente relativi alle scuole sulla base della normativa vigente mentre non ha tra le sue prerogative quelle di coordinare il rilascio delle specializzazioni attraverso la valutazione diretta della competenza dei trainees attraverso commissioni miste (per esempio con un membro esterno alla scuola e uno interno, anche con orientamenti differenti, un membro dei servizi pubblici). Un ruolo di maggiore garanzia degli specializzandi, piuttosto che delle specialità, permetterebbe da un lato di definire modalità comuni di valutazione (per esempio richiedendo necessariamente la presenza di un assessment, di una verifica di esito, di una o più trascritti di sedute, di un numero definito di casi clinici – per un approfondimento delle modalità di valutazione si rimanda al cap. 6) e dall'altro di coordinare maggiormente i percorsi di formazione.

## 5. L'EFFICACIA DEL TRAINING

Pochi anni dopo la conferenza di Boulder, nel 1952, Eysenck pubblica il suo noto lavoro sull'effetto delle psicoterapie in cui sulla base dei dati disponibili conclude che non è possibile affermarne l'efficacia e di conseguenza non è possibile né ragionevole sviluppare programmi di formazione per una tecnica inefficace (Botermans, 1996):

*“Until [...] a process of rigorous analysis support the prevalent belief in therapeutic effectiveness of psychological treatment, it seems premature to insist on the inclusion of training in such treatment in the curriculum of the clinical psychologist.”* (p. 323).

Superato questo primo scoglio critico, con la dimostrazione dell'efficacia della psicoterapia alla luce di una mole di dati ormai impressionante, si sono poste all'attenzione dei ricercatori le nuove questioni relative anche al training.

Emerge però un itinerario poco lineare dal momento che per formare alla psicoterapia deve essere in prima battuta chiaro che la psicoterapia è efficace e in seconda battuta deve essere noto in che modo è efficace cioè quali sono le variabili chiave che spiegano maggiormente il successo terapeutico e su cui poi, solo successivamente, sviluppare dei programmi di formazione.

È interessante tuttavia notare come di formazione in psicoterapia si sono interessati criticamente alcuni autori già a partire dagli anni '50 e in lavori successivi, sull'eco delle conclusioni di Eysenck, è a più riprese stata messa in discussione l'effettiva capacità di terapeuti formati di produrre risultati efficaci se confrontati con altre figure di aiuto prive di una formazione specifica come insegnanti, infermieri, *social workers*.

Una prima rassegna venne proposta da Durlak nel 1979 su 42 studi di confronto dell'efficacia tra terapeuti formati, costituiti da psicologi, psichiatri e assistenti sociali (*social workers*) e operatori paraprofessionali (costituiti da adulti non laureati e senza una specifica formazione clinica o nell'area della salute mentale). La maggior parte degli studi non evidenziò differenze tra i due gruppi, solo uno dimostrò la superiorità dei professionisti mentre in 12 studi i paraprofessionisti ottennero esiti migliori dei professionisti.

Durlak concluse che “in termini di esiti misurabili i professionisti possono non possedere delle dimostrabili abilità cliniche superiori quando confrontati con paraprofessionisti. Inoltre, la formazione professionale alla salute mentale, il training e l'esperienza sembrano non essere requisiti necessari per un efficace aiuto all'altro” (*“In terms of measurable outcome, professionals may not possess demonstrably superior clinical skills when compared with paraprofessionals Moreover, professional mental health education, training,*

*and experience do not appear to be necessary prerequisites for an effective helping person", Durlak, 1979, p 80).*

Pur con alcune note critiche su tali risultati (Nietzel, Fischer, 1981) relativi in particolare all'insufficiente validità dei dati e alla non omogenea definizione di professionisti e paraprofessionisti, questi risultati vennero successivamente replicati da altre due meta-analisi (Hattie, Sharpley, 1984; Berman e Norton, 1985) che hanno inserito studi ulteriori e che hanno posto particolare attenzione agli aspetti metodologici criticati in precedenza confermando tuttavia in modo sostanziale i risultati di Durlak e addirittura mostrando una più forte efficacia dei paraprofessionisti.

Hattie e Sharpley concludono la loro meta-analisi affermando che "i clienti che cercano aiuto da paraprofessionisti hanno più possibilità di risolvere i loro problemi di quelli che consultano dei professionisti" (*"clients who seek help from paraprofessionals are more likely to achieve resolution of their problem than those who consult professionals"*, Hattie, Sharpley, 1984, p 534).

Peraltro Faust e Zlotnick (1995) hanno in seguito di fatto riconfermato i dati degli studi precedenti.

Accanto a questi dati scoraggianti e provocatori sul ruolo della formazione ve ne sono altri relativi al ruolo dell'esperienza clinica nell'efficacia terapeutica che sembrano andare nella stessa direzione.

Stein e Lambert (1984) in una meta-analisi su 24 lavori con terapeuti a differenti livelli di esperienza non trovano alcuna evidenza che la variabile "esperienza" determini esiti migliori e quindi che terapeuti esperti siano più efficaci di quelli inesperti.

Ulteriori lavori relativi al ruolo dell'esperienza negli esiti confermano questi dati, in particolare in una rassegna di 475 studi di esito terapeutico Smith, Glass e Miller (1980) non trovano alcuna correlazione ( $r=0$ ) tra gli anni di esperienza terapeutica e l'esito; successivamente altri due lavori confermano sostanzialmente questi risultati (Shapiro, Shapiro, 1982; Weis, Weis, Alicke, Klotz, 1987).

Il tema della relazione tra esperienza e *outcome*, e quindi in una prospettiva più ampia di formazione e *outcome*, già in passato era stato oggetto di indagine (Lambert e Bergin, 1994; Norcross e Farber, 2005).

Tale relazione si era tuttavia appiattita verso un'equazione (maggiore esperienza e training di maggiore durata = maggiore efficacia terapeutica) che si è dimostrata essere solo parzialmente vera proprio perché metteva in secondo piano le caratteristiche perso-

nali del terapeuta, dando per scontata l'omogeneità dei percorsi di sviluppo dei terapeuti studiati (Beutler, 1997).

La relazione tra esperienza del terapeuta (misurata in anni di pratica clinica) e *outcome* dei pazienti è un tema su cui la ricerca ha investito molte risorse ma i risultati sono stati generalmente negativi e, dopo la conferma di un'assenza sostanziale di correlazione positiva tra le due variabili da parte di altri studi, gli sforzi della ricerca si sono spostati altrove lasciando scoperta un'area chiave come quella dell'efficacia della formazione.

Il fatto che gran parte della letteratura empirica sull'esperienza e il training dei terapeuti fallisca nel dimostrare il notevole beneficio per coloro che annoverano più esperienza e più alti livelli di training (Beutler et al., 1994), può ragionevolmente conseguire dall'utilizzo, in tali ricerche, di una definizione povera e non del tutto adeguata di "esperienza". Quest'ultima, infatti, nella maggior parte dei casi, viene operazionalizzata come semplice "time", passaggio del tempo, assumendo che ciò che succede in quel lasso di tempo sia uguale per tutti e che la natura degli eventi cui i terapeuti sono esposti non sia rilevante per il tipo di attività indagate nella ricerca. La psicoterapia non è un'attività monolitica, ma è composta da abilità ampiamente differenti che emergono all'interno di una varietà di orientamenti distinti; anche se alcune di queste abilità sono praticate da tutti gli psicoterapeuti, esse sono comunque trattate in modi, livelli di approfondimento e tempi diversi dai differenti orientamenti. Dunque le ricerche che impiegano una definizione temporale dell'esperienza sono soggette a interpretazioni quantomeno dubbie, poiché non tengono in debito conto la questione concernente il "cosa" venga insegnato durante uno specifico periodo di tempo.

Per ottenere dati validi al fine di valutare quanto l'esperienza incida sull'efficacia della terapia, essa deve essere tradotta empiricamente con criteri molto più definiti, che siano adatti a rispettare la grande variabilità con la quale il tempo viene impiegato. In primo luogo è importante valutare come variabile dell'esperienza il tipo di patologie portate dai pazienti con i quali il terapeuta entra in relazione durante il suo periodo di formazione. Sarà, infatti, diversa l'esperienza accumulata da un terapeuta che ha preso in carico, ad esempio, solo pazienti con stress situazionali, praticando lo stesso tipo di intervento e ripetendo l'applicazione delle stesse abilità, rispetto ad un terapeuta che, durante il periodo di training, ha incontrato una varietà di pazienti con problematiche differenti, trovandosi a dover continuamente mettere in pratica diverse abilità con ogni nuovo paziente. Anche le tecniche di intervento praticate durante la formazione non sono necessariamente uniformi tra i diversi terapeuti: alcuni praticheranno le associazioni libere, altri si focalizzeranno

sull'analisi cognitiva e la ristrutturazione con ovvie conseguenze sulla variabile "esperienza".

L'età dei pazienti è un altro aspetto che crea variabilità nella formazione dei trainees perché occuparsi di soggetti in età evolutiva richiede modalità relazionali, interventi tecnici, setting differenti rispetto ad interventi con adulti.

Un ulteriore elemento di differenza è il contesto istituzionale perché l'esperienza acquisita all'interno dei servizi territoriali richiede lo sviluppo di competenze multidisciplinari con la capacità di interagire con figure professionali differenti (educatori, assistenti sociali, infermieri etc.) mentre il lavoro all'interno di un servizio ambulatoriale è più strutturato ed autonomo.

Considerando gli aspetti più specifici che costituiscono l'esperienza, emerge una differenza significativa tra terapeuti con alto grado di esperienza e training e terapeuti inesperti. L'esperienza assume importanza soprattutto nel trattamento di alcuni pazienti e non di altri, terapeuti con più alti livelli di esperienza hanno un'alta percentuale di pazienti che migliora e una piccola percentuale di pazienti che peggiora o rimane nella stessa condizione. Sono considerati mediatori dell'esperienza del terapeuta anche il setting in cui viene condotta la psicoterapia, il tipo di intervento e la gravità dei problemi del paziente (Stein e Lambert, 1995).

In conclusione esistono dati che indicano che il miglioramento è associato con il livello di esperienza del terapeuta quando essa è definita in termini di esposizione e adesione a metodi strutturati di training, anziché in termini di variabile temporale in senso stretto (Beutler, 1997). L'efficacia degli interventi praticati dai terapeuti dopo la loro formazione, sembra dipendere dall'adesione a criteri teorici specifici durante il periodo di training. Alcune ricerche dimostrano, infatti, che abilità specifiche possono essere meglio conseguite quando vengono stabiliti obiettivi precisi, quando vengono forniti specifici feedback e quando l'esperienza comprende supervisione e pratica guidata (Luborsky, 1990; Beutler et al., 1994). L'evidenza della relazione tra specificità dell'esperienza di training e la successiva efficacia dei trattamenti, suggerisce la possibilità che training con i manuali e criteri definiti di esperienza, possano essere impiegati per aumentare l'efficacia della formazione del terapeuta e ridurre la frequenza di risultati negativi.

Tuttavia sebbene vi siano degli evidenti vantaggi nell'impiego dei manuali nel training (vedi Wright et al., 2006 per un esempio di manualizzazione della CBT) vanno comunque tenuti presenti i possibili limiti; in particolare è emerso come l'aderenza ai manuali di trattamento non sia necessariamente associata ad un migliore *outcome* terapeutico, alcuni

lavori hanno, infatti, recentemente evidenziato come i terapeuti con la migliore aderenza tecnica si mostravano anche meno caldi e meno supportivi e con uno stile relazionale maggiormente autoritario e una semplice supervisione individuale non era sufficiente per rendere più flessibile e orientato all'accoglienza del paziente lo stile relazionale (Henry et al., 1993; Castonguay et al., 1996).

Anche quando sia possibile assumere un'equivalenza del livello di esperienza, i livelli di abilità e di efficacia dei diversi terapeuti continuano ad essere altamente variabili: terapeuti con equivalente livello di esperienza professionale e sistematicamente istruiti usando criteri operazionalizzati durante un periodo di due anni, mostrano comunque una grande variabilità nei livelli delle specifiche abilità terapeutiche e nei valori dell'efficacia (Elkin, 1994, 1999). Tale variabilità è riconducibile alle caratteristiche specifiche del terapeuta come la razza, il sesso, le variabili psicologiche e alle caratteristiche del paziente stesso. È quindi essenziale che nelle ricerche future sulla psicoterapia siano indagate variabili specifiche relative al training, al terapeuta e al paziente.

Già Beutler (1997) aveva posto l'accento su di una più chiara definizione e operazionalizzazione del concetto di esperienza e uno studio più recente (Leon et al. 2005), sulla base di analoghe difficoltà in area medica, ha effettivamente messo in luce un legame tra esperienza e *outcome* quando l'esperienza è definita in modo più specifico, per esempio in relazione alla tipologia dei pazienti trattati e al tempo di latenza tra un paziente e quello successivo.

In generale è però interessante soffermarsi su questi risultati che in modo molto provocatorio mettono in luce un tema particolarmente discusso nell'area della formazione; Cristensen e Jacobson (1994) sottolineano al riguardo che sarebbe lecito assumere che gli effetti della formazione e dell'esperienza siano sostanziali nel determinare l'efficacia di un intervento: "In molte professioni sarebbe ridicolo confrontare persone formate e non formate. È difficile immaginare uno studio che confronta chirurghi formati o non formati o elettricisti esperti o alle prime armi. La morte del paziente nel primo caso o quella dello studente nel secondo potrebbero essere gli sfortunati esiti". (p. 9).

Tuttavia al di là dello sterile confronto su chi tra i professionisti e i paraprofessionisti abbia un'efficacia maggiore, è molto più interessante approfondire per quali situazioni è più indicato un intervento professionale e per quali è sufficiente uno paraprofessionale e tale distinzione acquisisce un senso soprattutto se al concetto di paraprofessionisti viene sostituito quello di professionisti con competenze differenti da quelle psicologico-cliniche/psicoterapiche come i counsellor.

In questo senso diventano maggiormente spiegabili i risultati discussi in precedenza dove pur in assenza di una specifica formazione psicoterapica si ottenevano miglioramenti in termini di *outcome* e ciò è vero nella misura in cui non ogni situazione di difficoltà si configura come una difficoltà inquadrabile all'interno di un quadro psicopatologico, che più di altre richiede un intervento professionale, ma come una difficoltà di vita momentanea affrontabile anche da operatori della relazione d'aiuto (Rezzonico, Bani, 2010).

Alla luce di queste considerazioni è particolarmente interessante una recentissima review (Herschell et al., 2010) che, partendo dalla richiesta sempre più forte di favorire la diffusione dei trattamenti basati sull'evidenza, ha evidenziato la difficoltà di implementare gli *Evidence Based Treatment (EBT)*, in *Evidence Based Practice (EBP)*, riproponendo il tema molto dibattuto del rapporto tra *efficacy* e *effectiveness*.

La capacità di trasferire la scienza e la conoscenza nella pratica clinica è il compito richiesto ai percorsi di formazione che devono coniugare le componenti empiricamente fondate e gli aspetti relazionali e procedurali che meno si prestano ad una verifica diretta di efficacia in relazione all'*outcome*.

Recenti linee guida sull'implementazione degli EBT, e che possono essere generalizzate alla formazione in psicoterapia in generale, hanno evidenziato come sia necessario utilizzare tecniche definite, seminari esperienziali intensivi, manuali di trattamento, pratica clinica supervisionata, per favorire l'acquisizione delle competenze tecniche e relazionali (Bruns et al., 2008; Hyde, Falls, Morris, & Schoenwald, 2003).

La review di Herschell e collaboratori (2010) ha preso in considerazione 55 studi sulla formazione, che prendono in considerazione metodologie sia qualitative che quantitative e che spaziano da studi su caso singolo a studi randomizzati. Rappresenta pertanto un punto della situazione autorevole e aggiornato per capire a che punto si trova la ricerca sulla formazione in psicoterapia e quali direzioni può prendere.

Il lavoro ha considerato sei differenti modalità di training: manuali di trattamento e materiale scritto, tecniche di training auto diretto, workshop, workshop follow-up, training a piramide, training multicomponenti.

Rispetto al primo tipo di training i risultati evidenziano come la lettura dei manuali di trattamento sia una condizione necessaria ma non sufficiente, che esita più spesso in un cambiamento di conoscenza che di pratica clinica.

L'applicazione di training auto diretti ottiene risultati sovrapponibili, con un buon livello di acquisizione di conoscenze e di soddisfazione da parte dei trainee ma sono poco più efficaci dei manuali rispetto all'acquisizione di pratiche cliniche differenti; inoltre sembra

essere utile solo per una parte dei trainees (anche in relazione alle modalità di formazione *internet based*).

I workshop sono un po' più efficaci nel favorire l'acquisizione di tecniche, modalità terapeutiche e non solo conoscenza, tuttavia questo cambiamento è molto variabile in relazione alla durata del workshop, ai rinforzi successivi (spesso si osserva un cambiamento nel breve periodo che però si perde con il tempo se non supportato).

Più efficaci si sono dimostrati i workshop affiancati da altre modalità come l'osservazione, i role playing, la supervisione successiva al corso, meglio se integrati tra loro, che si sono dimostrati maggiormente capaci di favorire l'acquisizione delle tecniche e il loro effettivo utilizzo nella pratica clinica.

I metodi di training piramidali, in cui si forma un piccolo gruppo di supervisori o membri dello staff che a loro volta formano gli altri operatori in modo più ampio, hanno evidenziato una buona efficacia al primo livello di formazione, quello del piccolo gruppo che diminuisce poi al livello successivo.

I modelli di formazione che più di altri hanno dimostrato una migliore capacità di aumentare la conoscenza e di impattare sulla pratica clinica dei trainees sono quelli multicomponente che includono più modalità formative nello stesso percorso, per esempio un manuale di trattamento affiancato da workshop intensivi, visione di sedute dal vivo o registrate, supervisioni, completamento di uno o più casi clinici supervisionati.

In generale quest'ultima tipologia di percorso formativo ottiene gli esiti migliori sia in termini di acquisizione di conoscenze dichiarative che di conoscenze procedurali di intervento clinico.

Questa review mostra quindi come i percorsi di formazione multicomponente, oltre ad essere quelli maggiormente studiati, sono anche quelli che dimostrano una maggiore efficacia.

## 6. PERCHÉ VALUTARE IL TRAINING?

Considerando il percorso di formazione di un terapeuta emerge quindi come poco sappiamo di ciò che succede nei due, tre, quattro o cinque anni (sulla base delle differenze discusse in precedenza) che trasformano un giovane trainee in un terapeuta efficace; mentre, infatti, sono molto più chiari gli itinerari universitari e di sviluppo professionale (cioè prima e dopo la formazione in psicoterapia) sia in termini di curricula, definiti anche a livello europeo, che di possibili difficoltà (sugli aspetti di sviluppo professionale si rimanda all'ottimo lavoro di Orlinsky e Rønnestad, 2005) poco si sa di ciò che succede nella *black box* del training.

Eppure sono diversi i lavori che già a partire dagli anni '50 hanno provato a descrivere gli aspetti che caratterizzano un buon terapeuta e che conseguentemente possono diventare poi oggetto di integrazione nei programmi di formazione.

Per farlo sono state utilizzate differenti metodologie, dai più semplici resoconti di terapeuti esperti a valutazioni strumentali più controllate.

Per esempio nell'area delle caratteristiche del terapeuta efficace, un filone di ricerca si è dedicato all'individuazione delle caratteristiche che definiscono il buon terapeuta cioè quegli aspetti la cui acquisizione andrebbe poi favorita già a partire dal training; contributi in tal senso si ritrovano già a partire dagli anni '50 quando viene pubblicata una lista di 25 qualità proprie del buon psicanalista (Holt e Luborsky, 1958; Kelley e Fiske, 1951) e precedentemente, in occasione di una conferenza sul training in psicologia clinica era emersa una lista di 15 raccomandazioni tra cui una superiore competenza, l'interesse per le persone in quanto individui, la tolleranza, la sensibilità alla complessità delle motivazioni, la consapevolezza delle proprie caratteristiche di personalità, la capacità di stabilire con gli altri delle relazioni calde e efficaci (Raimy, 1950).

Più recentemente alcuni lavori soprattutto di tipo qualitativo hanno cercato di individuare alcune caratteristiche proprie del buon terapeuta e delle modalità per acquisirle tra le quali si riscontrano buone capacità relazionali, consapevolezza dei propri aspetti emotivi, capacità di valutare la complessità e l'ambiguità delle situazioni (Jennings e Skovholt, 1999); Ciò che emerge comunque con chiarezza da questi lavori è soprattutto che diventare un buon terapeuta è molto più che l'accumulo di tempo, esperienza e abilità e che pertanto formarsi alla psicoterapia richiede più di qualche anno, qualche paziente e una predisposizione alla relazione.

Bisogna tuttavia aspettare fino alla fine degli anni '80 per trovare un primo studio organico sullo sviluppo dello psicoterapeuta che evidenzi questa complessità, quando la SPR (*Society for Psychotherapy Research*) promuove un gruppo internazionale di ricerca guidato da Orlinsky e Rønnestad che si propone di misurare lo sviluppo degli psicoterapeuti a differenti livelli di carriera, orientamento, nazione (Orlinsky e Rønnestad, 2005) focalizzandosi sulla dimensione soggettiva del terapeuta stesso e pertanto sul suo raccontarsi.

Questo grande lavoro ha consentito di raccogliere dati da oltre 5000 terapeuti (e la raccolta dei dati è tuttora in corso con l'aggiunta ad oggi di altri 4000 soggetti) delineando le tematiche di sviluppo nel corso della carriera e fornendo per la prima volta un quadro organico del percorso di crescita professionale.

Il progetto ha permesso di raccogliere il più ampio quadro descrittivo della professione psicoterapeutica ad oggi disponibile, in differenti contesti sociali e culturali, mostrando come si sviluppa nel corso della professione l'identità professionale del terapeuta e quali fattori influenzano positivamente o negativamente tale sviluppo.

In particolare sono stati individuati tre dimensioni latenti dell'esperienza terapeutica (*healing involvement, stressful involvement, controlling involvement*) caratterizzati ognuno da modalità differenti di percepire le difficoltà e farvi fronte, stare in relazione con il paziente, porsi obiettivi di lavoro. In generale emerge come il lavoro terapeutico viene sperimentato più favorevolmente da coloro che hanno una prospettiva teorica più ampia e un'esperienza clinica diversificata in differenti modalità di trattamento, con una percezione di supporto e soddisfazione del proprio setting e una maggiore autonomia.

Tuttavia in questo lavoro i trainees rappresentano una percentuale molto bassa del campione poiché il focus era sullo sviluppo professionale del terapeuta cioè su come si modifica l'itinerario professionale e quali sono le variabili che lo influenzano e non tanto su come si costruisce e si struttura ai suoi inizi l'identità di terapeuta. La scelta di tenere il focus sui terapeuti formati più che sui trainees è giustificabile dal fatto che mentre la realtà clinica che si incontra nella pratica professionale è comune a tutti i professionisti e a tutte le latitudini (un attacco di panico è tale di fronte a qualunque clinico, così come un disturbo ossessivo compulsivo) e le difficoltà che si incontrano nella pratica professionale o le risorse formative disponibili sono più trasversali tra operatori di differente orientamento e differenti nazioni, il percorso di formazione che porta alla costruzione dell'identità professionale e all'acquisizione delle competenze necessarie è invece estremamente differenziato sia in termini qualitativi che quantitativi e non si presta quindi in modo immediato ad un confronto così ampio.

Cerchiamo quindi di inquadrare meglio lo stato della ricerca relativamente ai training in psicoterapia e alla figura dei trainees.

Lo studio del training, in particolare della sua efficacia, si è sviluppato soprattutto negli ultimi 15 anni a partire dall'aumento della richiesta di terapie brevi, soprattutto di orientamento cognitivo comportamentale, che si sono dimostrate particolarmente efficaci per numerosi disturbi (Freiheit e Overholser, 1997) e quindi facilmente spendibili e con un buon rapporto costi-benefici.

Tale richiesta si è concretizzata nell'aumento di scuole e corsi di formazione a questi approcci che hanno a loro volta fatto emergere la consapevolezza della necessità di un'adeguata valutazione della loro efficacia soprattutto per giustificare i costi sostenuti per la formazione del personale da parte della sanità pubblica, in particolare nei paesi anglosassoni.

In generale tuttavia l'interesse verso la valutazione del training è stato minimo e le cause sono da ricercare in molteplici direzioni; innanzitutto la presenza di numerosi approcci teorici, moltiplicatisi dall'inizio del '900 ad oggi; basti pensare che il numero delle scuole di psicoterapia è passato da 130 (Parloff, 1976) a 250 (Herink, 1980) a 300 (London, 1986) fino a 460 (Karasu, 1986) (Omer and London, 1988) e che solo in Italia le scuole riconosciute dal ministero sono oltre 300. L'utilizzo di metodologie di training solo parzialmente confrontabili, ha favorito il parcellizzarsi delle scuole in modo tale che il confronto fosse possibile solo attraverso l'*outcome* dei pazienti trattati dai giovani terapeuti.

In secondo luogo sebbene esistano alcune linee guida generali condivise, non sono comunque vincolanti ma si configurano come semplici raccomandazioni; a livello europeo d'altra parte uno sforzo verso delle linee condivise si è concretizzato con il certificato europeo di psicoterapia (ECP) che definisce dei criteri minimi di formazione e pratica clinica aderendo ai quali è possibile favorire la circolazione in Europa di professionisti che una comune base formativa ([www.europsyche.org](http://www.europsyche.org)) che tuttavia rimane abbastanza generica e demandata al singolo professionista. Questo tentativo si è rivelato a 13 anni dalla sua introduzione piuttosto deludente in termini di risultati dal momento che risultano accreditati solo 133 terapeuti italiani e complessivamente circa 4000 di cui la metà tedeschi ed austriaci ad indicare la poca attrattiva dell'iniziativa dal momento che non determina risvolti operativi concreti, come la possibilità di esercitare al di fuori del proprio paese; infine risulta fortemente connotato in termini teorici dal momento che quasi la totalità dei terapeuti registrati sono di formazione psicoanalitica, psicodinamica o gestaltica mentre sono assenti terapeuti di area cognitivo-comportamentale.

Le differenze nella formazione si evidenziano poi molto rispetto alla durata dei percorsi specialistici nel confronto tra nazioni, dove si osserva la presenza di corsi di durata estremamente variabile che partendo da brevi corsi di pochi mesi, focalizzati su specifiche metodologie terapeutiche o su specifici protocolli di intervento, arriva fino a percorsi di 4 o 5 anni come nel caso delle scuole di specializzazione italiane.

Un ulteriore elemento differenziale è dato dai differenti statuti giuridici della professione psicoterapeutica a livello nazionale, nonché dalle differenti figure professionali che possono essere abilitate all'esercizio della pratica psicoterapeutica; mentre, infatti, alcune nazioni riconoscono formalmente la professione psicoterapeutica (regolamentando l'accesso e la pratica), altre si limitano a riconoscerla come professione autonoma ma non pongono vincoli sulle modalità di riconoscimento, altre ancora non danno alcun riconoscimento giuridico; è evidente come tale variabilità si rifletta anche sulla qualità dei training solo raramente sottoposta a verifica (per una panoramica della formazione nei contesti internazionali si rimanda al Capitolo 4).

Tali differenze si ripercuotono evidentemente sui programmi dei training che in un contesto riconosciuto si muovono su alcune linee comuni (monte ore di tirocinio, convenzioni con strutture pubbliche, etc.) mentre tali costrizioni sono inesistenti in altri contesti legislativi o sono lasciate alla libera scelta delle scuole.

Questo breve quadro generale, che sarà approfondito in seguito, mette quindi in luce una realtà molto complessa rispetto alla quale ancora poco è stato fatto ma che ha comunque ricevuto l'attenzione di qualche ricercatore.

Alcuni autori negli ultimi 10 anni hanno, infatti, cercato di fare il punto della situazione e di fornire un quadro complessivo dei training sottolineando accanto alle aree più critiche, che in parte sono state riportate, i possibili sviluppi dei percorsi formativi.

In un articolo di oltre 10 anni fa, Norcross (1996) ha cercato di mettere un po' d'ordine rispetto ai metodi di training e ha ben commentato l'interesse mostrato al riguardo dalla ricerca: *“psychotherapy training is a lot like the weather: everybody talks about it, but nobody does much about it”* (pag. 218).

Nella sua rassegna egli sottolinea però che è proprio la consapevolezza dei limiti dei programmi di training che permette di utilizzare mezzi efficaci per superarli, e per superarli in modo definitivo (citando una poesia di Dan Fogelberg *“Lessons learned are like bridges burned. We need only repeat them but one”*).

Ripercorrere brevemente i contenuti del contributo di Norcross rappresenta pertanto un buon punto di partenza per verificare quanta strada è stata fatta da ciò che 12 anni fa era stato posto come un imprescindibile punto fermo.

1. In primo luogo viene messa in luce è la necessità di utilizzare la dimostrazione, il *modeling* come strumento di formazione, mostrando quindi in modo concreto come si fa terapia; troppo spesso in passato la formazione passava solo attraverso la didattica frontale mentre il fare terapia restava un aspetto avvolto nel mistero. Questo primo aspetto passa attraverso la visione di sedute registrate, lo specchio unidirezionale, i *role playing*, l'auto osservazione, la co-terapia.

2. Un secondo aspetto, in parte legato al primo, è l'inadeguatezza dell'esperienza clinica che caratterizzava i training di formazione, caratterizzati da molta formazione frontale, il cui superamento passa dall'introduzione di un numero minimo di ore di terapia con pazienti per il completamento del training. Questo punto si riallaccia poi alla necessità di diversificare il più possibile i pazienti trattati, puntando l'attenzione anche sulle minoranze (etniche, di genere, di orientamento sessuale o di abilità fisica).

3. Il terzo aspetto è legato alla necessità di un approccio coerente al training che tenga in considerazione un *core curriculum* comune e condiviso.

4. Il quarto punto messo in luce fa riferimento alla separazione tra competenze tecniche e relazionali che fino agli anni 70 erano considerate domini separati di comportamentisti e psicodinamici; oggi è invece emersa e condivisa la consapevolezza della necessità di un'adeguata integrazione tra competenza tecnica e relazionale per il successo terapeutico ed è comune trovare terapie dinamiche manualizzate e terapie personali in training cognitivi. Su questo aspetto in particolare vedremo in seguito alcune criticità.

5. Un quinto aspetto ha messo in luce la centralità delle differenze individuali negli stili terapeutici dei trainees, che si è poi sviluppata nel filone della dimensione soggettiva del terapeuta; pertanto la formazione del trainee viene costruita intorno alla sua soggettività e non può essere standardizzata in un insieme di protocolli di trattamento. Così come non è possibile reificare i disturbi mentali (il disturbo ossessivo compulsivo, l'attacco di panico etc.) separandoli dai pazienti che attraverso quei disturbi esprimono una propria dimensione di significato, così non è possibile reificare la formazione separandola da chi interagirà in prima persona con i pazienti e non attraverso un protocollo di intervento.

6. Un ulteriore elemento cardine della formazione in psicoterapia che viene evidenziato è l'integrazione tra prassi clinica e ricerca empirica; ciò mette in primo piano la necessità per i trainees di acquisire consapevolezza rispetto alla capacità di riconoscere i limiti della

propria formazione e della propria competenza clinica alla luce dei dati di letteratura e in relazione al singolo paziente.

7. Infine acquisisce una rilevanza centrale la valutazione dell'*outcome* dei programmi di training (per dirla con Norcross: “*we have been more proficient at describing training programs than evaluating them*”).

Oggi la valutazione dell'efficacia dei training è divenuta ormai una delle modalità principali per verificare l'effettiva utilità dei molti programmi di formazione in psicoterapia; tuttavia i primi studi hanno dato risultati scoraggianti, per certi versi paragonabili a quelli sulla relazione tra esperienza e *outcome* terapeutico. Infatti, da alcuni provocatori lavori tra gli anni '80 e '90 illustrati in precedenza, è emersa l'assenza di differenze evidenti confrontando terapeuti professionisti con figure paraprofessionali (Christensen e Jacobson, 1994; Faust e Zlotnick, 1995) e che pertanto il training avesse effetti limitati o irrilevanti. Una meta analisi più recente ha sostanzialmente confermato questi risultati (Lambert e Ogles, 2004) ma ne ha ridimensionato la portata; pur sottolineando, infatti, che non ci sono differenze in termini di *outcome* del paziente mettono in luce anche alcuni lavori che sembrano invece sostenere una certa efficacia del training, almeno per quanto riguarda la riduzione del tasso di *drop out* (Stein e Lambert, 1995).

In merito alla valutazione della formazione una proposta interessante è stata fatta nel 2005 attraverso l'organizzazione di un progetto di valutazione dell'efficacia del training sviluppato all'interno della SPR da Elliot e Zucconi - *International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training* (IPEPPT) <http://www.ipeppt.net/documents.htm> – che prevede un protocollo strutturato con l'indicazione di strumenti e metodi ma che a tutt'oggi non ha generato pubblicazioni, e che certamente richiede un grande sforzo di coordinamento data l'ampiezza del progetto.

## **6.1 Le linee guida per la formazione in psicoterapia**

Pur nella mancanza di dati forti a sostegno della capacità dei modelli di formazione in psicoterapia nel formare terapeuti efficaci, esistono una serie di indicazioni in letteratura che è utile analizzare per verificare quali sono gli aspetti che vengono condivisi, e che pertanto possono ragionevolmente diventare patrimonio comune, e quali invece rimangono discriminanti e necessitano quindi di ulteriori approfondimenti; in particolare

l'attenzione verrà dedicata agli standard in ambito cognitivo, evidenziando comunque alcuni aspetti transteorici dove possibile.

Il riferimento principale nei percorsi di training è costituito dalle linee guida che le società scientifiche in genere elaborano per definire delle linee comuni che definiscano la formazione all'interno di un particolare orientamento teorico.

Tali *training standard* nascono generalmente all'interno di gruppi di lavoro specifici delle singole società e contengono pertanto la riflessione calata nella pratica formativa di terapeuti che incontrano direttamente i trainees e che portano pertanto i temi centrali di un percorso formativo teoricamente fondato.

Un primo livello viene fornito dall'EFPA (*European Federation of Psychologists Associations*; [www.efpa.eu](http://www.efpa.eu)) che raccoglie però terapeuti di orientamenti differenti e che fornisce quindi indicazioni più generali e formali pur entrando anche in alcuni aspetti di contenuto.

Per la formazione in psicoterapia l'EFPA richiede un percorso di almeno 8 anni (5 dei quali di livello universitario e 3 di specializzazione in psicoterapia); il training in psicoterapia richiede comunque alcuni elementi ritenuti essenziali (e sostanzialmente condivisi con l'EAP, sebbene siano presenti alcune differenze):

1. un'esperienza di analisi personale o un altro lavoro equivalente che includa il lavoro su di sé, e l'esperienza personale per almeno 100 ore; al riguardo viene sottolineato come ogni orientamento utilizzi termini differenti per definire tale area che è comunque ritenuta necessaria per permettere al trainee di riconoscere e utilizzare il proprio coinvolgimento nel processo terapeutico.

2. lo studio di aspetti teorici che in particolare nei 4 anni specialistici devono includere:

- una comprensione degli altri approcci psicoterapeutici
- una teoria del cambiamento
- una comprensione dei temi sociali e culturali relative alla terapia
- le teorie psicopatologiche
- le teorie di valutazione e intervento

3. un training pratico di almeno due anni sotto supervisione coerente con l'approccio teorico.

4. l'esperienza in contesti di salute mentale che includa la gestione di situazioni di crisi psicosociale e la collaborazione con altri specialisti.

Si tratta di indicazioni interessanti ma ancora piuttosto generiche che aiutano ad identificare le aree da sviluppare ma non le specifiche abilità e competenze richieste né le moda-

lità per raggiungerle. Peraltro questo limite viene evidenziato già all'inizio dei *training standard* dove si sottolinea che in alcune nazioni sono di difficile applicazione.

Maggiori indicazioni sulla strutturazione dei training psicoterapici vengono dalle linee guida proposte dalle società scientifiche internazionali, differenziate sulla base dell'orientamento teorico; è interessante in particolare vedere le indicazioni contenute in queste linee guida (*training standard*) per valutare su quali aspetti verta la formazione dei differenti orientamenti e per individuare eventuali linee comuni, oltre agli aspetti di divergenza.

Questa prospettiva è di particolare interesse perché fornendo un livello transazionale (europeo dove disponibile o americano) permette di ovviare alle grosse differenze messe in luce nel capitolo 4, e benché tali indicazioni non garantiscano in modo assoluto che tutte le scuole di formazione si conformino agli standard, sono uno specchio attendibile di come le società scientifiche di psicoterapia recepiscono la tematica del training come punto chiave della costruzione di una competenza terapeutica.

Verranno considerati in particolare gli standard della gestalt therapy, della terapia psicoanalitica, della terapia sistemica, della terapia transazionale e di quella cognitivo-comportamentale che pur non esaurendo il panorama delle società scientifiche raccolgono comunque le prospettive dei principali orientamenti presenti nel panorama scientifico.

I training standard delle scuole della gestalt sono disponibili sul sito dell'Associazione Europea per la Terapia della Gestalt ([www.eagt.org](http://www.eagt.org)) e sono aggiornati al 2008; contengono una descrizione dettagliata dell'organizzazione del training in particolare della quantità di ore di supervisione, terapia personale e delle modalità di valutazione. Individua inoltre 9 temi generali, parte del *core curriculum*, che devono essere oggetto di approfondimento durante i quattro anni del training: storia e origini della gestalt therapy, teoria della gestalt therapy, ambiente e organismo umano, tecniche della gestalt, diagnosi, differenti tematiche cliniche, aree e strategie di applicazione, la relazione nella gestalt therapy, principi etici.

I training standard delle scuole psicoanalitiche sono disponibili sul sito dell'*American Psychoanalytic Association* ([www.apsa.org](http://www.apsa.org)), in mancanza di indicazioni reperibili sul sito dell'associazione europea, e sono aggiornati al 2008; il documento contiene delle indicazioni molto precise sui requisiti necessari all'ammissione al percorso di formazione e agli elementi centrali nel percorso di formazione in cui l'analisi personale gioca certamente il ruolo più importante configurandosi anche come un prerequisito, unitamente all'attività clinica supervisionata e al curriculum didattico. Viene sottolineata in particolare

l'importanza di una simultanea immersione nei tre elementi tradizionali del modello tripartito per uno sviluppo della competenza terapeutica.

I training standard delle scuole sistemiche sono disponibili sul sito della *European Family Therapy Association* ([www.europeanfamilytherapy.eu](http://www.europeanfamilytherapy.eu)) e sono aggiornati al 2002; forniscono in modo più conciso delle altre associazioni gli standard minimi e le aree centrali nella formazione guidate da tre principi guida (flessibilità, generalità, specificità).

La formazione si articola intorno ad un'area teorica e di insegnamento pratico orientato dalla ricerca, un'area di esperienza clinica (con differenti tipi di supervisione) relativa al lavoro diretto con le famiglie e un'area di sviluppo personale che può essere sviluppata con metodologie differenti e non vengono posti limiti al riguardo (dalla terapia personale al lavoro in gruppo).

I *training standard* delle scuole transazionali sono disponibili sul sito della *European Association of Transactional Analysis* (<http://www.eatanews.org/>) e sono aggiornati al 2008; propongono otto tematiche ritenute patrimonio del terapeuta a loro volta articolate in obiettivi più specifici: requisiti generali, relazione terapeutica, teoria dell'analisi transazionale, contrattazione, pianificazione dell'intervento (valutazione e trattamento), processo terapeutico, requisiti personali.

Focalizzando l'attenzione in modo particolare sulle organizzazioni professionali a orientamento cognitivo vengono proposti dei "training standard" sia dall'EABCT (*European Association for Behavioural and Cognitive Therapy*) che dal BABCP (*British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*) e dall'UKCP (*UK Council for Psychotherapy*).

L'EABCT propone degli standard molto articolati e specifici che approfondiscono i temi della durata (di almeno 5 anni), gli aspetti teorici e le abilità cliniche, la pratica clinica supervisionata, lo sviluppo, l'accreditamento e la valutazione (<http://www.eabct.com/training.htm>). Un aspetto di particolare attenzione è relativo alle *evidence based practice* e alla ricerca in psicoterapia che diventa parte integrante della formazione; inoltre per la conclusione del training vengono richieste 200 ore di supervisione e 8 terapie concluse in almeno 3 aree differenti di psicopatologia. È interessante notare che in merito all'area dello sviluppo personale non viene richiesto un percorso di terapia personale ma, alla luce delle differenze tra i vari paesi, si raccomanda di fare tale percorso quando richiesto ma si richiede comunque a tutti i terapeuti di sapere identificare e gestire appropriatamente il proprio coinvolgimento nel processo terapeutico. Non vengono però date indicazioni su quali siano le modalità alternative alla terapia personale per

raggiungere questo obiettivo suggerendo comunque che oltre alla terapia personale anche altre pratiche formative possono contribuire nel raggiungere tale obiettivo.

Sempre in ambito cognitivista altre linee guida vengono fornite dalla BABCP (*British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies*; <http://www.babcp.com/>; *Minimum Training Standard*, 2008) e ricalcano quelle illustrate in precedenza (la durata in questo caso è almeno quadriennale) con una maggiore specificazione delle attività di supervisione, definendo in particolare la durata. Relativamente allo sviluppo individuale non viene menzionata la terapia personale ma si richiede che il trainee sia in grado di valutare il proprio coinvolgimento nella relazione terapeutica e di riconoscere l'opportunità di inviare il paziente ad un altro professionista.

Anche l'UKCP (*The United Kingdom Council for Psychotherapy*) propone dei *minimum core criteria* per la formazione in psicoterapia (<http://www.psychotherapy.org.uk/>) che sostanzialmente ricalca le altre proposte.

Un lavoro di particolare interesse viene dall'area psichiatrica statunitense, in particolare l'AADPRT (*American Association of Directors of Psychiatry Residency Training*) ha definito sette abilità ritenute necessarie per l'attività psicoterapeutica (Manring et al., 2003):

- i confini (la capacità di mantenere la cornice del trattamento nelle dimensioni spaziali, temporali e relazionali);
- l'alleanza terapeutica (la capacità di costruirla, riconoscerne le variazioni, intervenire sulle rotture e le riparazioni);
- l'ascolto (la capacità di un ascolto non giudicante e facilitante per l'apertura del paziente);
- le emozioni (la capacità di riconoscere in se stessi e nel paziente l'attivazione di dinamiche emozionali e di gestirle);
- la comprensione (la capacità di empatizzare con gli stati affettivi del paziente);
- resistenze/difese (la capacità di riconoscere ostacoli e difese attivi nella relazione terapeutica);
- tecniche di intervento (la capacità di valutare l'opportunità degli interventi, il loro effetto sul paziente e la gestione della conclusione della terapia).

Alla luce dei dati presentati emerge chiaramente l'estrema disomogeneità della professione psicoterapeutica nei vari paesi che rappresenta un ostacolo enorme alla ricerca di confronto laddove diventa difficile generalizzare risultati di ricerca provenienti da terapeuti con una formazione differente e quindi applicarli in modo indiscriminato a tutti i contesti senza aver preventivamente verificato che i differenti percorsi formativi portano a compe-

tenze realmente confrontabili. Un intervento in artroscopia che si dimostra efficace riducendo i tempi di degenza può essere appreso e utilizzato da chirurghi di tutto il mondo perché la formazione dei medici è sufficientemente omogenea da garantire una generalizzazione adeguata che, pur non esente dalle differenze individuali, mantiene l'efficacia dell'intervento. È possibile dire lo stesso per un protocollo di trattamento per disturbi alimentari o per disturbo ossessivo compulsivo? Alla luce della situazione attuale della formazione in psicoterapia la risposta è un sì, condizionato alla reale comparabilità dei terapeuti che passa inevitabilmente dalle registrazioni video/audio delle sedute terapeutiche e dai trascritti di seduta che al di là delle differenze dei percorsi di formazione rappresentano un dato realmente confrontabile. Tuttavia una riflessione sull'armonizzazione dei training tra i differenti paesi europei è, oltre che opportuna, necessaria, anche alla luce delle direttive europee sulla libertà di migrazione dei professionisti all'interno dell'Unione.

La professione di psicologo ha ottenuto un sostanziale riconoscimento anche legislativo attraverso la ratifica della direttiva europea 89/48 CEE da parte di tutti i paesi dell'Unione Europea (più Norvegia, Islanda, Liechtenstein) che permette un mutuo riconoscimento tra gli stati; inoltre la direttiva 93/16/EEC, adottata da tutti i paesi dell'Unione, ha definito i criteri di riconoscimento reciproco dei titoli professionali per permettere ai medici e ad altre figure professionali di esercitare negli altri paesi europei.

Questa direttiva non si limita a riconoscere i titoli ma richiede di conseguenza un'armonizzazione dei percorsi di formazione in modo da rendere tale riconoscimento non solo un atto formale ma sostanziale, con delle basi formative condivise che permettono di considerare equivalenti professionisti di differente nazionalità; vanno in questa direzione i lavori sull'armonizzazione dei training psichiatrici (Margariti et al., 2002).

Per quanto riguarda la professione di psicologo in molti paesi esiste un sostanziale riconoscimento, ottenuto attraverso l'applicazione di un "sistema generale" per le professioni paramediche; questa scelta di fatto legittima la professionalità degli psicologi anche in paesi dove attualmente non esiste una normativa specifica (non vale però il contrario: psicologi provenienti da paesi dove la professione di psicologo non è regolamentata non possono esercitare negli altri paesi dove invece la regolamentazione esiste).

Per la professione di psicoterapeuta rimane invece poca chiarezza in ragione dei regimi estremamente diversificati che ne fanno in alcuni casi una specializzazione delle professioni mediche o psicologiche oppure in modo più ampio di insegnanti, infermieri o ancora c'è poca chiarezza sul rapporto tra psicologia e counselling.

Una più chiara definizione degli obiettivi da raggiungere durante la formazione in psicoterapia è una condizione preliminare per sviluppare poi modalità di valutazione a differenti livelli di specificità che vadano da micro competenze teoricamente definite (l'utilizzo di una desensibilizzazione sistematica, di una prescrizione paradossale etc.) a macro competenze che accomunano trasversalmente gli orientamenti (la qualità della relazione terapeutica, la capacità di riconoscere le rotture della relazione etc.).

La breve rassegna presentata rappresenta senza dubbio una direzione importante per la ricerca sulla formazione in psicoterapia, tuttavia è interamente focalizzata sugli aspetti formali del percorso di formazione. È quindi necessario un passaggio ulteriore per rendere misurabili gli obiettivi della formazione, sviluppando metodologie e strumenti che siano in grado di verificare il raggiungimento degli obiettivi e l'acquisizione delle competenze richieste, ma anche per cogliere gli aspetti del processo di cambiamento e costruzione dell'identità professionale.

Vediamo quindi come si muove in letteratura la valutazione del training, quali metodologie e strumenti sono disponibili e in quali direzioni è possibile ipotizzare delle traiettorie di sviluppo.

## **6.2 Come valutare il training: metodi e strumenti**

Di fronte al tema emergente della valutazione della formazione in psicoterapia diventa importante lavorare per rendere disponibili differenti modalità per valutare la formazione nelle sue differenti componenti.

Si tratta quindi di definire quali indicatori possono essere utilizzati per valutare il raggiungimento da parte del trainee di un livello di preparazione clinica e teorica adeguato.

In letteratura la valutazione del training è stata fatta attraverso differenti modalità; le più usate in ambito cognitivo comportamentale richiedono la valutazione di abilità acquisite e valutate da osservatori esterni che sulla base di registrazioni di sedute svolte valutano l'utilizzo da parte del trainee delle tecniche specifiche dell'orientamento ma non si esauriscono a queste.

Le indicazioni fornite nei *training standards* dell'EABCT (che saranno approfonditi in seguito) sono un ottimo punto di partenza perché permettono di considerare una molteplicità di indici che, pur essendo indicati all'interno di linee guida teoricamente definite

dall'orientamento cognitivo, hanno senza dubbio un valore trans teorico e si prestano ad un'implementazione trasversale.

Sulla base di queste indicazioni è possibile individuare alcune macroaree di valutazione che possono essere suddivise in differenti livelli di lettura:

- un primo livello è relativo alla pratica clinica vera e propria che pertanto diventa oggetto diretto di valutazione: a questo livello si situano le valutazioni che partono dal materiale clinico diretto (le registrazioni video/audio delle sedute, i trascritti di seduta, i feedback in tempo reale nelle osservazioni allo specchio);
- un secondo livello si riferisce invece alla competenza clinica più generale, valutata in modo indiretto: a questo livello si situano le valutazioni fatte attraverso i report clinici o di ricerca (articoli o capitoli pubblicati su temi clinici) ma anche attraverso discussioni di casi clinici non trattati direttamente dal trainee.

Il primo livello si sovrappone, di fatto, con tutta la letteratura della valutazione degli esiti mutandone metodologie e strumenti ma applicandole a terapeuti in formazione e utilizzando i risultati non tanto come misura dell'efficacia della terapia ma come un feedback delle aree critiche o che necessitano di particolare attenzione nella formazione di uno specifico trainee.

Un'altra prospettiva mette invece in evidenza la prospettiva soggettiva da (parte del trainee) o oggettiva (da parte di un valutatore esterno):

- da un lato vi sono, infatti, le valutazioni fatte direttamente dal trainee o dal clinico (attraverso autovalutazioni, resoconti clinici dell'andamento della terapia);
- dall'altro si pongono invece le valutazioni fatte da un soggetto esterno che a loro volta possono essere suddivisi in due sottolivelli:
  - o le valutazioni fatte dal paziente stesso (attraverso self report o interviste semistrutturate)
  - o le valutazioni fatte da un osservatore esterno e competente come il supervisore/didatta/cotrainer (attraverso strumenti *ad hoc* o discussioni con il trainee)

All'interno di questi differenti livelli si situano pertanto una molteplicità di modalità valutative che comprendono:

1. l'osservazione diretta di sessioni di terapia condotte dal trainee da parte di un osservatore esterno (per esempio il supervisore);
2. la videoregistrazione di sessioni condotte dal trainee (e che possono quindi essere riviste sia da un osservatore esterno che dal trainee stesso);

3. l'audio-registrazione dei colloqui (come il punto precedente e più semplice da realizzare);
4. Scale di valutazione relative ad aspetti rilevanti;
5. discussioni durante le supervisioni;
6. presentazioni scritte o orali di casi clinici;
7. *peer-review*;
8. autovalutazioni;
9. diari del training;
10. articoli accettati da riviste scientifiche;
11. feedback da parte del cliente;
12. esami di fine anno
13. pazienti standardizzati nei *role playing*

Una rassegna delle principali modalità di valutazione utilizzate in letteratura e di alcuni dei risultati permette di esemplificare le aree presentate brevemente sopra e di vederne le implicazioni.

Un esempio di valutazioni fatte da giudici esterni viene dalle scale di misura sviluppate per valutare l'aderenza ad un trattamento come la *Psychotherapy Process Q-Set* (Jones, 1985) che è stata utilizzata per valutare l'aderenza del terapeuta a modello teorico attraverso l'analisi di sedute videoregistrate.

Un altro esempio è la *Cognitive Therapy Scale* sviluppata in area cognitiva e che nella sua versione originale (Young e Beck, 1980, 1988) e in quella rivista (Milne et al., 2001; Blackburn et al., 2001) è stata utilizzata in molti lavori. La CTS-R, come il PPQ-Set, viene applicata a videoregistrazioni di sedute valutate da due giudici indipendenti sulla base di 12 aree: l'agenda del setting, i feedback, la collaborazione, l'utilizzo del tempo, l'efficacia interpersonale, l'elicitazione di espressioni emotive appropriate, l'elicitazione di cognizioni chiave, la scoperta guidata, l'integrazione concettuale, l'applicazione dei metodi di cambiamento cognitivi e comportamentali, gli *homework*. Ogni scala viene valutata con un punteggio su scala da 0 a 6 punti sulla base del raggiungimento di obiettivi minimi e il livello necessario per essere considerato soddisfacente è di 40.

All'interno delle misure self report del paziente si trovano tutti gli strumenti di valutazione di esito e di processo già presentati in precedenza (CORE, OQ, WAI etc.) e che spaziano dalla valutazione dell'esito all'alleanza terapeutica, e a cui si aggiungono le interviste narrative come l'Intervista sul Cambiamento Terapeutico (Elliott, 1999; Di Nuovo, 2000).

Un indice particolarmente discusso è la soddisfazione del paziente, utilizzata talvolta come indicatore principale di efficacia (McCrone et al., 2009) mentre alcuni autori sottolineano la sua eccessiva aspecificità sostenendo che non vi sia corrispondenza tra il benessere riportato dal paziente e l'effettiva remissione sintomatologica (Norquist, 2009). In realtà il costrutto della soddisfazione è ormai ampiamente considerato un buon indice della qualità dei servizi mentali soprattutto perché è stato ridefinito in termini multidimensionali (Award, 1999) e si va ad integrare con altri indici di soddisfazione come quelli relativi alla qualità di vita.

Quando invece l'autovalutazione viene fatta dal trainee o dal clinico sul proprio operato emergono alcune criticità sulla validità delle valutazioni che tendono ad essere più ottimistiche di quelle fatte da giudici indipendenti. Uno studio di Carroll e coll. (2000) ha evidenziato come di 741 sessioni valutate dal terapeuta e da un giudice esterno, il 71% erano valutate più ottimisticamente di quelle del giudice esterno, 26% erano concordi con quelle del giudice e 6% erano meno ottimistiche. Questi dati suggeriscono pertanto di considerare le autovalutazioni come collaterali ma non sostitutive di valutazioni esterne e indipendenti.

È importante notare come le valutazioni più strettamente cliniche legate all'agire in seduta del trainee o agli esiti delle terapie che conduce porti a far coincidere la valutazione del training con la più ampia valutazione degli esiti, aggirando, di fatto, il percorso di formazione in senso stretto. È un aspetto che ripropone la questione della dimostrazione indiretta dell'efficacia del training (se la psicoterapia è efficace allora lo è anche il training) spostandola ad un livello più specifico cioè da un'efficacia post-training ad una inter-training.

Valutare l'efficacia terapeutica durante il percorso di formazione permette di monitorare i cambiamenti e gli errori passo passo ma è anche una modalità più impegnativa perché richiede ad ogni trainee di vedere regolarmente pazienti dall'inizio della formazione e di utilizzare strumenti self report o ottenere registrazioni delle sedute.

Una valutazione che si focalizzi invece sulle competenze possedute dal trainee e progressivamente acquisite e migliorate, e sulle modalità relazionali che si riconosce di possedere e che mostra di mettere in atto nei colloqui clinici permette invece di entrare maggiormente nel processo di cambiamento professionale individuando indici misurabili e che rendano conto del percorso ma che non si appiattiscono sul solo esito terapeutico.

Un esempio viene dai lavori di Clara Hill sulle *helping skills* dei trainees valutate a differenti livelli del percorso formativo e operazionalizzate per favorirne l'insegnamento (Hill

et al., 1999; 2006; 2007; 2008); in particolare l'autrice propone uno strumento, *l'Helping Skills Measure Exploration* (HSM-Exp), per valutare la percezione sia del paziente che dell'operatore nell'utilizzo delle abilità di esplorazione.

Certamente un approccio che utilizzi più indici di misura è auspicabile soprattutto quando diventa importante discriminare la conoscenza (dichiarativa) e la competenza (procedurale) di un percorso di formazione. Conoscere alla perfezione i passaggi di un protocollo di intervento o di un assessment è un buon punto di partenza ma non è necessariamente lo specchio di una reale capacità di utilizzare il protocollo nella relazione con il paziente. Fare riferimento solo alla conoscenza può portare a valutazioni eccessivamente ottimistiche di cui bisogna essere consapevoli (Baer et al., 2009).

Una rapida verifica delle modalità di valutazione utilizzate dalle differenti scuole italiane in psicoterapia (attraverso le indicazioni riportate sui siti web delle scuole riconosciute dal ministero) mette però in evidenza l'estrema variabilità che caratterizza la valutazione che può richiedere la discussione da uno fino a otto casi clinici, la stesura di relazioni scritte o colloqui orali, lo sviluppo o meno di progetti di ricerca.

La definizione di linee di valutazione comuni, lungi dall'essere la strada verso l'omologazione della formazione, rappresenta però una modalità per rendere confrontabile il lavoro svolto da orientamenti differenti.

Un trascritto di seduta o una registrazione di un percorso terapeutico sono dati utilizzabili da qualunque clinico per verificare l'andamento del lavoro terapeutico e la qualità di una relazione terapeutica e permette poi a terapeuti dello stesso orientamento di poter valutare l'impiego di alcune tecniche o strategie specifiche per quell'orientamento.

Al riguardo è interessante l'esperienza sviluppata in seno alla SPR e che si è concretizzata con la pubblicazione di un numero monografico di *Psychotherapy Research* (volume 18 del 2009) su un caso clinico ("Lisa's case") valutato da differenti prospettive e con differenti strumenti.

Le molteplici modalità di valutazione presentate, lungi dall'essere confusive o escludenti si l'un l'altra, rappresentano una ricchezza di prospettive che permette di integrare dati quantitativi e qualitativi, inoltre consente di fornire al trainee differenti punti di vista per valutarsi educando alla valutazione degli interventi non finalizzata al solo raggiungimento di un titolo specialistico ma rendendola parte integrante dell'attività clinica come indicatore di qualità.

## 7. LE COMPONENTI DEL TRAINING: REVIEW DELLA LETTERATURA

### 7.1 I trattamenti manualizzati

Un ulteriore elemento che ha acquisito importanza nella formazione è quello dei trattamenti manualizzati che comprendono una descrizione delle modalità di trattamento specificando in modo discreto i componenti di un protocollo di trattamento in modo tale da renderlo replicabile riducendo al minimo l'influenza delle differenze individuali.

Spesso sono affiancati da esempi filmati di come viene applicato il protocollo e prevedono una valutazione al termine della formazione per verificare se il protocollo viene applicato correttamente; non vengono pertanto utilizzati in modo indipendente ma collocati all'interno di un percorso di formazione più ampio.

I trattamenti manualizzati sono nati inizialmente in area cognitiva, che meglio di altre si prestava ad essere descritta in modo parcellizzato nell'applicazione della terapia ma si è poi estesa più recentemente anche ad altre modalità, basti pensare alla terapia basata sulla mentalizzazione, la terapia interpersonale, la terapia dinamica breve etc.

La diffusione dei manuali di trattamento è iniziata negli anni '90 e fin dall'inizio ha stimolato reazioni contrastanti sia tra i ricercatori che tra i clinici (Addis, 1997); mentre da un lato ne sono stati sottolineati i vantaggi nel disporre di tecniche standardizzate che permettevano di discriminare tra approcci differenti e di valutare l'aderenza e la competenza con cui venivano effettuati i trattamenti, oltre che fornire una modalità sistematica di formare ad un certo approccio (De Rubeis et al., 1982; Luborsky et al., 1982; Waltz et al., 1993), dall'altro è stato evidenziato il limite di protocolli rigidi che mal si adattano ad una realtà clinica estremamente variegata e che tendono a ridurre la terapia alla semplice applicazione di procedure. Non solo, alcuni contributi hanno sottolineato come i manuali di trattamento, pur aumentando la competenza tecnica in un particolare approccio, non sono associati ad un migliore esito terapeutico (Duncan e Miller, 2005).

I trattamenti manualizzati si sono particolarmente diffusi in USA, per la maggiore spinta in area americana a manualizzare e rendere replicabili gli interventi terapeutici; tali modalità di formazione si sono generalmente dimostrate più utili per terapeuti esperti, che vogliono sviluppare un particolare approccio, che per giovani trainees (Vakoch e Strupp, 2000), questo in relazione al fatto che è più facile inserire un protocollo di trattamento all'interno di un *modus operandi* già strutturato senza correre il rischio di reificare il pro-

protocollo a teoria della tecnica, rischio che invece è maggiormente presente nei giovani trainees.

Per comprendere le ragioni della nascita e dello sviluppo dei manuali di trattamento è importante inserirli nel contesto in cui emergono delle condizioni favorevoli, in particolare dopo aver dimostrato che mediamente la psicoterapia è efficace si fa forte la richiesta di specificare quando lo è, con chi, e perché.

Va però evidenziato che è in area di ricerca che si sviluppano e solo successivamente emerge la necessità di diffonderli nella pratica clinica ed è proprio partendo dai rapporti tra questa differenti aree che vanno discusse alcune questioni e segnatamente: l'efficacia dei trattamenti manualizzati in contesti di ricerca controllata è equivalente a quella in contesti clinici? I clinici sono in grado di aderire al protocollo in modo adeguato? Il grado di aderenza (troppa o troppo poca) influenza il livello di efficacia? (Addis, 1997).

Le risposte a queste domande determinano poi un utilizzo differente dei manuali nei contesti di formazione ponendo l'accento ora su un'aderenza massima ora sulla flessibilità di utilizzo.

Se per esempio un trattamento manualizzato per l'agorafobia ottiene un buon livello di efficacia in un setting sperimentale (dove i pazienti sono selezionati in modo tale da non avere comorbidità e da ridurre le variabili di disturbo) otterrà lo stesso risultato con pazienti agorafobici e dipendenti da sostanze o con un disturbo di asse II?

In merito ai trattamenti manualizzati e ai loro limiti Lee e Vakoch (1996) propongono una riflessione sulla duplice dimensione, implicita e esplicita, che può caratterizzare il training, in particolare l'adesione troppo rigida ai protocolli dei manuali può interferire con il ragionamento clinico più ampio e con la qualità della relazione terapeutica, soprattutto nei trainees più auto controllanti (Henry et al., 1990).

Recentemente un contributo di Baker et al. (2008) ha riproposto la questione dell'esistenza di differenti protocolli di trattamento che si sono dimostrati efficaci colmando il divario tra *efficacy* e *effectiveness* ma che non vengono utilizzati dai clinici e suggerendo un loro inserimento nei programmi di formazione per contribuire a costruire una pratica efficace condivisa al di là degli orientamenti teorici.

Il contributo di Duncan e Miller (2005) al riguardo evidenzia come i manuali di trattamento vadano inseriti all'interno di percorsi più ampi di formazione, spostando il focus da pratiche basate sull'evidenza (*evidence-based practice*) a evidenze basate sulla pratica clinica (*practice-based evidence*).

## 7.2 La didattica e la supervisione

Il ruolo della didattica nei percorsi di formazione occupa un'ampia parte del curriculum delle scuole di specializzazione perché costituisce l'aspetto fondante della professionalità di un professionista, le conoscenze di base e necessarie, benché non sufficienti, su cui vengono costruite le vere e proprie competenze del terapeuta. Conoscere i principi teorici al cui interno si situa un intervento terapeutico, conoscere la psicopatologia descrittiva, una teoria dello sviluppo umano etc. sono elementi che costituiscono il bagaglio di partenza, quasi ovvio e inevitabile (Botermans, 1996).

Questo suo configurarsi come prerequisito ha fatto sì che la didattica non sia stata oggetto di valutazione in termini di influenza sull'esito terapeutico in genere poiché non ci si aspetta che il training didattico abbia un'influenza diretta sul benessere del paziente e sull'efficacia terapeutica, benché certamente costituisca una variabile che interviene indirettamente; inoltre non avrebbe senso valutare isolatamente questo fattore senza inserirlo nel percorso complessivo di formazione.

L'utilità dei corsi tradizionali, soprattutto quelli di didattica frontale, viene poco considerata e diminuisce di interesse con l'aumentare delle possibilità di pratica clinica; considerando l'influenza delle differenti componenti formative sulla propria competenza terapeutica emerge come l'esperienza clinica con i pazienti venga citata da circa il 50% dei soggetti mentre la didattica, le presentazioni di ricerca vengono citate solo dal 13% dei soggetti (Morrow-Bradley, Elliot, 1986).

È però importante sottolineare come la mancanza di prove di efficacia non sia mai stato considerato un argomento finalizzato ad un'esclusione della componente didattica dalla formazione, suggerendo invece che una valutazione isolata di una componente del percorso formativo (che sia la didattica, la pratica clinica, la supervisione etc.) può essere valutata solo in relazione agli esiti più diretti legati a quella componente e non a quelli che media indirettamente. Nel caso della didattica l'esito più ovvio e misurabile può essere valutato verificando l'aumento di conoscenze su un certo argomento clinico o teorico ma non direttamente nell'efficacia di un intervento clinico. Sapere che in area cognitiva il disturbo ossessivo compulsivo può essere trattato lavorando sul senso di responsabilità e il bisogno di controllo è un'informazione necessaria per un terapeuta cognitivo ma perché questa conoscenza si sostanzia in un intervento terapeutico efficace è necessaria la pratica clinica.

All'interno della didattica è però importante porre alcune specifiche, mentre, infatti, tradizionalmente la didattica è stata identificata con la didattica frontale, oggi sempre più spesso, e in tutti gli orientamenti, viene integrata da elementi esperienziali che permettono di sperimentare direttamente, laddove possibile, i concetti presentati in modo frontale.

*Role playing*, resoconti clinici, audio-video registrazioni, trascritti di sedute, sempre più spesso diventano elementi che affiancano la didattica frontale permettendo di riportarla il più possibile ad una realtà clinica.

Più attenzione è stata invece dedicata alla supervisione come elemento centrale nella formazione e trasversale tra gli orientamenti anche se all'interno del concetto di supervisione coesistono modalità molto differenti (modalità individuale, o di gruppo, basata su materiale video o audio o sul racconto del trainee, focalizzata sul problema o sul terapeuta).

Per descrivere la centralità della supervisione del percorso di formazione sono state usate espressioni molto varie come "*the most common training model*", "*the cornerstone of clinical training*" (Moldawsky, 1980, p. 134, cited by Matarazzo & Garner, 1992); "*the principle vehicle for preparing mental health specialists for the practice of psychotherapy*" (Guest & Beutler, 1988); "*the predominant training model*" (Hess & Hess, 1983); "*the primary component and [...] the most frequently used method for teaching therapy procedures*" (Binder, 1993).

Anche nell'area della supervisione coesistono poi differenti elementi che comprendono la supervisione nel corso di formazione, finalizzata a verificare se il trainee sta seguendo nella pratica clinica un approccio coerente con quello che sta apprendendo a livello teorico oppure a valutare se ha effettuato bene un assessment; altri obiettivi sono quelli di una supervisione dopo il training che generalmente ha come obiettivo quello di aiutare il terapeuta in difficoltà a fare chiarezza su alcuni aspetti dell'intervento o della relazione, confrontandosi con un collega più esperto e che fornisca un punto di vista esterno, aiutando al tempo stesso il terapeuta a guardare un po' più da lontano ciò che vive nella relazione.

Altro ancora può essere l'intervisione o supervisione tra pari o la *self-supervision* in cui il terapeuta si prende del tempo per riflettere autonomamente sul proprio lavoro terapeutico; evidentemente ognuna di queste modalità offre possibilità differenti, prospettive differenti e costituisce a pieno titolo un differente strumento terapeutico che dovrebbe pertanto far parte del bagaglio del trainee in formazione perché risponde a bisogni differenziati.

Tra i molti contributi in quest'area della formazione è particolarmente interessante quello di Falender et al. (2004, 2008) che descrive in modo ampio una cornice di competenze re-

lative alla supervisione articolata in 6 aree (conoscenza, abilità, valori, contesto sociale, formazione alla supervisione, misurazione della supervisione).

Nella loro proposta la supervisione non si limita ad essere un elemento del percorso di formazione codificato ma parte di un più ampio percorso di formazione continua; va evidenziato al riguardo che la supervisione può essere considerata anche come una misura di autoefficacia del trainee (per esempio considerando il numero di ore di supervisione richieste) nella misura in cui si sente più competente e in grado di gestire una situazione clinica. Anche in psicoterapia cognitiva la supervisione ha svolto un ruolo inizialmente più marginale ma più recentemente è diventata oggetto di riflessione attenta, in particolare Wills (2008) sottolinea come nella maggior parte delle supervisioni il focus sia sul processo più che sui contenuti, cioè non tanto su come eseguire le tecniche ma su come applicarle.

Padesky (1996) in area cognitiva propone per esempio un lavoro di supervisione che ricalca il modello cognitivo, in particolare attraverso delle domande predefinite relative alla possibilità di descrivere il problema presentato dal paziente in termini cognitivi, alla capacità del terapeuta di applicare adeguatamente gli strumenti di lavoro cognitivi o eventualmente al possesso degli stessi.

### **7.3 Terapia personale e lavoro su di sé**

Fin dalle prime formalizzazioni dei percorsi di formazione in area psicoanalitica l'esperienza personale delle procedure terapeutiche e la riflessione su di sé sono state le componenti ritenute più importanti della formazione in psicoterapia, declinate in forme differenti, attraverso la terapia personale in area psicoanalitica, o l'esplorazione dei temi familiari nella terapia sistemica o ancora nella condivisione di gruppo nella gruppoanalisi. Le psicoterapie cognitive e comportamentali hanno generalmente escluso il lavoro su di sé come aspetto centrale per la formazione; la terapia personale veniva esclusa dai percorsi di formazione poiché il cambiamento terapeutico era visto come la conseguenza di un apprendimento di soluzioni alternative da parte del paziente e dell'applicazione fedele delle tecniche da parte del terapeuta (Laireiter e Willutzki, 2003). Non era pertanto necessario che il terapeuta fosse consapevole dei propri vissuti e pertanto né la terapia personale né altre esperienze analoghe di lavoro personale erano incluse nella formazione poiché non contribuivano a influenzare positivamente l'esito delle terapie (DiGuiseppe, 1991;

Gray, 1991; Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1996; McNamara, 1986; Ramsay, 1980; Wright, 1991).

Tuttavia con l'ampliarsi dei campi di applicazione della terapia cognitiva ad ambiti differenti e più complessi dei disturbi sintomatici (attacchi di panico, DOC etc.) oltre che l'importanza che la ricerca ha progressivamente riconosciuto alla relazione terapeutica come una delle variabili chiave negli esiti si è fatta progressivamente maggiore la necessità di introdurre anche in area cognitiva il lavoro su di sé.

Tra le ragioni di questo esilio forzato della riflessione personale probabilmente va individuata in parte la difficoltà di operationalizzare un costrutto come quello della riflessione su di sé in quanto estremamente soggettivo e quindi difficilmente misurabile; è quindi comprensibile come gli sforzi sperimentali delle scienze comportamentali prima e cognitive poi abbiano avuto non poche difficoltà a confrontarsi con un tema del genere.

Bennett Levy (2003) al riguardo parla della *self reflection* come dell'incubo dello scienziato comportamentale, non è quindi così strano l'atteggiamento di diffidenza o vero e proprio ostracismo verso qualunque attività finalizzata allo sviluppo della propria consapevolezza che si è poi manifestata di riflesso anche nella formazione in psicoterapia, escludendo in particolare la terapia personale, troppo carica di tradizione psicoanalitica, dal percorso formativo dei terapeuti cognitivi.

Tuttavia bisogna sottolineare che nella pratica clinica il terapeuta spende generalmente molto tempo nel lavoro con i pazienti chiedendo loro di riflettere su episodi di vita presenti o passati che hanno vissuto, su come li hanno vissuti (basti pensare in area cognitiva alla tecnica degli ABC); spende molte ore di supervisione riflettendo sul proprio agire terapeutico, su cosa è successo in una particolare seduta (nelle supervisioni più focalizzate sugli aspetti relazionali anche su come si è sentito); spende molte ore di formazione chiedendo ai giovani trainees di riflettere sul proprio stare in seduta, sulle difficoltà che sperimenta, sui vissuti emotivi che gli evoca il paziente. È quindi singolare che questo lavoro di riflessione personale sul proprio essere e sul proprio agire sia stato per molto tempo poco considerato.

Alcuni orientamenti teorici si riferiscono a questo lavoro esplicitamente con il termine di riflessione mentre altri, e quelli cognitivi in particolare, utilizzano termini come *problem solving*, ristrutturazione cognitiva, valutazione, meta cognizione, per descrivere gli elementi che costituiscono la riflessione (Bennett Levy, 2003).

Sembra quindi che la riflessione su di sé sia, di fatto, già parte della pratica clinica a molti livelli mentre faticosi molto a diventare parte del percorso di formazione di un clinico co-

gnitivista; le ragioni di questa difficoltà vanno ricercate, come suggerito in precedenza, nella difficoltà di misurare tale costrutto e la mancanza di evidenze empiriche al riguardo rappresenta un freno importante all'inserimento del lavoro su di sé come pratica corrente per la formazione.

È però interessante sottolineare come peraltro già autori classici di area cognitiva hanno progressivamente sostenuto il ruolo che il lavoro su di sé può svolgere nel migliorare la pratica clinica; Aaron Beck (1995), considerato tra i padri dell'approccio cognitivo e che ha spesso molto lavoro sul trattamento della depressione, suggerisce di acquisire esperienza con le tecniche di terapia cognitiva praticandole su di sé prima che sui pazienti; questo permette di sperimentare in prima persona le difficoltà che si possono incontrare e correggere eventuali problemi.

Padesky (1996) aggiunge che per comprendere pienamente il processo terapeutico non c'è modo migliore che utilizzare i metodi di terapia cognitiva su di sé.

Il ruolo che la riflessione svolge nello sviluppo professionale è stato tuttavia evidenziato da altri lavori sullo sviluppo personale e professionale, in particolare Skovolt, Rønnestad e Jennings (1997) sottolineano il ruolo della riflessione su di sé come elemento decisivo nell'*expertise* terapeutica: “un terapeuta e un counsellor possono avere 20 anni di esperienza o un anno di esperienza per 20 volte. Cosa fa la differenza? Un aspetto chiave è la riflessione.”

Sempre sul ruolo della riflessione personale un recente lavoro (O'Donovan et al., 2005) ha evidenziato come confrontando la valutazione auto percepita dell'alleanza terapeutica dei trainees, dei loro pazienti e di osservatori esterni, mentre gli ultimi due raggiungono un maggiore grado di accordo, la valutazione del trainee risulta poco attendibile, anche dopo un anno di attività clinica supervisionata, sono cioè poco sintonizzati sulla percezione che ha il paziente. Gli autori nello spiegare questi risultati evidenziano come sebbene i trainees abbiano applicato adeguatamente i protocolli di intervento e le scalette di conduzione dei primi colloqui, non hanno sviluppato la capacità di discernere la prospettiva del paziente.

Peraltro risultati che vanno nella stessa direzione provengono da un lavoro precedente (Hill et al., 1993) in cui a terapeuti con dieci anni di pratica clinica alle spalle veniva chiesto di anticipare pensieri ed emozioni sperimentati dai propri pazienti ma non comunicati in seduta. I soggetti si dimostravano raramente consapevoli delle reazioni dei pazienti anche quando erano negative.

Certamente se dalla letteratura provengono numerose indicazioni che sottolineano un ruolo chiave del lavoro su di sé nella formazione, non emerge in modo altrettanto chiaro come sviluppare e incrementare la consapevolezza.

I tradizionali strumenti formativi sembrerebbero insufficienti se è vero che anche un anno di pratica clinica supervisionata non permette al trainee di valutare con accuratezza il proprio lavoro (O'Donovan et al., 2005).

È possibile individuare differenti modalità di sviluppare la riflessione personale che passano attraverso l'applicazione su di sé delle tecniche (Rezzonico, Bani, 2008), i *role playing*, la visione di filmati di sedute o l'ascolto di tracce audio dei propri colloqui, la terapia personale.

Ognuno di queste modalità rappresenta una possibile via da seguire e, benché nessuna possa essere considerata più efficace delle altre, alla luce dei dati al momento disponibili in letteratura, è possibile definire quali modalità siano più funzionali ad un particolare percorso di formazione, quali cioè si inseriscono meglio in un progetto formativo alla luce degli obiettivi da raggiungere e delle competenze da sviluppare.

Resta tuttavia ferma l'importanza di dedicare una parte della formazione alla riflessione su di sé che si manifesta talvolta anche come un'esigenza professionale come evidenziato dai dati relativi al numero di terapeuti che si sottopongono ad un periodo di analisi personale da cui emerge che anche tra i terapeuti cognitivi, in cui l'analisi personale non è contemplata nei percorsi di formazione, sperimentano in seguito un periodo di analisi personale ritenuto importante per il proprio sviluppo professionale.

In un campione eterogeneo di circa 5000 psicoterapeuti provenienti da più di 20 diversi paesi, approssimativamente 4/5 riportano di essere o essere stati in terapia personale (Orlinsky et al., e SPR Collaborative Research Network, 2005). Alla luce di questo dato è sorprendente che non siano state condotte molte ricerche sulla terapia personale, ma una recente antologia (Norcross, 2005) riporta una prevalenza di terapia personale per i terapeuti che varia dal 66% al 96% (media di 83%); la scelta di intraprendere una terapia personale varia a seconda dell'orientamento teorico: ad esempio circa il 90% dei terapeuti analitico-dinamici la intraprendono contro il 58% circa di quelli cognitivi o comportamentali; infine l'83% dei terapeuti interrogati giudicano la propria terapia come positiva ( $\geq 3$  su una scala 0-5).

Se e quanto la terapia personale dello psicoterapeuta incida sui risultati degli interventi che egli pratica con i pazienti è un tema da tempo oggetto di discussione (Wheeler, 1991; 2002), su cui i dati a disposizione non sono molti: sembra che essa non abbia effetti diretti

sugli *outcomes* ma piuttosto che possa influenzare positivamente le abilità del terapeuta, riconosciute sia dallo stesso sia da osservatori esterni (Macran & Shapiro, 1998), e il processo terapeutico in generale.

È comunque interessante il dato emerso dal lavoro di Orlinsky e Rønnestad (2005) che mostra un progresso nel pattern di sviluppo professionale maggiore nei terapeuti con un'esperienza di analisi personale mentre pattern caratterizzati da stasi o regressione sono maggiormente riportati da terapeuti senza analisi personale. Questo dato sembrerebbe suggerire una funzione protettiva sul medio-lungo periodo dell'analisi personale che non agirebbe direttamente sull'*outcome* terapeutico ma fungerebbe da mediatore.

L'importanza della *self reflection* e della *self practice* vanno poi oltre al semplice e aspecifico approfondimento di tematiche personali o maggiore conoscenza di sé, temi che si prestano spesso a critiche di non scientificità da parte delle posizioni che più aderiscono ai paradigmi sperimentali, ma trovano un riscontro empirico nell'evidenza che il lavorare su materiale auto riferito, a valenza emozionale o concretamente agito e sperimentato favorisce in modo evidente il ricordo (Baddeley, 1997), suggerendo che l'apprendimento esperienziale e il lavoro su di sé e sul proprio materiale personale siano più efficaci nel favorire anche l'apprendimento dei protocolli di intervento e delle tecniche terapeutiche oltre che contribuire ad acquisire una migliore competenza relazionale.

Un contributo interessante sul tema viene da Laireiter e Willutzki (2003) che ripercorrendo il ruolo della *self reflection* in formazione in psicoterapia cognitiva ne presentano le differenti declinazioni. In particolare sembra emergere una posizione dicotomica che vede da un lato posizioni critiche verso la terapia personale che non viene considerata necessaria in formazione ma utile per alcuni trainees che necessitano di risolvere alcune difficoltà personali o atteggiamenti relazionali disfunzionali (Gray, 1991; Kanfer et al., 1996); dall'altro un interesse sempre maggiore per la *self practice* e la *self reflection*.

Tuttavia gli autori concludono evidenziando come il ruolo formativo dell'auto-esplorazione e della riflessione su di sé debba trovare riconoscimento formale nelle linee guida dei training cognitivi e che ne dovrebbe essere evidenziata la differenza rispetto alla terapia personale.

Un modello interessante di formazione in psicoterapia cognitiva è quello proposto e sviluppato negli ultimi anni da James Bennett-Levy (2001; 2003; 2006; 2007; 2008; 2009) che ha proposto un'operazionalizzazione del lavoro personale attraverso i concetti di *self practice* (SP) e *self reflection* (SR), valutandone l'impatto formativo e di sviluppo personale e professionale attraverso alcuni lavori di analisi qualitativa.

La SP si riferisce all'applicazione nell'attualità delle tecniche e delle procedure terapeutiche (ABC, diario delle emozioni, esperimenti comportamentali etc.) su sé stessi mentre la SR si riferisce all'esperienza di riflettere sulla pratica e di valutarne gli effetti su di sé.

La SR è essenzialmente una competenza meta cognitiva che include l'osservazione, l'interpretazione e la valutazione dei propri pensieri, azioni, sensazioni, emozioni.

L'inserimento della riflessione su di sé e del lavoro personale in un itinerario formativo in psicoterapia cognitiva è sostenuto da ragioni pratiche e teoriche; il ruolo dell'apprendimento esperienziale e del lavoro su di sé nell'acquisizione di nuove competenze è ampiamente sostenuto dalle prospettive attuali sull'educazione in molti contesti differenti, dalla medicina, al counselling, all'insegnamento (Fook, 1996; Kressel, 1997; Niemi, 1997; Schon, 1987; Zuber-Skerritt, 1996; Benbassat e Baumal, 2005).

Benché le evidenze di un impatto positivo di un lavoro personale esperienziale nella formazione alla psicoterapia siano poche un dato importante viene da una meta-analisi dei tre principali programmi di counselling da cui emerge che il programma con il miglior esito è quello con una componente di lavoro personale (Baker, Daniels, Greeley, 1990).

Al riguardo è interessante la proposta di Shön (1983) che descrive due tipologie di conoscenza necessarie per un'attività professionale, come quella terapeutica: la conoscenza tecnico-razionale e quella che lui chiama *professional artistry*. Mentre il primo tipo di conoscenza, che include per esempio i protocolli di trattamento o le procedure di *assessment*, può essere appresa attraverso la didattica frontale, e generalmente avviene così, l'abilità professionale include spesso aspetti importanti di conoscenza tacita, acquisiti con l'esperienza e che possono essere accessibili attraverso la riflessione su di sé; è la differenza tra leggere il menù, e magari impararlo da cima a fondo, e assaggiarne le portate, cogliendone i molteplici aspetti.

Più recentemente anche Epstein (1994) ha suggerito due differenti modalità di elaborazione della conoscenza, un sistema razionale (analitico ed orientato alla ragione) e uno esperienziale (associato alla conoscenza emotiva, più immediato e difficile da modificare) che richiamano le dimensioni di conoscenza tacita ed esplicita già discusse da Guidano (1991).

I lavori di Bennett-Levy hanno evidenziato un impatto delle pratiche di SP e SR, rilevato dalla prospettiva soggettiva dei trainees, sia in termini di processo che di esito.

In particolare emerge un più profondo livello di conoscenza articolato in termini di processo (attraverso l'esperienza dello stare dei panni del paziente sperimentando in prima persona e dall'interno i punti di forza e debolezza delle tecniche cognitive e il riflettere

sull'esperienza che conduce ad una maggiore comprensione del funzionamento delle tecniche) e di esito (comprensione terapeutica e i suoi effetti in area professionale e personale, fiducia nella propria competenza di terapeuta). È quindi una conoscenza incarnata perché vissuta direttamente e oggetto di riflessione nei suoi effetti su di sé e sull'altro.

La riflessione in Bennett-Levy diventa parte di un più ampio ciclo esperienziale di apprendimento che include anche la pianificazione, l'esperienza e l'osservazione e che non si configura come un percorso lineare ma, appunto, circolare perché può essere riattivato e rinforzato da punti di ingresso differenti anche sulla base delle differenze individuali poiché ognuno può essere più sensibile di altri alla riflessione, all'azione o all'osservazione che a loro volta riattiveranno gli altri elementi.



*Immagine 2. Ciclo esperienziale di apprendimento proposto da Bennett-Levy.*

Nonostante l'uso diffuso della terapia personale come mezzo di formazione in psicoterapia sono pochi gli studi che ne hanno valutato l'efficacia e in generale i risultati a sostegno di una reale efficacia sull'esito terapeutico sono deboli (Mancini, Perdighe, 2010). Ciò nonostante i terapeuti valutano l'influenza della terapia personale come una delle più importanti nella loro formazione e nel loro sviluppo professionale (Orlinsky e Rønnestad, 2005).

Una review dei lavori sulla terapia personale dei terapeuti ha evidenziato che mentre c'è una qualche evidenza nel favorire positivamente un atteggiamento empatico, il calore e

l'autenticità, vi sono poche altre evidenze di un suo effetto diretto sull'*outcome* terapeutico (Williams e al. 1999).

In un recente contributo Mancini e Perdighe (2010) riportano un elenco degli studi che hanno valutato l'effetto della terapia personale sull'esito terapeutico suddividendoli sulla base degli effetti sugli esiti:

1. effetto positivo sugli <i>outcome</i> :
Kernberg (1973): sulla base dell'osservazione dell' <i>outcome</i> 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> .
2. nessuna relazione tra terapia personale e <i>outcomes</i> :
Holt e Lubosky (1958): sulla base degli <i>outcome</i> 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 <i>outcome</i> .
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 <i>drop-out</i> (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 psicoanalitico, vengono intervistati ad almeno un anno dalla conclusione della terapia, circa vari aspetti riguardanti 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 da 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.

### 3. effetto negativo sull'*outcome*:

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 pazienti 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 *outcome* 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.

Gli autori commentano criticamente la terapia personale come requisito necessario alla formazione in psicoterapia proprio in merito alla mancanza di una relazione diretta con un miglioramento degli esiti.

Un recente lavoro (Gold, Hilsenroth, 2009) ha confrontato un campione di 30 pazienti trattati da clinici con un percorso di terapia personale con altrettanti pazienti trattati da clinici senza terapia personale e non hanno trovato differenze nella qualità dell'alleanza terapeutica valutata dai pazienti, mentre la valutazione fatta dai clinici dell'alleanza era maggiore da parte di chi aveva un'analisi personale. Anche questo lavoro conclude evidenziando la necessità di ulteriori lavori per definire quale ruolo può avere l'analisi personale nel percorso formativo dei trainees.

Alla luce di queste criticità è opportuno sottolineare alcuni aspetti importanti che favoriscano una lettura più attenta dei dati della letteratura e suggeriscano nuovi impulsi alla ricerca in quest'area della formazione in psicoterapia.

La valutazione degli effetti della terapia personale sull'efficacia degli interventi dei terapeuti risente di alcune questioni che ne rendono quantomeno complessa l'implementazione e per certi versi ripropongono alcune questioni già presenti negli studi di efficacia della psicoterapia che hanno portato al noto e discusso "effetto dodo".

La terapia personale si inserisce nei percorsi di formazione a livelli differenti e con obiettivi differenti, non è quindi strano che gli studi meta-analitici e le review non abbiano evidenziato effetti significativi sull'efficacia terapeutica; mettere insieme i dati di terapeuti che hanno fatto una terapia personale per proprie difficoltà personali con quelli di chi ha fatto una terapia didattica non può che dare risultati di difficile interpretazione.

A ciò si aggiunge l'impossibilità, sulla base dei dati presenti in letteratura, di valutare l'efficacia dei "terapeuti dei terapeuti" o il fatto di aver fatto una terapia coerente con il proprio orientamento teorico o di orientamento differente o ancora l'averla fatta all'inizio o al termine del percorso di formazione.

O ancora i lavori sul tema hanno incluso sia terapeuti che hanno una terapia personale precedente alla propria formazione in psicoterapia (soprattutto in area psicoanalitica), e che talvolta viene considerata condizione sufficiente al training, fatta evidentemente con motivazioni e obiettivi differenti da coloro che hanno fatto una terapia personale all'interno di un percorso di formazione e con obiettivi condivisi definiti.

Altra questione è data dal peso che assume la terapia personale nel percorso di formazione; mentre, infatti, nei corsi ad orientamento psicoanalitico e transazionale sono previste alcune centinaia di ore nei corsi ad orientamento cognitivo sono previste poche decine di ore o non sono previste.

Non è pertanto la terapia personale di per sé a dovere essere valutata ma la funzione che svolge all'interno del training; chiedersi se la terapia personale serve o no alla formazione in psicoterapia è una questione sterile, più interessante è chiedersi su quali abilità agisce in senso migliorativo.

Esattamente come per i protocolli di trattamento o le tecniche cognitive non ha senso chiedersi se funzionano di per sé (sono infiniti i contesti in cui una tecnica fallisce), ma in quali situazioni e a quali condizioni si dimostrano particolarmente efficaci.

Il ruolo della terapia personale in formazione psicoterapica necessita comunque di ulteriori sforzi di ricerca che mettano insieme dati sull'utilità percepita dal terapeuta agli effetti diretti e indiretti della terapia su processo ed esito terapeutico.

Lo stesso vale peraltro per le altre componenti del training, la cui efficacia non viene messa in discussione ma che si prestano comunque allo stesso tipo di critiche: la didattica frontale migliora l'efficacia terapeutica e gli esiti clinici? O è sufficiente la lettura di un buon manuale? e per quanto riguarda la supervisione? Molte ore di supervisione hanno un impatto positivo sull'efficacia terapeutica? Probabilmente sì, ma che impatto hanno sul senso di efficacia personale del terapeuta stesso? E un terapeuta in supervisione ha un *outcome* migliore di uno che la chiede raramente?

Non ci sono studi sull'impatto della didattica frontale sull'*outcome*, ma ciò non impedisce a migliaia di corsi in psicoterapia nel mondo di continuare a dedicare molte ore di formazione proprio alla didattica frontale.

L'efficacia misurata come *outcome* è senza dubbio un indice importante ma non può essere l'unico criterio di valutazione della formazione.

#### **7.4 Nuovi temi di formazione: mindfulness, spiritualità, computer-based training**

##### *Mindfulness e training*

La mindfulness è una pratica che nell'ultimo decennio è stata utilizzato in ambito terapeutico con alcuni risultati interessanti soprattutto in relazione alla depressione (Ma et al., 2004) o in ambito ospedaliero (Reibel et al., 2001) e che sta trovando sempre nuove aree di applicazione (Kabat-Zinn, 2003; Segal et al., 2006).

Recentemente si sta facendo strada anche in ambito formativo l'utilizzo di pratiche di autoosservazione come elementi che facilitano lo sviluppo della capacità di autoconsapevolezza, che caratterizza ogni terapeuta, impegnato da un lato a monitorare ciò che il paziente fa e dice e dall'altro a regolare ciò che il paziente attiva nel terapeuta stesso.

Al riguardo alcuni recenti lavori (Grepmaier et al., 2007) hanno proposto la mindfulness come una pratica da inserire nei programmi di formazione alla psicoterapia in quanto particolarmente efficace nel migliorare le capacità di autoosservazione e nell'influenzare positivamente il corso delle terapie.

##### *Spiritualità e training*

Un ulteriore aspetto che è viene discusso in tema di formazione è quello della spiritualità o religiosità; si tratta di due aspetti differenti su cui tuttavia non esiste un accordo su una definizione comune.

Generalmente si fa riferimento alla spiritualità come alla ricerca di un significato o uno scopo nella vita, una relazione con un essere trascendente; si tratta quindi di un termine che in senso più generale ingloba la religiosità con cui si fa più riferimento agli aspetti più istituzionalizzati e rituali della spiritualità.

Al di là delle questioni terminologiche si tratta di aspetti molti discussi in ambito statunitense e anglosassone (Hill, Pargament, 2003; Zinnbauer, Pargament, 2005), ma poco affrontati in ambito europeo e italiano in particolare dove le differenze sociali, culturali, sessuali e religiose sono poco oggetto di attenzione nei percorsi di formazione.

Alcuni lavori di area nordamericana hanno messo in evidenza come tra i professionisti della salute mentale sia poco diffusa la pratica religiosa o più in generale una qualche spiritualità; per esempio in uno studio solo il 72% degli psicologi afferma di credere in Dio

contro il 90% della popolazione generale, oppure il 51% ritiene che la religione sia poco importante per loro contro l'11% della popolazione generale (Shafranske, 2000).

L'aspetto di maggiore interesse è però legato al fatto che solo il 50% degli psicologi americani ritiene importante indagare le credenze religiose dei propri pazienti, ritenendolo un aspetto che esula dal proprio lavoro e che non possa essere di alcuna utilità nella relazione terapeutica (Shafranske, 2000). Eppure l'importanza generalmente attribuita alla dimensione spirituale dovrebbe spingere gli operatori ad integrare questo aspetto nelle proprie competenze come strumento di lavoro per interfacciarsi in modo efficace con pazienti differenti.

In questo senso l'American Psychological Association ha discusso questo tema negli *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002) e nei *Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists* (2003) nell'ambito del più ampio ambito della sensibilizzazione verso le espressioni di diversità culturale; è emerso tuttavia come le differenze religiose/spirituali non siano considerate importanti come le diversità di razza, genere o orientamento sessuale (Schulte et al., 2002).

Alcuni lavori hanno cercato di evidenziare se e quanto questi aspetti fossero parte dei training di formazione, evidenziando come siano presenti raramente o del tutto assenti (Brawer et al., 2002; Shafranske e Malony, 1990) mentre più spesso emergono in supervisione (Aten e Hernandez, 2004).

Un'attenzione alle convinzioni religiose/spirituali del paziente permette di riconoscerne una tematica talvolta importante (o una possibile risorsa); una resistenza ad affrontare in terapia la religiosità è legata talvolta al timore di non riuscire a gestire in modo adeguato i vissuti, i significati che veicola benché al momento non ci sia evidenza che affrontando questo aspetto il terapeuta tenda ad imporre i propri valori (Smith, Richards, 2005).

Ma anche le convinzioni religiose/spirituali del terapeuta possono diventare un facilitatore o un ostacolo se lo stesso non è in grado di riconoscerlo nella relazione; senz'altro è comunque una dimensione presente anche tra i terapeuti (Smith, Orlinsky, 2004).

Russel e Yarhouse (2006) propongono sei strategie da utilizzare in formazione per introdurre ed affrontare il tema: facilitare la discussione del tema nelle supervisioni (sia quando è il paziente ad introdurlo che quando non lo fa, rendendolo parte di un più generale assessment); inserire nel curriculum didattico un seminario sul tema con un'attenzione ai lavori più recenti e a come questo tema possa diventare parte del lavoro clinico; inserire la spiritualità all'interno di un più ampio panorama relativo alle differenze culturali; ap-

poggiarsi a operatori che lavorano direttamente sulla dimensione spirituale per vedere direttamente i limiti e le aperture che una posizione di questo tipo può portare; creare contatti con le comunità religiose per aumentare il senso di riferimento come operatori in caso di necessità; inserire dei testi o delle review sulla tematica nei curricula di formazione.

### *Computer based training*

Le possibilità rese disponibili dalle nuove tecnologie per fornire servizi di salute mentale sono molto articolate (Bani, 2010) e caratterizzate da una serie di specifiche di tipo etico e formativo.

Generalmente, infatti, l'applicazione della tecnologia nei training in psicoterapia è stata limitata alle applicazioni nelle tradizionali modalità di insegnamento ma non come una modalità specifica di formazione; in particolare le potenzialità per lo sviluppo del training possono andare in tre direzioni (Berger, 2004): la comunicazione *computer-mediated* finalizzata per esempio per le supervisioni; sistemi di tutoring didattico che forniscono materiali multimediali e permettono una verifica dell'apprendimento; apprendimento in situazioni di *case conceptualization* costruite ad hoc con una molteplicità di variabili.

Più recentemente alcuni autori hanno approfondito alcune possibili applicazioni della *computer-based technology* da applicare al training in psicoterapia e alcune interessanti suggestioni sono venute dalla realtà virtuale (Beutler e Harwood, 2004) in particolare per la simulazione di situazioni 'limite' difficilmente presentabili in un colloquio simulato e che in un contesto reale potrebbero creare dei rischi per il paziente o per il terapeuta come azioni suicide, forte aggressività del paziente; sebbene ad oggi la tecnologia non sia ancora in grado di fornire simulazioni realistiche di un'interazione umana, alcune sperimentazioni sono state fatte con discreto successo.

Alcune applicazioni concrete iniziano ad emergere in letteratura come per esempio programmi di formazione per interventi di esposizione nei casi di panico/fobia (Gega et al., 2007). Queste risorse rappresentano delle interessanti modalità formative che possono integrare, per alcuni aspetti ben definiti, un più ampio percorso formativo che necessita comunque anche delle altre componenti discusse in precedenza.

## 8. MODELLI DI FORMAZIONE: OLTRE IL MODELLO TRIPARTITO

Il training, in qualunque contesto si svolga, è molto più che un insieme di informazioni o di pratiche da trasmettere, è piuttosto un sistema complesso fatto di interazioni, socializzazione, attività di gruppo, riflessione, e tanto più quando si tratta di insegnare o di imparare a fare psicoterapia emergono degli aspetti che vanno molto al di là dell'applicazione di tecniche terapeutiche ma che coinvolgono il trainee, anche a livello personale, in tutta la sua complessità. Sebbene gli obiettivi di un trattamento e le specifiche tecniche per raggiungerli possano essere appresi in modo più o meno efficace nei manuali di terapia (approccio questo che è poco diffuso nel panorama della formazione psicoterapeutica italiana), tuttavia il modo in cui raggiungere tali obiettivi con un particolare paziente e lo stabilirsi di una relazione terapeutica difficilmente possono essere messi nero su bianco, piuttosto richiedono l'esperienza diretta.

È interessante evidenziare però come in ambito formativo si sia passati da un livello descrittivo (cosa bisogna fare per diventare terapeuti – e segnatamente, sulla base del modello tripartito, la terapia personale, la supervisione e la didattica) che sacrificava in parte la dimensione soggettiva del trainee e omologando la formazione, ad uno maggiormente esplicativo (cosa bisogna saper fare per diventare terapeuti e quali strumenti, tra i molti a disposizione, sono più indicati per sviluppare queste modalità relazionali o tecniche in ogni trainee) che contiene invece differenti aspetti anche in relazione agli obiettivi ritenuti fondanti nei differenti orientamenti e maggiormente declinati sulla dimensione soggettiva del trainee.

Lorenzini e Sassaroli (1996) in area cognitivista propongono un modello che, andando oltre la tripartizione didattica-supervisione-terapia personale, comprende le tre dimensioni più ampie del sapere, saper fare e saper essere, già impiegate in molti contesti formativi. Questi tre domini, ampiamente sovrapponibili e fortemente interdipendenti, si declinano poi al loro interno in obiettivi più specifici con molteplici modalità formative.

Il sapere rappresenta il livello più esplicito e “si riferisce alle conoscenze indispensabili per chi voglia cimentarsi con il mestiere di psicoterapeuta” (p. 723).

Comprende la conoscenza delle variabili in gioco nella professione e che vanno poi ad informare l'agire terapeutico e includono la dimensione relazionale, quella tecnica, quella comunicativa ma anche la conoscenza delle procedure e dei risultati della ricerca in psicoterapia.

Il saper fare include le “competenze e abilità pratiche indispensabili per porre una diagnosi complessa e impostare su di essa un progetto terapeutico” (idem) e pertanto la capacità di fare un assessment, di applicare i protocolli di intervento per specifici disturbi (attacchi di panico, DOC, depressione etc.), ma anche di progettare e svolgere un protocollo di valutazione del proprio intervento terapeutico.

È l’ambito che più degli altri viene vissuto come centrale da parte degli specializzandi in quanto banco di prova delle proprie capacità.

Il saper essere raccoglie infine gli atteggiamenti dell’essere terapeuta che difficilmente possono essere codificati, se non attraverso i codici deontologici, e che vanno nella direzione di una capacità di cooperare con il paziente alla costruzione del suo benessere agendo secondo scienza e coscienza; rientrano in quest’area le indicazioni che i didatti inevitabilmente portano ai trainees in modo più o meno consapevole e che vanno ben al di là dell’ovvio “non fare” a cui si limitano i codici.

Usando le parole di Bara (2007) “sapere cosa non si deve fare è di solito ragionevolmente banale. Il timoniere degno di onore è quello che riesce a pilotare la nave in un mare irto di pericoli, non quello che sa che se punta su un enorme scoglio la nave naufragherà” (pag. 107).

In un recente numero monografico della rivista *Psychotherapy Research*, Rønnestad e Ladany (2006) aprivano il loro contributo domandandosi se il training in psicoterapia avesse un’influenza positiva, negativa o trascurabile sul processo e sull’esito terapeutico e individuando nelle tre grandi aree di ricerca del modello tripartito (il training accademico, la supervisione e la terapia personale) i campi da indagare.

In particolare sottolineano come il focus della ricerca sul training non possa essere limitato all’*outcome* del paziente sia perché è la variabile più lontana dalla maggior parte del lavoro che si fa nel training, ed è pertanto molto difficile da misurare, sia per evitare il rischio che il training stesso diventi focalizzato esclusivamente all’*outcome*. Mentre il training ha in sé una molteplicità di esiti auspicabili che includono certamente l’*outcome* del paziente (i sintomi, il comportamento, l’insight etc.) ma anche l’autoconsapevolezza del trainee, le abilità e la conoscenza di base (abilità diagnostiche, conoscenza accademica etc.), caratteristiche interpersonali del trainee (autoefficacia, ansia etc.).

Più recentemente Boswell e Castonguay (2007) hanno curato una sezione monografica su *Psychotherapy: theory, research, practice, training* sottolineando nell’introduzione una certa fiducia sull’efficacia dei training ed affermando che data l’efficacia riconosciuta della psicoterapia è ragionevole concludere che qualcosa funziona anche nei training in

psicoterapia: l'efficacia della psicoterapia sarebbe quindi una sorta di prova indiretta dell'efficacia dei training. (*Given that we know that psychotherapy works, it seems reasonable to conclude that something is working in the training of psychotherapists*) (Boswell, Castonguay, 2007, p. 363).

Per usare le loro parole “un training migliore risulterà in un terapeuta migliore con *outcome* migliori” ma è necessario verificare empiricamente questo dato. (“*Of course, it is an assumption that “better” training will result in “better” therapist with “better” outcomes. Fortunately, this is also a testable assumption.*” p. 383).

È di particolare interesse il ruolo che gli autori attribuiscono allo *scientist-practitioner model* come guida non solo della pratica clinica ma anche e soprattutto della formazione che nelle loro intenzioni deve essere ancorato il più possibile all'evidenza empirica.

All'interno di un percorso di formazione sistematico, organizzato, integrativo e flessibile identificano 5 fasi sequenziali: preparazione, esplorazione, identificazione, consolidamento e integrazione.



*Immagine 3. Modello di formazione alla psicoterapia in 5 fasi proposto da Boswell e Castonguay.*

Nella fase di preparazione il trainee, all'inizio del percorso, acquisisce le competenze cliniche e relazionali di base per familiarizzare con la situazione terapeutica.

Nell'esplorazione è possibile iniziare ad acquisire ed utilizzare i principali protocolli di trattamento dei maggiori approcci teorici; in seguito lo studente viene incoraggiato a de-

dicarsi maggiormente ad un orientamento per approfondirne gli elementi epistemologici e clinici e studiando la letteratura empirica relativa a processo ed esiti.

Il razionale di questo modello di formazione è legato al riconoscimento della legittimità scientifica di differenti approcci ma all'importanza di padroneggiare bene uno di questi approcci a partire dal quale avvicinarsi poi agli altri.

La fase di consolidamento è un ampliamento di quella precedente in cui viene ampliata la conoscenza acquisita e viene applicata a contesti clinici differenti (di coppia o gruppo).

Infine nella fase di integrazione il trainee ripercorre criticamente i costrutti teorici e i metodi di trattamento appresi integrandoli con quelli di orientamenti differenti; questo data la mancanza di un orientamento superiore agli altri (Wampold et al., 1997) e il riconoscimento dell'efficacia di alcuni protocolli di trattamento per alcuni pazienti.

È quindi una proposta genuinamente integrativa che si muove oltre i confini dei differenti orientamenti proponendo però un modello in particolare nella convinzione che una chiave di lettura solida sia necessaria per approcciarsi poi alle altre possibili (Castonguay, 2000).

Nello stesso numero monografico Ladany (2007) limita a tre le aree chiave su cui il training deve essere strutturato: la conoscenza, l'autoconsapevolezza, le competenze.

È una proposta che richiama in qualche modo il tradizionale modello tripartito ma che mette in luce, seppure in modo generale, non tanto ciò che bisogna fare (supervisione, terapia personale etc.) quanto piuttosto le dimensioni sottostanti da acquisire e di cui tradizionalmente, sostiene, la conoscenza è stata eccessivamente investita a capito delle altre.

Ciò è vero soprattutto per gli approcci più cognitivi e comportamentali, che hanno quindi trascurato particolarmente l'autoconsapevolezza, ma anche per quelli psicodinamici che hanno iper-investito la dimensione personale a scapito di quella tecnico-procedurale.

In riferimento al modello di Boswell e Castonguay (2007), Ladany suggerisce inoltre come il passaggio tra le cinque fasi descritte dagli autori non debba essere obbligato ma che i trainees abbiano la capacità di muoversi tra i vari livelli, facendo riferimento ad un contesto come quello americano dove gli aspetti integrativi sono ormai parte di tutti i percorsi di formazione.

Un modello molto interessante relativo alla valutazione dei training è quello proposto da O'Donovan e Dawe (2002) che relativamente a un corso di formazione specifico per il trattamento delle dipendenze hanno evidenziato la complessità del processo del training e delle molteplici componenti coinvolte con un modello di lavoro strutturato su 6 fasi (le variabili preesistenti del trainee, il metodo di del training, il focus del training, l'*outcome*

del trainee e quello del paziente), articolando a loro volta questi elementi in aspetti più specifici.

In particolare questo modello permette di prendere in considerazione il trainee con la sua variabilità fin dall'inizio del corso; non sarebbe corretto, infatti, considerare i trainees all'inizio del percorso di formazione come dei contenitori vuoti in cui versare nozioni e tecniche; piuttosto essi portano con sé un insieme di esperienze, competenze, e caratteristiche personali che inevitabilmente influenzano la loro esperienza del training e che pertanto vanno presi in considerazione nella valutazione dei training stessi. Data l'estrema variabilità dei metodi di training è possibile inquadrare differenti modalità che spesso vengono integrate in programmi più complessi e talvolta utilizzate singolarmente.

Ancora O'Donovan e Dawe (2002) individuano, infatti, da un lato la didattica classica, utilizzata soprattutto per i contenuti teorici ma che talvolta viene impiegata anche per la parte più clinica, e dall'altro la parte pratica, sviluppata attraverso sessioni simulate o presentazione delle tecniche da parte del trainer seguita solo successivamente dal lavoro con pazienti reali e la supervisione individuale o di gruppo.

Sebbene sul ruolo della supervisione si stiano sviluppando nuovi lavori per approfondirne l'efficacia, ad oggi non ci sono risultati univoci; tuttavia i trainees in psicologia clinica percepiscono la didattica frontale come meno efficace e la supervisione clinica come la più importante esperienza del training (O'Donovan et al. 2001).

Tali aspetti, unitamente ai tirocini, ai *role playing*, alla formazione teorica sono presenti in pressoché tutti i corsi di formazione con le dovute differenze legate al diverso paradigma teorico (maggiore o minore spazio per l'analisi personale o per le supervisioni etc.), tuttavia a nostro avviso una loro attenta valutazione non è sufficiente per rendere conto del complesso processo di cambiamento che avviene lungo i 4 anni di un corso di formazione in psicoterapia.

È interessante il lavoro di coordinamento dei corsi di formazioni in psicoterapia degli USA e del Canada (*Clinical Doctoral Programs*) che ha permesso di effettuare una rilevazione molto ampia sugli assunti teorici, i costrutti operativi e i componenti attivi di 170 programmi di formazione accreditati presso l'APA (*American Psychological Association*) (Stevens et al., 1998). Il lavoro ha chiesto ai docenti dei corsi di valutare su una scala likert a nove punti quanto, nell'insegnamento della psicoterapia, enfatizzassero ciascuno di 33 item relativi a differenti abilità dei trainees; gli item sono poi stati oggetto di analisi fattoriale individuando tre fattori: il primo relativo ai comportamenti professionali/abilità attese, il secondo alle modalità di *problem solving* e il terzo relativo ai costrutti dinamici.

Non sono emerse differenze in relazione al primo fattore che sembra configurarsi come un fattore comune nella formazione e che include item come: essere flessibile nello stile di risposta, monitorare le proprie risposte al comportamento del paziente, utilizzare il silenzio in terapia.

Al contrario il terzo fattore, relativo alla differente concettualizzazione del processo terapeutico, discrimina tra i vari orientamenti essendo particolarmente orientata agli aspetti di interpretazione.

## 9. LA RICERCA

Il presente lavoro si inserisce in questo quadro generale di valutazione del training ma se ne differenzia perché focalizza l'attenzione su un aspetto poco considerato: la dimensione personale dei trainees.

Lo scopo dello studio è di esaminare il percorso di cambiamento e sviluppo personale e professionale che si verifica durante i quattro anni di formazione di un corso in psicoterapia cognitiva; quello di sviluppo è un concetto complesso che può essere definito come un processo temporale di trasformazione qualificato in termini di incremento o diminuzione rispetto ad un criterio di riferimento (Orlinsky e Rønnestad, 2005).

Al riguardo è interessante il concetto di cambiamento discusso da Bara (2007) nella sua dimensione migliorativa, inteso cioè come “*una modifica di uno o più dei diversi tipi di conoscenza del sistema (conoscenza dichiarativa, conoscenza procedurale, meta conoscenza) che diano per risultato una più efficace integrazione o organizzazione del sistema stesso*” (pag. 19, corsivo dell'autore).

La valutazione dello sviluppo può essere fatta attraverso differenti tipi di dati e secondo una prospettiva metodologicamente più oggettiva o più soggettiva; le procedure longitudinali, in cui un gruppo di soggetti viene seguito nel tempo, e *cross-sectional*, in cui vengono confrontate coorti di soggetti differenti punti del percorso formativo, sono quelle che garantiscono maggiore oggettività sia in caso di osservatore partecipante o esterno.

Tuttavia il percorso di cambiamento e le dimensioni sottostanti, sebbene ipotizzabili precedentemente secondo una direzione auspicata, possono essere colte anche attraverso un terzo approccio più soggettivo che chiama in causa gli stessi trainees e la dimensione tacita della conoscenza relativa al proprio modo di funzionare e alla percezione del proprio cambiamento; d'altra parte i terapeuti sono generalmente formati a riflettere su di sé, pertanto è lecito assumere che i resoconti sulla propria esperienza personale e professionale siano relativamente affidabili (Skovolt e Rønnestad, 1995).

Sempre Bara (2007) nel descrivere il suo modello di cambiamento, applicato qui in ambito formativo, definisce due condizioni di fondo rispetto alle quali il cambiamento diventa rilevabile dal soggetto che è cambiato e da un osservatore esterno; la *stabilità*, grazie alla quale un osservatore nota un cambiamento rispetto alla costanza della persona e l'*invarianza* grazie alla quale la persona che cambia ha la coscienza della propria identità che permane al di là dei cambiamenti che attraversa (pag. 17).

Data l'ampiezza di elementi compresi nel concetto di sviluppo questo lavoro si concentra sulla dimensione personale e professionale del trainee, cioè sulla percezione di cambiamento sperimentata dal trainee e sulla rappresentazione della terapia e di sé come terapeuta.

Con la definizione di 'dimensione personale' si vogliono sottolineare quelle caratteristiche che non sono strettamente legate all'acquisizione di competenze tecniche (tradizionalmente oggetto di studio in psicoterapia cognitiva come l'adesione ai protocolli di trattamento o la *Cognitive Therapy Scale-revised* – Blackburn et al., 2001, Milne et al., 2001) ma all'insieme di credenze, opinioni, rappresentazioni che il terapeuta ha rispetto alla propria professione, agli obiettivi da raggiungere e alla relazione con il paziente; queste caratteristiche rivestono un ruolo fondamentale non solo nella valutazione dell'efficacia terapeutica (seppure indiretto), ma rappresentano anche un possibile indice di sviluppo dei giovani terapeuti in training.

## 9.1 Gli obiettivi

La ricerca si propone di valutare il cambiamento che si verifica durante un percorso quadriennale di formazione in psicoterapia cognitiva, cioè quali sono gli aspetti centrali di cambiamento.

Gli obiettivi di questo studio ruotano in torno ad alcune questioni di fondo:

Il training in psicoterapia determina un cambiamento in termini di *skills* o più profondo a livello di caratteristiche personali? O entrambi?

Quali sono le aree maggiormente soggette al cambiamento e in che direzione si muove tale cambiamento?

Quali sono le fonti principali del cambiamento?

A queste domande più specifiche sottostanno due questioni più generali che dovrebbero investire tutta la ricerca sul training:

Il training come è strutturato oggi è efficace nel formare dei terapeuti?

In quali direzioni bisogna muoversi per renderlo sempre più efficace?

Accanto a queste domande di fondo è possibile formulare delle ipotesi sulla direzione attesa del cambiamento che verranno verificate nel lavoro, in particolare:

- al termine del corso di formazione i trainees sperimentano una maggiore competenza personale nel gestire i casi e una conseguente riduzione dei problemi percepiti in seduta, tuttavia poiché la scuola di specializzazione è solo il primo passo di

una formazione permanente ci si attende che permangano alcuni aspetti di difficoltà;

- I trainees mostrano uno spostamento delle strategie utilizzate per far fronte alle difficoltà da disfunzionali a funzionali con una maggiore richiesta di supervisione e/o confronto con colleghi esperti e ricerca di maggiori competenze (attraverso per esempio corsi di formazione o test specifici) e una riduzione delle rotture della relazione e degli agiti verso il paziente;
- I trainees mostrano una riduzione dell'ansia percepita in seduta (dovuta alla maggiore competenza percepita) e un aumento delle emozioni di agonismo, non più percepite come pericolose e non gestibili ma come indice relazionale importante;
- Inoltre ci si attende una minore idealizzazione del terapeuta visto come una persona che può mantenere nuclei di difficoltà personale;
- alla luce dell'orientamento cognitivo relazionale della scuola considerata ci si attende in termini di obiettivi terapeutici uno spostamento del focus dai sintomi e dagli aspetti più evidenti (comportamenti disfunzionali, agiti etc.) verso una maggiore capacità di lettura e comprensione degli aspetti emotivi e in generale della storia di vita del paziente.
- Non si attendono differenze tra terapeuti medici e psicologi.

## **9.2 Il Centro di Terapia Cognitiva di Como**

Il lavoro di ricerca è stato svolto su un campione di specializzandi del Centro di Terapia Cognitiva di Como (<http://www.centroterapiacognitiva.it>), si ritiene importante pertanto inquadrare alcuni aspetti del percorso formativo e dell'organizzazione del centro al fine di definire il contesto in cui è inserito il progetto di ricerca; la scuola, nata nel 1988 dai corsi quadriennali di 100 ore per la formazione in psicoterapia precedentemente alla legge del 1989, ha ottenuto il riconoscimento MIUR nel 1994.

Prevede due corsi, uno a indirizzo tradizionale, con lezioni in due fine settimana a mese, e uno a indirizzo residenziale, con lezioni concentrate in 6 settimane nel corso dell'anno; il lavoro ha coinvolto i trainees del corso tradizionale che riflette maggiormente l'ordinamento più diffuso nel contesto formativo italiano.

La scuola si caratterizza per l'attenzione posta alla dimensione relazionale dell'intervento terapeutico con un focus particolare sulla consapevolezza del trainee sulle proprie modali-

tà di funzionamento relazionale e sul suo coinvolgimento nella relazione terapeutica (Pelliccia, Stoppa Beretta, De Marco, 2005).

Pur all'interno di un percorso didattico a orientamento cognitivo, il CTC prevede una molteplicità di modelli teorici che a partire dalla radice cognitivista si sono poi sviluppati ponendo maggiore enfasi su alcuni aspetti della vita mentale o della psicopatologia (il modello cognitivo evoluzionista, il costruttivismo sociale, il modello cognitivo relazionale, quello cognitivo comportamentale, quello narrativo etc.).

Di fronte a questa molteplicità di modelli viene richiesto un lavoro di approfondimento, integrazione e ricerca di quello che il trainee sente come più sintonico alla propria modalità relazionale e terapeutica.

Il gruppo, composto da 20 studenti, rappresenta un contesto formativo privilegiato che consente un confronto di punti di vista ma soprattutto una palestra di cambiamento dal momento che nei *role playing* e nei colloqui simulati permette di mettersi in gioco in relazioni con persone con tratti di personalità differenti dai propri e di sperimentarsi nello stare con "l'altro da me" imparando ad usare le informazioni relazionali come strumento diagnostico.

Oltre al percorso didattico classico quindi la formazione si articola in tre aree: io con il gruppo, io con il mio corpo, io con me stesso; il rapporto con il corpo viene sviluppato in alcune lezioni esperienziali che permettono lo sviluppo della conoscenza corporea e la dimensione fisica della relazione.

La dimensione personale viene sviluppato infine, oltre che nel lavoro individuale, con il training integrativo cognitivo individuale, un percorso individuale di almeno 30 ore (fatto con un didatta) che rappresenta per il trainee lo spazio per lavorare su alcuni aspetti eventualmente non affrontati nel lavoro di gruppo, per sperimentare in prima persona lo "stare dall'altra parte" della scrivania e per vedere in vivo il lavoro terapeutico con dei rimandi espliciti sul procedere del lavoro da parte del didatta che esplicita in proprio agire con valore didattico (Rezzonico, Ruberti, 1996; Rezzonico, Bani, 2008).

Un altro elemento che consente di mantenere coerenza e continuità nel percorso di formazione è rappresentato dal co-trainer, un terapeuta esperto che segue il gruppo durante tutti e quattro gli anni e che svolge a partire dal secondo anno le supervisioni cliniche.

L'attività didattica prevede 500 ore annuali di cui 150 dedicate all'attività di tirocinio; il programma prevede al primo anno le nozioni di base della psicologia generale e dello sviluppo, l'inquadramento dei principali modelli psicoterapeutici e gli elementi di nosografia e diagnostica delle malattie mentali. Nel secondo anno vengono fornite le indicazioni ge-

nerali dell'intervento individuale e familiare nelle sindromi nevrotiche e psicotiche. Nel terzo anno viene analizzata la relazione tra terapeuta e paziente, con un importante lavoro esperienziale. Nel quarto anno vengono fornite le competenze e le abilità per gestire strategicamente il proprio ruolo terapeutico. La didattica frontale è sempre affiancata da una parte esperienziale.

### **9.3 Metodologia**

Per operationalizzare i concetti di sviluppo e cambiamento il riferimento è senza dubbio il lavoro di Orlinsky e Rønnestad (2005) recentemente pubblicato, che con il DPCCQ hanno messo a disposizione uno strumento ben strutturato che è stato utilizzato come punto di partenza per valutare alcuni aspetti del training e per la costruzione di uno strumento più adatto per valutare alcuni aspetti del training non presi in considerazione dai due autori.

Lo stesso strumento è stato recentemente rielaborato in una versione specifica per i trainees a cura di Robert Elliot, David Orlinsky e Soti Garafanaky, benché non siano al momento disponibili dati sul suo utilizzo; data la maggiore completezza della versione originale è stata tuttavia preferita rispetto alla versione ridotta per i trainees.

All'interno del lavoro è stato utilizzato come strumento di rilevazione il Therapist Changing Profile (TCP), una versione modificata del DPCCQ, includendo solo alcune sezioni dello strumento, descritte in dettaglio di seguito.

Lo strumento (in appendice) include differenti sezioni che comprendono:

- gli obiettivi dell'intervento terapeutico (checklist di 19 item)
- le emozioni in seduta (checklist di 20 item)
- lo stile relazionale (checklist di 43 item)
- i problemi in seduta (checklist di 25 item)
- le strategie di coping di fronte alle difficoltà con il paziente (checklist di 26 item)
- le caratteristiche del terapeuta nella propria vita personale (checklist di 25 item)

Ognuna delle sezioni viene valutata su scala likert a 6 punti (0-5).

Inoltre lo strumento include alcune domande aperte relative a:

- i punti di forza che il trainee si attribuisce
- i punti di debolezza che il trainee si attribuisce
- gli elementi della pratica terapeutica che spaventano o preoccupano

- gli elementi della pratica terapeutica che piacciono o che sono percepite come difficili
- gli elementi che si ritiene importante raccogliere ad un primo colloquio
- le motivazioni esplicite per la scelta di questo corso di formazione

Infine è presente una sezione con i dati socio anagrafici (sesso, età, formazione universitaria, eventuale esperienza clinica, eventuale terapia personale).

Le sezioni su scala likert relative a obiettivi, emozioni, stile relazionale, difficoltà, strategie di coping sono state elaborate originariamente all'interno del gruppo di lavoro del *Collaborative Research Network (CRN)* della *Society of Psychotherapy Research (SPR)* sulla base di lavori di letteratura e di discussioni che hanno coinvolto differenti professionisti.

La versione originale inglese è stata poi tradotta in differenti lingue, tra cui l'italiano, con una procedura che ha previsto il coinvolgimento di due giudici indipendenti bilingui che hanno valutato la traduzione attraverso un accordo su scala likert a 4 punti (da povero a eccellente).

Nella versione utilizzata nel presente studio accanto alle scale originali dello studio internazionale sono state apportate alcune integrazioni su quattro scale:

- Obiettivi; sono stati integrati 4 item (riuscire a riconoscere adeguatamente le proprie sensazioni, desideri e bisogni; avere consapevolezza dei propri schemi di pensiero; attribuire significato agli eventi chiave della propria storia; conoscere bene i propri processi disfunzionali di pensiero), elaborati all'interno di un gruppo di discussione e particolarmente coerenti con l'orientamento della scuola di specializzazione.
- Emozioni in seduta; sono stati integrati 8 item (troppo coinvolto; non empatico; arrabbiato; aggressivo; confuso; indeciso; soddisfatto; commosso).
- Problemi in seduta; sono stati integrati 4 item (mi spaventata l'aggressività espressa di un paziente; mi sento a disagio per gli atteggiamenti seduttivi del paziente; irritato/a o infastidito/a per gli atteggiamenti aggressivi di un paziente; a disagio nel dover decidere velocemente in seduta la linea di condotta; dubbioso/a nella scelta della strategia migliore per raggiungere gli obiettivi terapeutici), elaborati all'interno di un gruppo di discussione e relativi a due aree di difficoltà ritenute critiche (l'aggressività e la sessualità) nel lavoro terapeutico alla luce dei sistemi motivazionali interpersonali (Liotti, 2001) e non considerati nello strumento originario.

- Stile relazionale; è stato tolto l'item "confuso", sostituito per chiarezza l'item "difeso" con "controllato" e aggiunto l'item "cooperativo".

#### 9.4 L'analisi dei dati

L'analisi dei dati quantitativi è stata fatta con PASW18 utilizzando test non parametrici ed è stato considerato un livello di significatività a  $p < 0.05$ .

Tuttavia la significatività statistica di un test ( $p < .05$ ) non è sufficiente per affermare che il risultato ottenuto ha un valore significativo in termini di importanza dell'effetto rilevato; alla luce degli standard scientifici è stato introdotto una misura dell'effetto statistico nota come *effect size* (il cui inserimento in tutti i report scientifici viene raccomandato dall'*American Psychological Association*).

Questo indice è una misura oggettiva e standardizzata dell'ampiezza dell'effetto osservato e permette di confrontare i risultati di studi differenti sulla base di una misura standardizzata; sulla scorta di alcuni lavori di letteratura (Field, 2001) si è deciso di utilizzare come misura di *effect size* il coefficiente di correlazione di Pearson ( $r$ ).

Il vantaggio di questo indice (rispetto per esempio alla  $d$  di Cohen) è di poter variare come la correlazione tra 0 (nessun effetto) e 1 (effetto perfetto) e di essere pertanto di facile lettura e interpretazione; sulla base dei lavori di Cohen è possibile definire in modo generale i seguenti valori:

$r = .10$  effetto piccolo (che spiega solo l'1% della varianza totale);

$r = .30$  effetto medio (che spiega il 9% della varianza totale);

$r = .50$  effetto ampio (che spiega il 25% della varianza totale).

Nelle analisi è stato pertanto riportato anche l'*effect size* calcolato dividendo il punteggio  $z$  del test considerato per la radice quadrata del numero di osservazioni (non di casi; nel nostro caso pertanto 140 osservazioni nel campione al primo anno e 64 nei campioni pre-post, cioè due per ognuno dei 32 soggetti):  $Z/\sqrt{N}$ .

Sono state considerate significative solo le differenze con significatività al livello di  $p < .05$  e un *effect size* almeno medio ( $r = .30 \pm .05$ ).

Il lavoro di analisi si è mosso su due livelli consecutivi relativi da un lato ad un piano descrittivo volto a fornire un quadro delle caratteristiche dei trainees al primo anno evidenziando per ognuno degli indici considerati gli aspetti più rilevanti e caratterizzanti.

Seguendo poi il lavoro di Orlinsky e Rønnestad (2005) un secondo livello di analisi si è indirizzato verso l'individuazione di alcune variabili latenti tra gli item proposti, in particolare per quanto riguarda le strategie di coping, le difficoltà incontrate nella pratica clinica, le emozioni in seduta, gli obiettivi.

Per farlo è stata utilizzata l'analisi fattoriale, in particolare per verificare se è possibile riprodurre il modello fattoriale originariamente evidenziato o se emergono fattori differenti, anche alla luce di alcuni item aggiuntivi o modificati.

Alcune attenzioni vanno tuttavia prestate nella lettura dei risultati dal momento che il campione di 140 trainee si colloca al livello minimo di ampiezza, secondo le indicazioni di Comrey e Lee (1992), per un'analisi fattoriale affidabile, pertanto è necessario prestare particolare attenzione nell'interpretare i dati. Disponendo però di almeno 5-10 soggetti per ogni item, condizione sufficiente secondo i criteri proposti da Kass e Tinsley (1979), si è ritenuto comunque possibile utilizzare l'analisi fattoriale come metodo di analisi. È quindi importante tenere presente queste considerazioni nell'interpretazione dei dati e nella loro generalizzabilità.

Si è scelto di effettuare analisi esplorative per verificare il tipo di struttura fattoriale sottostante al nostro campione, confrontandole con le strutture fattoriali del CRN.

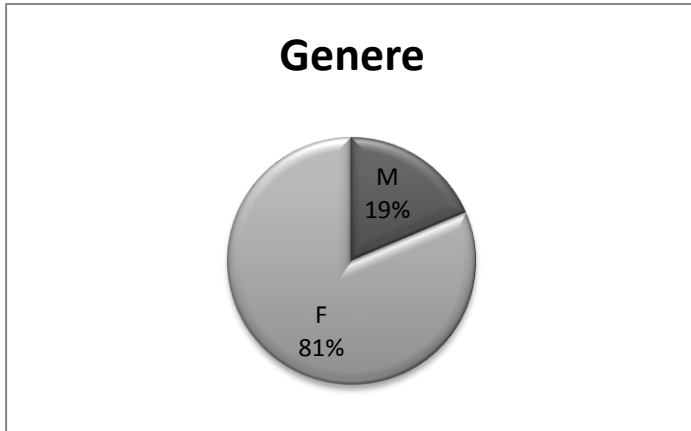
Tutte le analisi fattoriali sono state fatte utilizzando il metodo delle componenti principali con rotazione varimax, sulla base della metodologia utilizzata nel lavoro del *Collaborative Research Network*; data la limitatezza del campione si è scelto di utilizzare dei criteri ampi nella costruzione del modello fattoriale, in particolare sono state accettate comunaltà superiori a 0.30 e saturazioni dei componenti dei fattori superiori a 0.40.

Come criterio per definire il numero di fattori da includere nel modello è stato utilizzato il "criterio Kaiser", sulla base del quale (Kaiser, 1960) si suggerisce che nell'analisi fattoriale esplorativa (oppure nel caso dell'analisi delle componenti principali) vanno tenuti tutti i fattori che presentano un auto-valore superiore ad 1.

## **9.5 Il profilo del campione all'inizio del training**

Il campione complessivo è composto da 140 soggetti, specializzandi al primo anno di un corso di specializzazione in psicoterapia cognitiva. I dati sono stati raccolti dal 2004 al 2009 somministrando il questionario agli studenti di 6 corsi di studio successivi (ogni corso comprende circa 20 studenti).

L'età media dei soggetti è di 30 anni (d.s. 4,604) con un range che varia tra i 25 e i 52 anni (moda 27, mediana 29), è quindi piuttosto bassa; in effetti, questo sta ad indicare che la scelta della specializzazione viene fatta dai trainees subito al termine del percorso universitario. Inoltre il campione è fortemente caratterizzato dalla presenza di donne che rappresentano l'81,4% dei soggetti (114 donne, 26 uomini) (grafico 2).

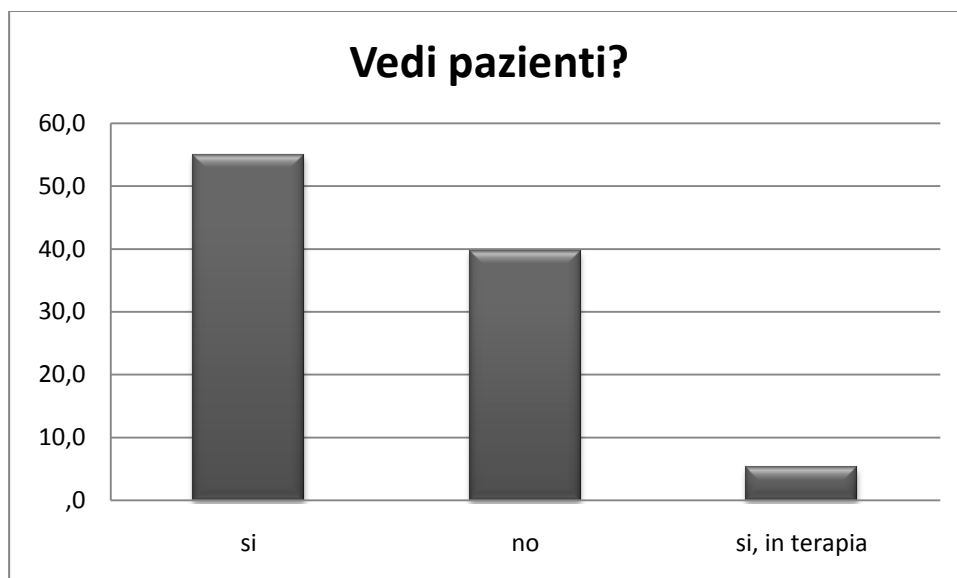


*Grafico 2. Distribuzione percentuale del campione per genere.*

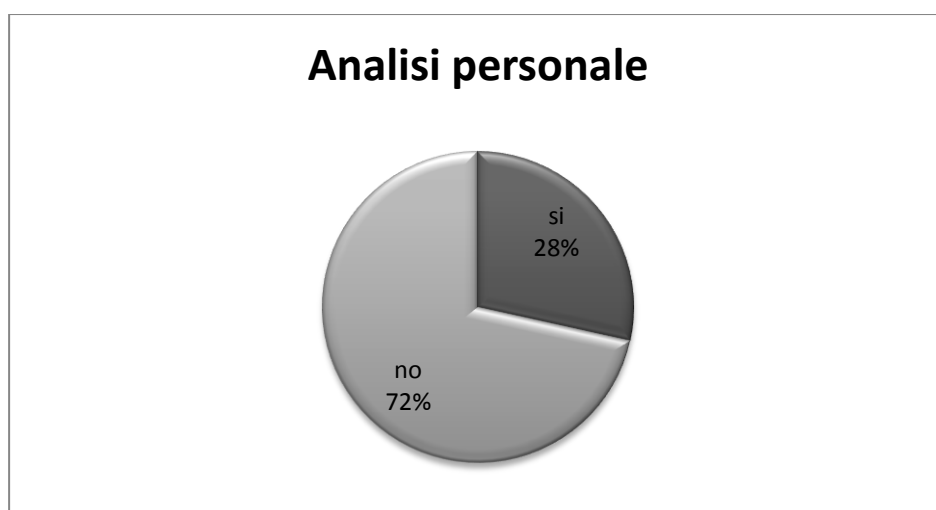
Tale differenza non è specifica solo del corso considerato ma propria del sistema delle specializzazioni in psicoterapia italiane che risentono della prevalenza di donne tra gli studenti dei corsi di laurea in psicologia.

Considerando l'identità professionale all'ingresso della specializzazione emerge inoltre una minima presenza di medici specializzati, che rappresentano il 6,4% del totale.

È interessante evidenziare come oltre la metà dei soggetti (56,4%, pari a 76 trainee) dichiara di vedere correntemente pazienti nell'attività lavorativa (grafico 3), in contesti clinici non psicoterapici (sostegno, counselling, valutazione psicologica etc.) inoltre il 27,9% dei trainees (pari a 39 soggetti) ha avuto una o più esperienze di analisi personale (senza differenze significative rispetto all'età dei soggetti) con una soddisfazione media di 3.65 su una scala 0-5 (grafico 4).



*Grafico 3. Distribuzione percentuale dei soggetti sulla pratica clinica svolta all'inizio del training.*



*Grafico 4. Distribuzione percentuale dei soggetti in merito a eventuali analisi personali effettuate.*

Si è proceduto nell'analisi delle differenze presenti nel campione al primo anno in relazione alle variabili di genere (maschi, femmine), laurea (psicologi, medici), esperienza clinica pregressa (sì, no) e pregressa analisi personale (sì, no) per verificare l'omogeneità del campione e l'influenza che tali variabili possono avere poi nella valutazione pre-post. Considerato che il campione non si distribuisce secondo una curva normale per buona parte delle variabili considerate (il test di Kolmogorov-Smirnov è significativo per tutte le

variabili considerate), per l'analisi sono stati utilizzati dei test non parametrici, in particolare il test U di Mann-Whitney per due campioni indipendenti.

La variabile di genere determina solo alcune marginali differenze, in particolare maggiori livelli di emotività e incertezza nei trainees uomini, pertanto il campione può essere considerato globalmente omogeneo pur alla luce della prevalenza di donne.

Inoltre considerando come variabile indipendente la formazione di provenienza, medica o psicologica, non emergono differenze rispetto agli indici considerati (obiettivi, difficoltà, coping, emozioni in seduta) evidenziando come, pur nelle diversità che caratterizzano tali professioni, entrambe diano delle basi comuni rispetto al lavoro psicoterapeutico, confermando la bontà della scelta di aprire le specializzazioni in psicoterapia a queste due professioni.

Un dato interessante emerge dall'analisi delle differenze alla luce di una precedente esperienza di analisi personale, in particolare non emergono differenze significative per gli indici considerati (emozioni in seduta, stile relazionale, obiettivi, problemi in seduta, strategie di coping, terapeuta nella vita privata).

Questo risultato sembra indicare che l'analisi personale di per sé non abbia un ruolo discriminante nella formazione in psicoterapia all'inizio del percorso di formazione, non sia pertanto una condizione necessaria e sufficiente per avere un particolare assetto terapeutico.

Bisogna evidenziare al riguardo che una terapia personale al di fuori di un contesto formativo viene svolta generalmente per una situazione di difficoltà o sofferenza personale e non con finalità didattiche o di aumento del benessere personale (direzione comunque possibile e auspicabile benché poco considerata, come sottolinea Bara, 2007).

Solo una pregressa esperienza clinica sembra determinare una qualche differenza, seppure minima, per alcuni indici; nello specifico si osserva un livello di problemi percepiti in seduta sistematicamente inferiore nei trainees con una pregressa esperienza clinica (non di tipo psicoterapeutico ma di supporto/consulenza). Sebbene 7 item raggiungano la significatività statistica, solo due (*Ho paura di perdere il controllo sulla situazione terapeutica; Disagio perché i valori personali rendono difficile mantenere un atteggiamento appropriato*) hanno una dimensione dell'effetto adeguata ( $>.30 \pm 0.05$ ).

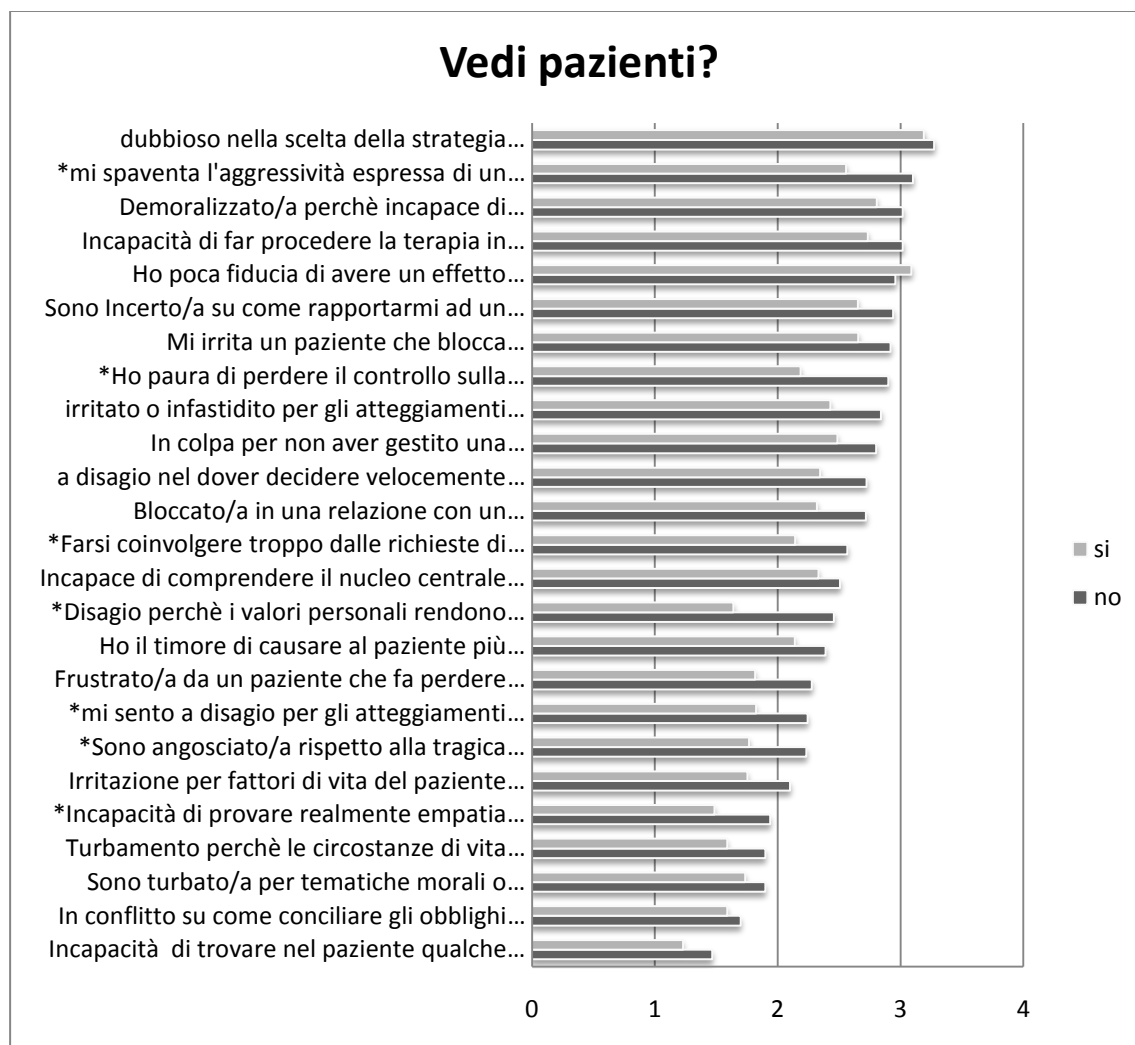


Grafico 5. Confronto delle difficoltà percepite in seduta tra i trainees che vedono e non vedono pazienti all'inizio del training (Gli item indicati con un asterisco \* sono quelli per cui c'è una differenza significativa al livello di  $p < 0.05$ ).

Considerando globalmente i 140 soggetti all'inizio del primo anno di specializzazione è possibile stendere un profilo delle caratteristiche dei trainees, confrontandolo in particolare con il lavoro del *Collaborative Research Network* (CRN, Orlinsky e Rønnestad, 2005). Gli indici considerati nell'analisi vanno a fornire un quadro dei differenti componenti dell'esperienza terapeutica che si strutturano su due assi: le azioni del terapeuta (che comprendono gli interventi terapeutici e la relazione terapeutica) e gli aspetti del comportamento (che includono quelli socio emozionali e quelli strumentali).

	<b>Le azioni del terapeuta</b>	
	<b>Interventi terapeutici</b>	<b>Relazione terapeutica</b>
<b>Aspetti strumentali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Obiettivi terapeutici</i></li> <li>- <i>Difficoltà in seduta</i></li> <li>- <i>Strategie di coping</i></li> </ul>	- <i>Stile relazionale in seduta</i>
<b>Aspetti socio emozionali</b>	- <i>Emozioni del training in seduta</i>	- <i>Modalità relazionali con il paziente</i>

Tabella 1. Organizzazione delle variabili considerate in macrodimensioni (Adattata da Orlinsky e Ronnestad, 2005, pag. 42.)

### *Modalità relazionale*

La modalità relazionale è la preconditione per poter lavorare in modo efficace con il paziente verso il raggiungimento di obiettivi condivisi e necessità pertanto di essere costruita e mantenuta.

Per valutare questo aspetto è stato chiesto ai trainees di indicare quali sono le caratteristiche importanti per un terapeuta nel suo rapporto con il paziente, indicandole su una scala likert a 6 punti da “per nulla” a moltissimo.

Gli aggettivi utilizzati per definire la modalità relazionale fanno riferimento al modello del comportamento interpersonale (Leary, 1957); il modello si struttura intorno a due assi ortogonali relativi il primo alla dimensione gerarchica/controllo sociale (dove il polo positivo rappresenta la dominanza o il controllo e quello negativo la compliance o la sottomissione) e il secondo alla solidarietà/coesione sociale (con il polo positivo che rappresenta l’affiliazione/attrazione e quello negativo che rappresenta il rigetto/avversione).

Gerarchia e solidarietà sociale rappresentano quindi le due dimensioni intorno a cui si strutturano i comportamenti interpersonali; per rappresentare le due dimensioni sono stati utilizzati i 17 item utilizzati anche nel lavoro del CRN, modificando l’item “difeso” con “controllato” che esprime più chiaramente la dimensione del controllo. Inoltre è stato aggiunto l’item *cooperativo* ritenuto particolarmente indicativo della modalità relazionale in terapia.

	Media±d.s.
Ricettivo	4,18 ± ,680
Accogliente	4,16 ±,653

Cooperativo	3,87 ±,965
Cordiale	3,72 ±1,005
Riservato	3,69 ±1,172
Tollerante	3,47 ±1,008
Controllato	2,75 ±,946
Protettivo	2,22 ±1,178
Amichevole	1,79 ±1,176
Materno	1,75 ±1,147
Permissivo	1,67 ±1,102
Direttivo	1,59 ±1,102
Esigente	1,49 ±1,195
Critico	1,43 ±1,295
Distaccato	1,17 ±1,188
Autoritario	0,66 ±,901
Sfidante	0,51 ±,861
Freddo	0,34 ±,625

*Tabella 2. Modalità relazionale con il paziente al primo anno*

Osservando i valori riportati dai trainees emergono come centrali nella relazione terapeutica gli item legati alla dimensione di affiliazione come ricettivo, accogliente, cordiale senza però esitare nella sottomissione o nell'eccessiva vicinanza (item come materno e amichevole sono indicati come meno importanti).

Rappresentano il fattore comune di tipo relazionale (l'empatia, l'accoglienza etc.) che si ritrova in modo trasversale nei differenti approcci terapeutici e che spiegano buona parte degli esiti (Lambert, 1992; Lambert e Ogles, 2004).

Gli aspetti di controllo e distacco sono invece quelli che meno qualificano la relazione con il paziente, e confermano i risultati del lavoro del CRN.

#### *Atteggiamento relazionale*

Questa dimensione dell'attività terapeutica descrive alcune dimensioni del terapeuta come agente di cambiamento e descrivono pertanto alcuni degli atteggiamenti ritenuti particolarmente rilevanti; l'elenco originale di 12 item, elaborato all'interno del gruppo di lavoro del CRN, è stato ridotto a 11, togliendo un item (confuso) ritenuto poco chiaro.

	Media±d.s.
Intuitivo	3,89 ±,953
Abile	3,86 ±1,052
Efficace	3,76 ±1,056
Organizzato	3,29 ±1,032
Sottile	3,04 ±1,156
Impegnato	3,02 ±1,227
Neutrale	3,01 ±1,334
Pragmatico	2,69 ±1,109
Coinvolto	2,47 ±1,239
Risoluto	2,08 ±1,339
non di aiuto	,22 ±,529

Tabella 3. Atteggiamento relazionale del trainee al primo anno

### Gli obiettivi

Gli obiettivi definiscono il focus del lavoro terapeutico e raccolgono 19 item che includono una varietà di obiettivi terapeutici che abbracciano differenti prospettive teoriche; ai soggetti veniva chiesto “Quanto ritieni che sia importante per i pazienti raggiungere i seguenti obiettivi nel corso e al termine della terapia?”, tuttavia mentre nella versione originale dello strumento veniva richiesto di scegliere in ordine in importanza quattro obiettivi ritenuti particolarmente indicativi, nel presente lavoro è stato chiesto di indicare l'importanza di ogni obiettivo su scala likert a 6 punti da “per nulla” a “moltissimo”.

	Media ±d.s.
c Riuscire a riconoscere adeguatamente le proprie sensazioni, desideri e bisogni	4,42 ±,734
Comprendere i propri sentimenti e le proprie emozioni	4,19 ±,718
Permettersi di sentire e vivere i sentimenti con pienezza	4,11 ±,744
Avere un forte sentimento del proprio valore e della propria identità	4,05 ±,900
Migliorare la qualità delle proprie relazioni	4,01 ±,852
c Avere consapevolezza dei propri schemi di pensiero	3,93 ±,842

	Imparare a comportarsi con efficacia in situazioni problematiche	3,86 ±,719
c	Attribuire significato agli eventi chiave della propria storia	3,82 ±,833
	Modificare o controllare modalità comportamentali problematiche	3,81 ±,809
	Ottenere una riduzione dei sintomi	3,76 ±,916
	Saper valutare le conseguenze dei propri comportamenti	3,70 ±,910
	Identificare e conseguire i propri obiettivi di vita	3,67 ±,948
	Integrare aspetti della propria esperienza, della propria storia esclusi o isolati	3,65 ±,868
	Riconoscere, modulare, accettare, le reazioni emotive eccessive, inadeguate o irrazionali	3,63 ±,942
	Sviluppare il coraggio di affrontare situazioni nuove o in passato evitate	3,61 ±,886
c	Conoscere bene i propri processi disfunzionali di pensiero	3,51 ±,958
	Valutarsi realisticamente	3,49 ±1,031
	Risolvere i propri conflitti emotivi in rapporto al terapeuta	3,01 ±,953
	Pensare oggettivamente al significato degli avvenimenti della propria vita	2,79 ±1,218

*Tabella 4. Obiettivi in seduta del trainee al primo anno (Gli item indicati con la "c" sono quelli aggiunti nel presente lavoro)*

Dalla tabella emergono cinque obiettivi che superano la soglia di 4 (molto importante):

- Riuscire a riconoscere adeguatamente le proprie sensazioni, desideri e bisogni
- Permettersi di sentire e vivere i sentimenti con pienezza
- Comprendere i propri sentimenti e le proprie emozioni
- Avere un forte sentimento del proprio valore e della propria identità
- Migliorare la qualità delle proprie relazioni

I primi quattro sono tutti focalizzati su un maggior livello di comprensione della dimensione emotiva, che viene quindi considerata come una dimensione basilare verso cui orientare il lavoro terapeutico dai soggetti all'inizio del proprio percorso di formazione.

Confrontando i dati con quelli del lavoro del CRN, in particolare i primi quattro obiettivi con quelli che ottengono un valore più alto sulla scala likert emerge una sostanziale corri-

spondenza ad eccezione dell'item "Riuscire a riconoscere adeguatamente le proprie sensazioni, desideri e bisogni" che è stato aggiunto nel presente lavoro perché particolarmente indicativo degli obiettivi della scuola considerata e che viene indicato come l'obiettivo più importante nel nostro campione.

Inoltre l'item "Integrare aspetti della propria esperienza, della propria storia esclusi o isolati" non viene indicato nel nostro campione tra i più significativi nel lavoro terapeutico.

Dal momento che anche per questa scala è stata utilizzata una valutazione su scala likert (contrariamente a quanto fatto nel lavoro del CRN), sugli item relativi agli obiettivi è stata effettuata un'analisi fattoriale con il metodo delle componenti principali e rotazione varimax.

La misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .852$ ) e il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2 = 742,389$ ,  $df = 171$ ,  $p < .000$ ) suggeriscono il rispetto degli assunti per l'analisi fattoriale.

È emersa una struttura a 5 fattori che spiega il 59,9% della varianza, benché i livelli di attendibilità siano buoni per il primo fattore, sufficienti per altri tre e deboli per l'ultimo.

	Componente				
	1	2	3	4	5
Ottenere una riduzione dei sintomi	<b>,727</b>				
Riconoscere, modulare, accettare, le reazioni emotive eccessive, inadeguate o irrazionali	<b>,715</b>				
Modificare o controllare modalità comportamentali problematiche	<b>,705</b>				,316
Saper valutare le conseguenze dei propri comportamenti	<b>,677</b>				
Migliorare la qualità delle proprie relazioni	<b>,594</b>			,337	
Imparare a comportarsi con efficacia in situazioni problematiche	<b>,550</b>	,412	,324		
Riuscire a riconoscere adeguatamente le proprie sensazioni, desideri e bisogni		<b>,695</b>			
Conoscere bene i propri processi disfunzionali di pensiero		<b>,684</b>			,314
Avere consapevolezza dei propri schemi di pensiero		<b>,681</b>			
Comprendere i propri sentimenti e le proprie emozioni		<b>,549</b>	,425		
Identificare e conseguire i propri obiettivi di vita	,314	,388			,325
Permettersi di sentire e vivere i sentimenti con pienezza			<b>,689</b>		
Risolvere i propri conflitti emotivi in rapporto al terapeuta	,439		<b>,568</b>		
Avere un forte sentimento del proprio valore e della propria identità			<b>,526</b>		,460

Sviluppare il coraggio di affrontare situazioni nuove o in passato evitate	,376	,396	<b>,482</b>		
Attribuire significato agli eventi chiave della propria storia				<b>,788</b>	
Integrare aspetti della propria esperienza, della propria storia esclusi o isolati		,339		<b>,751</b>	
Pensare oggettivamente al significato degli avvenimenti della propria vita					<b>,836</b>
Valutarsi realisticamente	,492				<b>,505</b>
Alfa di Cronbach	,824	,697	,637	,668	,508

*Tabella 5. Analisi dei componenti principali con rotazione Varimax degli obiettivi in seduta, matrice dei componenti ruotata*

Il primo fattore raggruppa i cambiamenti osservabili sul piano comportamentale (riduzione dei sintomi, miglioramento delle relazioni, riduzione dei comportamenti problematici), il secondo fa invece riferimento all'aumento di consapevolezza dei pazienti in merito alle proprie modalità di funzionamento, il terzo raggruppa alcuni aspetti emozionali, il quarto raccoglie la storia di vita, mentre il quinto fattore è relativo alla visione oggettiva di sé e dei propri cambiamenti.

#### *Le emozioni in seduta*

Le emozioni che il trainee riporta come maggiormente presenti durante i colloqui, riflettono le sue reazioni personali alle vicissitudini del lavoro terapeutico. Gli item sono esplicativi del modello teorico ed empirico dell'esperienza ottimale e della motivazione intrinseca sviluppato da Mihaly Csikszentmihalyi (1990, 1996) che individua tre stati soggettivi che emergono sulla base del bilancio tra difficoltà percepite e risorse disponibili: ansia, noia, attivazione.

L'ansia emerge quando le difficoltà situazionali sovrastano le risorse disponibili, la noia emerge al contrario quando le situazioni falliscono nel mettere in scacco le risorse della persona; la situazione ottimale si ha quando le difficoltà ambientali corrispondono alle risorse che il soggetto ha per affrontarle e che lo spingono a raggiungere ulteriori livelli di competenza.

Le emozioni esperite in seduta dal trainee sono state raccolte chiedendo “quanto spesso ti capita di sentirti durante le sedute...” con l'indicazione, in mancanza di esperienza clinica diretta, di immaginare come si sarebbero sentiti, su una scala likert a 6 punti da “mai” a “molto spesso” (mentre nel lavoro del CRN è stata usata una scala likert a 4 punti).

Nella versione originale dello strumento sono riportate 12 emozioni (assente, ansioso, annoiato, sfidante, assonnato, avvinto, disattento, ispirato, oppresso, pressato, stimolato, intrappolato) che sono state raggruppate nei 3 fattori (ansia, noia, attivazione) ipotizzati dal modello di Csikszentmihalyi (1990, 1996) descritto in precedenza.

Nella versione utilizzata nel presente lavoro sono stati aggiunti 8 stati emotivi (aggressivo, commosso, soddisfatto, non empatico, arrabbiato, confuso, indeciso, troppo coinvolto) che indagano alcune aree emotive ritenute importanti per un giovane trainee ed emerse da un confronto all'interno del gruppo di ricerca.

	Media $\pm$ d.s
c Aggressivo	1,15 $\pm$ 1,035
Assonnato	1,16 $\pm$ 1,015
c Non Empatico	1,20 $\pm$ ,840
Assente	1,28 $\pm$ ,905
Sfidante	1,28 $\pm$ 1,049
Intrappolato	1,37 $\pm$ 1,073
Disattento	1,43 $\pm$ ,994
Oppresso	1,48 $\pm$ 1,085
Annoiato	1,55 $\pm$ 1,048
c Arrabbiato	1,68 $\pm$ 1,062
Pressato	1,73 $\pm$ 1,136
Avvinto	1,98 $\pm$ 1,292
Ansioso	2,24 $\pm$ 1,075
c Troppo Coinvolto	2,34 $\pm$ 1,232
c Commosso	2,39 $\pm$ 1,079
c Confuso	2,45 $\pm$ 1,178
c Indeciso	2,53 $\pm$ 1,045
Ispirato	2,53 $\pm$ ,974
c Soddisfatto	3,17 $\pm$ ,740
Stimolato	3,44 $\pm$ ,819

*Tabella 6. Emozioni sperimentate in seduta dal trainee al termine del primo anno (Gli item indicati con la "c" sono quelli aggiunti nel presente lavoro)*

Replicando l'analisi fattoriale sulle 12 emozioni incluse nel lavoro originale vengono confermati i tre fattori ipotizzati (*Anxiety, Boredom, Flow*) che spiegano il 61% della varianza. Tuttavia l'item *sfidante* nel nostro campione rientra nel fattore *Boredom* invece che in *Flow*, probabilmente per un problema di traduzione dal momento che il termine inglese *challenge* ha un'accezione di attivazione che in italiano risulta con una valenza negativa/oppositiva. L'affidabilità è buona per i primi due fattori ma debole per il terzo. La misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .821$ ) e il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2 = 469,995$ ,  $df = 66$ ,  $p < .000$ ) suggeriscono il rispetto degli assunti per l'analisi fattoriale.

	Componente		
	1 Boredom	2 Anxiety	3 Flow
Annoiato	<b>,866</b>		
Disattento	<b>,794</b>		
Assonnato	<b>,791</b>		
Assente	<b>,746</b>		
Sfidante	<b>,477</b>	,360	
Oppresso		<b>,826</b>	
Pressato		<b>,825</b>	
Intrappolato		<b>,780</b>	
Ansioso		<b>,608</b>	
Ispirato			<b>,741</b>
Stimolato			<b>,719</b>
Avvinto			<b>,612</b>
Alfa di Cronbach	<b>,841</b>	<b>,813</b>	<b>,517</b>

Tabella 7. Analisi dei componenti principali con rotazione Varimax delle emozioni in seduta con 12 item, matrice dei componenti ruotata

Replicando l'analisi fattoriale e considerando anche gli 8 item aggiunti nel presente lavoro, emerge una struttura fattoriale a 5 fattori (ansia, noia, pressione, agonismo, attivazione) che spiegano il 67% della varianza.

La misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .822$ ) e il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2 = 799,839$ ,  $df = 153$ ,  $p < .000$ ) suggeriscono il rispetto degli assunti per l'analisi fattoriale.

	Componente				
	1 Ansia	2 Noia	3 Pressione	4 Agonismo	5 Attivazione
Indeciso	<b>,788</b>				
Confuso	<b>,746</b>				
Ansioso	<b>,701</b>				
Troppo coinvolto	<b>,680</b>			,365	
Annoiato		<b>,833</b>			
Assonnato		<b>,763</b>			
Disattento	,314	<b>,761</b>			
Assente	,317	<b>,666</b>			
Pressato			<b>,731</b>	,338	
Avvinto			<b>,640</b>		
Intrappolato	,458		<b>,635</b>		
Ispirato		,301	<b>,549</b>		,457
Oppresso	,463		<b>,524</b>	,442	
Aggressivo				<b>,777</b>	
Arrabbiato				<b>,723</b>	
Sfidante		,380		<b>,562</b>	
Stimolato					<b>,787</b>
Soddisfatto					<b>,785</b>
<i>Alfa di Cronbach</i>	<i>,813</i>	<i>,856</i>	<i>,766</i>	<i>,696</i>	<i>,606</i>

Tabella 8. Analisi dei componenti principali con rotazione Varimax degli obiettivi in seduta con 18 item, matrice dei componenti ruotata

In merito all'analisi fattoriale i risultati vanno letti con cautela data la numerosità del nostro campione che essendo poco numeroso (104 soggetti) rende debole l'interpretazione dei dati; tuttavia emerge una sostanziale conferma dei tre fattori ipotizzati dal lavoro del CRN.

#### *Le difficoltà in seduta*

Le difficoltà che emergono nel lavoro terapeutico sono varie (Smith et al., 2007) ed emergono in genere quando le competenze del terapeuta non sono sufficienti per farvi fronte o quando il terapeuta è insicuro sul loro utilizzo, magari perché molto giovane e inesperto come nel caso dei trainees.

È quindi lecito aspettarsi che i trainees sperimentino un maggior livello di difficoltà percepite in seduta sia per l'effettiva mancanza di competenze cliniche, sia per un maggiore livello di insicurezza.

Gli item che costituiscono la checklist utilizzata per valutare questa dimensione provengono da un lavoro svolto dal CRN (Davis et al., 1987) che ha raccolto e analizzato le descrizioni delle difficoltà di molti terapeuti.

Sulla base del lavoro del CRN sono quindi stati utilizzati 20 item valutati su scala likert a 6 punti da “mai” a “molto spesso” chiedendo “Quando sei in difficoltà con un paziente, quali sono i problemi che incontri più di frequente?” sulla base della frequenza con cui vengono sperimentati dai soggetti nel loro lavoro clinico. Alla checklist originale utilizzata da Orlinsky e Rønnestad (2005) sono stati aggiunti cinque item, discussi all’interno del gruppo di ricerca, relativi all’aggressività e alla seduttività del paziente come possibili aree problematiche per i trainees. Inoltre è stato modificato un item ritenuto poco esplicativo (“incapace di resistere al bisogno emotivo del paziente” con “farsi coinvolgere troppo dalle richieste di prossimità emotiva del paziente”).

Considerando le descrizioni dei problemi in seduta e confrontandoli con i punteggi riportati nel lavoro del CRN emerge come i trainees al primo anno riportino punteggi sistematicamente maggiori evidenziando sia un certo livello di insicurezza percepita che di mancanza di competenza.

	campione trainee	campione CNR
	Media ± d.s.	Media ± d.s.
c dubbioso nella scelta della strategia migliore per raggiungere gli obiettivi terapeutici	3,25 ±,895	Nd
Ho poca fiducia di avere un effetto benefico sul paziente	3,09 ±1,111	1,87 ±1,05
Demoralizzato/a perché incapace di trovare dei modi per aiutare il paziente	2,93 ±1,118	1,48 ±1,07
Incapacità di far procedere la terapia in maniera costruttiva	2,88 ±1,126	1,55 ±1,05
Sono Incerto/a su come rapportarmi ad un paziente	2,80 ±1,113	2,35 ±1,11
c mi spaventa l'aggressività espressa di un paziente	2,77 ±1,178	Nd
Mi irrita un paziente che blocca attivamente gli sforzi	2,77 ±1,133	1,56 ±1,05
c irritato o infastidito per gli atteggiamenti aggressivi di un paziente	2,64 ±1,222	Nd
In colpa per non aver gestito una situazione critica con un paziente	2,61 ±1,180	1,22 ±0,96
c a disagio nel dover decidere velocemente in seduta la linea di condotta	2,56 ±1,250	Nd
Bloccato/a in una relazione con un paziente che non sembra condurre a nulla	2,50 ±1,231	1,41 ±1,04
Ho paura di perdere il controllo sulla situazione terapeutica	2,48 ±1,257	1,15 ±0,94
Incapace di comprendere il nucleo centrale dei proble-	2,43 ±1,100	1,36 ±0,95

mi del paziente		
Farsi coinvolgere troppo dalle richieste di prossimità affettiva del paziente	2,33 ±1,278	1,22 ±0,97
Ho il timore di causare al paziente più danni che benefici	2,27 ±1,253	0,86 ±0,85
Frustrato/a da un paziente che fa perdere tempo	2,02 ±1,273	1,03 ±1,01
c mi sento a disagio per gli atteggiamenti seduttivi del paziente	2,02 ±1,119	Nd
Disagio perché i valori personali rendono difficile mantenere un atteggiamento appropriato	1,99 ±1,278	1,08 ±0,96
Sono angosciato/a rispetto alla tragica situazione di vita del paziente	1,98 ±1,124	1,96 ±1,26
Irritazione per fattori di vita del paziente che impediscono un esito positivo della terapia	1,90 ±1,063	1,36 ±1,15
Sono turbato/a per tematiche morali o etiche che emergono nel lavoro con un paziente	1,84 ±1,277	1,14 ±1,01
Turbamento perché le circostanze di vita privata interferiscono nel lavoro con un paziente	1,73 ±1,160	1,25 ±1,13
Incapacità di provare realmente empatia per le esperienze del paziente	1,69 ±1,141	1,19 ±0,91
In conflitto su come conciliare gli obblighi verso un paziente con altri verso altre persone	1,69 ±1,116	1,2 ±1,18
Incapacità di trovare nel paziente qualche cosa da apprezzare o rispettare	1,36 ±1,045	0,78 ±0,83

*nd: il dato non è disponibile per il campione del CRN perché relativo ad item aggiunti.*

*Tabella 9. Difficoltà percepite in seduta dal trainee al primo anno (gli item indicati con la “c” sono quelli aggiunti nel presente lavoro)*

È particolarmente indicativo che gli item con un punteggio maggiore di 3 (su scala likert 0-6) siano relativi all’incertezza nel rapporto con il paziente e al dubbio dell’efficacia di un proprio intervento.

Gli item aggiunti nel nostro campione ottengono un punteggio medio piuttosto elevato soprattutto per gli aspetti di aggressività espressa dal paziente, evidenziando come sia un aspetto realmente vissuto come difficile dai giovani terapeuti in formazione; al contrario gli aspetti di seduttività non vengono percepiti come particolarmente problematici.

Replicando l’analisi fattoriale sui 20 item del lavoro originale emerge una struttura a 4 fattori rispetto ai 3 fattori individuati dal CRN.

La misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .845$ ) e il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2 = 1031,888$ ,  $df = 190$ ,  $p < .000$ ) suggeriscono il rispetto degli assunti per l’analisi fattoriale.

Il primo fattore raccoglie le difficoltà di distanziamento dal paziente o dalla situazione terapeutica; il secondo comprende l'area dell'incertezza professionale; il terzo comprende le reazioni emotive negative e difficili da gestire.

Il quarto fattore, in parte sovrapponibile al terzo, raccoglie le reazioni negative personali del trainee al paziente ed è il fattore più debole con un'attendibilità piuttosto bassa.

	Componente			
	1	2	3	4
Farsi coinvolgere troppo dalle richieste di prossimità affettiva del paziente	<b>,763</b>			
Disagio perché i valori personali rendono difficile mantenere un atteggiamento appropriato	<b>,636</b>			
Sono turbato/a per tematiche morali o etiche che emergono nel lavoro con un paziente	<b>,570</b>			
In conflitto su come conciliare gli obblighi verso un paziente con altri verso altre persone	<b>,563</b>			,405
Turbamento perché le circostanze di vita privata interferiscono nel lavoro con un paziente	<b>,553</b>			,405
Sono angosciato/a rispetto alla tragica situazione di vita del paziente	<b>,515</b>		,346	
Incapacità di provare realmente empatia per le esperienze del paziente	<b>,466</b>			,403
Sono Incerto/a su come rapportarmi ad un paziente		<b>,714</b>		
Ho poca fiducia di avere un effetto benefico sul paziente		<b>,676</b>		
Ho il timore di causare al paziente più danni che benefici		<b>,656</b>		
Ho paura di perdere il controllo sulla situazione terapeutica	,482	<b>,598</b>		
Incapace di comprendere il nucleo centrale dei problemi del paziente		<b>,585</b>	,418	
Demoralizzato/a perché incapace di trovare dei modi per aiutare il paziente		,344	<b>,750</b>	
In colpa per non aver gestito una situazione critica con un paziente			<b>,684</b>	
Mi irrita un paziente che blocca attivamente gli sforzi	,323		<b>,582</b>	
Incapacità di far procedere la terapia in maniera costruttiva		,461	<b>,562</b>	
Bloccato/a in una relazione con un paziente che non sembra condurre a nulla		,447	<b>,456</b>	,382
Irritazione per fattori di vita del paziente che impediscono un esito positivo della terapia				<b>,731</b>
Frustrato/a da un paziente che fa perdere tempo			,489	<b>,674</b>
Incapacità di trovare nel paziente qualche cosa da apprezzare o rispettare				<b>,659</b>
<i>Alfa di Cronbach</i>	<i>,812</i>	<i>,757</i>	<i>,793</i>	<i>,600</i>

Tabella 10. Analisi dei componenti principali con rotazione Varimax delle difficoltà in seduta con 20 item, matrice dei componenti ruotata

Utilizzando anche i 5 item aggiuntivi emerge invece una struttura a 6 fattori che spiega il 61,85% della varianza.

La misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .867$ ) e il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2 = 1308,026$ ,  $df = 300$ ,  $p < .000$ ) suggeriscono il rispetto degli assunti per l'analisi fattoriale.

Il primo fattore raccoglie le situazioni di frustrazione nella gestione del caso, il secondo le reazioni negative personali del terapeuta, il terzo le situazioni di turbamento personale. Il quarto fattore è relativo agli aspetti di aggressività sperimentati al terapeuta, il quinto alla difficoltà a regolare la distanza e il coinvolgimento dal paziente, il sesto infine gli aspetti di insicurezza/incertezza.

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Incapacità di far procedere la terapia in maniera costruttiva	<b>,760</b>					
Demoralizzato/a perché incapace di trovare dei modi per aiutare il paziente	<b>,759</b>					
Incapace di comprendere il nucleo centrale dei problemi del paziente	<b>,659</b>					
Bloccato/a in una relazione con un paziente che non sembra condurre a nulla	<b>,596</b>	,430				
In colpa per non aver gestito una situazione critica con un paziente	<b>,584</b>		,328	,327		
dubbioso nella scelta della strategia migliore per raggiungere gli obiettivi terapeutici	<b>,500</b>			,344		
a disagio nel dover decidere velocemente in seduta la linea di condotta	<b>,495</b>				,352	
Incapacità di trovare nel paziente qualche cosa da apprezzare o rispettare		<b>,741</b>				
Irritazione per fattori di vita del paziente che impediscono un esito positivo della terapia		<b>,675</b>	,404			
Frustrato/a da un paziente che fa perdere tempo		<b>,632</b>		,469		
Incapacità di provare realmente empatia per le esperienze del paziente		<b>,517</b>			,360	
In conflitto su come conciliare gli obblighi verso un paziente con altri verso altre persone		<b>,484</b>			,436	
Sono turbato/a per tematiche morali o etiche che emergono nel lavoro con un paziente			<b>,729</b>			
Sono angosciato/a rispetto alla tragica situazione di vita del paziente			<b>,707</b>			

Turbamento perché le circostanze di vita privata interferiscono nel lavoro con un paziente		,462	<b>,478</b>		,305	
Disagio perché i valori personali rendono difficile mantenere un atteggiamento appropriato		,315	<b>,460</b>	,381		
irritato o infastidito per gli atteggiamenti aggressivi di un paziente				<b>,782</b>		
Mi irrita un paziente che blocca attivamente gli sforzi	,314		<b>,679</b>			
mi spaventa l'aggressività espressa di un paziente			,451	<b>,505</b>		,437
mi sento a disagio per gli atteggiamenti seduttivi del paziente					<b>,695</b>	
Farsi coinvolgere troppo dalle richieste di prossimità affettiva del paziente					<b>,572</b>	
Ho paura di perdere il controllo sulla situazione terapeutica				,346	<b>,565</b>	,511
Ho il timore di causare al paziente più danni che benefici						<b>,775</b>
Ho poca fiducia di avere un effetto benefico sul paziente	,404					<b>,557</b>
Sono Incerto/a su come rapportarmi ad un paziente	,453				,324	<b>,456</b>
<i>Alfa di Cronbach</i>	,833	,756	,751	,714	,635	,662

Tabella 11. Analisi dei componenti principali con rotazione Varimax delle difficoltà in seduta con 25 item, matrice dei componenti ruotata

### Le strategie di coping

Per fronteggiare le difficoltà che emergono nel corso del lavoro terapeutico i terapeuti possono utilizzare differenti strategie. Per descrivere differenti modalità di coping sono state utilizzati gli stessi 26 item inclusi nel lavoro del CRN chiedendo ai trainees “Quali sono le strategie per te più utili o più viabili con cui gestisci le difficoltà con i pazienti?” su una scala likert a 6 punti da “per nulla” a “moltissimo”.

	Campione trainees	Campione CRN
	Media±d.s.	Media±d.s.
Consultarsi sul caso con un terapeuta più esperto	4,19±,871	3,3±1,43
Discutere il problema con un collega	4,08±,841	3,44±1,29
Cercare di vedere il problema da un'altra prospettiva	3,93±,714	3,49±1,05
Concedersi di essere in difficoltà o di provare sentimenti disturbanti	3,72±1,021	3,28±1,27

Considerare con il paziente se è possibile affrontare insieme le difficoltà	3,47±1,176	3,08±1,29
Consultare articoli o libri pertinenti	3,35±1,047	2,9±1,34
Riflettere tra sé e sé sul come può essere nato il problema	3,34±1,210	3,53±1,26
Coinvolgere nel caso un altro professionista o un servizio	3,01±1,085	2,41±1,47
Condividere con il paziente l'esperienza di difficoltà	2,93±1,312	2,1±1,37
Tentare di contenere i propri sentimenti di incertezza	2,77±1,091	2,79±1,32
Interpretare il comportamento di resistenza o disturbo del paziente	2,64±1,385	2,79±1,38
Modificare l'approccio terapeutico al paziente	2,62±1,132	2,45±1,22
Porre dei limiti per tenere il paziente in un'adeguata cornice terapeutica	2,58±1,159	2,87±1,38
Prendere in esame la possibilità di inviare il paziente a un altro terapeuta	2,54±1,204	1,52±1,17
Iscriversi a una conferenza o seminario che riguardi il problema	2,33±1,264	1,89±1,48
Apportare dei cambiamenti al contratto terapeutico	2,13±1,196	1,68±1,17
Posticipare il lavoro terapeutico così da prendersi cura dei bisogni immediati del paziente	2,12±1,202	1,71±1,32
Prendere in seria considerazione la possibilità di interrompere la terapia	1,91±1,082	1,25±1,09
Chiedere la collaborazione di amici o familiari del paziente	1,76±1,255	1,48±1,42
Confidare i propri sentimenti di disagio a una persona cara	1,41±1,383	2,6±1,55
Cercare qualche forma di soddisfazione alternativa	1,35±1,171	2,2±1,63
Uscire dal ruolo di terapeuta per un intervento urgente	1,30±1,098	1,22±1,15
Evitare il problema al momento	1,08±1,105	1,45±1,13
Mostrare al paziente la propria frustrazione	1,07±1,091	1,14±1,04
Sperare semplicemente che le cose migliorino	,93±1,097	1,46±1,23
Criticare un paziente perché causa fastidi	,41±,776	0,51±0,79

*Tabella 12. Strategie di coping utilizzate dal trainee al primo anno. Confronto tra il campione dello studio di Orlinsky et al. (2005) e il presente campione*

Confrontando le strategie del nostro campione con quelle del campione del CRN si osserva come tra i trainees le strategie più utilizzate siano relative a richieste di aiuto da parte di altri colleghi (“Consultarsi sul caso con un terapeuta più esperto”, “Discutere il problema con un collega”, che ottengono una valutazione superiore a 4), mentre nel lavoro originale emergevano primariamente strategie di rilettura del caso fatte individualmente.

Replicando l'analisi fattoriale emerge una struttura a 7 fattori, rispetto ai 6 del lavoro originale del CRN, che spiega il 58,75% della varianza.

La misura di adeguatezza campionaria di Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .730$ ) e il test di sfericità di Bartlett ( $\chi^2 = 1014,433$ ,  $df = 325$ ,  $p < .000$ ) suggeriscono il rispetto degli assunti per l'analisi fattoriale.

Il primo fattore include gli item relativi all'evitamento della relazione terapeutica con il paziente, il secondo alla ricerca di confronto/informazioni, il terzo all'accettazione del momento di difficoltà e alla riflessione sulla situazione.

Il quinto include gli item relativi all'interruzione del rapporto terapeutico o all'invio del paziente, il sesto include gli aspetti di condivisione e discussione della difficoltà con il paziente; infine il quarto e il settimo fattore sono in parte sovrapposti ed includono modifiche o ridefinizioni degli aspetti di setting o relazionali.

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
Criticare un paziente perché causa fastidi	<b>,821</b>						
Sperare semplicemente che le cose migliorino	<b>,720</b>						
Cercare qualche forma di soddisfazione alternativa	<b>,657</b>						
Evitare il problema al momento	<b>,646</b>			,342			
Uscire dal ruolo di terapeuta per un intervento urgente	<b>,582</b>			,450			
Mostrare al paziente la propria frustrazione	<b>,499</b>	-,335					
Confidare i propri sentimenti di disagio a una persona cara	<b>,491</b>						
Consultare articoli o libri pertinenti		<b>,735</b>					
Discutere il problema con un collega		<b>,692</b>					
Consultarsi sul caso con un terapeuta più esperto		<b>,670</b>					
Iscriversi a una conferenza o seminario che riguardi il problema		<b>,610</b>		,384			
Riflettere tra sé e sé sul come può essere nato il problema			<b>,729</b>				
Interpretare il comportamento di resistenza o disturbo del paziente			<b>,642</b>				
Concedersi di essere in difficoltà o di provare sentimenti disturbanti			<b>,625</b>				
Chiedere la collaborazione di amici o familiari del paziente				<b>,750</b>			

Posticipare il lavoro terapeutico così da prendersi cura dei bisogni immediati del paziente			,363	<b>,541</b>	,319		
Modificare l'approccio terapeutico al paziente				<b>,484</b>	,478		
Prendere in esame la possibilità di inviare il paziente a un altro terapeuta					<b>,793</b>		
Prendere in seria considerazione la possibilità di interrompere la terapia	,326				<b>,665</b>		
Coinvolgere nel caso un altro professionista o un servizio					<b>,559</b>		
Condividere con il paziente l'esperienza di difficoltà						<b>,727</b>	
Cercare di vedere il problema da un'altra prospettiva						<b>,596</b>	
Considerare con il paziente se è possibile affrontare insieme le difficoltà			,433			<b>,576</b>	
Tentare di contenere i propri sentimenti di incertezza							<b>,702</b>
Porre dei limiti per tenere il paziente in un'adeguata cornice terapeutica	,328					,307	<b>,551</b>
Apportare dei cambiamenti al contratto terapeutico							<b>,304</b>
<i>Alfa di Cronbach</i>	,815	,699	,583	,637	,602	,494	,450

Tabella 13. Analisi dei componenti principali con rotazione Varimax delle strategie di coping utilizzate con 26 item, matrice dei componenti ruotata

#### *Il terapeuta nella vita privata*

Una sezione del questionario, aggiuntiva rispetto alla versione originale del DPCCQ, è relativa alle caratteristiche del terapeuta nella vita privata ed è volta a raccogliere la rappresentazione dei trainees rispetto alla figura del terapeuta e alla sua idealizzazione.

La scala include 25 item sviluppati all'interno del gruppo di ricerca e che descrivono alcuni aspetti del terapeuta rispetto a difficoltà relazionali e personali che possono essere presenti nella vita di un professionista. Ai soggetti è stato chiesto in che misura il terapeuta ideale, nella sua vita privata, è una persona caratterizzata da un elenco di aspetti, valutati, come nelle precedenti scale, su scala likert a 6 punti da “mai” a “molto spesso”.

	Media±d.s.
in grado di accettare e vivere pienamente tutta la gamma delle emozioni	3,85±,959

con una buona capacità di regolare il proprio comportamento	3,52±,924
in grado di gestire bene le situazioni conflittuali	3,40±,796
con una visione chiara di tutti i propri nodi problematici	3,39±1,127
con la capacità di riconoscere tempestivamente le situazioni che possono generargli disagio e affrontandole nel modo migliore	3,34±,967
tollerante, comprensivo	3,31±,984
con una vita di relazione ricca e attiva	3,22±,954
capace di individuare al meglio la linea d'azione da seguire in caso di situazioni problematiche	3,17±,955
con un buon rapporto con il proprio corpo	3,11±1,051
capace di modificare al meglio le situazioni che generano disagio	3,07±1,030
Assertivo	2,89±1,233
la cui vita privata non interferisce mai con quella professionale	2,84±1,347
sostanzialmente serena, in grado di accettare tutto ciò che accade	2,84±1,086
senza conflitti interiori o comunque in grado di gestirli adeguatamente	2,80±1,262
con una vita affettiva serena da tutti i punti di vista	2,51±1,141
che ha sempre molto chiari i motivi che lo guidano nelle scelte	2,34±1,038
diretto e risoluto	2,31±1,019
difeso verso l'intrusività altrui	2,23±1,115
disinvolto in tutte le situazioni	2,08±1,049
controllato in tutte le situazioni	1,93±1,068
mai invischiato in relazioni problematiche	1,92±1,217
che ha mantenuto alcuni dei propri comportamenti disfunzionali anche se fonte di sofferenza	1,91±1,132
Fragile	1,40±,935
con difficoltà a identificare i problemi nelle relazioni più significative	1,30±1,087
che ha ancora importanti nodi irrisolti che generano sofferenza	1,25±1,076

*Tabella 14. Caratteristiche del terapeuta nella vita privata valutate dal trainee al primo anno*

L'immagine che emerge è caratterizzata da una certa idealizzazione del terapeuta da parte dei trainees, visto come caratterizzato da elementi di funzionalità e competenza relazionale, in assenza di ogni aspetto di debolezza.

## 9.6 Il confronto pre-post training

Il confronto pre-post ha preso in considerazione 32 soggetti con una prevalenza di donne rispetto agli uomini (28 vs 4) e di psicologi rispetto agli psichiatri (27 vs 5); l'età media è di 31 anni al primo anno, con un range compreso tra 25 e 52.

La prevalenza di donne, come evidenziato in precedenza, è propria della situazione delle specializzazioni in psicoterapia dal momento che rispecchia la prevalenza di donne nelle facoltà di psicologia (70% vs 30%, fonte MIUR).

I soggetti hanno compilato il DPCCQ (modificato) all'inizio e alla fine del corso quadriennale in psicoterapia.

Gli indici presi in considerazione sono stati:

- gli obiettivi dell'intervento terapeutico (checklist di 19 item)
- le emozioni in seduta (checklist di 20 item)
- la modalità relazionale (checklist di 18 item)
- l'atteggiamento relazionale (checklist di 11 item)
- i problemi in seduta (checklist di 25 item)
- le strategie di coping di fronte alle difficoltà con il paziente (checklist di 26 item)
- le caratteristiche del terapeuta nella propria vita personale (checklist di 25 item)

Tutti gli indici sono su scala likert a 6 punti (da 0 a 5) escludendo la possibilità di una risposta intermedia per forzare i soggetti a porsi su un versante della scala.

Poiché alcuni item non rispettano i criteri per una distribuzione normale, in particolare asimmetria e curtosi risultano maggiori di 1, si è scelto di utilizzare un test non parametrico per il confronto dei punteggi (Wilcoxon signed-rank test).

Il test di Wilcoxon viene utilizzato nei casi in cui si hanno due serie di punteggi da confrontare che provengono dagli stessi soggetti ma sono stati raccolti in momenti differenti nel tempo, nel nostro caso all'inizio del primo anno del corso di specializzazione e al termine del quarto anno.

### *Obiettivi*

Confrontando gli obiettivi all'inizio e al termine del percorso di specializzazione si osserva uno spostamento del focus da una dimensione sintomatologica/comportamentale ad una più focalizzata su una differente attribuzione di significato e ad una maggiore capacità di comprensione dei propri vissuti emozionali.

In particolare emerge una riduzione significativa degli indici più oggettivi e di stampo comportamentale (riduzione dei sintomi, pensiero oggettivo sugli eventi di vita, modificazione o controllo di comportamenti disfunzionali).

Questo cambiamento va nella direzione prevista e coerente con l'orientamento cognitivo relazionale del corso di specializzazione considerato.

	media±ds 1°	media±ds 4°	Effect size	
Pensare oggettivamente al significato degli avvenimenti della propria vita	2,56±1,294	2,10±1,472	-0,30	*
Permettersi di sentire e vivere i sentimenti con pienezza	4,06±,716	4,40±,563	-0,30	*
Imparare a comportarsi con efficacia in situazioni problematiche	3,84±,638	3,37±,928	-0,41	*
Ottenere una riduzione dei sintomi	3,68±,871	3,13±,819	-0,36	*
Modificare o controllare modalità comportamentali problematiche	3,66±,865	3,20±1,064	-0,28	*
Valutarsi realisticamente	3,29±1,071	2,47±1,383	-0,35	*

Tabella 15. Confronto tra il primo e il quarto anno sulla valutazione degli obiettivi da raggiungere (\* $p < 0.05$ )

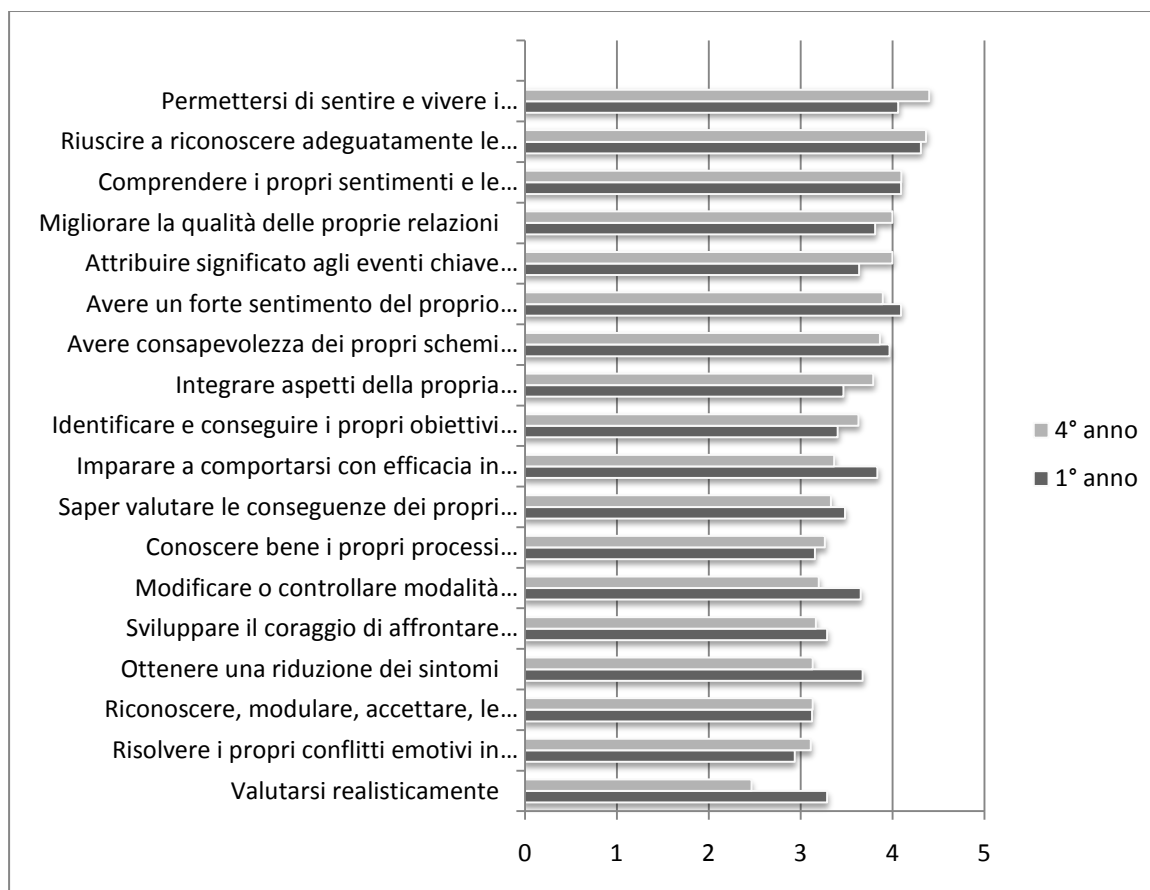


Grafico 2. Confronto tra i punteggi degli obiettivi da raggiungere tra il primo e il quarto anno

### Problemi

Il confronto tra primo e quarto anno evidenzia una riduzione sistematica di tutti i problemi percepiti in seduta che raggiunge la significatività per 9 item su 25; è un dato che va nella direzione attesa e che sembra indicare una maggiore *self-confidence* dei soggetti che si ritengono maggiormente in grado di gestire le problematiche cliniche e relazionali con il paziente.

	media±d.s. 1°	media±d.s. 4°	effect size	
Ho il timore di causare al paziente più danni che benefici	2,25±1,391	1,40±1,163	-0,38	*
Sono Incerto/a su come rapportarmi ad un paziente	2,91±1,304	2,17±1,020	-0,27	*
Ho paura di perdere il controllo sulla situazione terapeutica	2,13±1,212	1,48±1,056	-0,26	*
Incapacità di provare realmente empatia per le esperienze del paziente	1,56±1,190	,90±,960	-0,29	*
Disagio perché i valori personali rendono	1,88±1,362	1,07±,944	-0,30	*

difficile mantenere un atteggiamento appropriato				
Sono angosciato/a rispetto alla tragica situazione di vita del paziente	1,97±,897	1,27±1,081	-0,35	*
Sono turbato/a per tematiche morali o etiche che emergono nel lavoro con un paziente	1,60±1,133	,93±,980	-0,36	*
Demoralizzato/a perché incapace di trovare dei modi per aiutare il paziente	3,19±1,091	2,45±1,121	-0,35	*
Incapace di comprendere il nucleo centrale dei problemi del paziente	2,53±1,135	2,00±1,259	-0,29	*
a disagio nel dover decidere velocemente in seduta la linea di condotta	2,53±1,218	1,60±1,070	-0,42	*

Tabella 16. Confronto tra il primo e il quarto anno sulla valutazione delle difficoltà in seduta (\* $p < 0.05$ )

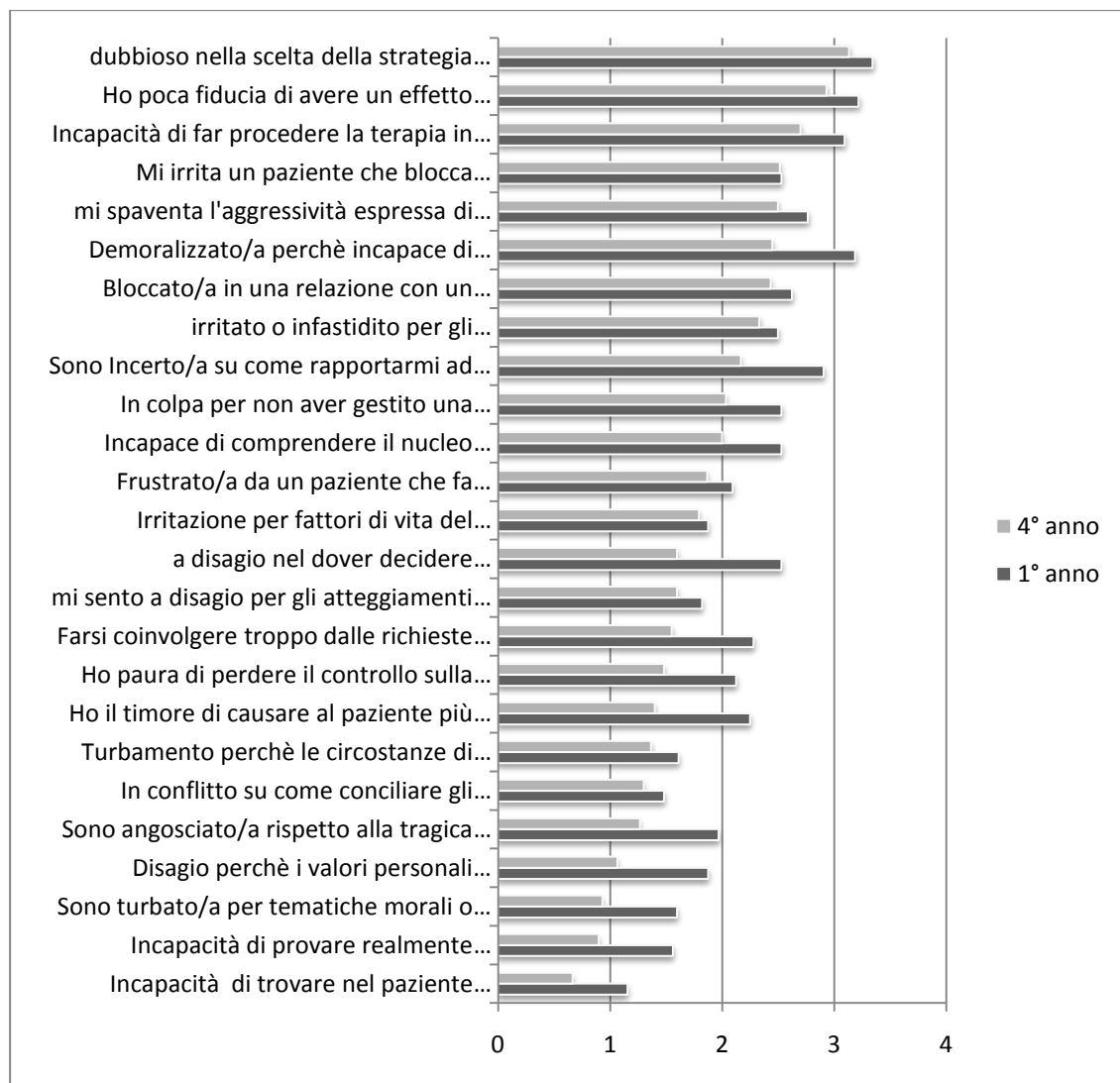


Grafico 3. Confronto tra i punteggi delle difficoltà in seduta tra il primo e il quarto anno

### Strategie di coping

Le strategie utilizzate dai trainees per far fronte alle difficoltà incontrate in seduta si modificano raggiungendo la significatività statistica per quattro strategie, in particolare diminuiscono le strategie di supporto esterno che prevedono il coinvolgimento di un collega o un invio del paziente ad altri colleghi oltre a quelle relative all'interruzione della terapia.

Inoltre i trainees utilizzano maggiormente le strategie di *self reflection* e di confronto con colleghi più esperti (benché tale differenza non raggiunga la significatività statistica), mostrando una migliore capacità di tollerare la frustrazione di un paziente che esita nel non cambiamento.

	media±d.s. 1°	media±d.s. 4°	effect size	
Coinvolgere nel caso un altro professionista o un servizio	3,16±1,05	2,13±1,43	-0,41	*
Prendere in seria considerazione la possibilità di interrompere la terapia	1,71±1,01	0,97±1,00	-0,38	*
Mostrare al paziente la propria frustrazione	1,13±1,15	0,57±0,73	-0,29	*
Prendere in esame la possibilità di inviare il paziente a un altro terapeuta	2,63±1,26	1,70±0,95	-0,37	*

Tabella 17. Confronto tra il primo e il quarto anno sulla valutazione delle strategie di coping (\* $p < 0.05$ )

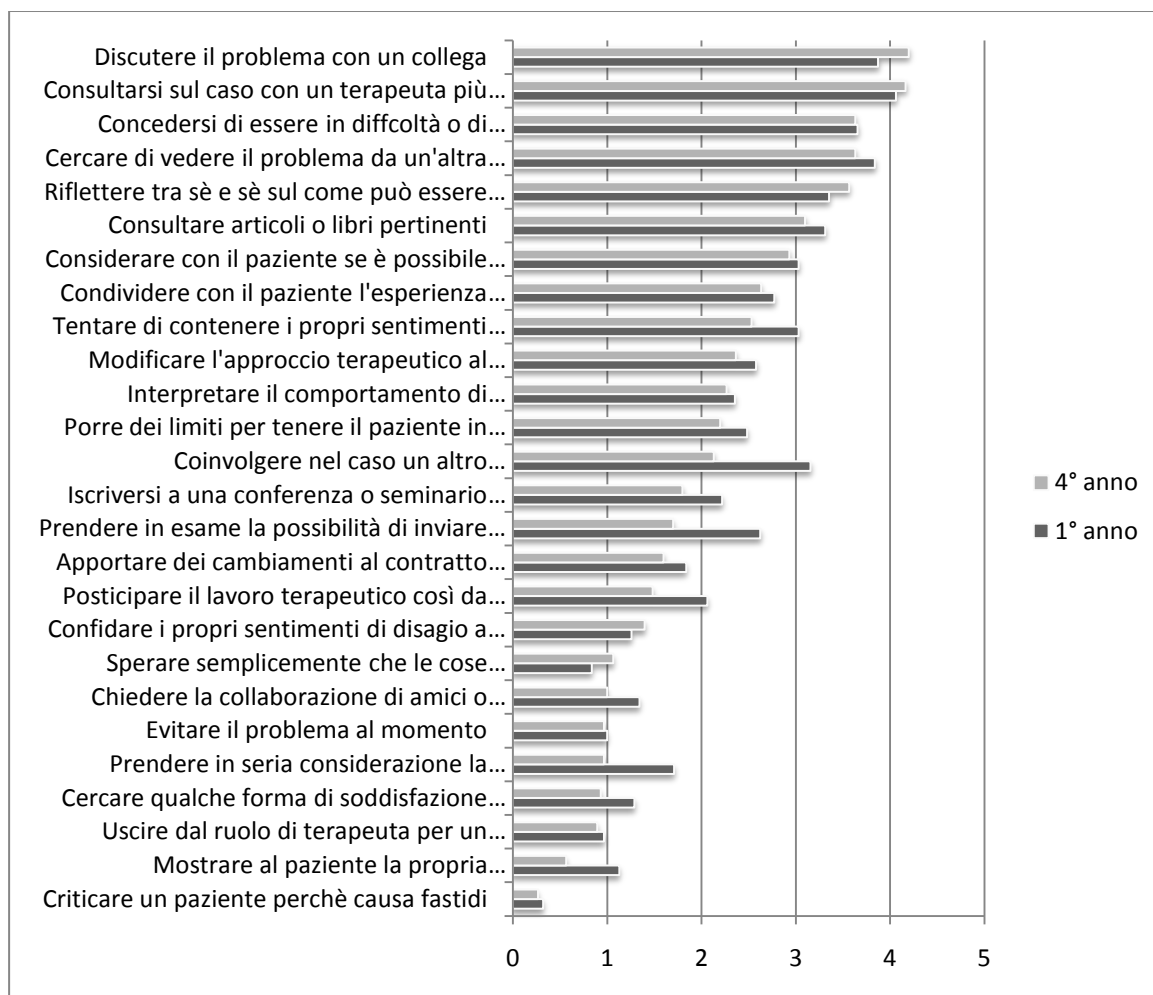


Grafico 4. Confronto tra i punteggi delle strategie di coping utilizzate tra il primo e il quarto anno

#### *Emozioni in seduta*

Dal confronto delle emozioni in seduta non emergono differenze significative ad eccezione della noia che è maggiore al 4° anno ( $p < 0.05$ ,  $r = 0.34$ ); tuttavia si osserva una maggiore percezione della rabbia che pur non raggiungendo la significatività statistica è riportata con maggiore intensità dai soggetti alla fine del percorso di formazione. Al contrario l'aggressività e la sfida, che denotano una rabbia agita verso il paziente, vengono percepite meno al quarto anno.

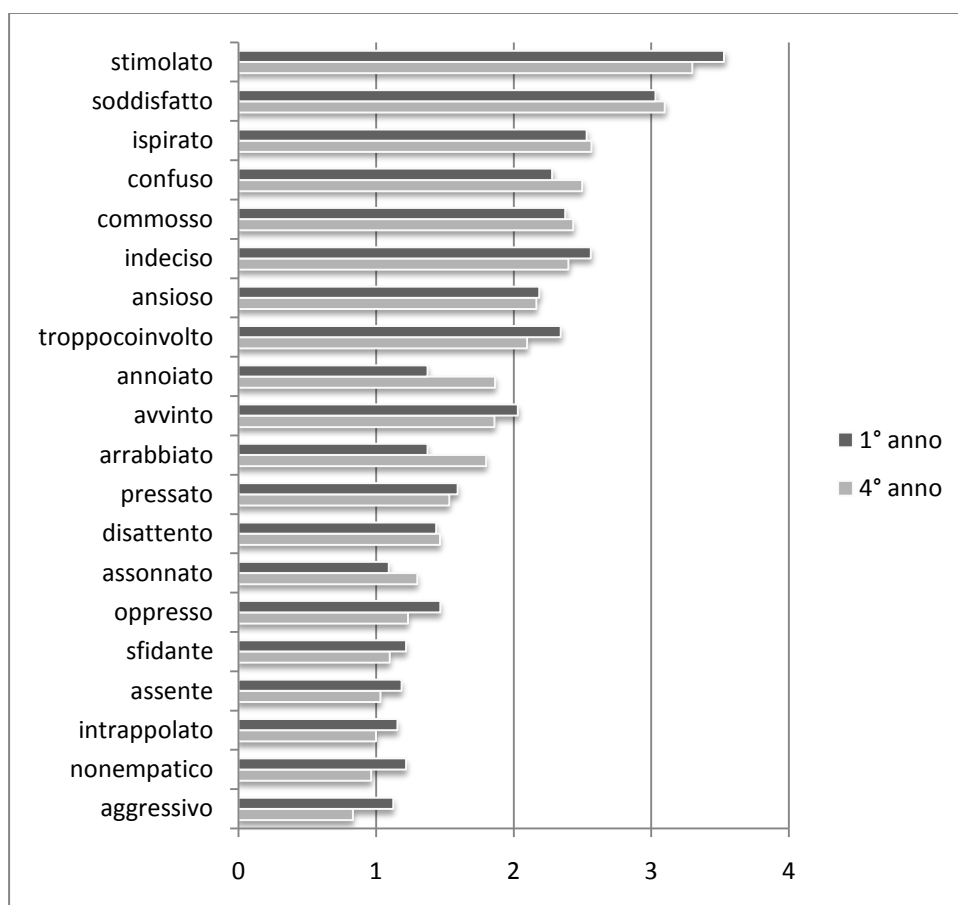


Grafico 5. Confronto tra i punteggi delle emozioni sperimentate in seduta tra il primo e il quarto anno

### Modalità relazionale

Dal confronto tra i punteggi riportati all'inizio e al termine della scuola si specializzazione emergono alcune differenze che raggiungono la significatività statistica, in particolare in relazione agli aspetti di accoglienza/cooperazione.

	media±ds 1°	media±ds 4°	effect size	
Cooperativo	3,78±,870	4,73±,521	-0,44	*
Accogliente	4,00±,622	4,33±,606	-0,29	*
Cordiale	3,32±1,045	3,83±,928	-0,25	*
Tollerante	3,26±,999	3,79±,902	-0,25	*
Ricettivo	4,16±,583	3,67±1,322	-0,26	*
Controllato	2,81±,859	2,28±1,099	-0,25	*
Direttivo	1,81±,998	1,23±,971	-0,33	*
Freddo	,34±,602	,07±,258	-0,27	*

Tabella 18. Confronto tra il primo e il quarto anno sulla valutazione della modalità relazionale (\* $p < 0.05$ )

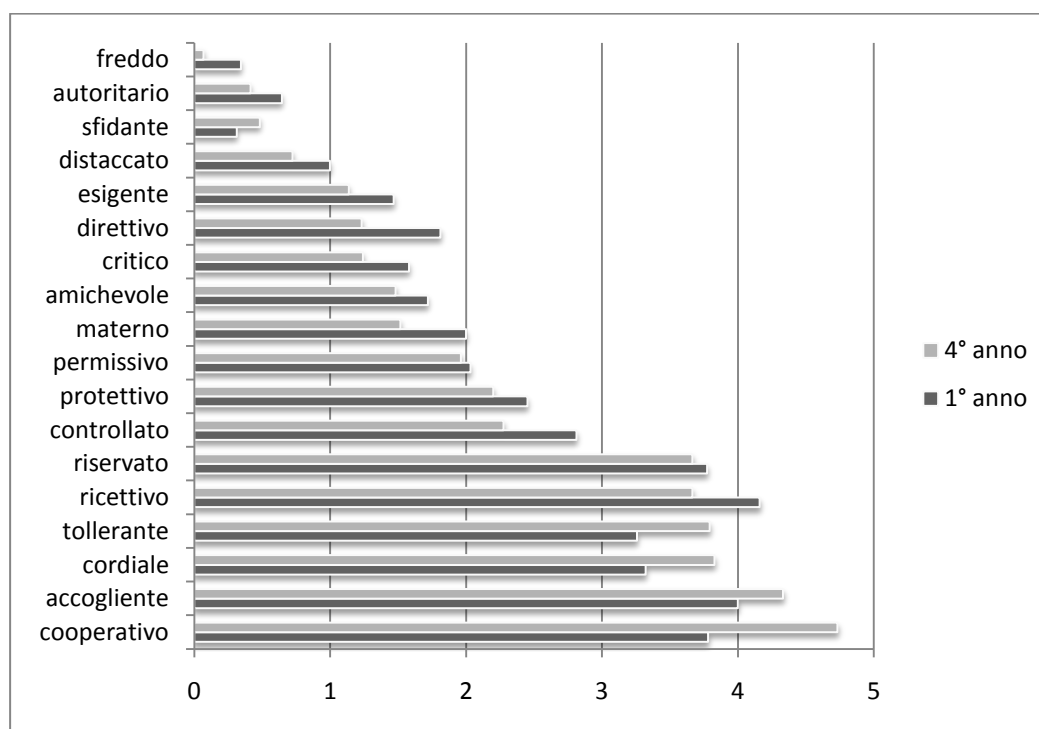


Grafico 6. Confronto tra i punteggi della modalità relazionale con il paziente tra il primo e il quarto anno

#### Atteggiamento relazionale

In merito all'atteggiamento relazionale non emergono cambiamenti particolarmente significativi nella modalità di rapportarsi al paziente benché due aggettivi risultino significativamente inferiori al quarto anno.

	media±ds 1°	media±ds 4°	effect size	
Intuitivo	3,88±,907	3,50±,974	-0,26	*
pragmatico	3,00±,775	2,43±1,168	-0,31	*

Tabella 19. Confronto tra il primo e il quarto anno sulla valutazione dell'atteggiamento relazionale (\* $p < 0.05$ )

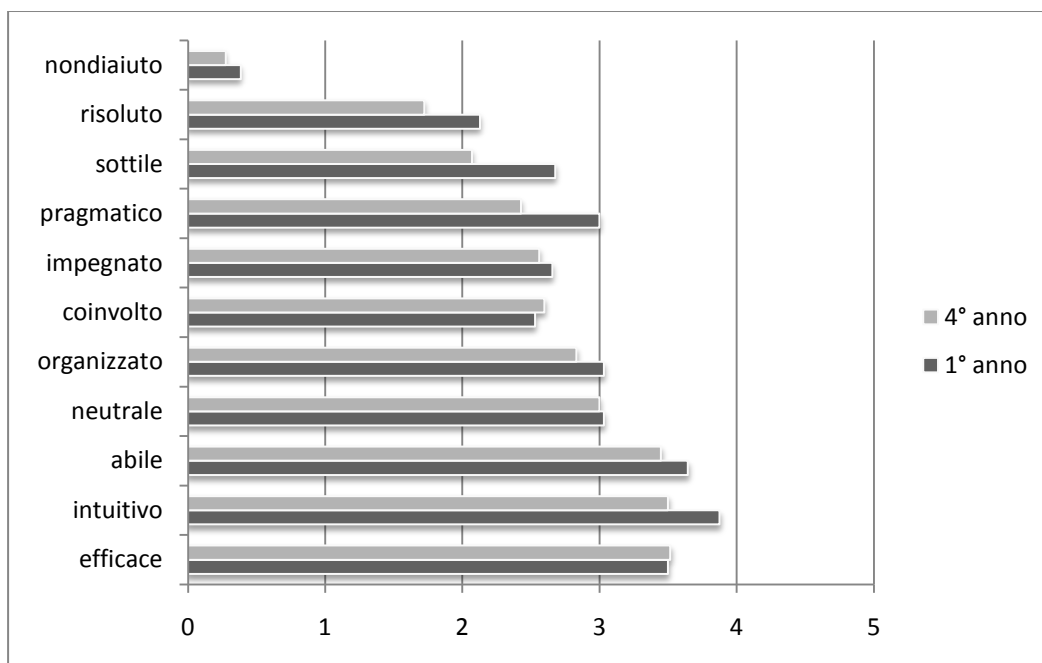


Grafico 7. Confronto tra i punteggi dell'atteggiamento relazionale in seduta tra il primo e il quarto anno

#### Terapeuta nella vita privata

Dal confronto tra il primo e il quarto anno non emergono particolari differenze, con l'eccezione di 2 item che raggiungono la significatività statistica e che sono legati ad una visione idealizzata:

	media±ds 1°	media±ds 4°	effect size	
con una vita affettiva serena da tutti i punti di vista	1,94±1,162	2,70±1,119	-0,45	*
con la capacità di riconoscere tempestivamente le situazioni che possono generargli disagio e affrontandole nel modo migliore	3,09±,928	3,47±,819	-0,27	*

Tabella 20. Confronto tra il primo e il quarto anno sulla valutazione delle caratteristiche del terapeuta nella vita privata (\* $p < 0.05$ )

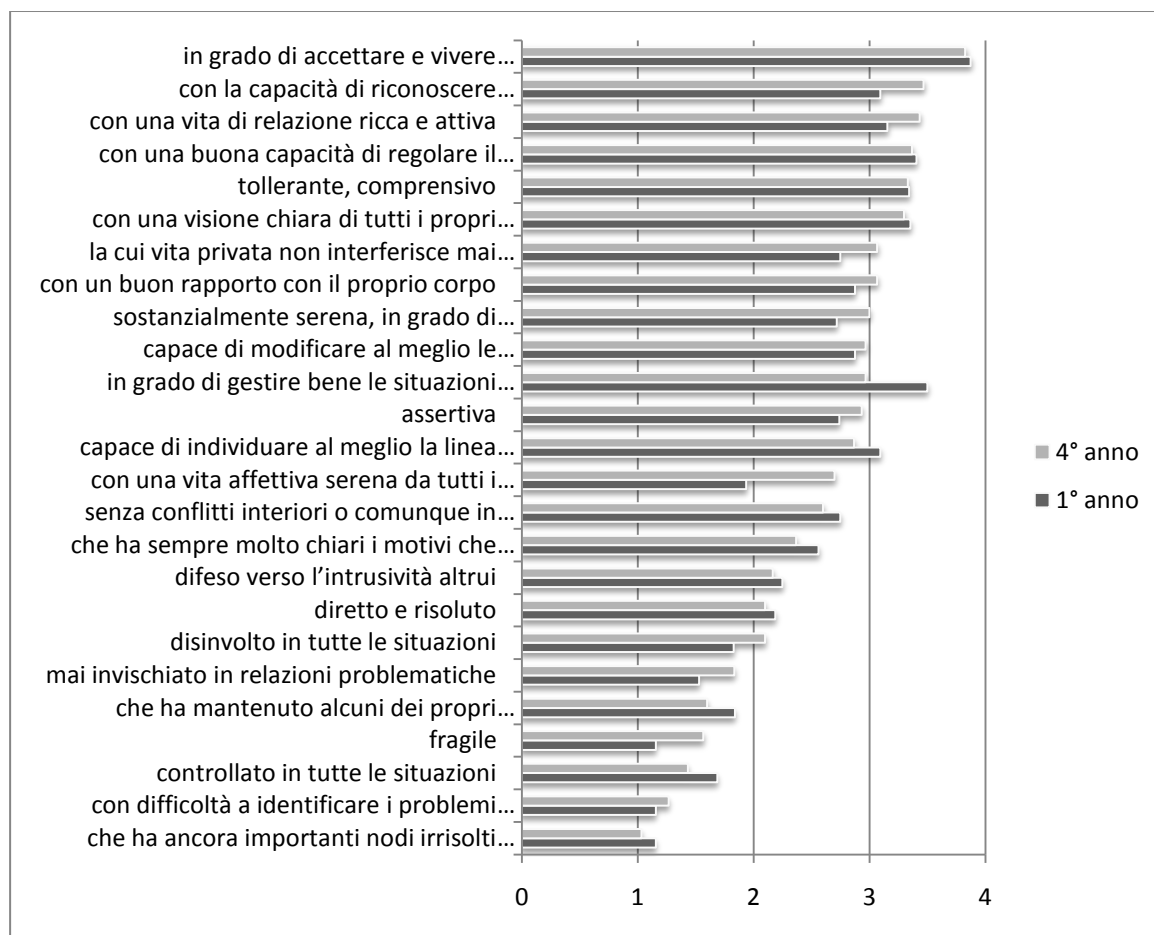


Grafico 8. Confronto tra i punteggi delle caratteristiche del terapeuta nella vita privata valutati dal trainee tra il primo e il quarto anno

## 9.7 Discussione

I risultati sopra riportati hanno messo in evidenza come al termine del percorso quadriennale di formazione in psicoterapia emerge un quadro caratterizzato da un cambiamento coerente con quello ipotizzato, in particolare nell'area delle difficoltà sperimentate in seduta e degli obiettivi da raggiungere.

Un primo dato che merita una riflessione è relativo all'importanza di un'esperienza clinica pregressa al percorso di formazione specialistica che si evidenzia nella riduzione delle difficoltà percepite in seduta da parte dei trainees che al primo anno hanno già avuto una qualche esperienza clinica, rispetto a coloro che non hanno mai fatto esperienza clinica. Sembra quindi che una qualche esperienza clinica preliminare alla formazione specialistica sia una condizione facilitante, almeno nella percezione delle difficoltà e del senso di

autoefficacia. Tuttavia poiché i tirocini formativi post laurea non sempre possono garantire una formazione propriamente clinica dato l'elevato numero degli studenti e la limitatezza delle strutture cliniche che ospitano tirocinanti e data la giovane età degli specializzandi, diventa importante garantire fin dall'inizio del percorso di specializzazione un'adeguata esperienza clinica diretta, soprattutto per il 40% circa di trainees che iniziano il percorso senza questa esperienza (per esempio richiedendo un maggior numero di ore di tirocinio pratico).

### *Obiettivi*

In relazione agli obiettivi che guidano il lavoro del trainee si osserva al primo anno un quadro coerente con quello del campione di terapeuti a differenti livelli di professionalità studiato da Orlinsky e Rønnestad (2005), con un focus sulla dimensione emotiva e relazionale del paziente che rappresenta pertanto un patrimonio condiviso da differenti approcci teorici.

Dal confronto tra il primo e il quarto anno si osserva uno spostamento da obiettivi focalizzati sulla dimensione comportamentale e sintomatica, che caratterizza maggiormente i trainees all'inizio della formazione, verso una dimensione di consapevolezza del paziente delle proprie modalità relazionali e delle dinamiche emotive. Questo passaggio, coerente con l'orientamento della scuola considerata, non rappresenta comunque un ribaltamento degli obiettivi, poiché anche quelli focalizzati sulla riduzione sintomatica, la modificazione di comportamenti problematici, l'acquisizione di strategie d'azione più efficaci ottengono comunque una valutazione maggiore di 3 sulla scala likert 0-6; piuttosto vanno letti nella direzione di una maggiore focalizzazione sugli aspetti emotivi e relazionali visti come sovraordinati ad un cambiamento comportamentale e sintomatico (Bara, 2007).

È importante sottolineare che questi dati non permettono di verificare se nell'agire terapeutico il trainee si muova effettivamente secondo gli obiettivi che dichiara di avere, tuttavia da punto di vista della conoscenza dichiarativa tali obiettivi vengono posti in primo piano ed è pertanto lecito assumere che siano quelli che guidano anche l'agire terapeutico.

### *Emozioni in seduta*

Dall'analisi delle emozioni sperimentate in seduta emerge come quelle sperimentate più frequentemente siano quelle di attivazione positiva come *stimolato* e *soddisfatto* (che sono gli unici item a superare il livello di 3 sulla scala likert) seguite da quelle di ansia come *indeciso*, *confuso*, *troppo coinvolto*, *ansioso*. Questa prevalenza di emozioni di insicurezza

za/ansia concordano con un precedente lavoro qualitativo di Rønnestad e Skovholt (2003) da cui è emerso un maggiore livello di ansia tra i terapeuti più giovani, inoltre anche dal campione del CRN è emersa questa differenza tra giovani terapeuti e terapeuti esperti.

Tuttavia dal confronto tra l'inizio e la fine del training non emerge una differenza sostanziale nell'area dell'ansia che è ancora presente tra i trainees mentre nel campione del CRN è stata evidenziata una riduzione progressiva del fattore di insicurezza/ansia tra i giovani terapeuti e quelli esperti.

È ipotizzabile che i quattro anni del corso di specializzazione non siano sufficienti a ridurre il livello di ansia sperimentato in seduta e che l'acquisizione di maggiore competenza e sicurezza sia un processo graduale che prende forma con l'accumulo di esperienza nella pratica terapeutica.

Un ulteriore aspetto che emerge è l'aumento della rabbia percepita che, pur non raggiungendo la significatività statistica, denota una maggiore capacità da parte del trainee di permettersi di sentire emozioni di tipo agonistico riconoscendone l'importanza all'interno delle dinamiche relazionali, pur non agendole. Infatti, emozioni come *sfidante* e *aggressivo*, che denotano una rabbia agita, vengono indicate con una frequenza inferiore al quarto anno.

#### *Modalità e atteggiamento relazionale*

Al termine del percorso specialistico la modalità relazionale che i trainees considerano funzionale nel rapporto con il paziente si caratterizza per una buona capacità di accoglienza che tuttavia si declina più sul versante cooperativo che su quello materno/accudente, facendo emergere l'importanza della dimensione di autonomia del paziente.

Inoltre i trainees si dicono meno distaccati nella relazione con il paziente, evidenziando come la maggiore sicurezza acquisita si declini anche nella migliorata capacità di stare con il paziente senza la necessità di mantenere una distanza fisica e relazionale nel timore di un eccessivo coinvolgimento.

#### *Problemi in seduta*

I risultati evidenziano una riduzione generalizzata di tutti gli item che raggiunge la significatività statistica per 9 item. Quella dei problemi in seduta è la scala che evidenzia in modo maggiore il cambiamento al termine del percorso specialistico e che rappresenta pertanto un buon indice del senso di competenza percepito dai trainees.

Alcuni item mantengono comunque un punteggio rilevante (>3 su scala likert 0-6), in particolare “Ho poca fiducia di avere un effetto benefico sul paziente” e “Dubbioso nella scelta della strategia migliore per raggiungere gli obiettivi terapeutici” che evidenziano come rimanga comunque un certo livello di insicurezza. I dati di Orlinsky e Rønnestad (2005) hanno evidenziato come vi sia una significativa riduzione dei livelli di dubbio, reazioni negative al paziente e frustrazione nel trattamento passando dai “*novice therapists*” ai “*senior therapists*”, è quindi ipotizzabile che il livello dei problemi percepiti in seduta continui a diminuire anche negli anni successivi al termine della specializzazione e che sia un buon indice di cambiamento professionale sul medio-lungo periodo oltre che durante la specializzazione.

### *Strategie di coping*

Le strategie utilizzate dai trainees si modificano nel corso della specializzazione spostandosi da strategie di supporto esterno, che prevedono l’invio del paziente ad altri colleghi ritenuti più esperti o all’interruzione della relazione terapeutica verso strategie di gestione delle difficoltà attraverso il confronto con altri colleghi o la riflessione sul lavoro terapeutico.

Inoltre diminuiscono le strategie maggiormente espulsive come il mostrare la propria frustrazione al paziente.

Emerge quindi una maggiore capacità dei trainees di tollerare la frustrazione per casi clinici di difficile gestione attraverso differenti modalità di intervento.

Questi risultati, confermando quelli relativi alla riduzione dei problemi percepiti, indicano una maggiore capacità del trainee di far fronte in autonomia alle difficoltà relazionali, provando a gestirle attraverso la riflessione su di sé e il consulto con un collega più esperto.

Questa diminuzione delle strategie di allontanamento dal/del paziente va nella direzione ipotizzata e concorda con i risultati del lavoro del CRN.

### *Il terapeuta nella vita privata*

L’immagine che emerge al primo anno è piuttosto idealizzata, con aspettative di un buon livello di funzionamento del terapeuta che non presenta nodi critici o aspetti problematici irrisolti e che anche nella vita privata presenta un livello di funzionamento elevato.

Anche al termine della formazione specialistica permane questa immagine idealizzata, contrariamente a quanto ipotizzato.

### *Limiti e prospettive*

Il lavoro presenta alcuni limiti che è bene discutere per definire meglio la portata del lavoro e la generalizzabilità dei risultati; il campione considerato proviene da una scuola di formazione ad orientamento cognitivo relazionale e pertanto non è possibile estendere i risultati ad altri corsi di formazione in psicoterapia.

Tuttavia, come evidenziato nella descrizione dello strumento, il DPCCQ è stato sviluppato da un gruppo di lavoro con differenti orientamenti teorici e pertanto si presta ad essere utilizzato in corsi di formazione di differente orientamento (cosa che già avviene per alcune preliminari esperienze in UK e in Svezia).

Certamente il confronto tra orientamenti differenti è un tema di interesse tuttavia si è preferito escludere questa variabile dall'analisi per verificare l'utilità dello strumento nel contesto della formazione, essendo stato sviluppato per valutare soprattutto lo sviluppo del terapeuta nel corso della pratica professionale e non specificamente per il percorso di cambiamento professionale durante la formazione.

In secondo luogo il campione è piuttosto limitato, in particolare nella valutazione pre-post, e necessita di un ampliamento per permettere una generalizzabilità dei risultati, e soprattutto per poter verificare la struttura fattoriale delle scale.

La mancanza di un campione di controllo è un terzo aspetto critico del lavoro; al riguardo bisogna però evidenziare la difficoltà di reperire un campione effettivamente rappresentativo che potrebbe essere costituito da psicologi clinici che non intraprendono una specializzazione in psicoterapia. Tuttavia poiché sono pochissimi coloro che non intraprendono un percorso di specializzazione si sarebbero dovuti utilizzare studenti universitari ovviamente più giovani e con un gap di esperienza clinica che rappresenta un fattore di cambiamento particolarmente importante.

Un ulteriore elemento da sottolineare è la natura soggettiva dei dati raccolti che provengono esclusivamente dai report compilati dai soggetti; è un limite dichiarato già all'inizio del lavoro e che potrebbe essere colmato solo attraverso l'integrazione con dei dati provenienti da un osservatore esterno come la prospettiva di un supervisore o co-trainer o attraverso misure di soddisfazione da parte dei pazienti, o ancora da valutazioni di sedute videoregistrate o *role playing*.

È però importante evidenziare che la scelta di utilizzare la prospettiva soggettiva dei trainees nasce anche dall'ipotesi che i terapeuti, proprio per il tipo di lavoro che fanno con il paziente, hanno una particolare capacità di riflettere su di sé e sui propri processi emotivi

e cognitivi e possono quindi essere considerati dei soggetti particolarmente affidabili nei report soggettivi, pur alla luce dei limiti già discussi (Carroll et al., 2000).

Una questione che necessita di ulteriori approfondimenti è lo spostamento dell'analisi ad un livello più specifico, in particolare per verificare quali componenti del training sono più efficaci nel determinare questo cambiamento (la didattica frontale? Quella esperienziale? La supervisione? Il tirocinio? L'analisi personale?).

Tuttavia questo aspetto passa da una preliminare ridefinizione degli obiettivi specifici che ci si propone di raggiungere con i singoli componenti del percorso formativo che al momento non è una strada percorribile poiché la variabilità dei percorsi di formazione è comunque ampia e l'unico livello a cui è pensabile un confronto è quello post-training.

Rimangono anche altre questioni non affrontate che rappresentano però un aspetto di completamento del lavoro e che chiamano in causa i livelli sovraordinati della formazione che non si esaurisce nei 4-5 anni dei corsi di specializzazione: qual è il livello minimo di competenza all'ingresso dei percorsi di formazione che può servire da valido indice predittivo del successo del percorso? Esistono delle competenze o delle caratteristiche che costituiscono dei prerequisiti irrinunciabili al training? E come possono essere valutati? È pensabile una differenziazione dei percorsi di formazione sulla base delle caratteristiche dei trainees? Qual è il livello formativo (laurea, dottorato, master etc.) necessario per beneficiare al massimo della formazione? Qual è l'impatto della formazione sull'outcome? Ed è un impatto che si mantiene nel tempo o che si esaurisce? E come è possibile mantenerlo e sostenerlo? (Ford, 1979). La risposta resta ai molti passi che la ricerca in questo campo deve ancora fare.

## **10. CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI: VERSO L'EVIDENCE BASED TRAINING**

Il presente lavoro rappresenta uno dei primi contributi italiani volti a valutare il cambiamento all'interno di un percorso di formazione in psicoterapia.

Questi primi dati, limitati ad un percorso di formazione in psicoterapia cognitiva, suggeriscono che un itinerario formativo come quello descritto dimostra un cambiamento percepito da parte dei trainees coerente con quello ipotizzato.

In particolare la riduzione dei problemi percepiti in seduta si configura come l'indice più sensibile sui quattro anni del percorso formativo, così come gli obiettivi che guidano il lavoro terapeutico e la modalità relazionale con il paziente.

Le scale utilizzate per la valutazione del cambiamento rappresentano pertanto, oltre che degli indici di efficacia del percorso formativo, valutato soggettivamente dal trainee, anche dei possibili strumenti di autovalutazione e delle griglie che possono aiutare il supervisore/tutor a guidare il percorso formativo a livello individuale, apportando interventi ad hoc su competenze, abilità, vissuti emotivi che risultino particolarmente critici o difficoltosi per il trainee nel rapporto con il paziente.

I passi successivi a cui si apre il lavoro sono da un lato quelli di una valutazione a livello di microprocesso, verificando aspetti più specifici di acquisizione di competenze all'interno di *role playing*, analisi di un caso clinico etc., dall'altro un'apertura ad una valutazione più ampia, che includa la narrativa personale dei trainees.

La formazione in psicoterapia si inserisce infatti in tre possibili cornici che favoriscono una lettura più ampia, spiegando l'apprendimento, la ritenzione, la generalizzazione e il mantenimento delle competenze apprese: le caratteristiche del trainee, l'organizzazione del training e il contesto organizzativo e ambientale di lavoro in cui sarà inserito il trainee. Questi tre aspetti descrivono il prima, il durante e il dopo della formazione inserendoli all'interno di un percorso continuo in cui non si può esaurire tutto nei 4-5 anni della formazione specialistica. Al contrario diventa centrale un prima: le caratteristiche del trainee, le sue aspettative, le sue competenze di partenza, i suoi limiti dichiarati e quelli non dichiarati (perché non consapevoli), le sue risorse cognitive, emotive, di adattamento e regolazione a contesti professionali e clinici variabili. Il durante, cioè l'organizzazione formale del training: le differenti modalità di apprendimento e insegnamento utilizzate, la strutturazione sequenziale e i livelli progressivi, la relazione con i contesti professionali e

i riferimenti ad essi. Il dopo, che include limiti e possibilità di utilizzare le competenze sviluppate durante il training nei differenti contesti professionali.

La formazione in psicoterapia non si esaurisce quindi in processo monofattoriale ma in un percorso più complesso multifattoriale che deve trovare un riflesso nelle metodologie di ricerca ad esso dedicate. Senza questi passi ulteriori l'efficacia della psicoterapia continuerà a restare nelle pagine delle riviste scientifiche senza trovare una strada per entrare pienamente, attraverso modelli di formazione efficaci, nella pratica clinica.

## 11. BIBLIOGRAFIA

Addis, E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical psychology and science practice*, 4, 1-11.

Albert, G. (1997). What are the characteristics of effective psychotherapists? The experts speak. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*, 3, 36-44.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Washington, DC: Author.

American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.

Aten, J.A., & Hernandez, B.C. (2004). Addressing religion on clinical supervision: A model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 152-160.

Awad, A.G. (1999). Antipsychotic medication in schizophrenia: how satisfied are our patients? Clear perspectives. *Management Issues in Schizophrenia*, 2, 1-6.

Baddeley, A. (1997). *Human Memory*. Hove: Psychology Press.

Baer, J.S., Wells, E.A., Rosengren, D.B., Hartzler, B., Beadnell, B., & Dunn, C. (2009). Agency context and tailored training in technology transfer: A pilot evaluation of motivational interviewing training for community counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 191-202.

Baietta, F., Carreri, M., Di Pauli, D., Gianello, A., Lanfredi, M., Mion, S., Morini, L., Pellaia, L., Scolaro, C., Untermarzoner, E., & Perdighe, C. (2009). Qual è il destino professionale dei diplomati in psicoterapia della scuola della Associazione di Psicologia Cognitiva e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl?. Pubblicato su [www.apc.it](http://www.apc.it) e su [www.scuola-spc.it](http://www.scuola-spc.it).

Baker, T.B., McFall, R.M., & Shoham, V. (2008). Current Status and Future Prospects of Clinical Psychology: Toward a Scientifically Principled Approach to Mental and Behavioral Health Care. *Psychological Science in the Public Interest (PSPI)*, 9, 2, 63-106.

Baker, S.B., Daniels, T.G., & Greeley, A.T. (1990). Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and meta-analytic reviews of three major programs. *The Counseling Psychologist*, 18, 355-421.

Bani, M. (2010). Il counselling on line. In Rezzonico, G., Meier, C. (a cura di), *Il counselling cognitivo relazionale*. Milano: Franco Angeli.

- Bani, M., Rezzonico, G., & Strepparava, M.G. (2010). The Psychotherapeutic Professions in Italy, published on the SPR website (<http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=89>).
- Bani, M., Strepparava, M.G., & Rezzonico, G. (2010). La formazione in psicoterapia: un dipinto in chiaro scuro. *Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* (in stampa)
- Bara, B.G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B.G., & Liotti, G. (2005). A confronto. In Moser e Genovese (a cura di), *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*. Trento: Curcu & Genovese.
- Barlow, D.H., Hayes, S.C., & Nelson, R.O. (1984). *The Scientist-Practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2005). Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. *Academic Medicine*, 80(2), 156-161.
- Bennet-Levy, J., McManus, F., Westling, B.E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 571-583.
- Bennett-Levy, J., & Beedie, A. (2007). The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 61-75.
- Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2007). Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. In P., Gilbert, & R.L., Leahy (a cura di), *The therapeutic relationship in the cognitive-behavioural psychotherapies*. London: Routledge.
- Bennett-Levy, J. (2003). Reflection: a blind spot in psychology? *Clinical Psychology Forum*, 27, 16-19.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78.
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S., & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 145-163.

- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B., & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 203-220.
- Berger, T. (2004). Computer-based technological innovations in psychotherapy training. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 301–315.
- Berman, J. S. & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-407.
- Beutler L.E., Machado P.P., & Neufeldt S. A. (1994). Therapist variables. In A.E., Bergin, & S.L., Garfield (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Beutler, L. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44-52.
- Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (2004). Virtual reality in psychotherapy training. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 317–330.
- Binder, J.L. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13, 301-318.
- Blackburn I.M., James I.A., Milne D.L., Baker C., Standart S., Garland A. & Reichelt F.K. (2001). The revised cognitive therapy scale: psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 431–46.
- Boswell J.F., & Castonguay L.G. (2007). Psychotherapy training: suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 378-383.
- Botermans, J-F. (1996). The training of psychotherapists: Impact of confidence and mastery, self-efficacy, and emotional reactivity. Unpublished doctoral dissertation, Université Catholique de Louvain, Department de Psychologies Clinique, Louvain-la-Neuve, Belgium.
- Brawer, P.A., Handal, P.J., Fabricatore, A.N., Roberts, R., & Wajda-Johnston, V.A. (2002). Training and education in religion/spirituality within APA-accredited clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 203–206.
- Bruns, E.J., Hoagwood, K.E., Rivard, J.C., Wotring, J., Marsenich, L., & Carter, B. (2008). State implementation of evidence-based practice for youths, part II: Recommendations for research and policy. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 47(5), 499-504.

- Carroll, K.M., Nich, N., Sifry, R.L., Nuro, K.F., Frankforter, T.L., Ball, S.A., et al. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug & Alcohol Dependence*, 57, 225-238.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wisner, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Castonguay L.G. (2000). Training in psychotherapy integration: introduction to current effort and future visions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10 (3), 229-231.
- Cesa-Bianchi, M., Carta, M.G., Rezzonico, G., & Reda, M.A. (1996). *Psychotherapies in Europe: A set of Instruments for a comprehensive research*. Cagliari: Saredit.
- Cesa-Bianchi, M., Rezzonico, G., Strepparava, M.G., (1998). Psychotherapies in Europe: Final Report (1994-1998), sections I & II, Internal Report. Istituto di Psicologia, Facoltà Medica, Milano.
- Christensen, A., & Jacobson, N.S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8-14.
- Cionini, L., Ranfagni, C. (2009). Dire, fare, imparare: un modello di formazione alla psicoterapia in ottica cognitivo-costruttivista. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 42-62.
- Comrey, A.L., & Lee, H.B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Csikszentmihalyi, M., (1990). *Flow. The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M., (1996). *Creativity. Flow and the Psychology of Discovery and Invention*. New York: HarperCollins.
- Davis, J.D., Elliot, R., Davis, M.L., Binns, M., Francis, V.M., Kelman, J.E., & Schroder, T.A. (1987). Development of a taxonomy of therapist difficulties: initial report. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 109-119.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). (a cura di) *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Rubeis, R.J., Hollon, S.D., Evans, M.D., & Bernis, K.M. (1982). Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 744-756.
- Derner, G.F. (1960). An interpersonal approach to training in psychotherapy. In N., Dellis, & H., Stone (a cura di), *Training of psychotherapists* (pp. 130-145). Baton Rouge: Louisiana State University Press.

- Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., & Giannone, F. (1998). (a cura di) *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Milano: Franco Angeli.
- Di Nuovo, S. (2000). Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: l'intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott. *Ricerca in Psicoterapia*, 3 (2-3), 135-146.
- DiGuiseppe, R. (1991). Should trainees undergo psychotherapy? Dr Raymond DiGuiseppe responds. *The Behavior Therapist*, 14, 258–259.
- Duncan B.L., & Miller S.D. (2005). Treatment Manuals Do Not Improve Outcomes. In J., Norcross, R., Levant, & L., Beutler (a cura di), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Durlak, J. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86 80-92.
- Ekstein, R., & Wallerstein, R. S. (1972). *The teaching and learning of psychotherapy* (2nd ed.). New York: Basic.
- Elkin, I. (1999). A Major Dilemma in Psychotherapy Outcome Research: Disentangling Therapists From Therapies. *Clinical Psychology and Science Practice*, 6, 10-32.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A.E., Bergin, & S.L., Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114-139). New York: Wiley.
- Elliott, R. (1999). (a cura di) Qualitative psychotherapy research [Special Issue]. *Psychotherapy Research*, 9, 251-404.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709–724.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Falender, C.A., & Shafranske, E.P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Falender, C.A., & Shafranske, E.P. (2008). *Casebook for clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Faust, D., & Zlotnick, C. (1995). Another dodo bird verdict? The comparative effectiveness of paraprofessional and professional therapists revisited. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 157-167.

- Field, A.P. (2001). Meta-analysis of correlation coefficients: a Monte Carlo comparison of fixed and random effects methods. *Psychological methods*, 6, 161-180.
- Fook, J. (1996). (a cura di) *The reflective researcher*. Sydney: Allen & Unwin.
- Ford, J. D. (1979). Research on training counselors and clinicians. *Review of Educational Research*, 69, 87-130.
- Freiheit, S.R., Overholser, J.C. (1997). Training issues in cognitive-behavioural psychotherapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 79–86.
- Garfield, S.L. (1977). Research on the training of professional psychologists. In A.S., Gurman & A., Razin (a cura di), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 63-83). New York: Pergamon Press.
- Garfield, S.L. (1997). The Therapist as a Neglected Variable in Psychotherapy Research. *Clinical Psychology and Science Practice*, 4, 40-43.
- Garfield, S., & Bergin, A. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8(3), 251-253.
- Gold, S.H., & Hilsenroth, M.J. (2009). Effects of Graduate Clinicians' Personal Therapy on Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 159–171.
- Goodheart, C.D., Kazdin, A.E., & Sternberg, R.J. (2006) (a cura di) *Evidence-Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gray, J. (1991). Should trainees undergo psychotherapy? Dr James Gray responds. *The Behavior Therapist*, 14, 257.
- Greenspan, M., & Kulish, N.M. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-78.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, 22, 485-489.
- Guidano, V.F. (1991). *The Self in Progress*. Guilford, New York. Ed. It. (1992): *Il Sé nel suo Divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V.F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: Franco Angeli.
- Hattie, J.A., Sharpley, C.F., & Rogers, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Herink, R. (1980). (a cura di) *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: New American Library.

- Henry, W.P., Butler, S.F., Strupp, H.H., Schacht, T.E., & Binder, J.L. (1993). Effects of training in time limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Henry, W.P., Schacht, T.E., & Strupp, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768–774.
- Herschell, A.D., Kolko, D.J., Baumann, B.L. & Davis, A.C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations, *Clinical Psychology Review*, doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.005.
- Hill, C.E., & Lent R.W. (2006). Training novice therapists: Skills plus. *Psychotherapy Bulletin*, 41, 11–16.
- Hill, C.E., & O'Brien, K. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C.E., Roffman, M., Stahl, J., Friedman, S., Hummel, A., & Wallace, C. (2008). Helping skills training for undergraduates: Outcomes and predictors of outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 359-370.
- Hill, C.E., Sullivan, C., Knox, S, & Schlosser, L. (2007). Becoming psychotherapists: The experiences of novice therapists in a beginning graduate class. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 434-449.
- Hill, P.C., & Pargament K.I. (2003). Advances in conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58, 64-74.
- Holt, R.R., & Luborsky, L. (1958). *Personality Patterns of Psychiatrists: A Study in Selection Techniques. Vol. I*. New York: Basic Books.
- Hyde, P.S., Falls, K., Morris, J.A., & Schoenwald, S.K. (2003). *Turning Knowledge Into Practice: A Manual for Behavioral Health Administrators and Practitioners About Understanding and Implementing Evidence-Based Practices*. Boston: Technical Assistance Collaborative, Inc.
- Imbasciati, A., Cristini, C., Dabrassi, F., & Buizza, C. (2008). *Psicoterapie: orientamenti e scuole*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Jennings, L., & Skovholt, T.M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11.
- Jones, E.E.(1985). Manual for the psychotherapy process Q-sort. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-therapie. Ein lehrbuch fur die klinische praxis* (Self-management therapy. A training guide to clinical practice). Berlin: Springer.
- Karasu, T.B. (1986). The specific versus non-specific dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*. 143, 687-695.
- Kass, R.A., & Tinsley, H.E.A. (1979). Factor analysis. *Journal of Leisure Research*, 11, 120-138.
- 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.
- Kelley, F.L., & Fiske, D.W. (1951). *The prediction of performance in clinical psychology*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- 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.
- Kressel, K. (1997). Practice-relevant research in mediation: Toward a reflective research paradigm. *Negotiation Journal*, 2, 143–160.
- Ladany, N. (2007). Does psychotherapy training matter? maybe not. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 4, 392–396.
- Laireiter, A-L., & Willutzki, U. (2003). Self-reflection and self-practice in training of cognitive behaviour therapy: an overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 19–30.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for eclectic and integrative therapists. In J.C., Norcross, & M.R., Goldfried (a cura di), *Handbook of psychotherapy integration*, pp. 94-129. New York: Basic Books.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E., Bergin, & S.L., Garfield, (a cura di), 143-189. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 4th ed. New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (2003). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley.

- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (a cura di), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.; pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., Shimokawa, K., Christopherson, C.D., & Burlingame, G. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., & Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced. *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91-103.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, Ronald Press.
- Lee, Y-S., & Vakoch, D.A. (1996). Transfer and retention of implicit and explicit learning. *British Journal of Psychology*, 87, 637– 651.
- Leon, S.C., Martinovich, Z., Lutz, W., & Lyons, J.S. (2005). The Effect of Therapist Experience on Psychotherapy Outcomes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 417–426.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina.
- London, P. (1986). *The modes and morals of psychotherapy* (2nd ed.). New York, McGraw-Hill.
- Lorenzini, L., & Sassaroli, S. (1996). La formazione. In B.G., Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, pag. 720-739. Torino: Bollati Boringhieri.
- Luborsky, L. & Singer B. (1975) Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General sychiatry*, 32, 995–1008.
- Luborsky, L. & Spence, D.P. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In A.E., Bergin & S.L., Garfield (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.408-437). New York: Wiley.
- Luborsky, L. (1990). A guide to the CCRT method. In L., Luborsky, & P., Critschroph, *Understanding Transference: The CCRT Method*, pp. 15-36. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Woody, G.E., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., & Rosenzweig, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 49-62.

- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S., & Schweizer E. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A "Wild Card" in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6, 95–106.
- Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Macran, S., & Shapiro, D. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 13–25.
- Mahoney, M.J. (1980). *Psychotherapy Processes: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press.
- Mancini, F., Perdighe, C. (2010). Formazione e psicoterapia: utilità e funzioni della terapia personale nella formazione. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 26 (in stampa).
- Manring, J., Beitman, B.D., Mantosh, J.D. (2003). Evaluating competence in psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 27 (3), 136-144.
- Margariti, M.M., Kontaxakis, V.P., & Christodoulou, G.N. (2002). Toward a European Harmonization of Psychiatric Training. *Academic Psychiatry*, 26, 117-124.
- Matarazzo, R.G., & Patterson, D.R. (1986). Methods of teaching therapeutic skill. In S.L., Garfield, & A.E., Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3rd Ed. (pp. 821-843). New York: John Wiley.
- McCrone, P., Killaspy, H., Bebbington, P., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2009). The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in North London. *Psychiatric Services*, 60, 908–913.
- 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.
- McNamara, J.R. (1986). Personal therapy in the training of behavior therapists. *Psychotherapy*, 23, 370–374.
- Michielin, P., Vidotto, G., Altoè, G., Colombari, M., Sartori, L., Bertolotti, G., Sanavio, E., & Zotti, A.M. (2008). Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30, 1, A98-A104.

- Milne, D.L., Claydon, T., Blackburn, I.M., James, I., & Sheikh, A. (2001). Rationale for a new measure of competence in cognitive therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 21–33.
- Moldawsky, S. (1980). Psychoanalytic psychotherapy supervision. In A.K. Hess (a cura di), *Psychotherapy supervision. theory, research and practice* (pp. 126-135). New York: John Wiley.
- Molinari, E., Castelnovo, G. (2007). La formazione in psicologia clinica e psicoterapia: riflessioni e proposte. In E. Molinari & A. Labella (a cura di), *Psicologia clinica: dialoghi e confronti* (pp. 251-265). Milano: Springer.
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197.
- Niemi, P.M. (1997). Medical students' professional identity: Self-reflection during the pre-clinical years. *Medical Education*, 31, 408–415.
- Nietzel, M.T., & Fisher, S.G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 555-565.
- Norcross J.C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy. *American Psychologist*, 60, 8, 840-853.
- Norcross, J.C., & Farber, B.A. (2005). Choosing psychotherapy as a career: Beyond “I want to help people”. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 8, 939-943.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant R.F. (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Norcross, J. (1996). Training of psychotherapists. *Acta psychiatrica belgica*, 96, 218-237.
- Norquist, G.S. (2009). Contented but not better: problems with satisfaction. *Psychiatric Services*, 60, 867.
- O'Donovan, A., Dyck, M., & Bain, J. (2001). Trainees' experience of post-graduate clinical training. *Australian Psychologist*, 36, 149-156.
- O'Donovan, A., & Dawe, S. (2002). Evaluating training effectiveness in psychotherapy: lessons for the AOD field. *Drug and Alcohol Review*, 21, 239-245.
- O'Donovan, A., Bain, J.D., & Dick, M.J. (2005). Does clinical psychology education enhance the clinical competence of practitioners? *Professional psychology, research and practice*, 36, 1, 104-111.
- Omer, H., & London, P. (1988). Metamorphosis in psychotherapy: end of the systems era. *Psychotherapy*, 25(2), 171-180.

- Orlinsky, D.E., & Russell, R.L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: notes on the fourth generation. In: Russell, 1994, cap. 7, pp. 185-214.
- Orlinsky, D. (1995). The Graying and Greening of SPR: A Personal Memoir on Forming the Society for Psychotherapy Research. *Psychotherapy Research*, 5, 4, 343-350.
- Orlinsky, D., & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: a study of the therapeutic work and professional growth*. Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D.E. (2008). Psychotherapeutic professions as contexts of therapeutic practice and research I: current situation of the professions in varied countries, Book of abstract, 39th International meeting SPR, 18-21 June, 11-12.
- Orlinsky, D.E. (2009). Forty years of research and relationship: A personal perspective on the past, present, and future of SPR, 40th SPR International Annual Meeting, June 24 to 27, 2009.
- Padesky, C.A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis (a cura di), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 266–292). New York: Guilford Press.
- Parloff, M.B. (1976). Shopping for the right therapy. *Saturday Review*, February, 14-20.
- Pelliccia, A., Stoppa Beretta, S., & De Marco, I. (2005). La formazione in ambito cognitivo. In B.G. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, pag. 67-81, Torino: Bollati Boringhieri.
- Piper, W.E. (2004). Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 221-229.
- Priebe, S., & Wright, D. (2006). The provision of psychotherapy: an international comparison. *Journal of Public Mental Health*, 5, 3, 12-22.
- Raimy, V.C. (1950). *Training in clinical psychology (Boulder Conference)*. New York: Prentice-Hall.
- Ramsay, R.W. (1980). Goals of a personal therapy for trainees considered from a behavioural viewpoint. In W., deMoor, & H.R., Wijngaarden (a cura di), *Psychotherapy: Research and training* (Proceedings of the 11th international congress of psychotherapy held in Amsterdam, The Netherlands, 27–31 August, 1979) (273–276). Amsterdam: Elsevier.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness based stress reduction and health-related quality of life in a heterogenous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-92.

- Rezzonico, G., & Bani, M. (2008). Emozioni e dimensione soggettiva del terapeuta: del costruirsi terapeuta. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 22, 13 (1), 8-21.
- Rezzonico, G., & Bani, M. (2010). Verso una definizione del counselling: dalla rassegna storica alla ricerca di confini tra discipline affini. In Rezzonico, G., & Meier, C. *Il counselling cognitivo relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Rezzonico, G., & Ruberti, S. (1996). L'analisi cognitiva personale nella formazione dello psicoterapeuta cognitivo. In B.G., Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, 740-748, Torino: Bollati Boringhieri.
- Rønnestad, M.H., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16, 261-267.
- Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2003). The journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of career development*, 30, 5-44.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). What works for whom?: a critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press, traduzione italiana Roth A., Fonagy P. (1997). *Psicoterapie e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Russell, S.R., & Yarhouse, M.A. (2006). Training in Religion/Spirituality Within APA-Accredited Psychology Predoctoral Internships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 4, 430-436.
- Schon, D.A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schon D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schulte, D.L., Skinner, T.A., & Claiborn, C.D. (2002). Religious and spiritual issues in counseling psychology training. *Counseling Psychologist*, 30(1), 118-134.
- Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2006). *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Shafranske, E.P. (2000). Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatric Annals*, 30, 525-532.
- Shafranske, E.P., & Malony, H.N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 72-78.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sibilia, L. (2009). Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare. *Idee in psicoterapia*, 2(3) (in stampa).

- Skovholt, T.M., & Rønnestad, M.H. (1995). *The evolving professional self*. Chichester, England: Wiley.
- Skovholt, T.M., Rønnestad, M.H., & Jennings, L. (1997). The search for expertise in counseling, psychotherapy and professional psychology. *Educational psychology review*, 9, 361-369.
- Smith, D.P., & Orlinsky, D.E. (2004). Religious and spiritual experience among psychotherapists. *Psychotherapy*, 4, 144-151.
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-780.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Smith, T., & Richards, P.S. (2005). The integration of spiritual and religious issues in racial-cultural psychology and counseling. In R.T., Carter (a cura di), *Handbook of racial-cultural psychology and counseling: Vol. 4. Theory and research* (pp. 132–159). New York: Wiley.
- Smith, A.J.M., Kleijn, W.C.H.R., & Hutschemaekers, G.J.M. (2007). Therapist reactions in self-experienced difficult situations: An exploration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 1, 34-41.
- Steering Committee. (2002). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 38, 495–497.
- Stein, D.M., & Lambert, M.J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Stein, D.M., & Lambert, M.J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182–196.
- Stevens, H.B., Dinoff, B.L., & Donnenworth, E.E. (1998). Psychotherapy training and theoretical orientation in clinical psychology programs: a national survey. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 91-96.
- Strupp, H. (1973). *Psychotherapy: Clinical, research, and theoretical issues*. New York: Jason Aronson.
- In M.M., Clark (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 S., Macran, W.B., Stiles, & J.A., Smith (1999). How

does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46, 419 – 431.

Vakoch, D.A., Strupp, H.H. (2000). The evolution of psychotherapy training: reflection on manual-based learning and future alternatives. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (3), 309-318.

Van Deurzen, E. (2001). Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 4 (3), 357-371.

Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., & Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: adherence and competence ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.

Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, all must have prizes. *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.

Wedding, D. (2006). An international perspective on psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (8), 785-790.

Weisz, J., Weiss, B., Alicke, M. & Klotz, M. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.

Wheeler, S. (1991). Personal therapy: An essential aspect of counsellor training, or a distraction from focussing on the client? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 14 (3), 193-202.

Wheeler, S. (2002). Nature or nurture: are therapists born or trained? *Psychodynamic Practice*, 8, 427-441.

Whipple, J.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Nielsen, S.L., & Hawkins, E.J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: the use of early identification of treatment failure and problem solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59-68.

Wright, J.H., Basco, M.R., & Thease, M.E. (2006). *Learning Cognitive-Behavior Therapy: an illustrated guide*. APPI.

Wright, F. (1991). Should trainees undergo psychotherapy? Dr. Fred Wright responds. *The Behavior Therapist*, 14, 257–258.

Young, J.E., & Beck, A.T. (1980 and 1988). *Cognitive therapy scale: Rating manual*. Unpublished manuscript, Centre for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania, Room 602, 133 South 36th Street, PA 19104, USA.

Zennaro, A., Cristofanelli, S., & Vottero Ris, F. (2006). “Indicazioni per una buona metodologia della ricerca”. In N., Dazzi, V., Lingiardi, A., Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Zerbetto, R., & Tamtam, D. (2001). The Survey of European Psychotherapy Training 3: what psychotherapy is available in Europe? *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 4(3), 397-405.

Zinnbauer, B.J., & Pargament, K.I. (2005). Religiousness and spirituality. In R.F., Paloutzian, & C.L., Park (a cura di), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21–42). New York: Guilford Press.

Zuber-Skerritt, O. (1996). (a cura di) *New directions in action research*. London: Falmer Press.

### **Sitografia**

<http://www.psychotherapyresearch.org/>

<http://www.spr-italia.it/>

<http://www.cnsp-scuolepsicoterapia.it/>

<http://www.europsyche.org/eap/default.asp>

<http://www.ipeppt.net/>

[http://www.miur.it/0002Univer/0706Istitu/0708Istitu/index\\_cf2.htm](http://www.miur.it/0002Univer/0706Istitu/0708Istitu/index_cf2.htm)

<http://www.psy.it/>