

## **Dalla valutazione degli esiti alla competenza a curare: il percorso della ricerca empirica in psicoterapia**

### **SOMMARIO**

Gli studi sull'efficacia delle psicoterapie, condotti con differenti metodologie, sono ormai migliaia; essi hanno fornito la dimostrazione che le psicoterapie sono efficaci per la maggior parte dei disturbi psichici e che, in generale, offrono vantaggi rispetto ai trattamenti solamente farmacologici e a quelli "minimali", anche se sono, in generale, meno efficaci dei trattamenti combinati. Tuttavia, non è stato ancora possibile determinare con sicurezza la superiorità di una tecnica sulle altre, nonostante l'utilizzazione di sistemi statistici (meta-analisi) che permettono il confronto tra studi metodologicamente diversi. Un altro problema aperto è quello della ricaduta dei dati della ricerca sulla clinica in quanto gli studi di efficacia non sono in grado, di per sé, di dare informazioni su ciò che ha portato ai risultati, pur dimostrando che i risultati ci sono stati. Gli studi di processo invece hanno portato a molti dati, non sempre di facile interpretazione, sui fattori che sono correlati ai risultati. In questo articolo viene proposta un'esposizione dei risultati degli studi, che, considerando da un lato i dati acquisiti e dall'altro i problemi metodologici connessi, tende a definire il concetto di competenza del terapeuta coerentemente con i risultati della ricerca empirica in psicoterapia.

### **SUMMARY**

#### **From the evaluation of outcomes to the competence to cure: the path of the empirical research in psychotherapy**

There are by now thousands of studies, conducted with various methods, examining the efficacy of psychotherapy. The findings show that psychotherapy is, in fact, effective in curing many disturbances and, in general, is better than a strictly pharmacological approach or "minimal" treatment, though less effective than a combined regimen. However, there is not yet a treatment that allows comparisons between studies with different methods, despite the application of statistical meta-analyses. Another open question is the effect of the research data on clinical practice, since the studies of effectiveness do not demonstrate what actually leads to the results, but merely that the results have been achieved. Process studies have yielded several data, though not always easy to be interpreted, regarding the factors correlated to the results. The present article suggests an interpretation of the findings that takes into account both the data and the methodological problems involved, and defines the concept of therapeutic competence in a way that is consistent with the findings of the empirical research on psychotherapy.

-----

Se molti di noi considerano non solo utile, ma profondamente etico assumersi la responsabilità di valutare l'efficacia dei nostri trattamenti per migliorarne la qualità, questo tuttavia implica un'attenzione particolare non solo ai modelli di ricerca utilizzati e utilizzabili, ma anche ai loro riferimenti epistemologici e in particolare alla logica delle inferenze che possono essere tratte dai risultati degli studi. Un altro punto

---

<sup>1</sup> Docente di Psicoterapia presso l'Università degli Studi di Milano e di Milano Bicocca. Email: [emilio.fava@unimi.it](mailto:emilio.fava@unimi.it)

importante è quello delle implicazioni che i risultati delle ricerche possono avere rispetto allo sviluppo di competenze nei terapeuti.

I concetti base cui farò riferimento saranno pertanto quelli di *efficacia* dei trattamenti e di *competenza* dei terapeuti, segnalando subito che si tratta di due dimensioni collegate in modo complesso

Sono tutte questioni, per un verso o per l'altro, tutt'altro che accademiche. L'adesione (più o meno rigida) al modello EBM (Evidence Based Medicine) ha conseguenze forti sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria, nel senso che tende a definire quali pratiche terapeutiche saranno riconosciute e pagate in quanto efficaci e quali no, con conseguenze sulla formazione degli operatori e sull'organizzazione e la cultura dei servizi. L'individuazione dei fattori terapeutici che promuovono i cambiamenti è attualmente il focus principale della ricerca di processo in psicoterapia.

### **Gli studi di efficacia**

Veniamo al primo punto. Lo sviluppo di moltissimi studi sull'efficacia dei trattamenti, condotti con metodologie differenti, ha stimolato la ricerca di procedure che permettano il confronto tra di loro: l'*effect size* è una misura ricavabile dai risultati di una ricerca di efficacia, sia pre-post sia caso-controllo, ed è un valore paragonabile con l'*effect size* di altre ricerche.

In questo modo è possibile, in teoria, mettere in risalto le differenze di efficacia tra diversi trattamenti ed avere una visione complessiva dei risultati di un grande numero di studi relativi a vaste popolazioni di pazienti.

Se l'efficacia dei trattamenti psicoterapici, per molti tipi di disturbo psichico, è stata dimostrata rispetto ai gruppi di controllo con terapia "minima" o con solo trattamento psicofarmacologico, nella maggior parte delle meta-analisi sinora condotte non è stato possibile identificare in modo decisivo la superiorità di un modello di trattamento rispetto ad altri (Svartberg e Stiles, 1991, Crits-Cristoph 1992). M. Seligman (1995), in uno studio condotto su oltre settemila pazienti con una metodologia innovativa e statisticamente forte, non solo ha confermato l'efficacia dei trattamenti psicoterapici e combinati, ma anche l'"equivalenza" dei modelli di trattamento. Il fattore che invece risultò significativo era "*la libertà di scelta del medico e del tipo di trattamento*": i pazienti che erano stati costretti dalle loro assicurazioni ad avere determinati tipi di trattamento dichiaravano in media risultati inferiori, rispetto a chi aveva scelto liberamente terapeuta e terapia.

*Tutto ciò sembra, a prima vista, giustificare l'attribuzione del verdetto del dodo: "Tutti hanno vinto, tutti meritano un premio" ai risultati della "competizione" tra le diverse forme di psicoterapia.*

Questo ha indotto molti studiosi a porsi il problema del significato di questa equivalenza. Sono state postulate tre differenti ipotesi: che si possa arrivare agli stessi risultati per differenti vie, che in molte psicoterapie agiscano fattori terapeutici comuni, più o meno riconosciuti, o che vi siano dei difetti nei modelli di ricerca, tali da oscurare le differenze tra i risultati. I ricercatori pensano che vi sia probabilmente una combinazione di questi fattori, in particolare degli ultimi due.

L'analisi dei limiti delle procedure di ricerca, di calcolo e di inferenza dai dati ha, a mio parere, una priorità logica: se il modello non è buono o ha dei limiti, occorre considerare con cautela i suoi risultati e conclusioni.

Il limite più grande del calcolo dell'*effect size* è che questo è, di per sé, indipendente dalla qualità degli studi. Esso prescinde per esempio dal disegno dello studio, dai criteri di scelta del campione, dall'inclusione dei *drop out*, dalla adeguatezza dei tempi della ricerca e dalla validità degli strumenti, cioè, da ciò che determina la qualità di uno studio di tipo empirico.

La selezione degli studi da considerare in una meta-analisi è operata secondo criteri a priori dei ricercatori, che possono essere più o meno restrittivi.

Per esempio Smith e Glass considerarono 457 studi per la loro meta-analisi, mentre Shapiro, poco dopo, ne scelse solamente 143, utilizzando criteri di qualità più restrittivi.

La conferma o no del verdetto di Dodo sarebbe quindi collegata alla decisione di considerare solo meta-analisi che contengono studi di qualità indiscutibile.

Problema risolto? No, *poiché non vi è accordo sui criteri di qualità degli studi*.

In particolare vi è un orientamento all'interno dei sostenitori della Medicina Basata sull'Evidenza, che sostiene, in modo sostanzialmente ideologico, che devono essere considerati solo gli studi di efficacia classici, cioè solo gli studi controllati randomizzati, in cui i pazienti sono distribuiti a caso nei gruppi dei probandi e di controllo e dove i trattamenti sono standardizzati. Come dire: "No trials, no party". Questo esclude tutti gli studi di altro tipo e, in particolare, gli studi naturalistici di efficacia nella pratica (*effectiveness*) e gli studi di tipo qualitativo in cui si considerano i punti di vista (*perspectives*) di pazienti e terapeuti. Non vengono inoltre considerate le implicazioni degli studi di processo.

Coloro che sostengono questa posizione trascurano una serie di critiche su cui vale la pena soffermarsi perché in esse si evidenziano alcuni dei problemi più importanti della ricerca empirica, come per esempio le differenze tra le condizioni sperimentali e quelle reali dei trattamenti, i rischi connessi con l'uso dei manuali per la standardizzazione dei trattamenti e gli equivoci tra fattori terapeutici specifici e aspecifici.

In particolare, le critiche sono state formulate da Martin Seligman (1995), Wampold (1998) e dallo stesso Luborsky (1993).

A differenza degli studi osservazionali di efficacia nella pratica e degli studi di processo, gli studi controllati modificano alcuni trattamenti in modo da renderli non solo diversi, ma anche meno efficaci di quelli reali. In particolare, è stato dimostrato che l'attribuzione a *random* dei pazienti danneggia il costituirsi dell'alleanza terapeutica, uno dei fattori di esito più importanti, e che la standardizzazione dei trattamenti, attraverso l'uso di manuali, limita la variabilità e la flessibilità degli interventi del terapeuta, riducendo, in certe situazioni, l'efficacia dei trattamenti stessi.

Inoltre, per un insieme di motivi pratici gli studi controllati si occupano praticamente solo di trattamenti brevi e considerano i risultati a breve termine. I TCR non sono stati praticamente usati per valutare i trattamenti più lunghi e complessi e gli effetti a lungo termine. Nella meta-analisi di Growe (1993), per esempio, solo il 5 % degli studi ha durata superiore ai 24 mesi. *Le condizioni e le popolazioni di pazienti nelle situazioni reali in cui si svolgono i trattamenti sono diverse da quelle sperimentali*.

Un altro importante problema è quello degli strumenti di valutazione: molti strumenti di valutazione, per altro psicometricamente validi, non sono adatti a cogliere le reali differenze tra un trattamento e un altro. Alcuni strumenti sono più adatti di altri a dimostrare l'efficacia di un certo tipo di trattamento, altri prendono in considerazione aree di funzionamento troppo limitate: per questo sono stati proposti sistemi multidimensionali di valutazione che definiscano profili di cambiamento, piuttosto che strumenti che si limitano a considerare le variazioni relativamente ad una sola dimensione del cambiamento (Dazord e Gerin, 1990).

In uno studio su 476 pazienti, trattati nei servizi pubblici, è stato osservato come gli esiti dei pazienti in psicoterapia non si differenziavano sostanzialmente dal gruppo di controllo, costituito da pazienti trattati con farmaci e appoggio psicologico, se veniva usato uno strumento atto a misurare i cambiamenti su una scala ordinale sul percepirsi da "decisamente molto peggiorati" a "decisamente molto migliorati". Gli stessi gruppi di pazienti tuttavia mostravano significative differenze se venivano usati altri strumenti. In particolare i pazienti in psicoterapia formalizzata mostravano minor dipendenza dal Servizio, un atteggiamento più attivo nella terapia e sentivano, a parità di miglioramento sintomatico, di essere "cresciuti, maturati e padroni di se stessi" (Fava et al. 2001).

La conclusione è che gli studi di efficacia classici non perdono il loro valore, ma non possono essere considerati gli unici in grado di darci informazione sui risultati dei trattamenti. Il rischio è quello di

confondere ciò che è vero, con ciò che è (relativamente) facile da misurare. Questi argomenti andrebbero ulteriormente approfonditi e sviluppati (cfr. Fava e Masserini 2002).

Le meta-analisi sono lo specchio del punto cui è arrivata la ricerca sull'esito e ne riflettono tutti i limiti e tutte le contraddizioni.

Il pregio degli studi di efficacia classici o sperimentali (TRC) sta nell'aver mostrato, in modo difficilmente confutabile, l'efficacia delle psicoterapie, cognitive-comportamentali, dinamiche brevi e psicoeducative per le famiglie, per una parte significativa di pazienti, per la maggior parte dei disturbi psichici.

Se consideriamo invece una gamma più ampia di studi, includendo gli studi pre-post, tra cui l'importante studio, ancora in corso, di Blomberg (2002) sulla popolazione dei pazienti scandinavi in psicoterapia psicoanalitica e psicoanalisi, possiamo osservare con Gabbard che *"considerando un significativo numero di studi pre-post la psicoanalisi appare consistentemente utile per i pazienti con disturbi nevrotici e un po' meno per disturbi più severi"*.

Utilizzando criteri di inclusione degli studi meno restrittivi, il Verdetto del Dodo, seppure con dei limiti relativi alla qualità dei risultati, appare confermato.

Ma qual è l'utilità degli studi di esito? Essi, a ben vedere, si muovono nella prospettiva di confutare l'ipotesi che le psicoterapie, o alcune psicoterapie, siano inutili e quindi costituiscano uno spreco di risorse e un danno per il paziente. Si tratta di una prospettiva inquadrabile in un contesto di politica sanitaria. O se vogliamo di etica. *Tuttavia gli studi di esito, di per sé, non danno indicazioni che migliorino la qualità dei nostri trattamenti.*

Se proviamo invece a sostituire alla domanda: "sono efficaci le psicoterapie?" o "quali psicoterapie sono efficaci?", domande del tipo "che cosa rende efficaci le psicoterapie?" O "che cosa ha prodotto questo cambiamento?" o più in generale "che cosa rende il terapeuta capace di svolgere con successo il proprio compito (competenza del terapeuta) ?", allora entriamo in un campo più promettente.

Anche in questo contesto sono necessarie delle valutazioni di risultato, a lungo, breve o anche brevissimo tempo - in questo caso più che parlare di esiti di trattamento è utile parlare di obiettivi di processo (*process aims*) - ma queste valutazioni vanno correlate con variabili del paziente, del terapeuta e del trattamento.

L'obiettivo degli studi di processo è quello di vedere *come* la terapia funziona, non *se* funziona.

Una domanda che sta alla base del lavoro di ricerca che abbiamo svolto in questi anni, è la questione dell'utilità clinica della ricerca empirica in psicoterapia, cioè dell'effettivo contributo che la ricerca può dare rispetto allo sviluppo della competenza a curare. Questa questione non è ovvia: molti terapeuti, probabilmente capaci, non hanno avuto direttamente accesso ai dati della ricerca empirica e sono sicuro che molti di loro pensano che il lavoro di training possa farne a meno.

La questione è aperta anche perché è difficile valutare in che misura una certa conoscenza teorica o esperienza nel training si possa tradurre in una effettiva competenza a curare.

Per molti è implicita l'idea che la competenza a curare sia l'adesione a un modello di trattamento che si presuppone efficace, "se segui questo procedimento otterrai questi risultati". Questa idea ha un suo fondamento, ma ha dei limiti: innanzi tutto implica che i risultati ci siano e solo seguendo quelle procedure, il che va dimostrato. *Il paradosso dell'equivalenza dei risultati delle psicoterapie da un lato e la presenza di un considerevole numero di pazienti che non hanno risultati sufficienti, dall'altro, ha messo fortemente in crisi questo modello.* Il difetto di questo modo di pensare è soprattutto quello di non permettere di evidenziare, all'interno di un modello di trattamento qualsiasi, quali aspetti specifici producano quali specifici effetti. Se un trattamento ha successo, il terapeuta è portato a credere che ciò sia stato determinato dai fattori terapeutici che lui ritiene efficaci, e non da altri. Se il trattamento non ha successo, avrà a disposizione delle spiegazioni interne al suo modello di riferimento, ma ancora una volta senza nessuna certezza che le cause siano proprio quelle che pensa. In questo modo l'aderenza al modello si

sostituisce all'aderenza alla realtà. Si potrebbe obiettare che il terapeuta sa quello che fa, ma, come acutamente ha sottolineato Paolo Migone (1996), presupporre che sappiamo tutto ciò che facciamo è una di quelle sicurezze di cui proprio la Psicoanalisi ci ha privato.

Poiché la conoscenza possa procedere è probabilmente utile uscire dall'*impasse* determinata dalla logica autoconfermatoria e autoreferenziale sia delle narrazioni cliniche tradizionali, in cui gli eventi clinici sono scelti in funzione delle tesi che si vogliono dimostrare, sia degli studi di efficacia classici, in cui l'esito favorevole dà l'impressione di "validare" la tecnica dichiarata. Gli studi di efficacia classici, in modo non differente e anzi più radicale rispetto a valutazioni basate sull'"esperienza" dei clinici, *di per sé* ci possono dire che il trattamento ha funzionato, ma non quali fattori hanno portato al raggiungimento dei risultati. Come ha sottolineato Wampold tuttavia, coloro che conducono un tipo di trattamento che ha successo sono portati a ritenere che gli effetti del trattamento derivino da certi interventi specifici e non da altri. Ma nel determinare l'esito di quel trattamento, sia in senso positivo che negativo, può essere rilevante anche qualche altro fattore, che il terapeuta non considera, magari perché non è collegato al suo universo teorico di riferimento. Un esempio tra tanti di questo equivoco può essere il ruolo dell'interpretazione di transfert nei processi di cambiamento rispetto al ruolo della relazione interpersonale reale e di altri tipi di intervento. Quando si riteneva che l'interpretazione di transfert fosse lo strumento principale che portava al cambiamento, si determinava un implemento degli interventi di questo tipo e in particolare nei casi in cui si verificava un'*impasse* terapeutica: aumentiamo la dose. Questo punto di vista non è stato confermato dagli studi empirici (Kächele, 2001). Anche grazie alle osservazioni della ricerca (Kerberg, Gunderson, ecc.) attualmente l'interpretazione di transfert è considerata (in particolare nei casi dei pazienti gravi) un intervento ad alto guadagno/alto rischio e sono stati valorizzate altre modalità di intervento.

Inoltre i risultati possono essere letti, per così dire, al "contrario". Se un tipo di terapia ha successo nel 60% dei casi, mentre nel gruppo di controllo i risultati sono significativamente inferiori, possiamo con buon diritto affermare che quella terapia è efficace e siamo autorizzati a praticarla, applicando rigorosamente le regole di trattamento che sembrano correlate al raggiungimento dei risultati. Ma se leggiamo i risultati al "contrario", è evidente che un gruppo importante di pazienti non ha ottenuto risultati. Il sistema dell'applicare trattamenti di provata efficacia, sulla base degli studi di esito, ma anche dell'"esperienza" del terapeuta, ha il limite di non dare nessuna garanzia che quel tipo di tecnica sarà efficace per quel singolo paziente. L'idea della flessibilità dei modelli di trattamento è fondata anche su questa osservazione.

### **La competenza del terapeuta**

Come tutte le parole chiave il termine "competenza" è ambiguo. Essa implica da un lato la conoscenza, ma dall'altro anche l'abilità cioè la capacità di impiegare le conoscenze in modo da giungere ad una soluzione accettabile (Friedson, 2001). Le competenze presentano in parte un carattere formale, che può essere codificato, ma hanno altresì una dimensione tacita, implicita. Tali competenze vengono apprese come si dice "nella pratica".

"Il sapere e l'agire competenti si manifestano subordinando un insieme di singoli elementi, come indizi e strumenti, al raggiungimento di un risultato di efficienza" (Polanyi, 1994). Per quanto la competenza e la conoscenza di base possono essere intrecciate, i loro diversi ruoli nel lavoro impongono di mantenerne ben salda la separazione.

V. Giaconia (2000) ha affrontato in modo specifico il problema della competenza dello psicoanalista in una linea di continuità con le condizioni "naturali" della relazione madre-bambino, cioè dell'incontro della competenza ad accudire della madre e ad essere accudito del bambino. La competenza è definita sia come la capacità di "ricevere e produrre messaggi comunicativi" che "di sviluppo e trasformazione" (cioè cambiamento) "nell'incontro con l'ambiente", che è, nel nostro caso, "l'altro". La competenza del terapeuta

si incontra con quella complementare del paziente per produrre un risultato di cambiamento. Penso che questa impostazione sia particolarmente euristica perché può servire da “piattaforma” per integrare le conoscenze della ricerca empirica e dell’“infant research” con la riflessione concettuale collegata alla clinica (vedi anche A. Dreher, 2000).

I risultati della ricerca, come vedremo, ci sembrano confermare la validità di questi assunti poiché ci danno la possibilità di costruire a posteriori, sulla base della ricerca sugli esiti, una definizione delle competenze a curare che si confronti con le definizioni formali contenute nei manuali di tecnica e nei testi che codificano le conoscenze di base.

Su questo si fonda l’idea di partire dal confronto tra trattamenti, o tra sedute nello stesso caso o tra frammenti di sedute, per individuare i fattori che definiscono il “terapeuta efficace (competente)”, il “paziente efficace (competente)”, la “transazione efficace” o la “coppia terapeutica efficace”. In questo lavoro ha ovviamente una enorme importanza il considerare i fallimenti terapeutici e i *drop out*, attenzione che si contrappone, appunto, alla logica autoconfermatoria degli studi volti a dimostrare l’efficacia dei trattamenti. Infatti queste ricerche tendono in generale a non considerare i pazienti che se ne vanno o che non rispondono ai trattamenti.

Valutare l’efficacia dei trattamenti non è, non può e non deve essere quindi solo un fine, una procedura quasi-burocratica per validare tipi di trattamento, ma un mezzo, uno strumento per conoscere le variabili, i fattori che determineranno gli esiti.

Qui si pone un problema per nulla ovvio.

È possibile valutare l’efficacia delle psicoterapie in modo non solo affidabile e riproducibile, ma anche “valido”, cioè misurare davvero i risultati dei trattamenti?

La risposta è affermativa, ma a certe condizioni che mettono in discussione la maggior parte degli studi di efficacia in psichiatria. La valutazione degli esiti per essere aderente (o quanto meno vicina) al reale deve essere multidimensionale, deve, cioè, indagare sulle variazioni relative a molteplici aspetti del funzionamento umano, deve cogliere aspetti soggettivi e oggettivi del cambiamento, deve considerare i risultati da diversi punti di vista e considerare un periodo di tempo sufficientemente lungo rispetto alla durata naturale presunta di malattia.

La procedura che caratterizza la ricerca di processo consiste sostanzialmente nel cercare di correlare buone, cioè valide, misure di esito, complessivo o parziale, con variabili o fattori che appartengono al terapeuta, al paziente o al campo terapeutico, che include sia la relazione terapeutica che ciò che le sta intorno.

Le variabili che sono state considerate possono essere generali e di facile valutazione come può essere l’età o il sesso del paziente o del terapeuta, ma quelle che si sono rivelate più interessanti sono le variabili collegate all’interazione tra paziente e terapeuta. Vi è una tendenza a sviluppare strumenti che colgano, in modo affidabile e riproducibile, aspetti delle transazioni che avvengono nelle singole sedute, come SASB (Social Behavioural Analysis System) e CCRT (Core Conflictual Relational Theme) e altri.

In generale possiamo dire che se noi consideriamo in una prospettiva di insieme i *focus* e i risultati della ricerca empirica possiamo osservare come si venga a costituire un modello base di trattamento. Questo modello tende ad includere una serie di punti di interesse e di procedure di base che sembrano comuni alla maggior parte degli interventi psicoterapeutici riusciti.

In generale le dimensioni che appaiono maggiormente correlate al raggiungimento di risultati sono la costruzione dell’alleanza terapeutica, la relazione reale tra terapeuta e paziente e l’accuratezza degli interventi. Questa prospettiva è espressa chiaramente nelle conclusioni di Henry a una serie di studi condotti con il metodo SASB (Structural Analysis of Social Behaviour). Henry (1993) dice: “La mancanza di processi negativi interpersonali può non essere sufficiente a garantire cambiamenti positivi, ma la presenza di livelli assoluti, anche se relativamente bassi, di questi processi negativi sembra sufficiente ad inibire il

cambiamento". A conclusione di altri studi risulterà che: "L'aderenza ai manuali di psicoterapia, indipendentemente dall'orientamento, aumenta le capacità tecniche dei terapeuti, ma non le capacità relazionali, che anzi ne verrebbero diminuite". Sembra inoltre importante il ruolo del corretto riconoscimento dei contenuti narrativi del paziente e, nel caso dei pazienti gravi, dell'integrazione con gli interventi riabilitativi (apprendimento di comportamenti sociali), psicosociali e psicofarmacologici.

*L'appartenenza ad una scuola di psicoterapia, piuttosto che a un'altra, l'esperienza e la formazione ricevuta e anche la terapia personale sono deboli predittori di risultato. Esistono terapeuti che hanno sistematicamente modesti risultati e altri che hanno sistematicamente risultati migliori. La formazione, cioè, interagisce con variabili legate alla persona del terapeuta che sono apparse più robustamente correlate al raggiungimento dei risultati.* Per questo motivo è probabilmente un errore sottolineare gli aspetti specifici degli interventi a scapito di altri fattori considerati aspecifici (Lambert, Bergin, 1983). Ciò che è stato considerato aspecifico può essere considerato specifico e ciò che si ritiene specifico può essere presente, magari con nomi diversi, in diversi tipi di trattamento. I diversi approcci in psicoterapia dovrebbero poter giustificare, sul piano della ricerca, i vantaggi in più che ritengono di poter offrire e che non dipendono da quei fattori comuni alla maggior parte dei trattamenti ben fatti. Essi dovrebbero, inoltre, considerare se il loro apparato tecnico concettuale favorisce lo sviluppo di queste competenze di base. È probabile che l'apprendimento di tecniche e la tendenza alla definizione di modelli teorici, se non è accompagnata dalla cura per lo sviluppo delle competenze aspecifiche o "implicite" diminuisca, piuttosto che accrescere, la competenza dei terapeuti in formazione.

### **Il terapeuta di casi riusciti**

Vorrei concludere con la descrizione, necessariamente sintetica, del profilo del buon terapeuta sulla base dei risultati finora acquisiti nella ricerca. La maggior parte dei dati, cui farò riferimento, sembra riguardare proprio competenze "aspecifiche". Questi risultati rendono in qualche misura già possibile un primo confronto con le osservazioni nate nel contesto della ricerca clinica che riguardano aspetti assimilabili a quelli evidenziati dalla ricerca empirica.

Innanzitutto egli (il terapeuta di casi riusciti) è mentalmente abbastanza sano, cioè non ha bisogni impellenti di natura nevrotica da realizzare nella relazione con il paziente. Nella sua riflessione sulla competenza dell'analista, V. Giaconia (2000) sottolinea preliminarmente la capacità di utilizzare la propria affettività e la conoscenza di se stessi come strumento di comprensione, la capacità di tollerare il conflitto psichico e le tensioni che esso suscita, la tolleranza della presenza e delle richieste dell'altro, nonché il riconoscimento dell'altro come diverso e ignoto. È questa, mi sembra, una buona definizione di salute mentale.

È preparato ad affrontare modelli relazionali (o stili di attaccamento) che pongono delle difficoltà iniziali, in particolare la difficoltà di suscitare interesse da parte del terapeuta, ad accedere e a mantenere una relazione di aiuto o comportamenti che suscitino sentimenti negativi. Molti pazienti *drop out* interessano poco al terapeuta e hanno prognosi più negative oppure, all'altro estremo, sono spaventati dalla sua disponibilità e dal suo interesse.

È capace di costruire una visione comune o comunque compatibile della natura del problema che si sta affrontando e sui metodi per affrontarlo. Moltissimi studi, da prospettive diverse, segnalano l'importanza di questo processo di avvicinamento. Per esempio: gli studi sulla motivazione al trattamento, sulla condivisione di significato, sulla libera scelta tra paziente e terapeuta, sui valori condivisi, sul genere dei terapeuti, sulle parole emozionali, sulla negoziazione dei motivi narrativi, ecc.

Potremmo dire che il terapeuta di casi riusciti è in grado di costruire un'alleanza terapeutica, perché è capace di negoziare un progetto comune e può fare questo perché è capace di sentire, comprendere e

condividere il punto di vista del suo interlocutore (isotopia). Il processo di negoziazione implica, tuttavia, un confronto tra punti di vista originariamente diversi e quindi comprende necessariamente anche il ruolo, le idee, le intenzioni dello psicoterapeuta. I ruoli sono complementari, non equivalenti: il terapeuta si assume la responsabilità della cura e del trattamento.

Le sue reazioni controtrasferali si sviluppano a livello oggettivo e a livello riflessivo secondo il modello di Raker da cui è derivato CTRS (Normandin, Brochard, 1993): cioè, tende ad essere soggetto partecipante consapevole nella relazione con il suo paziente. È particolarmente attento alle relazioni reali con il paziente e si muove sul piano della complementarità relazionale: mai nelle posizioni di biasimo, attacco e trascuratezza (che compaiono sul lato sinistro del modello circomplesso SASB). Dà spazio al paziente, favorendone l'autonomia o esercita una funzione di controllo; non critica, se questo corrisponde a ciò di cui il paziente mostra di avere bisogno. Non impone il proprio punto di vista, non dà consigli o direttive a meno che ciò non sia trasformabile in un compito condiviso, si trattiene dall'attribuire significati che il paziente non è in grado di condividere e di co-costruire. Giaconia sviluppa il concetto di *astinenza* come rimozione volontaria dell'analista della tendenza a rappresentare fino al momento in cui il contenuto psichico non è chiaramente percepibile in qualche sua espressione sia dall'analista che dal paziente, con un rimando al concetto di "fatto scelto" secondo Bion.

È empatico, rispettoso, cordiale, sincero, autentico. La dimensione dell'autenticità non è facile da definire perché comprende aspetti eterogenei come spontaneità e genuinità, non difensività, dimensioni inconscie della mente dell'analista e capacità di contatto con sé e con la propria realtà esistenziale. L'autenticità del terapeuta rafforza l'alleanza terapeutica, diminuisce l'idealizzazione e le dinamiche di potere, induce il paziente a sua volta a sperimentare sentimenti e comportamenti più autentici, creando nuove dimensioni di esperienza (Stern, 1998) e inducendo quindi forme di riorganizzazione cognitive ed emotive (Cancheri, Bonucci, 1999).

È evidente l'importanza della salute emozionale del terapeuta, dell'assetto riflessivo del controtransfert, dell'astinenza a rappresentare e della complementarità relazionale senza le quali l'autenticità diviene abuso.

Il corretto riconoscimento dei contenuti narrativi e delle strategie difensive o finalizzate alla realizzazione di schemi motivazionali (accuratezza) è un altro fattore di riuscita dei trattamenti. La competenza del terapeuta è quindi collegata alla sua abilità pratica, nel riconoscerli e nel differenziarli tra di loro. Il potere terapeutico delle spiegazioni è fortemente condizionato dal contesto relazionale, dall'attivazione emozionale e dai livelli metacognitivi raggiunti. Peraltro è difficile pensare ad una buona relazione che non comprenda la comprensione dei vissuti dell'altro.

La variabilità delle diagnosi e dei casi clinici dovrebbe mettere in guardia rispetto alla tendenza a ricondurre i processi psichici a pochi e ripetitivi schemi di funzionamento. Il terapeuta di casi riusciti è quindi capace di discriminare, nella più vasta gamma di situazioni e di combinazioni possibili, quella più aderente alla realtà che caratterizza quel momento nei termini di contenuti rappresentazionali, di assetti relazionali, di meccanismi di difesa e di schemi motivazionali possibili. L'applicazione di strumenti di valutazione di processo specificamente costruiti per cogliere la variabilità in queste aree può aiutare il terapeuta in formazione a discriminare tra le diverse situazioni. A questo proposito Giaconia parla di capacità di far "scorrere i modelli teorici sino a scegliere quello più appropriato" recuperando il significato originale della parola "teoria" come "processione (re-fluire, scorrere) di dei". In questo modo si definisce una pratica o un atteggiamento di apertura e di ricerca di una verità emotiva, in cui la teoria non può più essere usata come strumento di difesa che rende il terapeuta incapace di comprendere e funzionare.

Il fatto che questo profilo sia fortemente supportato dai dati della ricerca empirica attualmente disponibili non implica che in esso siano indicate le condizioni necessarie e *sufficienti* per la riuscita dei trattamenti. Da un lato molte variabili devono ancora essere indagate e verificate, dall'altro la competenza



del terapeuta deve incontrare la competenza specifica del paziente.

La qualità della partecipazione del paziente alla terapia è condizionata da un insieme di fattori ed ha un ruolo ugualmente importante (Orlinsky, Grawe e Parks, 1994). E questo è un argomento che in questo contesto non possiamo sviluppare adeguatamente.

Inoltre i terapeuti possono utilizzare “tecniche” differenti, che possono essere adatte ad affrontare situazioni altrettanto specifiche. Altri elementi specifici, legati alla persona o alla tecnica, possono aggiungere qualcosa alla competenza di base, probabilmente necessaria, che è emersa dai dati delle ricerche condotte e replicate. Per esempio le potenzialità trasformatrici collegate all’incontro della pulsione a significare del terapeuta e del paziente, che trasforma le fantasie inconsce in un pensiero esprimibile ed elaborabile, potrebbe costituire lo specifico della psicoanalisi, ma ciò è uno di quegli aspetti che non sono stati ancora esplorati a fondo dalla ricerca empirica.

## BIBLIOGRAFIA

- Benjamin L.S. (1974) *Structural analysis of social behavior* Psychological Review, 81: 392-425.
- Blomberg J. et al. (2001) *Long-term outcome of long term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study* Psychotherapy Research, 11, 4: 361-382.
- Crits-Christoph P. (1992) *The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis* American Journal of Psychiatry, 149, 2:151-158.
- Dreher A. U. (2000) *Foundations for conceptual research in psychoanalysis* Karnac Books, Londra.
- Fava E. et al. (2000) *The effects of psychotherapies: a study on patients' perception of results in an Italian public setting* International Journal of Social Psychiatry, 46, 4: 290-305.
- Fava E. et al. (2002) *Esiti e predittori di esito nelle psicoterapie psicoanaliticamente orientate: uno studio di efficacia reale in un contesto tipico di trattamento* Ricerca in Psicoterapia, 5, 3: 35-64.
- Fava E., Masserini C. (2002) *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico: il contributo della ricerca valutativa alla clinica* Franco Angeli, Milano.
- Friedson H. (2001) *Professionalismo* trad. it., Dedalo, Milano.
- Gabbard G. O., Gunderson J. G., Fonagy P. (2002) *The place of psychoanalytic treatments within psychiatry* Arch. Gen. Psychiatry, 29: 505-510.
- Garfield S.L., Bergin A.E. (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change* Wiley, New York.
- Gerin P., Dazord A., Sali A. (1991) *Psychotherapies et changements: methodologie de leur evaluation* Presses Universitaires de France, Paris.
- Giaconia G., Pellizzari G., Rossi P. (2000) *Nuovi fondamenti della tecnica psicoanalitica* Borla, Roma.
- Henry W. P., Strupp H. et al. (1993) *Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 434-440.
- Lambert M. J., Bergin A. E. (1983) *Therapist Characteristics and their contribution to psychotherapy outcome* in C. E. Walker *The handbook of clinical psychology* vol. I, Homewood, Dow Jones-Irwin.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. (1988) *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes* Basic Books, New York.
- Luborsky L., McLellan A. T. et al. (1985) *Therapist success and its determinants* Archives of General Psychiatry, 42: 471-481 e 602-611.
- Luborsky L. (1984) *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Migone P. (1996) *La ricerca in psicoterapia; storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo* Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. CXX, n. 2: 182-238.
- Normandin L., Bouchard M.A. (1993) *The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflexive countertransference* Psychotherapy Research, 3, 2: 77-94.
- Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. (1994) *Process and outcome in psychotherapy - noch einmal* in S. L. Garfield, A. E. Bergin *Handbook of psychotherapy and behaviour change* Wiley, New York.
- Pancheri L., Bonucci C. (1999) *Autenticità nella relazione analitica come fattore terapeutico* Psicoterapia, 5, 18: 27-39.
- Polanyi K. (1967) *La conoscenza inespressa* trad. it., Armando, Roma, 1979.
- Seligman M. (1996) *The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study* American Psychologist, 50: 965-974.

- Svartberg M., Stiles T. (1991) *Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 704-714.
- Waldinger R. J., Gunderson J. G. (1984) *Completed psychotherapies with borderline patients* Am. J. Psychoter., 18: 190-202.
- Wampold B. E. (1997) *Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies* Psychotherapy Research, 7: 21-43.