

LA QUESTIONE DELLE PSICOTERAPIE E DEL COUNSELING "SUFFICIENTEMENTE BUONI"¹

Stefano Blasi² & Mario Rossi Monti³

1. Psicoterapia e counseling: alcune caratteristiche distintive

Il 5° congresso SEPI-Italia ha avuto come tema il tentativo di comprendere le comunanze e le differenze tra psicoterapia e counseling. E' un'impresa molto difficile. Per prima cosa è difficile fornire una definizione convincente di psicoterapia e di counseling, poiché esistono tante e diverse psicoterapie e tanti e diversi counseling, così come varie forme di ibridazione tra le due discipline. Sarebbe quindi opportuno parlare dei diversi counseling e delle diverse psicoterapie. Facendo riferimento al libro di Giusti e Spalletta (2012), uscito in occasione del 5° congresso SEPI-Italia, possiamo fare leva, per tentare di tracciare una distinzione generale preliminare, sui requisiti per la formazione in Italia degli operatori in questi due campi.

In Italia, per diventare psicoterapeuta, occorre come prerequisito la laurea in medicina o psicologia, il superamento di un esame di stato per l'abilitazione alla professione e l'iscrizione all'albo dei medici o degli psicologi. L'iscrizione all'elenco degli psicoterapeuti prevede la specializzazione in psicoterapia, che consiste in un percorso quadriennale di almeno 2000 ore di formazione in scuole pubbliche o private abilitate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), un tirocinio pratico supervisionato in strutture pubbliche o private accreditate ed il superamento di un esame finale con la discussione di alcuni casi clinici. Per quanto riguarda il counseling in Italia non esiste una normativa precisa né precisi vincoli formativi istituzionali, non esiste un ordine professionale che certifichi il possesso dei requisiti necessari per l'esercizio della professione, né un codice deontologico in base al quale si possa sanzionare la violazione delle norme nel rapporto con l'utenza. Le scuole di counseling in Italia possono seguire, ma non sono obbligate, gli standard dell'associazione europea: l'EAC (European Association for Counseling). Seguendo questi standard, per diventare counselor occorrerebbe (Giusti & Spalletta, 2012): aver conseguito il diploma di scuola media superiore, 23 anni compiuti e il completamento di un corso di counseling di 450 ore in non meno di due anni, con la possibilità di proseguire la formazione frequentando corsi avanzati (il sito dell'EAC fa riferimento a 950 ore da svolgersi dai 3 ai 6 anni, di cui 450 di corso, 450 di pratica supervisionata e 50 ore di percorso personale). Di fatto la situazione italiana dei modelli e scuole di counseling è molto varia e non sempre le scuole si attengono agli standard EAC. Una grande varietà è presente in Italia, come all'estero, anche nel campo della psicoterapia, ma si tratta principalmente di una varietà di offerta di teorie e modelli,

¹ Contributo apparso come capitolo 1 nel volume: Carere-Comes T., Montanari C. (a cura di), *Psicoterapia e Counseling: Comunanze e Differenze*. Edizioni Scientifiche ASPIC, Roma, pp. 8-35.

² Dipartimento di Scienze dell'Uomo, Università di Urbino Carlo Bo'; Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva (SBPC)

³ Dipartimento di Scienze dell'Uomo, Università di Urbino Carlo Bo'; Società Psicoanalitica Italiana (SPI)

Per corrispondenza: blasi.stefano@libero.it

mentre gli standard formativi sono pressoché omogenei poiché in Italia il percorso nelle scuole di specializzazione in psicoterapia è regolamentato e garantito dall'accREDITamento e dalla supervisione di un ente istituzionale esterno alle scuole: il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

2. La psicoterapia e il counseling nel contesto internazionale

Come abbiamo visto in Italia la psicoterapia è istituzionalmente regolamentata e possono esercitarla solo i medici o gli psicologi dopo una scuola di specializzazione. In campo internazionale la situazione della psicoterapia è multiforme (Priebe & Wright, 2006). In Europa, la Germania circoSCRIVE la pratica della psicoterapia ai medici ed agli psicologi. In Francia possono iscriversi al registro nazionale degli psicoterapeuti chi, tra medici, laureati in psicologia o psicoanalisti, abbia effettuato uno specifico corso formativo regolamentato. In Olanda sono riconosciuti come psicoterapeuti gli psichiatri e gli psicologi che si sono formati in istituti di psicoterapie accREDITati. In Svizzera gli psicoterapeuti che appartengono alle due associazioni professionali di psicoterapia, sono per legge o psichiatri o psicologi con un training addizionale. In Spagna non ci sono restrizioni legali o registri ma la maggioranza degli psicoterapeuti sono psichiatri o psicologi con un training specifico. In Inghilterra non ci sono restrizioni legali o registri ma la formazione in psicoterapia avviene con la frequenza a specifici corsi e superando degli esami. Ci sono tre principali associazioni inglesi (United Kingdom Council for Psychotherapy – UKCP; British Association for Counselling and Psychotherapy – BACP; British Psychoanalytic Council - BPC) che raggruppano gli psicoterapeuti dalle differenti provenienze professionali (insegnanti, assistenti sociali, counselor, infermieri, psicologi, medici ecc.; Tantam, 2006) e vigilano sugli standard formativi. In Austria la professione di psicoterapeuta è autonoma e regolamentata e la formazione è accessibile sia a chi ha un diploma di scuola superiore sia ai laureati in psicologia, medicina, scienze sociali, dell'educazione e agli insegnanti (Kryspin-Exner, 2001). Ad eccezione dell'Austria e dell'Inghilterra, tutte le nazioni europee hanno stabilito una qualche forma di regolamentazione che impedisce a chi non ha una laurea in medicina o psicologia ed un relativo training psicoterapeutico di praticare la psicoterapia (Meignant, 1999).

Negli USA per diventare psicoterapeuti occorre una licenza (in psicologia o altre professioni riconosciute) che è regolamentata nei diversi stati⁴. Generalmente occorre come prerequisito minimo una laurea specialistica in assistenza sociale, counseling o psicologia (in alcuni stati, come la California, un dottorato di ricerca) con un indirizzo in psicoterapia. Anche gli psichiatri possono esercitare la psicoterapia ma, di fatto, sono una minoranza. Sia il master degree che il dottorato (Ph.D.) per gli psicoterapeuti prevedono almeno due anni di pratica clinica supervisionata. Nella maggior parte degli stati americani occorre il superamento dell'esame nazionale per la pratica professionale in psicologia (NEPPP - National Examination for Professional Practice in Psychology) ed l'esame pratico per ottenere la licenza dello stato specifico (Sayette et al., 2011).

La situazione del counseling in campo internazionale è ancora più caotica. Occorre premettere che storicamente (Perussia, 2007), nello scenario statunitense, è stato soprattutto il counseling, e non

⁴ In alcuni stati americani counselor, sacerdoti, ministri del culto e rabbini possono praticare la psicoterapia senza licenza.

la psicoterapia, che ha fatto nascere e crescere la concreta attività terapeutica degli psicologi. Sarebbe quindi la terapia psicologica (separata da quella medica, psichiatrica e psicoanalitica) a derivare dal counseling e non il contrario. Il counseling è considerato uno degli aspetti più rilevanti della psicologia applicata negli Stati Uniti dagli anni 50 del secolo scorso in poi (Zytowsky e Rosen, 1982).

A livello internazionale il counseling è un'attività non regolamentata (Perussia, 2007) ma esistono numerose associazioni e federazioni di associazioni che presiedono e dettano gli standard sulla formazione professionale (in alcuni stati americani c'è una licenza per il counseling).

Negli USA il counseling può essere svolto da diverse figure professionali, tra cui psicologi, assistenti sociali, infermieri, medici, insegnanti, terapeuti di coppia, ecc. Per comprendere bene la situazione degli Stati Uniti, occorre però discriminare tra *counselor* (non psicologi) e *counseling psychologist* (psicologi).

L'associazione americana di counseling (American Counseling Association - ACA) prevede che il titolo di *counselor* sia conseguibile tramite due vie: a) nel pubblico, nelle diverse sedi universitarie accreditate tramite il Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP); b) nel privato, acquisendo il National Certified Counselor Certification (NCCC), superando comunque un esame nazionale (National Counselor Exam - NCE) ed avendo acquisito comunque un numero variabile di ore in alcuni corsi universitari propedeutici⁵.

Negli Stati Uniti il counseling viene svolto molto spesso da psicologi abilitati, i cosiddetti *counseling psychologists* (stessa cosa avviene in Canada, dove il counseling è una branca della psicologia applicata; Young & Nicol, 2007). Difatti l'Associazione Psicologica Americana (APA) ha una specifica divisione dedicata ai *counseling psychologists* (Divisione 17) ed una dedicata ai *clinical psychologists* (Divisione 12). Per ottenere il titolo di *counseling psychologist* occorre frequentare, dopo la laurea (bachelor degree) un master universitario (2-3 anni) o un dottorato di ricerca (Ph.D. - 5 anni). Il titolo di *clinical psychologists*, viene ugualmente ottenuto, dopo la laurea, frequentando un master o dottorato in psicologia clinica. Poi è possibile svolgere in entrambi i casi una ulteriore formazione in psicoterapia specializzandosi in modelli specifici (terapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale, ecc.).

Seguendo le disamine di Norcross (et al., 1998) e Sayette (et. al, 2011) i corsi di dottorato in clinical psychology sono più numerosi e sono situati nei dipartimenti di psicologia mentre i corsi di dottorato in counseling psychology sono meno diffusi e hanno sede presso i dipartimenti di scienze dell'educazione ed altri dipartimenti di scienze sociali.

Occorre ricordare che nel contesto internazionale i counselor e gli psicologi che effettuano counseling fanno riferimento a differenti modelli psicoterapeutici (Feltham & Horton, 2012) ed effettuano quindi dei counseling ad orientamento psicodinamico, cognitivo-comportamentale, umanistico esistenziale, costruttivista, integrato. L'orientamento centrato sul cliente e quello

⁵ In Italia la maggior parte dei corsi di counseling sono svolti da associazioni private e in numero minore dalle università con master o corsi di perfezionamento. In Italia, diversamente dagli Stati Uniti, nei corsi svolti da associazioni private allo studente non è richiesta la frequenza di corsi universitari propedeutici. Questa ampia libertà, come vedremo, potrebbe lasciare spazio ad una formazione gestita autonomamente dal singolo e dall'ente formatore, una formazione non controllata e *potenzialmente* scadente (e quindi potenzialmente dannosa per l'utenza), se le scuole di formazione non si attengono a standard rigorosi.

umanistico sono più diffusi tra i counselor, mentre quello cognitivo-comportamentale e quello psicodinamico tra gli psicologi clinici (Norcross et al., 1998).

Come si può notare queste forme di ibridazione rendono arduo il compito di discriminare complessivamente la psicoterapia dal counseling. Nel variopinto mondo dei professionisti della salute mentale americani (mental health professionals) la differenza, perlomeno negli itinerari formativi e nella relativa retribuzione, sembra radicarsi più tra i vari professionisti non psicologi che praticano counseling (assistenti sociali, infermieri psichiatrici, terapisti occupazionali, ecc.) e che hanno o meno la licenza di counselor professionista (Licensed Professional Counselor - LPC) e tra psicologi abilitati che praticano counseling e/o psicoterapia. I primi hanno un livello di istruzione accademica meno alto ed una retribuzione più bassa dei secondi.

3. Il problema della definizione nelle psicoterapie e nel counseling

Definire che cos'è la psicoterapia e che cos'è il counseling è piuttosto difficile. Come abbiamo detto precedentemente è possibile aggirare il problema dicendo che la psicoterapia è quella cosa che viene effettuata dagli psicoterapeuti e il counseling dai counselor. E quindi sarebbe la formazione a discriminare i due ambiti.

Ma questa distinzione è problematica. Come abbiamo visto molti psicologi abilitati eseguono forme di counseling (sia in Italia che all'estero); il counseling si avvale e si fonda su teorie psicoterapeutiche (psicodinamiche, cognitivo comportamentali, umanistico-esistenziali, ecc.) ed i counselor effettuano atti in comune con la psicoterapia⁶.

Dal punto di vista giuridico non vi sono problemi se il counselor è uno psicologo (la "consulenza psicologica" o il counseling psicologico rientrano a pieno titolo nelle competenze dello psicologo) oppure è un counselor con licenza e residente all'estero (come negli Stati Uniti), mentre in Italia un counselor non può effettuare "atti tipici" della professione di psicologo né di psicoterapeuta, poiché rischia l'esercizio abusivo della professione psicologica (Legge n. 56 del 18 febbraio 1989). In Italia, infatti, vi sono state alcune condanne in primo e secondo grado perché alcuni non psicologi impiegavano "strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico" (legge 56/89, art. 1). Inoltre gli psicologi che insegnano tali "atti tipici" ai non psicologi, sono sanzionabili poiché "lo psicologo, a salvaguardia dell'utenza e della professione, è tenuto a non insegnare l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento riservati alla professione di psicologo, a soggetti estranei alla professione stessa (art. 21, Codice deontologico degli psicologi)." Vi sono anche in questo caso delle sentenze della magistratura italiana.⁷

La situazione giuridica è complessa e in divenire poiché, a fronte di alcune condanne per esercizio abusivo della professione o facilitazione di quest'ultimo, vi è un disegno di legge (Disposizioni in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi - DDL 3270), già passato alla Camera, che permetterebbe alle associazioni private (tra cui il counseling) di ottenere un riconoscimento dallo

⁶ Dire "atti psicoterapeutici" presupporrebbe dare una paternità forse illegittima alla psicoterapia di una serie di "abilità di aiuto" condivise da tante pratiche di cura umane.

⁷ Le sentenze ovviamente non sanzionano l'insegnamento delle teorie psicologiche da parte degli psicologi ma sanzionano la formazione pratica, l'addestramento pratico di quelle teorie (insegnare Freud al liceo non è reato!).

Stato⁸. Il 3 Maggio 2012 il Deputato On. Binetti ha presentato alla Camera un'interrogazione parlamentare sulla figura del counselor, chiedendo di appurare se vi fossero profili di esercizio abusivo della professione di psicologo da parte dei counselors.

4. Il problema degli strumenti e dell'oggetto nelle psicoterapie e nel counseling

Le sentenze che hanno condannato alcuni non psicologi per esercizio abusivo della professione psicologica fanno riferimento al codice deontologico e agli "atti tipici", cioè "agli strumenti conoscitivi e di intervento riservati alla professione di psicologo" (art. 21, codice deontologico degli psicologi). Per strumenti conoscitivi si intendono generalmente i test psicologici ed il "colloquio psicologico". Il test può essere considerato uno strumento conoscitivo "specifico" della professione psicologica. Rispetto all'uso di questo strumento conoscitivo non vi sono ambiguità tra psicologi, psicoterapeuti e counselor: i test possono essere somministrati solo dai primi due. Il colloquio psicologico, che può essere considerato uno strumento conoscitivo più "aspecifico", presenta una maggiore difficoltà nella definizione (a meno di non ritornare alla tautologia di definirlo tramite chi lo effettua). Se pensiamo ad un colloquio clinico, più che gli strumenti impiegati (domande aperte, riformulazioni, chiarificazioni, ecc.), la sua specificità è rappresentata oltre che dalla figura di chi lo effettua, dalla sua finalità: pervenire ad una diagnosi psicologica. In questo senso, per una definizione, si può fare riferimento al concetto di "colloquio tecnico" invece di "colloquio quotidiano" (Quadrio & Galardi, 1997). Il colloquio psicologico sarebbe un "colloquio tecnico" per la presenza di un obiettivo specifico (diagnosi e cura), di un conduttore che ha un titolo socialmente riconosciuto, di una asimmetria dei ruoli tra gli interagenti, di uno specifico luogo deputato (setting) e di una specifica cornice di riferimento teorica. Stessa logica è applicabile ad un colloquio psicologico di selezione del personale o, in linea di principio, al colloquio tecnico che svolge il magistrato con un imputato⁹. E' evidente che anche il counselor impiega il colloquio (come il pedagogo, il filosofo, l'educatore, l'insegnante, ecc.) ed utilizza degli strumenti in comune (domande aperte e chiuse, ascolto attivo, ecc.) ma non utilizza il "metodo del colloquio"¹⁰

⁸ Dal sito del CoLAP (Coordinamento delle Libere Associazioni Professionali) emerge che alcune professioni regolamentate come ingegneri e architetti sarebbero equiparate con professioni dai contorni più vaghi come "pranoterapeuti sensitivi" o "operatori reiki amore universale". Il rischio, che vale in linea di principio anche per il counseling, è la totale autoreferenzialità delle procedure di valutazione, controllo e accreditamento delle associazioni professionali, che potrebbe offrire legittimazione a pratiche prive di evidenza scientifica e correttezza deontologica. L'Ordine degli Psicologi, la conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia e L'Associazione Italiana di Psicologia hanno scritto un documento congiunto per chiedere che il legislatore espliciti la demarcazione tra le professioni ordinate e quelle non organizzate in ordini e collegi e chiarisca in quali sanzioni incorre chi svolge impropriamente attività appartenenti a professioni ordinate. http://www.psy.it/appelli/ddl3270_comunicato.pdf

⁹ Un insegnante che aiuta uno studente in difficoltà con un colloquio "motivazionale", sebbene possa impiegare degli strumenti in comune con la professione di psicologo, non effettua, un esercizio abusivo della professione, poiché diversa è la finalità, non effettua una diagnosi, non percepisce denaro, non è all'interno di un setting psicologico, ecc. Stesso ragionamento è applicabile ad altri professionisti del sociale.

¹⁰ In modo simile si è espressa la Cassazione (Cass. pen. Sez. VI, Sent. 11-04-2011, n. 14408) riferendosi al "metodo del colloquio" come atto tipico della professione medica, psicologica e psicoterapeutica, psicoanalisi compresa. http://www.ilsole24ore.com/pdf2010/SoleOnline5/Oggetti_Correlati/Documenti/Norme%20e%20Tributi/2011/07/sentenza-cassazione-psicanalisi.pdf

psicologico, cioè non dovrebbe porsi gli stessi obiettivi (pervenire ad una diagnosi psicologica impiegando una nosografia) e, come nel caso della psicoterapia, non dovrebbe porsi l'obiettivo di una risoluzione sintomatologica e/o un cambiamento della struttura della personalità del paziente. Simili embricazioni tra counseling, psicologia clinica e psicoterapia si hanno anche nel versante degli "strumenti di intervento". Difatti gli strumenti di intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si poggiano su una serie di "helping skills" (Hill, 2009) che accomunano tutte le relazioni di cura e quindi anche il counseling, tra cui: abilità di ascolto, osservazione attenta, formulare domande aperte, esplorare pensieri ed emozioni, riformulare, introdurre discrepanze, fornire consigli, ecc. Vi sono poi una serie di fattori terapeutici, spesso non esplicitamente controllabili dall'operatore, che influiscono sul paziente/cliente: presenza di un esperto, elicitare la speranza di miglioramento, combattere la demoralizzazione, presenza di una teoria e di una tecnica, ecc. (Alarcon & Frank, 2012). Questi ed altri fattori terapeutici fanno parte di quegli elementi della pratiche terapeutiche che sono denominati in letteratura "fattori comuni" (Blasi & Casonato, 2005; Imel & Wampold, 2008; Weinberger & Rasco, 2007).

Ancora più spinosa è la questione inerente la possibilità di demarcare distintamente l'oggetto a cui si rivolge il counseling da quello della psicoterapia. Il counseling (Young & Nicol, 2007; Giusti & Spalletta, 2012), si occupa del disagio esistenziale ed è rivolto ai problemi pratici, alle normali difficoltà della vita quotidiana e del ciclo di vita, alla maturazione personale tramite interventi brevi che stimolano la conoscenza di sé e l'attivazione di risorse interiori (empowerment). Se guardiamo il tipo di paziente/cliente del *counseling psychologist* rispetto al *clinical psychologist*, vediamo che il primo si occupa di pazienti più sani ed effettua valutazioni più nell'area dell'orientamento e delle scelte di vita/lavorative mentre il secondo si occupa di pazienti più gravi e di diagnosi psicopatologiche (Norcross et al., 1998; Norcross, 2000). Gli ambiti elettivi del *counseling psychologist* sarebbero quindi (Altmaier & Hansen, 2012): individual counseling, group counseling, health counseling, career counseling, vocational counseling, multicultural counseling, spiritual counseling.

Seguendo Carere-Comes (2012) e Perussia (2007) il counseling avrebbe come scopo "la cura del disagio esistenziale" e/o la conoscenza di sé e non la cura di malattie psichiche (patologia mentale). Ma è davvero possibile e sensato porre con fermezza tale distinzione? Stiamo parlando di due "oggetti" diversi? Molto spesso pazienti che lamentano un disagio esistenziale nascondono invece disturbi psicologici, emotivi e comportamentali più profondi, se non quelli che il DSM-IV-TR classifica come "disturbi di personalità".

5. Il problema della diagnosi differenziale e della formulazione del caso nelle psicoterapie e nel counseling

Come si diceva sopra è importante effettuare sempre quella che gli psicologi chiamano "analisi della domanda", perché dietro ad una richiesta esplicita di un paziente può nascondersi qualcos'altro di molto più importante per il suo benessere emotivo. Non solo il confine tra "disagi esistenziali" e sofferenza psicologica è labile, ma nella psicopatologia la comorbidità è quasi la norma ed il confine stesso tra manifestazioni normali e patologiche in psicologia è concettualmente e praticamente sdruciolevole. I pazienti non si presentano mai come "tipi

ideali". E' difficile operare inoltre una tale distinzione perché il "vero" problema del paziente finisce per emergere con l'andare delle sedute e spesso non è chiaro in principio, né nella mente del paziente né in quella del terapeuta. La diagnosi infatti è più un percorso (alleanza diagnostica) che si snoda durante tutto l'incontro con il paziente che non un'etichetta da porre nella prima seduta. E' ormai noto che molte malattie fisiche hanno importanti radicamenti nelle condizioni psicologiche (cefalee, gastriti, ecc.), sono dette infatti psicosomatiche, così come è difficile pensare ad una malattia fisica senza implicazioni psicologiche. Lo psicologo dovrebbe quindi accettare solo i pazienti che non hanno problemi fisici, un "tipo ideale" praticamente inesistente per non esercitare abusivamente la professione di medico? (così come il counselor deve accettare solo pazienti con disagi esistenziali)? Questo ovviamente non è possibile. Una buona norma è inviare tali pazienti da un medico specialista per porre comunque una diagnosi differenziale. Stessa cosa dovrebbero fare i counselor se sospettano che dietro (o di fianco) al disagio esistenziale ci sia un problema psicologico. Il problema è che questa distinzione psico(pato)logico vs esistenziale è ancora più difficile e sfuggente di quella psiche/soma. Se il counselor è anche psicologo (psichiatria, psicoterapeuta) il problema si pone ugualmente (in senso conoscitivo/diagnostico) ma non occorre un invio ad un altro specialista, ma se il counselor non ha una formazione psicologica, la questione è più complessa. Quanto questo atteggiamento di umiltà professionale è diffuso nella comunità dei counselor non psicologi? Come quanto questo atteggiamento di umiltà professionale è diffuso nella comunità degli psicologi nell'invio ad un medico, ad uno psichiatra o a un collega di un diverso orientamento psicoterapeutico più esperto di determinate patologie?

Il vero problema risiede nel dubbio di come un counselor possa avere le adeguate conoscenze psicologiche per sospettare che dietro ad un disagio esistenziale si nasconda qualcosa di psicopatologico o di come un disagio esistenziale si sia trasformato in qualcosa di psicopatologico. Si tratterebbe di operare in sostanza quella che in psicologia si chiama "formulazione del caso" e/o una "diagnosi differenziale". La questione della diagnosi è assai complessa anche per gli psicoterapeuti stessi che hanno alle spalle minimo 5 anni di università e 4 di specializzazione, sia dal punto di vista teorico (ad es. diagnosi descrittive vs interpretative; asse I e II del DSM e comorbilità; differenti formulazioni del caso a seconda degli orientamenti psicoterapeutici, ecc) che pratico (processo di assessment, alleanza diagnostica, ecc.). Sarebbe possibile liquidare la questione dicendo che non c'è un consenso sulle teorie e sulle prassi diagnostiche in psicologia, ed operare una diagnosi significa ingabbiare mortalmente e patologizzare la multiformità dell'esperienza umana, per cui è meglio non fare diagnosi. Questo atteggiamento è problematico, perché nella nostra mente (psicoterapeuti o counselor che siamo) operiamo sempre una riduzione e categorizzazione dell'altro, il punto è che cosa ne facciamo di quell'ipotesi interpretativa. Se la usiamo in maniera rigida e stereotipata e non la mettiamo tra parentesi sospendendo il giudizio, non stiamo facendo né una buona psicoterapia né un buon counseling. In non impegnarsi nella riflessione e nel processo diagnostico impedisce di progredire nel faticoso processo di conoscenza clinica e psicopatologica e rifiutandosi di fare diagnosi si finisce per buttare via il bambino con l'acqua sporca. Ritornando alla questione, la formazione media del counselor permette di avere dei fondamenti per operare una diagnosi differenziale ed effettuare una formulazione del caso? E di quali teorie (psicoterapeutiche, filosofiche, ecc.) si avvarrebbe questo processo? Occorre

premettere che si sta cercando di demarcare un territorio che è assai embricato, come quello tra la sofferenza normale e patologica e tra disagio psicologico e quello esistenziale.

A dire il vero, lo stesso ragionamento potrebbe applicarsi allo psicologo nei confronti delle malattie fisiche, ma qui la diagnosi differenziale è sempre operazione complessa ma forse meno sfuggente (per lo meno ci sono delle chiare indicazioni di quali malattie fisiche provocano disturbi psicologici; Morrison, 1997) e nella formazione si insegna agli psicologi ad inviare di routine dal medico in presenza di supposte problematiche fisiche (anche il DSM utilizza come criterio di esclusione per la diagnosi di disturbi psicologici la presenza di malattie fisiche).

E chiaro che una tale contrapposizione tra counselor e psicologo avviene soprattutto in Italia, poiché in altri stati esistono figure come il *counseling psychologist* che possono ulteriormente perfezionarsi in psicoterapia. Di fatto gli psicoterapeuti si occupano specificamente *anche* dei disagi esistenziali. Ed anche gli psicoterapeuti fanno leva nella terapia sulle parti "sane" dei pazienti cercando di attivare le loro risorse e l'empowerment. Secondo Lambert & Barley (2002), il 40% della varianza tra fattori psicoterapeutici è ascrivibile all'autoguarigione del paziente ed alla possibilità dello psicoterapeuta di agevolarla. Il punto ci sembra come riuscire ad attivare al meglio tali risorse, che non ci sembrano affatto appannaggio del counselor, ma delle buone pratiche terapeutiche, counseling, psicoterapie o psicoanalisi che siano.

Se riflettiamo su questi temi occorre soffermarsi sulle presunte differenze tra counseling filosofico (Achenbach, 2004; Galimberti, 2005) e psicoterapia. Seguendo il sito della Società Italiana di Counseling Filosofico (SICoF) il counseling filosofico: 1) non usa test psicologici e non fa diagnosi; 2) si rivolge a problemi dell'esistenza "normali", a forte carattere filosofico; 3) si occupa di crisi di significati o valori (il senso della vita, della morte, della malattia, questioni etiche e morali); 4) ha una tradizione di pensiero specifica e propria, precedente a quella psicologica; 5) non usa metodologie di tipo psicologico ma processi di analisi di tipo filosofico (maieutico, dialettico, fenomenologico, analitico, ermeneutico); 6) aiuta l'individuo nel proprio percorso di ricerca interiore e nella soluzione di problemi esistenziali, non nella soluzione di conflitti o dinamiche intrapsichiche; 7) non usa né fa riferimento a modelli teorico-pratici psicologici, anzi si pone in una posizione critica verso di essi; 8) non è un intervento psicoterapeutico perché è limitato nel tempo (max. 10 sedute), è circoscritto ad un problema specifico non patologico (quindi non da "curare" ma da risolvere, analizzare o approfondire), non utilizza a scopo terapeutico aspetti affettivo-emozionali o relazionali (transfert-controtransfert), non si propone modelli interpretativi del comportamento, non interviene o considera l'inconscio e le sue dinamiche; 9) non indaga le dinamiche psichiche, secondo un modello psicologico, ma analizza la struttura dell'esistenza individuale e la visione del mondo, concetti propri della filosofia fenomenologico-esistenziale; 10) le conoscenze psicologiche necessarie all'esercizio del counseling filosofico sono limitate e finalizzate ad una consapevolezza individuale del counselor per tutelare sé e il proprio cliente dall'emergere di problematiche a rischio o che richiedono altri tipi di intervento (psicoterapeutico, psichiatrico).

La difficoltà nel sostenere queste posizioni è evidente alla luce dei ragionamenti espressi sopra. Tuttavia occorre ricordare con Migone (2012) che vi sono psicoterapie che sono abbastanza simili al cosiddetto counseling filosofico (presupponendone una definizione sicura e condivisa), per cui non è chiaro perché dovremmo parlare del *counseling* filosofico e non di psicoterapie

fenomenologico-esistenziali (logoterapia di Frankl, psicoterapie di ispirazione fenomenologica, ecc.), a meno di non ipotizzare una mera questione economica di mercato.

Inoltre il parlare di cose importanti della vita, fare delle riflessioni sul senso dell'esistenza, sulla "ricerca interiore", ampliare i significati, "analizzare la struttura dell'esistenza individuale e la visione del mondo" dovrebbe avvenire in qualunque "buona" psicoterapia, che voglia comprendere il modo di pensare ed esperire del paziente.

Anche le psicoterapie adottano processi di analisi di tipo filosofico (maieutico, dialettico, fenomenologico, analitico, ermeneutico) e appare di difficile comprensione come possa il counseling filosofico analizzare la struttura dell'esistenza senza indagare le dinamiche psichiche. Si può scegliere di non fare riferimento esplicitamente ad una cornice teorica psicoterapeutica, per esempio psicoanalitica, quindi a concetti quali inconscio e difese, ecc., ma nella pratica si finisce spesso per mettere l'attenzione sui medesimi fenomeni. Esiste ormai un terreno comune tra le psicoterapie che prende in considerazione, ad esempio, i processi impliciti e le modalità relazionali dei pazienti (TBCPSG, 2012) che includono forme di autoinganno personale e forme di pressione interpersonale (Alberti, 2010).

Seguendo Migone (2012) il compito della psicoanalisi, ma si potrebbe dire di ogni "buona" psicoterapia che non si pone come obiettivo la sola risoluzione sintomatologica, sarebbe quello di analizzare soprattutto le illusioni che continuamente l'uomo si costruisce a scopo difensivo per non vedere la tragicità della vita, negando la morte e la sofferenza in vari modi. Lo psicoterapeuta aiuterebbe il paziente a fare a meno di queste difese, ad accettare la vita per quello che è, non diversamente da molti insegnamenti e pratiche della filosofia greca (che Galimberti – 2005 - sembra invece contrapporre alla psicoanalisi). Quello dello psicoanalista e di ogni psicoterapeuta è il "mestiere dell'incertezza", la professione del dubbio continuo, della perenne critica a se stessi e al reale (*La psicoanalisi come esercizio critico*, Jervis, 1989) ed è un atteggiamento di base non solo della filosofia. Il punto 7 delle caratteristiche del counseling filosofico secondo la SiCoF ci introduce ad altri due ulteriori problemi: quello della brevità degli interventi e quello delle dinamiche relazionali.

6. Il problema della brevità nelle psicoterapie e nel counseling

Il counseling è considerato un intervento breve: massimo 10 incontri per il counseling filosofico (SiCoF) o 14 incontri per il counseling (Giusti & Spalletta, 2012). La questione della brevità è molto dibattuta anche in psicoterapia. Vi sono infatti alcune terapie, come quelle cognitive, che tendono ad essere brevi ed alcune terapie che prevedono un numero breve prefissato di sedute. Anche la terapia psicoanalitica prevede forme di terapia breve ed ha mostrato di avere una buona efficacia (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004; Lemma, Target, Fonagy, 2011).

Migone (2005) giustamente parla di "psicoterapeuti brevi o psicoterapeuti bravi?". Tutte le psicoterapie tendono in linea di principio ad essere più brevi possibili, ma una fine stabilita sempre a priori è rispettosa dei bisogni del paziente? Porre un limite a priori alle sedute può suscitare ovviamente, in molti pazienti, la speranza di un rapido miglioramento, può rafforzare l'indipendenza e l'autostima, può far emergere precocemente i temi connessi alla separazione ed alla perdita, può servire a non sprecare tempo e denaro in terapie collusive interminabili. Ma

accade sempre così? Una psicoterapia breve potrebbe invece impedire di esplorare temi connessi alla dipendenza relazionale ed all'attaccamento, alla paura dei legami affettivi duraturi e potrebbe confermare nel paziente aspettative di rifiuto relazionale e di abbandono che andrebbero a accrescere la sua sofferenza. Se pensiamo ad alcune caratteristiche, rintracciate da Bellotti e Trotti (2007), che definiscono il counseling come un intervento specifico, personalizzato, focalizzato (lavoro sul qui ed ora sul nucleo del problema), limitato nel tempo, intenso (perché i limiti temporali impongono un clima relazionale "intenso") ed attivo (il counselor guida attivamente e strategicamente il colloquio), le comuni e le relative difficoltà concettuali ed operative con le cosiddette psicoterapie brevi sono molte.

7. Il problema delle dinamiche relazionali nelle psicoterapie e nel counseling

Il counseling e la psicoterapia sono delle professioni di aiuto. E l'incontro con l'altro prevede inevitabilmente un coinvolgimento relazionale. Il counseling filosofico, secondo la SiCoF, "non utilizza a scopo terapeutico aspetti affettivo-emotivi o relazionali (transfert-controtransfert)". Giusti & Spalletta (2012, p. 46) parlano per il counseling, diversamente da Bellotti e Trotti (2007), di "coinvolgimento relazionale lieve" tra counselor e cliente, in contrapposizione alla psicoterapia che si caratterizzerebbe per un coinvolgimento relazionale "forte e profondo".

Ma è davvero possibile operare una tale discriminazione? E' possibile pensare in una relazione di aiuto un "coinvolgimento relazionale lieve"? E' possibile escludere gli aspetti affettivo-emotivi o relazionali? In ogni relazione umana sono implicate delle dinamiche affettive e relazionali e tutte le psicoterapie stanno andando verso una "svolta relazionale" (Lingiardi et al., 2011), verso un'attenzione comune sia alle implicazioni del rapporto terapeuta-paziente e alla loro interazione e reciproca influenza, sia alle esperienze di relazione nella formazione della personalità, della sofferenza e nella cura. I clienti e pazienti non possono, come i terapeuti, non portare in seduta, le loro modalità relazionali abituali di comportarsi ed esperire, i loro pattern relazionali. Nel linguaggio psicoterapeutico si fa riferimento a questa dinamica intersoggettiva con le espressioni: "interazione di transfert e controtransfert", "cicli interpersonali", "interazione dei sistemi motivazionali interpersonali" (Liotti & Monticelli, 2008).

Il counselor è adeguatamente preparato a gestire tali complesse dinamiche relazionali che fanno parte di ogni relazione umana e che sono particolarmente salienti in particolari tipologie di pazienti? Come può un counselor, se non è uno psicologo e/o uno psicoterapeuta, riconoscere e gestire, ad esempio, un paziente che ha le caratteristiche di quello che il DSM-IV chiama disturbo borderline di personalità? Non solo non sarà formato per una buona diagnosi differenziale, ma saprà affrontare le dinamiche interattive che tali pazienti tendono a produrre in terapia? Saprà leggere e gestire le emozioni che quel paziente suscita in lui (come tende a suscitare in altre persone coinvolte nella relazione con lui¹¹)? Il counselor è poi adeguatamente formato a riconoscere e gestire i propri conflitti personali idiosincratici e le proprie reazioni emotive¹² nell'interazione con alcuni pazienti difficili? La capacità di gestire tali conflitti idiosincratici e le emozioni suscitate da determinate tipologie dei pazienti, la cosiddetta "gestione del

¹¹ In psicoanalisi si fa riferimento, ad esempio, al concetto di controtransfert "oggettivo" o mediamente atteso.

¹² In psicoanalisi si fa riferimento, ad esempio, al concetto di controtransfert "soggettivo".

controtransfert" è considerata dalla ricerca empirica uno degli elementi delle relazioni terapeutiche efficaci (Hayes et al. 2011). Come potrà un counselor cogliere e gestire, ad esempio, la complessità e gli effetti della dimensione dissociativa di alcuni pazienti traumatizzati (Liotti & Farina, 2011) che non hanno parole per raccontarsi?

Questi stessi dubbi possono essere posti anche agli psicologi senza formazione in psicoterapia o psicoterapeuti che non hanno avuto un'adeguata formazione rispetto a queste tematiche. Con questo non si vuole esaurire la difficoltà del problema con la sola formazione o con l'analisi personale, perché di fatto, nemmeno queste sono panacee contro le difficoltà della relazione terapeutica.

8. I problemi della formazione nelle psicoterapie e nel counseling

I problemi inerenti una formazione che possa permettere di affrontare in maniera "sufficientemente buona" la sofferenza emotiva, psicologica ed esistenziale non coinvolgono solo i counselor ma anche gli psicoterapeuti. La questione di quanto una esperienza personale come paziente debba fare parte del training è, ad esempio, oggetto di dibattito in molte scuole di psicoterapia. Perlopiù obbligatoria nelle scuole dinamiche, sta diventando fortemente consigliata nelle scuole cognitive. Il dibattito è aperto.

E' ragionevole pensare però, a prescindere dai risultati delle ricerche empiriche, che un counselor o uno psicoterapeuta debba riflettere a fondo sui motivi e le ambiguità che l'hanno spinto a intraprendere una professione così delicata ed impegnativa. Ma quanto questo è possibile senza un percorso di conoscenza personale? Quanto saprà distinguere i propri bisogni da quelli dei pazienti? Quanto saprà gestire le dinamiche di transfert-controtransfert nella relazione?

Nelle scuole di counseling la formazione personale è spesso consigliata ma non obbligatoria. Come nella formazione di alcune scuole di psicoterapia, è pensabile un pacchetto obbligatorio di sedute standard che esaurisca il compito della conoscenza personale del terapeuta e non invece un compito evolutivo e conoscitivo (se non terapeutico) che deve nascere spontaneamente e non finire mai? Non abbiamo dati di ricerca conclusivi (anche perché non sarebbe ricerca...) ma abbiamo ragione di pensare che la sofferenza emotiva sia ugualmente distribuita tra popolazione normale, psicoterapeuti e counselor. E' quindi lecito pensare che alcuni psicoterapeuti ed alcuni counselor presentino dei disturbi psicologici. Nelle scuole di psicoterapia si attua una selezione dei candidati (poi si può discutere su come questa sia condotta e quanto questa sia efficace e non sia invece un meccanismo, tra gli altri, di indottrinamento, infantilizzazione e potere; cfr Kernberg, 1996) ed in quelle in cui non vi è un'analisi personale obbligatoria se ne consiglia una al candidato "problematico". Che cosa accade nel counseling? Non è detto affatto che questi meccanismi (selezione, analisi personale, ecc.) siano risolutivi del problema, ma possono almeno in parte proteggere da una serie di problemi. E' in fondo un dovere delle scuole selezionare i candidati che potranno svolgere un mestiere così difficile, cercare di aiutare gli studenti in un momento di crisi e non accogliere studenti che non hanno le corrette motivazioni o che presentano seri disturbi (è un bene per loro e per i futuri pazienti). Ma in un momento di crisi economica questo avverrà sempre?

9. Il problema delle “fattucchiere” nelle psicoterapie e nel counseling

Tutti i “buoni” psicoterapeuti, psichiatri, psicologi e counselor sono interessati prevalentemente al benessere ed alla salute dei pazienti (e non al loro benessere emotivo ed economico). Le psicoterapie ed il counseling richiedono un consistente impiego di tempo, risorse e denaro per i pazienti/clienti e non sarebbe etico proporre pratiche terapeutiche di incerta validità ed efficacia. Tuttavia proprio perché efficaci (Lambert, 2010a; Maltzman, 2011) le psicoterapie ed il counseling, se mal praticati, possono danneggiare i pazienti/clienti (Lang, 1998). Esiste infatti una corposa letteratura sulle “psicoterapie folli” (Singer & Lalich, 1996), sugli errori in psicoterapia (Lorenzini & Scarinci, 2010; Kottler & Carlson 2003; Pope, Sonne & Greene, 2006), sulla iatrogenia delle pratiche terapeutiche (Bianciardi & Telfener, 1998) e sul rischio e la prevenzione delle violazioni dei confini professionali (Gabbard & Lester, 1995; Gutheil & Brodsky, 2008).

Nonostante possa apparire come un fenomeno poco cospicuo, la diffusione delle “psicosette” (Gatto Trocchi, 1994; Singer & Lalich, 1995) è grave ed è in costante aumento. In Italia, secondo la Squadra AntiSette (SAS) della Polizia di Stato opererebbero, tra quelle rintracciate, oltre 200 psicosette (*mind control cults*), con un milione di adepti.

Rispetto alle sette religiose le psicosette si presentano come movimenti per lo sviluppo del potenziale umano, organizzazioni con formatori che agiscono sulla mente, pretendendo di ampliare i limiti delle capacità mentali e scavare nella psiche attraverso l'analisi del passato. Le caratteristiche dei gruppi si assomigliano: leader carismatici spesso senza titoli accademici o con titoli millantati; organizzazione a piramide in un multilevel che porta sempre più entrate economiche e nuovi adepti; la promessa di capacità magiche di guarigione; la ricerca spasmodica nel passato dell'adepto e la confessione pubblica di traumi infantili, abusi, incesti e tradimenti; il “bombardamento affettivo” (love bombing) per creare legami immediati e la pressione del gruppo; l'espressione immediata, prolungata ed incontrollata di rabbia e tristezza, con sfoghi fisici e pianto davanti agli altri adepti; meccanismi di condizionamento della psiche durante seminari intensivi tenuti in luoghi isolati, fino a rapporti sessuali con il guru o di gruppo o pratiche violente con percosse ed umiliazioni. Le giornate seminariali intensive prevedono lunghi intervalli tra i pasti e privazione del sonno: fame, sete e stanchezza alterano i ritmi cardiaci e favoriscono l'abbassamento del livello di vigilanza, rendendo l'organismo più permeabile alle suggestioni, fino ad arrivare a vere forme di indottrinamento e “lavaggio del cervello” (brainwashing). Spesso gli adepti sono persone con un buon livello di cultura e ben integrati nella società. Non infrequenti, secondo il SAS, sono, per i nuovi adepti, l'allontanamento definitivo dalle famiglie, i ricoveri in cliniche psichiatriche, le sparizioni ed i suicidi. Poiché il reato di plagio in Italia è stato abrogato nel 1981, le condanne avverrebbero con difficoltà e per reati quali truffa, circonvenzione d'incapace, esercizio abusivo della professione, estorsione, maltrattamenti, violenza. Negli USA il fenomeno è così serio da prevedere specifici protocolli per l'aiuto delle persone cadute nella trappola delle psicosette (Clark et al., 1997) e professionisti denominati “deprogrammatori” (Walsh, 2001).

Singer e Lalich (1995) hanno studiato in dettaglio 22 sette psicoterapeutiche americane. I leader di questi gruppi erano persone di diverso livello culturale, da professori universitari a criminali con la licenza media. Quindici di questi gruppi erano diretti da professionisti (psichiatri, psicologi, assistenti sociali), i restanti sette erano sotto la direzione di non professionisti. Queste sette sono

ritenute le più pericolose, perché capaci di operare una destrutturazione mentale negli adepti, provocando gravi sofferenze psichiche e spesso ingenti danni economici. Difatti, sia nella fase di proselitismo che in quella d'indottrinamento degli adepti, tali psicosette ricorrono a sistemi scientificamente studiati per aggirare le difese psichiche delle persone irretite, inducendole ad un atteggiamento acritico e all'obbedienza cieca.

Che ci piaccia o no questo è un fenomeno molto diffuso anche in Italia e non bisogna dimenticare che vi è una forte tendenza di chi soffre a rivolgersi agli operatori dell'occulto e del paranormale, più che agli psicologi. Dal rapporto annuale antiplagio "Magia e occultismo 2011" dell'associazione Telefono Antiplagio (sportello di European Consumers) emerge che ben 12,5 milioni di italiani ogni anno si rivolgono a maghi e guaritori, veggenti e sensitivi (circa un italiano su cinque) per un volume di affari di oltre 6 miliardi di euro (una cifra che è circa un quinto della manovra economica del governo Monti). La motivazione principale è connessa a problemi sentimentali (motivazione spesso presente a chi si rivolge a psicologi o counselor).

Occorre proteggere quindi i pazienti da quelle che al 5° congresso SEPI-Italia abbiamo chiamato ironicamente "fattucchiere". Le fattucchiere sarebbero tutti quei "professionisti" che, consapevolmente o inconsapevolmente, danneggiano i pazienti praticando terapie pseudoscientifiche o facendo atti che non portano giovamento al paziente. Alcuni "professionisti" compiono questi atti consapevolmente per ricavarne un beneficio (psicologico ma soprattutto economico), altri non si rendono conto delle implicazioni di alcune prassi dannose.

Tutti i terapeuti, inoltre, dovrebbero proteggersi dalla fattucchiera che può albergare in loro. Non si tratta tanto del rischio di sbagliare, perché l'errore terapeutico è inevitabile e se ben utilizzato può essere addirittura foriero di miglioramenti (le relazioni umane e le terapie funzionano per rotture e riparazioni, Safran et al. 2011) quanto di quello di ignorare alcune conoscenze che la letteratura scientifica sulla psicoterapia e sul counseling mettono a disposizione sulle buone prassi e sulla possibilità di commettere violazioni del setting (Gutheil & Brodsky, 2008) quando si mettono in primo piano i propri bisogni invece di quelli del paziente.

10. La formazione regolamentata nelle psicoterapie e nel counseling come stratagemma contro le "fattucchiere"

Ma come è possibile proteggersi dalle "fattucchiere"? Per proteggersi dalla fattucchiera che è dentro di noi è importante fare leva, con umiltà, sulla formazione continua e sul continuo aggiornamento professionale (leggendo anche le ultime ricerche scientifiche e le pubblicazioni di altri orientamenti), sulle supervisioni e sulle intervizioni, sul dialogo con gli altri colleghi.

Invece per limitare il proliferare di scuole dal dubbio statuto occorre che un ente esterno vigili sull'operato delle scuole di formazione, sulla loro serietà, sulla solidità scientifica delle loro teorie di riferimento, sulla qualità del corpo docente, sulle metodiche di insegnamento. La terzietà dell'ente dovrebbe assicurare un miglior monitoraggio. E' un bene che esistano delle associazioni quali l'EAC (European Association for Counseling) a cui fare riferimento per gli standard formativi. Il problema è che non vi sono sanzioni per chi si allontana dalle buone prassi formative. Nel caso della psicoterapia tutte le scuole devono essere abilitate dal MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca), anche se poi è possibile discutere e riflettere sui criteri adottati per

l'abilitazione dalle diverse commissioni del MIUR che si sono succedute negli anni. Si può pensare anche ad un ente statale diverso e migliore, ma il profilo di garanzia resta il fatto di avere un controllo di un'agenzia esterna. Il fatto, ad esempio, che in Italia la psicoterapia può essere praticata solo da medici e psicologi dopo la frequenza di una scuola di psicoterapia, può sembrare limitante però assicura un livello minimo di preparazione e la possibilità di rintracciare in un albo unico e pubblico il professionista. Cosa che non può avvenire per il counseling data la miriade di associazioni. Con ciò non intendiamo affatto difendere un interesse corporativo ma cercare di riflettere sulle migliori condizioni possibili che assicurino un profilo "sufficientemente buono" del professionista che svolge counseling. In tal senso, da anni, si sta muovendo l'AURAC (Associazione Universitari Relazione d'Aiuto e Counseling) nel tentativo di promuovere un dibattito nazionale ed internazionale per la creazione e la tutela di linee guida per la formazione condivise (Fulcheri e Savini, 2011).

Un aspetto importante della formazione riguarda la possibilità di migliorare l'efficacia dei corsi di formazione in psicoterapia (ma anche in counseling) e delle prestazioni erogate nei vari approcci teorici attraverso la promozione sistematica della ricerca nelle scuole di specializzazione. Come esempio si può citare l'IPEPPT (International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training), un progetto di ricerca internazionale, coordinato dal Prof. Robert Elliott dell'Università di Strathclyde a Glasgow, sui risultati dei trattamenti psicoterapici erogati dagli istituti di formazione e sulla qualità della formazione.

11. La ricerca empirica nelle psicoterapie e nel counseling come stratagemma contro le "fattucchiere"

La psicologia, nonostante sia ormai considerata una scienza, non solo ha generato "psicoterapie folli" (Singer e Lalich, 1996) ma ha anche perpetuato una serie di convincimenti pseudoscientifici che possono essere dannosi (Lilienfeld, Lynn, & Lorr, 2003) al punto da creare dei falsi miti (Lilienfeld et al., 2009). E' noto che la ricerca scientifica può aiutare nel processo di avvicinamento (mai definitivo) alla epistémè (la conoscenza scientifica), separandola dalla doxa (l'opinione).

A lungo nel campo della psicoterapia ed in psicoanalisi si è dibattuto sull'utilità della ricerca empirica. Il mondo psicoanalitico, ad esempio, è diviso tra chi ritiene la ricerca empirica utile, se non necessaria e chi la ritiene inutile se non sbagliata (l'inconscio non si può misurare). Noi crediamo invece che la ricerca empirica in psicoterapia, psicoanalisi e nel counseling sia essenziale per alcuni motivi: a) permette di corroborare e/o falsificare, almeno parzialmente, teorie e prassi; b) limita o corregge alcune forme di spontaneismo clinico irrazionale che possono essere dannose in terapia; c) permette di comprendere meglio il funzionamento delle psicoterapie e dei counseling; d) espone le teorie/prassi al dibattito pubblico, favorendo un'uscita dall'autoreferenzialità e dall'aneddotica; e) costringe a chiarire meglio le teorie nel processo di operazionalizzazione dei costrutti e di formalizzazione delle ambiguità del linguaggio psicologico, favorendo un linguaggio maggiormente condivisibile; f) permette di vedere cosa fanno realmente i clinici, ad esempio tramite lo studio dei trascritti di sedute e non quello che dicono di fare; g) spinge ad esplorare aree poco conosciute.

Il caso della psicoanalisi può essere rappresentativo di questo rapporto tormentato con la ricerca scientifica. Tacciata di essere una pseudoscienza, la psicoanalisi negli ultimi 40 anni è scesa nel terreno della verifica empirica dei risultati e dei processi terapeutici (Wallerstein, 2002; Levy, Ablon & Kaechele, 2012). Molti autori di primo piano si sono impegnati con profitto nella ricerca (Bowlby, Gill, Kernberg, Fonagy, Thoma e Kachele, ecc.) e molti costrutti sono stati indagati e meglio chiariti (operazionalizzati) tramite ricerche empiriche: ad esempio alleanza terapeutica, meccanismi di difesa, transfert, controtransfert, mentalizzazione (Dazzi et al., 2006). Sono state falsificate convinzioni erronee, come l'intrinseca non indagabilità empirica della psicoanalisi e la sua generale inefficacia (Shedler, 2010), al punto che alcuni modelli di terapia psicoanalitica sarebbero efficaci almeno quanto le terapie cognitive-comportamentali. Sono state messe in crisi alcune teorie e prassi psicoanalitiche teoricamente deboli (indagine "archeologica" del passato del paziente, mitologia della astinenza vs paradigma relazionale, interpretazioni precoci di transfert, self-disclosure inopportune ecc).

Crediamo sia importante per le psicoterapie e per il counseling proseguire nel cammino della ricerca empirica, con tutti i limiti di solidità dei risultati e di trasferibilità alla pratica reale che la ricerca empirica porta con sé (Rossi Monti & Blasi, 2012). È importante che i professionisti della salute mentale adottino terapie che hanno ottenuto alcune convalide empiriche. Questo è un antidoto contro le "fattucchiere" perché dovrebbe facilitare una sorta di selezione naturale degli approcci pseudoscientifici ed una importante informazione per il consumatore che, divenuto consapevole, può scegliere da chi andare per il suo problema.

Non siamo d'accordo con Hoffman (2009) che le ricerche empiriche dissecchino l'esperienza umana e cancellino "l'ambiguità, la complessità, l'incertezza, la perplessità, il mistero, l'imperfezione e le variazioni individuali nel trattamento" (p.1047). Siamo più vicini alle posizioni di Eagle e Wolitzky (2011) nel non mettere in opposizione ricerca clinica rigorosa e sistematica e ricerca empirica extraclinica¹³. La ricerca clinica e quella empirica extraclinica (quantitativa e qualitativa) non sono affatto in opposizione. Sicuramente la ricerca clinica (i resoconti dei casi) è più vicina alla sensibilità dei terapeuti, mentre alcune ricerche empiriche, piene di numeri e grafici, non sono considerate utili dai terapeuti (Safran et al., 2011). Tuttavia vi sono buoni dati a favore del fatto che le ricerche empiriche e gli strumenti che da esse derivano, se vengono messi a disposizione dei professionisti (psicoterapeuti o counselor), ne aumentano l'efficacia (Hawkins et al. 2004; Lambert, 2010b; Lambert & Shimokawa, 2011). La ricerca empirica può quindi essere considerata utile per la pratica clinica, anche psicoanalitica (Jiménez, 2007; Eagle & Wolitzky, 2011), ma occorre lavorare per trovare delle sinergie tra ricercatori e clinici (Elliott & Morrow-Bradley, 1994).

Stiamo parlando dell'importanza della ricerca ma occorre chiarire a quale ricerca ci stiamo riferendo. Occorre innanzitutto discriminare meglio tra ricerca clinica vs extraclinica. La prima è una ricerca teorica che avviene tramite lo studio dei *propri* resoconti di casi clinici, è considerata

¹³ Con le parole di Eagle e Wolitzky (2011) "A general debate pitting the epistemological status of systematic empirical research against that of case studies is fruitless. Each method makes different knowledge claims. If we want to know something about a particular person, we are likely better off turning to an in-depth case study. If, however, we want to determine the general outcome of a therapeutic approach, we should look to systematic empirical research. Such research may, of course, vary in quality, adequacy, and "ecological validity"—just as case studies may." (p. 794)

più assimilabile ed utile dai clinici, ma rischia l'autoreferenzialità e l'aneddotica. La ricerca clinica, tramite alcune accortezze può risultare più valida e attendibile (Eagle & Wolitzky, 2011), ma per quanto rigorosa e sistematica possa diventare, incappa nel problema generale della scarsa affidabilità del giudizio clinico (Rosenhan, 1973; Meehl, 1996; Garb, 1998). Difatti, in situazioni di complessità, come è quella clinica, il giudizio umano è spesso fallace, poiché tutti noi tendiamo a sopravvalutare le nostre capacità. Tutti noi, nell'operare clinico quotidiano e nel riflettere e proporre ad altri i nostri casi clinici (ricerca clinica), siamo affetti da quella che il premio nobel Kahneman (2011) chiama "illusione di abilità" e tendiamo a compiere molti errori valutativi¹⁴.

Il secondo tipo di ricerca, quella extraclinica, è una ricerca *empirica* che può essere svolta con diversi metodi (quantitativi, qualitativi o misti) ma è elaborata da operatori esterni (diversamente dalla ricerca clinica) su produzioni (trascritti, interviste, questionari, ecc.) che derivano da fonti diverse (paziente, terapeuta, osservatori esterni).

Questo secondo tipo di ricerca, denominata empirica, non è solo quantitativa (statistica-sperimentale), come nel caso della ricerca sull'efficacia delle psicoterapie tramite modelli RCT, ma può essere anche qualitativa (Blasi, 2010) e mista (Mixed Method Research). La ricerca qualitativa (che va dall'analisi del contenuto, all'analisi del discorso e della conversazione, alla Grounded Theory, alla Ricerca Qualitativa Consensuale fino all'Analisi Interpretativa Fenomenologica; Blasi, 2011) cerca di comprendere in profondità e dettaglio, le esperienze, i vissuti ed i significati soggettivi delle persone, cerca di mettere da parte le teorie e costruire induttivamente nuove categorie concettuali, non prevede di norma elaborazioni statistiche dei dati ed è in crescente espansione e sistematizzazione, alla ricerca di sempre migliori criteri di qualità (Blasi, 2010).

La scelta di quale modello di ricerca empirica è meglio adottare per la psicoterapia o il counseling dipende da che cosa vogliamo valutare, dalla domanda a cui vogliamo rispondere (adeguatezza tra domande teoriche e strumenti di ricerca). Se vogliamo verificare l'efficacia di una psicoterapia o di un counseling rispetto ad altri (efficacia differenziale) occorre utilizzare un disegno RCT o mettere insieme i risultati di più RCT (meta-analisi) e quindi utilizzare la statistica su ampi campioni. Questo è il metodo adatto, con tutti i limiti che tale metodo comporta (possiamo costruire sempre migliori RCT, ma al momento non abbiamo metodi alternativi). Se, invece, vogliamo comprendere in dettaglio ed in profondità l'esperienza soggettiva di pazienti e terapeuti o esplorare aspetti particolari, inusuali, "scomodi" ecc. si utilizzeranno dei metodi qualitativi (CQR, IPA, GT, ecc.), impiegando pochi soggetti che sono "testimoni privilegiati" o "tipi ideali" di quell'esperienza.

Dobbiamo impegnarci per smussare la perniciosa contrapposizione tra chi ritiene che la psicoterapia debba appartenere al modello medico ("Empirically Supported Treatments" – ESTs) e chi ritiene, al contrario, che la psicoterapia ed il counseling debbano appartenere al modello contestuale (o dialogico-processuale, Carere-Comes, 2012). I secondi intendono la psicoterapia

¹⁴ Vi è stato un ampio dibattito sulle ricerche che mostrano una migliore capacità predittiva del giudizio basato su strumenti statistici (ad esempio con l'impiego dei test psicometrici) rispetto alla fallibilità del giudizio clinico (Meehl, 1996; Dawes, Faust & Meehl, 1989). Kahneman (2011) ricorda come molti psicologi abbiano osteggiato tali ricerche, definendo il metodo statistico come "sterile, artificiale, meccanico, atomistico, superficiale, banale" mentre il metodo clinico "dinamico, olistico, ricco, profondo, autentico". L'avversione rispetto al fatto che un qualunque algoritmo o strumento "tecnico" possa influenzare, anche in meglio, il comportamento o le decisioni dell'uomo è piuttosto radicata, come è radicata la tendenza a preferire le cose ritenute "naturali" rispetto a quelle "artificiali" (le mele biologiche si vendono meglio ed ora i venditori di birra attaccano l'etichetta "biologica" alle lattine per ragioni di mercato! Kahneman, 2011).

costituita da processi interattivi, creativi e autoregolati e quindi mal indagabili dalle ricerche empiriche e la ricerca in psicoterapia un inutile diletto¹⁵. L'esempio di un dialogo possibile è invece l'imponente lavoro fatto dalla task force interdivisionale americana (Div 12 e 29 APA) sull'identificazione degli elementi efficaci della relazione terapeutica ed i metodi efficaci per adattare la psicoterapia al singolo paziente sulla base delle sue caratteristiche transdiagnostiche (Norcross, 2011).

Norcross & Lambert (2011) infatti affermano: "Da una parte la fazione del trattamento, degli studi clinici randomizzati e del modello medico scientifico, dall'altra il partito della relazione terapeutica, degli studi sull'efficienza e sul rapporto processo-esito e del modello relazionale contestuale. Tali polarizzazioni non solo impediscono agli psicoterapeuti di lavorare insieme ma ostacolano anche lo sforzo di fornire ai pazienti i servizi psicologici più efficaci" (p. 13).

I risultati delle ricerche empiriche non devono essere considerati come principi prescrittivi ma descrizioni di alcuni aspetti (mappe) che aiutano ad orientare la pratica clinica in questo momento e con questo singolo paziente. La rigidità e prescrittività delle psicoterapie manualizzate servono per poter effettuare rigorosi studi di efficacia ma nella pratica clinica i manuali vanno conosciuti e "dimenticati". Paradossalmente alcune ricerche empiriche indicano che i pazienti reputano centrali per il miglioramento non tanto gli aspetti tecnici della psicoterapia (e quindi quelli prescritti dalle ricerche sulle psicoterapie empiricamente supportate e manualizzate) ma quelli non tecnici e difficilmente manualizzabili, gli aspetti umani e relazionali (Glass & Arnkoff, 2000; Maione & Chenail, 1999; Levitt et al., 2006; Timulak, 2007).

Risultati simili sembrano emergere anche dalle ricerche sul counseling (Jinks, 1999; Manthei, 2005, 2007). Ogni buona psicoterapia deve essere quindi "dialogico-processuale" (Carere-Comes, 2012), cioè guidata dal processo e dalla relazione momento per momento, altrimenti vi è il rischio di effettuare psicoterapie stereotipate e disumanizzate, ma un buon terapeuta può (deve?) comunque agevolarsi dell'utilizzo di una mappa delle ricerche empiriche¹⁶.

Ma se, per motivi etici, è importante dimostrare l'efficacia delle prassi nelle professioni d'aiuto, chi e tramite quali mezzi può attestare che quella prestazione, svolta da quel professionista, è efficace? E' evidente che il vertice che certifica l'efficacia di una pratica non può essere il singolo professionista (problema della fallacia del giudizio clinico; Meehl, 1996). Difatti il singolo, a meno di una personale propensione alla valutazione empirica di efficacia delle proprie prassi (i rari casi di clinici/ricercatori che si inseriscono nel filone della "*practice-base evidence*"; Barkham & Mellor-Clark, 2000), nella migliore delle ipotesi, potrebbe descrivere una serie di successi osservati dalla sua ottica personale (o da quella dei suoi pazienti), incappando nella critica dell'aneddotismo (quasi tutti i terapeuti sono convinti di essere efficaci!).

¹⁵ Peraltro le psicoterapie "del modello medico" sono indagate empiricamente anche con i metodi qualitativi empirici fenomenologico-ermeneutici (si pensi anche alle Medical Humanities e alla medicina narrativa), così come le psicoterapie del modello contestuale fanno ampio uso dei metodi quantitativi (Wampold, 2001).

¹⁶ Dato che la mente non è una tabula rasa e qualunque osservazione è sempre carica di teorica ("theory laden"), è bene tenere a mente le teorie corroborate dalla ricerca empirica e cercare dimettere tra parentesi le teorie che hanno ricevuto delle importanti falsificazioni (anche se in psicologia, data la lassità delle teorie è difficile un processo definitivo di falsificazione per il proliferare di ipotesi ausiliarie).

Occorre quindi un' "agenzia esterna" possa valutare l'efficacia di quella prassi. Il dibattito teorico e metodologico sulla natura delle evidenze nella ricerca in psicoterapia è acceso (Norcross, Beutler & Levant, 2005; Wampold, Hollon & Hill, 2010), perché per valutare l'efficacia di una psicoterapia occorre accordarsi su quali sono gli "oggetti" da valutare (sintomi, personalità, ecc.), chi deve effettuare questa valutazione, cioè quale vertice valutativo adottare (valutare dalla prospettiva del terapeuta, del paziente, di un esterno, ecc.), quali sono i metodi più adatti (quantitativi, qualitativi, misti; Blasi, 2010; Lutz & Hill, 2009) e quali sono gli strumenti migliori (per evitare di "misurare con il termometro il peso delle arance"; Levitt et al., 2005). Gli stessi problemi metodologici si pongono per la ricerca sul counseling.

Le psicoterapie (perlomeno quelle finora vagliate empiricamente, le cosiddette "psicoterapie empiricamente supportate" o EST) hanno mostrato di avere una buona efficacia rispetto a molte psicopatologie, efficacia paragonabile se non superiore agli psicofarmaci (con minori ricadute ed effetti collaterali), psicoanalisi compresa (Shedler, 2010). Le ricerche in tal senso sono ormai numerose e consistenti (Lambert, 2010a).

Anche i risultati della ricerca sull'efficacia del counseling, nell'affrontare alcuni problemi emotivi e di vita, sembrano positivi (Whiston & Sexton, 1998; Granello & Granello, 2001; Maltzman, 2011). Tuttavia gli studi sono poco numerosi (McLeod, 2008) e le metodologie impiegate nella valutazione spesso poco robuste (gli studi randomizzati controllati – RCT - sul counseling sono rari). Inoltre nel counseling oggi si presenta il gravoso problema che ha coinvolto la ricerca in psicoterapia ai primordi, quello dell'efficacia generale vs efficacia differenziale. Ha senso parlare di efficacia della psicoterapia in generale? O è meglio parlare, come si fa oggi, di questa specifico modello di psicoterapia per questo tipologia di paziente? Quando si parla di ricerca sull'efficacia del counseling stiamo parlando di quale counseling? Quello svolto da uno psicologo o da un diplomato con un corso di counseling? Quello che si ispira a quali teorie psicoterapeutiche (ad es. counseling ad orientamento dinamico o esistenziale)? Parliamo del counseling filosofico? Questo problema per la valutazione dell'efficacia del counseling non è di poco conto, dato che molti studi non specificano di quale forma di counseling stiamo parlando.

Vi è poi il problema denominato dell'aderenza e dell'integrità. Quando le ricerche valutano quel modello di psicoterapia o di counseling, sono state prese le giuste precauzioni metodologiche che assicurano che il soggetto della ricerca stia mettendo in pratica davvero e in modo competente il modello che dice di impiegare (Perepletchikova et al., 2007)? Questo problema è applicabile non solo alle ricerche empiriche ma concettualmente anche alla pratica clinica. Difatti affermare di praticare una certa psicoterapia o un certo counseling o appartenere alla categoria delle psicoterapie efficaci (EST) non significa di per sé che quell'operatore nella pratica faccia realmente quello che dice di fare né che il singolo operatore sia efficace, né sia efficace con tutte le categorie di pazienti.

12. Verso un pluralismo scientificamente informato

Abbiamo visto come sia difficile discriminare tra psicoterapie e counseling, perché occorre chiarire prima a quale psicoterapia e a quale counseling ci stiamo riferendo. Tuttavia la questione centrale non è solo quella di risolvere un arduo dilemma definitorio e rintracciare cosa vi può essere di

comune o di diverso tra le due discipline ma riflettere soprattutto sulle condizioni di possibilità per praticare ed insegnare buone psicoterapie o buoni counseling, o perlomeno, "sufficientemente buoni". Quali possono essere gli elementi che rendono tali pratiche "sufficientemente buone"? Si tratterebbe poi di individuare i percorsi migliori, personali ed istituzionali, per garantire la presenza di tali elementi. La questione finisce quindi per avere importanti risvolti etici, nel senso che, qualunque professionista che si occupi di salute mentale e di benessere emotivo dovrebbe fornire un servizio qualificato in grado di apportare benefici al paziente e di poggiare la solidità delle proprie prassi su una serie di evidenze scientifiche. E' un problema etico perché il mestiere della cura, sia che si tratti di disagio psicologico o esistenziale non cambia, è un mestiere di grande responsabilità, difficilissimo se non "impossibile" (insieme a quello dell'educazione e del governo, sosteneva Freud). E' quindi un atto di umiltà, per i terapeuti ed i counselor, affrontarlo in maniera non autoreferenziale, ma tenendo almeno in considerazione le teorie, le prassi ed i percorsi formativi che sono riconosciuti a livello della comunità scientifica internazionale come i più validi ed efficaci, perché credere che "tutto va bene" (anything goes) nel nostro campo non solo è falso ma è potenzialmente molto dannoso. Quando si ha a che fare con la salute delle persone l'illusione di abilità (Kahneman, 2011) ed il convincersi di seguire la teoria "giusta" perché è quella che meglio si confà alle nostre modalità, sono atteggiamenti molto pericolosi. Poter "curare" un'altra persona è un grande onore ma allo stesso tempo un grande onere e farsi supportare da teorie e pratiche convalidate da ricerche empiriche robuste è un atto di umiltà e di rispetto nei confronti dei nostri pazienti.

Non vi è dubbio che la ricerca serve a limitare la diffusione delle "fattucchiere", delle "psicoterapie folli" e della malpractice, con grande beneficio dei pazienti (altrimenti saremmo ancora alla teoria del flogisto o cureremmo le malattie con il salasso; Skrabanek & Mc Cormick, 1989) e a limitare la hybris dei professionisti, che per ragioni affettive ed economiche difficilmente si discostano da una teoria e da una prassi in cui si sono, con fatica, formati e su cui tanto hanno investito¹⁷. La ricerca ci mette di fronte alla nostra limitatezza, imperfezione e fallibilità, ci insegna che la conoscenza è sempre ipotetica e congetturale. Allo stesso modo seguire alcune indicazioni (non prescrizioni) della ricerca empirica non significa trasformarsi in "fattucchiere empiricamente supportate", ottuse ed intransigenti.

Infatti non vogliamo sostenere che le psicoterapie ed il counseling debbano appiattirsi nella metafora farmacologica (Stiles & Shapiro, 1989) del modello medico (Wampold, 2001), né propagandare l'esercizio meccanico e dogmatico delle psicoterapie empiricamente supportate e manualizzate nella pratica clinica quotidiana. Cercare di misurare l'efficacia di un modello di trattamento (cioè cercare di rispondere ad una domanda di ricerca che ha risvolti anche etici) non implica sostenere che si debbano fare terapie leggendo pedissequamente un manuale, anche perché i processi di funzionamento e cambiamento dell'uomo sono non lineari ed auto-organizzati e l'interazione e la mutua influenza tra paziente e terapeuta presentano le caratteristiche dei sistemi dinamici (Schiepek, 2009). La clinica non può essere manualizzata ma può essere appresa, trasmessa, insegnata, così come un buon genitore o un buon partner può insegnare ad amare

¹⁷ Popper (1969) ci mette in guardia dal problema che le "credenze erronee possono avere uno stupefacente potere di sopravvivenza per migliaia di anni, sfidando l'esperienza, con o senza l'aiuto di una cospirazione. La storia della scienza e specialmente quella della medicina, possono offrirci un gran numero di buoni esempi di ciò".

senza fornire un “manuale d’amore”. Il paziente (come il terapeuta) non riceve passivamente degli stimoli ma li trasforma attivamente tramite la sua “responsività” (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998) e le sue capacità di auto-guarigione (Bohart & Tallman 2010). La psicoterapia (ed il counseling) può essere considerato un processo aperto e congiunto di scoperta e di creazione di significato tra paziente e terapeuta (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998). La ricerca empirica in psicoterapia può aiutarci a “ritagliare” (tailoring) la terapia sulle specifiche caratteristiche, anche non diagnostiche, del paziente, invece del tipo di trattamento sul tipo di disturbo del paziente (Norcross, 2011)

La questione della ricerca è quindi quella di commisurare i metodi giusti per gli obiettivi che si vogliono raggiungere. Il concetto di ricerca è ampio e multi sfaccettato e la ricerca in psicoterapia e counseling può avere tante declinazioni. Seguendo il dibattito della ricerca in psicoanalisi vi possono essere vari tipi di ricerca sistematica (Wallerstein, 2009): ricerca clinica (Eagle & Wolitzky, 2011), ricerca concettuale (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006), ricerca empirica extraclinica qualitativa (Rennie, 1994; Ponterotto, 2002), quantitativa ed interdisciplinare. Occorre superare la guerra tra paradigmi per sforzarsi di giungere ad un pluralismo metodologico dialogante (Luyten, Blatt, & Corveleyn, 2006; Slife & Gantt, 1999; Wampold, Hollon & Hill, 2010; Cooper & McLeod, 2012), tenendo sempre in mente il benessere dei nostri pazienti, anche a scapito, a volte, delle nostre amate abitudini e teorie di riferimento.

Riferimenti bibliografici:

- Achenbach, G. (2004). La consulenza filosofica, Milano: Apogeo.
- Alarcon, R. D. & Frank, J. B. (2012). The Psychotherapy of Hope: The Legacy of Persuasion and Healing. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Alberti, G. G. (2010). One and the same Pathogenetic Process for Cognitive Therapy and Experiential Dynamic Therapy? *Journal of Psychotherapy Integration*, 20 (2): 115-151.
- Altmaier, E. M. & Hansen, J. C. (2012). The Oxford Handbook of Counseling Psychology. New York: Oxford University Press.
- Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance Practice-based evidence in the psychological therapies. In N. Rowland & S. Goss (ed.). Evidence-based counselling and psychological therapies: Research and applications (pp.127-144). London: Routledge.
- Bellotti G., Trotti E., (2007). Counselling e psicologia clinica, in: E. Molinari & A. Labella (a cura di), Psicologia clinica: dialoghi e confronti, Milano: Springer.
- Bianciardi, M., Telfener, U. (1998). Ammalarsi di psicoterapia. Il rischio iatrogeno nella cura, Milano: Franco Angeli.
- Blasi, S. (2010). La ricerca qualitativa in psicoterapia. Controversie, applicazioni e ‘criteri di qualità’, *Ricerca in Psicoterapia/ Research in Psychotherapy*, 1(13): 23–60.
- Blasi, S. (2011) Un confronto tra la Ricerca Qualitativa Consensuale (CQR) ed altri metodi di ricerca qualitativa. In: Atti del Congresso Nazionale Associazione Italiana di Psicologia, sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Catania.
- Blasi, S. & Casonato, M. (2005). I fattori terapeutici della psicoterapia, Urbino: Quattroventi.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold., & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change:*

Delivering what works in therapy (pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.

- Bohart, A. C., O'Hara, M., & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatment: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8: 141-157.
- Carere-Comes, T. (2012). Il Counseling come cura del disagio esistenziale. Relazione al 5° Congresso SEPI-Italia, Roma 2 Giugno 2012.
- Clark, D., Gianbalvo, C., Giambalvo, N., Garvey, K., & Langone, M. D. (1993). Exit counseling: a practical overview. In Langone, M. D. (Ed.), *Recovery from cults: Help for victims of psychological and spiritual abuse* (pp. 155-180). New York: W.W. Norton & Company.
- Cooper, M. & McLeod, J. (2012). From either/or to both/and: developing a pluralistic approach to counselling and psychotherapy, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14 (1): 5-17.
- Dazzi, N., Lingiardi V., Colli A. (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dawes, R.M., Faust, D., & Meehl, P.E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243, 1668–1674.
- Eagle, M.N & Wolitzky, D.L. (2011). Systematic empirical research versus clinical case studies: a valid antagonism? *J.Amer.Psychoanal.Assn.* 59 (4): 791-817.
- Elliott, R. & Morrow-Bradley, C. (1994). Developing a Working Marriage between Psychotherapists and Psychotherapy Researchers: Identifying Shared Purposes. In P.F. Talley, H.H. Strupp, & S.F. Butler (eds.), *Research findings and clinical practice: Bridging the chasm* (pp. 124-142). New York: Basic Books.
- Feltham, C. & Horton, I. (2012). *The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE.
- Fulcheri, M. & Savini, G. (2011) Limiti e potenzialità del counseling come relazione d'aiuto. *Rivista di Sessuologia*, 35, (1): 12-21.
- Gabbard, G.O. & Lester, E.P. (1995). *Violazioni del setting*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Galimberti U. (2005). *La casa di psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, Milano: Feltrinelli.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gatto Trocchi, C. (1994). *Le sette in Italia*. Roma: Newton Compton.
- Giusti, E. & Spalletta, E. (2012). *Psicoterapia e counseling. Comunanze e differenze*. Roma: Sovera Multimedia.
- Glass, C.R., & Arnkoff, D.B. (2000). Consumer perspectives on helpful and hindering factors in mental health treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (11): 1467–1480.
- Granello, D. H., & Granello, P. F. (2001). Counseling outcome research: Making practical choices for real-world applications. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Assessment: Issues and challenges for the millennium*. Greensboro, NC (pp. 163-172).
- Gutheil, G.T. & Brodsky, A. (2008). *Preventing boundary violations in clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K., & Tuttle, K. (2004). The therapeutic effects of providing client progress information to patients and therapists. *Psychotherapy Research*, 10: 308-327.

- Hayes, J. A., Gelso, C.G., & Hummel, A.M. (2011). Managing countertransference. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd edition; pp. 239-258). New York: Oxford University Press. Tr. It. Gestire il controtrasferimento. In: Norcross (a cura di) *Quando la relazione psicoterapeutica funziona*, Roma: Sovera Multimedia.
- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (3rd ed). Washington DC: American Psychological Association.
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to 'scientific' legitimacy: the dessiccation of human experience. *J.Amer.Psychoanal.Assn.* 57 (5): 1043-1069.
- Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. In S.D. Brown & R.W. Lent (Eds), *Handbook of counseling psychology* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Jervis, G. (1989). La psicoanalisi come esercizio critico. L'eredità freudiana nell'epoca della perdita dei suoi miti. Milano: Garzanti
- Jiménez J. P. (2007). "Can research influence clinical practice?", *Int. J. Psychoanal.*, 88: 661-79.
- Jinks, G. H. (1999). Intentionality and awareness: a qualitative study of clients' perceptions of change during longer term counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 12: 57-71.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Strauss, Giroux.
- Kernberg O. F. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates *International Journal of Psychoanalysis*, 77 (5): 1031-1040 .
- Kottler, J.A. & Carlson, J. (2003). *Bad therapy: Master therapists share their worst failures*. New York: Brunner-Routledge.
- Kryspin-Exner, I. (2001). Psychotherapy and Clinical Psychology in Austria. *European Psychotherapy*, 2 (1): 20-24.
- Lambert, M.J. (2010a). Psychotherapy research and its achievements. In J.C. Norcross, G.R. VandenBos, & D.K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2010b). Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In B. L. Duncan, S. D. Miller., B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 239-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Shimokawa K (2011). Collecting client feedback. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work*, 2nd edition. New York: Oxford University Press
- Lang, M. (1998). Gli esiti negative delle psicoterapie. In Del Corno, F., & Lang, M. (1998). *Fondamenti storici e metodologici. Evoluzione della psicologia clinica, modelli diagnostici, disegni di ricerca, formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61: 1208-1216.
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal. Therapy: A Clinician's Guide*. Oxford: OUP (Tr. It. *Terapia dinamica interpersonale breve una guida clinica*, Milano: Raffaello Cortina, 2012).
- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). What is Conceptual Research in Psychoanalysis? *Int. J. Psycho-Anal*, 87: 1355-1386

- Levitt, H., Stanley, C. M., Frankel, Z. & Raina, K. (2005). An evaluation of outcome measures used in humanistic psychotherapy research: Using thermometers to weigh oranges. *The Humanistic Psychologist*, 33: 113–130.
- Levitt, H. M., Butler, M., & Travis, H. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Principles for facilitating change. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3): 314-324.
- Levy, R.A., Ablon, J.S. & Kaechele H. (Eds). (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-based Evidence*. New York: Humana Press
- Lillienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Lorr, J. M. (2003). *Science and pseudoscience in clinical psychology*. New York: Guilford.
- Lillienfeld, S.O., Lynn, S.J., Ruscio, J., & Beyerstein, B.L. (2009). *Fifty great myths of popular psychology: Shattering widespread misconceptions about human behavior*. Chichester, England: Wiley-Blackwell (Tr. It. I Grandi Miti della Psicologia Popolare. Contro i luoghi comuni. Milano: Raffaello Cortina, 2011)
- Lingiardi, V., Amadei, G., Caviglia, G. & de Bei F. (2011) *La svolta relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lorenzini R. & Scarinci A. (2010). *Errare umanum est. L'errore nella pratica psicoterapeutica. Pazienti e terapeuti che sbagliano*. Roma: Alpes.
- Lutz, W. & Hill, C.E. (2009). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 19(4-5): 369—373.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Corveleyn, J. (2006). Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(2), 571-610.
- Maione, P. V. & Chenail, R. J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: research on the common factors. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington, DC.: APA.
- Maltzman, S. (2011). Process and outcomes in counseling and psychotherapy. In E. M. Altmeier & J. C. Hansen (Eds.). *The Oxford Handbook of Counseling Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Manthei, R.J. (2005). What can clients tell us about seeking counselling and their experience of it? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27 (4): 541-555.
- Manthei, R. J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 20 (1): 1–26.
- McLeod, J. (2008). The Effectiveness of Counselling, in C. Freeman and M. Power (eds) *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice*, Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical–statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293-323.
- Meignant, M. (1999). Psychotherapy in Europe. *International Journal of Psychotherapy* 4 (2): 225–228.
- Migone, P. (2005). Terapeuti “brevi” o terapeuti “bravi”? Una critica al concetto di terapia breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIX (3): 347-370.

- Migone, P. (2012). Come si cura la sofferenza dell'anima? Parere del Prof. Paolo Migone. <http://www.osservatoriopsicologia.it/2012/03/31/come-si-cura-la-sofferenza-dellanima/>
- Morrison, J. (1997). When psychological problems mask medical disorders : a guide for psychotherapists. The Guilford Press, NewYork (Tr.It Disturbi psichici e malattie organiche. Milano: McGraw-Hill, 1998).
- Norcross, J. C. (2000). Clinical versus counseling psychology: What's the diff? *Eye on Psi Chi*, 5(1): 20-22.
- Norcross, J. (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd edition). New York: Oxford University Press. (Tr. It. Quando la relazione psicoterapeutica funziona, 2 Vol. Roma: Sovera Multimedia, 2012)
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press (Tr. It in. J. Norcross (a cura di) Quando la relazione psicoterapeutica funziona, 2 Vol. Roma: Sovera Multimedia, 2012)
- Norcross, J. C., Sayette, M. A., Mayne, T. J., Karg, R. S., & Turkson, M. A. (1998). Selecting a doctoral program in professional psychology: Some comparisons among PhD counseling, PhD clinical, and PsyD clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29: 609-614.
- Norcross, J., Beutler, L & Levant, R. (2005). Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions, APA Books, Washington, D.C (trad. It. Trattamenti basati sull'evidenza: dibattiti e dialoghi sulle questioni fondamentali, Roma, Sovera, 2006).
- Perepletchikova, F., Treat, T.A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75: 829-841.
- Perussia, F. (2007). Cum sol. Immagini del counselor. *Giornale di Psicologia*, 1 (1): 42-58.
- Ponterotto, J. G. (2002). Qualitative research methods: The fifth force in psychology. *The Counseling Psychologist*, 30: 394-406.
- Pope, K., Sonne, J. & Greene B., (2006). *What Therapists Don't Talk About and Why Understanding Taboos That Hurt Us and Our Clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Popper, K. (1969). *Scienza e filosofia*, Torino: Einaudi.
- Priebe, S. & Wright, D. (2006). The provision of psychotherapy – an international comparison". *Journal of Public Mental Health* 5 (3): 12-22.
- Quadrio, A. & Galardi, A. (1997). Il colloquio come fondamento dell'interazione. In A. Quadrio (a cura di) *Il colloquio in psicologia*, Bologna: Il Mulino.
- Rennie, D. L. (1994). Human science and counseling psychology: closing the gap between research and practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 7: 235-250.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rossi Monti, M. & Blasi, S. (2012). Terza intervista sull'impatto della ricerca empirica e delle neuroscienze sulla psicoanalisi. http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1940:terza-intervista-sullimpatto-della-ricerca-empirica-e-delle-neuroscienze-sulla-psicoanalisi&catid=358&Itemid=441
- Safran, J. D., Abreu I., Ogilvie J. & DeMaria A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians? *Clinical Psychology Science and Practice*, 18 (4): 357-371.

- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48: 80-87.
- Sayette, M. A., Mayne, T. J., & Norcross, J. C. (2011). Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology 2012-2013. New York: Guilford.
- Schiepek, G. (2009). Complexity and nonlinear dynamics in psychotherapy. *European Review*, 17:331-356.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2): 98-109 (Tr. It: L'efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV, 1: 9-34).
- Singer, M., & Lalich, J. (1995). *Cults in our midst: the hidden menace in our everyday lives*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Singer, M. T. & Lalich, J. (1996). *Crazy therapies: What are they? Do They Work?*. San Francisco: Jossey-Bass. (Tr. It *Psicoterapie "Folli"*. Conoscerle e difendersi, Trento: Centro Studi Erickson, 1998).
- Skrabanek, P. & Mc Cormick, J. (1989). *Follies And Fallacies In Medicine*. Glasgow: Tarragon Press (Tr. It. *Follie ed inganni della Medicina*, Venezia: Marsilio, 1992).
- Slife, B. D., & Gantt, E. (1999). Methodological pluralism: A framework for psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (12): 1 – 13.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9: 521-543.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psycho- therapy. *Clinical Psychology - Science & Practice*, 5: 439- 458.
- Tantam, D. (2006) *Psychotherapy in the UK: Results of a survey of registrants of the United Kingdom Council for Psychotherapy"*. *European Journal of Psychotherapy, Counselling, and Health*, 8: 321-342.
- The Boston Change Process Study Group (2012). *Il cambiamento in psicoterapia*, Milano: Raffaello Cortina.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research* 17 (S) 303–314
- Wallerstein, R. S. (2002). The generations of psychotherapy research: An overview. In M.Leuzinger-Bohleber and M.Target. (Eds) *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers*, London: WhurrPublishers, pp. 30-52.
- Wallerstein, R.S. (2009). What Kind of Research in Psychoanalytic Science?. *Int. J. Psycho-Anal.*, 90: 109-133.
- Walsh, Y. (2001). Deconstructing "brainwashing" within cults as an aid to counselling psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*. 14 (2): 119-128.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah,NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B.E., Hollon, S.D. & Hill, C.E. (2010). Unresolved Questions and Future Directions in Psychotherapy Research In J.C. Norcross, G.R. VandenBos, & D.K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weinberger, J. & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. In S.G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 103-129). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- Whiston, S. C., & Sexton, T. L. (1998). A review of counseling outcome research: Implications for practice. *Journal of Counseling & Development*, 76: 412-426.

- Young, R. A., & Nicol, J. J. (2007). Counselling psychology in Canada: Advancing psychology for all. *Applied Psychology: An International Review*, 56: 20-32.
- Zytowski, D. G., & Rosen, D. A. (1982). The Grand Tour: 30 Years of Counseling Psychology in the Annual Review of Psychology. *Couns. Psychol.*, 10 (1): 69-81.