



Gli errori in psicoterapia. Come riconoscerli e trasformarli in occasioni di cambiamento

Nicole Buffa, Mauro Di Lorenzo**, Valentina Frigerio**

**Psicologa, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Minotauro.*

***Psicoterapeuta Minotauro, Docente della Scuola di Psicoterapia Minotauro*

Riassunto

Le ricerche sull'efficacia della psicoterapia si sono concentrate prevalentemente sull'individuazione dei fattori che predicano un esito positivo. Meno diffusi sono gli studi che hanno approfondito i possibili errori da parte del terapeuta, non solo errori diagnostici o di indicazione del trattamento più adeguato, ma anche interventi tecnici del terapeuta che non producono gli effetti previsti e che possono portare a peggioramenti del paziente. Gli errori in psicoterapia sono stati concettualizzati sia come deviazioni rispetto a parametri, che definiscono cosa è corretto fare in seduta, sia come interferenze emotive del terapeuta, che gli impediscono di sintonizzarsi con il paziente. In una diversa prospettiva questi errori possono anche essere letti come fraintendimenti del senso affettivo della comunicazione tra paziente e terapeuta ed essere utilizzati come importanti occasioni di cambiamento.

Parole chiave: *efficacia della psicoterapia, errori in psicoterapia, scambio clinico.*

Quando la psicoterapia fa male

La ricerca in psicoterapia ha cercato di rispondere ad alcune domande fondamentali: la psicoterapia è efficace? Se sì, quanto e quando lo è? Quali sono i principali meccanismi di cambiamento? Qual è il ruolo del terapeuta come persona, con i suoi atteggiamenti e le sue esperienze formative nel determinarne l'esito?

Da quando Eysenck (1952) aveva sostenuto l'inesistenza di prove di efficacia di qualsiasi psicoterapia ed aveva imputato il miglioramento ad una semplice "remissione spontanea" dei sintomi, molti sforzi sono stati fatti per rispondere a queste domande. Molte ricerche, infatti, attestano l'efficacia di svariati approcci terapeutici con pazienti che

presentano diverse tipologie di problemi. L'*American Psychological Association* (APA, 2012) ha riassunto in una sorta di manifesto programmatico quanto si sa attualmente sull'efficacia della psicoterapia, che è significativa indipendentemente dalle condizioni diagnostiche, è più duratura rispetto ai soli interventi farmacologici ed è in grado di mantenere effetti benefici anche dopo il termine dell'intervento. La psicoterapia è anche un intervento *cost-effective*, in quanto "produce benefici che superano nettamente quelli di coloro che hanno bisogno di servizi psicologici, ma non ricevono una psicoterapia" (APA, 2012, p.413).

Nonostante questi incoraggianti risultati, la connessione tra ricerca e pratica clinica è tuttora scarsa. Gli psicoterapeuti non sono orientati nella loro pratica clinica dai risultati che emergono dalle ricerche empiriche e la ricerca di per sé è vista dalla maggior parte dei clinici come irrilevante e lontana dal loro lavoro di routine (Castonguay, Muran, 2015). I clinici, tuttavia, possono forse permettersi di ignorare le ragioni dei loro successi, ma non dovrebbero evitare di conoscere i modi in cui i loro interventi possono essere dannosi. In una psicoterapia, infatti, i problemi possono aggravarsi, possono comparire nuovi sintomi o il rapporto con il terapeuta può restare solo una "stampella", che invece di produrre un miglioramento contribuisce alla cronicizzazione, mantenendo una prolungata dipendenza del paziente.

Anche se è difficile stabilire se e quanti peggioramenti siano indipendenti dalla psicoterapia o se siano un vero e proprio effetto iatrogeno, la riflessione sugli effetti negativi della psicoterapia e sui possibili errori dello psicoterapeuta potrebbe comunque aiutare a evitarli o a ridurli. La riflessione sugli errori in psicoterapia, tuttavia, è praticamente assente nei percorsi di formazione degli psicoterapeuti così come nei principali manuali professionali (Crawford, Thana, Faquharson, Palmer et al., 2016).

Un'esperienza negativa di psicoterapia può portare non solo ad un peggioramento, ma anche all'abbandono del trattamento o a scoraggiare la ricerca di altri aiuti da parte del paziente. Le interruzioni precoci della psicoterapia e gli abbandoni non sono infrequenti. È stato stimato, ad esempio, che il 40-60% degli adolescenti abbandona la terapia. Sebbene non si possa concludere che essi lo facciano perché siano peggiorati, dal momento che potrebbe anche essere che lascino la terapia perché migliorati, il quadro pone comunque degli interrogativi (Kadzin, 2004).

Identificare i fattori responsabili degli esiti negativi delle psicoterapie è un compito arduo. La psicopatologia di per sé presenta naturali oscillazioni, che spesso sono collegate a momenti di snodo nel ciclo di vita e all'impatto di eventi stressanti imprevedibili e che possono influenzare l'andamento di un intervento terapeutico (Rozenal, Kottorp, Boettcher et al., 2016; Parry, Crawford, Duggan, 2016).

Gli studi del processo terapeutico, comunque, indicano che sono principalmente le variabili legate al terapeuta e alla relazione paziente-terapeuta a predire non solo l'andamento di una psicoterapia e la sua efficacia, ma anche la sua inefficacia (Castonguay, Boswell, Costantino et al., 2010). Gli psicoterapeuti, tuttavia, tendono a sottostimare i loro insuccessi e gli esiti negativi dei loro interventi e questa cecità, nascondendo gli errori, impedisce di correggerli. Vi è una profonda differenza tra la percezione dei terapeuti e dei pazienti rispetto al peggioramento: i terapeuti tendono a valutare il peggioramento in modo molto più conservativo dei pazienti, con un rapporto di circa 1:40 (Corinne, Lambert, Harmon et al., 2005). Se da un lato questa visione

“ottimistica” dei terapeuti può rappresentare un elemento positivo, come segnale di speranza, dall’altro vi sono diversi *bias* cognitivi che possono sviare il terapeuta da una adeguata valutazione del suo lavoro (Lilienfeld, 2007). Tra questi c’è la convinzione che tutto ciò che si osserva in seduta corrisponda alla realtà quotidiana del paziente (*native realism*). C’è anche la tendenza a selezionare unicamente i dati che confermano le proprie ipotesi, minimizzando quelli che le smentiscono (confirmation bias), oltre all’errata credenza di avere il controllo su ciò che avviene durante la terapia, e infine la convinzione fuorviante che i fattori specifici del tipo di trattamento proposto siano gli unici responsabili del cambiamento, con una sottostima sia dei fattori comuni a tutte le psicoterapie sia dei fattori extra-terapeutici, quali ad esempio passaggi di ruolo, snodi evolutivi o cambiamenti contestuali, rispetto alla remissione sintomatica ed al miglioramento nella percezione di benessere soggettivo.

Le caratteristiche di un bravo psicoterapeuta

Gli effetti di un trattamento psicoterapeutico sono soltanto in parte dovuti all’uso di tecniche specifiche: se consideriamo la variabilità dell’efficacia della psicoterapia, soltanto il 15% di tale varianza è attribuibile all’uso di specifiche tecniche o di determinate posizioni teoriche o metodologiche. La maggior parte del cambiamento è spiegato dai cosiddetti “fattori comuni”, che contribuiscono ad un 30% della varianza totale; un ulteriore 35-40% dipende da effetti extra-terapeutici come la remissione spontanea o eventi positivi nella vita del paziente; il rimanente 15% dipende da effetti di aspettativa positiva rispetto all’intervento (Lambert, 2013).

È possibile che questi risultati siano validi quando si analizzano i risultati della psicoterapia in generale e che il ruolo delle tecniche possa contribuire maggiormente all’efficacia del trattamento di specifici disturbi (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). In ogni caso il terapeuta resta la variabile più importante, rispetto a metodo e tecnica, nel predire l’efficacia del trattamento (Orlinsky, Rønnestad, 2005). È utile quindi cercare di capire che cosa significhi essere un bravo psicoterapeuta (Norcross, Wampold, 2011).

La letteratura sottolinea come i “bravi” terapeuti dovrebbero essere centrati sull’altro, mostrando empatia ed accettazione, trasmettendo fiducia e speranza anche nelle situazioni più gravi, così da favorire un senso di padronanza. Anche da una prospettiva psicoanalitica, classicamente e storicamente più refrattaria al fornire consigli e supporto, è attualmente riconosciuto il ruolo benefico dell’accettazione e dei rinforzi positivi in psicoterapia (Schachter, Kächele, 2007). È utile, inoltre, fornire spiegazioni ai problemi dei pazienti, proponendo un piano d’intervento coerente e verificando i progressi e i peggioramenti durante il percorso intrapreso: arrivare col paziente ad un accordo sugli obiettivi da raggiungere e sul progetto terapeutico per realizzarli è infatti un predittore di efficacia. Un ruolo rilevante è anche la capacità di essere flessibili, cambiando approccio, anche contemplando la possibilità di un invio ad un altro terapeuta o di integrare l’intervento con l’uso di farmaci o di altri supporti, valutando anche i servizi disponibili sul territorio. Le ricerche sottolineano poi l’importanza di una buona alleanza di lavoro, che permetta di affrontare i temi ricorrenti conflittuali, le dinamiche cicliche disfunzionali e i meccanismi di difesa del paziente. Un’attenzione particolare deve essere inoltre prestata alle reazioni

emotive dello psicoterapeuta, in modo da utilizzarle consapevolmente nell'interazione con il paziente. Da ultimo, ma non meno importante, un buon terapeuta è colui che continua ad aggiornarsi, a confrontarsi in gruppo e a migliorare nella propria capacità espressiva.

Un terapeuta efficace, inoltre, non dovrebbe presumere di sapere: psicoterapeuti che si limitano ad intuire il modo in cui i pazienti percepiscono la relazione terapeutica sono spesso imprecisi. Al contrario, i terapeuti che chiedono in modo specifico e rispettoso come stanno i pazienti, prevengono interruzioni premature (Lambert, Shimokawa, 2011). Inoltre, bisognerebbe evitare di assumere il proprio punto di vista a discapito di quello del paziente e di porsi in modo ostile, commentando in modo critico o colpevolizzante; ugualmente negativa è l'assunzione di un atteggiamento sfidante che non sostiene il senso di autoefficacia e l'elaborazione delle resistenze del paziente. Essenziale è considerare anche i punti di forza dei pazienti e non concentrarsi solo sui problemi. Infine, un'eccessiva strutturazione rischia di ridurre l'empatia e la condivisione; anche l'adozione di un setting rigido e uguale per tutti rischia di essere controproducente (Lundahl, Burke, 2009).

Queste indicazioni sono utili per orientare la formazione degli psicoterapeuti, anche se è difficile tradurle in percorsi formativi. Il valore del training nel formare uno psicoterapeuta efficace è tuttora controverso. In alcuni studi, per esempio, gli esiti delle psicoterapie non cambiano in base agli anni di esperienza clinica del terapeuta, mentre in altri conta l'esperienza, anche se in modo limitato (Beutler et al., 2004).

Questi risultati contraddittori rispetto al valore del training rimandano a due approcci diversi rispetto alla psicoterapia: se si ritiene che siano principalmente i fattori comuni a tutte le psicoterapie a spiegare l'efficacia dell'intervento, non sarebbe tanto la formazione specialistica quando la presenza di determinate capacità personali dell'analista (ad esempio l'essere empatici) a determinare l'esito positivo. Se viceversa si sostiene che siano specifici approcci terapeutici, operazionalizzati e manualizzati, ad essere più efficaci di altri per un determinato disturbo, allora il ruolo della formazione non può che essere fondamentale.

Un discorso a parte è quello relativo al ruolo della psicoterapia personale, caposaldo della formazione psicoanalitica, che secondo alcune ricerche non sembrerebbe aumentare l'efficacia degli psicoterapeuti: almeno tre quarti di tutti gli psicologi e psichiatri hanno avuto un'esperienza di terapia personale, percentuale che tra i clinici di orientamento psicoanalitico sale a circa il 90%. Il punto di vista dei diretti interessati su questo tema è molto esplicito, dal momento che gli psicoterapeuti affermano che la loro esperienza di terapia personale ha avuto un impatto significativo e positivo sulla loro capacità di avere una buona relazione con i pazienti e sulla possibilità di gestire reazioni emotive forti e potenzialmente disturbanti; ciononostante sinora le ricerche non hanno confermato tale effetto (Geller, Norcross, Orlinsky, 2005).

Quali sono gli errori in psicoterapia?

Per approfondire il tema dell'efficacia in psicoterapia, e soprattutto del ruolo del terapeuta come persona rispetto agli esiti, sarebbe importante definire non soltanto i principali fattori terapeutici, ma anche i possibili errori da parte del clinico. Nella letteratura la definizione di errore in psicoterapia, tuttavia, è tuttora piuttosto vaga ed è difficile trovarne

delle classificazioni (O'Donohue, Engle, 2013).

Non è facile, infatti, capire che cosa possa essere definito un errore. Un errore è una deviazione da un parametro tecnico prestabilito o è un intervento che non ottiene l'effetto desiderato o ne produce uno negativo?

Secondo Langs (1977), per esempio, un errore è qualsiasi azione del terapeuta che si allontani dalla tecnica psicoanalitica standard, incentrata sulle regole di neutralità e astinenza, sulle libere associazioni e le interpretazioni. Per molto tempo è la cattiva gestione del controtransfert ad essere considerata la principale fonte di errori nel lavoro clinico. Greenson (1967) ha distinto errori controtransferali "occasionalni" da quelli dovuti ad una prolungata e cronica interferenza delle reazioni emotive del terapeuta nel lavoro analitico e da errori tecnici derivanti da una insufficiente comprensione clinica o teorica dei problemi del paziente. Nella teoria della tecnica psicoanalitica il controtransfert è stato descritto come globalità delle reazioni del terapeuta nei confronti del paziente e non solo come l'espressione di conflitti irrisolti del terapeuta (Safran, 2018). Questa revisione ha comportato la necessità di riconcettualizzare gli errori del clinico in senso ampio come derivanti dal coinvolgimento personale del terapeuta nei confronti del paziente (Mitchell, 1988).

Blau (1988) ha proposto un elenco di errori:

- Errori dovuti a un training inadeguato, come un'insufficiente comprensione dei conflitti inconsci e quindi una difficoltà nel maneggiare le interpretazioni relative alle differenti istanze interne del paziente.

- Errori dovuti ad aspetti nevrotici del terapeuta, che potrebbe ad esempio "perdere di vista" il ruolo dell'aggressività nelle comunicazioni del paziente a causa di una propria macchia cieca rispetto a tale tematica affettiva.

- Errori dovuti ad aspetti caratteriali del terapeuta, che fanno prevalere i suoi bisogni narcisistici di essere apprezzato, sulle necessità del paziente.

Una differente proposta si basa, invece, su una suddivisione tra strategie, tattiche e tecniche (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2017):

- Le *strategie* rappresentano gli obiettivi a lungo termine dell'intervento terapeutico.
- Le *tattiche* rappresentano le modalità con cui si mantiene un adeguato livello di lavoro, gestendo eventuali momenti di crisi o veri e propri "attacchi" alla terapia.
- Le *tecniche*, infine, rappresentano gli strumenti di lavoro nel qui ed ora, utilizzati dal terapeuta per raggiungere gli obiettivi di cambiamento desiderati. Per esempio, in una psicoterapia psicoanalitica, le tecniche possono essere la confrontazione, la chiarificazione e l'interpretazione, mentre tecniche specifiche di una psicoterapia cognitivo-comportamentale possono essere l'esposizione o la ristrutturazione cognitiva.

A partire da queste definizioni, quindi, si possono differenziare *strategic-mistakes* e *tactical-mistakes* (Mazzetti, 2012). Gli *strategic-mistakes*, che fanno riferimento ad una scorretta diagnosi o ad un'errata pianificazione del trattamento, sono potenzialmente molto dannosi e possono compromettere il benessere del paziente. I *tactical-mistakes*, invece, si verificano quando il terapeuta compie, consciamente o inconsciamente, delle mosse non consentono di mantenere la cornice terapeutica garante di un lavoro riflessivo e "neutrale" rispetto ai sistemi motivazionali dominanti nel paziente e vanno a distruggere la relazione analitica, come ad esempio le violazioni del setting (Gabbard, 2017).

Una definizione relazionale degli errori

Un modo differente di concettualizzare gli errori in psicoterapia è quello di non considerarli come deviazioni rispetto a parametri teorici predefiniti oppure come una cattiva gestione delle regole fondamentali dello scambio clinico, bensì come un'alternanza tra momenti di incontro e scambio comunicativo sintonico tra paziente e psicoterapeuta (*Match*) e momenti di mancata comprensione e sintonia (*Mismatch*). Questa alternanza è per certi aspetti inevitabile e in questo caso l'attenzione si sposta dall'evitamento dell'errore alla possibilità di correggerlo.

Questa definizione, in una prospettiva relazionale, è vicina alla definizione dei *technical-mistake*, errori in ciò che il terapeuta fa, seduta dopo seduta, momento per momento. Questi errori inevitabili, se adeguatamente gestiti, possono addirittura trasformarsi in opportunità terapeutiche, attraverso momenti affettivamente densi e carichi che in letteratura vengono definiti in numerosi modi e rimandano ai cicli di rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica (Safran, Muran, 2000).

Un'analisi della letteratura consente di descrivere i comportamenti che avvengono nella singola seduta e che possono essere considerate interventi erronei da parte del terapeuta, nonostante la loro potenziale valenza trasformativa (Hwag, 2014; Castonguay, Boswell, Constantino *et al*, 2010; Parry, Crawford, Duggan, 2016; Rozental, Kottorp, Boettcher, *et al*, 2016; Hill, 2012):

- *Reazioni emotive inappropriate*: reazioni emotive spontanee del terapeuta che urtano il paziente, come interventi bruschi o non in linea con il clima emotivo della seduta.
- *Gestione fallace*: difficoltà nella gestione del materiale portato dal paziente, per timore di perderne il controllo o per "macchie cieche" proprie del terapeuta.
- *Sopravalutazione/sottovalutazione dei problemi del paziente*: interventi dello psicoterapeuta effettuati con un timing errato oppure al di fuori di una "zona terapeutica di sviluppo prossimale" (*Therapeutic zone of proximal development*, TZPD; Stiles, Caro Gabalda, Ribeiro, 2016) ;
- *Difesa narcisistica di ruolo*: interventi dettati dal bisogno dello psicoterapeuta di dimostrare il proprio valore, in particolare in momenti di difficoltà.
- *Mancata sintonia emotiva*: perdita di sintonizzazione affettiva o scarsa responsività emozionale da parte del terapeuta.
- *Linguaggio inadeguato*: interventi del terapeuta espressi con un linguaggio troppo complesso o troppo semplicistico.
- *Inadeguatezza del setting*: eccessiva rigidità delle regole o viceversa difficoltà nella regolamentazione del setting.

Questi errori sono comunque descritti come azioni o reazioni sbagliate dello psicoterapeuta. In un'altra prospettiva, invece, sarebbe possibile descriverli non come singole azioni o comportamenti, ma come interazioni, o sequenze di azioni e reazioni, analizzando quindi delle unità di interazione tra paziente e terapeuta (Merghenthaler, 2015).

Nella ricerca sulla psicoterapia sono stati sviluppati diversi metodi di analisi delle interazioni dinamiche, come il CCRT di Luborsky (1990) o il PQS di Jones (2000). Questi metodi non hanno come finalità principale la rilevazione degli errori dello psicoterapeuta,

ma la descrizione di conflitti relazionali. Il CCRT, per esempio, è costituito da una triade dinamica, composta dal Desiderio del soggetto, dalla Risposta dell'altro e dalla Risposta del Sé.

Sulla base di un paradigma relazionale, quindi, sarebbe possibile definire gli errori non come comportamenti dello psicoterapeuta (rigidità del setting, stile narcisistico, ecc.), ma come un'interazione dinamica. L'unità di analisi in questo caso sarebbe quindi una sequenza dinamica, che potrebbe essere composta da:

- La comunicazione del paziente.
- L'intervento dello psicoterapeuta.
- La risposta del paziente all'intervento dello psicoterapeuta, che segnala una mancata sintonia.
- L'azione dello psicoterapeuta finalizzata alla riparazione, che può essere diretta o indiretta, esplicita o implicita.
- L'esito della riparazione, per rilevare l'effetto del tentativo di ripristinare l'alleanza terapeutica da parte del clinico con l'obiettivo di ristabilire un adeguato livello analitico.

Per l'analisi della dinamica interattiva, è possibile fare riferimento ad una teoria della comunicazione affettiva, del senso e della trasformazione del senso (Maggiolini, 2013). Nella prospettiva dei sistemi motivazionali, per esempio, l'esperienza di Sé e delle relazioni interpersonali è costantemente determinata dagli intrecci tra differenti bisogni di base, tra cui la regolazione fisiologica, l'attaccamento, l'esplorazione-assertività, l'avversività-competizione, il piacere sessuale-sensuale, l'affiliazione e l'accudimento (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 2010).

Una mancata sintonia, in questa prospettiva, è letta come il fraintendimento del senso emotivo della comunicazione dell'interlocutore da parte di uno dei due membri dell'interazione. Un intervento del terapeuta, per esempio, può essere interpretato in modo differente a seconda del sistema motivazionale attivo nel paziente: un'affermazione del terapeuta ispirata da una motivazione di accudimento può essere interpretata in modo molto differente a seconda che sia attivo nel paziente il sistema di attaccamento oppure il sistema di rango o ancora un sistema paritetico. D'altra parte, lo psicoterapeuta può rispondere alle richieste di accudimento del paziente con un sistema motivazionale competitivo. In questa prospettiva, un errore dello psicoterapeuta è una distorta interpretazione del senso affettivo della comunicazione del paziente, che non è riconosciuta e riparata.

Le cause di simili cortocircuiti possono essere descritte in modi diversi. È possibile ipotizzare, per esempio, che gli errori possano derivare da una scarsa consapevolezza da parte del clinico delle dinamiche interne attive sia nel paziente che in se stesso o da una difficoltà di cogliere in un determinato momento dello scambio terapeutico il cosiddetto "piano inconscio" del paziente (Weiss, 1993).

Possiamo esemplificare l'analisi della dinamica interattiva attraverso due esempi, tratti da sedute audio-registrate non consecutive della psicoterapia di una giovane adulta di 23 anni. L'analisi è basata sulla descrizione della dinamica interattiva che segnala una rottura o un fraintendimento della comunicazione (comunicazione del paziente, intervento dello psicoterapeuta, reazioni del paziente e intervento di riparazione).

La paziente, per esempio, in seduta parla della fatica di essersi dovuta recare a lavoro,

nonostante un principio di influenza. Lo psicoterapeuta interviene sottolineando nella comunicazione della paziente un bisogno di accudimento. A questo intervento la paziente reagisce in modo irritato («*Non ho certo pensato di restare a casa*») e la dinamica della relazione tra psicoterapeuta e paziente diventa competitiva. La paziente non si sente capita dallo psicoterapeuta e si produce una temporanea rottura dell'alleanza terapeutica, che lo psicoterapeuta cerca di riparare, attraverso l'esplicitazione della percezione di un giudizio negativo da parte della paziente.

Per essere efficace, infatti, l'intervento del terapeuta dovrebbe essere accompagnato da un atteggiamento accentante che incoraggi il paziente ad accogliere aspetti di sé rifiutati e fonti di angoscia; spesso invece gli interventi terapeutici sono declinati in uno stile comunicativo percepito giudicante e ostile che attiva di conseguenza reazioni competitive, il che ostacola il cambiamento terapeutico invece di favorirlo (Wachtel, 2008, 2013).

In un secondo esempio, che sulla base delle definizioni sopracitate potrebbe essere definito di "gestione fallace", il terapeuta fa inizialmente fatica a gestire la comunicazione della paziente, la quale racconta di come, in un momento di difficoltà, aveva contattato il terapeuta via sms senza ricevere da parte sua una risposta immediata, bensì un rinvio alla seduta già concordata per il giorno seguente, il che l'aveva fatta arrabbiare e sentire profondamente rifiutata. In un primo momento il terapeuta si rivolge in modo competitivo verso paziente, chiedendole ulteriori elaborazioni e cercando di scoprire maggiormente quali esperienze fossero inaccessibili per lei, rischiando una ulteriore risposta di rottura dell'alleanza terapeutica. Solo in un secondo momento il terapeuta cerca di accogliere maggiormente i vissuti della paziente, legittimando il suo punto di vista. Questo passaggio la aiuta a sentirsi più a suo agio e più accogliente verso sé stessa, permettendole di procedere ad una rielaborazione del proprio modo di fare esperienza di sé e dell'altro («*Ma quindi cosa sto facendo? [...] Io in quel momento ero sola. E la mia reazione è stata chiudere le porte. Come faccio sempre*»).

Conclusione

La concettualizzazione degli errori in psicoterapia e del loro "utilizzo" nel lavoro clinico si è modificata in modo radicale negli ultimi anni. In ambito psicoanalitico, si è passati dal ritenere errore tutto ciò che non consentiva l'applicazione della tecnica psicoanalitica standard a concettualizzare gli scivoloni del terapeuta come indicativi di una cattiva gestione del controtransfert, sino ad approdare, in una prospettiva relazionale, ad una visione degli errori come qualcosa di inevitabile nel lavoro clinico.

Attraverso un adeguato modo di gestire un proprio errore, il terapeuta può addirittura imparare molto degli schemi relazionali del paziente, può ristabilire o migliorare l'alleanza terapeutica, stabilire un contatto contemporaneamente più intimo e più pragmatico con il paziente e aiutarlo a reintegrare parti scisse di sé (Evans, Gilbert, 2005). Uno dei modi con cui si può stabilire, mantenere e solidificare una buona alleanza terapeutica è proprio attraverso il lavoro che il terapeuta mette in campo quando si rende conto di aver commesso un errore. Quel che è importante, quindi, non è non commettere errori, quanto il saperli riconoscere, imparare a gestirli in modo adeguato per renderli momenti di cambiamento produttivo. Per alcuni modelli di psicoterapia, come il *Brief Relational*

Psychoanalytic Treatment (Safran, 2008), di fatto questo finisce per essere il focus principale del lavoro terapeutico. Paradossalmente, spesso è proprio a seguito di un errore, inteso come una rottura nell'alleanza terapeutica, e del tentativo del terapeuta di riconoscerlo e di ripararlo, che si produce una comunicazione più autentica da parte del paziente e una miglior comprensione da parte del clinico (Safran, Kraus, 2014; Westerman, 2017).

Per fortuna, quindi, non è necessario non commettere errori per potersi ritenere dei bravi terapeuti. Questa conclusione apre a riflessioni importanti sul versante della formazione in psicoterapia, perché gli psicoterapeuti in generale e quelli in formazione in particolare, non si sentono legittimati ad ammettere difficoltà ed errori: su 143 psicoterapeuti a cui è stato chiesto di darsi un voto come clinici (su una scala Likert da F ad A+), i due terzi si sono attribuiti il massimo dei voti, e nessuno si è posizionato al di sotto della media (Sapyta, Riemer, Bickman, 2005). D'altra parte, la quasi totalità dei terapeuti afferma che per crescere come clinico più che i seminari, i libri o gli approfondimenti, sono gli stessi pazienti a fungere da maestri: il 97% degli psicoterapeuti afferma sentirsi crescere grazie al lavoro con i pazienti, da ciò che funziona ma soprattutto dagli errori che hanno commesso con loro (Orlinsky et al., 2005).

È importante dare al paziente la possibilità di "correggere" il terapeuta, sottolineando quanto non gli è sembrato calzante o corretto nell'intervento del terapeuta o nelle sue espressioni emotive, senza considerare necessariamente questi commenti come critiche distruttive. In sintesi, è utile tenere a mente che gli errori da parte del terapeuta devono essere messi in conto in ogni terapia. Gli errori nella relazione terapeutica sono inevitabili e chiunque sia spaventato dal commetterli finirà per non riuscire a fare nulla di utile per il paziente (Waller, 2009).

Bibliografia

American Psychological Association (2013), Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, XLVII, 407-422.

Castonguay L.G., Boswell J.F., Constantino M., Goldfried M.R., Hill C.E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34-49.

Casement P. (2002). *Learning from our mistakes. Beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy*. The Guilford Press, New York.

Hannan C., Lambert M., Harmon C., Stevan N., Smart D., Shimokawa K., Sutton S. (2005). A lab test and algorithms for identifying cases at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61, 2, 155-163.

Crawford M., Lavanya T., Farquharson L., Palmer L., Hancock E., Bassett P., Clarke J., Parry G. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.

Evans K.R., Gilbert M.C. (2005). *An introduction to Integrative Psychotherapy*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 5, 319-324.

- Gabbard G.O. (2016). *Violazioni del setting. Seconda edizione.* (Trad.it.: Milano: Raffaello Cortina Editore, 2017).
- Geller J.D., Norcross J.C., Orlinsky D.E. (2005). *The Psychotherapist's Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives.* Oxford University Press, Oxford.
- Gilhooley D. (2011). Mistakes. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 311-333
- Greenson R. (1967). *Tecnica e pratica psicoanalitica.* (Trad.it.: Milano: Feltrinelli, 1974).
- Hill, C.E. (2012). Studi qualitativi sulle esperienze negative in psicoterapia in Muran, J.C & Barber, J.P. (a cura di) *L'alleanza terapeutica. Una guida evidence based per la pratica clinica*, 20. Roma: Sovera Edizioni, 77-87.
- Hwang, M.S. (2014). *Mistakes in psychotherapy: what becomes of our errors?* (Doctoral Dissertation, Institute for Clinical Social Work, Chicago).
- Jones E. (2000). *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica.* (Trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- Kazdin A.E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and change* (5th edition, 543-589). New York, John Wiley.
- Lambert MJ (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, 50, 1, 42-51.
- Lambert M.J., Shimokawa K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 1, 72-79.
- Langs R. (1977). *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica.* (Trad. it.: Torino: Bollati Boringhieri, 1979).
- Lichtenberg J., Lachmann F.M., Fosshage J. (2010). *I sistemi motivazionali.* (Trad.it.: Bologna: Il Mulino, 2012).
- Lilienfeld S.O (2007). Psychological treatment that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2, 53-70.
- Luborsky L. (1990). *Capire il transfert.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lundhal B., Burke B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65,11, 1232-1245
- Maggiolini A. (2009). *Ruoli affettivi e psicoterapia. Il cambiamento come sviluppo.* Raffaello Cortina, Milano.
- Maggiolini A. (2013). Trasformazione del senso. *Psichiatria e psicoterapia*, XXXII, 4, 275-291.
- Maggiolini A. (2017). *Psicopatologia del ciclo di vita.* Franco Angeli, Milano.
- Mazzetti M. (2012). Teaching trainees to make a mistakes. *Transactional Analysis Journal*, 42, 43-52.
- Mergenthaler E. (2015), Resonating Minds - A School-Independent Theoretical Conception and its Empirical Application to Psychotherapeutic Processes in Strauss B.M., Barber J.P., Castonguay L.G. (Eds.) *Psychotherapy Research and Practice.* Routledge, New York.
- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67,2, 127-132.
- O'Donohue W.T., Engle J.L. (2013). Errors in psychological practice: devising a system to improve client safety and well-being. *Professional Psychology: Research and Practice*,

44, 314-323.

Orlinsky D.E., Rønnestad M.H. (Eds) (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*, American Psychological Association, Washington, DC.

Parry G.D., Crawford, M.J. & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies-time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 210-212.

Rozental A., Kottorp A., Boettcher J., Andersson G. (2016). Negative effects of psychological treatments: an exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *Plos One*, 1-22.

Safran J.D. (2018). *Psicoanalisi e terapie psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Safran J.D., Kraus J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy*, 51, 381-387.

Safran J.D., Muran C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. (Trad.it.: Bari: Laterza, 2000).

Sapyta J., Riemer M., Bickman L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 2, 145-153.

Schachter J., Kächele H. (2007). The analyst's role in healing: Psychoanalysis-plus. *Psychoanalytic Psychology*, 24,3, 429-444.

Stiles, W.B., Caro Gabalda, I., Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy*, 53,3, 268-272.

Yeomans F.E., Clarkin J.F., Kernberg O.F. (2015), *La terapia focalizzata sul transfert per il disturbo borderline di personalità*. (Trad.it.: Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2017).

Wachtel P.L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. Routledge, Londra.

Wachtel P.L. (2013). *Therapeutic Communication. Knowing what to say when. Second Edition*. Guilford Press, New York.

Waller G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behavior Research and Therapy*, 47,2, 119-127.

Weiss J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. (Trad.it.: Torino: Bollati Boringhieri, 1999).

Westerman, M.A. (2017). Investigating how interpersonal defense theory can augment understanding of alliance rupture and resolution: a theory case study. *Psychoanalytic Psychology*, 34, 13-25.