

Luigi Abbate¹

PARERE *PRO-VERITATE*
SUL CONFINE TRA ATTIVITÀ PSICOLOGICA E
PSICOTERAPEUTICA E
I CRITERI CHE FONDANO LA VALIDITÀ DI UNA TEORIA
SCIENTIFICA DELLA CURA.

¹ Psicologo. Docente Fondamenti di Psicodiagnostica Clinica. Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, “Sapienza” Università di Roma. American Psychological Association Full Member; Society For Personality Assessment, Fellow; Analista Didatta Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA); Collegio dei *Probiviri* CIPA.
luigi.abbate@uniroma1.it

Su richiesta del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, nelle vesti del Presidente Dott. Giuseppe Luigi Palma, mi si chiede di esprimere un parere *pro veritate* sul confine tra attività psicologica e psicoterapeutica e i criteri che fondano la validità di una teoria scientifica della cura.

ooo

Il primo quesito a cui rispondere è se esiste un confine tra l'attività psicologica e quella psicoterapeutica. Lo psicologo e lo psicoterapeuta sono due identità professionali distinte o tra di loro sovrapponibili?

Da un punto di vista strettamente formativo lo Psicologo è un professionista che ha conseguito la laurea in Psicologia ed è regolarmente iscritto all'Albo professionale. Lo Psicoterapeuta, invece, è uno psicologo (o medico) laureato che ha conseguito una specializzazione in Psicoterapia e che sia regolarmente iscritto all'Albo professionale con la qualifica di "Psicoterapeuta".

L'ambito legislativo, in tal senso, non lascia spazio a dubbi. La legge 56 del 18/02/1989, composta da 38 articoli, definisce così l'identità professionale dello psicologo:

1. La professione dello psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione, riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito.

Mentre, nell'articolo 3, dice dell'attività psicoterapeutica:

1. L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in Psicologia o in Medicina e Chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivata ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti riconosciuti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica.
2. Agli psicoterapeuti non medici è vietato ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica.
3. Previo consenso del paziente, lo psicoterapeuta e il medico curante sono tenuti alla reciproca informazione.

La diagnosi psicologia è una competenza professionale che accomuna psicologi e psicoterapeuti. Si può, anzi, dire che la diagnosi psicologica può essere considerata un aspetto fondativo della professione dello psicologo, così come sottolineato da almeno due riferimenti normativi “forti”. Il primo lo si trova nell’art. 1 della Legge 56/89 in cui vengono definiti gli ambiti professionali che caratterizzano e specificano la professione: “La professione di psicologo comprende *L’uso degli strumenti* conoscitivi per la prevenzione, la *diagnosi*, le attività di riabilitazione e di sostegno in *ambito psicologico* rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità” (il corsivo è mio). Il secondo è nell’art. 21 del Codice Deontologico dove si dice che “lo psicologo è tenuto a non insegnare l’uso degli strumenti conoscitivi e di intervento *riservati* alla professione di psicologo a soggetti estranei alla professione stessa” (P. Porcelli <http://www.apmagazine.it/la-competenza-della-diagnosi-psicologica/2008/06/08/>).

Come si vede, il Codice rimanda alla Legge per cui si pone come norma l’idea che professionalmente lo psicologo si caratterizza per l’uso di *alcuni strumenti* specifici grazie ai quali delinea il proprio spazio autonomo e non condiviso con altre figure professionali limitrofe, come ad esempio psichiatri o assistenti sociali. La situazione legislativa configura almeno due punti importanti: 1) lo psicologo è accumulato a medici e odontoiatri come unica figura professionale in grado di fare diagnosi in ambito sanitario in Italia; 2) lo psicologo si differenzia da altre figure professionali nel fatto di essere l’unico a poter fare diagnosi psicologica.

Secondo la legge 56/89 l’attività dello Psicologo sarà quella di valutare/diagnosticare e in assenza di un quadro di rilevanza clinica si “limit[erà] all’identificazione, chiarificazione ed esplicitazione delle cause psichiche, sociali o materiali che hanno condotto alla richiesta del colloquio, che possono avere effetti lenitivi sulla sofferenza psicologica del cliente. In questo senso, l’attività dello Psicologo si pone come abilitativa, riabilitativa e di sostegno, ma non curativa” (Dazzi, 2010). Lo Psicologo può muoversi, pur con ampi spazi e con una sua specificità professionale, solo in ambito valutativo. Quando nella sua attività valutativa si troverà di fronte ad una “malattia”, perché il quadro emerso corrisponde a quanto delineato nel *Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV-TR; APA, 2000), il sistema diagnostico più diffuso e riconosciuto a livello internazionale, la competenza diventa del terapeuta – medico o psicologo con una specifica formazione oltre la laurea².

² Il termine terapia deriva dal greco *therapéia* “servizio, cura” che nella sua accezione originaria rimandava ai “servizi resi agli dei, nel culto, agli uomini col trattamento medico. *Therapeutikós* come derivato “atto a servire”, anche in senso medico “atto a curare” (Cortellazzo, Zoli, 1988). Più recentemente “parte della medicina che tratta della cura della malattia” (Marchi, 1829, cit. in Cortellazzo, Zoli, ib.).

Nel ormai lontano 1983, quando ancora la professione di psicologo era in via di definizione, e quando ancora si parlava di proposte di legge ed era in essere “la Legge 615 per l’ordinamento della professione dello psicologo”, G. Giacomini in un interessante supplemento al n. 4 di febbraio 1983 de “*Il Medico d’Italia*”, monografico su “Lo psicoterapeuta professionale e la sua formazione didattica” a pag. 21 afferma:

“Si definisce come psicoterapia ogni metodica di comunicazione interpersonale, verbale e/o non verbale, istituita con l’intento esplicito di risolvere gli stati di sofferenza psichica e/o i disordini del comportamento esteriore ad esso collegati [...] la qualifica di psicoterapeuta viene conferita all’operatore che abbia conseguito una competenza adeguata nell’applicazione di una specifica metodica psicoterapeutica, avendo maturato la sua formazione di tirocinio pratico e di istruzione teorico-culturale presso scuole pubbliche e/o private dotate dei necessari requisiti epistemologici, didattici, clinici”.

Altre definizioni che possiamo trovare in letteratura non variano di molto:

“La psicoterapia è qualsiasi forma di aiuto e di cura attraverso il rapporto interpersonale. In senso generale, è psicoterapia quanto di utile può derivare al soggetto, per la soluzione dei propri problemi e la scomparsa dei propri disturbi, dall’incontro con un’altra persona o con persone, e dallo scambio diretto di parole e di messaggi non verbali. In modo più preciso e limitato, si può parlare di psicoterapia quando un aiuto del genere venga dato in modo intenzionale da parte di una o più persone che abbiano la capacità di farlo” (G. Jervis, 1975, p.308).

“In termini più ampi, l’impresa chiamata *psicoterapia* comprende una persona che ha riconosciuto di aver bisogno di aiuto, un esperto che ha acconsentito di fornire quell’aiuto, e una serie di interazioni umane, spesso a carattere altamente intricato, sottile e prolungato, destinate a produrre mutamenti benefici nei sentimenti e nel comportamento del paziente che sia chi ne è partecipe sia la società in senso più esteso considereranno come terapeutici” (H.H. Strupp, 1977, p3)

“Qualsiasi forma di terapia per malattie mentali, disadattamenti di comportamento e problemi ritenuti di natura emotiva, in cui una persona che ha ricevuto un’adeguata preparazione instaura un rapporto professionale con un paziente al fine di rimuovere, modificare o attenuare i sintomi esistenti, di cambiare o capovolgere i modelli di

comportamento disturbati, e di promuovere uno sviluppo e una crescita positivi della personalità” (L. Hinsie & R. Campbel 1979, p.611).

Qualificare il termine terapia come Psico-terapia e/o come terapia Psicologica non cambia, sempre di terapia si tratta e in quanto tale va considerata come “la risposta clinica esperta” ad una malattia. Al di là di qualsiasi possibile definizione, la psicoterapia è un’area di intervento con finalità di cura dove (per legge prima di tutto) coesistono esclusivamente due figure sanitarie diverse: psicologi e medici con specifica preparazione. La legge chiarisce infatti che i rispettivi ordini devono tenere un elenco aggiornato degli iscritti abilitati a tale intervento.

Pertanto una differenza tra psicologo e psicoterapeuta esiste, ed è ben documentata, sia in termini di funzioni sia in termini di training. La Psicologia si è da sempre occupata della misurazione scientifica dell’*attività mentale*, e basta dare uno sguardo ai piani di studio di tutte le facoltà di psicologia, non solo italiane, per verificare che la pratica della psicoterapia richiede un training specifico. L’aggiunta del termine clinico non cambia lo scenario. Uno psicologo clinico è “clinico” perché interessato alla psicodinamica e alla psicopatologia, psicologo perché si occupa della valida misurazione di tali attività mentali, ma non è formato per essere uno psicoterapeuta.

“Psicologia Clinica [...] si occupa di mettere a disposizione della diagnostica psichiatrica e della terapia determinati strumenti e metodi che appartengono all’armamentario tradizionale della psicologia: test, questionari, interviste, ecc.” (L. Hinsie & R. Campbel 1979, p.593)

Un ulteriore aiuto per meglio differenziare tra intervento dello psicologo e intervento dello psicoterapeuta ci viene da P. Kendal e J. Norton-Ford (1982, p.402-403) che definiscono la

“consulenza psicologica ... l’applicazione di principi psicologici per fornire i membri di sistemi sociali di capacità e conoscenze che li renderanno capaci di apportare cambiamenti positivi nel loro sistema sociale. Più che aiutare i clienti ad esplorare e risolvere problemi personali, i consulenti permettono loro di capire, e avvalersi in modo più efficace dei propri sistemi sociali come scuole, imprese commerciali, organizzazioni comunitarie o intere comunità”

Prima della legge 56/1989, nonostante non esistesse l’Ordine degli Psicologi e la professione di Psicologo non fosse riconosciuta come professione liberale protetta, gli psicologi erano, comunque una figura professionale considerata. Ovviamente i percorsi formativi erano diversi da quelli odierni, e diverso era il loro riconoscimento giuridico/amministrativo. Per esempio, la Legge

18 marzo 1968, n. 431 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 20 aprile 1968, n. 101: “Provvidenze per l'assistenza psichiatrica” prevedeva nell'articolo 2 che “Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente”. La legge equiparava amministrativamente la figura dello Psichiatra, giuridicamente esistente, con quella dello Psicologo, che potremmo dire esistente solo su un piano culturale. Questa condizione di equiparazione amministrativa non portava con sé il fatto che Psichiatra e Psicologo fossero considerati professionalmente uguali. Il tornare alla legge 431 del 1968, allora come oggi, consente di sottolineare che un atto amministrativo, a volte mirato ad aspetti economici, non può sostituire il riconoscimento giuridico di una figura professionale né la formazione necessaria. Come dire che se Psichiatra, Psicologo, Assistente Sociale, per esempio, hanno nei loro tariffari prestazioni uguali per denominazione non ne consegue che una vale l'altra. La professione, qualunque essa sia, deriva da uno specifico percorso formativo e non da etichette spesso usate per consentire una sintesi.

Prima della legge 56 del 18/02/1989 era possibile trovare, soprattutto in ambito psicoanalitico, anche persone di estrazione diversa, il più delle volte filosofi. Passati i tempi delle norme transitorie, e considerati i 22 anni della legge, ora è possibile accedere alle specifiche scuole di formazione solo se in possesso del Diploma di Laurea in Psicologia o in Medicina. Non vi sono deroghe.

Nonostante l'offerta formativa si declini attraverso numerose scuole dei più disparati orientamenti professionali, l'immagine del terapeuta si sovrappone e si confonde con quella dello psicoanalista. È sufficiente digitare su Google “Terapia Psicologica” e al primo posto compare il portale “il mio psicologo”³ senza entrare nel merito di quello che viene proposto, la cosa che colpisce è che, nel sito, viene offerta all'utente un'immagine - nel senso di una foto - che mostra il paziente sul lettino e il terapeuta, immagine che chiaramente sovrappone/confonde la figura dello psicoterapeuta con quella dello psicoanalista.

Questo apre un altro fronte, rappresentato dalla comunicazione con l'utente. “Simona Argentieri, membro dell'AIPsi, psichiatra e psicoanalista di Roma [...] Ha censito almeno 350 scuole di psicoterapia in Italia: *una ricchezza d'offerta che si confronta con un contesto culturalmente povero, se una persona di media scolarità oggi chiama analisi qualsiasi terapia della parola (corsivo aggiunto)* (D. Messina, Giù dal lettino. La “società dei narcisi” teme l'analisi classica. In Corriere della Sera p.32-33, 13 febbraio 2011).

Da quest'ottica è indispensabile che venga letto e messo in pratica l'articolo 40 del codice deontologico degli psicologi italiani:

³ http://www.ilmiopsicologo.it/page/che_cos_%E8_una_terapia_psicologica.aspx

“Indipendentemente dai limiti posti dalla vigente legislazione in materia di pubblicità, lo psicologo non assume pubblicamente comportamenti scorretti finalizzati al procacciamento della clientela. In ogni caso, può essere svolta pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dai competenti Consigli dell’Ordine. Il messaggio deve essere formulato nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica ed alla tutela dell’immagine professionale. La mancanza di trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario costituisce violazione deontologica”.

Senza dimenticare l’articolo 5:

“[...] Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e i riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate”.

In questo panorama decisamente inflazionato sia “scientificamente” sia commercialmente c’è spazio per nuove teorie e nuove tecniche d’intervento? Si potrebbe dire che la porta verso il nuovo è aperta, anche se non a tutti è consentito entrare. Il primo passo da compiere è quello di presentarsi di fronte alla comunità scientifica di appartenenza e *dimostrare* la validità di una teoria e l’efficacia della tecnica conseguente. Ma quali sono i criteri che fondano l’accettabilità di una teoria scientifica della cura?

L’epistemologia di Karl Popper, in tal senso, costituisce per la psicologia un punto di riferimento fondamentale. Secondo Popper il primo compito della logica della conoscenza è quello di formulare un concetto di scienza empirica il più possibile definito. Una teoria che intenda acquisire un carattere empirico deve poter essere confutata o falsificata. Popper stabilisce dei requisiti relativi al modo in cui una teoria fa progredire la ricerca scientifica, ossia determini un “accrescimento della conoscenza”. Il primo requisito riguarda il fattore della controllabilità, con il quale si può determinare il grado di contenuto empirico o il potere esplicativo di una teoria. Come secondo requisito è necessario che la nuova teoria, oltre a spiegare gli *explicanda* (cioè lo stato di cose che si deve spiegare), sia in grado di portare a conseguenze empiriche rilevanti e controllabili. Il terzo, infine, è un requisito di “successo empirico” della teoria in specifici domini di conoscenza, che la qualifichino come interessante e promettente per la ricerca futura (Caprara e Gennaro, 1999, p. 74).

A tali principi si rifanno le linee guida che sostengono la testimonianza di un esperto in un tribunale americano così come riportato dai criteri generati dalla causa “*Daubert contro Merrel Dow Pharmaceuticals inc.*” nel 1993 e che possono essere utilizzati anche nel nostro caso quando ci troviamo a dover dare riconoscimento di scientificità ad una nuova teoria. Ricordiamo che tali criteri sono applicabili non solo alle “scienze esatte” ma anche, e soprattutto, all’intervento degli psicologi/psichiatri nei tribunali affinché l’opinione esperta del clinico non sia solo un’opinione personale del clinico:

1. la teoria o la tecnica sulla quale si basa la testimonianza deve poter essere testato (falsificabilità);
2. la teoria o la tecnica deve essere stata effettivamente testata utilizzando procedure valide e affidabili e, pertanto, deve aver ottenuto risultati comprovanti;
3. la teoria o la tecnica deve essere stata sottoposta a recensione e pubblicazione all’interno di riviste scientifiche specializzate;
4. il tasso di errore potenziale della specifica teoria o tecnica deve essere conosciuto;
5. devono essere disponibili degli standard di controllo appropriati atti a massimizzare la validità della specifica teoria o tecnica;
6. deve esserci un’accettazione generale della teoria o delle tecnica nella comunità scientifica di riferimento.

Molte cose si potrebbero dire di queste linee guida ed appare a prima vista evidente come il punto 3 e il punto 5 ben si adattano alla necessità di verifica di validità per le nuove teorie in psicologia.

Valutare inoltre l’efficacia di un trattamento rappresenta un modo per determinare se si possa dimostrare scientificamente l’effetto benefico di un trattamento psicoterapeutico. Compito non facile, perché la ricerca in psicoterapia, come scrive Dazzi (2006, p. 15), “sembra costantemente in conflitto tra complessità clinica e rigore metodologico, conflitto ben rappresentato dalle diverse metodologie della ricerca”. Il dibattito, in tal senso è “infuocato”.

La Divisione 12 (Clinical Psychology) dell’American Psychological Association (APA) individua come sicuramente efficaci i trattamenti *evidence based*, cioè corroborati da solide prove scientifiche che dimostrino la capacità di produrre un miglioramento nei risultati conseguiti dal cliente/paziente. Il movimento degli Empirically Supported Treatments (EST), che fa capo alla Divisione 12, affermatosi negli anni Novanta, si avvale di tutta una serie di *decision rules*: il trattamento in esame deve essere “il meccanismo di cambiamento; il trattamento deve essere manualizzato; la diagnosi del paziente sottoposto a ricerca è di tipo primario (un solo tipo di

disturbo); la lunghezza del trattamento è breve e prefissata; la metodologia di ricerca utilizzata è rappresentata dai Randomized Clinical Trials⁴ (RCT) (Del Corno, Lang, 2006). Si tenga presente che, pur rappresentando il *gold standard* della ricerca in psicoterapia, i RCT hanno ricevuto molte critiche (vedi Westen, Morrison e Thompson-Brenner, 2004), soprattutto relative al fatto che essi sono “causalmente vuoti” (Elliott, 2002), cioè non permettono di operare inferenze causali rispetto al modo in cui è avvenuto il cambiamento nei singoli pazienti.

Partendo da un'altra prospettiva, la Divisione 29 (Psychotherapy) dell'APA si assume il compito di identificare, rendere operativi (operazionallizzare) e diffondere il maggior numero possibile di informazioni sulle Empirically Supported Relationship (ESR) e pubblica nel 2002 il resoconto di una commissione di ricerca sul contributo all'efficacia terapeutica di variabili quali la personalità del terapeuta, le caratteristiche personali del paziente e la qualità della relazione clinica. Le metodologie della ricerca utilizzate includono gli *open trial*⁵ e la ricerca *single case*. Nonostante la vivacità del dibattito che riguarda la ricerca in psicoterapia e la diversità delle posizioni, concordo con Lingiardi (2006, p. 147) che la pratica clinica e la ricerca empirica non si giovano di polemiche frontali. In tal senso disegno *single-case*, i RCT e gli *open trial* sono tutte strategie che devono far parte del bagaglio metodologico del ricercatore. La capacità di integrare differenti strategie d'indagine può incrementare sia la potenza delle analisi statistiche, sia la tenuta della conoscenza clinica.

Va da se quindi che ogni nuovo tipo di intervento terapeutico per poter essere considerato valido ed efficace deve poter essere sottoposto a strategie di ricerca quali quelle illustrate finora. Se è vero che il software principale è quello grigio e umido della corteccia cerebrale del ricercatore (Luborsky, Crits-Christoph, 1990), ciò non toglie che le strategie di ricerca utilizzate debbano avere un certo rigore metodologico e debbano essere riconosciute e condivise dalla comunità scientifica. Si pensi ad organismi quali la Società per la Ricerca in Psicoterapia (SPR Italia e SPR International) e a riviste quali *Psychotherapy Research* e *Ricerca in Psicoterapia* che rappresentano un contesto di relazioni e di riferimenti culturali e identitari.

L'interessante lavoro di Jonathan Shedler (2010) sull'efficacia delle terapie psicodinamiche, pubblicato inizialmente sul numero di febbraio 2010 di *American Psychologist* e prontamente tradotto e pubblicato su *Psicoterapia e Scienze Umane*, è un valido esempio di cosa significhi verificare e porsi di fronte agli occhi critici della comunità scientifica di appartenenza. Il lavoro che potremmo sotto molti aspetti considerare pregevole non è stato accolto, tuttavia come il “verbo” e le

⁴ I RCT cercano di verificare quale trattamento tra due o più studiati, sia più efficace; essi si caratterizzano per il massimo controllo sulla variabile indipendente e per l'assegnazione casuale dei partecipanti a ciascuna condizione sperimentale (Lingiardi, 2006).

⁵ Negli *open trial*, come negli RCT, la selezione dei pazienti rispetta criteri abbastanza rigidi e selettivi, ma a differenza degli RCT, gli *open trial* non prevedono il confronto del gruppo trattato con il gruppo di controllo.

critiche non sono mancate. Il dibattito che ne è scaturito è stato pubblicato ad un anno di distanza sul numero di febbraio 2011 di *American Psychologist*.

Con l'evolvere della professione dello psicologo, del numero delle aree di pratica professionale e della complessità della pratica della psicologia appare inevitabile l'interrogarsi sulla necessità/possibilità di stabilire delle linee guida che possano facilitare lo sviluppo continuativo della professione e aiutino ad assicurare un elevato livello di professionalità da parte degli psicologi e, soprattutto, che consentano di fare chiarezza su sconfinamenti di competenza che non possono che nuocere alla immagine sociale dello Psicologo

Le linee guida sono, sostanzialmente, dichiarazioni che suggeriscono o raccomandano specifici comportamenti o condotte professionali (APA, 2002, p. 1052). Esse, ovviamente, non hanno carattere ingiuntivo, esaustivo o definitivo e non sono applicabili ad ogni situazione clinica. Secondo l'American Psychological Association il loro scopo è quello di incoraggiare un'elevata qualità del sistema di cura, inoltre esse non vengono promulgate allo scopo di stabilire l'identità di un particolare gruppo professionale, né per escludere alcune persone dall'esercitare la propria professione. Le linee guida dovrebbero essere al servizio dei professionisti della salute mentale e, quindi, sostenere, educare e proteggere i clinici.

L'APA (2002) distingue tra *practice guideline* e *treatment guideline*. Le prime rappresentano delle raccomandazioni rivolte agli psicologi circa la loro condotta e un attento esame dei problemi da prendere in considerazione in particolari aree della pratica psicologica. Le *treatment guideline* sono, invece, tese a fornire indicazioni circa i trattamenti da offrire ai pazienti, rappresentano, cioè delle indicazioni per assistere le decisioni di clinico e paziente circa il giusto tipo di cura per specifiche circostanze cliniche (Field e Lohr, 1990).

Per la valutazione delle *treatment guideline*, il documento dell'apposita commissione istituita dall'APA (2002) prende in considerazione due dimensioni correlate: a) l'efficacia del trattamento, una valutazione scientifica e sistematica che cerca di stabilire se un determinato tipo di trattamento funziona; b) l'utilità clinica, cioè l'applicabilità ed utilità di un determinato tipo di trattamento negli specifici *setting* in cui essi sono applicati, dimensione che include anche la generalizzabilità di un trattamento la cui efficacia è stata precedentemente stabilita.

Gli aspetti centrali delle linee guida che possono aiutare a stabilire *l'efficacia di un trattamento* sono così sintetizzabili:

- 1- Le linee guida dovrebbero basarsi sulla letteratura empirica esistente, ricordandosi di prendere in considerazione le ipotesi alternative.
- 2- Le ricerche che supportano un determinato trattamento clinico dovrebbero essere caratterizzate da rigore metodologico e da un adeguato livello di sofisticazione clinica. Dovrebbero essere utilizzate

metodologie della ricerca miste: RCT, *open trials*, disegni di ricerca *single case*. Può essere utile il consenso degli esperti, che pur non essendo un dato stringente, è un elemento che aggiunge informazioni.

3- È utile paragonare l'applicazione di un trattamento alla mancanza di trattamento (per es. facendo un confronto tra pazienti in trattamento e pazienti in lista d'attesa). Le linee guida dovrebbero inoltre riuscire a valutare se i risultati di un dato intervento sono migliori di quelli di un altro intervento e se gli eventuali esiti positivi dipendono da fattori quali la qualità della relazione terapeutica e l'abilità del professionista della salute mentale.

4- È utile prendere in considerazione il *matching* paziente-trattamento, nel senso che alcuni pazienti con un dato problema possono rispondere meglio ad un tipo di trattamento piuttosto che ad altri.

5- Potenziare la ricerca sugli *outcome* degli interventi proposti.

Per quel che riguarda l'*utilità clinica*, l'APA (2002) avanza i seguenti suggerimenti:

6- Prendere in considerazione quelle variabili del paziente che possono influenzare l'utilità clinica dell'intervento, cioè l'età, il genere sessuale, il gruppo etnico di appartenenza, lo status socioeconomico, l'orientamento sessuale, la religione, le condizioni fisiche, ma anche la presenza di stressor esterni e il tipo di diagnosi, soprattutto se sono presenti più disturbi in comorbidità.

7- Fattori quali l'abilità, l'esperienza, il genere, il background, il tipo di training e le capacità personali dei diversi terapeuti possono determinare l'efficacia o la mancata efficacia di un trattamento. Così come l'interazione tra le caratteristiche del paziente e quelle del terapeuta.

8- Considerare il setting nel quale si svolge il trattamento.

9- Fattibilità dell'intervento, cioè considerare la misura in cui un determinato tipo di trattamento può essere applicato a diversi tipi di pazienti.

10- Valutare il livello di accettabilità del trattamento per il paziente che lo riceve.

11- Valutare i possibili benefici di un intervento, ma anche i possibili effetti avversi.

12- Considerare i costi dell'intervento, cioè i costi diretti, indiretti, a breve e lungo termine.

Conclusione

Da quanto sopra esposto appare evidente che la figura dello psicologo e quella dello psicoterapeuta non sono sovrapponibili e che storicamente, culturalmente, giuridicamente sono ben distinte; distinti sono i percorsi formativi e quello di psicoterapeuta segue il conseguimento del Diploma di Laurea in Psicologia. Il Diploma di Laurea permette, previo esame di stato, di essere iscritto all'Ordine degli Psicologi e come ben definisce l'articolo 1 della legge 56/1989 consente

diversi tipi di intervento che non hanno una finalità terapeutica, indipendentemente da come esso viene denominato (terapia psicologica anziché psicoterapia) e dal tempo che viene utilizzato. L'intervento terapeutico si declina in un'ampia varietà di scuole, che seguono modelli, diversi, e che pertanto non sono inquadrabili in un modello unico di "ristrutturazione profonda della personalità".

In sintesi e in accordo con Dazzi (2010, p.6) "la terapia [...] non può essere competenza dello Psicologo, la cui attività deve limitarsi, come da legislazione vigente, all'uso di strumenti di natura diagnostico-conoscitiva (colloqui di valutazione, interviste cliniche, test psicologici)

Ovviamente, come in ogni campo scientifico ampio spazio viene lasciato alle innovazioni e alla ricerca, aspetto importante e che questa segua, come sopra esposto, delle regole precise.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Text Revision (DSM-IV-TR)*. (trad. it.) Masson, Milano, 2002.

American Psychological Association (2002), "Criteria for Evaluating Treatment Guidelines". In: *American Psychologist*, 57 (12), pp. 1052-1059.

American Psychological Association (2002), "Criteria for Practice Guideline". In: *American Psychologist*, 57 (12), pp. 1048-1051.

Caprara G., Gennaro A. (1994 e 1999), *Psicologia della personalità*, Il Mulino, Bologna.

Dazzi N. (2006), Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia, In: **Dazzi N., Lingiardi V., Colli A.** (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina ed., Milano.

Dazzi, N. (2010) Relazione Tecnica sulle figure dello psicologo e dello psicoterapeuta, sulla diagnosi in psicologia clinica, e sul modello della "Psicologia Emotocognitiva". (Consiglio Ordine Psicologi Lazio, non pubblicata)

Del Corno F., Lang M. (2006), *Empirically Supported Treatments vs Empirically Supported Relationships*, In: **Dazzi N., Lingiardi V., Colli A.** (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina ed., Milano.

Field M. J., Lohr K. N. (Eds.), (1990), *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press.

Elliott R. (2002), "Hermeneutic single-case efficacy design". In: *Psychotherapy Research*, 12, 1, pp. 1-21.

Kendall, P.C., Norton-Ford, J.D. (1982). *Clinical Psychology. Scientific and Professional Dimensions*. Wiley & Sons, Inc. New York (trad. It.) Il Mulino, Bologna, 1986.

- Leland, L.E., Campbel, R.J.** (1970). *Psychiatric Dictionary*. Oxford University Press, Inc. London (trad. It.) Astrolabio, Roma, 1979
- Lingiardi V.** (2006), La ricerca single-case, In: **Dazzi N., Lingiardi V., Colli A.** (2006),), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina ed., Milano.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P.** (1990). *Capire il Transfert*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Reed G. M., McLaughlin C. J., Newman R.** (2002), “American Psychological Association Policy in Context. The Development and Evaluation of Guidelines for Professional Practice”. In: *American Psychologist*, 57 (12), pp. 1041-1047.
- Shedler, J** (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 2, 98-109. Traduzione italiana in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, XLIV, 1, 9-34.
- Strupp, H.H.** (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist’s contribution, in A. Curman e A. Razin (Ed) *Effective psychotherapy: a handbook of research*, Pergamon, New York.
- Westen D., Morrison K., Thompson-Brenner H.** (2005), “Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazioni delle ricerche”. Trad. it. in *Psicoterapie e Scienze Umane*, XXXIX, 1, pp. 7-90.