
GLI ERRORI NELLA PSICOTERAPIA COME PROCESSO DI *PROBLEM SOLVING*¹

Prof. Lucio Sibilìa²

Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sapienza Università di Roma.

Riassunto

L'esistenza di peggioramenti nei pazienti in psicoterapia, fenomeno noto da tempo come "deterioramento", può essere studiato come effetto di errori di condotta terapeutica a diversi livelli, oppure di carenze intrinseche alle procedure, se l'errore in psicoterapia è concepito come lo scarto obiettivi-risultati, cioè l'errore procedurale. Data sia la diffusione degli errori, per la dimostrata fallibilità della mente umana, che la loro fertilità, si può definire uno sbaglio quello di scotomizzarli o sottovalutarli. È possibile vedere nei fallimenti la conseguenza di uno o più sbagli rilevanti o sistematici, laddove un fallimento grave e persistente potrebbe essere indicato come "catastrofe". Inoltre, il dubbio di poter essere in errore è motore di apprendimento cognitivo, ovvero di nuova conoscenza. Ciò è possibile qualora si accetti e quindi si cerchi l'errore, si cerchi di controllarne le fonti, si costruiscano ipotesi alternative, si esplorino nuove modalità o vie per raggiungere un risultato desiderato o si riconoscano gli effetti di errori "fortunati". A livello metodologico, si può mostrare come il controllo delle fonti di errore sia alla base dello stesso metodo sperimentale, che avvia un processo ricorsivo di *problem solving*. Questo può descrivere sia l'interazione terapeutica, sia l'iter procedurale in psicoterapia cognitivo-comportamentale, nella pratica clinica e nella ricerca.

Parole chiave: errori, psicoterapia, *problem solving*, metodo scientifico

Abstract

Errors in psychotherapy are conceivable as mismatches between goals and outcomes. So, the reality of worsening in patients during psychotherapy, a fact known as "deterioration", can be studied as an effect of therapeutic errors at different levels or as deficiencies inherent to used procedures. Given both the diffusion of errors, as examples of the demonstrated fallibility of the human mind, and their fertility, to underestimate or scotomize them can be defined as a mistake. We can see as failures are resulting from one or more major or systematic mistakes, whereas a serious and persistent failure might be referred to as "catastrophe". Furthermore, the doubt to be wrong is a propeller of cognitive learning, or new knowledge. This is possible if we accept the error and then try to look for its sources, if alternative hypotheses are built, and if we will explore new modes or ways to achieve a desired result or otherwise recognize the effects of "lucky" errors. At a methodological level, we can show how the control of sources of error is the basis of the experimental method itself of science, activating a recursive process of problem solving. This can describe both the therapeutic interaction, and the formal procedures in cognitive-behavioral psychotherapy in clinical practice and research.

Key words: errors, psychotherapy, problem solving, scientific method

Premessa

Bisogna riconoscere che il concetto di errore non gode in generale di buona stampa nella nostra cultura. Si tratta infatti di un concetto carico di disvalore. *"E' men male l'agitarsi nel dubbio, che il riposar nell'errore"* scriveva il Manzoni (Manzoni, 1995). Inoltre, sembra rimandare ad una concezione autoritaria della conoscenza, come bene mette in rilievo Egidi (2005). L'errore richiama infatti ad un'azione correttiva: *"Pensare liberamente è bene, pensare correttamente è meglio"* è scritto sull'Aula Magna dell'Università di Uppsala (Egidi, 2005).

Vorrei iniziare, invece, ricordando che "errore" è un termine multisemico: ha significati diversi in ambiti diversi. E' vero che nelle religioni l'errore è apparso come l'allontanamento dal divino, dalla comunità dei credenti, dalla retta via o dal dogma: l'erronea credenza è eresia, cioè negazione della Verità rivelata. Un concetto che ha contribuito a produrre molte vittime nel corso della Storia. È forse proprio questo che ha contribuito a gettare una luce cupa sul termine stes-

1 Relazione tenuta al Convegno: "Errori in psicoterapia" presso la LUMSA, a Roma, il 14 gennaio 2011.

2 Docente di psichiatria e psicologia clinica, Sapienza Università di Roma; didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale, Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma. Email: lucio.sibilìa@uniroma1.it

so di errore.

Negli ambiti disciplinari, invece, non ha significati che rimandano a concezioni così dogmatiche della conoscenza. In filosofia, ad esempio, l'errore è la violazione di un canone o di una regola riconosciuta come valida in un dato ambito conoscitivo. In medicina si contemplano vari tipi di errori, da ricondursi principalmente agli errori diagnostici e agli errori terapeutici, molti dei quali riscontrabili solo a posteriori.

Nella logica, invece, l'errore è mostrabile a priori: è la fallacia logica, cioè la mancata o parziale applicazione delle regole logiche. Anche in matematica, come nella logica, l'errore è definito in modo preciso: la differenza tra il reale valore di un numero e il suo calcolo approssimato (ad esempio, la differenza tra π e 3,14). Si tratta di casi interessanti questi della matematica, perché in essi l'errore è inevitabile.

In statistica, l'errore è un parametro che esprime la distanza di un'osservazione dalla media del suo campione; così, l'errore medio diventa una caratteristica del campione stesso. Quindi, abbiamo un errore che non solo può essere misurato, ma è una caratteristica essenziale del fenomeno in studio.

In cibernetica, è errore lo scarto tra i valori in uscita di un effettore, come ad esempio la prestazione di un servomeccanismo, e le prestazioni o i valori desiderati; tale scarto, se rilevato da un comparatore che possa modificare i fattori o le informazioni in ingresso al sistema, è usato per correggerne la prestazione. Uno dei primi esempi, direi, in cui l'errore ha mostrato non solo la sua utilità, ma la sua indispensabilità.

Analogamente, nelle reti neurali artificiali, le prestazioni vengono gradualmente migliorate proprio tramite auto-correzioni successive degli errori, senza alcun intervento umano. Ecco esempi di sistemi auto-correttivi, seppure artificiali, in cui la prestazione non è predeterminata, che ci mostra come l'auto-correzione non richieda necessariamente la coscienza.

In biologia, si parla di errore, per esempio, nella trasmissione dell'informazione genetica da un organismo all'altro. Questo errore, pur essendo generalmente svantaggioso, talvolta è fonte proprio di quella variazione che consente l'evoluzione delle specie viventi verso migliori adattamenti all'ambiente. Un errore che, producendo utili caratteri nuovi, dobbiamo chiamare creativo.

Da quanto sopra, vediamo come il termine *errore* sia di volta in volta sinonimo di scarto, discrepanza, allontanamento da un riferimento desiderabile, ma non necessariamente sempre in senso negativo.

Errore in psicoterapia

Che valore possiamo dare all'errore in psicoterapia? Come individuarlo e riconoscerlo? Come utilizzarlo? Come correggerlo? Prima di affrontare queste domande, vorrei ricordare che l'azione razionale ed il ragionamento logico non sono stati finora, tradizionalmente, criteri di riferimento particolarmente salienti nel campo della psicoterapia. Questa osservazione si colloca in un contesto più in generale: credo si possa mostrare come il tema dell'errore sia stato più tipico delle scienze esatte che delle scienze cosiddette umane. Per un lungo periodo, anche la psicoterapia è stata considerata più come un'arte che una scienza, trasmessa da maestro ad allievo con scarsi confronti interni ed esterni, nonché in modo disancorato da altri ambiti scientifici affini.

È solo dagli anni '50-'60 del secolo scorso che inizia una riflessione critica che attiva le prime ricerche sperimentali in ambito clinico e tiene conto dei risultati delle ricerche. Fino a quell'epoca, il criterio di validità dei messaggi del terapeuta coincideva con la semplice accettazione di questi da parte del paziente. È noto che ancora oggi esistono concezioni molto diverse circa la natura dell'attività dello psicoterapeuta, anche come effetto della sua stessa storia, concezio-

ni che definiscono la psicoterapia in modi talvolta contrapposti. Credo di poter sintetizzare alcune di tali antinomie nel modo seguente (Tab.1), pur consapevole di operare notevoli schematizzazioni:

<ul style="list-style-type: none">• È un'attività finalizzata (mira ad un risultato prefissato o concordato).• Il suo risultato è valutabile con i normali metodi di <i>assessment</i>.• È un'attività che fa uso di procedure replicabili.	<ul style="list-style-type: none">• Non è un'attività finalizzata (il risultato non è prestabilito).• Il suo risultato non è valutabile con i normali metodi di <i>assessment</i>.• Non è un'attività che fa uso di procedure riproducibili.
---	--

Alle domande appena poste sugli errori in psicoterapia i clinici daranno plausibilmente risposte diverse a seconda di quali di queste concezioni di fondo condividano. Per quanto mi riguarda, è necessario chiarire che mi riconosco negli assunti di sinistra. Mi considero infatti tra coloro che non vedono affatto la psicoterapia come una indefinibile avventura esplorativa affidata all'arbitraria e insondabile soggettività di due interlocutori, di cui uno si presume esperto, e il cui esito non possa essere valutato da altri se non la diade coinvolta. Piuttosto, mi schiero con coloro che vi si avvicinano con un approccio logico-empirico, e pertanto la considerano un'attività che fa uso di procedure ripetibili e finalizzate ad un risultato. Anche se tale risultato è di natura strettamente psicologica, lo si può ritenere valutabile - e di fatto viene valutato nell'attività clinica e di ricerca - mediante gli abituali metodi di *assessment*. Inoltre, il successo dell'attività psicoterapica ritengo sia apprezzabile in base al confronto di tale risultato con i suoi scopi, anche qualora siano definiti dal paziente stesso. Tutto ciò non solo corrisponde, in nuce, al concetto di "qualità" di un servizio, ma è alla base della misura stessa dell'efficacia, raggiungibile attraverso l'uso del metodo sperimentale.

Intesa in questo senso, la psicoterapia non differisce da altre attività umane miranti a conseguire, mediante saperi professionali, scopi socialmente definiti. Tale concezione, che non è l'unica presente nel campo, è in sintonia con il principio che i saperi utilizzati dalle istituzioni di una società moderna, quali sono ad esempio gli ordini professionali, debbano poggiare su conoscenze pubbliche, trasparenti, verificabili; quindi non fondate su principi esoterici o derivanti dall'autorità, da superstizioni o da tradizioni, come era tipico in epoca premoderna.

Se, sulla base di queste premesse, accettiamo che la psicoterapia sia un'attività socialmente finalizzata alla modificazione, mediante precise procedure basate sulla comunicazione interpersonale, di stati psicologici e comportamenti indesiderabili, al fine di un maggiore benessere ed equilibrio psicoemotivo, allora si aprono una serie di implicazioni.

La prima è che le procedure sono definibili, in quanto descritte o prescritte, laddove i processi di cambiamento che queste mettono in moto, invece, possono essere oggetto di ipotesi teoriche, in quanto non sempre osservabili. Un tentativo di descrivere operativamente le procedure psicoterapiche di tutti gli orientamenti con linguaggio corrente, cioè scevro da termini teorici, è attualmente in corso³. La seconda è che le modificazioni finali dei parametri considerati rilevanti (comportamentali, emotivo-affettivi, o cognitivi che siano), cioè i cambiamenti ottenuti, possano essere valutati, in quanto osservabili e per lo più misurabili. La terza è che tale modifica-

3 Si tratta del *Common Language for Psychotherapy procedures (CLP) project*, (Marks et al., 2010), che mira ad un lessico universalmente riconosciuto delle procedure psicoterapiche.

zione è attribuibile, attraverso l'uso del metodo sperimentale, a diversi fattori, tra cui anche le caratteristiche dei metodi attuati e dell'attività del terapeuta.

I saperi relativi all'efficacia delle procedure sono fondati su questi assunti, comuni, peraltro, anche ad altri ambiti scientifici. La possibilità di aiutare i pazienti con difficoltà psicoemotive e comportamentali è legata all'efficacia dimostrata proprio dai metodi di intervento messi in atto, così come le terapie medico-chirurgiche possono aiutare pazienti con problemi di tipo biomedico, oppure specifici metodi educativi possono aiutare alunni alle prese con problemi scolastici. Come affermano Jacobson e Truax (1991):

“Questions regarding the efficacy of psychotherapy refer to the benefits derived from it, its potency, its impact on clients, or its ability to make a difference in peoples' lives”⁴.

Fallimenti nella psicoterapia

Una scelta che si può fare quindi per identificare l'errore in psicoterapia è quella di volgersi a studiare i suoi fallimenti e le loro possibili cause.

Per fallimenti indico qui quei mancati effetti terapeutici o effetti indesiderati a medio e lungo termine, che possano essere attribuiti, mediante l'uso del metodo sperimentale, alle procedure terapeutiche e non ad altri fattori, quali l'evoluzione stessa della psicopatologia o fattori e condizioni intervenienti e intercorrenti.

Più di 50 anni di ricerche in psicoterapia hanno ormai mostrato che i vari metodi psicoterapici sottoposti a studio empirico producono una varietà di effetti, sia sul piano degli esiti clinici e dell'adattamento psicosociale, che sul piano soggettivo e della soddisfazione personale del paziente. Risultati mancati o insufficienti sono stati evidenziati fin dall'inizio. Fin dalle sue prime ricerche, che dettero l'avvio a questo filone di studio, H.J. Eysenck (1952) mostrò che esistevano dei peggioramenti, attribuibili alla psicoterapia, indicati con il nome di “deterioramento”.

Ai fini della trattazione degli errori, credo sia sufficiente concentrarsi su questo fenomeno, tralasciandone altri, come ad esempio il problema delle ricadute, cioè dei risultati non persistenti a lungo termine, oppure dei *drop-out*, dei pazienti che abbandonano i trattamenti. Si tratta infatti di problematiche che risulta più difficile separare dagli effetti delle terapie in sé o dal disegno stesso degli studi.

Il fenomeno del deterioramento è stato confermato da molte ricerche successive. Già nel 1977 Lambert, Bergin e Collins mostravano come il deterioramento indotto dai terapeuti fosse un effetto documentabile in una varietà di studi di psicoterapie con campioni clinici.

Venendo a ricerche più recenti, in uno studio non controllato su terapie di vari orientamenti condotte nei servizi psichiatrici inglesi, più di un quinto dei pazienti mostrava un deterioramento o nessun miglioramento (Stiles et al., 2006). In questo studio, dal 19,2% dei pazienti indirizzati a terapie cognitivo-comportamentali (CBT) al 30,1% di pazienti indirizzati a psicoterapie psicodinamiche (PDT) mostrava un deterioramento oppure nessun miglioramento. In uno studio simile di Barkham e coll. (2006), su 1868 pazienti trattati nei servizi pubblici con psicoterapie di vari orientamenti, si osservò un deterioramento medio nel 1,3% dei casi e nessun miglioramento nel 23,7%. Questi studi hanno mostrato che un mancato miglioramento o un peggioramento si verifica più spesso (56% dei casi) in pazienti che inizialmente hanno sintomi sub-clinici, rispetto ai pazienti che hanno sintomi a livello clinico (17% dei casi).

Si tratta di studi senza gruppi di controllo e ad assegnazione non casuale, ma la loro importanza, a mio avviso, consiste nel fatto che erano esaminate solo psicoterapie condotte a scopi clinici e non di ricerca; quindi psicoterapie rappresentative della pratica clinica, esenti da quelle

4 “Le questioni riguardanti l'efficacia della psicoterapia si riferiscono ai benefici che ne derivano, la sua potenza, il suo impatto sui clienti, o la possibilità di fare la differenza nella vita delle persone.”

condizioni metodologiche e di contesto che fanno ritenere ad alcuni che quelle sperimentalmente studiate non siano significative (Sibilia, 2009).

Naturalmente, però, non tutti i peggioramenti sintomatici possono addebitarsi alla psicoterapia, ma solo quelli che si presentano in modo significativamente superiore a quelli dei pazienti di controllo. Ciò richiede necessariamente riferirsi alle psicoterapie soggette a controlli sperimentali. Ebbene, già nella prima meta-analisi pubblicata da Smith, Glass e Miller (1980) i pazienti trattati con qualche forma di psicoterapia risultavano avere esiti significativamente peggiori sul 9% delle misure rispetto ai pazienti di controllo, ovvero senza trattamento ritenuto efficace.

Anche nelle psicoterapie personali degli operatori psichiatrici (psicologi, psichiatri, assistenti sociali) si sono riscontrati effetti di deterioramento. In uno studio di Norcross et al. (1988), in cui gli effetti erano stati misurati mediante autovalutazione, il 92% dichiarava la propria terapia “non dannosa”, ma il 4-6% non dichiarava miglioramenti e il 2-3% dichiarava un deterioramento da “moderato” a “significativo”. Questo veniva riscontrato sia a livello comportamentale, che cognitivo ed emozionale. Trattandosi di effetti misurati tramite autovalutazione, si tratta probabilmente di cifre sottostimate, dati gli atteggiamenti notoriamente positivi degli operatori verso la propria “terapia personale”.

Fonti di errori

Appurato che vi sono psicoterapie che, anche se efficaci per molti pazienti, non solo possono fallire con altri nel raggiungimento dei loro scopi, ma soprattutto che mancati miglioramenti o deterioramenti siano fenomeni reali attribuibili alla psicoterapia stessa, allora ritengo diventi giustificato ipotizzare degli errori di condotta terapeutica e necessario cercarne le fonti.

Partendo da questo assunto-base, si può ragionevolmente ipotizzare che gli eventuali errori responsabili di fallimenti di terapie altrimenti efficaci siano effetti di carenze o insufficienze nell'operato dei singoli terapeuti. Si possono ovviamente contemplare anche carenze nelle conoscenze di base, ma laddove queste invece esistano, si deve trattare di carenze nelle competenze cliniche, cioè di condotta terapeutica, ivi includendo la relazione terapeutica. Considerando la psicoterapia con il singolo caso, a mio avviso tali carenze e/o insufficienze della condotta terapeutica possono essere ricondotte a cinque distinte categorie:

1. conoscenze dei principi teorici generali dell'approccio usato e dei modelli del problema clinico in esame.
2. conoscenze sul paziente (carenze di *assessment*).
3. abilità specifiche (tecniche) quali ad es. l'attuazione di procedure specifiche, o relative alla conduzione della seduta.
4. abilità sociali (emotivo-relazionali) es.: capacità comunicative e di autoregolazione emozionale.
5. osservanza di norme etico-deontologiche, legali e di contesto.

Non escludo naturalmente che altre eventuali classi di errore potrebbero essere contemplate. Tuttavia, a tutt'oggi, eventuali altre ipotesi mi è sembrato potessero rientrare in almeno una delle cinque suddette categorie.

Correzione ed auto-correzione

Molti degli errori dei terapeuti in formazione possono (e dovrebbero) essere corretti da una adeguata supervisione; si può dire anzi che una delle funzioni principali della supervisione consiste proprio nell'individuare limiti ed errori di condotta terapeutica. Tuttavia, per potersi avvalere in modo ottimale della supervisione, sembrerebbe necessario che il terapeuta in formazione

coltivi il dubbio di aver agito (o reagito) correttamente. La presenza di dubbi, quindi, è salutare, anche se il sospetto di aver potuto compiere degli errori, soprattutto nei primi casi, è tipicamente fonte delle principali incertezze ed ansie negli allievi (Borgo, 2010).

Tali ansie, tuttavia, è bene che non siano di tale intensità da indurre nell'allievo un evitamento dei problemi incontrati. Il semplice sospetto di aver agito in modo erroneo, infatti, non basta, ma bisogna che il terapeuta lo accetti con il necessario distacco, per poterlo poi formulare con chiarezza. E quindi contemplare modalità di valutazione o di intervento alternative. Per magari respingerle. L'ansia di sbagliare può essere mitigata dalla consapevolezza che gli errori sono molto frequenti e talvolta inevitabili, ma ben raramente sono catastrofici ed irrimediabili, anzi spesso utili, come illustrerò in seguito. Il supervisore farebbe bene, quindi, a mantenere elevata tale consapevolezza.

D'altra parte, ciò non dovrebbe stupire se adottiamo un approccio critico-empirico. *Le nostre conoscenze hanno natura congetturale ed in quanto tali sono intrise di errori* scriveva il filosofo K. Popper (in Antiseri, 2002). La fallibilità della mente umana è una nozione abbastanza accertata anche da numerosi studi recenti sia di psicologia cognitiva che di economia: pensiero e scelte umane sono caratterizzate da deviazioni sistematiche da ciò che si considera razionale (Egidi, 2005). Alcuni autori cognitivisti suggeriscono perfino che la mente umana funzioni così bene – adattandosi cioè ad una gamma così vasta di problemi - proprio in quanto è propensa all'errore.

Per gli stessi motivi appena chiariti, infatti, anche terapeuti con esperienza già consolidata farebbero bene ad introdurre dei sospetti nel loro stesso operare, o quantomeno degli interrogativi circa i presupposti della propria pratica. In particolare, se si è in presenza di imprevisti fallimenti. Tali dubbi possono talvolta arrivare ad investire le conoscenze ed i fondamenti teorici stessi su cui è basata la propria formazione. Ciò è importante, in particolare considerando che in psicoterapia le conoscenze scientifiche sono ancora ampiamente lacunose e che la grande maggioranza delle psicoterapie studiate ha mostrato un'efficacia ben lungi dall'essere completa (Sibilia, 1994, 2009).

È anche importante, tuttavia, che tali dubbi non finiscano per paralizzare l'intervento del clinico. L'utilità di tale atteggiamento critico, o almeno aperto a problematizzare gli assunti scientifici di base, è ben illustrata dall'esperienza riferita da A.T. Beck, inizialmente formatosi alla psicoanalisi. Beck non solo sospettò errori sistematici nel metodo psicoanalitico che stava praticando, ma cercò attivamente di verificare gli assunti che li giustificavano; in particolare quello che il terapeuta dovesse intervenire il meno possibile per fare da “schermo bianco” su cui il paziente potesse “proiettare” i suoi contenuti. Il mancato progresso durante il trattamento, tipicamente psicoanalitico, che stava conducendo con una paziente depressa lo condusse prima ad una flagrante violazione delle regole di base, intervenendo esortativamente, e poi gradualmente ad un approccio totalmente diverso, che sarà noto in seguito come “terapia cognitiva” (Beck, 2006). Terapia i cui presupposti sottopose a serrate indagini sperimentali.

Natura auto-correctiva dell'impresa terapeutica

Vorrei a questo punto mostrare come nella pratica di alcuni tipi di psicoterapia, ad esempio nelle terapie cognitivo-comportamentali, che hanno fondamenti pragmatici e logico-empirici, molti errori non solo sono frequenti ma sono connaturati alla natura stessa dell'impresa terapeutica. Con questo intendo affermare che l'errore può essere visto come un elemento costitutivo sia della interazione terapeuta-paziente, sia della logica sottostante all'intero processo del trattamento.

Dopo una prima fase esplorativa, in cui deve comunque essere costruita la base per una efficace relazione collaborativa tra paziente e terapeuta, è necessario che il terapeuta persegua una

chiara formulazione di ipotesi sui problemi clinici presentati. Questo consente di avere degli obiettivi definiti nell'aiutare il paziente. Inoltre, solo se vengono formulate chiaramente delle ipotesi cliniche, queste potranno in seguito essere verificate.

L'enfasi sugli obiettivi non è casuale, quindi, in quanto è la loro presenza, insieme alla conoscenza del paziente (e dei suoi stessi obiettivi), ad orientare la condotta terapeutica. Così, le valutazioni successive potranno evidenziare eventuali discrepanze tra la risposta clinica del paziente e gli effetti attesi. Tali discrepanze sono appunto quelle informazioni che indicano al terapeuta circa la correttezza delle ipotesi fatte; e indicano quindi la possibilità di mantenerle se corrette (ed eventualmente estenderle ad altre aree problematiche del paziente) oppure la necessità di articularle meglio o modificarle sostanzialmente o abbandonarle, se invalidate. Gli errori di valutazione, pur essendo inevitabili, possono (e dovrebbero) essere corretti nel processo stesso della terapia.

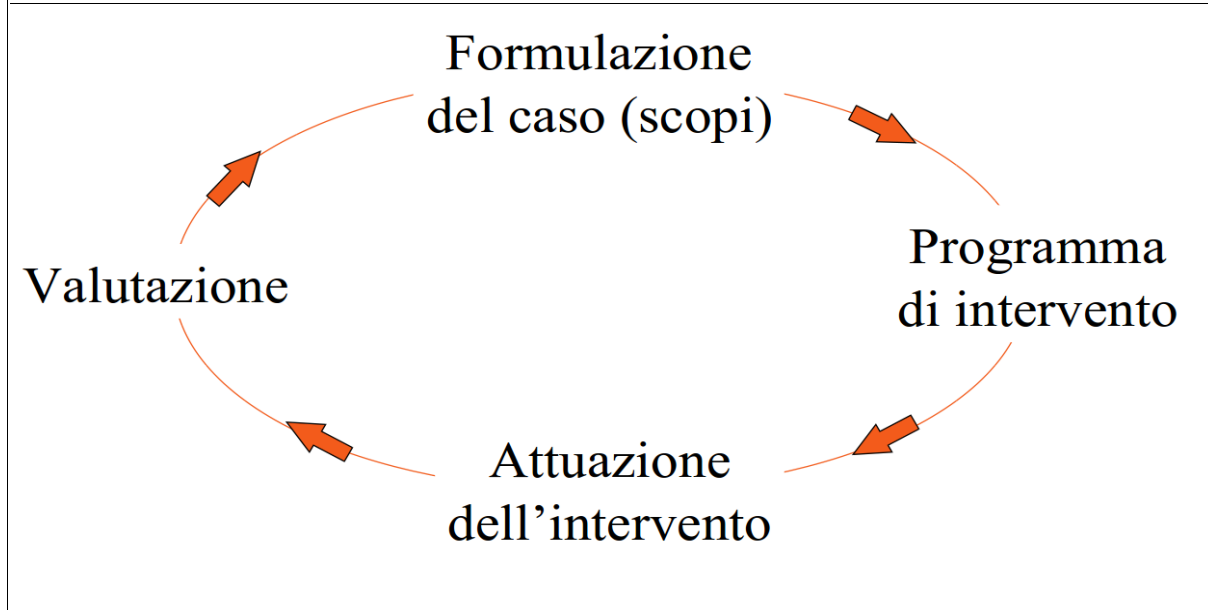
La rappresentazione del caso clinico si plasma così gradualmente, attraverso tentativi (ipotesi) ed errori (risultanti da verifiche di discrepanze con le attese) del terapeuta. Ciò può accadere però ad alcune condizioni: 1. che il terapeuta abbia consapevolezza delle proprie aspettative e degli scopi dei suoi interventi, 2. che mantenga un atteggiamento empirico e pertanto osservi regolarmente le eventuali discrepanze tra scopi e risultati ottenuti, come possibile effetto anche di propri errori (oltre che di altre variabili intervenienti), e 3. tenga conto egli errori e li usi come informazioni utili a modificare la sua formulazione (nella fase di *assessment*) o della sua condotta terapeutica (nella attuazione di procedure).

Ad esempio, nella fase di valutazione clinica iniziale, il terapeuta avrà un ampio ventaglio di ipotesi possibili, inversamente proporzionale alle informazioni raccolte; ed è bene che le consideri, anche se tale ventaglio viene man mano ridotto dall'*assessment* successivo. È nel corso del trattamento che le ipotesi vengono poi a selezionarsi o precisarsi. Le procedure terapeutiche stesse consentono verifiche delle ipotesi sul caso: talvolta solo al termine di un percorso terapeutico sia il paziente che il terapeuta avranno una formulazione chiara e completa del problema clinico di partenza.

Il processo di trattamento, allora, si presenta ciclico: ad ogni intervento del terapeuta seguiranno cambiamenti, passibili di nuova valutazione, il cui risultato può portare a correggere la formulazione del caso e quindi a modificare di nuovo il programma da attuare ed i suoi obiettivi. In una terapia ben condotta, tuttavia, non si torna mai al punto di partenza, in quanto nel formulare nuove ipotesi si tiene conto dell'informazione raccolta nei cicli precedenti. Tale andamento ha quindi una caratteristica ricorsiva (Fig.1).

Inoltre, c'è da osservare che senza le ipotesi iniziali, anche se non corrette ed eventualmente solo dettate dai principi teorici del proprio approccio, tale ciclo non sarebbe mai neanche iniziato. Anche se l'impresa terapeutica fosse concepita come un'ineffabile esplorazione dagli esiti imprevedibili, saranno comunque le ipotesi del terapeuta - e quindi le informazioni che otterrà - ad orientare il suo comportamento iniziale. Ecco quindi che gli errori iniziali saranno non solo inevitabili, ma, in un'ottica di auto-correzione, anche necessari.

Fig.1 Il processo ricorsivo del trattamento psicoterapico nella prospettiva cognitivo-comportamentale.



Apprendimento per tentativi ed errori

Da quanto esposto finora emerge chiaramente come l'intero processo terapeutico possa essere considerato come un processo di apprendimento attivo, cioè per tentativi ed errori. Credo di aver mostrato il ruolo degli errori: in quanto scarti dalle attese, essi attivano il processo cognitivo, che porterà a ipotesi e soluzioni nuove, anche se saranno i successi (o conferme) a consolidare l'acquisizione di nuovi comportamenti (o conoscenze) e motivare terapeuta e paziente a proseguire nel percorso.

Mi sembra importante osservare che durante una psicoterapia che produca progressi vi sia un apprendimento sia da parte del terapeuta che paziente. Sia l'uno che l'altro fanno tentativi di soluzione a vari livelli e/o mettono in pratica verifiche di ipotesi o soluzioni alternative.

È bene comunque presupporre che, sia nell'uno che nell'altro partecipante, i tentativi non saranno mai a caso, ma orientati da fattori cognitivi (schemi cognitivi, mappe, aspettative, scopi, assunti o ipotesi), anche se spesso "taciti". In questo processo la consapevolezza, cioè la chiara formulazione di ipotesi, scopi e aspettative, ha un ruolo centrale, in particolare nella prospettiva cognitivo-comportamentale. Se consapevole dei suoi scopi personali, ad esempio, il terapeuta potrà valutare quanto questi agiscano a favore della terapia o meno, e quindi tenerne conto. Così come il terapeuta può valutare se sono realistici, e quindi come eventualmente può correggere, scopi ed aspettative del paziente, solo quando siano chiariti. Non a caso, la correzione di credenze disfunzionali o irrazionali è un obiettivo regolarmente perseguito in alcune procedure di stampo prettamente cognitivo.

La consapevolezza, pertanto, è un concetto strettamente legato alla chiarezza: l'uso di termini confusi è spesso indice di scarsa consapevolezza o della copertura di scarse conoscenze, come talvolta si trova negli scritti sia di clinici che di ricercatori; l'oscurità, come ha evidenziato B. Russell (1998), è spesso indice di vera e propria protervia intellettuale. Ho notato altrove (Sibilia, 2011) che se, ad esempio, vengono confusi termini descrittivo-fattuali con quelli ipotetico-interpretativi, si realizza un "collasso cognitivo" che vanifica i tentativi di smentire o corroborare ipotesi circa i possibili errori di osservazione e quindi di crescita della conoscenza. Infatti bisogna ammettere che la verifica empirica di ipotesi (così come di interpretazioni) sia

possibile solo se queste vengono distinte dagli elementi osservativi atti a verificarle.

Una direttiva importante, quindi, per il terapeuta in formazione come per quello “stagionato”, è quella di usare descrizioni (e auto-descrizioni) chiare e di essere pronto ad osservare esiti imprevisti, mantenendo vivo il dubbio che siano segno di possibili errori. Ciò vale sia nel caso che il paziente non mostri i risultati attesi, sia che mostri dei successi imprevisti. Nel secondo caso, infatti, se si osservano cambiamenti desiderabili ma inattesi, è possibile vi sia una previsione negativa errata, magari basata su assunti taciti, che conviene riesaminare, o un intervento inconsapevolmente giusto, ma non intenzionale e quindi non riconosciuto tale. Infatti, possiamo essere in presenza di errori di tipo diverso: mentre adottare un'ipotesi sbagliata ritenendola giusta è il comune errore che gli statistici chiamano di “tipo 1” (o alfa), scartare un'ipotesi giusta ritenendola erronea è invece l'errore di “tipo 2” (o beta). Ad esempio, si possono fare errori di “tipo 2” se le osservazioni raccolte non sono rilevanti alle ipotesi: poiché non collidono necessariamente con quanto ipotizzato, si può essere indotti a pensare erroneamente che l'ipotesi (eventualmente giusta) vada scartata.

Ma è anche importante imparare dai propri successi: sono i successi (conferme) che consolidano l'acquisizione di nuovi comportamenti o conoscenze e motivano a proseguire; ciò vale sia che questi siano solo successi previsionali – cioè previsioni risultate corrette - sia che riguardino risultati desiderabili e attesi. Nel caso invece di successi imprevisti, l'errore può non solo indurre a riformulare o scartare i presupposti della previsione, ma indicare anche modalità di soluzione nuove, involontariamente attuate.

È quest'ultimo l'errore che merita di essere chiamato “creativo”. Scartare presupposti erronei, infatti, può essere essenziale. La creatività può emergere meglio a seguito della liberazione da idee acquisite e non più messe in discussione da tempo, gradualmente diventate “tacite”, ma che costituiscono inutili vincoli. Nelle ricerche sul *problem solving*, ad esempio, si è evidenziato come soluzioni a nuovi problemi si possano trovare solo dopo aver abbandonato vecchi schemi, cosa spesso difficile per un effetto di “trascinamento” delle soluzioni già adottate, conosciuto come effetto *Einstellung* (Pellerey, 2005). L'effetto *Einstellung* è stato confermato in una varietà di studi sperimentali (Bilalić et al., 2008), ma già J.M. Keynes scriveva nel 1937: *The difficulty lies, not in the new ideas, but in escaping from the old ones, which ramify... into every corner of our minds*⁵.

Oggi sappiamo che alcuni procedimenti aumentano le probabilità di liberarsi di vecchi schemi mentali. Si tratta di quei metodi che facilitano il pensiero divergente, quali ad esempio il *brain storming*, attraverso il quale si amplia il ventaglio di alternative di soluzione inizialmente contemplate, tralasciando intenzionalmente i vincoli posti dal pensiero abituale (ma non necessariamente razionale!). Esaminare opzioni alternative, formulare ipotesi, etc. può richiedere un “pensiero divergente”, quindi divagare, immaginare, “errare” con la mente.

Sbagli e catastrofi

Quanto sopra affermato non significa affatto che gli errori possano essere introdotti spensieratamente, confidando nella propria capacità di terapeuti di identificarli e correggerli o nella resilienza del paziente a tollerarli, oppure che possano portare casualmente a soluzioni impensate. Anche se su questo punto esiste ancora poca ricerca, è lecito ipotizzare che una quantità eccessiva di errori possa essere fatale. Così come in biologia può essere fatale una quantità eccessiva di mutazioni o errori nella trasmissione dell'informazione genetica alla generazione successiva. Tutto ciò mi sembra anche aiuti a definire cosa possa intendersi per “sbaglio”: *personalmente, proporrei che nell'esecuzione di una psicoterapia sia indicato come uno sbaglio lo*

5 “La difficoltà non sta nelle nuove idee, ma nel fuggire dalle vecchie, che si ramificano in ogni angolo delle nostre menti.”

scotomizzare, ignorare o sottovalutare i segnali indicativi di errori.

È lecito allora porsi alcune domande. Ignorare gli inevitabili errori di conduzione in una psicoterapia può effettivamente produrre quei fallimenti terapeutici che la ricerca ha messo in evidenza? In altre parole: possono i fallimenti risultare come effetto di sbagli ripetuti? Bisogna riconoscere che questa domanda ha un senso se ci riferiamo a metodi psicoterapici di efficacia consolidata, applicati alle condizioni cliniche appropriate. Quale è il caso, ad esempio, della terapia cognitivo-comportamentale della depressione o degli attacchi di panico. Nel caso invece di altre procedure ad efficacia non ancora confermata, i singoli fallimenti possono essere ancora interpretati – tra gli altri fattori - come espressione di un'efficacia intrinseca limitata. Questo tipo di fallimenti rimanda ai limiti delle conoscenze scientifiche disponibili, o alla mancata incorporazione di quelle esistenti nella pratica clinica corrente (Sibilia, 2009).

Un'altra legittima domanda che vorrei porre è: esistono fallimenti definitivi ed irrimediabili che possono meritare il nome di “catastrofi”, attribuibili alla psicoterapia? Entriamo qui in un campo indubbiamente poco coltivato. Lo studio dei pazienti con deterioramento grave o prolungato potrebbe forse fornire risposte a questa domanda, che al momento lascerei aperta.

Antidoti agli errori?

Ma forse la domanda più importante è: come individuare possibili antidoti? Nelle psicoterapie sottoposte a indagine sperimentale ci si assicura di ridurre al minimo gli sbagli attraverso l'uso di manuali, controlli delle sedute con specchi a senso unico o supervisioni dei terapeuti (Sibilia, 2009). Se tali forme di controllo, tuttavia, sono adottate nei contesti di ricerca, non sono certo tipiche della pratica clinica, soprattutto nell'ambito privato. Quali antidoti può quindi usare il clinico che lavora in proprio?

Una prima risposta è già stata esplicitata: mantenere un atteggiamento chiaro, critico circa l'esito del proprio operato e tendenzialmente sospettoso circa i suoi presupposti, magari confrontandoli con le ricerche più recenti. Senza tuttavia cadere nell'errore di “tipo 2”, cioè scartare interventi giusti ritenendoli sbagliati. Ciò significa, come abbiamo visto: (a) coltivare il dubbio (per esempio, contemplare la validità di assunti opposti a quelli tacitamente o esplicitamente adottati finora), (b) mettere alla prova assunti consolidati come se fossero semplici ipotesi di lavoro, (c) immaginare possibili alternative interpretative o fonti di varianza dei dati ricavati dalle osservazioni cliniche (cioè ipotesi su variabili nuove), nonché (d) accogliere l'errore creativo o fortunato ed esaminarne le implicazioni.

Tuttavia, tutto ciò può non bastare. Può essere di aiuto, allora, conoscere alcune tipologie di possibili errori clinici. Vorrei qui prendere ad esempio degli errori tipici, limitandomi per brevità ad una sola categoria di quelle su menzionate: quelli relativi a carenze nelle abilità relazionali o di auto-regolazione emozionale, che si manifestano nella relazione terapeutica.

Dalle ricerche nel campo, si è ormai appurato come una relazione terapeutica di buona qualità sia uno dei primi obiettivi da ottenere in una psicoterapia cognitivo-comportamentale (Kanfer e Shefft, 1988). Questa relazione, chiamata “alleanza terapeutica” in vari orientamenti, è definibile, seguendo Bird (1994), come una relazione che implica una comunicazione di qualità di dati anamnestici e soggettivi da parte del paziente e che facilita un elevato effetto pragmatico dei messaggi del terapeuta, nonché produce sollievo emozionale nel paziente.

Sono stati descritti molti modi in cui questa relazione può perdere oppure non acquisire affatto le suddette funzioni, acquistando invece caratteristiche in cui predominano comportamenti di ostacolo alla terapia. Si tratta spesso di comportamenti per lo più complementari, sia del paziente che del terapeuta, di volta in volta definibili come: competizione, oppure collusione, dipendenza o erotizzazione. Questi comportamenti possono essere caratterizzati come delle vere e proprie distorsioni delle interazioni paziente-psicoterapeuta, osservabili in seduta.

Nella relazione, infatti, possono essere attivati degli schemi interpersonali disfunzionali, come ho già descritto altrove (Sibilia, 1994). Il concetto di “schema relazionale” è stato sviluppato recentemente (Baldwin, 1992) per indicare alcune regolarità negli schemi di rapporto interpersonale di un soggetto insieme alle strutture cognitive che le sottendono. Da parte del professionista in formazione potrebbe essere difficile controllare tali schemi interpersonali senza aver compiuto una sistematica analisi auto-osservativa, detta appunto “analisi formativa” (Borgo, 2011; Sibilia, 2011).

Per quanto tali schemi possano sembrare a qualcuno come prodotti da “inconscie” o “profonde” reazioni emozionali, gli schemi cognitivi che li sostengono sono esplicitabili come proposizioni condizionali del tipo “SE... ALLORA...”, come esemplificato in Tab.2. Ancora una volta, il vantaggio di poter esplicitare con chiarezza tali schemi, in particolare se sistematici, quindi abituali e non occasionali, consiste proprio nella possibilità di esaminarli criticamente ed eventualmente correggerli alla luce della logica e dell'esperienza.

Tab. 2 Esempi di schemi interpersonali attivabili nella relazione terapeutica.

Paziente:

- *SE... è esperto, ALLORA... mi può ingannare!*
- *SE... lo contrario, ALLORA... mi può abbandonare!*

Terapeuta:

- *SE... non mi ascolta, ALLORA... deve essere un narcisista!*
- *SE... se la prende con me, ALLORA... deve essere molto disturbato!*

Un altro esempio di errori che possono condurre alle suddette disfunzioni della relazione terapeutica lo si può trovare nell'espressione dell'empatia. Molti concepiscono l'empatia come un'esperienza emotiva del tutto normale e naturale, che viene “vissuta” senza alcuna intenzionalità o che sfugge ad un esame razionale. Anche qui, invece, una chiara esplicitazione di che cosa si possa intendere per empatia in psicoterapia può aiutare a evidenziare eventuali errori tipici.

Una definizione operativa di empatia ci mostra almeno due elementi basilari: per comunicare empatia, infatti, è necessario da una parte (a) percepire correttamente lo stato psico-emotivo del paziente (sentimenti, emozioni, motivazioni, etc.), e dall'altra (b) comunicare al paziente, altrettanto correttamente, quanto percepito. Si possono così prevedere nella comunicazione empatica almeno due errori possibili:

(a) il terapeuta può pensare: *Lo stato X del paziente deve essere vero perché lo sento vero!* Si tratta di un esempio di pensiero detto “emozionale”, cioè la convinzione che quanto viene sentito, poiché sembra eludere un controllo razionale, è vero in quanto tale e non necessita di alcuna verifica.

(b) Il terapeuta può usare il gergo tecnico invece del linguaggio del paziente nel comunicargli quanto ha osservato, sperimentato o intuito, con risultati per lo più negativi o nulli.

Processi ricorsivi nell'interazione e nella terapia

Abbiamo visto come il processo della psicoterapia possa essere descritto come un processo ricorsivo, nel senso che i risultati di ogni ciclo (errore-ipotesi-verifica-intervento) costituiscono

per il terapeuta il punto di partenza per il successivo. In buona misura, ciò vale anche per l'interazione psicoterapeuta-paziente. Nella tipica interazione terapeutica (Fig.2), lo psicoterapeuta fa esperienza dei messaggi del paziente, ne interpreta il significato secondo il proprio sistema cognitivo e le informazioni raccolte e, tenuto conto dei propri scopi professionali, manderà dei congrui messaggi atti a verificare le proprie ipotesi, in fase di *assessment*, o modificare comportamenti o atteggiamenti del paziente, in fase di intervento.

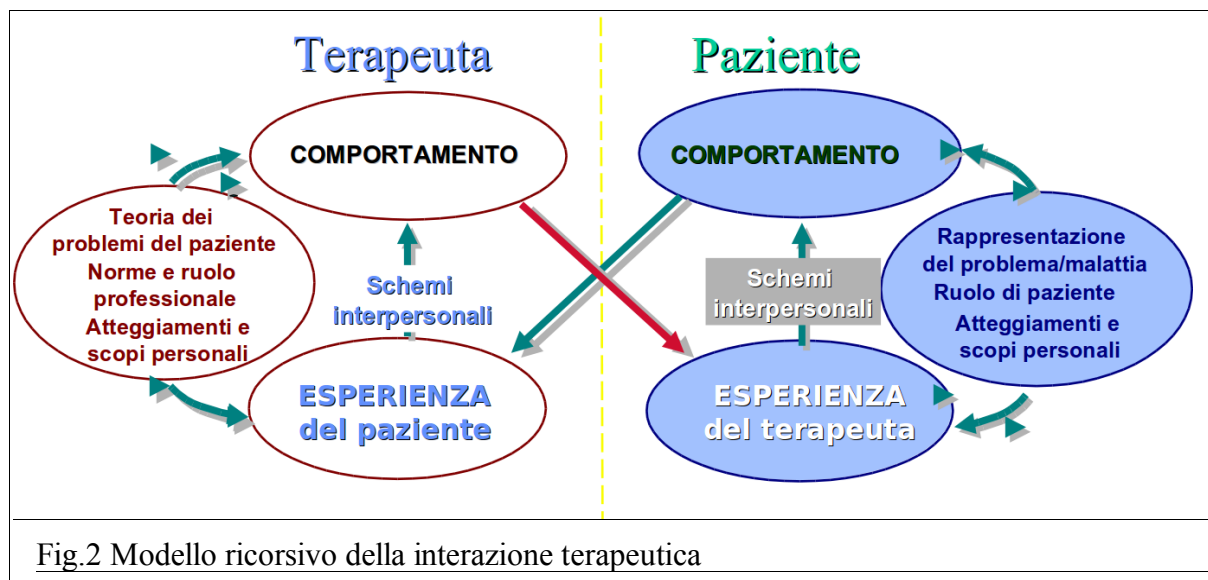


Fig.2 Modello ricorsivo della interazione terapeutica

In una psicoterapia impostata secondo i presupposti delineati, anche se le interpretazioni iniziali si dimostrano inadeguate, tramite le verifiche successive possono gradualmente essere corrette, formando un insieme di cognizioni comuni a paziente e terapeuta. Insieme che diventa per così dire lo “sfondo” di nuovi cicli, consentendo al terapeuta di prevedere sempre più accuratamente i comportamenti del paziente. A livello di comportamenti reciproci, ciò realizza degli scambi parzialmente prevedibili (Sibilia, 1994), che rappresentano delle interazioni tipiche di quella diade paziente-terapeuta, in quella particolare fase del trattamento. Anche l'attuazione di alcune precise tecniche psicoterapiche, come ho mostrato altrove (Sibilia, 1979), realizza particolari tipi di interazioni paziente-terapeuta.

Tuttavia, man mano che vengono ad essere risolti dei problemi, se ne aprono di nuovi. Ad esempio, si pongono nuovi interrogativi che prima non avevano senso, oppure il paziente si trova a fare esperienze nuove, avendo attuato nuovi comportamenti dietro lo stimolo del terapeuta o avendo potuto esporsi a contesti nuovi a seguito dei suoi miglioramenti. Seguendo vecchi schemi interpretativi, questo fenomeno veniva letto da alcuni clinici di impostazione psicodinamica come una “sostituzione del sintomo”, interpretazione che li induceva erroneamente a non intervenire sui “sintomi”.

Nella impostazione della psicoterapia come processo di soluzione di problemi, invece, la comparsa di nuovi problemi è proprio ciò che ci si attende: *“l'adozione di nuove soluzioni comporta nuovi problemi”* scriveva Popper (1999a) e possiamo prendere queste parole come la formulazione più stringata di tale principio. Questo significa forse che siamo condannati - come Sisifo - a ripetere un percorso infinito, che porta da nuove soluzioni a nuovi problemi e viceversa? Certamente no. Il carattere ricorsivo e non circolare della psicoterapia, così intesa, comporta che l'intero processo abbia una direzione, ovvero presenti delle caratteristiche emergenti. L'intero percorso terapeutico, in analogia non solo a molti processi di apprendimento ma anche di maturazione biologica, ha le caratteristiche di un percorso a tappe. Lo studio empirico delle

psicoterapie ci mostra come, di fatto, quando il miglioramento del paziente abbia raggiunto un livello “abbastanza buono”, paziente e terapeuta decidono di smettere il trattamento oppure di dedicarsi ad un nuovo problema (Sibilia, 2009).

Isomorfismi cognitivi

Il modello generale della psicoterapia come ricerca finalizzata alla soluzione di problemi personali del paziente, guidata da ipotesi, verifiche e correzioni di errori valutativi ed esecutivi, probabilmente non si attaglia soltanto alla psicoterapia cognitivo-comportamentale. Questa caratteristica auto-correttiva e ricorsiva è probabilmente presente anche in altri approcci, per quanto non esplicitamente formulata, e forse anche in alcune relazioni di aiuto o educative informali, che mostrano talora di avere una efficacia significativa.

Da quanto fin qui esposto risulta chiaro come il modello generale della psicoterapia cognitivo-comportamentale come ricerca guidata di soluzioni, attraverso il controllo sistematico degli errori, sia isomorfo a procedure utilizzate in anche in altri campi del sapere. Tali procedure, a mio avviso, possono essere viste come varianti di un unico processo cognitivo, attivato nella mente umana dalla necessità di risolvere problemi di varia natura.

Non mi riferisco qui semplicemente al *problem solving*, metodica proposta e sviluppata da D'Zurilla e Goldfried nel 1971, applicata con successo per risolvere i problemi presenti in una varietà di condizioni cliniche (Nezu, Nezu e D'Zurilla, 2010). Mi riferisco invece alla concezione stessa dell'indagine scientifica presente in J. Dewey (1938): una concezione pragmatica, empirica e fallibilista, che il filosofo esplicitò con chiarezza in quella sequenza di passi logici che costituiscono appunto il processo del *problem solving* (Tab. 3). Sequenza che per Dewey rappresenta il processo di pensiero che anche le persone “profane”, seppur generalmente in modo non sistematico, adottano nell'affrontare i problemi di vita quotidiana (Mahoney & Mahoney, 1976).

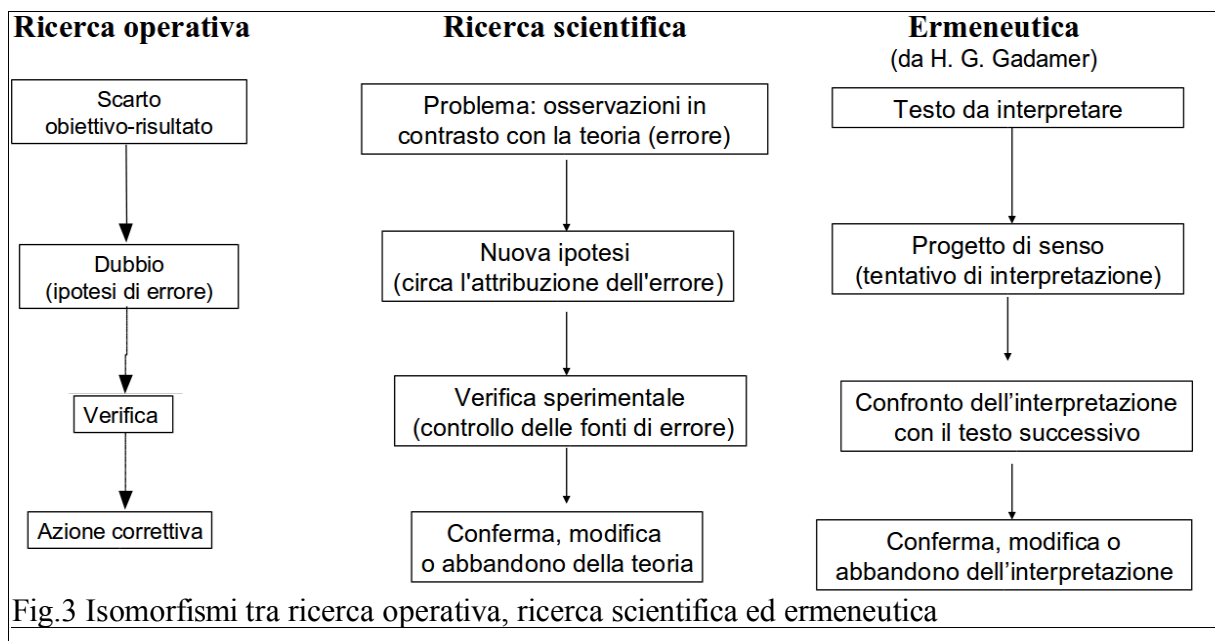
Tab. 3 La scienza come processo di *Problem solving* secondo J. Dewey

<i>Specify the general problem</i> :	specifica il problema generale
<i>Collect information</i> :	raccogli le informazioni necessarie
<i>Identify patterns</i> :	identifica gli schemi (regolarità)
<i>Examine possible options</i> :	esamina le possibili opzioni di scelta
<i>Narrow options and experiment</i> :	riduci le opzioni, sceglile e mettile alla prova (esperimento/esperienza)
<i>Compare, revise or replace</i> :	confronta, riesamina, sostituisci
<i>Extend to similar problems</i> :	estendi la scelta a problemi simili

È da notare che il *problem solving* può avere anch'esso un andamento ricorsivo: se l'opzione prescelta non risulta risolutiva, allora si ritorna ai passaggi precedenti.

Già per Mowrer (1947) i fenomeni del condizionamento e dell'apprendimento erano interpretabili in termini di *problem solving*. Anche secondo Mezirow (in Pellerey, 2005), in tutte le forme di apprendimento è presente un'attività di soluzione di problemi; così come, d'altra parte, lo stesso Popper (1999), già citato, vede nella soluzione di problemi un'attività fondamentale del vivente, essenziale per il suo adattamento.

La generalità di tale schema cognitivo si può apprezzare in molti modi, confrontando i procedimenti conoscitivi in ambiti diversi (Tab.3). La cosiddetta “ricerca operativa” ne può essere un esempio, usata per trovare soluzioni ottimali a problemi complessi in vari campi applicativi. Ma non dimentichiamo che la stessa ricerca sperimentale è descrivibile come una sequenza conoscitiva in cui alla rilevazione di problemi (quali ad esempio sono nuove osservazioni in contrasto con la teoria), segue la formulazione di nuove ipotesi circa l'errore e quindi la verifica di tali ipotesi attraverso il controllo empirico delle fonti di errore; se le ipotesi risultano corrette, verranno adottate come nuove soluzioni, costringendo a modificare o confutare la teoria precedente.



Passando ad un ambito apparentemente diverso, anche nell'ermeneutica, la disciplina della interpretazione dei testi, si segue un analogo percorso, chiamato da G. Gadamer (1983) il “circolo ermeneutico”. Anche nell'ermeneutica, infatti, si parte da un problema: il testo da interpretare o tradurre. Si formula inizialmente un “progetto di senso”, una interpretazione che consenta di renderlo comprensibile. Si noti che il progetto non nasce a caso, ma sulla base di “comprensioni” precedenti. Ciononostante, questa nuova “interpretazione” deve essere in sintonia con il testo successivo con cui viene confrontata, che funge quindi da banco di prova dell'interpretazione stessa: è errore in questo caso la dissonanza dell'interpretazione dal testo. Dall'esito di tale confronto dipenderà quindi se il progetto sarà adottato, se sarà modificato o se ne sarà selezionato un altro. Cominciando quindi da un nuovo inizio. È evidente qui il parallelo con il procedimento popperiano di apprendimento per prova ed errore. Non si può allora che concordare con D. Antiseri (2002) secondo il quale *il circolo ermeneutico di Gadamer e il metodo per "trial and error" di Popper configurano lo stesso procedimento metodologico delineandolo in due "linguaggi" in parte differenti.*

Concludo facendo notare che ho appositamente evitato di trattare gli errori a livello teorico. A questo livello, la definizione di errore è apparentemente facile: essendo le psicoterapie frammentate in vari approcci teorici, saranno “errori” gli assunti teorici degli approcci altrui. Ma ciò significa che gli errori tipici del proprio approccio possono essere i più insidiosi, in quanto meno visibili. Tuttavia, a mio avviso possono essere affrontati ugualmente, a patto che si coltivi metodicamente sia la chiarezza nella esplicitazione dei propri presupposti che il dubbio circa la loro validità.

Biblio-sitografia

- Antiseri D. (2002) *Con Karl R. Popper: così distanti, così vicini*. Scaricabile da: <http://www.caffeeuropa.it/attualita03/172gadamer-antiseri.html>
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
- Barkham M., Connell J., Stiles B., Miles J. N.V., Margison F., Evans C. e Mellor-Clark J. (2006) Dose-Effect Relations and Responsive Regulation of Treatment Duration: The Good Enough Level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 1, 160-167.
- Beck A.T. (2006) La terapia cognitiva della depressione: riflessioni personali. In: *Il libro nero della psicoanalisi*, a cura di C. Meyer. Roma: Fazi editore.
- Bird J. (1994) The teaching of basic interviewing competence. In: Borgo S. e Sibilìa L. (a cura di) *The Patient-Therapist Relationship: its Many Dimensions*. Roma: CNR.
- Bilalić M., McLeod P., & Gobet F. (2008) Why good thoughts block better ones: The mechanism of the pernicious Einstellung (set) effect. *Cognition*, Sep; 108(3): 652-61.
- Borgo S. (2010) *Supervisione clinica*. Roma: Alpesitalia Ed.
- Borgo S. (2011) *Analisi formativa*. Roma: Alpesitalia Ed.
- Dewey J. (1938) *The logic of Inquiry*, Ed. Holt, New York
- Egidi M. (2005) Errori e fallibilità. *Networks* 5: 102-115. In <http://www.swif.uniba.it/lei/ai/networks/>
- Eysenck H.J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation, *J. Cons. Psychol.*, 16:319-324.
- Gadamer H. G. (1983) *Verità e metodo*. Milano: Bompiani Ed.
- Keynes J.M. (1937) The general theory of employment. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 51, No. 2, pp. 209-223.
- Jacobson N.S., Truax P. (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 59,1:12-19.
- Lambert M. J., Bergin A. E., & Collins J. L. (1977) Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Mahoney M. & Mahoney K. (1976) *Permanent Weight Control : A Solution to the Dieter's Dilemma*. Norton.
- Manzoni A. (1995) *Storia della colonna infame*. Scaricabile da: http://www.libberliber.it/biblioteca/m/manzoni/storia_della_colonna_infame/html/testo.htm
- Marks I., Sibilìa L. e Borgo S., a cura di (2010) *Common Language for Psychotherapy Procedures. The first 80*. Roma: C.R.P.
- Mowrer O. H. (1947) On the dual nature of learning as a reinterpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review*, 102,148.
- Nezu A.M., Nezu C. M. e D'Zurilla T. J. (2010) Problem-solving Therapy (PST). In: Marks I., Sibilìa L. e Borgo S., a cura di (2010) *Common Language for Psychotherapy Procedures. The first 80*. Roma: C.R.P.
- Norcross J.C., Strausser-Kirtland D. e Missar C. D. (1988) The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25,1:36-43.
- Pellerey M. (2005) Apprendimento e trasferimento di competenze professionali. [Scaricabile da

<http://pellerey.unisal.it/isfoldi.doc>

Popper K. R. (1999a) *All life is problem solving*. London: Routledge.

Popper K. R. (1999b) *Congetture e Confutazioni. Lo sviluppo della conoscenza scientifica*. Bologna: Il Mulino.

Russell B. (1998) Autobiografia. In: *Higher Superstition. The Academic Left and its Quarrels with Science*, a cura di Paul R. Gross e Norman Levitt. Baltimore: John Hopkins.

Sibilia L. (1979) An integrated behavioral model of parent-child interaction. *Clinica Psichiatrica*, 26 (3-15).

Sibilia L. (1994) Meta-analysis in the assessment of psychotherapy outcomes: limits and results. *Psychologie Europe*, 1, 4 (45-60).

Sibilia L. (1994) An Etho-cognitive Analysis of the Patient-Therapist Relationship. In: Borgo S. e Sibilia L. (a cura di) *The Patient-Therapist Relationship: its Many Dimensions*. Roma: CNR.

Sibilia L. (2009) Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare. *Idee in Psicoterapia*, Vol.2 n.3, pp.15-31.

Sibilia L. (2011) Presentazione. In: *Analisi formativa*, di S. Borgo. Roma: Alpesitalia Ed.

Sibilia L., Baldassarre P., Nardi A.M. & Vonken E. (1997) Cognitive Therapy is not effective: update of a meta-analysis. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 3, 2-3 (179).

Smith M. L., Glass G. V. & Miller T. I. (1980), *The benefits of psychotherapy*, p.124. Baltimore: Johns Hopkins Press.

Stiles W.B., Barkham M., Twigg E., Mellor-Clark J. e Cooper M. (2006) Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.