

LA SALUTE MENTALE DELLO PSICOTERAPEUTA¹

Nicola Lalli

© Ottobre 2004

La salute mentale dello psicoterapeuta e, per converso, la sua possibile psicopatologia rappresenta un tema complesso e pieno di implicazioni che deve essere affrontato con estrema lealtà e chiarezza poiché in genere si tende a rimuoverlo, o minimizzarlo trasformandolo in pettegolezzo, oppure si considera la salute mentale dello psicoterapeuta come scontata.

Cosa non vera, quest'ultima, come dimostra non solo la letteratura sull'argomento, in verità piuttosto ridotta e riduttiva, ma anche un'indagine attraverso un questionario da me somministrato a numerosi psicoterapeuti i cui risultati saranno riferiti successivamente.

Comunque, preliminare a ogni discorso su questo tema è sgombrare il campo confutando alcuni stereotipi presenti nella nostra cultura.

Il primo rappresenta lo psicoterapeuta come un personaggio pieno di tics ed ossessioni, invadente, "imbranato", con problemi a volte più gravi di quelli dello stesso paziente: è lo "strizzacervelli" ampiamente rappresentato soprattutto dalla filmografia (G.O. Gabbard e K. Gabbard, 2000) alla Woody Allen o in misura insospettata da registi come Moretti.

Il secondo è invece uno stereotipo proposto, più o meno esplicitamente, dagli psicoterapeuti stessi: rappresenta un personaggio olimpico, onnipotente, privo di coinvolgimenti personali che freddamente ed asetticamente analizza i pazienti.

Un terzo è invece quello dello psicoterapeuta benevolo, acquiescente, amico e supporto del paziente, insomma una specie di missionario che sotto questa veste spesso nasconde valenze sadiche e una scarsa tolleranza nei confronti dei diversi.

In realtà lo psicoterapeuta sano non corrisponde affatto a questi stereotipi. La sanità mentale è qualcosa che si acquisisce e si costruisce in un lungo iter formativo, ma è anche un bene che va mantenuto e preservato dal momento che l'attività psicoterapica, come vedremo, presenta notevoli e specifiche difficoltà. Alla base della sanità psichica dello psicoterapeuta ci deve essere una conoscenza approfondita di sé, unita ad una precisa e ben stabile identità, che si configura nel

¹ Lettura magistrale tenuta al Convegno organizzato dall'Ordine degli Psicologi dell'Umbria il 25 Ottobre 2004 a Foligno.

momento in cui si passa dal *fare la psicoterapia* ad *essere psicoterapeuti*. Identità che spinge lo psicoterapeuta a non cercare identificazioni, ma ad elaborare uno stile personale, indice del superamento dell'imperativo della razionalità occidentale "*conosci te stesso*" verso un atteggiamento più profondo del "*sii te stesso*".

In questo senso lo psicoterapeuta non può corrispondere a nessuno stereotipo, ma anzi può mostrare una diversità sul piano esteriore che, unita alla propria formazione personale, costituisce lo "stile" dello psicoterapeuta.

Ovviamente questa sanità mentale implica anche una coerente corrispondenza tra la vita personale, pubblica e professionale: l'essere psicoterapeuta corrisponde ad una struttura di base fondata sulla coerenza.

Ma procediamo per gradi e soprattutto stabiliamo una metodologia corretta che ci permetta di affrontare il problema della sanità mentale, condizione imprescindibile senza la quale è impensabile configurare una tale professionalità.

Per fornire un filo conduttore alla mia esposizione propongo di utilizzare il paragone con il processo evolutivo psichico dell'uomo che avviene per crisi, come si evidenzia nel modello complementare di sviluppo da me proposto (vedi in questo sito "Area di Confronto").

Quindi essere psicoterapeuti non corrisponde ad uno status che si raggiunge per itinerari più o meno socialmente riconosciuti ed ufficializzati e che rimane poi fisso nel tempo. È un processo graduale e maturativo, ove ogni tappa prevede il superamento di quella precedente. A questo punto propongo una tabella che cercherò di spiegare successivamente nei dettagli. Come si può evidenziare, mentre sulla destra sono descritte le fondamentali tappe dello sviluppo psichico, sulla sinistra sono proposte le corrispondenti tappe dell'iter evolutivo dello psicoterapeuta.

Le motivazioni



Nascita, primo anno di vita

La scelta



Le varie crisi evolutive prima dell'adolescenza

Il percorso formativo personale e il training



L'adolescenza

I primi impegni



La fase dello svincolo

La carriera



Raggiungimento dell'identità e successivo ciclo esistenziale dell'uomo

Le motivazioni

Intanto dobbiamo distinguerle dai *motivi* o vantaggi che possono indurre a scegliere questa professione. Le motivazioni sono di natura inconscia e legate a strutture profonde e radicate, mentre i motivi sono di natura cosciente, legati a fattori ambientali e culturali e non di rado possono esprimere delle razionalizzazioni più o meno congrue.

Anni fa, in una mia ricerca riguardo alle motivazioni a scegliere la specializzazione in psichiatria (eseguita su un campione di 400 candidati all'esame di ammissione per tale scuola), avevo individuato tre tipologie fondamentali.

Una prima comprendeva soggetti che avevano deciso di fare psichiatria molto precocemente e avevano fatto medicina come l'unica strada per accedere alla psichiatria (a quei tempi la Facoltà di Psicologia era poco presente e non di moda) ed era vissuta come una scelta irrevocabile: in questi soggetti si evidenziava la dinamica fondamentale di esorcizzare, con questa scelta, l'angoscia della malattia mentale. Non a caso erano presenti patologie più o meno gravi in parenti o ascendenti. Fatto singolare era che queste persone, pur riconoscendosi qualche tratto caratteriale di stranezza o di abnormità, ritenevano superfluo qualsiasi lavoro personale, convinti che fare psichiatria (come corso di specializzazione) fosse già di per sé l'equivalente di una cura. Questo gruppo evidenziava successivamente, nelle modalità operative, due diversi percorsi. Alcuni diventavano professionisti asettici, distaccati, indifferenti, che trattavano il paziente come oggetto di studio, quindi in assenza di qualsiasi forma di empatia. Altri evidenziavano un atteggiamento da missionario, "da guaritore ferito", ma con una ferita ancora aperta; in questi, la dimensione fortemente oblativa, unita alla convinzione della propria capacità di affrontare qualsiasi patologia, anche la più grave, mostrava la profonda convinzione della incurabilità della malattia mentale, unita ad atteggiamenti inconsci di tipo sadico nei confronti del paziente.

I due sottotipi quindi, pur nella diversità comportamentale, erano accomunati dalla totale negazione della malattia mentale.

Una seconda tipologia era invece caratterizzata da una negazione della vita psichica e dalla convinzione rigida del prevalere dell'aspetto biologico nell'ambito della malattia mentale che, nella pratica clinica, li portava ad un pragmatismo esasperato, unito al bisogno compulsivo di guarire, sempre e comunque, vivendo qualsiasi insuccesso come una grave frustrazione narcisistica. Una caratteristica peculiare di questa tipologia è la necessità di avere numerosi pazienti per soddisfare il loro "bisogno di guarire", indice di una bassa autostima con una tendenza a comportamenti sadico – violenti nei confronti di quei pazienti resistenti alla terapia o con una scarsa compliance.

Un altro dato rilevante è che mentre questi ultimi, fermamente convinti della efficacia della psicofarmacologia, la praticavano e la propagandavano, la prima tipologia invece spesso si avventurava in tentativi, più o meno sconsiderati, di fare psicoterapia.

Una terza tipologia, fortunatamente molto più ampia delle prime due, era formata da soggetti che a partire dalla consapevolezza di propri malesseri psichici, avevano sviluppato un genuino interesse per l'uomo e soprattutto per la vita psichica. Per questi la scelta di fare psichiatria costituiva una possibilità di conoscere ed approfondire la complessità della vita psichica in genere, e di quella personale in particolare; pertanto quasi tutti ritenevano opportuno o necessario fare un lavoro su se stessi.

Quest'ultima tipologia è certamente quella più valida, perché pur presentando delle problematiche, queste sono utilizzate come spinta ad una ricerca e ad una elaborazione personale.

Queste tre tipologie da me evidenziate nel 1979 (*Le motivazioni alla scelta di Psichiatria*, in Rivista di Psichiatria, Vol. 14, n. 2), le ho successivamente ritrovate descritte da alcuni autori anche se con modalità diverse.

Tra questi cito J.D. Guy (1994), che evidenzia, rispetto alla scelta di fare lo psicoterapeuta, tre modelli fondamentali: funzionali, disfunzionali, incompatibili. Utilizzerò il termine di motivazione anche se, come risulta evidente, alcune caratteristiche debbono considerarsi più come attitudini o capacità che non veri e propri sistemi motivazionali.

Ovviamente si tratta di una schematizzazione e quindi è molto probabile che non sempre tutti i criteri riferiti ai diversi modelli siano presenti contemporaneamente; a volte le caratteristiche possono essere più o meno sviluppate.

Quello che rimane un punto fermo, e che pertanto rende valida questa classificazione, è che non c'è mai intersezione tra caratteristiche di un modello con quelle di un altro e nei casi ove questa fosse apparentemente presente il dato da considerare come indicativo rimane sempre e comunque la caratteristica più disfunzionale.

A-Motivazioni funzionali	B-Motivazioni disfunzionali	C-Motivazioni incompatibili
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Curiosità ed interesse per gli altri ➤ Capacità di ascolto ➤ Empatia e comprensione ➤ Introspezione ➤ Intuito emotivo ➤ Tolleranza alla frustrazione 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Malessere psichico senza consapevolezza ➤ Adattamento vicariante ➤ Tendenza all'isolamento ➤ Identificazione su base idealizzante 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bisogno di potere-dominio ➤ Necessità di essere amati e riconosciuti ➤ Nuclei perversi (esibizionismo, voyeurismo, elementi sado-masochistici)

(Tratto da J.D. Guy, modificato)

A-Motivazioni funzionali

A.1 Curiosità ed interesse per gli altri

La curiosità e l'interesse per gli altri sembra essere una delle motivazioni più forti e più valide che possono spingere a scegliere la professione di psicoterapeuta.

A. Storr (1979) ha correlato questo profondo interesse per le persone e per le loro emozioni con un interesse per le dimensioni artistiche ed espressive. Non è infrequente infatti trovare tra gli psicoterapeuti persone estremamente interessate all'arte nelle sue varie espressioni.

A.2 Capacità di ascolto

Secondo F. Fromm-Reichmann (1960), la capacità di ascolto è il primo strumento di cura che il terapeuta deve possedere. È abbastanza evidente che questa capacità è strettamente correlata con la prima.

A.3 Empatia e comprensione

L'empatia (vedi in questo sito *La relazione terapeutica* in Area di Confronto) è collegabile alla specifica funzione umana dell'accudimento ed implica una capacità di comprendere, al di là delle parole, le emozioni o gli affetti vissuti dagli altri. Questa capacità è difficilmente acquisibile con l'apprendimento e pertanto risulta essere una qualità che deve essere presente nell'aspirante psicoterapeuta.

A.4 Introspezione

Capacità di auto-osservazione e soprattutto di connessione tra eventi esistenziali e stati d'animo. Essa è collegata strettamente alla consapevolezza della influenza della propria soggettività nelle relazioni e quindi da una parte il non uso di modalità proiettive e dall'altra la capacità di rispecchiamento empatico.

A.5 Intuito emotivo

Capacità di riconoscere, e individuare, una vasta gamma di emozioni negli altri e di adottare un atteggiamento congruo e familiare. Il soggetto è capace non solo di evidenziare stati d'animo poco evidenti, ma anche di accettare quelli meno positivi come angoscia, ostilità etc.

A.6 Tolleranza alle frustrazioni

Per tolleranza alle frustrazioni si indica non solo la capacità di far fronte a comportamenti ostili e/o ambivalenti nell'altro, ma anche la capacità di trarre soddisfazioni da situazioni minimali. Se si pensa a quanto sia lento il progredire del paziente e a quanto questi possa essere spesso poco gratificante, è evidente che una capacità del genere è un fattore fondamentale di resilienza nei confronti delle inevitabili frustrazioni che questo lavoro comporta.

B-Motivazioni disfunzionali

B.1 Malessere psichico senza consapevolezza

Il malessere psichico è sicuramente una situazione piuttosto frequente ed è spesso il motivo che, inducendo molte persone a riflettere sulla vita psichica in generale e sulla loro in particolare, portano il soggetto ad una ricerca e ad un tentativo di superamento. In alcuni soggetti invece il malessere psichico che si esprime tramite comportamenti o modalità relazionali patologiche, non viene riconosciuto e pertanto questi non sono indotti ad alcun tentativo di modificare se stessi, anzi tendono a razionalizzare il loro modo di essere come "un essere fatto in un certo modo" o addirittura lo esibiscono come "originalità". La negazione massiccia del proprio vissuto psicopatologico comporta dapprima una identificazione con i soggetti affetti da psicopatologie più o meno gravi, ma, una volta raggiunto l'obiettivo di diventare psichiatra o psicoterapeuta, scatta la negazione ed il controllo onnipotente. È come se questo terapeuta dicesse: "Io potevo essere come te, ma dal momento che sono psichiatra o psicoterapeuta, posso controllare e dominare questa situazione".

Inevitabilmente essi propongono una notevole distanza emotiva con i pazienti per evitare il rischio che una diminuzione del controllo onnipotente li induca ad una massiccia identificazione con il paziente che rappresenta ovviamente una tragedia per il terapeuta e per il paziente.

B.2 Adattamento vicariante

J.F.T. Buggenthal (1964) sostiene che spesso la professione di psicoterapeuta è scelta da persone che hanno bisogno, nel loro caos emotivo, di avere una guida che li conduca ad esplorare il campo minato della psicopatologia, ed ovviamente usano il paziente affidandogli un compito impossibile. Si tratta di una situazione simile a quella in cui un figlio, di fronte ad un genitore fragile e inconsapevole, inverte la gerarchia generazionale e svolge le funzioni genitoriali nei confronti del genitore patologico.

Se questa dinamica non viene evidenziata e superata nel corso di una terapia personale, il futuro psicoterapeuta tenderà ad utilizzare uno stile di rapporto asettico-razionalizzante: diventa una sorta di entomologo che cerca di studiare la propria patologia attraverso quella del paziente. In alcuni casi se questo aspetto asettico-neutrale non regge, lo psicoterapeuta può lanciarsi in una dinamica relazionale di catarsi duale che spesso sfocia in situazioni di rotture drammatiche.

B.3 Tendenza all'isolamento sociale

Numerosi autori (C. Goldberg, 1986; W.E. Henry, 1966; V. Rippere, R. Williams, 1985) hanno evidenziato un'alta percentuale, tra gli psicoterapeuti, di persone che avevano fatto questa scelta per superare un loro isolamento sociale. In una serie di interviste circa il 60% ha riferito di aver avuto pochi amici durante l'infanzia e di aver sofferto grandemente di solitudine nel periodo dell'adolescenza.

Secondo gli autori la maggior parte di questi soggetti sceglie tale professione con la speranza di soddisfare il bisogno di stringere legami, ovviamente all'interno di una situazione sicura, controllata e strutturata in maniera tale da garantire loro una situazione di predominio.

Questi soggetti sono quelli che più facilmente, di fronte a difficoltà nell'ambito del loro lavoro, possono andare incontro a reazione depressiva.

Come vedremo successivamente, poiché l'isolamento sia fisico che psichico è una caratteristica strutturale della psicoterapia, è facilmente immaginabile come una motivazione del genere, se persiste anche dopo una terapia personale, può rendere tanto più gravoso il compito da indurre lo psicoterapeuta ad un crollo psichico.

C-Motivazioni incompatibili

C.1 Bisogno di potere – dominio

Molte persone impotenti e insicure, cercano un surrettizio compenso a questa dinamica utilizzando impropriamente il senso di potere che questa attività, in qualche modo, può stimolare. Una motivazione del genere porta lo psicoterapeuta ad un senso di onnipotenza e di onniscienza che lo induce a forme aggressive di sfruttamento e di dominio, o a volte, in maniera meno evidente, alla tendenza a convertire gli altri.

C.2 Necessità di essere amati e riconosciuti

Sono individui che credono di essere capaci di offrire comprensione ed amore, mentre in effetti sono compulsivamente bisognosi di essere amati ed ammirati. C'è ovviamente una forte carica di narcisismo patologico che induce a manipolare i pazienti e spesso a violare le più elementari regole del setting. Sono questi i soggetti che più facilmente tendono a stabilire legami ambigui e spesso sessuali con i pazienti.

C.3 Nuclei perversi

Questi soggetti sono apparentemente “normotici” e pertanto riescono a nascondere i loro nuclei esibizionistici, voyeristici e sado-masochistici perché non presentano forme clinicamente evidenziabili. Quando non riescono ad attraversare i filtri, in verità piuttosto lassi della selezione, e sono esclusi solo per un curriculum di studi scadente, tendono a esercitare in forme diversificate questo tipo di attività spesso ammantandola con denominazioni eclatanti e vantando capacità “terapeutiche” eccezionali, anche in virtù di pratiche “esoteriche”.

C.4 Identificazione su base idealizzante

In genere questa modalità si evidenzia all'interno di gruppi ove la psicoterapia viene proposta come missione e come conoscenza superiore e totalizzante. Questi soggetti, nella identificazione con il capo carismatico e con l'ideologia del gruppo, tendono ad assumere un atteggiamento di superiorità che li porta a vivere la loro attività come missione e quindi a fare proselitismo con modalità più o meno esplicite.

In sintesi potremmo dire che nella vasta massa degli aspiranti psicoterapeuti si possono isolare tre tipologie:

- 1 - idonei ed interessati;
- 2 - parzialmente idonei ed interessati;

3 - non idonei, ma interessati.

Mi sono soffermato a lungo sul problema delle motivazioni perché ritengo che sia proprio a livello delle motivazioni (soprattutto di quelle disfunzionali o incompatibili), che iniziano i problemi. Le motivazioni a diventare psicoterapeuti sono strutturate ad un livello molto profondo: per questo le ho equiparate a quella fase decisiva, sia per la salute mentale che per la psicopatologia, che è la nascita e il primo anno di vita.

Mi rendo conto che sto affrontando un problema tabù: quello della possibilità o meno di una selezione degli aspiranti psicoterapeuti.

Purtroppo né a livello pubblico, né tanto meno a livello privato, si provvede a porre delle griglie di sbarramento, tanto più necessarie perché emerge che proprio le persone con motivazioni incompatibili, per la loro stessa struttura psicologica, sono anche quelle più determinate nel perseguire questo obiettivo. Alcune di queste, se costrette a fare una terapia personale, spesso riescono ad ingannare per la loro capacità mimetica e per la tendenza a mentire, legata ad una dinamica di scissione, e a mostrarsi come bravi allievi soprattutto se sono affidati a psicoterapeuti con scarsa esperienza o con tendenza alla collusione.

Cosa fare?

Ritengo che esistono tre momenti diversi ma importanti per una possibilità di selezione/prevenzione.

Il primo momento è una corretta analisi della domanda (così come avviene con il paziente che ci chiede una psicoterapia) che deve evidenziare, oltre le problematiche del soggetto, anche e soprattutto le motivazioni della sua scelta.

Il secondo è la terapia personale, perché solo una valida psicoterapia personale può eliminare quelle motivazioni disfunzionali e quindi rendere il soggetto adatto a fare lo psicoterapeuta. Oppure di fronte a situazioni incompatibili far riconoscere ai soggetti i propri limiti ed avviarli a situazioni lavorative meno impegnative e meno coinvolgenti.

Il terzo è esaminare come gli aspiranti terapeuti si comportano con i pazienti nell'ambito dei primi casi in supervisione: è evidente che siamo già piuttosto avanti nel percorso dello psicoterapeuta e quindi può essere più difficile bloccare situazioni che si manifestano essere poco funzionali. Comunque una corretta supervisione basata prevalentemente sulle modalità controtransferali dell'aspirante psicoterapeuta, può ancora comportare riflessioni e ulteriori approfondimenti sulle motivazioni dello stesso.

Mi rendo conto di aver dato molto spazio alle motivazioni e ne ho esposto i motivi, comunque per mantenere fede allo schema proposto, mi soffermerò brevemente sugli altri momenti essenziali.

La scelta

Nel corso degli studi universitari a volte le motivazioni si rafforzano, a volte incontri importanti o delusioni portano a scelte diverse da quelle iniziali: comunque in linea di massima è in questo iter di studi che le proprie scelte possono rafforzarsi o venir meno. Successivamente c'è la scelta del training che avverrà o su basi puramente situazionali o verrà scelto, soprattutto se viene fornita nel corso degli studi universitari un'ampia panoramica delle varie psicoterapie, sulla base di modelli teorici ed operativi più congeniali al soggetto.

Il percorso formativo personale e il training

Il percorso formativo personale diventa poi il momento fondamentale non solo per la formazione, ma anche per la possibilità di esplorare, riconoscere e superare eventuali motivazioni disfunzionali e pertanto si consolidano le basi per la sanità mentale del futuro psicoterapeuta.

I primi impegni lavorativi

I primi impegni lavorativi dovrebbero avvenire in un clima protetto e sono caratterizzati dall'ansia dell'“attesa”: avere o no pazienti certamente incide sulle aspettative e può mettere in gioco l'autostima del terapeuta.

La carriera

Poi man mano che lo psicoterapeuta acquisisce maggiore sicurezza, si passa alla fase che ho definito “la carriera” che è caratterizzata da una svolta fondamentale. Si passa dal fare psicoterapia ad “essere psicoterapeuti” che comporta la responsabilità totale del proprio agire. Responsabilità che non riguarda solo la qualità del lavoro, ma anche se stessi; responsabilità che può permettere allo psicoterapeuta di avvertire segnali negativi ed indurlo a prendere eventuali decisioni come un rallentare il ritmo, chiedere aiuto o in casi estremi ripensare al proprio lavoro in modo complessivo. La psicoterapia è di per sé un'attività troppo privata e non controllabile dall'esterno; pertanto deve essere lo stesso psicoterapeuta in grado di avvertire segni di un disagio o di un iniziale burn out. Ritornerò alla fine su questo punto.

Problematiche specifiche inerenti l'attività psicoterapeutica

Da quanto abbiamo visto c'è un percorso abbastanza lungo e complesso per giungere a poter esercitare l'attività di psicoterapeuta: ho sottolineato le varie difficoltà e le modalità per affrontarle. È ovvio che tutto questo percorso dovrebbe esitare in una adeguata salute mentale dello psicoterapeuta, tale da permettergli di affrontare ulteriori difficoltà che sono specifiche e che si attivano nello svolgimento dell'attività psicoterapeutica. Queste difficoltà possono incidere, più o meno insidiosamente, sulla salute mentale dello psicoterapeuta, è necessario quindi esaminare come affrontarle per mantenere costante quella sanità mentale che, basilare per iniziare e portare avanti la psicoterapia, va considerato un bene che deve essere attentamente preservato.

1- L'isolamento

Tra le varie insidie di questa attività, vorrei sottolineare il fattore "isolamento".

L'isolamento, inteso come possibilità di essere soli con il paziente, senza interferenze da parte dell'ambiente circostante, è certamente un elemento fondamentale e costitutivo del lavoro psicoterapeutico. Inoltre il temporaneo isolamento è indispensabile per far emergere la capacità di concentrarsi e riflettere sui sentimenti e pensieri del paziente e su quelli controtransferali; d'altronde è proprio questa situazione che permette lo strutturarsi di un setting adeguato, valido, coerente e continuativo.

Ma questo isolamento, se si prolunga per un elevato numero di sedute e per molti giorni alla settimana, alla fine può tramutarsi in un fattore insidioso per l'equilibrio psichico del terapeuta.

Dopo un'intensa giornata di sedute, spesso di incontri emotivamente coinvolgenti, lo psicoterapeuta può essere indotto ad evitare qualsiasi ulteriore scambio interpersonale, evitando così lo scambio con persone più o meno normali. Questo può contribuire, nel tempo, a consolidare la tendenza ad un ulteriore isolamento.

Secondo molti autori (G.E. Bermak, 1977; C. Goldberg, 1986; G.S. Tryon, 1983) questo dato, troppo spesso sottovalutato, emerge invece in maniera evidente dalle interviste o dai questionari inviati agli psicoterapeuti, come una delle maggiori fonti di insoddisfazione e tensione da parte di psicoterapeuti che praticano ormai da diversi anni.

A questo punto risulta più chiaro perché abbia considerato tra le motivazioni disfunzionali la tendenza all'isolamento sociale, perché la scelta di fare lo psicoterapeuta come incongruo tentativo di superare questa problematica li porta ad esporsi ancor più al problema da cui volevano sfuggire.

Poiché la pratica psicoterapeutica implica inevitabilmente isolamento e continuità lavorativa, se lo psicoterapeuta impegna una parte preponderante del proprio tempo in questa attività, egli può rimanere sempre più isolato rispetto a quanto succede intorno a lui e a quanto succede nel mondo.

Se a prima vista questo secondo aspetto può sembrare non rilevante, provate ad immaginare come può sentirsi uno psicoterapeuta in occasione di gravi crisi internazionali oppure quando ci sono eventi vicini o lontani che possono cambiare la realtà in tempi brevissimi.

È davvero una strana sensazione emergere da una giornata di continui appuntamenti e scoprire che, mentre si era occupati nel proprio lavoro, si verificavano eventi drammatici. Riporto una mia esperienza. Erano le prime ore del pomeriggio di venerdì 11 settembre 2001: arriva un paziente in anticipo (cosa non usuale) che sta parlando al cellulare e continua a farlo per qualche secondo dopo avermi salutato (cosa assolutamente insolita). Appena seduto mi dice di aver appreso da un suo amico dell'attentato ad una delle due torri a New York: si mostra molto angosciato, ma poiché ha un sogno significativo rispetto ad una sua situazione molto difficile, me lo racconta ed io cerco di interpretarlo non potendo fare a meno di avere sullo sfondo la notizia che mi ha fornito qualche momento prima. Solo a tarda sera posso apprendere dal telegiornale cosa sia successo. Non posso negare, che per quanto attento al racconto del paziente, sentivo in sottofondo una legittima curiosità di capire cosa era successo, e mi sono accorto che quando ne sono venuto a conoscenza, ho vissuto la sensazione di un evento virtuale, vissuto che credo sia stato avvertito da molta gente anche in situazioni diverse, ma che per me era inusuale ed era dovuto esclusivamente al lungo lasso di tempo tra un frammento di notizia e la conoscenza dell'evento stesso.

Per ovviare a questo inconveniente che può, se avviene frequentemente, logorare e dare una sensazione di vivere un "come se", cioè in modo fondamentalmente artificioso, è necessario non solo programmare un numero di sedute compatibili con il mantenere degli spazi autonomi, ma anche di distanziare in maniera sufficiente una seduta dall'altra. In altri termini occuparsi di un numero di pazienti adeguato alle proprie capacità e non al bisogno di guadagno, distanziare le sedute in modo tale da poter riflettere e separarsi dal paziente, preparandosi ad accogliere il successivo. Conosco, e spesso è stato proposto in maniera trionfalistica, molti psicoterapeuti che fanno seguire ad una seduta quella successiva senza alcun intervallo.

Inoltre, poiché la situazione di lavoro può imporre al terapeuta di essere raggiunto difficilmente per telefono, egli può diventare praticamente irreperibile per amici, parenti ed eventuali pazienti in difficoltà.

Questa situazione può essere vissuta in maniera conflittuale soprattutto se si è a conoscenza che parenti o amici possono correre qualche rischio o essere in difficoltà o quando la mancanza di

un'informazione importante può entrare in conflitto con l'impegno emotivo che il terapeuta deve dedicare al paziente.

Ovviamente se questo succede una tantum, non costituisce un problema, se non un maggior carico emotivo per lo psicoterapeuta. Se diventa una prassi può stimolare nello psicoterapeuta una tendenza a distrarsi sempre più e a sentirsi sempre più distaccato dall'impegno emotivo con il paziente.

Con l'inizio di un'attività completamente autonoma, l'isolamento può riguardare anche il rapporto con i colleghi. Situazione meno evidente per chi lavora in un'istituzione pubblica, ma che può assumere valori allarmanti per chi lavora esclusivamente nel privato. L'isolamento dai colleghi implica l'impossibilità di potersi confrontare con altri, soprattutto per casi complessi, aumentando il senso di frustrazione e di fatica.

Il compito dell'analista non è semplice: implica anzi complessità intellettuali ed emotive. Inoltre anche il suo ambiente è spesso monotono e poco stimolante. Ecco perché egli soffre di un isolamento di carattere molto specifico che deriva dal continuo ripetersi di un compito estremamente complesso e nel contempo limitato.

2-I paradossi della psicoterapia

Ma oltre l'isolamento, ulteriori problematiche sono connesse alla peculiare situazione dello psicoterapeuta costituendo quelli che io chiamo i paradossi della psicoterapia.

In primo luogo la tipica modalità relazionale improntata da una parte ad un intenso scambio emozionale ed ad una intimità peculiare, dall'altra alla necessità di mantenere una distanza ed una "astinenza", intesa come non eccessivo coinvolgimento emotivo, anche se poi è proprio questa giusta distanza a costituire uno dei principali fattori terapeutici: quando viene meno infatti, il processo terapeutico si arresta a causa di un duplice atteggiamento da parte del terapeuta: questi o tende a trasformare il rapporto da terapeutico in rapporto di amicizia, oppure trasforma la distanza in distacco, mostrando disinteresse ed indifferenza.

Un altro elemento è la disparità tra il notevole impegno (emotivo e di tempo) dedicato al paziente ed i miglioramenti che sono in genere piuttosto lenti, a volte seguiti da ricadute soprattutto se il paziente si angoschia di fronte ad un miglioramento che ritiene essere prodromo della fine della terapia. Sicuramente il bilancio tra impegno e gratificazioni, risulta di gran lunga inferiore rispetto a tante altre attività professionali.

L'incapacità a sopportare questa frustrazione che diventa parossistica per quei terapeuti che hanno bisogno di guarigioni e quindi vivono ogni resistenza del paziente come una offesa personale, è uno dei motivi principali delle interruzioni precoci e quindi del fallimento di una psicoterapia.

Ulteriore elemento è la inevitabile oscillazione che il terapeuta subisce tra l'idealizzazione e la svalutazione sia da parte di uno stesso paziente sia che avvenga nel corso di una giornata di lavoro.

Infine, quando tutto va per il meglio, l'ultimo paradosso è la fine della psicoterapia che avviene proprio allorché il paziente raggiunge una sua maturazione e validità e quindi il proseguimento del rapporto potrebbe costituire una gratificazione per il terapeuta.

Molto efficacemente O.A. Will (1979) così descrive questa situazione: "La vita dello psicoterapeuta è costellata da arrivi e partenze. Egli è coinvolto in problemi di natura affettiva, di dipendenza, di transfert erotizzato o ostile, di miglioramenti e di ricadute e poi infine, dopo un lungo percorso, deve separarsi dal paziente. Dire addio è un'esperienza molto difficile e queste separazioni, possono intensificare nello psicoterapeuta il senso della precarietà dei rapporti e contribuire al senso di isolamento".

Questi sono solo alcuni esempi della complessa problematica che deve affrontare lo psicoterapeuta e li ho sottolineati solo perché sono quelli più strutturalmente collegati al processo terapeutico. Allora, cosa bisogna fare di fronte a tutte queste difficoltà affinché lo psicoterapeuta conservi la sua sanità mentale? Prima di affrontare questa problematica, credo sia opportuna una ulteriore riflessione. In genere si considera lo psicoterapeuta come un'entità astratta e soprattutto statica: dobbiamo invece considerare che questi ha un suo proprio ciclo esistenziale. Per cui mentre i pazienti arrivano, si fermano per tempi più o meno lunghi, vanno via, migliorati o guariti, lo psicoterapeuta deve affrontare una serie di trasformazioni legate al suo ciclo esistenziale, con eventi specifici, a volte positivi e a volte drammatici, comunque eventi che lo coinvolgono direttamente nella sua capacità professionale.

Il ciclo vitale dello psicoterapeuta

In maniera molto semplificata, possiamo dividere questo ciclo esistenziale in diverse tappe, ognuna caratterizzata da eventi specifici:

- 1- la prima età adulta (30-40 anni);
- 2- età di mezzo (40-50 anni);
- 3- seconda età adulta suddivisa in periodo di transizione (50-60), età adulta matura (60-75), età adulta avanzata (75 e oltre).

Ogni tappa presenta peculiari situazioni che possono essere normative e paranormative.

Passerò ad esaminarne alcune cercando di sottolineare quali possono essere i rimedi affinché gli eventi (soprattutto quelli negativi) non incidano sulla capacità terapeutica.

1- Prima età adulta (30-40)

Certamente in questo periodo si raggiunge il punto culminante del proprio sviluppo psichico e biologico, si individuano e si realizzano le ambizioni giovanili, si stabilisce la propria collocazione all'interno della società. Comunque se da una parte questo può rappresentare un momento di grande soddisfazione per quanto riguarda la vita affettiva, la creatività, la professionalità, è pur vero che può essere un periodo caratterizzato da tensioni, conflitti, incertezze.

Sul piano professionale, corrisponde a quello che ho definito il periodo della carriera, ovvero dell'assunzione di una piena responsabilità sia in ambito privato che pubblico.

Sul piano privato, gli eventi normativi più significativi sono: il matrimonio, la gravidanza, eventuali trasferimenti, la formazione di una famiglia. Tutte queste trasformazioni comportano un problema di fondo: quanto e come deve essere "aperto" rispetto a questi eventi, e quanto invece deve mantenere un aspetto estremamente riservato. Comunque bisogna tener presente che alcuni di questi eventi possono venire a conoscenza del paziente per via indiretta, altri sono invece evidenti e non nascondibili al paziente: la gravidanza, ad esempio, per la psicoterapeuta è una inequivocabile comunicazione non verbale.

Rispetto a questo evento i pazienti possono presentare le reazioni più diverse che derivano non solo dal grado di patologia e dal grado di maturazione del processo terapeutico, ma anche dall'evoluzione stessa della gravidanza.

Intanto al paziente diventa inevitabilmente evidente che la terapeuta ha una vita personale, che c'è la presenza di un uomo e che quindi svolge un'attività sessuale.

Tutti questi elementi possono portare a reazioni di sconcerto nello scoprire che la terapeuta ha una vita sessuale, oppure a situazioni di gelosia o di invidia per la gravidanza, fino a fantasticherie estremamente primitive di aggressività e distruttività. Ovviamente alcune reazioni possono essere condizionate anche dal genere. Secondo alcuni autori le pazienti di sesso femminile possono manifestare dei "tumulti di transfert" pronte a rivivere sentimenti di rivalità fra sorelle, ansie di separazione, ostilità contro la figura materna. Al contrario gli uomini sembrano più inclini a minimizzare o a negare l'evento anche per periodi piuttosto lunghi.

Ovviamente la gravidanza inciderà sulla vita affettiva della terapeuta e pertanto è necessario che essa cominci abbastanza precocemente a considerare la propria situazione emotiva e controllarne gli

effetti sulla pratica terapeutica, oltre a considerare gli effetti sul corso della terapia, come una probabile assenza per un certo periodo di tempo.

L'esempio della gravidanza può essere paradigmatico per comprendere quale deve essere l'atteggiamento dello psicoterapeuta nei confronti di eventuali comunicazioni sulla sua vita privata. Se gli eventi sono strettamente personali è preferibile un atteggiamento molto riservato; per altri invece se possono incidere oltre che sul vissuto del paziente anche sul percorso della terapia, bisogna essere invece estremamente chiari anche in ordine ad eventuali variazioni del setting. Un esempio, di tutt'altro genere, può essere la conoscenza da parte del terapeuta di una malattia che potrebbe comportare, per motivi medici, un suo allontanamento per un periodo più o meno lungo.

2- L'età di mezzo (40-50 anni)

Durante questa fase si intraprende un nuovo percorso di elaborazione sia in campo lavorativo che sociale. Ormai si è delineato chiaramente l'assetto professionale che implica maggiore sicurezza e tranquillità.

In genere in questa età si diventa più indulgenti, riflessivi, meno sottoposti a pressione di fattori esterni, più disponibili nei confronti di se stessi o degli altri. Ma in questo periodo possono intervenire anche numerosi eventi significativi: il divorzio, l'allontanamento dei figli, un incidente, una malattia del terapeuta, la malattia o la perdita di una persona cara, ma anche l'inizio di una nuova vita sentimentale.

3- La seconda età adulta (50-75 anni)

In questa fase possono distinguersi, come abbiamo visto, delle sottofasi che presentano specifiche e peculiari problematiche. Il dato più saliente è la capacità di integrare la presenza di energie con l'età che avanza al fine di raggiungere un giusto equilibrio tra vitalità e maturità. Ma è anche possibile che in questo periodo eventi drammatici, come una malattia o la morte, diventino più frequenti, come è anche vero che possono emergere maggiormente capacità creative. Ormai fuori da ogni coinvolgimento su avanzamenti professionali, si tende a concentrarsi maggiormente su problemi sociali che possono emergere con una forte attitudine altruistica e la preoccupazione per le future generazioni. Su questa base il terapeuta tende a diversificare le proprie attività, incrementando le occasioni di confronto scientifico o la tendenza a scrivere sulla base della propria esperienza. Dice D.J. Levinson (1978): "In questa fase l'individuo vive più consapevolmente il limite della morte e questo può indurlo ad una maggiore libertà, a scegliere più liberamente il suo stile di vita e di lavoro".

Se teniamo presente lo schema di E.H. Erikson (in N. Lalli, 1999, pp. 120-124) ci troviamo di fronte, in questo caso, ad una vittoria del senso di integrazione *versus* quello di disperazione.

Un problema importante è decidere quando è opportuno cessare l'attività lavorativa. In genere quei terapeuti che usano il proprio lavoro come modalità per negare la realtà della morte, continuano a praticare fino alla fine, pur nei casi ove non si hanno più condizioni di validità perché è l'unico modo per continuare a negare il problema centrale dell'uomo. Negli altri casi ci deve essere un'attenta valutazione delle proprie reali capacità di impegnarsi in un'attività che ovviamente comporta un forte impegno emotivo.

Nell'esaminare il ciclo esistenziale del terapeuta, abbiamo potuto osservare numerosi cambiamenti, alcuni dei quali possono essere anche traumatici e mettere in discussione quello che dovrebbe essere un cardine per i bisogni del paziente: essere un riferimento stabile e credibile.

A volte per venire incontro a questo bisogno del paziente, alcuni psicoterapeuti si sforzano di mostrarsi, accumulando inutilmente tensione, come esseri immuni da emozioni, insensibili ai cambiamenti negativi che sono frutto degli inevitabili problemi della vita stessa. Comunque non è la strada migliore. In verità il fatto che il terapeuta possa vivere una vita relativamente soddisfacente e stabile, nonostante la presenza di eventi negativi, e mostrare che in alcuni casi eventi drammatici possono momentaneamente incrinare questa stabilità, è fonte di speranza e di credibilità per il paziente. Il paziente ha bisogno di rapportarsi con un terapeuta che è un essere vitale, ma anche vulnerabile, soggetto agli eventi della vita (gli stessi che potrebbero colpire il paziente), ma capace di resistere e di trasformare eventi negativi in possibilità evolutive (resilienza).

Giunti a questo punto, mi si potrebbe obiettare che in fondo ho parzialmente eluso il problema della salute mentale dello psicoterapeuta. In verità è difficile definire in poche parole in cosa consiste la salute mentale. Per evitare una facile battuta, tipica dello humour inglese che definisce la salute come uno stato di benessere che non lascia presagire nulla di buono, ritengo più opportuno non tanto delineare la salute mentale a confronto con la psicopatologia, quanto piuttosto cercare di evidenziare cosa deve fare lo psicoterapeuta per acquisirla e soprattutto per mantenerla.

Abbiamo già visto che i due fattori primari sono una selezione mirata, una terapia personale adeguata ed una valida formazione: è qui che si stabiliscono le basi della salute mentale dello psicoterapeuta. Questa poi andrà ulteriormente sostenuta nel corso di studi specialistici e nel confronto guidato con i pazienti (attività di supervisione).

Dopodiché la stabilità della salute mentale è affidata unicamente al terapeuta stesso.

Ma concretamente cosa deve fare e in che modo egli può attuare una prevenzione permanente?

Un primo punto consiste nella capacità di trasformare il vissuto di isolamento, di cui ho parlato a lungo, in capacità alla solitudine. Isolamento e solitudine si riferiscono a due strutture psichiche diverse: nella prima il bisogno e la dipendenza sono presenti e pressanti e possono quindi condizionare fortemente lo stato mentale dello psicoterapeuta.

La capacità alla solitudine invece si acquisisce con una sempre maggiore autonomia che vuol dire possibilità di scegliere e di stare con gli altri riconoscendone le valenze positive, il che equivale a non aver bisogno-dipendenza rispetto agli altri. Capacità che è strettamente correlata a quella di operare separazioni senza annullamenti. Fare una separazione senza annullamento vuol dire evitare la dinamica tipica dei pazienti che spesso vivono la psicoterapia come attività completamente scissa ed avulsa dalla loro vita quotidiana, per cui una volta chiusa la porta dello psicoterapeuta, quell'esperienza viene rimossa ed annullata per ricominciare tutto ex novo con la prossima seduta. Fare una separazione vuol dire allontanarsi mantenendo dentro di sé l'immagine e il ricordo dell'altro, ovvero la possibilità di mantenere l'altro nella propria mente.

Lo psicoterapeuta deve inoltre sempre mantenere viva l'attenzione per la ricerca: ogni caso clinico deve sempre costituire un motivo di approfondimento e di confronto con la propria teoria.

Personalmente sollecito sempre gli specializzandi o gli psicoterapeuti a fare le ipotesi rispetto a comportamenti, sogni, acting out del paziente, per esaminare poi la coincidenza o meno tra le ipotesi e gli eventi successivi. È in questo modo che il terapeuta mantiene vivo l'interesse per la propria attività lavorativa che rimane quindi una ricerca e non scade nella routine.

Ma non basta, è necessario che lo psicoterapeuta sia in contatto con altri colleghi e possa confrontarsi con questi, che partecipi ad attività di supervisione soprattutto se a farla è uno psicoterapeuta di provata esperienza (costituendo per questi una possibilità di diversificare la propria attività).

Inoltre è necessario mantenere uno standard elevato di approfondimento teorico attraverso la lettura di riviste specialistiche, libri, partecipazione a convegni etc.

In ultimo, ma non ultimo, rimane il problema del tempo libero (cioè tutto quel tempo non occupato dall'attività lavorativa). Il tempo libero deve essere salvaguardato ed utilizzato nel migliore dei modi non solo perché fonte di informazione (mediante la lettura, il cinema, il teatro, la partecipazione ad attività culturali), ma anche di resilienza rispetto al fenomeno dell'isolamento.

Dall' empairment al burn out

Comunque non sempre si riesce a mantenere questo livello standard e spesso, piano piano, insidiosamente, con scarsa consapevolezza da parte dello psicoterapeuta, questi può avviarsi verso la china dell'*empairment* (menomazione professionale) o del *burn out*.

Intanto dobbiamo distinguere tra menomazione professionale ed incompetenza. La prima può definirsi come una progressiva interferenza nell'attività professionale di problematiche personali, più o meno gravi, che si evidenziano con comportamenti poco corretti, uso di sostanze, violazioni del setting. Quindi ci troviamo di fronte ad una diminuzione e un peggioramento di prestazioni professionali che un tempo erano valide.

L'incompetenza implica invece la mancanza di una adeguata formazione teorica e pratica, che spesso comincia ad evidenziarsi allorquando il terapeuta esce dalla fase di protezione e comincia a gestire in proprio l'attività psicoterapeutica: non è infrequente poi che proprio l'incompetenza lo può portare a gestire, inconsapevolmente, casi molto difficili e complessi.

Mi sembra necessario sottolineare un dato che troppo spesso non viene considerato, ma che spiega l'apparente scarsa rilevanza di fenomeni psicopatologici tra gli psicoterapeuti.

La natura stessa dell'attività clinica, assegnando grande importanza ad aspetti quali l'autonomia, l'indipendenza, la mancanza di controlli, aumenta la possibilità che un eventuale iniziale deterioramento passi inosservato. Sia che lo psicoterapeuta operi all'interno di un'istituzione, o soprattutto in uno studio privato, la sua attività non è soggetta ad alcun controllo, la privacy di uno psicoterapeutica è considerata inviolabile e sacra.

Lo psicoterapeuta quindi, con il conseguimento dei titoli professionali e dell'abilitazione, riceve l'autorizzazione ufficiale a praticare la psicoterapia, libero da ogni interferenza, intromissione o controllo. In tal modo se sorgono difficoltà e la sua capacità professionale comincia ad evidenziare segni di deterioramento, queste non si evidenziano facilmente, sia perché gli psicoterapeuti interessati tendono a nasconderle, sia perché gli altri tendono a trascurare i sintomi dei colleghi a volte in apparente segno di rispetto per la loro individualità, autonomia e privacy, ma soprattutto come meccanismo difensivo più o meno inconscio e come desiderio di non essere coinvolti con la psicopatologia di un collega. D'altra parte il soggetto interessato, tutto preso dalla propria attività, può anche accorgersi di alcuni segni che tenderà a definire come "stress", ma angosciato per i problemi personali e per problemi pratici (timore di perdere i pazienti) tenderà a negare questa realtà. Così l'evidenziamento di un malessere è possibile solo quando le prestazioni professionali cominciano a presentare evidenti livelli di grave incompetenza (secondaria al malessere) o a gravi violazioni del setting. Ma a questo punto ci troviamo già di fronte a problemi cronici spesso di non facile soluzione.

Che il problema sia non solo reale, ma anche abbastanza serio, è evidenziato non tanto dalla scarsa letteratura sull'argomento, ma da una ricerca da me compiuta tramite un questionario inviato agli psicoterapeuti con circa 120 risposte valide.

Da questa indagine (vedi sul sito in Area di Confronto "Progetto di Ricerca per la Tutela della Salute Mentale dello Psicoterapeuta"), emergono situazioni che a volte sembrano andare oltre l'*empairment* e costituire un vero e proprio *burn out*.

Scopo di questo progetto è stato quello di evidenziare non tanto la presenza, quanto piuttosto la qualità e l'intensità della psicopatologia dello psicoterapeuta.

Il questionario è stato diviso in quattro aree ed è stato distribuito in numerosi congressi oltre che essere presente per due anni on line su due siti diversi.

La prima area indaga quale tipo di psicoterapia viene svolta, qual è la formazione e se c'è una continuità nella formazione come ricerca, la supervisione etc.

La seconda area prende in considerazione alcuni "eventi spia" in grado di segnalare l'inizio di una caduta di efficienza.

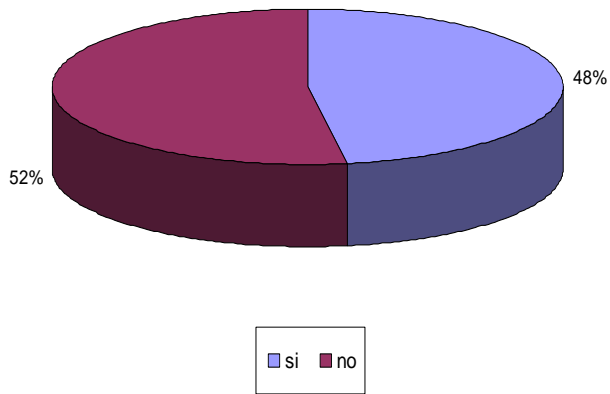
Una terza area esplora in con quale frequenza si è venuti a conoscenza di colleghi in difficoltà psicologiche.

In una quarta area abbiamo ritenuto opportuno considerare l'interesse dei colleghi ad eventuali possibili soluzioni di questo problema.

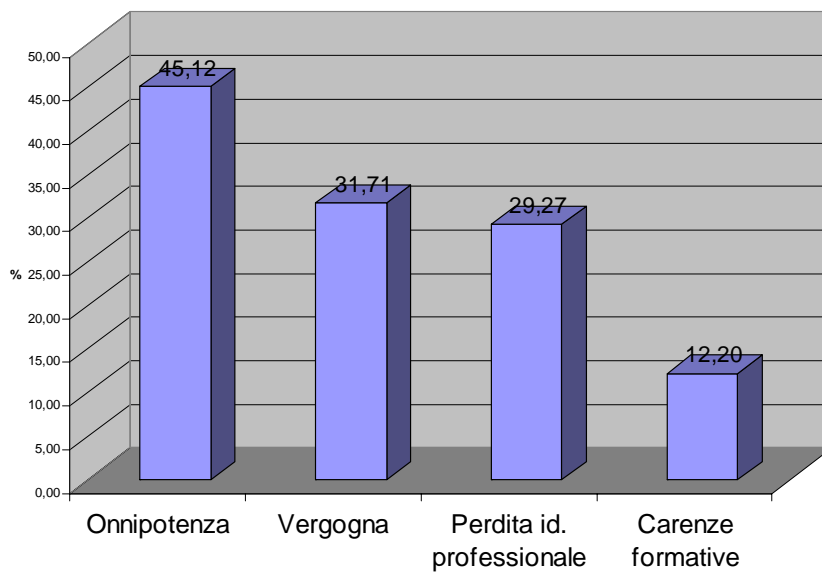
Riporto solo alcuni grafici che ritengo i più significativi e che riguardano la conoscenza del numero di psicoterapeuti con problematiche, le motivazioni alla reticenza e l'evidenziare quelli che possono essere ritenuti come fattori "sentinella" rispetto ad emergenze psicopatologiche.

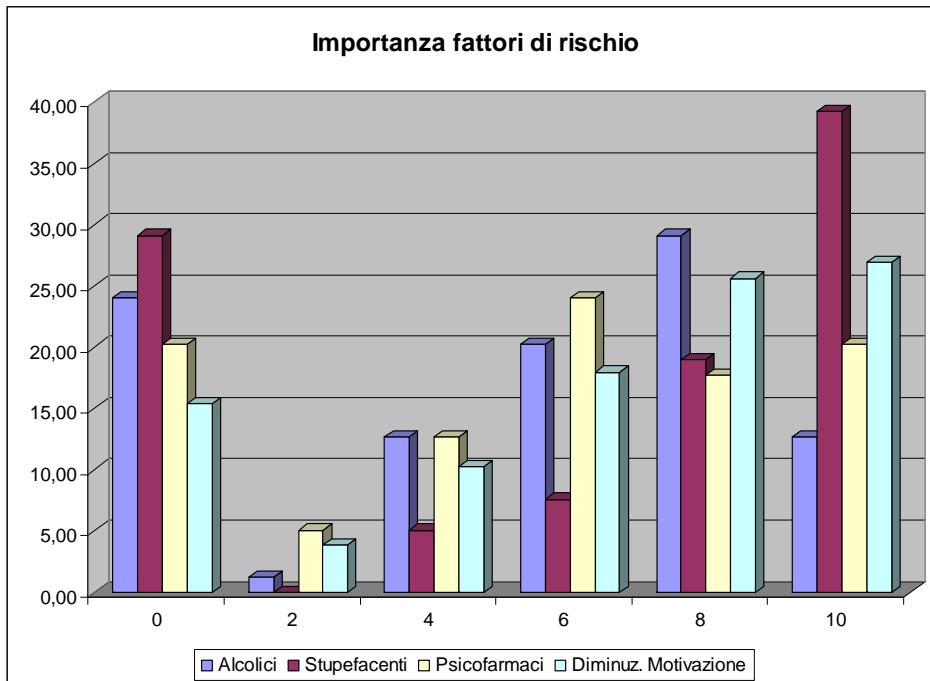


Conosce colleghi gravi ?



Motivazioni della reticenza





Come si vede, anche se il dato non può essere considerato statisticamente valido, per l'esiguità delle risposte, c'è sicuramente un livello di psicopatologia abbastanza diffuso ed al contempo una certa riluttanza a chiedere aiuto. Il motivo della reticenza sembra essere legato a due elementi: onnipotenza e vergogna che segnalano probabilmente un deficit nella formazione personale.

Questo deve far riflettere anche perché molto spesso l'incompetenza o l'*empairment* esitano spesso in gravi violazioni del setting: violazioni che solo quando diventano molto eclatanti possono arrivare, anche se raramente, al vaglio della Magistratura.

In un recente libro di G.O. Gabbard e E.P. Lester (1999), "Violazioni del setting", viene riportata la tipologia delle motivazioni che spingono gli psicoterapeuti a compiere tali violazioni. Dopo aver esaminato una vasta letteratura essi giungono a delineare quattro categorie motivazionali:

- 1) affetti da disturbi psichici;
- 2) affetti da pedofilia, o psicopatia predatoria;
- 3) affetti da mal d'amore;
- 4) affetti da resa masochistica.

Mi sembra molto interessante constatare come questa tipologia, che è stata descritta molti anni dopo quella che io avevo proposto, è abbastanza sovrapponibile a quest'ultima, infatti le tre ultime categorie combaciano perfettamente con quelle che ho definito motivazioni incompatibili.

Il che dimostra non solo la necessità di evidenziare queste motivazioni fin dall'inizio (problema della selezione), ma anche che certe motivazioni sono spesso refrattarie a qualsiasi intervento psicoterapeutico.

Essere cauti e previdenti non vuol dire essere pessimisti. Infatti, pur avendo prevalentemente elencato le difficoltà che questo lavoro comporta, personalmente sono convinto, per mia esperienza e per conoscenza di tanti colleghi, che esercitare l'attività psicoterapeutica è un lavoro affascinante, che offre numerose possibilità di realizzazione e gratificazione (se si ha la capacità di saper aspettare) e che apre ampi orizzonti.

Personalmente, se qualcuno mi chiedesse cosa farei se potessi ritornare indietro, risponderei che farei esattamente le scelte che ho fatto.

Bibliografia

- Bermak G.E. (1977), Do psychiatrists have special emotional problems?, in *American Journal of Psychoanalysis*, n°37
- Buggenthal J.F.T. (1964), The person who is the psychotherapist, in *Journal of Consulting Psychology*, n°28
- Fromm-Reichmann F. (1960), *Principles of intensive psychotherapy*, University of Chicago Press, Chicago
- Gabbard G.O. e Lester E.P. (1999), *Violazioni del setting*, R. Cortina, Milano
- Gabbard G.O. e Gabbard K. (2000), *Cinema e psichiatria*, R. Cortina, Milano
- Goldberg C. (1986), *On being a psychotherapist: the journey of the healer*, Gardner, New York
- Guy J.D. (1994), *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*, Centro Scientifico ed., Torino
- Henry W.E. (1966), Some observations on the lives of healers, in *Human Development*, n°9
- Lalli N. (1979), Le motivazioni alla scelta di Psichiatria, in *Rivista di Psichiatria*, Vol. 14 n°2
- Lalli N. (1999), *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori, Napoli
- Levinson D.J. (1978), *The seasons of a man's life*, Ballantine, New York
- Rippere V., Williams R. (1985), *Wounded healers: Mental health workers' experiences of depression*, Wiley, New York
- Storr A. (1979), *The art of psychotherapy*, Methuen, New York
- Tryon G.S. (1983), The pleasures and displeasures of full-time private practice, in *Clinical Psychologist*, n°36
- Will O.A. (1979), Comments on the professional life of the psychotherapist, in *Contemporary Psychoanalysis*, n°15