

Ricerche sulla psicoterapia in ambito pubblico: cinque ricerche a costo zero.

Nicola Lalli e coll.

Il titolo è volutamente provocatorio: pertanto è necessario esplicitarne il senso.

Molto spesso nelle conversazioni private o nell'ambito di congressi, viene postulata l'impossibilità di fare ricerca nel campo della psicoterapia, a causa della mancanza di fondi, quei fondi economici che, invece, sono ampiamente elargiti alla ricerca in ambito psicofarmacologico. Benché questo dato sia reale, spesso però esso viene utilizzato come alibi per nascondere le difficoltà di una ricerca sulla psicoterapia in generale, nel pubblico in particolare.

Proprio per sottolinearne la complessità e la difficoltà, vorrei proporre come tali limiti, oltre ovviamente alle possibilità, si sono evidenziati nell'ambito del nostro Servizio Speciale che da molti anni svolge prevalentemente un'attività psicoterapeutica in ambito pubblico.

La psicoterapia, in ambito pubblico, necessita non solo di una metodologia ben codificata perché deve tener conto di formazioni e prassi terapeutiche diverse e della necessità di una prassi che va adeguata alla richiesta, senza dimenticare che bisogna essere anche produttivi.

Tutto questo, ovviamente, provoca nell'operatore una particolare situazione controtransferale che va tenuta in debito conto.

Quindi la psicoterapia nel pubblico è una ricerca di estremo interesse, ma che deve tener conto degli aspetti complessi di questa situazione.

Pertanto cercherò di evidenziare soprattutto le difficoltà incontrate e le modalità per risolverle, più che proporre dei semplici risultati. M'interessa quindi sottolineare una metodologia ed una prassi, che potranno essere utilizzate anche in altre situazioni che si propongono di strutturare un'attività ambulatoriale di tipo psicoterapeutico.

Ovviamente, come dicevo, il costo zero riguarda esclusivamente la non necessità di fondi notevoli, perché sul piano del lavoro il costo è molto elevato, come si può evincere dal numero dei collaboratori e dal fatto che alcune ricerche hanno richiesto tempi molto lunghi.

1) La cartella clinica

Nicola. Lalli, Micol Ascoli, Agostino Manzi

Un problema, direi quasi un difetto primario, della cartella clinica psichiatrica è quello relativo alla raccolta e alla conservazione dei dati clinici: la cartella clinica di un ambulatorio che si orienta specificamente per un'attività psicoterapica, oscilla tra il romanzo o la raccolta minimale, appena sufficiente a comprendere i dati anagrafici del paziente.

Infatti, nonostante la validità e la diversità degli operatori, esse spesso sono state compilate in modo tale da rendere impossibile non solo una ricerca ma anche possibili correlazioni.

Quando negli anni '92-'93 ho tentato di studiare l'ampia casistica del Servizio che consisteva in circa 6.500 cartelle, mi sono trovato di fronte ad un materiale in gran parte inutilizzabile per la difformità della compilazione, la mancanza di dati significativi, spesso la non descrizione del decorso di una psicoterapia. Dopo una faticosa quanto inutile ricerca, è stato necessario comprendere i motivi e il significato di questa tendenza all'incompletezza nella registrazione delle informazioni, in evidente contrasto con le modalità operative della psicoterapia, che è basata su una indagine approfondita che investe i vari aspetti esistenziali del paziente.

Come dicevo prima, diversi sono gli operatori e non sempre simili le formazioni e la prassi psicoterapica: pertanto ho ritenuto che questo difetto, fosse un dato strutturale e non legato a personali incapacità o deficit prestazionali dei singoli operatori.

Ritengo di dover attribuire questo fenomeno ad almeno due ordini di fattori: il *primo* è legato alla peculiarità del rapporto medico-paziente nel nostro servizio. L'orientamento teorico condiviso dagli operatori comporta la convinzione che una

psicoterapia realmente curativa e trasformativa debba necessariamente strutturarsi sulla base di un rapporto duale costante, ciò che determina la non intercambiabilità degli operatori. Questa modalità di rapporto potrebbe provocare nel terapeuta una certa tendenza alla "privatizzazione" del paziente, ed una conseguente demotivazione alla registrazione dei dati. Il terapeuta, nel momento della presa in carico del paziente, sapendo che gestirà personalmente ed in maniera esclusiva l'intero iter terapeutico,

Provvedimento consigliato:	
<input type="checkbox"/> Intervento non indicato	
<input type="checkbox"/> Invio motivato presso altra struttura	

<input type="checkbox"/> Rinvio a terapia già in corso	
<input type="checkbox"/> Altro colloquio	
<input type="checkbox"/> Presa in carico	<input type="checkbox"/> Immediata
	<input type="checkbox"/> Differita
	<input type="checkbox"/> Intervento breve
	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
	<input type="checkbox"/> Psicofarmacologia
	<input type="checkbox"/> Terapia integrata
<input type="checkbox"/> Altro	

Progetto terapeutico	

SCHEDA DI VALUTAZIONE PERIODICA	
Nome _____	N. Cart. _____
Mesi terapia _____	N. colloqui effettuati _____
Valutazione: _____	
Status complessivo del paziente	<input type="checkbox"/> stazionario <input type="checkbox"/> miglioramento <input type="checkbox"/> peggioramento
Note	
Livello di insight	
Modalità relazionale	
Variazioni significative	
Giudizio del terapeuta	
Altre osservazioni	

svolge egli stesso la funzione di memoria del caso, e può non avvertire la necessità di una registrazione puntuale delle informazioni.

Voglio insomma sottolineare che in nessun'altra situazione terapeutica, al di fuori della psicoterapia, esiste una discrepanza così notevole tra ciò che il medico sa del suo paziente e ciò che ritiene necessario annotare in cartella. Pertanto la carenza di informazioni rilevata nelle cartelle cliniche non può essere attribuita alla modalità di operare del singolo terapeuta.

Il *secondo* è legato alla difficoltà, in ambito psicoterapeutico, di sintetizzare una grande mole di materiale verbalizzato in annotazioni esaustive che sappiano rendere conto degli aspetti clinici e del percorso terapeutico del paziente. A nostro avviso ciò dovrebbe avvenire in maniera non strettamente legata allo stile del singolo terapeuta, ma in una forma

sufficientemente standardizzata, che assicuri la fruibilità dei dati registrati a chiunque, nell'ambito di un servizio psichiatrico pubblico, si proponesse di avvalersene a scopo di ricerca o di conoscenza.

Queste considerazioni ci permettono di focalizzare i due punti nodali della questione: da un lato, la necessità di motivare il terapeuta alla esplicitazione del proprio operato attraverso la cartella clinica; dall'altro, la strutturazione di quest'ultima, secondo un modello che faciliti l'annotazione, essenziale ed uniforme, dei dati in possesso del terapeuta. Tutto ciò, anche e soprattutto, nell'ottica di permettere una valutazione dell'andamento e degli esiti delle psicoterapie.

Sulla scorta di quanto detto, ho cercato di proporre un modello di cartella clinica che rispondesse alle esigenze sopra espresse. M'interessava che questo nuovo strumento rispondesse a due requisiti fondamentali:

- 1) guidasse la compilazione della cartella nelle varie aree di investigazione in maniera sufficientemente chiara ed uniforme da permetterne una facile ed immediata lettura e
- 2) mantenesse ampi margini di libertà per il terapeuta soprattutto nelle annotazioni più specificamente legate al processo terapeutico.

Al momento della prima visita le informazioni anamnestiche (dati biografici, anamnesi, precedenti psichiatrici, invio, motivo della richiesta, familiarità per malattie psichiatriche), insieme allo status psicopatologico, alla diagnosi standard secondo il DSM IV, all'ipotesi psicodinamica e all'analisi della domanda, sono annotate in una scheda di accoglienza.

Infatti l'estenuante lavoro di confrontare 280 cartelle, prese a caso, dell'anno '73 e del periodo '98-2000 hanno dato ben magri risultati, soprattutto a causa della mancanza di dati relativi al primo campione.

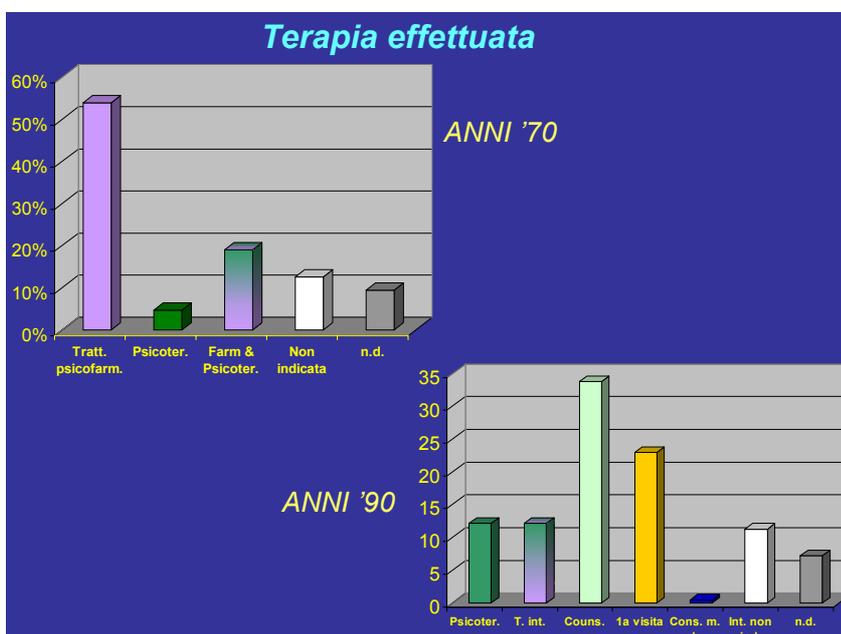
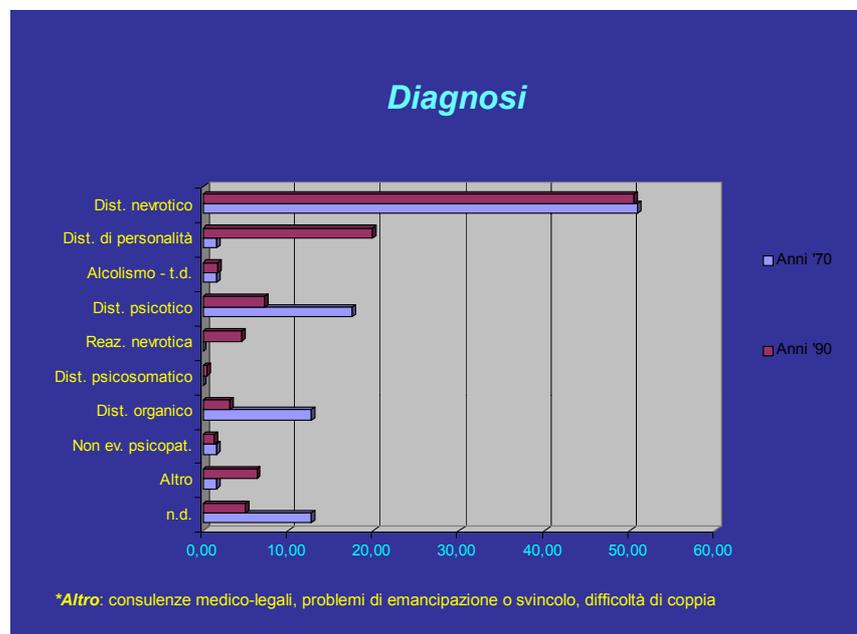
Comunque vogliamo proporre i pur modesti risultati.

L'unico dato che ci sembra utile commentare è la differenza tra *casalinghe* (28,75%) del '73 e casalinghe del secondo campione (2,25%). E' evidente che riteniamo che non sia tanto diminuito il numero delle casalinghe quanto che queste preferiscono definirsi disoccupate.

Ci sono notevoli differenze tra le cartelle cliniche del '73 e quelle del finire degli anni '90. Una prima differenza è la notevole scarsità di informazioni di carattere epidemiologico presenti nelle cartelle più vecchie: si arriva al 60% di "informazione non deducibile (la voce n.d.)" per ciò che riguarda la situazione familiare, l'89% per ciò che riguarda l'inviante; mancano del tutto la scolarità e i precedenti dei pazienti.

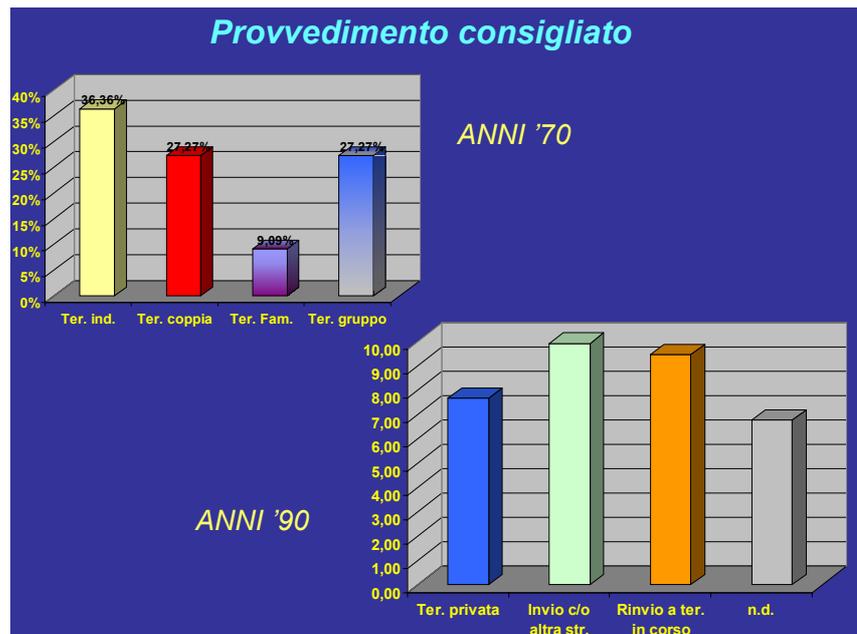
Un'ultima differenza si evidenzia nella tipologia dei disturbi osservati: mentre il 50% circa dei disturbi presentati dai pazienti è costituito costantemente da nevrosi, negli anni '90 si nota un aumento imponente dei disturbi di personalità mentre diminuiscono i pazienti psicotici o con disturbi organici.

Un'ultima grossa differenza sta nella tipologia delle prestazioni



erogate: nel '73 la maggior parte dell'attività consisteva in un trattamento psicofarmacologico, o al massimo in una terapia che comprendeva sia il trattamento psicofarmacologico che quello psicoterapeutico. A fine anni '90 la maggior parte dell'attività è di counseling, con rinvio a terapia in corso, o invio presso altra struttura, o attivazione di una psicoterapia.

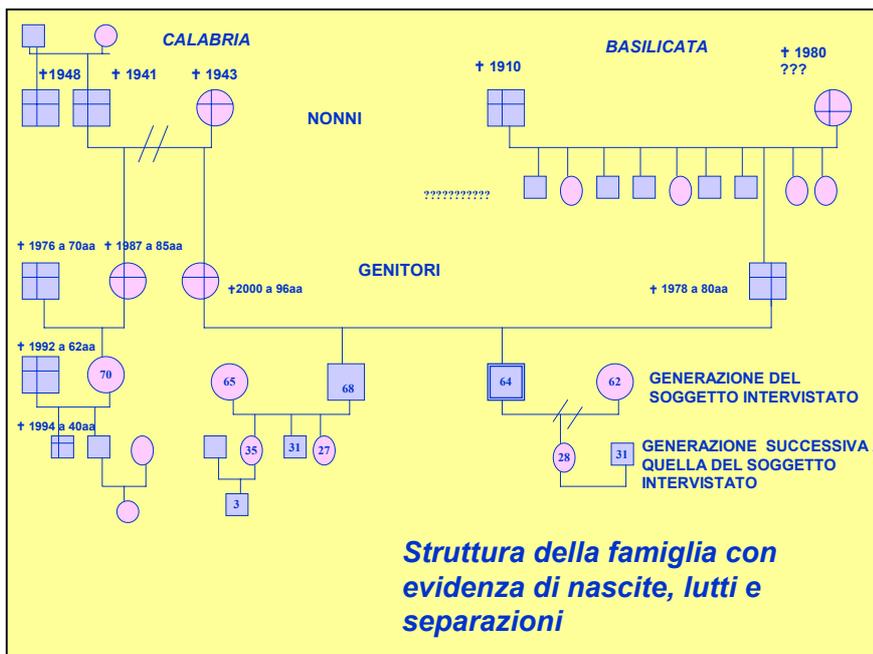
La presa in carico è prevalentemente di tipo psicoterapico, anche se a volte l'intervento si risolve con pochi colloqui (11,26% contro l'1,59% del '73).



3) Il genogramma

Nicola Lalli, Silvia Mazzoni

Nella fase dell'analisi della domanda per l'avvio di un lavoro psicoterapico è particolarmente utile connettere le informazioni relative all'individuo a quelle che descrivono il contesto familiare e



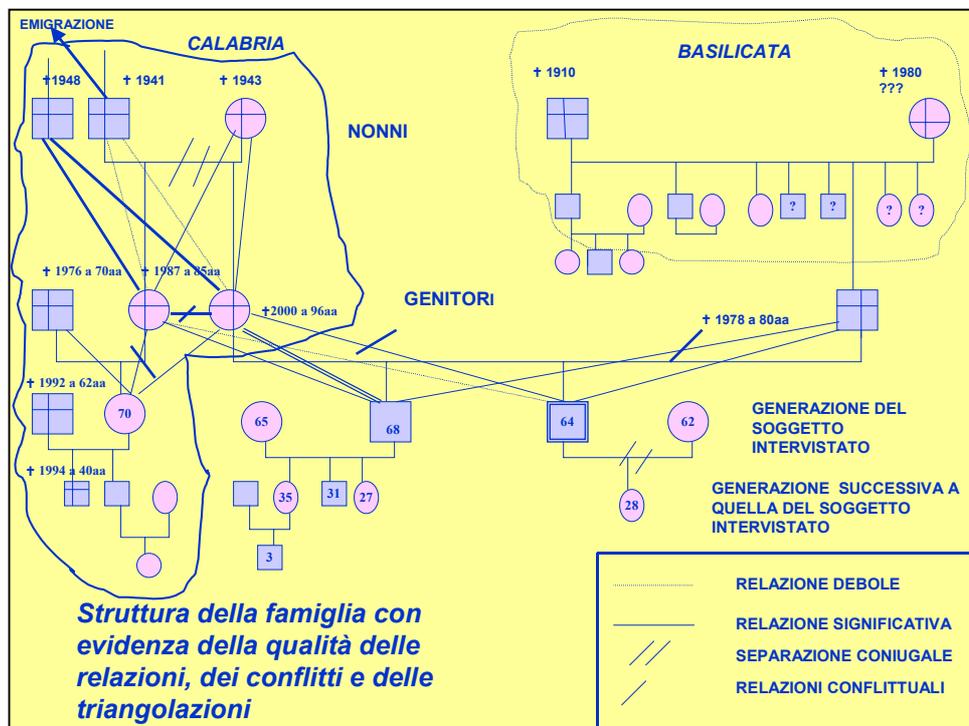
ambientale in cui si è attuato il suo sviluppo come persona e l'instaurarsi della psicopatologia.

Per raccogliere questo tipo di informazioni, prendendo spunto dall'esperienza degli psicoterapeuti di orientamento sistemico-relazionale, si riconosce la validità di un metodo narrativo: l'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma. Si ipotizza che la

narrazione spontanea, anche se guidata, consenta di ricavare dal paziente informazioni utili alla comprensione dei significati attribuiti alle relazioni e agli eventi di ciclo vitale che definiscono la trama

narrativa: “Una storia è un piccolo nodo o complesso di quelle specie di connessioni che chiamiamo pertinenza. La storia ci permette di discernere il modo in cui i membri della famiglia punteggiano il flusso di informazioni per poi giungere al senso dell'intero sistema.” (Bateson, 1984).

In base a tali considerazioni, dobbiamo sottolineare la differenza metodologica tra procedure di raccolta delle informazioni familiari e ambientali centrate su schede anamnestiche e questionari e quelle centrate sull'ascolto delle storie che il paziente racconta su di



sé, sulla famiglia e sull'emergenza dei sintomi in particolari fasi della storia stessa. Nel caso di schede anamnestiche e questionari, infatti, l'osservatore già sa cosa vuole conoscere, si tratta solo di far corrispondere la realtà del paziente ad una realtà costruita dai ricercatori che di solito corrisponde a classificazioni di eventi e comportamenti. Nel caso dell'ascolto di una storia, la ricerca non riguarda solo singoli contenuti (anche se con questo metodo si rilevano ugualmente eventi e comportamenti), ma l'individuazione della trama del racconto come espressione di significati attribuiti dal paziente agli eventi e ai comportamenti.

L'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma viene organizzata attraverso due momenti salienti.

- **Disegno del genogramma:** il genogramma o diagramma familiare, è una specie di albero genealogico, normalmente comprensivo di tre generazioni, in grado di fornire un rapido quadro d'insieme della struttura familiare, evidenziando l'intensità dei legami emotivi e come essi si evolvono attraverso il tempo. Fornisce una sorta di “mappa” con riferimento alla quale viene raccontata la storia. Sul genogramma, oltre ai matrimoni e alle nascite che definiscono la progressiva costruzione dei nuclei familiari, vengono rappresentati eventi significativi, quali morti o separazioni, che indicano le perdite che le famiglie hanno affrontato.
- **Intervista semistrutturata:** l'intervista semistrutturata è concepita in base al principio di non porre domande dirette che prevedono risposte chiuse da parte dell'intervistato, ma di instaurare

una fluida conversazione, chiedendo comunque che il racconto venga organizzato facendo riferimento a 4 aree principali: la storia familiare con riferimento ad eventi critici che ne hanno determinato la differenziazione in fasi, le abitudini familiari, la performance scolastica e/o lavorativa, le relazioni con il gruppo dei pari.

Il materiale viene poi riassunto schematicamente evidenziando:

- L'atteggiamento verso il racconto
- Gli eventi critici del ciclo vitale familiari ed individuali
- Le alleanze (vicinanza/distanza raccontate nella storia)
- Le eventuali triangolazioni disfunzionali
- I conflitti

In sostanza si vogliono evidenziare due dimensioni fondamentali:

- *Dimensione strutturale*: i componenti della famiglia trigerazionale e le connessioni tra loro al fine di tracciare una mappa di relazioni significative in cui il paziente è compreso;
- *Dimensione temporale*: gli eventi critici differenziati in normativi e paranormativi in corrispondenza delle diverse fasi del ciclo di sviluppo della famiglia.

Obiettivi della ricerca

Ci è sembrato di particolare interesse verificare l'applicabilità e le potenzialità dello strumento in questione nella presa in carico di un campione di casi clinici nell'ambito del Servizio Speciale di Psichiatria e Psicoterapia dell'Università "La Sapienza" di Roma.

Gli obiettivi specifici della ricerca sono stati:

- Effettuare l'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma senza alterazione della procedura di presa in carico dei pazienti- Ci siamo posti così la domanda: *è possibile chiedere ai pazienti di raccontare la storia della propria famiglia ad un operatore diverso dallo psicoterapeuta prima del colloquio?*
- Valutare l'utilità dell'intervista preliminare nella procedura di presa in carico. La domanda cui rispondere era: *potrebbe essere utile all'equipe che deve programmare l'intervento conoscere la storia familiare del paziente prima del colloquio?*
- Verificare se il tipo di informazioni raccolte consentono un precoce profilo diagnostico di massima. In questo caso la domanda era: *dall'analisi della narrazione e dei suoi contenuti è possibile ipotizzare l'adattabilità del paziente ad una psicoterapia?*

In definitiva si è stabilito di valutare se l'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma fosse applicabile in un contesto clinico collocato nel servizio pubblico, da parte di un operatore non psicoterapeuta. Si tratta di un punto importante nell'economia organizzativa della procedura di presa in carico presso un servizio.

La ricaduta attesa può essere così schematizzata:

- Avvio della presa in carico in tempi brevi, anziché aspettare a lungo la disponibilità di uno psicoterapeuta senza peraltro essere certi che l'avvio di una psicoterapia sia possibile.
- Possibilità per l'èquipe di una prima stesura della cartella clinica con informazioni utili a valutare la situazione del paziente per "scegliere" in via ipotetica l'intervento più adatto (es. psicoterapia individuale, di coppia o familiare o di gruppo)

In base agli obiettivi si è stabilito che nella fase della ricerca lo psicoterapeuta che avrebbe preso in carico il paziente non sarebbe venuto a conoscenza subito dell'esito dell'intervista, ma in un momento successivo. Si voleva infatti verificare in questa fase se le informazioni ottenute con l'intervista (che durava circa un'ora e trenta minuti) fossero quantitativamente e qualitativamente paragonabili a quelle raccolte dallo psicoterapeuta durante un periodo significativo del processo terapeutico. Attraverso un'intervista con lo psicoterapeuta sono stati confrontati poi i dati raccolti con quelli emersi durante la terapia.

Casi esaminati

La casistica fatta oggetto della nostra ricerca è costituita da 40 casi clinici.

Conclusioni

A seguito della ricerca abbiamo potuto trarre le seguenti considerazioni conclusive:

1. Nel contesto organizzativo del Servizio considerato l'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma è risultata applicabile in tutti i casi, senza alcuna alterazione della procedura di presa in carico dei pazienti. In particolare, è stata verificata la possibilità ed utilità di tale applicazione in un contesto organizzativo, il Servizio Speciale di Psichiatria e Psicoterapia, che per sua impostazione psicodinamica attribuisce valore determinante al **primo incontro**, nella doppia modalità di colloquio clinico direttivo e colloquio psicoterapico.
2. le informazioni raccolte si sono rivelate coerenti con quelle ricavate durante il processo terapeutico fornendo indicazione della possibilità futura di utilizzarle per una riflessione dell'èquipe volta alla programmazione della presa in carico.

3. La storia e la rappresentazione grafica forniscono dati sufficienti a fornire importanti elementi a supporto di una valutazione delle relazioni familiari, ma anche di un inquadramento diagnostico in un' **ottica clinica tradizionale**. Possiamo pertanto affermare che l'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma offre una descrizione delle relazioni familiari in modo sistematico e, sulla base di queste, operatori di orientamenti diversi possono proporre spiegazioni e connessioni che, se mantengono la flessibilità necessaria, consentono ipotesi utili alla diagnosi psicodinamica. Sul piano teorico si può pertanto affermare che se da una parte è fondamentale che lo psicoterapeuta colga e dia significato alle dinamiche inconsce, dall'altra è altrettanto importante collocare l'individuo nel proprio contesto relazionale; quest'ultimo fattore aumenta sicuramente le capacità di comprensione delle dinamiche e della psicopatologia del paziente.

GRAFICI

4) La supervisione

Nicola Lalli

Il nostro servizio è anche deputato alla formazione degli specializzandi, soprattutto dal momento che questi optano per un maggiore approfondimento dell'aspetto psicoterapico.

Ovviamente, dal momento che la specializzazione in Psichiatria comporta automaticamente l'iscrizione all'albo degli psicoterapeuti, dovrebbe essere obbligatorio una formazione pari a metà del tempo totale di formazione: ovvero due anni.

Poiché la psicoterapia, anche nell'ambito universitario, spesso è vista come il regno del possibile (un collega, in una discussione nel Consiglio della Scuola di Specializzazione ha sostenuto che "...anche il mago di Napoli fa psicoterapia...") è ovvio che molti specializzandi o ritengono inutile un periodo di addestramento in psicoterapia, oppure ritengono che è possibile svolgerlo presso strutture ove manca qualsiasi assetto teorico ed operativo di tipo psicoterapeutico: scambiando così qualche banale colloquio ripetuto nel tempo, per psicoterapia.

Comunque mediamente, ogni anno, da quattro a sei specializzandi trascorrono gli ultimi quindici mesi della specializzazione presso questo Servizio. Ed è di questi che voglio proporvi sia le possibilità che le difficoltà che s'incontrano nel fornire loro una valida formazione.

Una prima difficoltà nasce dal fatto che c'è spesso una difformità sul piano della formazione: alcuni hanno alle spalle un proprio percorso psicoterapeutico, altri sono in procinto di farlo, altri ancora non hanno alcun tipo di esperienza personale. Comunque, anche tra quelli che hanno avuto un percorso psicoterapeutico personale, spesso troviamo formazioni e percorsi a volte molto diversi.

Dobbiamo quindi tener conto di questo dato di realtà, nello strutturare un qualsiasi progetto di supervisione, che ovviamente non può essere né troppo specifico, né troppo rigido.

Se partiamo dal principio che ci sono cose impossibili e cose difficili, riteniamo il tentativo di strutturare una supervisione come compito difficile e pertanto attuabile.

Nei primi due mesi lo specializzando viene affiancato da un tutor (sono i medici strutturati e con maggiore esperienza) nell'espletamento del primo colloquio psichiatrico. È il tutor che ovviamente conduce il colloquio, ma alla fine lo specializzando viene invitato a discutere ed esprimere le proprie opinioni su quanto ha osservato ed infine viene invitato a stilare la cartella clinica. Questa cartella clinica, insieme ad altri casi clinici, viene commentata nella riunione di supervisione alla quale partecipano tutti i membri dell'èquipe. La durata media di questo incontro è di circa tre ore: si cerca sia di commentare i primi casi clinici sia i casi di psicoterapia in corso, soprattutto ci si sofferma sui primi colloqui e quello che viene richiesta è una compilazione accurata della cartella, una capacità di comprendere il nucleo del problema del paziente e la capacità di proporre un'ipotesi psicodinamica. L'attenzione da parte del conduttore del gruppo di supervisione è rivolta principalmente a far sì che lo specializzando, nell'ambito della descrizione di un caso clinico, sia in grado di fornire elementi utili e sufficienti a far sì che ognuno del gruppo possa formarsi un'idea abbastanza precisa di quel caso clinico. In caso contrario si sottolineano le mancanze, le omissioni, le zone inesplorate del paziente, che rendono il quadro clinico descritto piuttosto confuso, o perlomeno poco delineabile. Continuamente sottolineo che una descrizione di un caso clinico è valida quando da tale descrizione può far emergere, per tutti, un'immagine completa e complessiva del paziente.

Questo rappresenta il primo passo di confronto e di riflessione.

Successivamente si affida direttamente allo specializzando l'incarico di svolgere, da solo, il primo colloquio che verrà successivamente esaminato nel gruppo di supervisione. In questa fase si pretende che lo specializzando sia in grado di cogliere gli aspetti fondamentali del paziente, proponendo un'accurata descrizione del caso clinico e degli eventi esistenziali del paziente e quindi di proporre una diagnosi clinica ed una diagnosi psicodinamica. Ma deve essere anche in grado di fare un'accurata analisi della domanda, al fine di valutare le possibilità del paziente per un'eventuale psicoterapia.

Quando si evidenzia l'acquisizione di tali capacità, si offre allo specializzando la possibilità di gestire direttamente una psicoterapia. Ovviamente si scelgono casi non troppo complessi ed ove è possibile attuare una terapia di tipo focale, aiutando così lo specializzando a centrare l'attenzione su alcuni obiettivi fondamentali.

Il percorso psicoterapeutico verrà seguito nella riunione di supervisione, facendo notare allo specializzando eventuali errori, omissioni o le modalità per gestire meglio la situazione.

Ma il problema più importante è quello di come condurre la supervisione. Molto sinteticamente, ritengo che i punti fondamentali siano i seguenti. In primo luogo va posta molta attenzione a far sì che questa

situazione si mantenga come situazione di lavoro e di formazione e non si trasformi in una terapia di gruppo, che rappresenta uno dei rischi principali dei gruppi di supervisione. Questa trasformazione è tanto più facile quanto più si tende a sottolineare gli aspetti personali che intervengono nella relazione terapeutica. Questo non vuol dire ovviamente che non si debbano evidenziare eventuali errori di controtransfert, ma che si lavora soprattutto ad evidenziare ed elaborare le controidentificazioni proiettive. A me sembra che questo sia il punto più delicato di ogni supervisione: evidenziare non tanto il controtransfert simmetrico o complementare quanto piuttosto evidenziare ed eliminare eventuali controidentificazioni proiettive.

Pertanto il dato più importante nell'ambito della supervisione rimane la capacità per lo specializzando di approntare un progetto terapeutico e presentandolo in supervisione, il supervisore tenderà soprattutto a evidenziare quando e perché lo specializzando si scosta da tale obiettivo.

4) Il burnout degli psicoterapeuti

Nicola Lalli e coll.

Tale sindrome è stata ampiamente studiata, anche se non sempre ben definita, nell'ambito delle *professioni di aiuto*.

Pochi sono i lavori che riguardano il burnout degli psicoterapeuti, anche se stranamente numerose statistiche riportano che la possibilità di tale *impairment* è notevolmente alta.

Deutsh (1987) su 264 psicoterapeuti ha evidenziato:

- nell'82% dei casi difficoltà nelle relazioni interpersonali;
- nel 57% sintomi depressivi;
- nell'11% abusi di sostanze;
- nel 2% suicidio.

Thomson e coll. (1987) su 507 psicologi clinici hanno rilevato il tasso del 69% con disturbi mentali gravi.

Secondi Laliotis e Grayson, tra gli psicoterapeuti i disturbi mentali e la dipendenza da sostanze oscillano tra il 5 e il 15% dei campioni osservati.

Farber (1983) ritiene dalla metanalisi di numerosi studi che il suicidio tra gli psichiatri è di 50 casi su 100.000 a fronte dell'11 su 100.000 della popolazione media.

Pfifferling (1986) ritiene che l'abuso di droghe tra gli psicoterapeuti sia di 50 volte superiore alla media.

Secondo J. Guy (1989) da uno studio di metanalisi sugli psicoterapeuti riferisce i seguenti dati:

- 10% presenza di malattie mentali gravi;
- 8% abuso di sostanze;
- 8% condotte professionali gravemente scorrette;

- 2% suicidio o tentato suicidio.

Si giunge così a poco meno di un terzo del totale degli psicoterapeuti indagati che presentano gravi menomazioni personali che pertanto li rendono sicuramente incapaci di poter svolgere correttamente il loro lavoro.

È da ritenere, anche per la nostra esperienza, che questa possa essere la punta emergente dell'iceberg e che la sindrome del burnout, prima di giungere a questi limiti, si manifesti ben prima, con sintomi meno appariscenti, ma probabilmente in un numero maggiore di casi.

Ovviamente ci siamo chiesti cosa rende così difficile identificare tale fenomeno. Riteniamo che due siano i punti fondamentali:

il primo nasce sicuramente da un'idealizzazione della propria figura professionale che è legata in parte ad un fenomeno culturale, in parte sicuramente ad una scarsa formazione personale. Nel nostro campione l'*onnipotenza* e la *vergogna* sono i motivi preponderanti che portano gli psicoterapeuti a non rivelare il loro stato di malessere,

il secondo nasce dalla peculiarità di tale professione: la necessità di un'autonomia totale, l'impossibilità di ogni controllo, la privacy come fattore fondamentale della terapia possono rendere questi aspetti una sorta di *boomerang*. Inoltre la lunghezza del trattamento, la non facile validazione del miglioramento del paziente esimono lo psicoterapeuta da qualsiasi verifica sul suo operato; tutto questo può aumentare la sensazione che la psicoterapia costituisca un aspetto totalmente privato del terapeuta. Questo spesso porta ad un isolamento sociale che, unito ad un carico eccessivo di lavoro, inducono nell'operatore segni di menomazione che vengono, più o meno volutamente sottovalutati.

Sulla base di queste riflessioni abbiamo proposto un questionario online e cartaceo per evidenziare e, soprattutto, comprendere non solo le motivazioni di tale problematica, ma anche le modalità per affrontarla.

I primi risultati di tale ricerca sono disponibili nella sezione:

<http://w3.uniroma1.it/scienzepsi/saluteterapeuta.html>