

Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia

GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – IATROGENY AND MALPRACTICE IN PSYCHOTHERAPY. Some issues about iatrogeny and malpractice in psychotherapy are examined. Their importance has grown in recent the years for several reasons including patients suffering from serious psychiatric disorders; the link with other clinical approaches (psychopharmacological, psychological and the rehabilitative); the increasing number of psychological techniques and settings, which may not be supported by evidence or may be clearly incongruent to psychopathological disorders (e.g. psychotherapycult). It is necessary to halt psychotherapy malpractice trough adequate prevention and continuous supervision. Such problems deal with the relation between iatrogenic symptoms and the ethics of professional deontology and liability.

Keywords: IATROGENY, MALPRACTICE, DEONTOLOGY

Premessa

La iatrogenia e la malpratica in psicoterapia sono evenienze frequenti, che ineriscono ad una numerosa serie di problemi tra i quali:

- la rivisitazione critica dei modelli teorico-pratici classici;
- il numero sempre crescente di soggetti che in vari contesti sanitari si giovano delle terapie psicologiche;
- l'utilizzo delle psicoterapie in culture diverse;
- la proliferazione di "nuove" psicoterapie con un dilagare di eclettismi metodologici e pratici.

Data la complessità dell'argomento sembra utile proporre una *sinopsi* orientativa (Tabella 1).

TABELLA 1

SINOPSI
I) <i>Introduzione.</i>
II) <i>Configurazione terminologica e concettuale.</i> Aspetti dei disturbi iatrogeni (D. I.) e delle malpratiche (M. P.).
III) <i>Entità, Radici e Forme della fenomenica:</i> Inadeguatezza dei dati epidemiologici. Aspetti sociali, politici e culturali. Tematiche insite nella teoria e nella pratica della Psicologia Individuale.
IV) <i>Valutazione complessiva.</i> Correlazione ai “disturbi iatrogeni” ed alla “malpratica”; A) Diagnosi; B) Prognosi; C) Piano di trattamento. Indicatori di previsione.
V) <i>Iatrogenia e malpratica connesse ai trattamenti.</i> A) Aspetti generali; B) Atteggiamenti del paziente di fronte alle terapie; C) Problematiche del terapeuta - Contrasti culturali, Sfruttamenti, Misusi anche sessuali.
VI) <i>La responsabilità professionale.</i> A) Responsabilità legale; B) Figure professionali; C) Complessità della Relazione Terapeutica. Esemplicazioni.
VII) <i>Tipi di Prevenzione e d’Intervento.</i> A) Premesse; B) Prevenzione primaria, secondaria, terziaria, quaternaria; C) Commenti.
VIII) <i>Considerazioni critiche.</i>

I. *Introduzione*

Le psicoterapie, specie quelle con teorie e metodiche strutturate e collaudate dalle esperienze cliniche, recepiscono il dibattito posto dalla psiconeurobiologia, dal transculturalismo, dalla medicina e dalla psicologia basate sulle evidenze: da qui emerge l'esigenza della ricerca, attraverso la rielaborazione delle metodologie e delle pratiche psicoterapeutiche. Ciò permette anche confronti fra i dati clinici, i

fattori terapeutici, gli obiettivi ed i risultati nell'ambito dell'associazione con psicofarmaci, grazie all'utilizzo degli strumenti psicoterapeutici in diverse tipologie di pazienti e di *setting*. Queste tematiche sono evidenti specie nelle psicoterapie ad orientamento dinamico, ove è più difficile standardizzare i dati ed effettuare studi di processo e d'esito, in una società globalizzata e multiculturale, in continua trasformazione.

La rapida diffusione di modelli alimenta, infatti, una miriade d'indirizzi psicoterapeutici [92] che spesso ingenerano confusività e favoriscono eclettismi e pseudo-integrazioni teorico-pratiche [79]. Basti ricordare le "new-psychotherapies", la "psychotherapy-cult" [112, 115] e le nuove "psicotecnologie" [61, 72].

In base al "parametro culturale" si possono, inoltre, distinguere [13, 135]:

- a) Le terapie *influenzate dalla cultura*, che consistono in attività, cerimonie religiose, esercizi di guarigione, i cui poteri curativi sono legati alla sfera del "naturale", dello "spirituale" e talora anche del "soprannaturale". Spesso le tecniche poggiano su basi ipnotico/suggestive, sulla mediazione spiritica, su talune forme di *trance*, sino alle cosiddette "psicoterapie folkloriche" praticate dal "medicines man indigeno" [48].
- b) Le terapie *correlate alla cultura* che sono distinte a loro volta in:
 - *psicoterapie uniche*: somatiche, del rilassamento (come lo yoga ed il training autogeno); del riposo; del riaggiustamento situazionale; dei gruppi di autoaiuto; delle tecniche del giapponese Morita, etc.;
 - *psicoterapie classiche*: riconosciute ufficialmente dalle culture occidentali. Tra queste si ricordano le psicoterapie ad orientamento dinamico (Psicoanalisi, Psicologia Individuale, Psicologia Analitica); le psicoterapie centrate sul cliente; le terapie comportamentiste e cognitiviste; le psicoterapie relazionali (di coppia, di famiglia, di gruppo), etc.
- c) Le "new-psychotherapies" e la "psychotherapy-cult" (*neo-tribalismo*) che utilizzano la psicoterapia in modo sincretistico *trasversalmente alla cultura* ed in genere sono causa di malpratiche e di danni iatrogeni seri [44, 112] (Paragrafo VIII).

Le frequenti articolazioni fra sottotecniche e fra terapeuti diversi spesso conducono ad una sorta d'eclettismo clinico, tipo *cafeteria-style*, favorite dalle nuove complesse patologie e dagli interventi che si debbono effettuare negli ospedali, nelle comunità psichiatriche, nelle situazioni di crisi.

Mentre tuttavia nell'ambito delle culture "tradizionali" [48, 77] (Paragrafo I a) le pratiche a sfondo psicoterapeutico fruiscono di guaritori, maghi, guru, etc., nei nostri contesti socio-culturali talune procedure a valenza psicoterapica "mesco-

late” alla cultura (Paragrafo I c) sono contrabbandate alla stregua di terapie psicologiche (corsi, master, gruppi di preghiera) atte a modificare comportamenti, ad incrementare *performance* od a risolvere problemi esistenziali.

Ciò porta a tassi elevati di *malpratica* e di *iatrogenia* nell’ambito delle relazioni professionali psicologiche. Sebbene queste *de iure* siano regolate in Italia dall’Art. 3 della legge 18 Febbraio 1989, non sempre *de facto* esse rispondono a criteri scientifici, deontologici e professionali corretti.

II. *Configurazione terminologica e concettuale*

Questo contributo si riferisce prioritariamente alle *psicoterapie analitiche* orientate verso il *modello teorico-pratico adleriano* [28, 83, 80, 108]. Il ventaglio degli interventi, non solo si può estendere al *counseling*, alla psicopedagogia correttiva, alla psicoriabilitazione, secondo un “modello di rete” [71, 108, 116], ma può essere attuato in contesti diversi (ospedali, comunità, studi privati) con la frequente associazione di psicofarmaci.

Per *Disturbo Iatrogeno* (D. I.) s’intende, secondo una definizione generale, un effetto nocivo o indesiderato (*side-effect*) dovuto ad interventi medici e chirurgici, nonché alle psicoterapie.

Con *Malpratica* (M. P.) (*Malpractice*) o cattiva pratica, ci si riferisce a quegli atti, comportamenti ed atteggiamenti clinici che siano scorretti, impropri o inadeguati sul piano teorico, metodologico, deontologico e pratico, che investono altresì la responsabilità professionale.

I due termini riguardano territori non coincidenti, anche se spesso sono largamente embricati tra loro. Ad esempio, una terapia con farmaci neurolettici che provochi una sintomatologia extrapiramidale è un disturbo iatrogeno, in quanto induce effetti collaterali di un certo tipo, ma di per sé non è una malpratica, qualora costituisca un vantaggio clinico complessivo e sia correttamente somministrata in un individuo con disturbi psicotici.

Invece, alcuni tipi di sessuoterapia, ad esempio quelli attuati da Masters e Johnson [68] nelle “cliniche del sesso” di Saint Louis, intorno agli anni 1960/1970, sono stati da alcuni studiosi considerati non iatrogeni perché miglioravano disfunzioni sessuali specifiche (ad es. l’ejaculazione precoce), mentre gli stessi interventi erano ritenuti malpratiche perché “sfruttavano” i rapporti sessuali programmati fra operatori e pazienti.

Da alcuni decenni, sono utilizzate con maggiore frequenza le psicoterapie ad orientamento cognitivo-comportamentale [63] e quelle psicologico-dinamiche [62], giacché con le procedure che ne derivano si possono prendere in cura soggetti con quadri clinici complessi (Disturbi Psicotici, Personalità borderline, etc.), correlati o associati anche ad evenienze medico-chirurgiche [33, 108, 121].

Tali terapie, che coprono una vasta gamma di richieste, portano pure a variazioni delle teorie e delle tecniche, a revisioni delle tipologie degli interventi e dei *setting*, ad un maggior coinvolgimento del terapeuta [34], come ad esempio nelle psicoterapie d'urgenza e brevi [15, 25] od in quelle in cui la relazione psicologica di aiuto deve tener conto dei fattori inerenti alla cultura ed agli orientamenti dei valori [86, 135].

Per la complessità degli approcci possono emergere difficoltà nel giungere ad *assessment* diagnostici e ad interventi clinicamente corretti che utilizzino sottotecniche modificate ed il cui *modus operandi* sfugge spesso alle supervisioni. Ciò può favorire gli errori e le malpratiche psicoterapeutiche, provocando nel paziente danni iatrogeni, quali l'interruzione unilaterale della cura, l'aumento delle resistenze, l'aggravamento della sintomatologia psichica (Paragrafo VII).

III. *Entità, Radici e Forme della fenomenica*

A tutt'oggi è molto difficile giungere ad elaborazioni di dati *epidemiologici attendibili* circa le fenomeniche iatrogene e le malpratiche psicoterapeutiche [58], legate alla diagnosi, alla prognosi ed al trattamento. E ciò non solo per il fatto che non vi sono *osservatori specifici* circa la presunta scientificità della psicoterapia in quanto la stessa è costantemente messa in discussione, ma anche in linea generale, perché le professioni sanitarie sono a *rischio sociale* per il loro margine d'errore. Nel nostro Paese, ad esempio, ogni medico, in una ventina d'anni d'attività, ha in media l'80% di probabilità di ricevere "avvisi di garanzia" e denunce penali, anche per sbagli non commessi (*Relazione all'Ass. Sanità della Reg. Piemonte*, gennaio 2004).

Le *cause* più frequenti di tali evenienze in psicoterapia sono da ricercare nell'inadeguata valutazione complessiva del quadro clinico, nella sottostima dei fattori biologici, negli errori di tecnica, nelle pratiche deontologicamente scorrette. Soprattutto vi sono difficoltà circa un corretto rapporto fra curanti e curati, in quanto, come noto, gli psicoterapeuti sono la "prima medicina" per i loro pazienti [11]. Non di rado si aggregano fattori economici, politici, sociali e culturali i quali ineriscono direttamente o indirettamente alla iatrogenesi ed alla malpratica [48, 58, 77, 110, 135].

In altri casi si pone il quesito sulla *liceità degli interventi* o sull'opportunità/dove-rosità di assumersi rischi di D. I. e/o di M. P., nel vasto ambito di differenti contesti sociali, istituzionali e culturali, rispetto a responsabilità professionali, etiche, deontologiche. Infatti, gli approcci clinici comportano sempre un *consenso informato validato* [104] (prima e durante lo stesso iter terapeutico) ed un *segreto professionale* anche su eventuali ricerche. Il che pone in luce come la *prevenzione dai rischi* valga tanto per i pazienti, quanto per gli operatori nei loro rispettivi status-ruoli (Paragrafo VII).

Le riflessioni, alcune già in precedenza ricordate, sono utili in generale a distinguere le *forme* della *iatrogenesi* e della *malpratica*. Si enumerano al proposito:

- *La iatrogenesi clinica*. La medicina moderna sarebbe un'epidemia e l'efficacia dei medici e degli psicologi clinici un'illusione; gli interventi sarebbero inutili, anzi dannosi di fronte a pazienti inermi.
- *La iatrogenesi sociale*. Si sarebbe giunti, oggi, attraverso una trasmissione politica delle malattie, alla medicalizzazione iatrogena della vita stessa, attraverso un monopolio medico generatore di un uso distorto del *Potere* [46]. Le cure sarebbero indipendenti dalle malattie in quanto dipenderebbero (nei Paesi industrializzati) da uno sbilanciamento sempre più elevato dell'acquisto di servizi sanitari in confronto al salario-tipo di un operaio. Ad esempio negli USA, tra il 1950 ed il 1971, l'indice dei prezzi è salito di circa il 74 per cento, mentre il costo dell'assistenza medica è aumentato del 330 per cento. Si assisterebbe quindi ad un bilancio "drogato", ad un'invasione delle industrie farmaceutiche, ad un imperialismo diagnostico.
- *La iatrogenesi culturale*. Secondo una tesi [38], la morte avrebbe preso il posto del sesso come principale tabù. Vi sarebbe una mercificazione della morte, una danza macabra in cui, come in tutti gli altri grandi rituali della società industriale, la pratica medica sarebbe una sorta di gioco [46] con relative produzione, povertà e pianificazione [45]. Il medico e tutti gli operatori sanitari sarebbero i rappresentanti del "corpo sociale" e avrebbero il compito doveroso di condurre procedure secondo le regole di un trattamento continuo "dalla culla alla bara" [14, 59].
- *La fabbricazione iatrogena* farebbe capo ad una ristrutturazione burocratica, in cui l'assistenza sanitaria emergerebbe quale una "religione mondiale", quasi un'eco-religione industriale, caricatura dell'antica "hybris", dovuta alla sconfinata presunzione prometeica della nostra epoca [111]. Per recuperare la salute non iatrogenicamente sarebbe necessario ritrovare la naturalità della gestione della salute, dell'intimità, della sessualità e della morte [46].

- Le *new-psychotherapies*, specie quelle che si rifanno alla *psychotherapy-cult* ed alle *psicoterapie post-moderne* [91], sono in genere dominate da aspetti esoterici e magico-stregoneschi. Esse costituirebbero l'epopea della iatrogenesi e della malpratica, immerse in una sorta di "settarismi" pseudoscientifici [44, 88]. Anche le *psicotech-therapies* utilizzando il *cyber-world* [61] creano una variazione radicale del setting, specie nell'ambito della relazione interpersonale [81].
- In *medicina e chirurgia ed anche in psichiatria* [92] molte sono le evenienze morbose che possono venire correlate ad effetti psichici (vedi la depressione o il *delirium*), il che presuppone una buona pratica clinica non solo per scienza, competenza, professionalità, etica e deontologia professionali, ma pure per l'"*humanitas*" che presuppone una relazione d'aiuto creativa [133], che si può identificare col sentimento sociale adleriano [80] e che non di rado si affievolisce con l'aumento delle "techne".
- Nelle *terapie associate*, interventi psicoterapeutici e pure di *counseling* [23, 47, 105] combinati con farmaci attivi, possono provocare negative *compliance* al trattamento, con l'emergere anche di sintomi psicorganici. Nella gran parte di questi casi non si tratta di malpratica (come già detto), in quanto la iatrogenesi va riferita al *side effect* del farmaco, nell'ottica di un maggior vantaggio clinico complessivo.
- Circa la *compliance* ed il *coping* si debbono considerare gli effetti *placebo e nocebo* [82] cioè le reazioni soggettive dell'individuo rispetto al vissuto ed alle risposte psico-biologiche nei confronti del farmaco assunto [25, 117].
- Si registrano infine *eclittismi teorici* e pure *eclittismi pratici* [79], con caratteristiche più ampie e dai confini meno netti, i quali spesso tra loro combinati [85] sono correlati ad una serie di malpratiche. Ci si riferisce all'ambito delle relazioni d'aiuto in generale, alle *psicoterapie integrate* [36] e ad altri interventi che presuppongono una non collaudata ed interdisciplinare articolazione fra terapeuti [71, 105], oppure all'utilizzo di tecniche commiste della cosiddetta medicina alternativa e/o tradizionale.

È opportuno, per quanto riguarda la *Psicologia Individuale Comparata*, sottolineare quali siano i *fattori* su cui si fondano il *processo terapeutico*, nonché le *vicissitudini del transfert* e, di conseguenza, quali possano essere taluni *precursori e/o indicatori di funzionamento* fra analisti e pazienti. Questi argomenti sono anche riconsiderati nei paragrafi successivi:

Fattori aspecifici - Differenza d'età, di sesso; difficoltà d'immedesimazione, anche culturale, pregiudizi ideologici, diversi orientamenti di valori; angosce da parte del terapeuta legate alla malattia del paziente.

Fattori specifici - Validità del modello teorico-pratico in rapporto a situazioni terapeutiche ed a contesti che variano in continuazione e che prevedono rielaborazioni e aggiornamenti in campo teorico-pratico e professionale (Paragrafo VII); teoria della tecnica; modalità improprie dell'interpretazione e della gestione dell'atteggiamento/controatteggiamento. Terapie di gruppo o di psicodramma, in cui gli stessi soggetti siano anche coinvolti in psicoterapia individuale. Vari tipi di collusione tra gli stessi terapeuti, e tra analista e analizzato.

Fattori relativi alle vita privata e professionale dello psicoterapeuta ed ai suoi stati emotivi, fisici ed esistenziali [41] che possono interagire iatrogenicamente nelle relazioni interpersonali (Paragrafi V, VI, VII).

Fattori speciali - Talune richieste inappropriate dei pazienti, in parte dovute all'ampliamento delle indicazioni della psicoterapia [33], spesso influiscono sulla qualità e quantità di presenza, favorendo un'intensa relazione di attaccamento [16] e di dipendenza regressiva. Da qui possono emergere resistenze e controresistenze circa un corretto intervento psicoterapeutico [93, 109]. Particolari *evenienze morbose iatropatologiche* [22] possono esitare in errori di tecnica, tra cui il "timing" e la profondità dell'interpretazione [92].

Fattori di Formazione - Insufficienti tirocini clinici ed emotivi, di supervisione, di confronto e pure di discussioni "in progress" (Paragrafo VIII) possono emergere sia all'inizio delle terapie che durante il percorso della cura.

IV. Valutazione complessiva

A) Diagnosi

Le *iatrogenesi* e le *malpratiche* possono già realizzarsi nell'ambito dell'*assessment* clinico quale anticipazione del trattamento psicoterapeutico stesso; per una *valutazione diagnostica* è opportuno un approccio articolato: categoriale, dimensionale, psicostrutturale, socioculturale ed interpersonale [103]. La diagnosi dipende, infatti, non solo da un incasellamento categoriale (DSM) unito all'approccio dimensionale, ma pure da una corretta e dinamica attribuzione di senso al sintomo psicopatologico, in relazione alla personalità del paziente, ai suoi vissuti, alla cultura di appartenenza ed al contesto relazionale.

L'individuo, tramite i sintomi, tende a segnalare il proprio disagio ed a raggiungere alcune compensazioni, le quali possono rivelarsi come *mete fittizie*, con successive frustrazioni, che rafforzano le difese e gli stessi traguardi illusori. Anche le reazioni a componente somatopsichica, riferibili a patologie pre-

valentemente d'ordine bio-medico-chirurgico, segnalano spesso un tentativo o di enfaticizzazione finalistica del *linguaggio degli organi* [3] o di un inconscio mascheramento che interrompe il piano di vita della persona o addirittura ne inficia il progetto esistenziale [126, 127].

La diagnosi non solo conferisce una collocazione nosografica del disturbo (aspetti nomotetici e tassonomici), ma anche coglie e colloca il senso individuale della sintomatologia (aspetto idiografico) correlato all'adleriano "finalismo morbido" [124].

Una valutazione non corretta ed incompleta può provocare *resistenze* [109] con successivi effetti iatrogeni, che interferiscono sulla strategia terapeutica. L'*assessment* diagnostico richiede al terapeuta tempo, attitudine all'ascolto e competenze adeguate; non di rado la *raccolta anamnestica* può avere un effetto terapeutico [24], innescando precocemente un *processo di incoraggiamento* [23, 95].

Singole procedure specifiche che concorrano alla diagnosi complessiva, quali la Risonanza Magnetica, la TAC, etc., nonché la somministrazione di Test Psicologici, devono essere utilizzate correttamente, anche per escludere seri quadri psicopatologici e/o disturbi psicorganici.

Inopportuni commenti diagnostici possono radicalizzare il "biologico", lo "psicologico" ed il "sociale", il che potrebbe rientrare in una *malpratica metodologica*, dovuta a frette, approssimazione od a pregiudizi riduzionistici. Sono da considerare malpratiche (M. P.) non solo gli *errori di valutazione*, ma pure quelli di *astensione diagnostica*. Non è infrequente che il paziente possa essere avviato ad un trattamento psicologico vero e proprio (strutturato, breve, di appoggio, etc.), senza che prima sia stato effettuato un completo *assessment*.

B) *Prognosi*

Connessi ai problemi della diagnosi vi sono quelli della *prognosi* che devono tenere presente il rapporto tra *soglia e vulnerabilità individuale*. La prognosi condiziona il tipo di intervento psicoterapeutico, articolato o meno con psicofarmaci, che deve comunque utilizzare la *rete terapeutica* [110].

Per alcuni soggetti, considerati gli aspetti psico-dinamico-strutturali, il sintomo manifestamente esplicitato, rappresenta il compromesso meno svantaggioso. Smascherare o interpretare troppo precocemente talune finzioni o resistenze ed ancor più "andare prematuramente contro le difese", anche nel commentare gli esami diagnostici o nella "restituzione" del Rorschach, di un WAIS, oppure del Test di Cloninger (TCI), può costituire una sorta di mal-

pratica, se non si è consapevoli del tipo di recettività del paziente, nell'*hic et nunc*.

C) *Piano di trattamento. Indicatori di previsione*

I criteri di *esclusione e di inclusione* richiedono una particolare attenzione verso taluni *indicatori negativi e positivi di approccio diagnostico/prognostico*, rispetto al contesto personologico, relazionale e culturale, da parte del paziente, anche *versus* il terapeuta (Tabella 2A). Da parte di questi possono essere attivati a loro volta indicatori negativi o positivi *versus* il paziente (Tabella 2B) dovuti anche a problematiche personali più o meno latenti. Tali indicatori (Tabella 2A + Tabella 2B), già in fase diagnostico-prognostica, segnalano difficoltà che potrebbero diventare malpratiche (Prevenzione Primaria) (Paragrafo VII B) rispetto ad una futura alleanza di lavoro, inducendo ad una serie di resistenze circa la presa in carico (Paragrafo VII).

Peraltro, come in precedenza accennato, *tacere la diagnosi* clinica ad una persona che “dovrebbe curarsi” anche farmacologicamente (ad esempio per una depressione maggiore), può essere una iatrogenia ed una malpratica che inerisce alla *decisione clinica*: la qual cosa si propaga negativamente ad altre procedure che devono essere concordate con il paziente (il *focus* della terapia, i tempi, la frequenza, la spesa economica, le eventuali interferenze dei familiari, etc.) e che devono rientrare in un *progetto terapeutico* [110].

TABELLA 2A

INDICATORI NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO/PROGNOSTICO DA PARTE DEL PAZIENTE (costituiscono pure strumenti di prevenzione primaria e di valutazione di compliance e di coping – Paragrafo VII)	
<p>A1) Indicatori negativi</p> <p><i>Aspetti comportamentali espliciti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rifiuto delle cure psicologiche (anche se ritenute utili) - ridotta indipendenza individuale complessiva (psichica, fisica, economica, sociale) - compromissione di talune performance: comportamentali, cognitive, emotive, interpersonali - richieste stravaganti o eccessivamente eccentriche (in rapporto alle concrete proposte dello psicoterapeuta) <p><i>Aspetti psicologici talora mascherati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - preoccupazione esagerata nell'intraprendere un percorso psicoterapeutico → pessimismo - paura eccessiva di mettersi in crisi → condotte di evitamento ripetute, nei primi approcci - timore che la cura sia troppo onerosa - esigenze rispetto ai probabili risultati - meticolosità eccessiva anche nelle richieste allo specialista - segnalazioni di notevole affaticabilità di fronte ai colloqui - perplessità marcata circa il programma psicoterapeutico - propensione all'ipercriticismo e alla colpevolizzazione propria o altrui - generico atteggiamento rivendicativo nei confronti della professione medica e psicologica con squalifica pregiudiziale verso le psicoterapie - interventi analoghi a quello proposto, poi interrotti senza specifiche motivazioni <p><i>Aspetti relazionali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - genitori o coniuge scettici o contrari a che il coniugato intraprenda una psicoterapia - interferenze continue dei parenti <p><i>Aspetti problematici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - quadri clinici seri ad andamento somatizzante - inadeguatezza dei sistemi di compenso affettivo, lavorativo, sociale - dipendenze patologiche - remore culturali, religiose, ideologiche, lavorative, sociali - discussione protratta sul sistema dei pagamenti 	<p>A2) Indicatori positivi</p> <p><i>Aspetti comportamentali espliciti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ricerca cooperativa e consapevole circa il proprio vantaggio terapeutico - determinazione nelle decisioni da prendere anche rispetto a eventuali varianti nel corso del trattamento - dialogo aperto e dinamicamente attivo circa le tematiche: costi-benefici, frequenza delle sedute, lunghezza del percorso terapeutico <p><i>Aspetti psicologici talora non evidenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - riservatezza empatica - realismo pratico verso il disagio attuale, verso la possibilità di cure efficaci, verso l'opzione di terapie farmacologiche associate (coping positivo) - accoglimento delle compensazioni fornite dalle cure (compliance complessiva) - fiducia nello specialista su eventuali problematiche emergenti <p><i>Aspetti relazionali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - buona alleanza e disponibilità della famiglia o del coniuge <p><i>Aree aperte a un dialogo costruttivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - richieste specifiche allo psicoterapeuta sulle tecniche, sulle risorse, sul tempo da impiegare e sui possibili risultati - richieste di chiarimenti sull'eventuale "focus" psicologico-clinico o psichiatrico prima del trattamento con possibilità di comunicare disagi, desideri, insoddisfazioni e perplessità - richiesta preliminare di suggerimenti in caso di difficoltà di comunicazioni corrette per concordare eventuali soluzioni - accettazione della distanza proposta e della scansione delle sedute <p><i>Aspetti problematici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - non clinicamente contrastanti anche in rapporto ai test, per una presa in carico psicoterapeutica a livello strutturale di "revisione dello stile di vita"

TABELLA 2B

INDICATORI NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO/PROGNOSTICO DA PARTE DELLO PSICOTERAPEUTA (sono correlati alla <i>compliance</i> ed al <i>coping</i> del paziente – Paragrafo V – e ad un eventuale prevenzione primaria di malpratiche – Paragrafo VII)	
B1) Indicatori negativi <ul style="list-style-type: none"> - non valutare sufficientemente i vari approcci diagnostici - accogliere pazienti in terapia strutturata per opportunità economica (del terapeuta), non concordando appieno sul sistema dei pagamenti, sulla frequenza delle sedute, etc. - rifiutare il passaggio ad un collega di un paziente, quando invece lo si ritiene utile - emergere di sentimenti di antipatia o di ansia verso il paziente - subire o non tenere in alcun conto gli elementi di critica da parte dei familiari del paziente 	B2) Indicatori positivi <ul style="list-style-type: none"> - buona capacità clinica, diagnostica e prognostica - iniziale empatia ed accoglimento basato non su pregiudizi, ma su presupposti - appoggio eventuale a colleghi sia per una terapia articolata con psicofarmaci, sia eventualmente per un appoggio psicologico ai parenti del paziente - proposta di setting adeguato sia verso gli aspetti clinici, sia verso altri parametri situazionali - chiarezza dettagliata nell'accordo terapeutico, ivi comprese le ridefinizioni nel corso del trattamento

V. Iatrogenia e malpratica connesse ai trattamenti

A) Aspetti generali

Qualora una diagnosi e una prognosi siano erranee od insufficienti, come riportato in precedenza, ne possono conseguire indicazioni al trattamento incomplete e un'attuazione impropria della strategia terapeutica (Paragrafo VII: B1, B2). Tra le molte "radici" eventualmente iatropatologiche connesse ad una psicoterapia di tipo adleriano, vi è inoltre l'uso, competente o meno, di un approccio che non rispetti i

Codici Deontologici o le regole Etiche e Professionali [56, 78, 132] ivi compresi taluni Articoli dello Statuto del Regolamento Societario della SIPI. Una delle situazioni più comuni di possibili “malpratiche” proviene dall’utilizzo non appropriato della metodica e dei percorsi psicoterapeutici da effettuare, a seconda della situazione psicopatologico-clinica, storica, motivazionale e prospettica del paziente.

Se è da definirsi come “mitica” la proposizione teorica secondo la quale ogni paziente avrebbe diritto di ricevere il miglior trattamento disponibile per la sua malattia [82], in psicoterapia tale affermazione potrebbe apparire quale una sorta di finzione e si dovrebbe ricodificarla piuttosto “come se” il paziente “dovesse avere il diritto a ricevere il miglior trattamento praticabile: il che coinciderebbe con un trattamento complessivamente percorribile in quel momento per lui”.

Ciò corrisponde *metodologicamente* all’*abito fatto su misura per ciascun individuo* suggerito dagli adleriani e si inserisce nell’ambito della Prevenzione Primaria e Secondaria (Paragrafo VII).

Esempio 1 – Caso in supervisione. Il quadro clinico del paziente, di anni 25, rientra in un *Disturbo Ossessivo-Compulsivo* (DOC). Il soggetto, reduce da una terapia cognitivo-comportamentale, è motivato, sufficientemente giovane ed acculturato e si può indicare una psicoterapia ad orientamento analitico con una frequenza iniziale di due sedute la settimana. Questo individuo per recarsi ai colloqui dovrebbe peraltro affrontare seri disagi economici, familiari e professionali che destabilizzerebbero il sistema di compensazioni positive. Il vantaggio dell’analisi sarebbe assai diminuito od annullato dalle eventuali rinunce e frustrazioni negative, che il paziente dovrebbe sopportare a livello economico-lavorativo. Tali situazioni di vita potrebbero rendere paralizzanti non solo le difese psicologiche, ma aumenterebbero pure le resistenze alla terapia. Il soggetto potrebbe registrare un ulteriore collaudo negativo, aggravando il suo stato psicopatologico. In supervisione il didatta suggerisce (all’analista) di concordare (con l’analizzando) un trattamento con un solo colloquio settimanale onde evitare rischi anche generici di *malpratica metodologica*. Il paziente accetta la proposta del proprio psicoterapeuta e acconsente pure ad un trattamento farmacologico articolato. Dopo circa due anni di cura si registra un netto miglioramento sia sintomatico che strutturale.

La Psicologia Individuale rende disponibili tipi diversi di tecniche. La vasta gamma di trattamenti può riferirsi a interventi individuali, di gruppo, di chiarificazione, di tipo supportivo o intensivo, di psicoterapia breve o a fasi successive, di psicodramma, di *counseling*, di tipo psicopedagogico correttivo, etc. In taluni casi in cui la patologia è grave e ad andamento cronicizzante, vi può anche essere l’indicazione di programmi psico-socio-riabilitativi [108]. Ciò non significa che nell’ambito della *tavolozza terapeutica* si debbano mescolare tutti i colori, ma che gli stessi possano essere utilizzati armonicamente seguendo un piano del *quadro d’intervento*.

Bisogna sottolineare, inoltre, che mentre uno psicoterapeuta abilitato dovrebbe avere un ulteriore tirocinio analitico, da effettuare coi didatti preposti dagli Istituti di formazione, i percorsi più utili per il paziente non sempre devono raggiungere un livello intensivo-espressivo. Ed è proprio in tale contesto che le *interpretazioni* dovrebbero essere correlate alla consapevolezza dell'analizzare, per non attivare comunque agenti di malpratica [118].

Al proposito sembra opportuno riferirsi ancora ad alcuni *aspetti problematici o favorevoli della compliance e del coping* nelle psicoterapie, giacché la consapevolezza degli stessi può essere utilizzata nella prevenzione (primaria, secondaria ed anche terziaria) delle iatrogenie e malpratiche (Paragrafo IV, Tabelle 2A e 2B; Paragrafo VII B).

B) *Atteggiamenti del paziente di fronte alle terapie*

Le psicoterapie dinamiche sono oggi assai complesse ed articolate. Ad esempio, vi sono soggetti che effettuano contemporaneamente una cura con farmaci e che possono sia attuare un *doppio registro* con lo stesso terapeuta medico, sia stabilire un'articolazione fra il curante che prescrive i farmaci e lo psicoterapeuta (psichiatra o psicologo clinico anche non medico). In questo secondo caso se vi è un sinergismo positivo l'apporto è benefico; qualora invece vi sia un dissinergismo con squalifiche professionali dell'uno o dell'altro terapeuta, vi è malpratica, a livello clinico e deontologico. Si sottolineano i seguenti aspetti:

- a) *L'opzione farmacologica*, spesso utile quando non addirittura necessaria, deve correlarsi ad un'attribuzione del "significato del sintomo", se si vuol attenuare il rischio iatrogeno da "effetto nocebo". Anche il farmaco considerato inutile può essere di per sé negativo, o comunque può ingenerare resistenze. Una precipitosa o frettolosa prescrizione è addebitabile alle ansie del curante e spesso del curato, allo scopo di eliminare subito i sintomi, prima di comprenderne il significato. Vi sono peraltro certi psicoterapeuti, in genere non medici, che sono ipercritici verso le terapie psicofarmacologiche, o che riducono le prescrizioni specialistiche di colleghi, perché ritenute inutili o dannose. Ciò rientra spesso in una *malpratica deontologica* verso il collega ed in una *malpratica clinica* verso il paziente.
- b) *L'inadeguata informazione sui farmaci prescritti* è un altro problema importante. A tuttora non esistono sostanze potenzialmente prive d'effetti secondari indesiderati, anche perché la somministrazione di un composto inerte può indurre la comparsa d'effetti sia positivi (*placebo*) sia negativi (*nocebo*) (117). Questa fenomenica di per sé non comprova quanto siano consistenti le resistenze individuali al farmaco ed al cambiamento e quanto invece fattori psicogenetici siano sinergici con gli effetti collaterali di origine farmacologica. Non

vi sono sicuri indici predittivi circa l'opportunità, la quantità e la qualità di informazione da trasmettere al paziente sulla natura degli effetti collaterali che una determinata sostanza possa avere circa la recettività dell'individuo, a livello biochimico, nelle diverse tappe del metabolismo cellulare. Tuttavia si possono utilizzare a scopo preventivo i già citati *indicatori di compliance e di coping* (Paragrafo IV, Tabella 2A e 2B), oltreché le notizie circa una particolare reazione ad un farmaco, già in precedenza assunto dal paziente. Spesso si tratta di prevenire reazioni di evitamento verso gli psicofarmaci e di problematiche cliniche a terapia iniziata o protratta.

- c) Al fine di ottenere una corretta *adesione alla prescrizione farmacologica* è attribuita notevole importanza ai messaggi, veicolati al paziente dal terapeuta tramite il "canale psico-farmacologico". Questi concernono per esempio l'opinione che curante e curato hanno del tipo di sostanza prescritta e delle reali aspettative circa l'efficacia. Vi sono *fattori aspecifici* legati al farmaco "assunto in fantasia", in senso positivo o negativo. Da qui gli effetti placebo/nocebo comuni ai diversi farmaci, ai quali devono essere aggiunti *fattori psicologici specifici* per ogni tipo di sostanza. Ai fini dell'accettazione o del rifiuto di un farmaco, è assai diverso prescrivere un antinfiammatorio od un antidepressivo. Tutto ciò dovrebbe correlarsi al percorso psicoterapeutico a cui si attribuiscono valenze diverse, peraltro indicate nell'ambito in una strategia concordata. Un effetto terapeutico specifico di un farmaco può risentire, oltreché *della farmacocinetica e della farmacodinamica* legate alle proprietà chimiche della sostanza, anche di un effetto dovuto al *tipo di comunicazione*, spesso non verbale, col quale il curante ed il curato "investono" la sostanza nell'occasione della prescrizione, nei successivi aggiustamenti posologici e nel contesto generale della relazione terapeutica. Se non vi è un rifiuto generale alla medicalizzazione (ad esempio in soggetti che assumono solo sostanze omeopatiche) e quando non sia lo stesso psicoterapeuta medico, che ritenga clinicamente utile essere il prescrittore di farmaci, è importante realizzare un'*alleanza di lavoro* e non di conflitto, fra specialisti con ruolo diverso, in favore dei pazienti.

L'articolazione a rete in un approccio multiplo con farmacoterapia e psicoterapia, nei casi più complessi a due o più terapeuti, ad esempio con una *liaison in Ospedale Generale* [71, 110, 121], dovrebbe comunque essere sinergica, discussa col gruppo curante, concordata con l'individuo ed accolta dalla famiglia. In caso contrario si potrebbero produrre nel paziente dissonanze cognitive o resistenze emotive che alimenterebbero le sue difficoltà ed interferirebbero con la stessa relazione terapeutica.

Come prima sottolineato si dovrebbe non tanto valutare in assoluto la miglior combinazione degli interventi, quanto saper individuare il trattamento concretamente praticabile "per quel paziente in quella evenienza morbosa", valutando la base tem-

peramentale, la struttura della personalità, l'*evoluzione psicopatologica* [60], l'anamnesi, la situazione attuale (dell'attività lavorativa, relazionale, sentimentale, sociale, culturale), ed il sistema delle compensazioni. Occorrerebbe inoltre che l'analista adleriano, nell'ambito di un *controatteggiamento terapeutico* saggiasse gli atteggiamenti del paziente correlati alla sofferenza complessiva, alle aree di "soglia di vulnerabilità", alle resistenze [133] (Tabella 3). Una *strategia dell'incoraggiamento* appare, comunque, utile in tutti i contesti di cura [23, 95, 119].

TABELLA 3

A) ATTEGGIAMENTI DEI PAZIENTI CORRELATI AL DISAGIO COMPLESSIVO ED ALLE AREE DI VULNERABILITÀ		
B) CONTROATTEGGIAMENTI DEI TERAPEUTI		
A) PAZIENTI		B) TERAPEUTI
Tratti personologici- comportamentali →	Atteggiamento del soggetto di fronte alle problematiche emergenti	Modalità di controatteggiamento nella relazione psicologica d'aiuto. L'incoraggiamento è una strategia che si può attuare in tutti i contesti
Dipendenza regressiva → (riduzione della zona cuscinetto)	Esplicitazione delle richieste urgenti	Sostegno nella presa in carico Fornitura di presenza Psicoterapie brevi
Auto-disciplina →	Iper-controllo	Approccio "scientifico" e condivisione delle informazioni
Drammatizzazione →	Incostanza, irritabilità, aggressività	Approccio "professionale" tranquillizzante e contenimento delle emozioni
Timore della sofferenza →	Tendenza al rifiuto degli aiuti	Riconoscimento della sofferenza e della depressione senza inutili rassicurazioni
Sospettosità →	Diffidenza, querulomania	Accoglimento della sospettosità senza dis- cutere o negare le informazioni
Iperesigenza →	Pseudo-sicurezza di sé	Atteggiamento di "esperto" da parte del medico
Distanziamento rigido → (aumento della zona cuscinetto)	Ricerca di isolamento	Modulazione della distanza, cercando canali di comunicazione non ansiogeni. Testimoniare l'"alleanza"

C) Problematiche del terapeuta

Oltre alle *dinamiche degli atteggiamenti/controatteggiamenti* (Tabella 3B) vi sono molte altre situazioni che slatentizzano, nelle relazioni terapeutiche, errori, aggressività, controresistenze, contro dipendenze, etc., le quali provengono prioritariamente dallo stesso psicoterapeuta [89].

- 1) Un certo numero di malpratiche derivano da problemi irrisolti che assumono talora la forma di *finzioni del terapeuta* nei confronti del paziente, ad esempio verso le cosiddette *quattro A* riguardanti: Amorosità, Amorevolezza, Amichevolezza e Analisi (rapporto di empatia: terapeuta-paziente). Tali movimenti emotivi non devono essere confusi in una psicoterapia analitica, specie se vi è un transfert altamente erotizzato. Sono l'*empatia* e la fornitura di *presenza* che devono essere armonizzate in funzione della relazione d'aiuto. Le dinamiche legate al *piacere* (filia/fobia) [96], la paura dei sensi, l'amorosità, un rapporto di tipo genitoriale dogmatico, etc., possono costituire fattori di malpratica o comunque di interventi terapeutici inopportuni (Paragrafo VII B).
- 2) Anche il *potere*, come volontà di potenza volta al prestigio personale da parte del terapeuta, può impregnare negativamente la relazione attraverso un *controllo del paziente*, atto a mantenere una rigida relazione tipo alto/basso (*up-down*), con possibili dipendenze regressive e collusioni iatrogene. Se non modulati da un autentico *sentimento sociale*, tali atteggiamenti di piacere e di potere verso il paziente non sottendono buone pratiche. Le tendenze all'appagamento ed all'onnipotenza, sembrano rilevabili più "per effectum", che non "per intentionem", e spesso sono inestricabilmente commiste. Anche in psicoterapia dovrebbe prevalere, nella relazione curante/curato, una disposizione benigna e cooperativa. Oltretutto alle *interpretazioni non corrette* [118] si possono attivare, nel corso del trattamento, delle *comunicazioni paradossali* [97] che si ripercuotono nel paziente con effetti iatrogeni sino a dissonanze cognitive od a dipendenze regressive simili a "tossicomanie d'oggetto" [64, 100]. In questi casi è opportuno avviare un autentico *processo di incoraggiamento* [67, 95, 119], ed instaurare un'alleanza creativa col deficit [124, 125] per poter superare certe situazioni di stallo: come si può verificare in alcuni handicap anche di tipo motorio o sensoriale-psicologico (specie nell'età evolutiva ed involutiva).
- 3) Il paziente nel "comunicare a modo suo" trasmette allo psicoterapeuta messaggi circa il proprio disagio, riferibili ad un "linguaggio privato". L'*interpretazione* deve essere correlata, quindi, non solo da parte dell'analista ai sintomi, ai sogni, alle fantasie, ma anche all'uso di "metafore vive" [110]. Di fronte a particolari *codici espressivi* che si riferiscono alle *sfere del simbolo* [111, 134], lo psicoterapeuta adleriano deve utilizzare vari parametri di "allestimento" che non devo-

no avere interferenze e ripercussioni negative circa l'*alleanza di lavoro* [40]. Qualora non si giungesse a un'*identificazione correttiva* [64], ciò potrebbe venire a costituire un percorso terapeutico assai incerto.

4) Sempre più di frequente alcune malpratiche possono correlarsi a *contrast* culturali. In alcuni casi si può parlare di disturbi iatrogeni, qualora le procedure terapeutiche siano esplicitamente contrarie agli Orientamenti Culturali, Religiosi e di Valori del paziente e slatentizzino conflitti profondi, oppure spostino sintomi verso disturbi psicosomatici [86, 135].

5) Vari *tipi di sfruttamento* possono ingenerare effetti indesiderati e talora devastanti. Tra i più rilevanti si citano quelli

- *Emotivi*: illeciti appagamenti psicologici, quali ad esempio l'induzione di un'analisi interminabile. Questa, tuttavia, deve differenziarsi da un supporto specialistico perdurante nel tempo in particolari pazienti cronici. Tali *psicoterapie d'accompagnamento* devono essere considerate *buone pratiche*.
- *Economici*: esosità negli onorari, accordi non chiari sui pagamenti, accettazione impropria di regali o di *benefit*; induzione al trattamento psicoterapeutico per "bisogno di lavorare e guadagnare" da parte del terapeuta [41].
- *Pseudo-scientifici*: utilizzo dei pazienti che sono sottoposti a protocolli di ricerca senza un preventivo consenso informato validato.
- *Afferenti a un Plagio*: taluni trattamenti possono essere considerati delle malpratiche sotto il profilo etico, quando essi sono effettuati al limite della legalità e della deontologia professionale. Si può giungere in questo caso alla circonvenzione di incapaci sino alla succubanza del paziente (ad esempio attraverso consigli e vantaggi nella gestione patrimoniale, etc.).
- *Inerenti a Rapporti affettivi e sessuali*: la relazione tra curante e curato, attivata dalle *vicissitudini transferali* [27, 28, 34], può condurre a relazioni affettivo-sessuali.

La letteratura statunitense segnala come i casi di *rapporti sessuali*, tra psicoterapeuta e paziente, costituiscano la *prima causa di malpratica* [53, 54]: ancora più frequenti degli errori di valutazione, di trattamento e di violazione del segreto professionale, essi vengono a costituire infrazione deontologica, errore tecnico e implicano pure giudizi di responsabilità [17, 87] (Paragrafo VI). Si sottolinea che nei medici in generale è importante distinguere sentimenti che esprimano empatia, con disponibilità a prendersi carico delle emozioni altrui, da comportamenti con intenzionalità amorosa e sessuale. Inoltre, in un elevato numero di casi, a

seguito di *molestie sessuali* o di richieste assillanti anche telefoniche (*Stalking*), da parte del terapeuta [20], le conseguenze possono ripercuotersi negativamente sull'equilibrio psichico del paziente, sino a comportamenti etero ed autolesivi.

Non è difficile ipotizzare che tali condotte, siano improprie sia nell'ambito del *setting* [31] sia al di fuori dello stesso, giacché modificano profondamente le dinamiche transferali/controtransferali.

Al di là della responsabilità colposa possono aprirsi per il terapeuta altri profili di responsabilità circa l'*abuso sessuale* e la *validità del consenso* del paziente. Il rapporto terapeuta-paziente è palesemente sbilanciato a favore del primo, tantoché si parla di *seduzione sul lettino*. È ipotizzabile il reato di *violenza sessuale*, non solamente quando il rapporto si concretizzi in seguito a molestie, minacce, violenza vera e propria, ma anche quando il terapeuta non sia in grado di fronteggiare una situazione interpersonale "sessualizzata", realizzando così una *collusione iatrogena* [107]. Inoltre, la violenza sessuale del terapeuta è presunta legalmente, in malati gravi, in soggetti in età evolutiva, in evenienze di sudditanza psicologica, etc.

Alcuni quadri clinici, come noto, possono manifestarsi quando il paziente, anche sotto forma di disinibizione sessuale (ad esempio nei disturbi ipomaniacali, schizofrenici, parafilici, etc.), presenti tentativi più o meno goffi e palesi di richieste sessuali [126, 127]. Il terapeuta, se non mantiene una corretta distanza e una comunicazione appropriata, compie una malpratica.

In sintesi, sfruttamenti, misusi, rapporti sessuali tra terapeuti e pazienti sono generalmente da considerare *malpratiche*, con presumibili conseguenze *iatrogenerne*. Nei casi limite in riferimento alla tipologia delle responsabilità dello psicoterapeuta, si possono avere severe sanzioni dagli Ordini Professionali e dalla Magistratura [31, 32, 42, 87] (Paragrafi VI e VII).

VI. *La responsabilità professionale*

Lo psicoterapeuta (psicologo clinico, psichiatra, neuropsichiatra infantile) è chiamato sia ad osservare precise regole etico-deontologiche [78], sia a conoscere in modo approfondito quesiti riguardanti l'area forense [29, 93, 104, 131]. Entrambe le problematiche possono afferire alla iatrogenia/malpratica.

A) *Responsabilità Legale*

Questa comprende non solo un generico obbligo del medico e dello psicologo di rispondere in sede civile e penale al danno cagionato al paziente per inosservan-

za dei Codici Deontologici, ma anche a doveri e diritti che hanno significati giuridici e connotazioni di natura etica generale. Rispetto alla *responsabilità legale* è necessario che sussistano alcune condizioni che possano configurare un comportamento colposo che derivi da una malpratica e che esiti in un errore tecnico ed in un danno iatrogeno (es. omissione di soccorso in emergente tentativo di suicidio) [17, 123]. Il problema si incentra sulla *qualità dell'errore* ed in tema di responsabilità si richiama l'attenzione sullo *status-ruolo* dello psicoterapeuta, che deve vincolare coloro che siano iscritti agli Elenchi speciali negli Albi Professionali degli Ordini dei Medici o degli Psicologi. Ciò fa obbligo allo specialista di adempiere scrupolosamente a tutte quelle regole che lo premuniscono da incompetenza, negligenze, imperizia, oltretutto da dolo. Lo psicoterapeuta dovrebbe, peraltro, attenersi con il paziente/cliente a comportamenti che siano sempre improntati a *principi di umanità* e che riconoscano la dignità altrui: di ogni cultura, religione, etnia ed orientamento sessuale.

La complessità di queste tematiche in alcune Comunità o Strutture terapeutiche aumenta qualora l'attività si svolga in una *équipe* interdisciplinare, come ad esempio nella *liaison* in Ospedale Generale. Il paziente può essere "affidato" alla competenza psicoterapeutica nell'ambito di una strategia di trattamento (psicofarmacologica, riabilitativa, di *counseling*), che si concretizzi anche in specifici compiti di relazione d'aiuto psicologica.

Un importante aspetto riguarda il *consenso informato validato*. Per ogni intervento psicoterapeutico professionalizzato, specie nel caso di minore o di altre situazioni d'invalidità o di impedimento o di incapacità, è necessario osservare strettamente i Codici che regolamentano l'attività sanitaria.

Per non essere iatrogenico e per osservare una buona pratica, il consenso informato validato deve mirare sia alla correttezza del rapporto interpersonale, sia alla comunicazione che deve essere chiara ed autentica. Termini quali alleanza, empatia, benevola neutralità, consenso, non sono vacue parole, ma atti che rientrano nella pienezza della professione psicoterapeutica.

Il cammino dell'informazione/comunicazione è arduo, anche perché i livelli sono differenti e molti sono i fattori che possono interferire circa una buona pratica [29, 104]. Tra questi si enumerano:

- gli *Atti* del consenso circa i criteri deontologici e giuridici; la qualità dell'informazione, l'autenticità della comunicazione, la consapevolezza del tipo di terapia attuata (ad es. un'associazione farmacologica, o altri interventi psicoriabilitativi);
- i *Percorsi* che riguardano la patologia del paziente e le metodiche proposte dallo psicoterapeuta, le dinamiche familiari, i *focus* e le finalità del trattamento;

- il *Setting* ed il *Contesto*, che possono essere variabili nel tempo;
- la *Ricerca Clinica* che deve essere preventivamente concordata e può riferirsi sia all'inizio (controlli clinici con l'applicazione di test psicologici utilizzati per la standardizzazione dei dati), sia durante l'iter del trattamento, sia in *follow-up* per verificare i risultati.

B) *Figure Professionali*

Lo psicoterapeuta adleriano a orientamento analitico [74, 80] in corso di valutazione e di trattamento deve essere documentato per conoscere le caratteristiche clinico-forensi dei propri pazienti, le quali sono rapportabili ad una serie di situazioni, talune delle quali già in precedenza ricordate. Tra queste si sottolineano:

- le tendenze di comportamento a rischio di criminalità: oltreché all'uso di sostanze illegali, al *cyber-crime*, agli atti violenti specie nei minori degli anni 18 (*baby-gang*);
- le minacce di lesioni o di morte (a sé od agli altri) che lo psicoterapeuta venga a sapere nel contesto della cura;
- le violenze e molestie sessuali intrafamiliari ed extrafamiliari e/o atti di pedofilia;
- il *mobbing* (pressioni indebite sul lavoro) e lo *stalking* (molestie spesso telefoniche);
- i casi di separazione e divorzio e, nell'ambito della famiglia, di adozioni nazionali e internazionali;
- la verifica di capacità a gestire il proprio patrimonio ed ancora la capacità del soggetto a testimoniare.

Altre questioni possono emergere nella pratica psicoterapeutica durante le varie età della vita dei pazienti, nell'ambito civile e penale, e possono coinvolgere lo specialista metodologicamente, clinicamente e legalmente. Per quanto riguarda il compito richiesto dai Tribunali di effettuare *perizie* o *deposizioni* (quale persona informata dei fatti) o *profili* psicologici-individuali nelle cause di separazione, di annullamento matrimoniale, etc. va sottolineato che spesso esistono incompatibilità circa il mantenimento del segreto professionale (e quindi con possibilità di malpratiche), fra alleanza psicoterapeutica e certificazione medico-legale. Nel dubbio è necessario che lo psicoterapeuta richieda un'autorizzazione liberatoria (vedi oltre) dopo essersi consultato con un medico legale, con un avvocato o con l'Ordine Professionale.

Gli *atti* ed i *percorsi* di tutela si radicano nei diritti/doveri dei curati e dei curanti nel campo sanitario e quindi anche nell'area delle psicoterapie. I *documenti nazionali ed internazionali* più significativi al proposito [75], circa le persone con disturbi psicopatologici, si rifanno alla dichiarazione di Madrid per le linee

guida etiche (W. P. A., 25 Agosto 1996); il libro bianco sulla protezione dei diritti umani e della dignità e delle persone che soffrono (Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa, 10 Febbraio 2000); i pareri della Commissione Nazionale per la bioetica (24 Novembre 2000), etc.

Vi è oggi una profonda modificazione culturale circa l'approccio terapeutico complessivo e le psicoterapie sia di fronte al disagio psichico individuale e collettivo sia intorno allo sviluppo ed alla diffusione di un vasto settore di conoscenza che si estende dalle Scienze Umane alle Neuroscienze [110, 111], rispetto alla gestione, nello stesso tempo, *unitaria ed articolata* delle problematiche cliniche (bio-psico-sociali) del disagio mentale.

Il *segreto professionale* rientra in tali percorsi di tutela e si costituisce quale obbligo da mantenere per quanto venga appreso nel corso dell'attività psicoterapeutica; esso viene sancito e regolamentato dalle norme dei rispettivi Codici Deontologici (per i medici e per gli psicologi) e dal Codice Penale (art. 622 e 326).

Le eventualità di poter superare la barriera di tale segreto senza giusta causa sono poche:

- quelle imposte dalla Legge (nel caso di referti, denunce o certificazioni obbligatorie);
- quelle riferibili alla trasmissione di segreto professionale ad altro collega.

Lo psicoterapeuta (senza compiere malpratica) può dare informazioni sulle condizioni di salute di un paziente, solo in seguito alla sua autorizzazione esplicita una volta edotto sull'opportunità o meno della rivelazione stessa, oppure nei casi di assoluta necessità per salvaguardare da situazioni gravi il paziente od altri da lui.

C) *Complessità della Relazione Terapeutica*

La *relazione psicoterapeutica* può far sì che si rendano talora partecipi della cura in atto, sia persone significative nella vita affettiva e relazionale del paziente (genitori, coniugi etc.), sia altri colleghi i quali rientrano nell'ambito di una consulenza professionale adeguata e proficua per il trattamento in corso, sia, in caso di approccio multiplo, professionisti di differenti discipline (psicoterapeuta, psichiatra, neurologo, neuropsichiatra infantile, geriatra, pedagogista, mediatore culturale, etc.). L'apporto di varie figure operative in una "rete relazionale" costituisce una *rete psicoterapica* [105] che, qualora non sia armonica, crea delle situazioni di serio rischio iatrogeno.

Pure nel corso delle *analisi didattiche* o nelle *supervisioni* possono emergere situazioni di malpratica clinica o di dissonanze fra didatti e analisti in formazione od in consulenza. Il *supervisore*, nella tutela del segreto professionale, onde dirimere eventuali discordie, pure nel ruolo di mediatore dovrà ottenere una esplicita autorizzazione.

Lo psicoterapeuta ed il didatta non possono assumersi il compito o l'incarico di trasformarsi in custode, in investigatore e tantomeno in giudice, allo scopo di prevenire o di sanare controversie che emergano nell'ambito della loro professionalità e che siano perciò protette dal segreto professionale. Solo previa bonaria consultazione pacificatoria, in un primo tempo e su esplicita richiesta delle parti in un secondo tempo, si potranno meglio affrontare le problematiche. Qualora le discordie siano situabili nell'area di presunte illegalità o di rischi antisociali è necessario deferire tali soggetti ai Proviviri delle Società e/o consultare gli Ordini Professionali e/o la Magistratura.

Come si può evincere vi sono *numerosi situazioni e contesti istituzionali* (Esempi 2, 3, 4) sia nella fase diagnostico-prognostica sia nel corso del trattamento, in cui lo psicoterapeuta di fronte al proprio paziente o cliente deve prendersi carico di specifiche responsabilità legali e di particolari problematiche inerenti al proprio status-ruolo professionale.

Va da sé che la relazione terapeutica deve rendersi compatibile con i *Codici Deontologici*, con i vigenti *Codici Civili e Penali* e, pure, con gli *Orientamenti Valoriali* ed i *Sistemi Culturali* di appartenenza degli individui di cui ci si prende cura.

Nell'area del modello teorico-pratico della Psicologia Individuale ciò si avvera già negli Istituti e nelle Scuole di Psicoterapia. Nell'ambito della professione e qualora vi siano interventi di *Counseling*, di Psicopedagogia correttiva e di Psicoriabilitazione, le eventuali malpratiche dovrebbero poter essere riferibili a particolari Codici Deontologici (i supporti potrebbero essere quelli dei Medici e degli Psicologi) giacché non vi sono attualmente specifici regolamenti al proposito.

Si riportano alcune *esemplificazioni*.

Esempio 2 - Caso Osheroﬀ – U.S.A. Washington, 1979.

a) Il paziente O. nel 1979 fu al centro di una disputa sulle *responsabilità* degli specialisti circa differenti impostazioni diagnostico-terapeutiche. Dal gruppo curante della struttura psichiatrica di Chestnut-Lodge fu emessa diagnosi di "Disturbo narcisistico di personalità" e s'instaurò per sette mesi un trattamento di psicoterapia analitica individuale (senza farmaci) a cui seguì un peggioramento della sintomatologia.

La diagnosi posta dall' *équipe* della Hill Silver Foundation, a cui il paziente ricorse successivamente, fu di "psicosi maniaco-depressiva" e si intervenne con psicofarmaci fenotiazinici e triciclici; dopo tre mesi il soggetto ebbe un notevole miglioramento del quadro clinico. Il signor Osheroff entrato in causa contro la prima *équipe* fece una richiesta ingente di danni per "*malpratica psicoterapeutica*". Non si arrivò mai ad un arbitrato ed a una sentenza definitiva perché le parti giunsero nel frattempo ad un accordo sull'entità del risarcimento.

b) Tale caso tuttavia offrì spunti di *riflessione* a tutt'oggi attuali [53, 54]:

1) *Prima posizione*. Il dottor Klerman [50, 51] sostiene l'imperizia e la negligenza del gruppo terapeutico di Chestnut-Lodge sia nella diagnosi che nel trattamento esclusivamente psicoterapeutico. Il suo articolo terminò sollecitando la Consulenza (in pratica la supervisione) di altri colleghi, qualora non si fosse potuto dimostrare nei pazienti (anche a futura memoria) un miglioramento in tempi ragionevoli.

2) *Seconda posizione*. Il dottor Stone [130] replicò al dottor Klerman partendo dalla patobiografia di Osheroff; egli gettò una luce differente sul caso sottolineando che il soggetto era stato già tre volte ricoverato in ospedale (prima della controversia) sia con diagnosi di disturbo narcisistico della personalità sia con trattamento articolato (psicofarmaci e psicoterapia). Stone sostiene che il paziente nel ricovero a Chestnut-Lodge aveva realizzato contro il terapeuta e l'intera istituzione ospedaliera un transfert negativo (aggressivo/distruttivo) e che il suo passaggio ad un'altra struttura con miglioramento dopo l'intervento con farmaci era stato frutto di una vendetta narcisistica.

Esempio 3 - Caso Tarasoff – U.S.A. California, 1974.

a) La *sentenza* formulata dalla Suprema Corte della California nel 1974 a proposito del caso in oggetto è emblematica per i problemi della malpratica iatrogenica, nonché per le *responsabilità professionali* [53, 54], sotto molti aspetti. Tatiana Tarasoff fu uccisa da uno studente indiano di nome Poddar, già in terapia farmacologica associata a psicoterapia presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Berkeley.

La *prima sentenza* della Corte sanzionò il terapeuta che avrebbe avuto il *dovere* di avvertire (*duty to warn*) la vittima potenziale o la polizia delle minacce espresse da un paziente. Tale sentenza suscitò dissensi. L'*équipe* curante (psicologi clinici e psichiatri) aveva cercato, mantenendo il segreto professionale, di verificare anche attraverso la *campus police* la veridicità e la pericolosità delle affermazioni dello studente Poddar: essi quindi si consideravano non colpevoli.

La *seconda sentenza* della Suprema Corte stabilì il dovere di proteggere, piuttosto che la liceità di non avvertire la vittima indicata. Venne promulgata poi

una Legge nel 1985 sì che, attualmente, si prevede che il dovere di avvertire e di proteggere la presunta vittima si concretizza nel momento in cui il terapeuta, che venga a conoscere da parte del suo paziente serie minacce di violenza fisica contro terzi chiaramente identificabili, debba compiere tentativi ragionevoli di comunicare le minacce sia alla vittima stessa, sia alle autorità competenti [19].

b) Le *riflessioni* che si possono effettuare sono almeno di *due tipi di livello*:

Primo livello. Uno psicoterapeuta (psichiatra o psicologo clinico) può venire a conoscenza nell'ambito del setting analitico che un suo paziente esplicitamente manifesti delle serie minacce fisiche nei confronti di altri individui o di se stesso.

Nella situazione in cui si ritenga che le minacce siano intenzioni reali verso una persona indicata dal paziente stesso, l'*esclusiva interpretazione* circa le minacce stesse potrebbe essere considerata una negligenza e, quindi, una *malpratica* con *responsabilità* da parte del terapeuta. Questi, infatti, non può nascondersi dietro la propria neutralità terapeutica o mascherarsi dietro la non violazione del segreto professionale (art. 622 c.p.), anche per quanto riguarda l'eventuale interruzione, senza appoggio terapeutico ad altro specialista in quanto potrebbe essere accusato di abbandono di persona minore o incapace (art. 591 c.p.).

Secondo livello. Il problema riguarda un soggetto in psicoterapia, qualora questo comunichi al proprio analista di sentirsi o di essere seriamente minacciato da un'altra persona (coniuge, amante, etc.) e nello stesso tempo abbia timore che una segnalazione o una denuncia ufficiale possa aggravare irrimediabilmente una già precaria situazione d'equilibrio.

Tra gli strumenti che il terapeuta può utilizzare vi sono:

- avere il consenso da parte del paziente per una consulenza o supervisione del problema da parte di un altro specialista (Cap. II, art. 64, 65 C.D. Medico)
- fare riferimento a quanto è contenuto circa il segreto professionale (Cap. III art. 9 del C.D. Medico).

Esempio 4 - Caso Zipkin – U.S.A. California, 1968.

a) La signora Zipkin citò a giudizio il dottor Freeman e si ebbe una *sentenza* legale nel 1968 con un verdetto contro il terapeuta a causa di trattamenti definiti piuttosto "bizzarri" (viaggi, cene, svaghi). Nello specifico la Corte riconobbe che il dottor Freeman non aveva gestito correttamente il transfert ed in generale il suo "atteggiamento terapeutico" era da considerarsi *malpratica* nel momento in cui aveva compiuto misusi sessuali con la paziente [53, 54].

b) *Riflessione.* La relazione fra terapeuta e paziente avrebbe dovuto configurarsi per analogia come rapporto fra "tutore e minore" in cui il primo non poteva

considerare il secondo come consenziente verso una forma di trattamento (come quello “sessuale”) che era inaccettabile sotto il profilo della *responsabilità professionale*, ivi compresi anche gli aspetti etici e deontologici. E ciò, secondo la Corte, avrebbe dovuto essere vigente almeno sino a due anni dopo il termine della psicoterapia (Sentenza dello Stato di California 1406 del 1968). Si pone a tale proposito la problematica inerente o meno al detto “semel abbas semper abbas”, e cioè al fatto che sebbene una psicoterapia sia terminata, si debbano mantenere le “distanze professionali”.

VII. *Tipi di Prevenzione e d’Intervento*

A) *Premesse*

I tipi di prevenzione, d’intervento e di riabilitazione, circa la iatrogenia e la malpratica, sono riferibili agli *agenti* che procurano gli effetti negativi (cioè agli psicoterapeuti), ma pure ai *riceventi* che ne subiscono gli effetti (cioè ai pazienti). Sicché si devono effettuare prevenzioni, cure e riabilitazioni tanto per gli stessi *curanti*, quanto per i *curati*, individui che hanno richiesto un trattamento per i propri disturbi e che si trovano a fronteggiare ulteriori problemi dovuti a malpratiche psicoterapeutiche.

I livelli di Prevenzione (Primaria, Secondaria e Terziaria) devono costituirsi quali parti e non frammenti di un tutto, che interagiscono fra loro e trovano le loro radici generali negli indicatori di previsione e nelle dinamiche degli atteggiamenti/controatteggiamenti (Paragrafo IV, Tabelle 2A e 2B; Paragrafo V, Tabella 3).

Tali questioni appaiono così importanti che è stata costituita nel 2002 a Yokohama una *Sezione di Prevenzione* nell’ambito dell’Associazione Mondiale Psichiatrica [57], la quale ha proposto un ulteriore livello di Prevenzione, quella Quaternaria, che inerisce alla riabilitazione ed alla destigmatizzazione. Si ritiene utile quindi suggerire anche per le psicoterapie adleriane alcuni punti circa i *tipi di prevenzione e di intervento delle malpratiche*, incentrati tanto sul paziente, quanto sullo psicoterapeuta (Tabella 4).

TABELLA 4

PREVENZIONI E CURA DELLA MALPRATICA		
Tipi e Livelli di PREVENZIONE e di INTERVENTO	PAZIENTE che subisce LA MALPRATICA	PSICOTERAPEUTA, quale eventuale AGENTE di MALPRATICA
B1) PREVENZIONE PRIMARIA <i>(Situazione antecedente al rapporto psicoterapeutico)</i> Vedi anche Tab. 2A, 2B e 3	<ul style="list-style-type: none"> - Tutela generale del paziente il quale si deve affidare a specialisti, richiedendo eventualmente il tipo di formazione e l'orientamento del modello teorico-pratico seguito - Informazione generale sulle psicoterapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Studio sulla selezione preventiva - Seminario orientativo prima dell'iscrizione alle scuole specialistiche - Riferimento alle questioni sottolineate nei Paragrafi III, IV, V, VI - Tutoraggio e discussione di casi clinici
B2) PREVENZIONE SECONDARIA <i>(Prime manifestazioni delle malpratiche e iatrogenie)</i> Situazioni problematiche per i pazienti. Supervisione dello psicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - Poca aderenza agli accordi - Coping e Compliance inadeguati - Rischio di dipendenza regressiva e di "Drop-Out precoce" - Sconfinamento di richieste al di fuori dal Setting 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspetti contrattuali non osservati - Problemi psicopatologico-clinici emergenti - Non corretta gestione dell'atteggiamento e del controatteggiamento - Insufficiente analisi delle resistenze e di rielaborazione delle controresistenze
B3) PREVENZIONE TERZIARIA <i>(Anticipazioni di eventuali recidive e trattamenti)</i> Eventuale presa in carico dei pazienti da parte di altri psicoterapeuti. Interventi sul curante che ha già avuto precedenti malpratiche	<ul style="list-style-type: none"> - Timore di ricevere danni da parte dello psicoterapeuta - Delusione circa la relazione terapeutica - "Drop-Out" tardivo - Seria possibilità di sviluppo psicopatologico - Ostilità e rabbia verso la psicoterapia in generale 	<ul style="list-style-type: none"> - Errori professionali continuati con sfruttamenti e misusi, anche sessuali - Relazione psicoterapeutica "malata" con "Burn-out" - Situazioni di deterioramento del terapeuta - Inadeguatezza nel richiedere supporti dai colleghi
B4) PREVENZIONE QUATERNARIA <i>(Destigmatizzazione e riabilitazione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Destigmatizzazione dell'individuo a seconda del tipo di malpratica e di danno subito - Accoglimento riabilitativo in un nuovo percorso psicoterapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Serie di colloqui di chiarificazione, sino ad una eventuale "rianalisi riabilitante" - Recupero dello psicoterapeuta rispetto al proprio status-ruolo professionale

B) *Aspetti fenomenico-dinamici*

B1) *Prevenzione primaria*

- a) Dalla parte del *futuro paziente*, valgono le osservazioni menzionate alla Tab. 4.
- b) Dalla parte del *futuro terapeuta* ancor prima che egli si iscriva alla scuole di psicoterapia, sarebbe opportuno:
 - effettuare uno studio esplorativo di tipo selettivo [57] e di *screening*, per valutare problematiche motivazionali, disturbi comportamentali stabili ed altre eventuali aree di rischio (Tabelle 2A e 2B);
 - far precedere l'esame d'ammissione nella Scuola di Psicoterapia Adleriana da un seminario propedeutico introduttivo, per illustrare gli aspetti delle adempienze di tipo professionale ed etico-deontologico, che gli psicoterapeuti dovranno osservare nei confronti dei loro pazienti (Tabelle 2B e 3);
 - preconfigurare allo studente i *focus* informativi e formativi nel corso degli anni di specializzazione;
 - proporre dei casi clinici "standard" da discutere in piccoli gruppi.

B2) *Prevenzione secondaria*

Paziente e terapeuta sono in interazione dinamica ed è quindi necessario cogliere anche gli aspetti relazionali. Prima di giungere alla fase iniziale del trattamento è molto importante stabilire un *rapporto concordato* di tipo contrattuale che ha per oggetto la prestazione (nel quale il paziente è "come se" fosse il creditore) ed il terapeuta (il quale è "come se" fosse il debitore) (Paragrafi III e IV).

- a) Dalla parte del *paziente* una delle evenienze che possono succedere nel primo periodo del trattamento è quella di un *Drop-out precoce*, sorta di interruzione non concordata, spesso improvvisa e apparentemente immotivata che, talvolta, dipende dalla fragilità del soggetto in cura, talaltra, da errori del curante. Nel corso di alcuni trattamenti per cause varie non sempre dovute a malpratica si registrano nel paziente: insoddisfazione, aumento della frustrazione, coinvolgimenti negativi col terapeuta, tendenze a condotte di fuga, etc. Tutto ciò può portare ad una interruzione, che può avere caratteristiche simili a quelle di un "messa in atto" (*acting-out*) contro il terapeuta.

Sul piano dinamico-motivazionale le caratteristiche sono correlate a contrasti nell'ambito dell'alleanza terapeutica, notevoli resistenze al trattamento, precedenti "messe in atto" durante le fasi iniziali della psicoterapia (assenze, attacchi verbali, mancanza di cooperazione), timori relativi

all'emergere di materiale conscio ed inconscio, paura di un coinvolgimento emotivo eccessivo. Questi comportamenti situabili nel suddescritto contesto di una prevenzione secondaria (*drop-out precoce*) qualora siano da ricercare nell'ambito di una prevenzione terziaria, sono ascrivibili ad un *drop-out tardivo* (Tabella 4).

- b) Dalla parte del *terapeuta* un atteggiamento di prevenzione secondaria alle malpratiche è quello di attenersi alle *adempienze contrattuali* quali eventuali variazioni del *setting*, costanti informazioni sul trattamento, alternative terapeutiche.

Le *discordanze contrattuali* possono essere caratterizzate da contrasti sul tipo di pagamento (Tabelle 2A e 2B), da negligenza, imprudenza, imperizia, quali ad esempio frequenti ritardi o riduzioni dei tempi delle sedute, telefonate improprie *ai e dai* parenti del curato, etc.

Gli *Aspetti Psicopatologico/Clinici* di base riguardano il fatto che un terapeuta professionalmente ed emotivamente formato e responsabile sia in grado di valutare tutti gli aspetti della cura di un cliente in considerazione del quadro clinico, dei valori di riferimento, del sistema culturale. Si possono porre numerosi problemi metodologici e pratici riferibili agli indicatori di previsione (Tabelle 2A e 2B). Fra questi molto importante è la segnalazione di desideri ricorrenti o di "acting" pregressi circa *atti conservativi*. Ciò può influire sul tipo del trattamento psicoterapeutico, perché, se è necessario proteggere il paziente, è nel contempo opportuno che il terapeuta non diventi troppo ansioso o al contrario indifferente. Una consulenza o una cura articolata con un altro specialista può essere una soluzione valida.

È determinante per l'analista, nei confronti dell'analizzando, valutare in seduta sia i *micro* che i *macro* viraggi (comportamentali, emotivi, sintomatologici) che potrebbero costituire dei segnali di malpratica agita o subita. Come si è più volte ricordato (Paragrafi II, III, V), lo psicoterapeuta dovrebbe essere edotto *sull'opportunità di un'associazione farmacologica*; egli dovrebbe altresì conoscere la propria capacità di modulare la *distanza*, la *scansione temporale* delle sedute, il proprio e l'altrui *grado di coinvolgimento* emotivo [25, 26, 100].

Tali problemi sono pertinenti alle più generali dinamiche del *controatteggiamento*, che appaiono indispensabili non solo per l'analista impegnato in una psicoterapia, ma anche in misura diversa per gli altri operatori sanitari coinvolti in una creativa relazione d'aiuto psicologica [133].

Un rapporto analitico può diventare iatrogeno pure nel momento in cui sorgono difficoltà da parte del terapeuta nel regolare *differenti correnti identificatorie di*

transfert [37]. Egli dovrebbe consapevolmente immedesimarsi nel paziente a vari livelli operativi a seconda degli aspetti clinici e dinamico-strutturali. Il terapeuta adleriano nel tendere alla comprensione di ciò che il cliente pensa e prova per lui in una “identificazione transindividuale” [25, 26], può rimobilizzare i propri *conflitti*, i quali se non riconosciuti ed elaborati lo inducono ad attribuire inconsapevolmente al paziente bisogni e paure personali, capovolgendo così il rapporto che diventa da terapeutico iatrogeno, con un rafforzamento sia delle *resistenze* del paziente che delle *controresistenze* del terapeuta [25, 26, 27, 28, 80, 92, 95, 109].

Si dovrebbero cogliere le manifestazioni delle malpratiche e cercare le adeguate correzioni, mediante:

- supervisioni individuali dei casi clinici ed utilizzazione di gruppi eterocentri di discussione;
- riconsiderazione degli indicatori di previsione (Paragrafo IV) specie in rapporto al controtransfert;
- focalizzazione di eventuali resistenze del paziente non sufficientemente valutate.

B3) *Prevenzione terziaria*

Si occupa, sempre nell’ambito dell’interazione terapeuta-paziente (Paragrafo VII, Tab. 4), dell’anticipazione di eventuali ricadute circa la malpratica e gli errori iatrogeni.

- a) Dalla parte del *Paziente*, si possono verificare [92]: anaclitismo con richieste di *analisi interminabile* (da non confondersi con una psicoterapia di accompagnamento); paura esagerata della perdita, anche da transfert ipererotizzato; regressioni maligne; tendenza al suicidio; modalità *versus* organizzazioni parafiliche mascherate (es. bovarismo); idealizzazione persistente dell’analista; autosabotaggio. La mancanza di *coping* e di *compliance* può portare a disadattamenti [47]; in alcuni casi essa è legata a fenomeni di *stress da psicoterapia* e ad un *drop-out tardivo*.

Sul *piano dinamico-motivazionale* si sottolineano ancora talune tra le più frequenti caratteristiche, già accennate a proposito della prevenzione secondaria:

- perdita di fiducia nell’analista con rottura dell’alleanza terapeutica;
- notevoli resistenze al trattamento con timori relativi all’emergere di materiale psicologico conscio ed inconscio e di smascheramento delle finzioni;
- paura di un coinvolgimento emotivo con innamoramento regressivizzante da parte del paziente;
- precedenti “messe in atto” durante la psicoterapia: assenze, attacchi verbali, mancanza di cooperazione, silenzi prolungati;

- intrusione di parenti ed anche di colleghi nel corso di psicoterapia (discredito, dileggio, ostilità *versus* l'analista);
 - impossibilità di reggere il costo della cura senza avere il coraggio di verbalizzarlo col proprio terapeuta, ed aumento quindi della frustrazione e dell'aggressività.
- b) Dalla parte del *Terapeuta* la prevenzione terziaria si estende a tematiche ed a contesti diversi. Si possono verificare: violazioni del *setting* [49], cura "per bisogno di essere curati", interferenze controtransferali, agiti erotizzati ed aggressivi [30, 31, 32], relazione sessuale durante l'analisi con danno al paziente, contro-resistenza al distacco. Anche altre relazioni fuori dal setting (di lavoro, di amicizia) possono essere considerate malpratiche quando vi sono *movimenti di tipo manipolatorio*, come ad esempio un'interruzione dell'analisi per intraprendere un rapporto sessuale (danno potenziale all'ex paziente) [49].

Rischi da errori tecnici isolati possono diventare strutturali nel percorso della cura: talora per una *caduta di stile psicoterapeutico*, dovuto a transitori o permanenti stati di deterioramento in seguito a malattie, perdite affettive o economiche, cambiamenti di status, etc. [41].

Possono emergere atteggiamenti e agiti controtransferali, derivanti da incertezze, da "debolezze" esistenziali con ipercompensazioni negative, dal riemergere di conflitti irrisolti, da un coinvolgimento troppo "attivo" o troppo "passivo". I movimenti relazionali inadeguati possono esitare in malpratiche anche come potenziali "controresistenze" [109], mentre un trattamento psicoterapeutico dovrebbe basarsi su: sicurezza, efficacia, appropriatezza.

Le evenienze in cui si ravvisano *collusioni e/o intimità iatrogene* [96] sino a *relazioni patologizzanti*, in genere, sono l'espressione di situazioni sporadiche, ma, qualora si replichino, recidivano più frequentemente in uno stesso terapeuta e con diversi pazienti. In questi casi, qualora si ravvisi l'impossibilità di "bonificare" tali psicoterapie [34], si deve ricorrere a consulenze e supervisioni, nonché agli appositi ordinamenti istituzionali, specie quando possa sorgere una specifica responsabilità sotto forma di malpratica e di danno iatrogeno (Paragrafi III e VI).

Una delle situazioni che possono succedere non infrequentemente allo psicoterapeuta in corso di trattamento, specie se effettuato in ambito istituzionale, è il *Burn-out*. Con questo termine [18, 41] si intende un processo psicosociale i cui precursori personologici vengono co-determinati dalla partecipazione attiva del soggetto agli eventi con i quali interagisce. Il *Burn-out* non è di per se stesso una malpratica in psicoterapia, ma una *particolare forma di autoiatrogenia*, con un rischio di bruciare la stessa relazione terapeutica per causa del curante: a questo

punto può diventare una *malpratica versus* il paziente, anche nella *misura del coinvolgimento interpersonale* [34].

Nella relazione di aiuto (*helping profession*), è implicito un mandato tra operatore e utente, che racchiude sia le capacità professionali che quelle personali. Si può realizzare una situazione di *burn-out* che, come già detto, indica il “patologico cedimento psicofisico” dell’operatore dei servizi socio-sanitari, che realizza progressivamente un senso di malumore, irritazione, svuotamento, delusione, impotenza, conflitto coi pazienti e con le istituzioni [84, 69, 70].

Anche in determinate situazioni psicoterapeutiche con soggetti molto gravi o logoranti vi sono fattori relativi al *burn-out* come *risultato iatrogeno da stress professionale* [1, 69, 70] che possono procurare al curante ansia, depressione, ostilità verso il paziente, anche mascherate e quindi maggiormente iatrogene; controresistenze (appuntamento mancati, ritardi nelle sedute), rifiuto di continuare l’attività psicoterapeutica, etc.

Le situazioni che portano al *burn-out* possono essere negativamente rinforzate da fattori inerenti alla stessa psicoterapia: complessità del ruolo, isolamento, impegni eccessivi, aspetti personologici riemergenti, menomazione delle capacità professionali [41], impellenti impegni per programmazione nella carriera, etc.

Gli atteggiamenti impropri e talora lesivi, dovrebbero essere recuperabili attraverso una profilassi terziaria con un *aiuto rivolto al curante* (oltreché ben s’intende anche al *paziente*) [41]. Le supervisioni al riguardo non dovrebbero essere finzionali; nella relazione terapeutica in crisi, l’analista dovrebbe avere il coraggio di accogliere una discussione personale almeno sulla propria casistica, e tutti quanti gli analisti dovrebbero trovare concordemente le modalità di comunicazione al riguardo, con aggiornamenti e confronti programmati, scandite lungo il loro percorso [49].

Possono, infatti, emergere malpratiche e rischi iatrogeni che coinvolgono molti livelli di *responsabilità terapeutica* [17]:

- in relazione all’eventuale danno per il paziente, dovuto come si è in precedenza sottolineato, all’occultamento di menomazioni delle capacità psichiche, fisiche e professionali (da parte del terapeuta) [41];
- in collusioni della coppia terapeuta/paziente [107] che possono sfociare in rapporti di intimità (eticamente e deontologicamente scorretti).

Inoltre, gli approcci sia al curante che al curato devono presentarsi sempre come aderenti alla concreta situazione umana, esistenziale e culturale [135], tenuto conto dei limiti e degli ostacoli che la caratterizzano. È opportuno, infine, che lo psicoterapeuta abbia una *polizza assicurativa* specifica professionale che lo tuteli circa eventuali risarcimenti di danno.

B4) *Prevenzione quaternaria*

Essa corrisponde alla *Riabilitazione* ed alla *Destigmatizzazione* sia del paziente sia del terapeuta:

- a) Dalla parte del *Paziente*, i vari tipi di intervento rientrano in un vasto movimento (simile a quello utilizzabile in psichiatria) che in generale soccorre i soggetti che abbiano sofferto di malpratiche nel corso di psicoterapia e che vivano con dolore e vergogna i danni subiti a causa dei loro psicoterapeuti [1, 57, 75]. Ciò succede specialmente nei misusi sessuali prolungati in cui le vittime si sono sentite umiliate in corso di psicoterapia. Questa situazione che è non infrequentemente frutto di una *relazione psicoterapeutica malata*, spesso non viene denunciata per timore di non essere creduti o di essere stigmatizzati.
- b) Dalla parte del *Terapeuta*, i compiti della prevenzione quaternaria si focalizzano su un analista che è stato smascherato e sanzionato per malpratiche e per danni iatrogeni arrecati al paziente. Egli in genere mobilita rancore verso i colleghi, vergogna riguardo ai clienti e mortificazione per il proprio operato. Questo specialista dovrebbe essere supportato dai colleghi, non solo a livello di supervisione ma anche di chiarificazione, sino ad una eventuale *rianalisi*. Vi dovrebbero essere, a seconda della Società Psicoterapeutica di appartenenza e del contesto socio-culturale in cui sono state effettuate tali malpratiche, speciali “programmi” e/o tirocini di riabilitazione e di destigmatizzazione del terapeuta coinvolto.

Determinati avvertimenti *versus* gli psicoterapeuti (ad esempio la sospensione) dovrebbero essere tenuti in conto in via provvisoria dalle Società e dagli Istituti adleriani. Essi dovrebbero essere sanzionati cautelativamente soltanto qualora le indicazioni ed i suggerimenti delle Commissioni incaricate ad *hoc* non dovessero essere seguiti dagli interessati. Sarebbe infatti davvero paradossale [41] che coloro i quali sono preposti alla formazione di una professione, che promuove lo sviluppo della personalità di ogni individuo, negassero il valore della *riabilitazione* e della concomitante *destigmatizzazione* a colleghi in difficoltà che abbiano malpraticato in corso di psicoterapia. Se tuttavia tali sforzi risultassero vani, correrebbe l'obbligo di segnalazione “in primis” agli Ordini Professionali onde scongiurare non solo il rischio di seri provvedimenti disciplinari e/o medico-legali, ma ancor di più per proteggere in generale i pazienti.

C) *Commenti*

Come si può rilevare le tematiche riguardanti la *iatrogenesi in generale* e la *malpratica* comprendono un'area complessa ed interattiva (tra curanti e curati) in cui

si registrano gli effetti collaterali di taluni farmaci, l'impatto etico-deontologico, la responsabilità medico-legale.

Circa i *quattro tipi di prevenzione*, dovrebbe esservi non solo una educazione permanente per lo psicoterapeuta analista, ma anche una programmazione socio-sanitaria atta a non favorire un *utero plastico* [45] come nicchia pianificata e burocratizzata psicoterapeutica, quale atto preventivo di una *pseudo-terapia totale*. Se non sempre si giunge ad un *recupero della salute* certamente si deve offrire un supporto bio-psico-sociologicamente valido ed autentico.

Sarebbe quindi opportuno che gli psicoterapeuti adleriani si formassero in una consapevole competenza sia *nei confronti dei pazienti sia nei confronti del loro stesso status-ruolo nel contesto di una nuova identità professionale* [22, 30]. *Le strategie dell'incoraggiamento* ed il riferimento al *sentimento sociale* sono strumenti necessari per giungere ad una *reciproca salvaguardia* e ad una *buona pratica complessiva*.

VIII. *Considerazioni critiche*

Lo psicoterapeuta adleriano orientato dinamicamente presenta caratteristiche formative con tirocini emotivi, professionali e culturali, che sono volti ad eventuali modificazioni della teoria del *setting*, dell'evoluzione psicopatologica, clinica e culturale [25, 61, 72, 115, 134].

Uno dei principi generali in psicoterapia è che mentre è doveroso prendersi cura del paziente nel modo più congruo, talora è illusorio credere di poter "guarire" tutti i pazienti. Tale *equivoco* deve essere chiarito già in fase diagnostico-prognostica: sebbene, ovviamente, sia auspicabile una "guarigione del Sé". Nell'ambito del modello teorico-pratico della Psicologia Individuale e nell'ottica di una *epistemologia post-moderna* [9, 10], le teorie psicologico-dinamiche devono essere rivisitate con attenzione, rispetto al modello di riferimento utilizzato, giacché possono scaturirne modalità operative, anche innovative, onde salvaguardare i pazienti da malpratiche e da eventuali danni iatrogeni (Paragrafo VII).

Questi sono spesso legati ad improprio utilizzo delle tecniche, a scorrettezze deontologiche, alla particolare tipologia dei rapporti interpersonali. Le difficoltà riguardano i numerosi aspetti aspecifici e specifici della psicoterapia, nonché l'articolazione della stessa con cure farmacologiche [12] in patologie complesse [62, 63, 65] o con altri trattamenti (quali il counseling, gli interventi di psicopedagogia correttiva, etc.), oppure ancora con l'utilizzo in contesti diversi ed in culture differenti [13, 65, 121].

Per fronteggiare questi rischi, la formazione dello psicoterapeuta adleriano [25, 28, 78, 80, 108], deve anche porsi criticamente di fronte ad altri modelli teorico-pratici [79, 80] aggiornando le caratteristiche analitiche, il training personale, l'addestramento didattico e le supervisioni personali.

In taluni contesti istituzionali, oltre alla "rete", effettuata con più psicoterapeuti [71, 105], bisogna favorire un buon rapporto di questi con gli altri operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, etc.) sia attraverso gruppi di discussione dei casi, che attraverso una coeducazione formativa con obiettivi comuni.

In ogni trattamento psicologico ad orientamento dinamico, è molto frequente l'emergere nel paziente di un intenso investimento emotivo per il suo analista (*atteggiamento transferale*), ma spetta a quest'ultimo accogliere, confrontare, interpretare e maturare tali movimenti psicologici, senza lasciarsi coinvolgere né a livello di narcisismo, né a livello interpersonale, né sul piano della realtà (*controatteggiamento terapeutico*) [27, 34]. È quindi necessario evitare i giochi della seduzione, le collusioni emotive, la sessualità agita.

Molti studiosi e analisti hanno discusso l'amore controtransferale, le trasgressioni dell'analista, l'esperienza dell' "amore impossibile", il desiderio e la passione tra terapeuta e paziente [21, 34, 49, 81]. In molti casi il discorso amoroso ed il rapporto transferale sono raccolti sotto un'unica area che invece dovrebbe avere collocazione e significati distinti. Si dovrebbe peraltro considerare il potente effetto non solo degli aspetti proiettivi del paziente sull'analista inteso come schermo, ma pure l'importanza ed il significato della persona reale del terapeuta, l'intensità dei coinvolgimenti emotivi, i tipi d'investimento psicologico che possono variare durante il percorso analitico, l'uso di interventi non interpretativi etc. Tutto ciò procede spesso "come se" si camminasse sull'*orlo di un abisso* [31], e per non cadere nello stesso, *metafora della iatrogenia e malpratica* in psicoterapia, tra il terapeuta e ciascuno dei suoi pazienti si dovrebbe sviluppare un "linguaggio unico ed irripetibile" attraverso una strategia dell'incoraggiamento ed un aumento del sentimento sociale [81].

Negli ultimi decenni i comportamenti terapeutici incongrui, inadeguati o non corretti da parte degli psicoterapeuti sono stati più frequenti e di maggiore entità: non solo dovuti a errori, sfruttamenti, deterioramenti professionali [2, 33, 41], ma pure a problemi legati alle *new-psychotherapies* e specie alla *psychotherapy-cult* [44, 111, 112, 136]. Queste ultime, che sono spesso *psicoterapie abusive*, basate su settarismi neo-tribalistici, su fasulli *insegnamenti di vita*, costituiscono anche rischi di dolo professionale (Paragrafo I).

Dalla rilevazione di casi di rapporti impropri tra terapeuta e cliente, si è potuto constatare che sui pazienti in genere, le conseguenze delle malpratiche sono state

assai serie (Paragrafo V, VI, VII) e che spesso circolarmente si instaurano contro-resistenze negative e dannose [40]. Qualora si parta dal costrutto che gli atteggiamenti/controatteggiamenti fra paziente e psicoterapeuta dovrebbero essere espressione di un'empatia intensa, duratura e basata sul sentimento sociale, le malpratiche troverebbero allora una base inautentica nel desiderio di confidenza, di amicizia, di legami interpersonali extra-analitici, di richieste compensatorie negative, talora correlate a frustrazioni, a evitamenti, a rivincite o ad "agiti" sessuali [138]. Pure un certo tipo di esercizio del *potere* farebbe capo ad esperienze arcaiche riattivate non solo nel corso della terapia con pazienti [44], ma anche nell'ambito della didattica.

Le dimensioni della fenomenica inerenti alla iatrogenia ed alla malpratica in psicoterapia possono avere caratteristiche estensive (genericamente professionali) o specifiche (ad esempio violazione del setting). Sia i terapeuti che operano nel privato che quelli legati alle istituzioni, rispondono spesso alle loro malpratiche (spesso occultate) con indignazione o diniego. Nel doloroso smascheramento di queste è necessario effettuare fra lo psicoterapeuta ed un consulente un'opera di *chiarificazione* giacché è frequente che la comunicazione passi piuttosto attraverso le "confidenze" dei pazienti ad altri professionisti, che non attraverso esplicite denunce. Mentre è necessario distinguere fra lamentele e malpratiche effettive, è utile affrontare queste ultime in modo sistematico, attraverso i vari tipi di prevenzione e d'intervento (Paragrafo VII, Tabella 4).

Già nel corso della formazione tra didatta ed allievo il rapporto può venire inquinato, dalle *reticenze di quest'ultimo* su temi delicati, per il timore che i contenuti psicologici rivelati possano essere supervisionati e rivolti contro di lui, in un successivo percorso analitico [44, 111, 112]: ciononostante si deve avere una grande lealtà al riguardo. Sarebbe, infatti, questa una *malpratica a priori* da parte del futuro psicoterapeuta/analista, che potrebbe ripercuotersi su un *rischio iatrogeno a posteriori*.

La psicoterapia anche didattica dovrebbe peraltro sempre essere un luogo interpersonale "iperprotetto" ove l'allievo possa autenticamente proporsi [76], fatta eccezione per i casi a rilevanza medico-legale (Paragrafo VI: Esempi). In tutto l'iter formativo, nella supervisione e pure nel corso della *vita privata e professionale* dello psicoterapeuta [41], ove questi nodi vengano al pettine, essi vanno affrontati, discussi e risolti in scienza e coscienza.

In *conclusione* viene rivolta una raccomandazione alle Società di Psicologia Individuale, alle Scuole, agli Istituti di formazione, al Collegio dei Didatti, che elaborino delle procedure e delle regolamentazioni volte ai futuri analisti, agli psicoterapeuti ed a tutti gli operatori delle relazioni psicologiche d'aiuto adleriani, sia di carattere preventivo, sia di intervento quando ritenuto necessario, attra-

verso l'informazione e la formazione permanente, analogamente a quanto proposto circa le attività professionalizzate che richiedano competenze di tipo sanitario. Gli attuali programmi formativi in psicoterapia, specie di tipo analitico [25, 26, 47, 49, 78, 79, 83, 98, 99] esigono infatti, nei modi e nei tempi indicati anche dal Consiglio dei Didatti SIPI, aggiornamenti clinici, discussioni di casi, supervisioni ricorrenti e pure continue rielaborazioni al riguardo.

Considerati gli ambiti di ricerca e di intervento adleriani è necessario anche prevedere percorsi formativi rispetto ad altre specifiche attività (*counseling*, psicopedagogia, psico-socio-riabilitazione) che non sono ancora riconosciute ed accreditate chiaramente presso appositi Albi Professionali, sebbene siano accolte presso le Società in ambito Internazionale e Nazionale. In questi contesti operativi, ormai multiculturali, sarebbe necessario valutare e prevenire eventuali malpratiche con apposite regolamentazioni.

La Psicologia Individuale Comparata è immersa in una complessità, nella quale sono situabili le aree degli interventi e delle ricerche sulla iatrogenia e malpratica che, a seconda degli *status-ruolo* degli operatori, delle particolari richieste dell'individuo e del contesto socio-culturale, dovrebbero rifarsi a criteri di particolare competenza, radicata in comuni e basali riferimenti etici [78].

Bibliografia

1. AA.VV. (2000), *Dal pregiudizio alla cittadinanza. Il contributo delle neuroscienze delle scienze umane e delle politiche sociali alla salute mentale*, Atti del XLII Congresso della S.I.P., C.S.E., Torino.
2. ADLER, A. (1904), *Der Arzt als Erzieher*, tr. it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 15-24.
3. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Vienna.
4. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
5. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
6. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.

8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
9. ARNÒ, G. M. (1998), La validità del modello teorico in *Psicologia Individuale*, in AA.VV. (1999), *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della psicoterapia»*, Torino, 23-24 ottobre 1998.
10. BADER, M. J. (1998), Postmodern Epistemology: the Problem of Validation and the Retreat from Therapeutics in Psychoanalysis, tr. it. *Epistemologia post-moderna, Gli Argonauti*, 1999, 82: 189-220.
11. BALINT, M. (1957), *The Doctor, His Patient and the Illness*, tr. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1961.
12. BARBATO, G., MUSCETTOLA, G. (2004), Nuovi psicofarmaci e nuova iatrogenicità, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10: 81.
13. BARTOCCI, G. (2004), Culture e modelli psicoterapeutici: analisi e verifica in un'ottica transculturale, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10: 48.
14. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DI FONZO, T. (1998), Cohabiting with Magic and Religion in Italy, in OKPAKU, S. O. (a cura di), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, APP, Washington, D.C.
15. BELLAK, L., SMALL, L. (1965), *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1983.
16. BOWLBY, J. (1980), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, Torino 1983.
17. CATANESI, R., GRECO, O. (1999), Responsabilità Professionale, in PANCHERI, G., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 128: 3995-4011.
18. CHERNISS, C. (1980), *Staff Burnout: Job Stress in The Human Services*, tr. it. *La sindrome del burn-out*, CST, Torino 1983.
19. CONTE, H. R., KARASU, T. B. (1990), Malpractice in Psychotherapy: An Overview, *American Journal of Psychotherapy*, XLIV, 1: 232-245.
20. CURCI, P., GALEAZZI, G. M., SECCHI, C. (2003), *La sindrome delle molestie assilanti (Stalking)*, Bollati Boringhieri, Torino.
21. CREMERIUS, J. (1985), *Il mestiere dell'analista*, Boringhieri, Torino.
22. DEL FAVERO, A., PATOIA, L. (2000), Iatropatologia, voce dell'*Enciclopedia Italiana Treccani*, App. 1, Roma: 828-833.
23. DREIKURS, R. (1967), *Psychodynamics, Psychotherapy and Counseling Collected Papers*, Alfred Alfred Institut, Chicago.
24. FASSINO, S. (1991), Funzioni psicoterapeutiche dell'anamnesi, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1993), *Anamnesi e psicoterapia*, C.S.E., Torino: 55-66.
25. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, C.S.E., Torino.
26. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, C.S.E., Torino.
27. FERRIGNO, G. (2000), Il controtransfert fra impotenza e onnipotenza, *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della Psicoterapia»*, Torino, 23-24 ottobre 1998.
28. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-20.
29. FORNARI, U. (2001), *Aspetti del Consenso in Psichiatria Clinica e Forense*, C. S. E., Torino.

30. GABBARD, G. O. (1994), Sexual Excitement and Countertransference Love in the Analyst, tr. it. Eccitamento sessuale e amore controtransferale dell'analista, *Gli Argonauti*, 1995, 67: 271-293.
31. GABBARD, G. O., LESTER, E. P. (1995), *Boundaries and Boundary Violations*, tr. it. Violazioni del Setting, Cortina, Milano 1999.
32. GABBARD, G., POPEK, S. (1986), Sexual Intimacies after Termination: Clinical, Ethical and Aspect, *Ind. Practitioner*, 8: 21-16.
33. GARETY, P. A. (2003), The Future of Psychological Therapies for Psychosis, *World Psychiatry*, W. P. A., 31: 147-152.
34. GILL, M. M. (1983), The Interpersonal Paradigm and the Degree of the Therapist's Involvement, tr. it. Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta, *Psicoterapia e scienze umane*, XXIX, 3, 1995: 5-44.
35. GILSON, M. G. (2000), *Trattato di psicoterapia breve integrata*, Dialogos, Bergamo.
36. GIUSTI, E., MONTANARI, C., MONTANARELLA, G. (1995), *Manuale di psicoterapia integrata verso un eclettismo clinicometodologico*, Angeli, Milano.
37. GODFRIND, D. (1993), *Le deux courants du transfert*, tr. it. *Le due correnti di transfert*, C.S.E., Torino 1997.
38. GORER, G. (1965), *Death Grief and Mourning*, Doubleday, New York.
39. GRECO, O., CATANESI, R. (1990), *La responsabilità professionale della psichiatria*, Piccin, Padova.
40. GREENSON, R. R. (1972), *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, tr. it. *Tecnica e Pratica Psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1974.
41. GUY, J. D. (1987), *The Personal Life of Psychotherapists*, tr. it. *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*, in ROVERA, G. G., SCARSO, G. (a cura di, 1994), C.S.E., Torino.
42. HERMAN, J. L. ET ALII (1978), Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Result of a National Survey Psychiatrists Attitudes, *Am. Journ. of Psych.*, II, 144: 164-171.
43. HITTLESON, H. (1970), *Environmental Psychology* Holt, Rinehart and Wilson, New York.
44. HOCHMAN, J. (2003), Iatrogenic Symptoms Associated with a Therapy Cult: Examination of an Extinct "New Psychotherapy with Respect to Psychiatric Deterioration", *Pub Med, Indexed for Medline*: 1-2.
45. ILLICH, I. (1969), *Libérer l'avenir*, Du Seuil, Paris 1971.
46. ILLICH, I. (1976), *Limits to Medicine: Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, tr. it. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977.
47. IVEY, A. A., IVEY, M. B., SIMEK-MORGAN, L. (1966), *Counseling and Psychotherapy a Multicultural Perspective*, A Viacom Company, Boston.
48. JILEK, W. G. (1982), *Indian Healing. Shamanic Ceremonialism in the Pacific Northwest Today*, Hancock House Pub Fourth Pr., LTD, Blaine 1992.
49. KERNBERG, O. F. (2003), Raccomandazione per alcune innovazioni urgenti nella formazione psicoanalitica, *Gli Argonauti*, 97: 85-99.
50. KLERMAN, G. L. (1990), The Psychiatry Patient's Right to Effective Treatment: Implication of Osheroff in Chestnut Lodge, *Am. Journ. of Psych.*, 147, 4: 409-418.
51. KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. (1994), in GARFIELD, S. L., BERGIN, A. E. (a cura di), *Medication and Psychotherapy, Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an Empirical Analysis*, Wiley and Sons, New York: 732-782.

52. KRÜTTKE RÜPING, M. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, in AA.VV. Aspetti generali del processo analitico, *Indiv. Psych. Dossier*, SAIGA, Torino, 1: 77-100.
53. LALLI, N., GIACCHETTI, N. (1994), Collaborazione e resistenza nella relazione terapeutica, *Attualità in Psicologia*, IX, 2-3: 35-42.
54. LALLI, N., GIACCHETTI, N. (1994), La Malpractice in Psicoterapia, *Attualità in Psicologia*, IX, 2-3: 43-55.
55. LANGS, R. (1974), *The Technique of Psychotherapy*, tr. it. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1979.
56. LECALDANO, E. (2002), *Dizionario di Bioetica*, Laterza, Roma-Bari.
57. LECIC-TOSEVSKI, D., CHRISTODOULOU, G. N., HOSMAN, G., JENKINS, R., NEWTON, D., RAJKUMARS, S., SCHMOLKE, M. (2002), Consensus Statement on Psychiatric Prevention, *The Section's News Letter*, W. P. A., 6, 8-9: 6-8.
58. LEFLEY, H. P., SANDOVAC, M. C., CHARLES, C. L. (1998), Tradizional Healing Systems in a Multicultural Setting, in OPKAKU, S. O. (a cura di), *Cultural Methods in Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington D.C., 5: 88-110.
59. LESTER, D. (1972), Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon, *American Anthropologist*, 74, 6: 380-390.
60. LEWIS, M., MILLER, S. M. (a cura di, 1990), *Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York, London.
61. LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (2003), Quale setting per la posta elettronica?, *Psicotech*, Angeli, 1-2: 7-45.
62. LIPSITT, D. R. (1996), Psicoterapia, in RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (a cura di), tr. it. *La psichiatria nella pratica medica* (ROVERA, G. G., a cura di), C.S.E., Torino 1999: 1013-1038.
63. LITTMAN, A. B., KETTERER, M. W. (1996), Medicina comportamentale, in RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (a cura di), *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*, tr. it. *La psichiatria nella pratica medica* (ROVERA, G. G., a cura di), C.S.E., Torino 1999: 1039-1971.
64. MADDOX, C. (1999), Transfert, distorsione paratattica e terapia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 43-56.
65. MARSICANO, S. (a cura di, 1995), *I nuovi pazienti della psicoanalisi*, Angeli, Milano.
66. MASLACH, C., SCHAUFELY, W. B. (1993), Historical and Conceptual Development of Burn-Out, in MASLACH, C., SCHAUFELY, W. B., MAREK, T. (a cura di), *Professional Burn-Out: Recent Developments in Theory and Research*, Taylor and Francis, Washington: 1-16.
67. MASLOW, A. (1951), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
68. MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*, tr. it. *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, Feltrinelli, Milano 1971.
69. MATHENY, K. B., GFROERER, C. A., HARRIS, K. (2000), Work Stress, Burnout and Coping and the Turn of the Century: an Individual Psychology Perspective, *The Journ. of I. P.*, 56, 1: 74-87.
70. MATHENY, K. B., RIORDAN, R. I. (1992), *Stress and Strategies for Lifestyle Management*, St. Un. Bus. Press, Atlanta.
71. MAZZONE, M. (1999), La psicoterapia nel contesto dei servizi psichiatrici territoriali-

- li, *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della psicoterapia»*, Torino, 23-24 ottobre 1998.
72. MIGONE, P. (2003), La psicoterapia con internet, *Psicoterapia e scienze umane*, XXXVII, 4: 57-74.
73. MILL, J. M., SULLIVAN, G., ETH, S. (1987), Protecting Third Parties: A Decade After Tarasoff, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 144, 1: 68-74.
74. MONTALTO, B. (1984), Primi lineamenti della responsabilità professionale degli psicoterapeuti ad indirizzo psicoanalitico, *Riv. It. Med. Leg.*, VI: 1050-1069.
75. MUNIZZA, C. (a cura di, 2003), *Salute mentale. Problemi e percorsi di Tutela*, CSR., Torino.
76. NOLL, J. O. (1976), The Psychotherapist and Informed Consent, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 133, 12: 1451-1453.
77. OPKAKU, S. O. (a cura di, 1998), *Cultural Methods in Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington, D.C.
78. PAGANI, P. L. (1998), I problemi etici della psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 44: 23-41.
79. PAGANI, P. L. (2000), Discorso sulla Psicologia Individuale e sull'Eclettismo, *Riv. Psicol. Indiv.*, XXVIII, 48: 21-40.
80. PAGANI, P. L. (2001), L'evoluzione dei concetti di "psicoterapia" e di "analisi" nella Psicologia Individuale Italiana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 5-14.
81. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfer nel setting adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
82. PANCHERI, P., PANCHERI, L., MARCONI, P. L., KOTZALIDIS, G. P., BRUGNOLI, R. (1991), Un nuovo farmaco ansiolitico: il placebo, in ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO, D. (a cura di), *Psicopatologia e farmaci*, C.S.E., Torino: 49-58.
83. PARENTI, F. (1984), *Adler dopo Adler*, Istituto Alfred Adler, Milano.
84. PELLEGRINO, F. (2000), *La sindrome del burnout*, C.S.E., Torino.
85. PETRELLA, F. (1997), Intervento farmacologico vs. intervento psicologico: la questione dell'integrazione, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia e Psicofarmaci*, C.S.E., Torino: 3-18.
86. PONCE, D. E. (1998), Cultural Epistemology and Value Orientations, in OPKAKU, O. (a cura di), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington, D.C., II, 4: 69-87.
87. PORTIGLIATTI BARBOS, M. (1988), La responsabilità professionale dell'operatore di salute mentale, *Atti Gen. Tutela della S. M.*, 18-19: 55-94.
88. POWERS, R. L. (1997), Cult, Cultur and Cultivation: The Contributions of Individual Psychology, *Ind. Psychol.*, Univ. Texas Press Austin, 53, 1: 9-20.
89. RACALBUTO, A. (2003), Il setting psicoanalitico e la persona dell'analista, *Gli Argonauti*, 99: 295-313.
90. RAMSEY, P. (1974), The Indignity of "Death With Dignity", *Hastings Center Studies*, V: 47-62.
91. RICHARD, H. (1997), Psychoanalyse et Postmodernité, *Psychotherapies*, XVII, 4: 223-234.
92. ROSSI, R., VOLTERRA, V., FELE, P. (1999), Danni iatrogeni in Psicoterapia, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Ed. II, III, Masson, Milano, 105: 3501-3521.
93. ROVERA, G. G. (1970), Aspetti prescrittivi in psicoterapia, in AA.VV., *VIII Congr. Int. Psicoter. medica*, Milano, Acta, Minerva Medica, Torino: 1-4.

94. ROVERA, G. G. (1978), Die Individual Psychologie ein offenes Modell, *Beitr. Ind. Psychol.*, 1: 157-172.
95. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
96. ROVERA, G. G. (1984), La zona cuscinetto: aspetti del problema della distanza nel fobico, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, Massazza - Sinchetto, Torino.
97. ROVERA, G. G. (1984), Paradox and Double Bind, *Beitr. Ind. Psych.*, 3: 66-70.
98. ROVERA, G. G. (1984), Problèmes de formation en psychothérapie, *Psychothérapies*, 12: 65-72.
99. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, in ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A. (a cura di), L'esperienza analitica: Collettività ed Individuo, *Ind. Psychol. Dossier*, SAIGA, I: 93-129.
100. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, in AA.VV., Aspetti generali del processo analitico, *Ind. Psych. Dossier*, SAIGA, II: 61-75.
101. ROVERA, G. G. (1993), Presentazione, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Tempo e psicoterapia*, Atti XXVII Congr. Naz. SIPM, CSE, Torino, 1996: XIV-XVI.
102. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e Patologia Borderline, *Atque*, 9: 127-140.
103. ROVERA, G. G. (1996), Disturbi della personalità, Voce dell'*Enciclopedia delle scienze sociali*, Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, VI: 561-566.
104. ROVERA, G. G. (1997), La validità del consenso informato nella persona con disturbi psichici, in FORNARI, U. (a cura di), *Il consenso informato in Psichiatria*, C.S.E., Torino, 3: 33-42.
105. ROVERA, G. G. (1997), Terapie articolate e articolazione fra terapeuti, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia e Psicofarmaci*, C.S.E., Torino: 209-212.
106. ROVERA, G. G. (1998), Integrazione fra farmacoterapia e psicoterapia nel trattamento della Depressione, in MUNIZZA, C. (a cura di), *La multidimensionalità nel disturbo depressivo*, S.I.P., Acta, Torino, 5: 10-15.
107. ROVERA, G. G. (1999), La Collusione di Coppia, in COCIGLIO G., FONTANA D., MASSOBRIO, ROVERA, G. G. (a cura di), *La Coppia*, Angeli, Milano, I, VI: 481-492.
108. ROVERA, G. G. (1999), Psicologia Individuale, in CASSANO, G. B., PANCHERI, P. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III, 107: 3529-3537.
109. ROVERA, G. G. (2000), La resistenza in psicoterapia, *Universo del Corpo*, Voce dell'Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, V: 305-307.
110. ROVERA, G. G. (2002), Das Netzwerk Modell in der Individual Psychologie ans Erkenntnistheoretische sichts, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISCHNOT, P. T. (Hrsg), *Psychiatrie der Lebensschnitte*, Springer, Wien, New York: 77-96.
111. ROVERA, G. G. (2003), Il Complesso di Adamo ed Eva: tra natura e cultura, «*Psicologia e Neuroscienze: nuove frontiere*», Atti 8° Conv. Naz. SIPI, Milano.
112. ROVERA, G. G. (2004), I significati dei valori nella psychotherapy-cult, *Psichiatri oggi*, VI, I: 14.
113. ROVERA, G. G. (a cura di, 1984), *L'Approccio transculturale in Psichiatria*, Convegno S.I.P.T., ACTA, Sinchetto e Massazza, Torino.
114. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettiva in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.

115. ROVERA, G. G. (a cura di, 2004), La neo-primavera del diavolo: guarigioni miracolose, esorcismi e clima culturale, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10, III: 172-174.
116. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1984), La sub-cultura e lo stile di vita del paziente e dell'analista come variabili interdipendenti nella relazione psicoterapeutica, in AA.VV., *Modelli e tecniche in Psicoterapia*, C.S.E., Torino: 331-341.
117. ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO, D. (a cura di, 1991), *Psicopatologia e Farmaci: Interazioni somatiche, psicologiche e sociali*, C.S.E., Torino.
118. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1979), Notazioni critiche sul concetto di interpretazione in psicoterapia, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il sistema aperto della Individual Psicologia*, Quaderni Riv. Psicol. Indiv. Cortina, Torino.
119. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.
120. ROVERA, G. G., SCARSO, G., FASSINO, S., MUNNO, D. (1983), Doppio legame e messaggio paradossale in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massazza e Sinchetto, Torino.
121. RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (a cura di, 1996), *Textbook of Consultation - Liaison Psychiatry*, tr. it. *La psichiatria nella pratica medica* (ROVERA, G. G., a cura di), C.S.E., Torino 1998.
122. SARAVAL, A. (a cura di, 1989), *La seduzione*, Cortina, Milano.
123. SCAMPATI, F., FERRANINI, L., PELOSO, P. M. (2004), Il suicidio può essere anche un errore terapeutico?, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10, III: 150.
124. SCHMIDT, R. (1995), *Kansalität, Finalität und Freiheit. Perspective der Individual psychologie*, Reinhardt Verlag, Munchen, Basel.
125. SEIDEL, V. (1985), Regression al therapeutisches Agens in der I. P. Therapie, *Breit., Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.
126. SHULMAN, B. H. (1973), *Contributions to Individual Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
127. SHULMAN, B. H. (1984), *Essay in Schizophrenia*, Alfred Adler Institute, Chicago.
128. SPERRY, L. (1989), Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy: a Comparative Analysis, *J. Indiv. Psychol.*, 45: 3-25.
129. SPINSANTI, S. (1991), La bioetica clinica per un nuovo rapporto medico-paziente, *Biomedical Inf.*, Fidia, Padova, 8, 4/5: 15-17.
130. STONE, A. A. (1990), Law, Science and Psychiatric Malpractice: A Response to Klerman's Indictment of Psychoanalytic Psychiatry, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 147, 4: 419-427.
131. TATARELLI, R., POMPILI, M., MANCINELLI, I. (2004), L'errore in psicoterapia, *It. Journ. of Psychopath. Suppl.*, 10, III: 150.
132. TETTAMANZI, D. (2002), *Dizionario di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato.
133. TORRE, E. (a cura di, 1999), *La creatività nelle relazioni di aiuto*, Isabel, Gessate.
134. TREVI, M. (1986), *Metafore del Simbolo*, Cortina, Milano.
135. TSENG, W. SH. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale* (BARTOCCI, G., a cura di), C.I.C., Roma 2003.
136. VOLTAGGIO, F. (1992), *L'arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Torino.
137. WEIL, F. (1993), The Right of the Mental Patient to Be Medically Informed, *Med. and Law*, 12, 6/7/8: 681-686.

138. WELLDON, E. V. (1988), *Mother, Madonna, Whore: The Idealization and Denigration of Motherhood*, tr. it. *Madre, Madonna, Prostituta* (ROVERA, G. G. ET ALII, a cura di), C. S. E., Torino 1995.

Gian Giacomo Rovera
Corso Einaudi, 28
I-10129 Torino
E-mail: ggrovera@hotmail.com