

LA PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA NEGLI PSICOTERAPEUTI IN FORMAZIONE: UN'INDAGINE ESPLORATIVA

Francesca Mancini, Anna Santoruvo, Irene Biondani, Elisa Battilana, Marta Carolo, Elena Carrozzo, Giulia Cazzolli, Alessandra Redolfi, Francesca Siviero, Chiara Stupiggia

Specializzande Scuola di Psicoterapia Cognitiva-SPC, Verona

Corrispondenza

Francesca Mancini
francesca.mancini@univr.it

Riassunto

Uno degli aspetti centrali della psicoterapia cognitivo-comportamentale è la ricerca scientifica di prove relative all'efficacia dei trattamenti proposti. Oltre all'analisi e alla stesura di protocolli validati per il trattamento dei singoli disturbi, si è assistito negli anni ad un crescente numero di ricerche aventi come focus centrale il terapeuta stesso. La letteratura del settore riporta studi che approfondiscono il ruolo di caratteristiche personali dello psicoterapeuta negli esiti della terapia, o ancora, ricerche che fanno riferimento alla dimensione emozionale di quest'ultimo in relazione, ad esempio, alla patologia del paziente.

Il presente studio si pone l'obiettivo di approfondire alcune tematiche legate all'autoefficacia percepita in ambito lavorativo da parte dei terapeuti in formazione ad orientamento cognitivo-comportamentale. In particolare, ci si propone di indagare la relazione esistente fra percezione di autoefficacia e variabili personali ed esperienziali.

L'autoefficacia percepita può essere definita come la convinzione degli individui di poter fornire un certo livello di prestazione e, quindi, di sapere gestire adeguatamente le situazioni problematiche e stressanti. Il senso di autoefficacia influenza il modo in cui gli individui sentono, pensano, trovano motivazioni e si comportano.

Di conseguenza, il rationale dello studio presuppone che l'autoefficacia percepita incida sulla motivazione e sull'impegno che i terapeuti investono nello svolgimento della professione e che, parallelamente, la capacità di immaginarsi impegnati in azioni di successo influenzi positivamente sia la loro realizzazione sia la sensazione di autoefficacia.

L'indagine svolta considera tre aspetti: in primo luogo si vuole indagare se ed in che modo la percezione di autoefficacia si modifichi nel corso dei quattro anni di specializzazione in psicoterapia; in secondo luogo si indaga l'eventuale relazione esistente tra autoefficacia percepita, stile di coping e tratti di personalità; infine, si vuole verificare se il numero di drop out possa influire sulla percezione di autoefficacia stessa.

Hanno preso parte allo studio psicoterapeuti in formazione, iscritti alle varie sedi delle scuole di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC). Lo strumento di indagine utilizzato consiste in un questionario on line in cui si sono raccolte sia le informazioni anamnestiche relative al soggetto e alla sua attività clinico-lavorativa, che le relative risposte a tre questionari validati specifici ("EPQ-R", "COPE NVT" e la "Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione di Problemi Complessi"). Successivamente, la variabile "Percezione di Autoefficacia" è stata indagata secondo quattro dimensioni: "Maturità Emotiva", "Finalizzazione

dell'Azione", "Fluidità Relazionale" ed "Analisi del Contesto". Inoltre, per ogni soggetto si è individuato lo stile di personalità ("Estroversione", "Nevroticismo", "Psicoticismo") e lo stile di coping adottato ("Sostegno Sociale", "Evitamento", "Attitudine Positiva", "Orientamento al Problema", "Orientamento Trascendente").

In conclusione, i risultati ottenuti mostrano come il senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione sia modulato positivamente in funzione della propria attitudine positiva e della capacità di orientamento al problema. Diversamente, il senso di autoefficacia sembra diminuire negli studenti con alti livelli di nevroticismo e che tendono ad adottare strategie di evitamento. Infine, il senso di autoefficacia non sembra essere influenzato significativamente dal numero di drop out subiti.

Parole chiave: percezione di autoefficacia, effetto dello psicoterapeuta, psicoterapeuta in formazione, stress lavoro correlato, motivazione, stile di coping, caratteristiche di personalità

THE PSYCHOTHERAPIST TRAINEES' PERCEIVED SELF-EFFICACY: AN EXPLORATORY SURVEY

Abstract

One of the main aspects of CBT is the scientific research of evidences concerning the effectiveness of proposed treatments. In the last years, in addition to the analysis and the creation of validated protocols for the treatment of individual disorders, an increasing number of researches focalized on the psychotherapists themselves has been carried out. The specialized literature deeps the role of personal characteristics of therapist in the outcomes of therapy. Furthermore, the literature of the field proposes researches that consider the therapist's emotional dimension in relation to the pathology of the patient.

The objective of the study is to analyze some issues connected to the perceived self-efficacy in working field of the therapists who are specializing themselves in CBT methodology. In particular, this study proposes to investigate the relationship between perceived self-efficacy and personal and experiential variables.

Perceived self-efficacy can be defined as people's belief in their own ability to reach appropriate levels of performances; in other words, to deal with complicated and stressful situations. Self-efficacy belief affects people feelings, thoughts, motivation and behaviors.

Consequently, the rationale of this study is based on the assumption that the perceived self-efficacy influences motivation and commitment of therapists. At the same time, the ability to imagine themselves in acting successfully affects positively both their own self-realization and their own self-efficacy perception.

This survey considers three aspects: first of all we want to investigate if and in which way the perceived self-efficacy changes during the four years of training (the duration of the course in psychotherapy in Italy); in the second place we investigate the possible relationship among the perceived self-efficacy, coping style and personality traits; in the end we want to verify if the number of the drops out can affect the therapist trainees' perceived self-efficacy.

People engaged in the study are psychotherapist trainees in schools of specialization in cognitive-behavioral psychotherapy, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) and Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

For the study enquiry has been used an on line questionnaire that gathers: the anamnesis information about the therapists and their work; their answers to three specific and validated questionnaires ("EPQ-R", "COPE NVI" and the "Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione di Problemi Complessi").

In a second phase, the variable "Perceived Self-Efficacy" has been examined considering four dimensions: "Emotional Maturity", "Finalization of Action", "Relational Fluidity" and "Analysis of the Context". Furthermore, for each subject has been identified the personality style ("Extroversion", "Nevroticismo", "Psycoticismo") and the coping style used ("Social Support", "Avoidance Strategies",

“Positive Attitude”, “Problem Solving”, and “Turning to Religion”).

In conclusion, the results obtained show how the psychotherapist trainees’ perceived self-efficacy is related to their own positive attitude and to their own ability of problem solving. Otherwise, the perceived self-efficacy seems to be lower in the students characterized by high levels of neuroticism and use of avoidance strategies.

At last, the number of patients who left the therapy seems not to influence therapists’ perceived self-efficacy.

Key words: perceived self-efficacy, psychotherapist effect, psychotherapist trainee, work-related stress, motivation, coping style, characteristics of personality

Introduzione

L’autoefficacia è definita da Bandura (1977) come la convinzione circa le proprie capacità di organizzare e realizzare le sequenze di azioni necessarie a gestire adeguatamente le situazioni, in un particolare contesto, in modo da raggiungere gli obiettivi prefissati.

Non si tratta, dunque, di una generica fiducia in se stessi e nelle competenze possedute, ma è un concetto legato a variabili contesto e compito dipendenti.

Il sistema delle convinzioni di efficacia personale riveste un considerevole ruolo in diversi ambiti del funzionamento umano, dai processi di adattamento alla promozione della salute e del benessere psicologico. Le convinzioni di autoefficacia sono, infatti, i più prossimi indicatori dell’agentività umana (*human agency*), capacità della persona di operare consapevolmente per il raggiungimento dei propri obiettivi, secondo i personali standard di prestazione. Specificatamente, regolando processi cognitivi, motivazionali, affettivi e processi di scelta, il senso di efficacia personale influenza modi di pensare, attività intraprese, obiettivi, risultati attesi, resistenza alle avversità e livello di stress sperimentato nell’affrontare le richieste ambientali (Bandura 1993).

Il presente studio vuole indagare il senso di autoefficacia percepita nei terapeuti in formazione, inserendosi nell’ambito di studi che si propone di approfondire il ruolo del terapeuta e delle sue personali caratteristiche nel processo terapeutico stesso.

L’approfondimento del ruolo dello psicoterapeuta, inteso come *individuo* all’interno della diade terapeutica, è ritenuto importante per una buona comprensione del paziente e del suo sviluppo nel corso del trattamento (Rogers 1957, 1961). In particolare, caratteristiche proprie del terapeuta come l’agentività e le abilità interpersonali, la capacità di gestione di situazioni stressanti (*coping*), e alcune qualità temperamentali sembrano essere in grado di promuovere il successo o il fallimento del trattamento proposto, modulando l’alleanza terapeutica tra paziente e psicoterapeuta (Nissen-Lie et al. 2013; Flückiger et al. 2012; Heinonen et al. 2013).

Alcuni studi hanno dimostrato che la capacità di riflettere su di sé e la percezione di competenza sono centrali nello sviluppo delle abilità professionali dei terapeuti e nella gestione di alcuni aspetti critici della terapia come il rapporto con i pazienti, la durata e la chiusura della terapia stessa (Orlinsky et al. 1975; Strean 1993; Brady et al. 1996). Altri studi inoltre hanno mostrato l’importanza di aspetti come ansia, autoefficacia professionale e autocritica proprio negli psicoterapeuti in formazione (Howard et al. 2006; Lee et al. 2001; Williams et al. 1997).

La letteratura del settore ha evidenziato come il lavoro di terapeuta sia un’occupazione particolarmente stressante (Cushway e Tyler 1996), per la natura ambigua del lavoro clinico psicoterapeutico (Skovholt e Ronnestad 2003), elemento maggiormente stressogeno nelle fasi iniziali del percorso formativo. Pica (1998) sostiene che gli specializzandi abbiano, rispetto ai

professionisti, una minore capacità di tollerare e accettare tale ambiguità e siano più inclini a sviluppare un atteggiamento “ossessivamente perfezionistico”, in termini di risultati; quest’ultimo entra in conflitto con la consapevolezza di “non conoscere tutte le risposte” relative alle problematiche con cui sono chiamati a confrontarsi. Inoltre, Sherman e Tholen (1998) affermano che i terapeuti con maggior esperienza riportano livelli più bassi di stress lavoro correlato con un conseguente minor impatto sull’efficacia professionale. Tale risultato sembra essere collegato ad una maggior padronanza delle abilità di coping associata ad un incremento della propria sensazione di autoefficacia.

I terapeuti specializzandi sembrano vivere la discrepanza tra l’ideale professionale ricco di aspettative stimolanti e affascinanti e la difficile realtà lavorativa spesso vissuta come svalutante e ricca di limiti, in termini di risorse e tempi clinici. In particolare, gli specializzandi potrebbero sovrastimare sia le loro abilità di indurre un cambiamento stabile e funzionale nei pazienti sia la loro capacità di costruire una solida alleanza terapeutica. Ulteriori elementi stressogeni dimostrati sono le ore di lezione, le attività di ricerca, le supervisioni e i tirocini concomitanti l’attività più strettamente clinica e caratterizzanti il percorso di formazione (Schwartz-Mette 2009).

I livelli di stress influenzano negativamente alcuni processi cognitivi come la memoria dichiarativa, l’attenzione e la concentrazione e le abilità di decision making (Kirschbaum et al. 1996; Skosnik et al. 2000; Klein 1996) che sono attivamente coinvolte nel processo terapeutico. Inoltre, è noto come il livello di stress comprometta il senso di efficacia percepita influenzando negativamente sul trattamento terapeutico offerto (Smith e Moss 2009).

Alcuni studi mostrano come l’utilizzo di strategie di coping appropriate nella regolazione di emozioni disturbanti e nella gestione dei problemi possano proteggere dagli effetti dannosi dello stress a livello psicofisiologico (Connor Smith e Compas 2004).

Ne consegue che saper gestire lo stress in modo funzionale può incrementare il senso di autoefficacia percepita e influire positivamente sul processo terapeutico (Stafford-Brown e Pakenham 2012).

L’adozione di determinati stili di coping avviene sulla base di contesti e situazioni. Tuttavia, la letteratura e gli strumenti di misura hanno evidenziato la natura disposizionale dei processi di coping postulando l’esistenza di alcuni stili di base e strategie abituali, espressioni di caratteristiche stabili di personalità (Mc Crae e Costa 1986; Caver e Sheier 1994; Sica et al. 2008).

Alla luce di queste premesse teoriche, il seguente lavoro si pone l’obiettivo di approfondire la relazione esistente tra percezione di autoefficacia, variabili personali e modalità di gestione dello stress, attraverso le strategie di coping utilizzate, negli studenti specializzandi in psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale.

Obiettivi della ricerca

Il razionale dello studio si basa sul presupposto che la percezione di autoefficacia sia in grado di modulare sia la motivazione che l’impegno che i soggetti investono nello svolgimento di compiti complessi e multidimensionali (Bandura e Adams 1977; Bandura 1986). L’autoefficacia percepita, quindi, può rappresentare una variabile cruciale nello svolgimento della professione psicoterapeutica, influenzando positivamente sulla qualità del trattamento terapeutico offerto. Di conseguenza, abbiamo voluto approfondire sia il ruolo dell’autoefficacia nei processi di svolgimento dell’attività psicoterapeutica, sia la relazione di questa componente con alcune variabili esperienziali, lo stile di personalità e di coping.

In particolare, nel presente lavoro ci si propone di studiare il senso di autoefficacia percepita in

ambito lavorativo da parte di studenti specializzandi in psicoterapia con orientamento cognitivo-comportamentale. In primo luogo, si vuole indagare la presenza di eventuali cambiamenti nella percezione di autoefficacia durante il percorso di formazione (dal primo al quarto anno di studi) in funzione, quindi, dell'acquisizione e del consolidamento di nuove conoscenze e competenze professionali. Secondariamente, si vuole verificare l'eventuale relazione esistente tra percezione di autoefficacia, variabili personali e di gestione dello stress, attraverso le strategie di coping generalmente utilizzate, verificando quale di questi aspetti possa essere maggiormente predittivo del senso di autoefficacia in questo specifico contesto professionale. In ultimo, si vuole chiarire se ed in che modo l'eventuale numero di drop-out influenzi a sua volta il senso di autoefficacia percepita dai terapeuti in formazione. A tale proposito, si potrebbe ipotizzare che un elevato numero di drop-out possa essere interpretato dagli psicoterapeuti in formazione come un feedback negativo rispetto alle loro competenze professionali, abbassando il loro senso di autoefficacia, e conseguentemente la loro motivazione allo svolgimento della professione.

Metodologia

Partecipanti e procedura sperimentale

Hanno partecipato allo studio 220 soggetti ($M = 34$) di età compresa tra 25 e 60 anni ($media=30,7$; $d.s.=4,2$), iscritti ai quattro anni delle scuole di specializzazione "Associazione di Psicoterapia Cognitiva" (APC) e "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" (SPC), nelle diverse sedi presenti sul territorio nazionale (Verona, Roma, Grosseto, Napoli, Ancona, Reggio Calabria, Lecce). I dati relativi al campione sono rappresentati in **tabella 1**.

Tabella 1. Campione Sperimentale n totale = 220

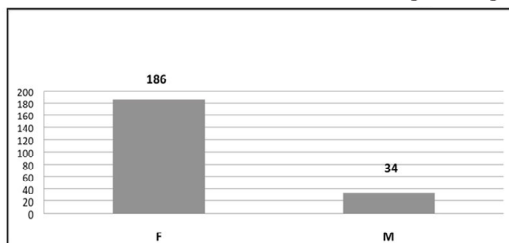


Grafico A. n soggetti suddivisi per genere

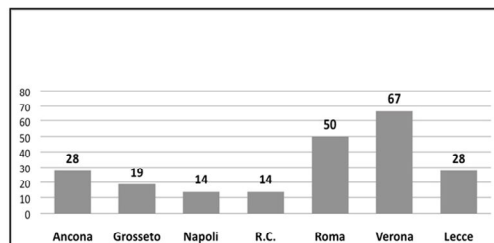


Grafico B. n soggetti suddivisi per sede

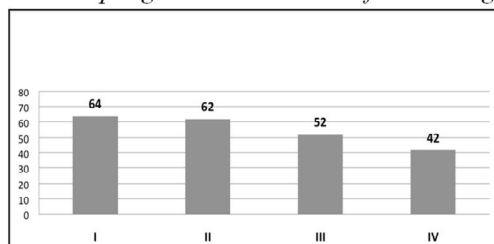


Grafico C. n soggetti suddivisi per anno di scuola

Lo strumento di indagine utilizzato consiste in un questionario proposto in modalità online, inviato tramite e-mail ed elaborato utilizzando “Google Drive”. Ai soggetti è stata inviata una e-mail con il link a cui collegarsi per rispondere al questionario proposto in forma anonima e in autosomministrazione. Il questionario è suddiviso in quattro sezioni principali, il cui ordine è bloccato: la prima, costituita da domande atte a valutare informazioni demografiche relative al soggetto e alla sua attività clinica quali numero totale di pazienti in carico, tipo di trattamento offerto (sostegno psicologico o psicoterapia), categoria diagnostica dei pazienti in carico (asse I, asse II, disturbi non riferibili alle precedenti categorie diagnostiche) e numero di eventuali drop out; le altre sezioni corrispondono a tre questionari validati descritti di seguito. La batteria dei tre questionari self-report comprende l’ “Eysenck Personality Questionnaire” forma ridotta (EPQ-R), il “Coping Orientation to Problems Experienced” (COPE NVI), e la “Scala di Autoefficacia Percepita nella Gestione di Problemi Complessi” che valuta l’autoefficacia nei contesti lavorativi.

Il tempo di compilazione previsto era di circa 20 minuti.

Strumenti

L’ “Eysenck Personality Questionnaire” forma ridotta-EPQ-R (Dazzi et al. 2004) è composto da 48 item con risposta dicotomica (sì/no) che indagano quattro dimensioni di personalità su altrettante scale di valutazione (12 item per scala), nello specifico:

- **Scala E-Estroversione** descrive la dimensione di introversione *Vs* estroversione.
- **Scala N-Nevroticismo** descrive la dimensione di stabilità *Vs* instabilità emotiva.
- **Scala P-Psicoticismo** descrive la dimensione della socializzazione, che può includere aspetti di anticonformismo, disadattamento sociale, ostilità e antisocialità.
- **Scala di controllo L-Lie** che misura la distorsione nelle risposte in funzione di scopi di desiderabilità sociale. Con punteggi medi (inferiori a 60) il profilo è da ritenersi valido.

Il calcolo dei punteggi ottenuti per ciascuna scala del questionario si ottiene sommando le risposte fornite ai relativi item. Le proprietà psicometriche di attendibilità, stabilità e coerenza interna sono da ritenersi buone (Dazzi et al. 2004).

Il “Coping Orientation to Problems Experienced”-COPE NVI (Sica et al. 2008) è un questionario self-report che ha lo scopo di indagare lo stile di coping, ossia la modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti. Il test è composto da 60 item a cui il soggetto è chiamato a rispondere su una scala Likert a 4 punti (1 = di solito non lo faccio; 4 = lo faccio quasi sempre). Tale strumento genera punteggi relativi a cinque domini che descrivono diverse modalità di gestione di eventi stressanti:

- **Sostegno sociale** (12 item) definito da attività di *ricerca di comprensione, ricerca di informazioni, sfogo emotivo*
- **Strategie di evitamento** (16 item) definito da attività di *negazione, umorismo, uso di droga, distacco comportamentale, distacco mentale*
- **Attitudine positiva** (12 item): definito da attività di *accettazione, contenimento, reinterpretazione positiva*
- **Orientamento al problema** (12 item) definito da attività di *soppressione, pianificazione, attività*

- **Orientamento trascendente** (8 item) definito da attività connesse alla *religione*

La coerenza interna e la stabilità nel tempo per le cinque dimensioni individuate si possono considerare soddisfacenti e in linea con quella dei classici costrutti di personalità (Sica et al. 2008).

La “**Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi**” (Farnese et al. 2007) ha lo scopo di rilevare le convinzioni di autoefficacia dei soggetti nella gestione di esperienze di vita problematiche. Nel presente lavoro la consegna per la sua compilazione è stata dettagliata in riferimento al contesto professionale legato all’esercizio dello specifico ruolo di psicoterapeuta. Il questionario è costituito da 24 item, si rivolge ad adulti tra i 20 e i 65 anni, e la modalità di risposta è su scala Likert a 5 punti (da 1 = “Per nulla capace” a 5 “Del tutto capace”). La scala considera quattro dimensioni (6 item ognuna):

- **Maturità emotiva:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di gestire situazioni stressanti e problematiche.
- **Finalizzazione dell’azione:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di definire e perseguire obiettivi concreti e adatti alle proprie competenze.
- **Fluidità relazionale:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di ingaggiare e mantenere buone relazioni sociali.
- **Analisi del contesto:** insieme di convinzioni circa le proprie capacità di comprensione e di adattamento al contesto sociale o lavorativo di riferimento.

Il questionario ha mostrato di possedere buone proprietà psicometriche in termini di attendibilità e validità interna (Farnese et al. 2007).

In conclusione, i test sopra descritti sono stati scelti per la presente ricerca sia per la loro specificità nel misurare le variabili di nostro interesse, sia in funzione delle loro buone caratteristiche psicometriche e relativa brevità di somministrazione.

Di conseguenza, per ogni soggetto l’autoefficacia verrà declinata secondo quattro dimensioni: “*Maturità Emotiva*”, “*Finalizzazione dell’Azione*”, “*Fluidità Relazionale*” ed “*Analisi del Contesto*”. Inoltre, per ogni soggetto verrà individuato sia lo stile di personalità (“*Estroversione*”, “*Nevroticismo*”, “*Psicoticismo*”) che lo stile di coping preferibilmente adottato (“*Attitudine positiva*”, “*Sostegno sociale*”, “*Evitamento*”, “*Orientamento al problema*”, e “*Orientamento trascendente*”).

Risultati

I punteggi ottenuti dai soggetti in risposta ai questionari sono stati trasformati in punteggi T, e analizzati attraverso studi di correlazione e regressione lineare (semplice e multipla). In particolare, sono state indagate le possibili relazioni tra i fattori relativi alla **Personalità** (3 livelli: Estroverso, Nevrotico, Psicotico), **Coping** (5 livelli: Sostegno Sociale, Evitamento, Attitudine Positiva, Orientamento al Problema e Orientamento Trascendente) e **Dimensioni di Autoefficacia** (4 livelli: Maturità Emotiva, Finalizzazione all’Azione, Fluidità Relazionale e Analisi del Contesto). La compilazione dei questionari è risultata corretta, e nel caso dell’EPQ-R i profili sono da ritenersi validi (punteggio medio alla *scala L* pari a 25,14) e, pertanto, non è stato ritenuto opportuno inserire i punteggi relativi alla *scala L* nelle successive analisi.

Nello specifico, è stata condotta un’analisi preliminare con uno studio di correlazione

($p \leq 0.004$, correzione di Bonferroni) calcolando il coefficiente di Pearson tra le diverse scale misurate dai questionari “EPQ-R”, “COPE NVI” e la “Scala per la valutazione dell’Autoefficacia per la gestione di problemi complessi”.

I risultati mostrano come esista una significativa collinearità fra i livelli del fattore relativo alle Dimensioni di Autoefficacia (per ogni confronto $r^2 > 0,760$ e $p < 0,001$); tale dato suggerisce di collapsare i quattro livelli indagati in un’unica variabile che chiameremo “Autoefficacia”, inserita nei successivi studi di correlazione e regressione al fine di aumentarne la potenza statistica.

A questo punto, per indagare la prima ipotesi, ovvero se esistano differenze significative tra il livello di autoefficacia percepita dagli studenti iscritti ai quattro anni del corso di studio in psicoterapia cognitivo-comportamentale, è stata condotta un’Anova Univariata. In questo modo abbiamo potuto confrontare le medie dei quattro gruppi relativi ai quattro anni di studi (“Anno di Scuola”, fattore between subject a 4 livelli I, II, III, IV) in funzione della variabile dipendente “Autoefficacia” confrontando la variabilità interna a questi gruppi con la variabilità tra i gruppi. Il modello non è risultato significativo ($F=0,358$, $p=0,784$), pertanto possiamo concludere che non sussistono differenze significative in termini di autoefficacia percepita tra i quattro gruppi iscritti ai diversi anni di studio.

Per la verifica della seconda ipotesi, ossia chiarire l’eventuale relazione tra senso di autoefficacia percepita, variabili personali e di gestione dello stress è stata condotto un secondo studio di correlazione ($p \leq 0,006$, correzione di Bonferroni). Abbiamo, quindi, calcolato il coefficiente di Pearson tra i fattori di “Personalità” (3 livelli: Estroversione, Nevroticismo, Psicoticismo), “Coping” (5 livelli: Sostegno Sociale, Evitamento, Attitudine Positiva, Orientamento al Problema e Orientamento Trascendente) e “Autoefficacia”. Sono risultate significative le correlazioni tra alcuni livelli di personalità e stili di coping: nello specifico, l’“Estroversione” correla positivamente con l’“Attitudine Positiva” ($r^2 = 0,221$, $p < 0,001$) e il “Nevroticismo” correla positivamente con le strategie di “Evitamento” ($r^2 = 0,385$, $p < 0,001$).

Inoltre, i risultati mostrano come l’“Autoefficacia” correli negativamente con il “Nevroticismo” ($r^2 = -0,297$, $p < 0,001$) e con l’“Evitamento” ($r^2 = -0,213$, $p < 0,001$), mentre correli positivamente con l’“Attitudine Positiva” ($r^2 = 0,415$, $p < 0,001$) e l’“Orientamento al Problema” ($r^2 = 0,335$, $p < 0,001$).

A questo punto, ci siamo chiesti quali tra queste variabili fossero maggiormente predittive del fattore “Autoefficacia” e abbiamo condotto uno studio di regressione lineare multipla con fattore dipendente l’ “Autoefficacia” e predittori il “Nevroticismo”, l’ “Evitamento”, l’ “Attitudine Positiva” e l’ “Orientamento al Problema”. Il modello risulta significativo ($F_{[1,4]} = 19,085$; $p < 0,001$).

I risultati mostrano che l’“Attitudine Positiva” è la variabile in grado di predire maggiormente il senso di “Autoefficacia” percepita dai soggetti ($\beta = 0,295$; $p < 0,001$; vedi **tabella 2**).

Infine, per verificare la terza ipotesi sperimentale, se l’eventuale numero di drop-out riferiti influenzi il senso di autoefficacia, abbiamo condotto una regressione lineare semplice tra la variabile dipendente “Autoefficacia” e il predittore “Numero di Drop-out”. Il modello non risulta significativo ($F < 1$); sembra, quindi, che il numero di pazienti che abbandonano in itinere la terapia non influisca in modo significativo sul senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione.

In conclusione, i risultati ottenuti mostrano come il senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione sia modulato positivamente in funzione della propria attitudine positiva e della capacità di orientamento al problema. Diversamente, il senso di autoefficacia sembra diminuire nelle personalità nevrotiche e nei soggetti che adottano prevalentemente

strategie di evitamento. Infine, il numero di drop-out subiti sembra non influire sul livello di autoefficacia percepita.

Tabella 2. REGRESSIONE LINEARE MULTPLA

Variabile dipendente: Autoefficacia

Predittori: Attitudine Positiva, Orientamento al Problema, Nevroticismo, Evitamento

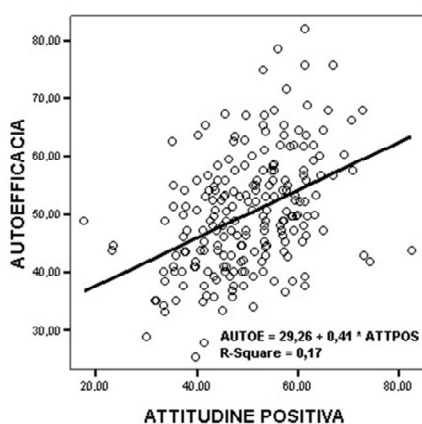


Figura 1. Attitudine Positiva

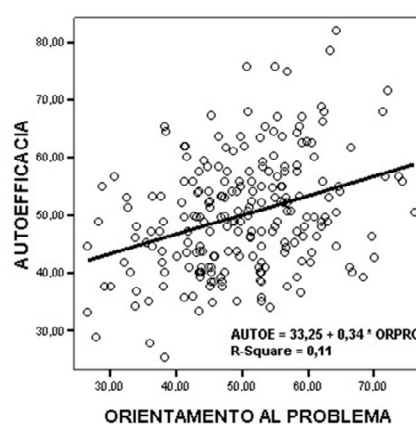


Figura 2. Orientamento al Problema

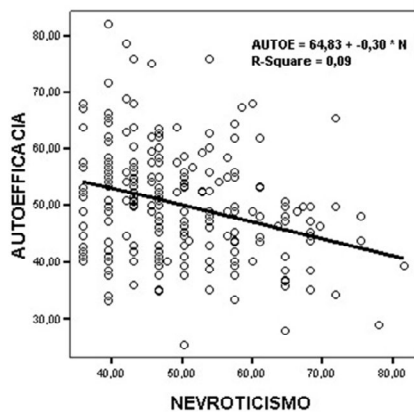


Figura 3. Nevroticismo

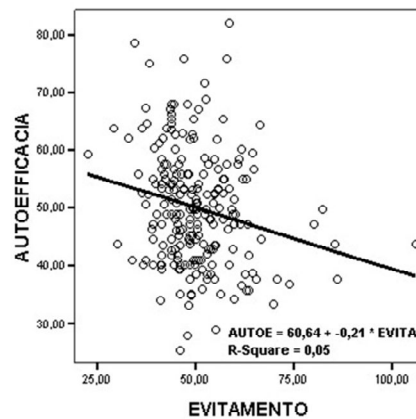


Figura 4. Evitamento

Conclusioni

La letteratura del settore evidenzia come i risultati della terapia dipendano non soltanto dai diversi metodi utilizzati ma anche dalle differenti caratteristiche personali dello psicoterapeuta che modulano, ad esempio, l'alleanza terapeutica (Nissen-Lie et al. 2013). Quest'ultima è definita come l'accordo tra il terapeuta e il paziente sugli obiettivi terapeutici, sui compiti o le attività terapeutiche, e sullo sviluppo di un legame personale, di reciproca fiducia e apprezzamento, tra terapeuta e paziente (Bordin 1979). Risulta evidente il riferimento ad una dimensione personale del rapporto terapeuta-paziente, relazione che entrambi sono in grado di modulare. A tale proposito, è stato dimostrato che quando i terapeuti sono meno stressati, sono maggiormente in grado di entrare in relazione con i bisogni dei loro pazienti e di condurre la terapia in modo tale da sviluppare alleanze resistenti e durature con un impatto positivo sull'esito della terapia stessa (Safran e Muran 2000).

Di conseguenza, risulta evidente la necessità da parte del terapeuta di sapere gestire in modo efficace situazioni problematiche e stressanti, sia in ambito personale che lavorativo, soprattutto durante le fasi iniziali del suo percorso formativo, che potrebbero essere considerate insidiose in termini di un possibile decremento del senso di autoefficacia percepita e di un conseguente abbassamento della motivazione professionale.

Nel presente lavoro si è indagato il senso di autoefficacia percepita da terapeuti in formazione ad orientamento cognitivo-comportamentale (frequentanti le scuole APC-SPC). Nello specifico, si voleva chiarire se l'autoefficacia percepita potesse variare nel corso dei quattro anni di studi e se fosse modulata da variabili personali e di coping. Infine, si è verificato l'eventuale legame fra numero di drop out e senso di autoefficacia percepita.

I risultati ottenuti evidenziano come il senso di autoefficacia percepita dagli psicoterapeuti in formazione sia positivamente modulato dall'attitudine positiva e in minor misura dalla capacità di orientamento al problema (Sica et al. 2008). L'attitudine positiva è intesa come il risultato dell'interazione di atteggiamenti di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva. Nello specifico, si tratta di un atteggiamento di accettazione della situazione o della propria incapacità di affrontarla, che, da un lato facilita l'inibizione di comportamenti impulsivi di gestione dello stress e, dall'altro, permette una reinterpretazione positiva degli eventi, consentendo di elaborare gli aspetti critici dell'esperienza vissuta in termini di crescita umana. L'orientamento al problema coniuga la scelta e l'uso di strategie di attività, di pianificazione e di soppressione utili ad elaborare ed intraprendere attività per superare il problema e gestire lo stress, inibendo ogni altra azione interferente (Sica et al. 2008).

Diversamente, l'autoefficacia percepita sembra diminuire nelle personalità nevrotiche che, confermando i dati noti in letteratura, frequentemente mettono in atto strategie di evitamento (vedi anche Sica et al. 2008); queste ultime comprendono l'utilizzo di droghe, la negazione del problema stressogeno o il riferirsi ad esso con toni umoristici ed il distacco sia comportamentale, con l'abbandono di tutti i tentativi di risoluzione, sia mentale, con l'assorbimento delle risorse da parte di attività distraenti (Sica et al. 2008).

Altro risultato interessante è che il numero di drop-out esperiti durante la storia clinica degli specializzandi sembra non influire sul livello di autoefficacia percepita; questo dato forse è da mettere in relazione con un atteggiamento di accettazione di una quota di insuccessi da parte del terapeuta che li considera parte integrante e prevedibile del proprio percorso di crescita professionale. In particolare, tale risultato potrebbe essere ricondotto alla natura validante e normalizzante sia del confronto con i colleghi che delle supervisioni con i trainer, aspetti intrinseci

al percorso formativo. In alternativa, tale mancanza di effetto potrebbe essere attribuibile al numero relativamente basso di drop out riportati in rapporto al numero totale di pazienti trattati (ad es. IV anno di scuola: media di drop out pari a 1,5 su una media totale di pazienti trattati pari a 8,8).

Il senso di autoefficacia non sembra neppure subire modificazioni significative nel corso dei quattro anni di studi. Questo dato potrebbe essere in linea con quanto affermato da Thèriault e Gazzola (2005), secondo cui sentimenti di incompetenza sono intrinseci all'esperienza personale dell'essere terapeuta, anche con anni di lavoro alle spalle.

È opportuno, tuttavia, evidenziare la presenza di alcuni limiti metodologici con cui lo studio è stato condotto che potrebbero aver inficiato i risultati ottenuti, mascherando eventuali variazioni nel senso di autoefficacia percepita lungo il percorso di studi. Nello specifico, i limiti della ricerca sono legati all'uso di strumenti self report e al campione sperimentale. Quest'ultimo, infatti, non risulta omogeneo, essendo composto da gruppi diversi di studenti iscritti ai vari anni del corso di specializzazione, numericamente non equivalenti, con una partecipazione decrescente dal primo al quarto anno (vedi **grafico C. tabella 1**).

Di conseguenza, sarebbe opportuno testare e approfondire le ipotesi formulate all'interno di uno studio longitudinale, in modo tale da poter raccogliere i dati su un campione omogeneo seguito durante l'intero percorso formativo che possa meglio fare emergere eventuali variazioni relative al senso di autoefficacia percepita degli specializzandi.

Infine, un ulteriore approfondimento potrebbe riguardare l'estensione del campione sperimentale a specializzandi appartenenti ad altri orientamenti al fine di indagare l'eventuale effetto dell'approccio terapeutico sulla percezione di autoefficacia.

Bibliografia

- Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 2, 191-215.
- Bandura A, Adams NE, Beyer J (1977). Cognitive processes mediating behavioural change. *Journal of Personality Social Psychology* 35, 3, 125-39.
- Bandura A (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist* 28, 2, 117-148
- Bordin E (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 252-260.
- Brady J, Guy J, Poelstra P, Brown, J (1996). Difficult goodbyes: A national survey of therapists' hindrances to successful terminations. *Psychotherapy in Private Practice* 14, 4, 65-76.
- Carver CS, Scheier MF (1994). Situational Coping and Coping Disposition in a Stressful Translation. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, 184-195.
- Connor-Smith JK, Compas BE (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research* 26, 39-55.
- Cushway D (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology* 2, 169-79.
- Cushway D, Tyler P (1996). Stress in clinical psychologists. *International Journal of Social Psychology* 42, 4, 141-149.
- Eysenck HJ (2004). *Scale di personalità Eysenck per adulti: EPQ-R personality questionnaire riveduto, EPQ-R forma ridotta*; adattamento italiano a cura di Dazzi C, Pedrabissi L, Santinello M. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Farnese ML, Avallone F, Pepe S, Porcelli R (2007). Scala di autoefficacia percepita nella gestione di problemi complessi. *Temi & Strumenti Studi e ricerche* 41 'Bisogni, valori e autoefficacia nella scelta del lavoro', realizzato da ISFOL in collaborazione con la Facoltà di Psicologia 2 Università degli Studi di Roma

- ‘Sapienza’, I.G.E.R. srl, Roma.
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 59, 10-17.
- Heinonen E, Lindfors O, Härkänen T, Virtala E, Jääskeläinen T, Knekt P (2013). Therapists’ Professional and Personal Characteristics as Predictors of Working Alliance in Short-Term and Long-Term Psychotherapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 28, [Epub ahead of print]
- Howard EE, Inman AG, Altman AN (2006). Critical incidents among novice counsellor trainees. *Counselor Education and Supervision* 46, 88-102.
- Kirschbaum C, Wolf OT, May M, Wippich W, Hellhammer DH (1996). Stress and treatment induced elevations of cortisol levels associated with impaired declarative memory in healthy adults. *Life Sciences* 58, 17, 1475-1483.
- Klein G. (1996). The effect of acute stressors on decision making. In J. Driskell & E. Salas (Eds.), *Stress and human performance*, pp. 49-88. Erlbaum Hillsdale, NJ.
- Lee RE, Eppler C, Kendal N, Latty C (2001). Critical incidents in the professional lives of first year MFT students. *Contemporary Family Therapy* 23, 51-61.
- Mc Crae RR, Costa PT (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality* 54, 384-405.
- Nissen-Lie HA, Havik OE, Høglend PA, Monsen JT, Rønnestad MH (2013). The contribution of the quality of therapists’ personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Consulting Psychology* 60, 4, 483-95.
- Orlinsky D, Howard R, Hill J (1975). Conjoint psychotherapeutic experiences: Some dimensions and determinants. *Multivariate Behavioral Research* 10, 463-477.
- Pica M (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 35, 3, 361-365.
- Rogers C (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.
- Rogers C (1961). *On becoming a person: A therapist’s view of psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston, MA.
- Safran JD, Muran JC (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press, New York, NY.
- Schwartz-Mette RA (2009). Challenges in addressing graduate student impairment in academic professional psychology program. *Ethics and Behaviour* 19, 2, 91-102.
- Sherman MD, Thelen MH (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 29, 79-85.
- Sica C, Magni C, Ghisi M, Altoè G, Sighinolfi C, Chiri LR, Franceschini S (2008). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 14, 1, 27-53.
- Smith PL, Moss SB (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice* 16, 1-15.
- Skosnik PD, Chatterton RT, Swisher T, Park S (2000). Modulation of attentional inhibition by norepinephrine and cortisol after psychological stress. *International Journal of Psychophysiology* 36, 59-68.
- Skovholt TM, Rønnestad MH (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development* 30, 1, 45-58.
- Stafford-Brown J, Pakenham I (2012). The effectiveness of fan ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychology* 68, 6, 592-613.
- Strean HS (1993). *Resolving counterresistances in psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Thériault A, Gazzola N (2006). What are the sources of feelings of incompetence in experienced therapists? *Counselling Psychology Quarterly* 19, 4, 313-330.
- Williams EN, Judge A, Hill CE, Hoffman MA (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees’, clients’ and supervisors’ perceptions of therapists’ personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology* 44, 390-399.