

La ricerca in psicoterapia. La psicoterapia come ricerca

SIMONA FASSINA, BARBARA SIMONELLI

Summary – PSYCHOTHERAPY RESEARCH. PSYCHOTHERAPY AS RESEARCH. The paper offers a brief historical review and a current overview of the acquisitions, problems, lines of development about outcomes and processes research in psychodynamic psychotherapy. It proposes some reflections on the importance of the attitude to research in the training courses of Adlerian psychotherapists.

Keywords: OUTCOME, RICERCA, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA

I. Le “fasi” storiche della ricerca in psicoterapia, con particolare attenzione alle psicoterapie psicodinamiche

Una riflessione sul complesso tema della ricerca in psicoterapia può essere introdotta a partire dai grandi quesiti attorno ai quali si articola il lavoro dei ricercatori:

1. La psicoterapia è efficace?

L'esigenza di rispondere a tale domanda, provocatoriamente lanciata da Eysenck nel 1952 [16], diede impulso a quella che Paolo Migone, in un ormai notissimo lavoro del 1996 [45], definisce una “prima fase” nella storia della ricerca in psicoterapia, tesa al “giustificazionalismo scientifico” della psicoterapia. Furono infatti avviati, a partire dagli anni '50 del secolo scorso, numerosi studi tesi a misurare gli esiti delle psicoterapie, applicando le metodologie della ricerca empirica utilizzata in ambito medico.

Ben presto si evidenziarono alcune criticità rispetto alla necessità di isolare delle variabili da poter utilizzare in uno studio empirico: mentre appare relativamente semplice “misurare” l'efficacia di un farmaco confrontandone gli effetti con una molecola inerte, risultò ben più complesso individuare una condizione di trattamento placebo da confrontare con una psicoterapia; la prassi di considerare come “placebo” interventi psicologici meno strutturati (colloqui condotti da altre figure professionali, ad es.) sollevò ben presto numerose obiezioni, in quanto la dimensione relazionale, quelli che successivamente saranno individuati come “fattori aspecifici” della cura, erano

considerati di primaria importanza nella maggior parte degli orientamenti teorici; ciò che alcune scuole consideravano come secondario rispetto alla cura, era prioritario per altre; i ricercatori evidenziarono che per poter definire un placebo, in riferimento ad un trattamento che si basa sulla relazione e sulla parola, era infatti necessario individuare con chiarezza quale fosse “la molecola attiva” della psicoterapia, ovvero definirne l’agente terapeutico.

L’attenzione dei ricercatori fu quindi rivolta allo studio dei processi, ovvero ad un secondo quesito:

2. *Quali fattori determinano l’esito?*

Questa “seconda fase” [45] della storia della ricerca vede spostarsi l’interesse dallo studio del risultato allo studio del rapporto tra processo e risultato, a partire dalle conferenze del National Institute of Mental Health (NIMH) statunitense (dal 1957 al 1966); nasce in questo periodo la Society for Psychotherapy Research (SPR), e nel 1970, viene portato a termine l’imponente studio della Menninger Foundation, i cui risultati furono pubblicati da Kernberg e collaboratori nel 1972 [35].

Il Menninger Project si può considerare il primo studio di esito-processo sulla psicoterapia psicodinamica a lungo termine [62].

3. *Quale psicoterapia è più efficace?*

Negli stessi anni, iniziarono ad essere realizzati studi comparativi, tesi a mettere a confronto due o più trattamenti psicoterapeutici afferenti a modelli teorico-clinici differenti. Tra i primi e più noti vanno menzionati: il Temple Study di Sloane e collaboratori, del 1975, [57] che metteva a confronto la psicoterapia breve comportamentale con quella psicodinamica; il Vanderbilt Psychotherapy Research Project di Strupp e Hadley [58], nel 1979, in cui furono messe a confronto psicoterapie dinamiche ed esperienziali (di max 25 sedute) con gruppi di controllo costituiti da trattamenti erogati da terapeuti non professionali (professori universitari).

Nel corso degli anni ’80 del secolo scorso, gli studi comparativi sono ampiamente utilizzati; ad esempio Elkin, Parloff e collaboratori [15] tra il 1985 e il 1989 misero a confronto il trattamento con antidepressivo, la terapia cognitiva, la Psicoterapia Interpersonale (IPT) e due condizioni di “placebo” (costituita da un farmaco placebo e «colloqui informali»), per un campione di 260 pazienti affetti da depressione, distribuiti nei 4 gruppi; un’altra “pietra miliare” è rappresentata, in questi anni, dalla ricerca di Piper e collaboratori [51], in cui fu paragonata una terapia analitica individuale e di gruppo a breve (6 mesi) e medio termine (24 mesi) in 106 pazienti.

Gli studi comparativi e gli studi di esito-processo condotti tra gli anni ’50 e gli anni ’90 del secolo scorso produssero alcune “risposte” che oggi costituiscono un patrimonio consolidato per i ricercatori e per i clinici.

Nonostante le difficoltà e i risultati spesso contrastanti che emergevano dai vari studi, fu possibile rispondere alla provocazione di Eysenck [16], soprattutto grazie allo sviluppo di metodologie statistiche quali le meta-analisi¹ e l'effect-size².

È dunque oggi possibile affermare inequivocabilmente che la psicoterapia è efficace nel trattamento della maggior parte dei disturbi psichici. Alcuni dati attuali ed esemplificativi saranno presentati nei paragrafi successivi.

Ciò che non emerge con chiarezza dagli studi comparativi è invece la netta prevalenza dell'efficacia di un modello di psicoterapia rispetto agli altri. Questa situazione fu definita il "verdetto del dodo"³ o "paradosso dell'equivalenza"[42], il quale rappresenta una condizione di scacco che tiene ancora oggi in competizione tra loro le scuole di psicoterapia. Ma il suo evidenziarsi alimentò (e alimenta tuttora) l'interesse per gli studi di processo.

Il rapporto del Menninger Project di Kernberg, Horwitz e collaboratori, in cui erano stati analizzati i trascritti delle sedute di 42 pazienti adulti, trattati con psicoterapia a lungo termine, distinguendo tra «psicoterapia supportiva» e «psicoterapia analitica», evidenziò la distribuzione di 7 tipologie di interventi tecnici utilizzati dai terapeuti lungo un continuum intensivo-supportivo⁴. Lo studio mise in evidenza che i terapeuti più esperti modulavano gli interventi, a prescindere dal gruppo di appartenenza (terapia supportiva v/s analitica); che non vi erano differenze significative di esito nel confronto tra le due psicoterapie, ma piuttosto l'efficacia del trattamento correleva maggiormente con l'esperienza del terapeuta; che i pazienti con una "bassa forza dell'Io" (quelli che oggi definiremmo con organizzazione borderline di personalità) conseguivano un maggiore beneficio se la psicoterapia risultava essere "supportivo-intensiva" e focalizzata sul transfert⁵.

Le successive elaborazioni di Wallerstein [60], proprio a partire dal Menninger Project, evidenziarono come, a prescindere dagli intenti dichiarati (e manualizzati) nei diversi orientamenti, tutte le forme di psicoterapia contengano un misto di elementi supportivi ed espressivi, ed i cambiamenti ottenuti tramite gli elementi supportivi non sono inferiori rispetto a quelli ottenuti mediante gli elementi espressivi.

¹La tecnica della meta-analisi rappresenta un metodo statistico sofisticato che riduce le misurazioni dei risultati di studi differenti all'interno di un unico calcolo; il vantaggio di tale tecnica consente di poter prendere in considerazione anche i risultati di ricerche basate su campioni non troppo ampi, ovvero che singolarmente non avrebbero una forza statistica sufficiente per risultare significativi. Smith, Glass & Miller (1980) e Shapiro & Shapiro (1982) utilizzarono tra i primi tale tecnica, con la quale analizzarono globalmente 597 studi controllati.

²Tecnica statistica che consente di misurare la forza della relazione tra due variabili (ad es. un parametro pre/post trattamento).

³Espressione utilizzata da Luborsky (1975), riferendosi alla "corsa dei dodo" nel racconto di Lewis Carroll: *Alice nel paese delle meraviglie*, in cui "tutti vincono e tutti devono ricevere un premio".

⁴Dal polo intensivo a quello supportivo: Interpretazione, Confrontazione, Chiarificazione, Incoraggiamento a elaborare, Convalidazione empatica, Consigli ed elogi, Prescrizioni.

⁵Da questo studio prenderà le mosse l'elaborazione di Kernberg della Transference Focused Psychotherapy.

Fu proprio Wallerstein a coniare lo “slogan”: “sii espressivo quanto puoi e supportivo quanto devi”, ad indicare la necessità (e l’efficacia) di modulare gli interventi tecnici tra i due poli in relazione ai bisogni del paziente in un dato momento del processo terapeutico.

L’interesse per lo studio dei processi divenne trasversale a tutti modelli di psicoterapia e, da vertici osservativi differenti, gli studiosi giunsero a considerazioni fortemente sovrapponibili. In ambito psicodinamico, Jones [3] elaborò una concettualizzazione dei processi terapeutici come strutture interattive, in cui sia il ruolo dell’insight che gli aspetti inerenti la relazione concorrono al cambiamento. Da una prospettiva cognitivista, Karasu [34] individuò tre mediatori universali di cambiamento presenti in grado variabile nei diversi approcci terapeutici, che possono risultare insufficienti se usati singolarmente: l’esperienza affettiva (che contribuisce a preparare lo scenario della recettività al cambiamento); la padronanza cognitiva (gli aspetti della terapia che usano ragione e significato come strumenti terapeutici e tentano di ottenere il loro effetto attraverso l’integrazione di nuovi schemi mentali e/o di nuove conoscenze); la prescrizione comportamentale (attraverso cui il paziente mette in atto nuovi comportamenti che stabilizzano le modificazioni affettive e cognitive e che arricchiscono il suo patrimonio di esperienze).

Siamo quindi nel cuore del dibattito sui fattori specifici (ovvero legati ad un determinato modello teorico ed a corrispondenti specifiche tecniche) ed aspecifici della terapia (ovvero i fattori comuni, che si osservano in tutte le psicoterapie, e che attengono prevalentemente alla qualità della relazione terapeutica e ad alcune caratteristiche del setting⁶), che ha dominato il panorama della ricerca fino alla fine del secolo scorso.

Sono ormai indiscutibili i risultati che attestano la qualità dell’alleanza terapeutica come fattore predittivo di esito ampiamente superiore rispetto alle tecniche utilizzate ed al modello teorico di riferimento [6, 4, 61].

La forte ed evidente correlazione globale tra alleanza ed esiti è stata confermata nel 2011 attraverso una meta-analisi di circa 200 studi, basati su circa 1400 pazienti [31]. Tuttavia, presupporre che una “buona qualità” della relazione sia una condizione sufficiente per determinare l’esito di un trattamento, appare parimenti ingenuo dell’affidarsi esclusivamente alla mera applicazione di una tecnica. Inoltre, lo stesso costrutto di “alleanza terapeutica” è definito e si declina in modi differenti nei diversi orientamenti teorici⁷.

⁶Su questo punto non vi è univocità tra i vari Autori, in quanto alcuni aspetti del setting sono fortemente condizionati dal modello teorico di riferimento e pertanto considerati “specifici”, mentre alcune sue caratteristiche più generali sono universalmente condivise dalle principali scuole, ovvero “aspecifici”.

⁷L’alleanza terapeutica è variamente intesa dai diversi Autori e nei diversi orientamenti teorici come accordo sugli obiettivi esplicitato tra paziente e terapeuta, come relazione reale, come attivazione dei processi simbolici transferali e contro-transferali, come attivazione di meccanismi neurobiologici impliciti di riconoscimento reciproco tra paziente e terapeuta (attivazione dei neuroni specchio, embodied simulation, intentional attunement), etc...

Se oggi possiamo quindi considerare l'alleanza terapeutica come fattore terapeutico specifico che maggiormente correla con gli esiti delle psicoterapie [40, 32], non possiamo trattare tale costrutto come un "abito buono per tutte le occasioni", né una "panacea": piuttosto una (pre)condizione ed al tempo stesso un obiettivo del cambiamento [12, 8]; non un concetto singolo, ma un mezzo attraverso il quale differenti aspetti del processo psicoterapeutico operano in differenti momenti della terapia [52, 28].

In ogni caso, la supremazia dell'alleanza terapeutica come fattore terapeutico non ha concluso l'era degli studi comparativi e non ha risolto il paradosso dell'equivalenza, ma ha piuttosto evidenziato la necessità di approfondire lo studio dei processi, complessificando il campo di osservazione.

Nel corso di questi ampi studi comparativi e degli studi di esito-processo, si rese infatti evidente non solo che terapeuti di orientamenti e scuole diverse utilizzavano tipologie di interventi tecnici spesso sovrapponibili, sebbene concettualizzati in modo differente, ma anche che i terapeuti che pure afferivano allo stesso modello teorico non sempre utilizzavano gli stessi strumenti e non sempre condividevano in modo inequivocabile i costrutti teorici di riferimento, ovvero che non sempre ad una psicoterapia chiamata in un certo modo (ad esempio, "psicoterapia psicoanalitica") corrispondeva effettivamente la stessa cosa (lo stesso "processo"). Ciò diede impulso alla necessità di manualizzare le psicoterapie⁸: condizione imprescindibile in un protocollo di ricerca è che siano chiaramente e dettagliatamente definiti processi e procedure che i terapeuti mettono in atto, affinché la terapia "x" sia confrontabile con la terapia "y".

Ciò che gli studi di processo metteranno in evidenza, però, è che i terapeuti esperti non sempre si attengono scrupolosamente alle "istruzioni" manualizzate, ma più spesso si affidano all'esperienza clinica nella conduzione della terapia. In ambito psicodinamico, inoltre, il dibattito fu (e in alcuni contesti rimane tuttora) molto acceso circa l'impossibilità di codificare un processo, quale è quello analitico, che per sua natura rivendica una qualità ermeneutica, si fonda e intende agire ed attivare dei meccanismi inconsci iscritti in una dinamica relazionale profonda e con una valenza simbolica.

⁸Tra le terapie manualizzate, a titolo esemplificativo, ne elenchiamo alcune in ambito psicodinamico: LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For Supportive-expressive Treatment*, tr. it. *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Boringhieri, Torino 1989; CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. (eds, 1991), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*, Basic Books, New York; STRUPP, H.H., BINDER, J. (1984), *Psychotherapy in a New Key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapie dinamiche brevi*, Il Mulino, Bologna 1994; MCCULLOGH, L., KUHN, N., ANDREWS, S., KAPLAN, A., WOLF, J., HURLEY, C.L. (2003), *Treating affect phobia: a manual for short term psychotherapy*, Guildford, New York; LEMMA, A., TARGET, M., FONAGY, P. (2011), *Dynamic interpersonal therapy*, Guildford, New York; BATEMAN, A., FONAGY, P. (2006), *Mentalization Based treatment for Borderline Personality Disorder*, Oxford Univ. Press, New York; YEOMANS, F.E., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O.F. (2006), *Transference Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. A clinical Guide*, APA Publishing, Washington. Una distinzione può essere fatta rispetto ai manuali che nascono non per finalità di ricerca, ma piuttosto ad uso clinico. Tali terapie sono definite "semi-manualizzate"; tra queste: la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Edit., Torino.

Semplificando i termini del dibattito, l'obiezione più frequentemente mossa dai teorici della psicoanalisi ai ricercatori è: non si può misurare l'inconscio, quindi non si può osservare il processo psicoanalitico con metodi empirici.

Oltre a ciò, l'evidenziarsi del ruolo della "alleanza terapeutica" come fattore maggiormente predittivo dell'esito delle psicoterapie, rispetto all'utilizzo di tecniche peculiari, diede ulteriore impulso a studi di processo tesi a cogliere e descrivere in modo più dettagliato e raffinato i vari elementi in gioco nel processo terapeutico.

È quella che Migone [45] definisce la "terza fase" della ricerca in psicoterapia, in cui l'attenzione dei ricercatori si dedica ad approfondire i "microprocessi" della psicoterapia che definiscono ciò che a livello clinico è percepito come macroprocesso, ovvero al quesito:

4. Cosa accade durante una psicoterapia?

Tra i più imponenti e dettagliati studi sui microprocessi della psicoterapia psicodinamica va menzionato: il lavoro di Luborsky e Crits-Christoph [44], i quali, dopo aver partecipato al progetto della Menninger Foundation, avviarono a Filadelfia il Penn Psychotherapy Project, pubblicato nel 1988, in cui vennero analizzati i trascritti di 63 psicoterapie dinamiche interamente registrate su nastro, della durata da 8 a 264 sedute.

Il lavoro di Luborsky e collaboratori esitò nella concettualizzazione del CCRT (Core Conflictual Relationship Theme: "Tema Relazionale Conflittuale Centrale") come fattore psicopatologico nucleare su cui agirebbe la psicoterapia psicodinamica. Luborsky [43] individuò alcuni fattori terapeutici variamente correlati con gli esiti: la alleanza terapeutica (therapeutic alliance), fin dalle prime sedute ad alto valore prognostico (la sua correlazione col risultato è la più alta tra tutte le variabili considerate); la comprensione e formulazione del CCRT da parte del terapeuta; la "accuratezza" delle interpretazioni rispetto al CCRT; la "comprensione di sé" (self-understanding) o insight da parte del paziente; la elaborazione della interiorizzazione dei risultati raggiunti, affinché questi permangano dopo la fine della terapia.

Da segnalare come gli stessi autori [41] rilevassero che sebbene l'accuratezza delle interpretazioni basate sul CCRT dovrebbe correlare con gli esiti, non necessariamente però essa correlava con la qualità dell'alleanza terapeutica, che si evidenziava comunque come il principale indicatore prognostico di esito.

Un ulteriore merito di questo lavoro fu l'elaborazione della "scala salute-malattia" Health-Sickness Rating Scale (HSRS) che, con alcune modifiche, diventerà la Global Assessment Scale (GAS) utilizzata per l'asse V del DSM-III. Punteggi più elevati a questa scala a inizio terapia costituivano un fattore prognostico di esito positivo (pre-terapeutico), indicando come pazienti "più sani" traessero un maggiore vantaggio della terapia. Nasceva così un'altra ormai celebre espressione di Luborsky: "i ricchi diventano più ricchi". Questi dati, tuttavia, ebbero l'effetto di rinsaldare il pregiudizio che solo pazienti "ad alto funzionamento" potessero trarre giovamento dalla

psicoterapia, e in particolare dalla psicoterapia psicodinamica. Gli studi più recenti sull'efficacia delle psicoterapie nel trattamento di pazienti con gravi disturbi della personalità correggono tale pregiudizio (in una recente rassegna, Fonagy [24] considera 26 studi con evidenze di efficacia per la psicoterapia psicodinamica nel trattamento di tali disturbi).

Questa tipologia di studi sui microprocessi ha avuto il merito di sviluppare numerosi e sempre più raffinati strumenti per la rilevazione dei processi, alcuni "specifici" (come il CCRT di Luborsky), altri "trasversali", ovvero formulati in modo tale da poter essere utilizzati anche da terapeuti di diverso orientamento.

A partire dagli '70 del secolo scorso, numerosi strumenti vengono infatti sviluppati per rilevare elementi processuali considerati rilevanti e specificatamente individuati dalle varie scuole: gli interventi tecnici utilizzati dal terapeuta, la qualità della relazione terapeutica e le sue oscillazioni durante la terapia, aspetti di funzionamento strutturale del paziente e l'emergere di resistenze durante il trattamento, le capacità di funzione riflessiva del paziente. Alcuni di questi strumenti prevedono la rilevazione del processo parallelamente dal punto di vista del terapeuta, del paziente e di un osservatore esterno.

A titolo esemplificativo ne citiamo alcuni tra i più recenti (e validati in italiano): il PQS (Psychotherapy Process Q-set) di Jones [33]; il CPPS (Comparative Psychotherapy Process Scale) proposto da Hinselroth [27]; il WAI (Working Alliance Inventory) di Horvath [30].

Tali strumenti, rispetto a quelli elaborati negli anni '80, hanno il vantaggio di una maggiore usabilità, ovvero coniugano la necessità di cogliere aspetti salienti del processo terapeutico con l'esigenza di poter essere compilati in un tempo contenuto e senza richiedere un training prolungato.

Se certamente non possiamo quindi "misurare l'inconscio" o "catturare l'essenza" del processo psicoterapeutico, o scomporre la psicoterapia in elementi che possano essere isolati e studiati singolarmente perché il suo significato è diverso dalla semplice somma delle sue parti, lo sforzo compiuto dai ricercatori in questi ultimi settant'anni ci consente e ci stimola ad analizzare e tentare di descrivere nel modo più articolato possibile cosa avviene e quali fattori maggiormente influiscono in quella "costellazione di processi" che si attivano durante la cura psicoterapeutica [21, 25].

È un nostro obbligo etico, sostenuto dalla necessità di proporre ai nostri pazienti trattamenti di cui conosciamo le indicazioni, le potenzialità terapeutiche e i rischi.

"(...) analisti e psicoterapeuti di tutte le scuole psicodinamiche (...) devono rispondere in modo responsabile di ciò che propongono, non solo in termini di strategie di intervento ma del dialogo intimo di ogni singola seduta, e devono continuare a segnalare ai pazienti in che modo essi stessi sono compartecipi e corresponsabili della conduzione del trattamento e dei risultati della cura" (10, p. 107).

II. *Attualità e linee di sviluppo per la ricerca in psicoterapia (psicodinamica)*

Le linee attuali di sviluppo della ricerca in psicoterapia hanno aperto la strada ad un'area di studi interdisciplinari tra le neuroscienze ed i modelli psicoterapeutici, ed in particolare psicodinamici.

5. *Cosa accade nel cervello del paziente durante una psicoterapia?*

Lo studio della biologia del processo psicoterapeutico sta evidenziando come gli aspetti verbali e non verbali del processo psicoterapeutico siano mediatori di un effetto terapeutico attraverso cambiamenti biologici e sta producendo un sempre più ampio consenso nei confronti di un approccio bio-psico-sociale [47, 26, 9, 46].

Tali ricerche richiedono la rilevazione di misure psicofisiologiche pre/post e talvolta persino durante il trattamento, il che complica ulteriormente la questione inerente i dispositivi di rilevazione che potenzialmente alterano il processo.

Tale questione fu già affrontata, a partire dagli anni '50, dai critici della ricerca, i quali segnalavano come la audio o videoregistrazione delle sedute introduceva un elemento estraneo, di disturbo, nel setting, un "intruso" nella sacralità del segreto professionale e nella relazione fiduciaria ed esclusiva tra paziente e terapeuta.

Tale obiezione deve essere tenuta in grande considerazione dal ricercatore, sia da un punto di vista epistemologico (l'osservazione altera necessariamente il fenomeno osservato) che metodologico (di tali possibili alterazioni il ricercatore deve tenere conto nell'analizzare i risultati della propria ricerca), ma soprattutto da un punto di vista etico e deontologico. Proporre ad un paziente di partecipare ad uno studio rappresenta un'operazione delicata, che può impattare non solo sul setting, introducendo strumenti di rilevazione (test da compilare) o dispositivi di registrazione del colloquio, ma sulla stessa relazione terapeutica, attivando nel paziente, e nel terapeuta, aspettative, fantasie, possibili resistenze, o peculiari dinamiche transferali/contro-transferali.

Tenere conto di ciò non implica il dover rinunciare alla ricerca, ovviamente, ma certo rende necessaria una attenta valutazione ed una scelta consapevole delle metodologie di ricerca, che sia compatibile con le esigenze cliniche e coerente con le finalità dello studio, ponendo l'attenzione su quali aspetti di esito si intende indagare.

Un'ulteriore questione che è stata evidenziata dalla lettura critica delle ricerche di esito riguarda proprio il quesito:

6. *Quali risultati, quali cambiamenti ci attendiamo nel paziente durante e al termine di una psicoterapia?*

Se i primi studi si ponevano semplicemente il compito di misurare le variazioni dell'espressività sintomatologica pre/post trattamento, ben presto divennero evidenti alcune criticità.

Da un lato, questa necessità si conciliava con le esigenze della ricerca farmacologica e in tal senso le due aree di ricerca hanno contribuito allo sviluppo di strumenti auto/etero somministrati di rilevazione e misurazione della sintomatologica - si pensi ad esempio a scale sintomatologiche quali la Symptom Check List (SCL-90-R), la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) e la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), il Beck Depression Inventory (BDI-II), lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), etc... - che potessero completare la valutazione diagnostica effettuata dal clinico, fornendo misurazioni con caratteristiche di oggettività e consentissero di confrontare l'autopercezione del paziente con l'osservazione del clinico.

Ciononostante, una delle critiche più frequenti (e pertinenti) mosse dai clinici ai ricercatori riguarda il fatto che, mentre nelle ricerche vengono considerati pazienti con diagnosi "pure", per ridurre il numero di variabili da considerare e potenziare la generalizzabilità dei risultati, nella realtà clinica, così come è affrontata dai professionisti nei loro ambulatori, la maggior parte dei pazienti presenta condizioni di comorbidità. Questa "ricerca di purezza" renderebbe quindi meno fruibili i risultati degli studi per le finalità cliniche "reali".

Proprio il dialogo tra il mondo "accademico" della ricerca e il mondo della clinica ha dato impulso alla realizzazione di sempre più numerosi studi in condizioni di "osservazione naturalistica", mettendo in discussione il principio che solo gli studi randomizzati in cui le condizioni di inclusione dei soggetti fossero altamente controllate e selezionate potessero costituire l'unico gold standard per determinare l'efficacia di un trattamento.

Occorre quindi considerare, quando approcciamo una ricerca sulla psicoterapia, tre tipologie di "effetto" che possono essere indagate:

- la *efficacy*: l'efficacia determinata da un esperimento clinico entro il quale viene controllato un elevato numero di variabili, per dimostrare che la relazione tra trattamento ed esito è relativamente certa; in questa tipologia di studi è enfatizzata la validità interna (il grado in cui è possibile inferire una relazione causale tra le variabili), attraverso: il controllo dei tipi di pazienti da includere nella ricerca, l'uso di manuali per standardizzare l'erogazione dei trattamenti, la formazione preliminare dei terapeuti, il monitoraggio dell'aderenza al manuale, l'assegnazione randomizzata ai gruppi trattamento / controllo;
- la *effectiveness*: l'efficacia relativa all'analisi della psicoterapia in contesti clinici reali, con un'enfasi sulla validità esterna, relativa al contesto, per dimostrare che il trattamento può essere utile in un setting clinico naturale; questa tipologia di studi include studi osservazionali naturalistici e l'analisi di single-cases, che possono essere scelti in maniera randomizzata;
- la *efficiency*: la valutazione del rapporto costi-benefici di un trattamento.

La questione richiede inoltre di considerare ciò che sia i teorici della psicoterapia, in particolare in ambito psicodinamico, che i clinici segnalano: ovvero che la remissione sintomatologica non costituisce necessariamente l'unico criterio di "buon esito" di una psicoterapia. Per poterci avvalere utilmente di un protocollo di ricerca e dei suoi risultati, è quindi necessario considerare quali tipologie di esito esso intenda perseguire e se tali aspetti sono stati indagati con strumenti validi e pertinenti.

Hoagwood e Jensen [29] distinguono differenti livelli di esito che possono essere presi in considerazione in una psicoterapia:

- un livello sintomatico, che si avvale di strumenti di misurazione self-report e/o di valutazione clinica;
- un livello che attiene alle capacità di adattamento o funzionamento del paziente nel suo ambiente, che può essere misurato attraverso scale specifiche;
- un livello che riguarda i processi del funzionamento mentale: meccanismi, capacità cognitive ed emotive che sottendono la sintomatologia, capacità di regolazione degli affetti, comprensione delle emozioni, rappresentazione del Sé, comprensione degli stati mentali propri e altrui, costruzione dei legami emotivi, costruzione dei giudizi morali; si tratta di aspetti che attengono ad una teoria etiopatogenetica e richiedono strumenti di valutazione specifici coerenti con la teoria di riferimento;
- un livello transazionale che riguarda le influenze contestuali (familiari e sociali) che possono intervenire sul risultato della terapia, in senso positivo o negativo;
- un livello che attiene al grado di soddisfazione percepita dal paziente (ed eventualmente dai familiari).

Per interrogarsi sugli esiti di una psicoterapia, è necessario considerarne gli obiettivi, che sono stati individuati nel momento della formulazione del progetto clinico: la remissione, totale o parziale, dei sintomi; la modificazione di alcuni aspetti del funzionamento della personalità; la risoluzione parziale o totale di un eventuale tematica focale; l'acquisizione di migliori strategie di coping; un incremento del ben-essere soggettivo; un eventuale incremento delle abilità sociali; la prevenzione della "crisi" o della riacutizzazione della sintomatologia [22].

Le attuali linee di sviluppo della ricerca in psicoterapia implicano quindi la necessità di riconsiderare il concetto di outcome dei trattamenti.

Senza trascurare l'importanza dei risultati che le ricerche condotte secondo l'approccio evidence based hanno prodotto, si tratta ora di misurarsi con il compito di mettere a punto disegni di ricerca che tengano conto dello stato dell'arte e della complessità evidenziata. Si tratta di colmare il gap fra misura dell'efficacia sperimentale (efficacy) e valutazione dell'efficacia clinica (effectiveness); di fornire dati di ricerca nei quali i clinici possano finalmente riconoscersi e che siano davvero utilizzabili nel lavoro quotidiano con i pazienti [13].

Ciò che appare evidente è che tali considerazioni esitano in una riformulazione del quesito:

7. *Quale psicoterapia per quale paziente?*

Ovvero gli studi attuali tendono a porre attenzione:

- ai requisiti diagnostici, intesi non solo come criteri descrittivi categoriali (rilevare la riduzione di sintomatologia descritta in termini di presenza/assenza di diagnosi codificata su manuali diagnostici), ma anche ai meccanismi psicopatologici che sottendono i sintomi, ovvero a criteri diagnostici dimensionali e strutturali, che attengono al funzionamento personologico degli individui;
- coerentemente a ciò, alla tipologia di esito perseguito
- ed agli elementi processuali che possono favorire tali esiti.

Si tratta quindi di promuovere ricerche in cui alle metodologie ed agli strumenti della ricerca empirica quantitativa possano essere affiancati la metodologia e gli strumenti della ricerca qualitativa⁹, in cui il contributo dei Randomized Controlled Trial (RCT) possa essere arricchito dal contributo degli studi single cases e viceversa, in cui la dimensione nomotetica (finalizzata alla ricerca delle leggi generali) si coniughi con quella idiografica (interessata alla comprensione di un particolare individuo) [59].

Il contributo che la ricerca può dare alla psicoterapia è oggi proprio quello di fornire al clinico strumenti sempre più attenti alla necessità di proporre psicoterapie “tailored”; affinché ciò sia possibile, è necessario che i clinici contribuiscano sempre più attivamente alla ricerca, segnalando le peculiarità del loro lavoro “sul campo” e stimolando i ricercatori ad elaborare metodologie e strumenti che siano pertinenti con ciò che è davvero necessario indagare e misurare.

Dai tempi in cui la proposta di una terapia si basava sulla presentazione di alcuni casi clinici e sulla testimonianza e la teorizzazione di un terapeuta, molte cose sono dunque cambiate [59], e il campo della ricerca in psicoterapia non è più una *cottage industry*, una piccola azienda familiare, come la definiva Parloff nel 1985 [50]. In questi paragrafi abbiamo ripercorso alcuni dei quesiti su cui questo Autore si interrogava, aggiornandone le risposte grazie al lavoro che i ricercatori hanno sviluppato negli ultimi trent'anni.

⁹Per un approfondimento su tale argomento si veda: LO VERSO, G. (1989), La verifica in psicoterapia ovvero la questione della scientificità del qualitativo: una proposta di inquadramento del problema, in: DEL CORNO, F., LANG, M., *Psicologia Clinica*, Vol. 1°, F. Angeli, Milano; ELLIOTT, R., FISCHER, C.T., RENNIE, D.L. (1999), Evolving guide lines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields, *Br. J. Clin. Psychol.*, 38(3): 215-229; TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. (2007), Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *Int. J. Qual. Health Care*, 19(6): 349-357; GIANNONE, F., LO VERSO, G. (1998), I presupposti epistemologici, in: DI NUOVO, S., LO VERSO, G., DI BLASI, M., GIANNONE F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie*, F. Angeli, Milano; DEL CORNO, F., RIZZI, P. (2013), *La ricerca qualitativa in Psicologia clinica*. R. Cortina, Torino.

Parloff si chiedeva infatti *se la psicoterapia è efficace*. Oggi come allora la risposta è: sì! A patto di definire con maggiore dettaglio i termini del quesito.

Rispetto alla necessità di individuare *quali tipi di psicoterapia siano più efficaci per il trattamento di quali problemi o pazienti*, ogni modello di psicoterapia (di area cognitivo-comportamentale, psicodinamica, sistemica, umanistica, etc...) ha prodotto i propri dati; il superamento del paradosso dell'equivalenza, tuttavia, non corrisponde a determinare "vincitori" e "vinti" nella competizione tra scuole, quanto piuttosto ad utilizzare i risultati degli studi di esito-processo in modo "tailored", ragionando sui diversi fattori che concorrono alla psicopatologia ed alla sua cura, evidenziando quindi quei fattori terapeutici "specifici" per psicopatologia, variamente utilizzati nei diversi modelli. Si spostano così i termini del dibattito sui fattori specifici ed aspecifici, non più in riferimento al modello teorico di riferimento, ma alle caratteristiche psicopatologiche dei pazienti.

Tutto ciò tuttavia non si traduce tuttavia nella ricerca di integrazioni tecniche avulse da una cornice teorica coerente. Rimane infatti determinante la coerenza teorica, la congruenza tra una teoria della mente, un modello etiopatogenetico ed una proposta tecnico-metodologica, poiché tale coerenza veicola al paziente una struttura organizzante [59].

Non solo oggi disponiamo di dati attendibili sull'efficacia delle differenti psicoterapie nel trattamento della maggior parte di disturbi psichici, ma anche sulla *stabilità nel tempo di tali risultati*; è incrementata rispetto agli anni '80 la disponibilità di studi di follow-up a lungo termine, anche in area psicodinamica [56].

Circa la *correlazione tra risultati e durata* della psicoterapia, ovvero il cosiddetto rapporto dose-effetto, gli studi degli anni '80 erano nettamente a favore delle psicoterapie a lungo termine: più era lunga la terapia, maggiori apparivano i risultati e più alta la probabilità che essi si consolidassero [48, 49]. Oggi molti dati sono disponibili sull'efficacia delle psicoterapie brevi e sulla stabilità del cambiamento con esse ottenuto [56, 24]. Pur evidenziandosi dei parametri temporali "necessari" per alcune patologie, appare sempre più consolidato il principio che una psicoterapia sia tanto più efficace quanto più specificatamente orientata ai fattori psicopatologici che sottendono i sintomi [24, 52].

La *potenziale iatrogenia* della psicoterapia, ovvero la possibilità che la psicoterapia possa avere anche effetti negativi, oggi come negli anni '80, rimane una condizione poco indagata. Tra i pochi studi disponibili, segnaliamo quelli condotti da Lambert e Bergin tra gli anni '70 e gli anni '90 [36, 37], che documentano alcune condizioni in cui la psicoterapia può produrre effetti negativi e iatrogeni.

Sono invece stati ampiamente sviluppati gli studi che indagano il rapporto *costi/benefici della psicoterapia* e, particolarmente in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, di-

sponiamo oggi di dati indiscutibili che evidenziano come la psicoterapia consenta di ottimizzare gli investimenti economici in area sanitaria, determinando un importante risparmio di risorse finanziarie nella spesa pubblica per la Salute Mentale [1].

L'ultimo quesito che si poneva Parloff, ovvero *se esista una correlazione positiva tra i risultati e l'esperienza del terapeuta*, si va sviluppando e complessificando

III. *Prospettive future per la ricerca in psicoterapia*

Se è quindi assodato che la relazione terapeutica, nelle sue varie declinazioni concettuali, costituisce il più incisivo fattore predittivo di esito, si apre la prospettiva di dover studiare tale fattore non solo dal vertice osservativo del paziente ma anche da quello del terapeuta.

Non solo gli anni di esperienza o le competenze tecniche del terapeuta, ma le sue competenze relazionali, le sue caratteristiche personologiche (il Sapere, il Saper fare, il Saper essere [54]), sono chiamate in gioco nel complesso intreccio relazionale del processo psicoterapeutico.

Uno studio del 2006 [7] ha evidenziato la rilevanza del contributo che il terapeuta fornisce alla costruzione della alleanza terapeutica. I terapeuti maggiormente efficaci sono quelli maggiormente in grado di costituire profonde alleanze con una gamma diversificata di pazienti, a prescindere dalle competenze relazionali e dalla robustezza dei pattern di attaccamento che il paziente possiede all'inizio della terapia [18, 14].

Si apre quindi un nuovo quesito:

8. *Quale psicoterapeuta per quale paziente?*

Con ciò si profilano nuove prospettive di ricerca che necessariamente si intrecciano con lo studio dei percorsi formativi e delle modalità di sviluppo delle competenze psicoterapeutiche.

In tale direzione, sono attualmente in corso programmi di ricerca internazionali tesi ad indagare i processi formativi che promuovono le competenze psicoterapeutiche, quale è ad es. il protocollo SPRISTAD (SPR Interest Section on Therapist Training and Development): uno studio longitudinale internazionale sullo sviluppo professionale degli specializzandi nella formazione alla psicoterapia promosso dalla Society for Psychotherapy Research.

IV. *L'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche: alcuni dati attuali*

Gli studi che attestano l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche sono ormai ampi e numerosi. Le review più recenti sono state condotte da Leichsenring nel 2005 [38] e da Fonagy nel 2015 [24].

Fonagy considera nella sua recensione una definizione ampia di trattamento psicosi-

namico come approccio alla soggettività umana che include la comprensione dell'interazione tra gli aspetti del rapporto dell'individuo con il suo ambiente sia esterno che interno. Si riferisce allo straordinario potenziale umano della dinamica di "self-alteration and self-correction". Questa definizione, che riconosciamo come coerente con alcuni principi delle psicoterapie adleriane, comprende una prospettiva evolutiva, e considera gli aspetti consci e inconsci, l'ubiquità dei conflitti, la rappresentazione interna delle relazioni, i meccanismi di difesa e i significati complessi che possono essere attribuiti alle esperienze.

L'Autore prende in considerazione studi (RCT: randomized controlled trials) che riferiscono esiti direttamente rivolti a un disturbo o a variabili intermedie (aspetti psicopatologici caratteristici) di un disturbo.

In estrema sintesi la review raccoglie buone evidenze di efficacia degli approcci terapeutici di orientamento psicodinamico nel trattamento di disturbi depressivi, alcune forme di ansia, disturbi alimentari, problemi somatici, disturbi della personalità¹⁰.

Essa rileva poche prove che suggeriscono che la psicoterapia psicodinamica potrebbe essere superiore ad altri approcci terapeutici. Segnala che sussistono ancora pochi protocolli testati empiricamente per combinare trattamenti farmacologici e psicoterapia, pur essendo questa la prassi clinica più diffusa: la maggior parte dei pazienti ricevono combinazioni non testate empiricamente.

Guardando al futuro, l'Autore segnala come la modularizzazione degli interventi e la loro combinazione per soddisfare le esigenze dei singoli pazienti ed agire in modo mirato su specifici meccanismi psicopatologici costituisca è la priorità più alta.

Leichsenring [38] effettua una meta-analisi di 17 RCT che si riferiscono al trattamento di varie patologie con psicoterapia psicodinamica breve (per una media di 21 sedute) ed ottiene un effect size medio complessivo pari a 1.17 rispetto ai controlli¹¹ ed un effectsize pre/post trattamento pari a 1.39 (che sale a 1.57 al follow-up a 13 mesi).

Levy e coll. [39] propongono un'importante rassegna degli studi di efficacia sperimentale (efficacy) e clinica (effectiveness) del trattamento a orientamento psicodinamico, sia a breve che a lungo termine, per una molteplicità di disturbi. Gli Autori delineano le caratteristiche distintive dei modelli di psicoterapia psicodinamica che vengono considerati ed esplorano le tipologie di intervento che i professionisti (psicodinamisti e non) utilizzano, evidenziandone le convergenze (studi di esito-processo).

¹⁰Tra gli studi considerati in questa rassegna è indicata la SB-APP (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) tra i trattamenti efficaci nel trattamento dei Disturbi di personalità: AMIANTO, F. FERRERO, A. PIERO', A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mentalhealth service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study, *BMC Psychiatry* 11:181.

¹¹Si tratta di un risultato davvero notevole; come termine di paragone si considerino alcuni valori dell'effect size della farmacoterapia per la depressione: .26 per trattamento con fluoxetina e sertralina; .24 per citalopram; .31 per escitalopram (dati riportati da un'analisi della Food and Drug Administration pubblicata sul New England Journal of Medicine, citati in Shedler 2012).

Un'ampia revisione delle evidenze empiriche che sostiene l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche e la stabilità dei risultati è stata condotta da Abass e coll. nel 2009 [2]: per i 1.431 pazienti considerati, con disturbi depressivi, d'ansia, somatoformi, anche in comorbidità con disturbi di personalità, trattati con psicoterapia psicodinamica breve (meno di 40 sedute) v/s gruppi di controllo (costituiti da pazienti in lista d'attesa o TAU¹²): viene calcolato un effect size globale di .97, che risulta più elevato al follow-up (> 9 mesi).

Più in dettaglio: per i sintomi somatici: e.s. .81 → 2.21 follow-up; per disturbi d'ansia: 1.08 → 1.35 follow-up; per disturbi depressivi: .59 → .98 follow-up.

Questi dati, così come quelli di Leichsenring, non solo confermano l'efficacia della psicoterapia psicodinamica, ma sostengono l'ipotesi che essa attivi processi psicologici che portano a un cambiamento che continua a crescere anche dopo la conclusione della terapia.

Anche Abass et Al., nel 2006 [1], con la loro meta-analisi che includeva 1870 pazienti rilevavano dati di efficacia clinica importanti per pazienti con disturbi somatici (e.s. .69), segnalando inoltre una riduzione significativa dell'accesso di questi pazienti a servizi sanitari; ovvero si tratta di uno di quegli studi che documentano un rapporto costi-benefici che consente un risparmio di risorse economiche ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda la Psicoterapia Psicodinamica Adleriana, gli studi condotti evidenziano l'efficacia della SB-APP (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) nel trattamento dei disturbi borderline di personalità [5] e della B-APP (Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) nel trattamento: dei disturbi d'ansia [23], anche in comorbidità con disturbi di personalità del cluster C; dei disturbi depressivi nei pazienti oncologici [11]; dei disturbi alimentari [20, 19].

V. Clinica, ricerca e formazione. L'attitudine alla ricerca dello psicoterapeuta (adleriano)

Le acquisizioni e le attuali linee di sviluppo della ricerca in psicoterapia psicodinamica appaiono perfettamente in linea con i principi basilari della Psicologia Individuale; per il ricercatore di formazione adleriana risulterà familiare:

- il porre particolare attenzione agli aspetti della relazione terapeutica;
- il considerare l'individuo come oggetto complesso, immerso nel suo contesto relazionale e socio-culturale, unità bio-psichica "molare", non meramente riducibile alla somma di unità "molecolari" [53]; organismo intrinsecamente attivo ed in relazione con il mondo;
- il pensare in termini di modello teorico aperto, di interdisciplinarietà, di finzioni che orientano l'azione ed il pensiero secondo un principio che è teleologico (e non causalistico) [17].

¹²TAU: *as usual treatment*. Indica trattamenti che possono includere colloqui psichiatrici o psicologico-clinici o terapie farmacologiche, ma non interventi di psicoterapia strutturata.

L'Individual-Psicologia non si impegna in un assolutismo epistemologico, né in un relativismo assoluto, ma, quale modello aperto, cerca di porre in evidenza le dinamiche di una conoscenza dell'uomo storicizzata e progettuale, bio-psichica, relazionale e culturale [55].

Pur nella necessità di confrontarci con il moltiplicarsi dei modelli epistemologici che caratterizza la scienza in epoca post-moderna e porta con sé il rischio della frammentazione del sapere [55], nel fare ricerca in psicoterapia, in particolare soffermandoci sui processi, siamo impegnati in un'impresa "trasversale"; il tentativo cioè di conciliare le esigenze del nomos e dell'idios; può costituire, proprio a fronte di una tendenza alla frammentazione, un progetto *creativo* che utilizza anche gli strumenti dell'isolare e del separare ma che è complessivamente orientato al comprendere integrativo [17].

A conclusione di questa sintetica esposizione (assolutamente parziale) di alcuni principi e di alcuni dati inerenti il vasto panorama della ricerca in psicoterapia, appare opportuno sottolineare l'importanza di promuovere nei percorsi formativi per gli psicoterapeuti quelle conoscenze e competenze che promuovano un'attitudine alla ricerca.

È infatti necessario che lo psicoterapeuta possa usufruire dei risultati della ricerca per orientare i propri interventi, in un'ottica evidence oriented [62], e quindi possieda le conoscenze per poter leggere e valutare la qualità di uno studio. Egli è tenuto ad interrogarsi costantemente sugli esiti e sui processi dei trattamenti che propone; deve quindi poter individuare e selezionare criteri e strumenti di valutazione e verifica che siano coerenti con le finalità terapeutiche individuate. Ma l'attitudine alla ricerca si esplica, nel mandato dello psicoterapeuta, anche (e forse soprattutto) nella curiosità di intraprendere ogni volta il viaggio della psicoterapia con spirito esplorativo, rappresentando ogni psicoterapia una nuova **ricerca** del senso di un cambiamento, sempre condivisa tra paziente e terapeuta.

Bibliografia

1. ABASS, A. A., HANCOCK, J. T., HENDERSON, J., KISELY, S. (2006), Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Common Mental Disorders, *Cochrane Library*, DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub3
2. ABASS, A. A., KISELY, S., KROENKE, K. (2009), Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials, *Psychother. Psychosom.*, 78: 265-274.
3. ABLON, J. S., JONES, E. E. (2005), On Analytic Process, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 53, 541-68.
4. AHN, H., WAMPOLD, B.E. (2001), Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy, *J. Couns. Psychol.*, 48, 3: 251-257.

5. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised Team Management, with or without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a Two-Year Follow-up Preliminary Randomized Study, *BMC Psychiatry*, 11: 181-195.
6. ASAY, T.R., LAMBERT, M. J. (1999), The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings, in HUBBLE, M.A., DUNCAN, B.L., MILLER S.D. (eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy*, American Psychological Association, Washington, doi:10.1037/11132-001.
7. BALDWIN, S. A., WAMPOLD, B. E., IMEL, Z. E. (2007), Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 75: 842-852.
8. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
9. BEUTEL, M. E., STARK, R., PAN, H., SILBERSWEIG, D., AND DIETRICH, S. (2010), Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic in patient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients, *Psychiatry Res*, 184: 96-104.
10. BONASIA, E., FERRERO, A., ROMANO, A. (2000), Aggiornamento sui contributi più recenti delle scuole analitiche, in: *Clinica psicodinamica delle depressioni. Le scuole analitiche si incontrano*, a cura di Ferrero, A., C.S.E. Torino.
11. BOVERO, A., TORTA, R., FERRERO, A. (2006), A New Approach on Oncological Pain in Depressed patient: Data From a Clinical Study Using Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psycho-Oncology*. 15 (Supp.2), S182-183.
12. DE BEI, F., (2006), La ricerca sull'alleanza terapeutica, in DAZZI, N., LINGIARDI, V., COLLI, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.
13. DEL CORNO, F., RIZZI, P. (2013), *La ricerca qualitativa in Psicologia clinica*, Raffaello Cortina, Milano.
14. DEL RE, A.C., FLÜCKIGER, C., HORVATH, A.O. et Al. (2012), Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis, *Clin. Psychol. Rev.*, 32: 642-649.
15. ELKIN, I., SHEA, T., WATKINS, T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W. R., DOCHERTY, J. P., FEISTER, J., PARLOFF, M. B. (1989), NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46: 971-983.
16. EYSENCK, H. J. (1952), The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Psychol.*, 16: 319-324.
17. FASSINA, S., PASSERINI, R., MUNNO, A., CAIRO, E., SIMONELLI, B., FERRERO, A. (2013), Ricerche di esito e di processo in Psicoterapia Psicodinamica Adleriana: questioni di setting, *Suppl. Riv. Psicol. Indiv.*, 75, 174-189.
18. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.

19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2003), Predictors of dropout from brief psychotherapy for bulimia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 72: 203-210.
20. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-206.
21. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche adleriane: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.* 56: 35-46.
22. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Edit., Torino.
23. FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINA, S., MASSOLA, T., LANTERI, A., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2007), A 12 month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *Eur. Psychiatry*, 22 (8): 530-539.
24. FONAGY, P. (2015), The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry* 14: 137-150.
25. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2003), Rethinking Therapeutic Action, in *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841.
26. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
27. HILSENROTH, M. J. et Al. (2005), Measuring Psychodynamic, Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale, in *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42: 340-356.
28. HILSENROTH, M. J. et Al (2012), How to Made Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work, in LEVY, R. A., ABLON, J. S., KAECHELE, H. (eds), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence Based Practice and Practice-Based Evidence*, Humana Press, New York.
29. HOAGWOOD, K. E., JENSEN, P. S. et Al. (1996), Outcome domains in child mental health research since 1996: have they changed and why does it matter? *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 51 (12): 1241-1260.
30. HORVATH, A. O., GREENBERG, L. S. (1989), Development and validation of the Working Alliance Inventory, *J. Couns. Psychol.*, 36 (2): 223-233.
31. HORVATH, A. O., DEL RE, A. C., FLUCKIGER, C. et AL. (2011), Alliance in individual psychotherapy, *Psychotherapy*; 48: 9-11.
32. HORVATH, A. O., BEDI, R. P. (2002), The alliance, in NORCROSS, J. C. (eds), *Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, Oxford University Press, New York.
33. JONES, E. E. (2000), *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*, tr. it. *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
34. KARASU, T. B. (1986), The specificity versus non specificity dilemma: toward

- identifying therapeutic change agents, *Am. J. Psychiatry*, 143: 687-695.
35. KERNBERG, O.F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., VOTH, H. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project Research Project. *Bull. Menninger Clinic* 36: 1-275.
36. LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E. (1992), Achievement and limitations of psychotherapy research, in FREEDHEIM, D. (ed.), *History of Psychotherapy. A Century of Change*, American Psychological Association, Washington.
37. LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E., COLLINS, J. L. (1977), Therapist-induced deterioration in psychotherapy, in GURMAN, A. S., RAZIN, A. M. (eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*, Pergamon Press, New York.
38. LEICHSENRING, F. (2005), Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data, *Int. J. Psychoanal.* 86 (3): 841-868.
39. LEVY, R. A., ABLON, J. S., KÄCHELE, H. (2012), *Psychodynamic Psychotherapy Research*, tr. it. *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
40. LINGIARDI, V. (a cura di, 2002), *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano
41. LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1990), *Understanding Transference: The CCRT Method*, tr. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
42. LUBORSKY, L. (1975), Clinicians' judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health Sickness Rating Scale, *Bull. Menninger Clinic*, 35: 448-480.
43. LUBORSKY, L. (1992), Tecnica e teoria della psicoterapia dinamica: i fattori terapeutici e la formazione per incrementarli, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVI, 3: 43-56.
44. LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1988): Measures of psychoanalytic concepts: the last decade of research from "The Penn Studies", *Int. J. Psychoanal.*, 69: 75-86.
45. MIGONE, P. (1996), La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo, *Riv. Speri. di Freniatr.*, CXX, 2: 182-238.
46. NORTHOFF, G. et. Al. (2013), Essentials of Psychoanalytic process and change: how can we investigate the neural effects of psychodynamic psychotherapy in individualized neuro-imaging? *Front. Hum. Neurosci.*, doi: 10.3389/fnhum.2013.00355.
47. ONNIS, L. (2015), *Una nuova alleanza tra psicoterapia e neuroscienze*, F. Angeli, Milano.
48. ORLINSKY, D. E., HOWARD, K. I. (1986), Process and outcome in psychotherapy, in GARFIELD S. L., BERGIN, A. E. (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Wiley, New York.
49. ORLINSKY, D. E., GRAWE, K., PARKS, B. K. (1994), Process and outcome in psychotherapy - nochEinmal, in BERGIN, A. E., GARFIELD S. L., (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*, Wiley, New York.

50. PARLOFF, M. B. (1985), Psychotherapy outcome research, in: MICHELS, R., CAVENAR, J. O. Jr. (eds.), *Psychiatry*, tr. it. Stato attuale della ricerca sui risultati della psicoterapia, *Psicoterapia e scienze umane*, XXII, 3: 9-39, 1988.
51. PIPER, W. E., DEBBANE, E. G., BIENVENU, J. P., GARANT J. (1984), A comparative study of four forms of psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 52: 268-279.
52. ROTH, A., FONAY P. (2004), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford Press, New York.
53. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia. *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, n. 4.
54. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. *Ind. Psychol. Doss. I*. SAIGA ed., Torino.
55. ROVERA, G. G (2007), “Il Sogno fra Neuroscienze e Psicoterapie: un dibattito post-moderno?”, XX Congr. Naz. S.I.P.I., Torino.
56. SHEDLER, J. (2012), The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy, in LEVY, R. A., ABOLN, J. S., KAECHHELE, H., *Psychodynamic Psychotherapy Research*, tr. it. *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
57. SLOANE, R. B.; STAPLES, F. R.; CRISTOL, A. H.; YORKSTONE, N. J. e WHIPPLE, K. (1975), *Psychotherapy versus behavior therapy*, Harvard Univ. Press, Cambridge.
58. STRUPP, H. H., HADLEY, S. W. (1979), Specific versus non specific factors in psychotherapy, *Arch.Gen. Psychiatry*, 36: 1125-1136.
59. VIGORELLI, M. (a cura di), Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia, Raffaello Cortina, Milano.
60. WALLERSTEIN, R. S. (1983), *Forty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, Guilford Press, New York.
61. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. Oct; 14 (3): 270-277.
62. WESTEN, D., MORRISON, K. e THOMPSON-BRENNER (2004), The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting controlled clinical trials, *Psychol. Bull.*, 130: 631-663.

Simona Fassina
Via Cavezzale 8
I -10124 Torino
E-mail: simonafassina@hotmail.com

Barbara Simonelli
Via Cavezzale 8
I -10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it