

L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: per una ricerca basata sulla pratica clinica

Gianluca Lo Coco*

SOMMARIO. – Questo articolo approfondisce il tema del rapporto tra ricerca in psicoterapia e pratica clinica. Nonostante gli avanzamenti nell'ambito della ricerca negli ultimi venti anni, permangono ancora diversi ostacoli nel processo di disseminazione di tale conoscenza. A tal fine, verranno messe in evidenza le differenze tra l'*evidence-based research*, volta a determinare quale trattamento terapeutico sia più efficace per i singoli disturbi psichiatrici e la *practice-based research*, che prova ad ottenere dei risultati più vicini alla pratica professionale quotidiana, focalizzandosi su aspetti come la relazione terapeutica, le caratteristiche del terapeuta e del paziente ed i fattori contestuali. È possibile costruire una pratica clinica che non sia sganciata dalle evidenze scientifiche su vari aspetti del lavoro terapeutico. Infine, verrà evidenziato come le terapie psicodinamiche abbiano ottenuto varie prove di efficacia che le rendono comparabili a trattamenti di altri orientamenti, anche se la complessità dello studio della relazione terapeutica in tale setting richiede uno sforzo sempre maggiore per integrare ricerca quantitativa e qualitativa.

Parole chiave: Ricerca in psicoterapia; efficacia; outcome; relazione terapeutica; *practice-based research*.

In un recente articolo pubblicato nella rivista *American Psychologist*, Marvin Goldfried (2018) si pone la questione di come favorire il transito della psicoterapia, dopo più di cento anni dalla sua nascita, verso uno statuto di professione scientifica matura. Secondo l'autore, manca ancora un consenso generale su quali siano i suoi principi di fondo che ne caratterizzano teoria e prassi operativa. Se da un lato, la frammentazione teorica degli approcci terapeutici continua ad essere un ostacolo ad un accordo sui principali aspetti caratterizzanti il lavoro di cura (sono stati recentemente contattate più di 500 scuole di pensiero a livello mondiale) (Prochaska &

*Psicologo e psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università di Palermo. Presidente della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research. E-mail: gianluca.lococo@unipa.it

Norcross, 2018), un problema ancora presente è quello di ridurre la distanza tra mondo della ricerca e della pratica professionale. Non perché il consenso sui temi fondamentali della psicoterapia debba giungere dai risultati della ricerca, ma piuttosto perché non può esistere una pratica professionale scientifica che sia sganciata e non connessa con i risultati che produce la ricerca. Gli ultimi 25 anni hanno visto imporsi il paradigma della ricerca basata sull'evidenza (*evidence-based research*). La ricerca ha il compito, in questa prospettiva, di disseminare i propri risultati, ottenuti con rigorose metodologie scientifiche, al mondo della professione per poterne migliorare l'efficacia di intervento. Oggi possiamo affermare che questa strategia 'one-way' o 'top-down' ha ottenuto risultati molto modesti e di impatto marginale nel mondo della professione. Il terapeuta (o il responsabile di un servizio sanitario) utilizza molto poco i risultati della ricerca per migliorare il proprio modo di lavorare e fornire risposte più adeguate ai bisogni del paziente. È nata quindi l'esigenza di sperimentare delle pratiche di disseminazione della conoscenza che potessero seguire due vie, piuttosto che una, dalla ricerca alla pratica e dalla pratica alla ricerca (Goldfried, 2018). Una *practice-based research* che si ponga come elemento complementare alla *evidence-based research*, valorizzando allo stesso tempo il sapere e la competenza del clinico e del ricercatore (Barkham, Stiles, Lambert, & Mellor-Clark, 2010). Tale integrazione è soprattutto necessaria nell'ambito delle terapie psicodinamiche o psicoanalitiche, che hanno maggiormente pagato il prezzo di uno storico scollamento concettuale tra pratica e ricerca. Emerge quindi la necessità di re-indirizzare il focus della ricerca clinica verso una *practice-based research*, cioè di una ricerca che risponda a domande ritenute pertinenti e clinicamente significative da parte del clinico (Castonguay & Muran, 2015). Uscire cioè dalla prospettiva mutualmente screditante di un mondo della ricerca visto come una 'torre d'avorio' poco connessa con il mondo reale, e di una pratica clinica vista come mondo dell'approssimazione e della mancanza di rigore procedurale e scientifico. Ma cosa vogliono realmente i clinici dalla ricerca? Un'indagine approfondita svolta in Canada con più di mille psicoterapeuti (Tasca *et al.*, 2015) ha evidenziato che i clinici valutano come estremamente importanti i temi del comprendere i meccanismi di cambiamento in psicoterapia, le componenti della relazione terapeutica, i metodi efficaci per formare terapeuti in grado di curare realmente i pazienti. È facile notare quindi come al di là di steccati e barriere puramente di tipo ideologico, ricerca e clinica si possano incontrare nel momento in cui si cercano risposte concrete alla gestione del paziente in terapia. Recentemente anche Nancy McWilliams (2017) si è chiesta quale tipo di ricerca sarebbe realmente utile ai terapeuti che svolgono la professione, evidenziando come la tradizionale domanda di 'Cosa funziona per chi' (*What works for whom?*) (Roth & Fonagy, 2013) dovrebbe tradursi in 'Chi funziona e con chi si riesce a lavorare meglio?', con un forte

accento quindi allo studio delle caratteristiche del terapeuta e all'interazione tra personalità del clinico e mondo relazionale del paziente.

In questo articolo verranno fornite inizialmente alcune considerazioni sulla ricerca 'evidence-based' in psicoterapia, con un focus particolare rivolto alle terapie psicomodinamiche, per muoversi successivamente alle prospettive della ricerca basata sulla pratica professionale.

L'efficacia della psicoterapia

Quali evidenze produce la ricerca sull'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici? A tale domanda da diversi decenni si prova a rispondere, nella logica dell'*evidence-based research*, con gli studi basati sulla metodologia del *randomized controlled trial* (RCT) in cui si confrontano l'effetto terapeutico di condizioni differenti di trattamento su un *outcome* del paziente. Il presupposto epistemologico di questo tipo di ricerca, basato sull'idea di verificare trattamenti supportati empiricamente (*empirically-supported treatments, EST*), è di identificare terapie specifiche per disturbi specifici (Nathan e Gorman, 2015). Negli studi sperimentali con RCT, il confronto avviene quindi attraverso due diversi gruppi di soggetti esposti alle differenti condizioni (ad esempio, un gruppo riceve il trattamento e il gruppo di controllo nessuna terapia). Nell'ottica di stabilire quanto un determinato intervento terapeutico sia efficace nel trattamento di uno specifico disturbo, lo studio RCT aiuta a rispondere alla seguente domanda di ricerca: possiamo essere sicuri che il miglioramento riscontrato dai pazienti sia dovuto alla terapia che hanno ricevuto? (Kazdin, 2008). Le condizioni 'ideali' per raggiungere tale obiettivo sono quelle di: i) selezionare un campione di pazienti (di numerosità adeguata) dalla popolazione clinica di riferimento; ii) assegnare i pazienti selezionati in modo causale (o randomizzato) alle condizioni di trattamento e di controllo (nella situazione più semplice, pazienti in terapia vs pazienti senza terapia); iii) i pazienti del gruppo sperimentale riceveranno il trattamento terapeutico, mentre i pazienti del gruppo di controllo non riceveranno il trattamento; iv) al termine della terapia si verificherà se i pazienti che hanno ricevuto il trattamento presentino un miglioramento dell'*outcome* significativamente superiore ai pazienti nella condizione di controllo (Del Corno, Lo Coco, 2018). Il principale punto di forza per cui questa metodologia viene utilizzata negli studi di efficacia degli interventi psicologici è la sua elevata validità interna (posso stabilire che il miglioramento del paziente è causato dall'intervento ricevuto), in quanto tramite l'utilizzo di un gruppo di controllo non sottoposto a terapia posso tenere sotto controllo le principali minacce che minano il valore dell'esperimento. Se dal punto di vista scientifico questo approccio rimane il 'gold standard', non si possono negare evidenti difficoltà nella sua effettiva tra-

sferibilità al modo della psicoterapia. Banalmente e semplicemente, può un clinico fidarsi dei risultati ottenuti da uno studio altamente controllato, in cui i pazienti sono rigidamente selezionati? Nella normale pratica clinica, un terapeuta si confronta con situazioni cliniche caratterizzate da quadri diagnostici sempre più multiformi e che poco rientrano nelle rigide classificazioni dei manuali diagnostici di psichiatria.

Un altro esempio potrebbe essere relativo all'utilizzo dei gruppi di controllo in queste sperimentazioni. Ad esempio, molti studi hanno confrontato una specifica condizione di trattamento (ad esempio, una CBT manualizzata per i disturbi d'ansia) con una condizione clinica di controllo, per verificare se il cambiamento dei pazienti fosse legato realmente agli aspetti tecnici inerenti alla CBT o a fattori terapeutici 'aspecifici' caratteristici di ogni condizione di supporto psicologico: ci si può aspettare infatti che un paziente riporti un miglioramento soltanto per il fatto di potere parlare con un professionista che lo ascolti, o perché è sollevato dal poter ricevere le cure di qualcuno e superare il proprio stato di demoralizzazione? Tale condizione viene in genere equiparata al gruppo placebo nelle sperimentazioni farmacologiche (Wampold & Imel, 2015). In realtà è molto difficile potere parlare di effetto placebo in ricerche di psicoterapia, soprattutto perché in una terapia, a differenza di quanto avviene in farmacologia, non tutti gli attori della sperimentazione (terapeuta, paziente, ricercatore) possono essere tenuti 'in cieco' circa ciò che il paziente sta ricevendo.

Come si può evincere da queste brevi osservazioni, nonostante gli RCT rappresentino ancora il *gold standard* per valutare l'efficacia dei trattamenti, si pongono varie questioni relative alla rilevanza metodologica di tali studi (Del Corno & Lo Coco, 2018). Ad esempio, è importante tenere presente che in ogni ricerca sull'efficacia di un trattamento avremo pazienti che presentano miglioramenti sostanziali in seguito alla terapia, ma anche pazienti che non migliorano o addirittura riportano un peggioramento complessivo (Lambert & Ogles, 2013). Anche se il *range* di variabilità nella risposta di questi pazienti è preso in considerazione nei test statistici, il livello del cambiamento individuale non è però adeguatamente descritto o considerato. Il miglioramento medio di un gruppo di pazienti in seguito ad un intervento terapeutico non corrisponde a un beneficio sostanziale della terapia per ogni specifico paziente (Kazdin, 2017). Ritorna cioè l'annoso problema di come integrare nella ricerca clinica un approccio nomotetico (che analizza delle regole generali) e uno idiografico (che si focalizza sulle caratteristiche del singolo soggetto). Vedremo in seguito come le condivisibili critiche alla ricerca RCT sollevate da vari autori negli ultimi anni stiano aiutando a superare alcune di tali rigidità e al contempo stiano favorendo lo sviluppo di temi di ricerca i cui risultati risultino maggiormente coerenti con le sfide della pratica professionale.

Gli studi meta-analitici

Nella prospettiva degli *evidence-based treatments* gli studi meta-analitici rappresentano il punto supremo di evidenza scientifica, in quanto riescono a fornire una stima dell'effetto terapeutico di un determinato trattamento, basandosi su tutti i risultati dei singoli studi pubblicati sul tema (Wampold & Imel, 2015). Gli studi metanalitici si articolano in un lavoro di *systematic review* e di meta-analisi. Le *systematic reviews* sono delle rassegne della letteratura che utilizzano metodi sistematici ed espliciti per identificare, selezionare e valutare in maniera critica la ricerca rilevante su un tema, e per raccogliere ed analizzare i dati degli studi inclusi nella rassegna. Il termine meta-analisi si riferisce invece ad una particolare tipologia di *systematic review*, in cui si utilizzano delle specifiche tecniche statistiche per analizzare quantitativamente e sintetizzare i risultati degli studi inclusi nella *review*. Nella meta-analisi volta a stabilire l'efficacia di un trattamento, vengono quindi integrati i risultati provenienti da diversi RCT condotti separatamente, al fine di avere una stima dell'effetto dell'intervento basandosi sui dati raccolti con migliaia di pazienti (Del Corno & Lo Coco, 2018). Tradizionalmente, le meta-analisi sintetizzano i dati di studi RCT in cui vengono confrontate diverse condizioni, ad esempio tra uno specifico trattamento per un disturbo d'ansia e il gruppo di controllo, stimando la dimensione dell'effetto (*effect-size*) della terapia rispetto alla condizione di controllo. I risultati delle meta-analisi consentono di unificare in un singolo lavoro i risultati riportati in diverse decine di ricerche differenti. Nei casi in cui le meta-analisi vengono condotte in maniera rigorosa e trasparente, i suoi risultati possono quindi fornire delle evidenze chiare su questioni importanti legate agli interventi sanitari.

Nonostante i suoi indubbi vantaggi, anche per gli studi meta-analitici si pongono dei dubbi circa la loro utilizzabilità per la psicoterapia, in quanto presentano dei punti di debolezza che possono limitare l'affidabilità dei risultati ottenuti. Ad esempio, i risultati della meta-analisi non possono mai essere migliori di quelli degli studi che sono stati inclusi: se tali studi di partenza presentano intrinseci limiti metodologici, la meta-analisi non può correggere tali difetti originari. Inoltre si è visto come esista una tendenza a non pubblicare nelle riviste scientifiche gli RCT che non hanno trovato risultati significativi (es., nessuna differenza tra trattamento e gruppo di controllo), mentre generalmente gli RCT pubblicati (ed inclusi nella meta-analisi) riportano dati significativi a vantaggio di un trattamento rispetto alla condizione di controllo: esiste quindi un elevato rischio di sovrastimare nelle meta-analisi i risultati sull'efficacia di un intervento. Esiste già un'ampia evidenza di questo effetto distorsivo nel caso del trattamento dei disturbi depressivi (Turner *et al.*, 2008).

A livello generale, le ricerche di tipo meta-analitico stanno comunque

mostrando da più di trent'anni come la psicoterapia favorisca un cambiamento positivo nei pazienti, rispetto a gruppi di controllo composti da pazienti non sottoposti a trattamento (Wampold, 2001). A livello empirico, il celebre verdetto di Dodo ('Tutti hanno vinto e tutti meritano un premio') sembra riflettere l'evidenza che nessuna terapia si è mostrata significativamente superiore ad altre nel trattamento di specifici disturbi (Wampold & Imel, 2015). Tale equivalenza di efficacia terapeutica si è mantenuta anche quando ci si è riferiti al confronto tra terapie '*bona fide*', caratterizzate cioè da indicatori chiari e riconosciuti nella comunità accademica e professionale, quali l'essere interventi rivolti alla cura di un paziente con un problema clinicamente rilevante; che si rifacciano ad un approccio terapeutico ben definito; possibilmente ad un manuale di trattamento; con un riferimento a processi psicologici definiti e descritti (Wampold, 2001). Tali risultati hanno ridotto sensibilmente le pretese assolute di superiorità su un modello di trattamento rispetto ad un altro. Contemporaneamente, ci si sta chiedendo se siano identificabili dei fattori specifici comuni a varie forme di terapia che siano responsabili del miglioramento del paziente (Laska, Gurman & Wampold, 2014). Mentre l'approccio *evidence-based* ed EST hanno veicolato l'idea che i trattamenti psicoterapeutici contengano specifiche tecniche volte a curare un disturbo mentale specifico, l'approccio sui fattori aspecifici si è maggiormente focalizzato sull'importanza della relazione terapeutica tra clinico e paziente quale strumento per superare le difficoltà di quest'ultimo all'interno di un processo terapeutico (Wampold, 2001).

Infine risulta interessante notare come le terapie psicodinamiche, tendenzialmente refrattarie a sposare una logica *evidence-based*, percepita (ragionevolmente) come molto distante dal proprio metodo di lavoro analitico, abbiano negli ultimi anni accumulato diverse evidenze volte a metterle in risalto i positivi risultati (Levy, Ablon & Kachele, 2015; Leichsenring *et al.*, 2015). Nonostante la forte resistenza dei clinici a riconoscere un valore scientifico di tali studi e, soprattutto, il reale impatto di questi risultati nella pratica clinica quotidiana, diversi gruppi di ricerca internazionali sulle terapie psicodinamiche hanno prodotto degli importanti lavori di metanalisi volti a dimostrare l'efficacia di queste tipologie di trattamento con una grande varietà di disturbi clinici (Levy, Ablon & Kachele, 2015; Leichsenring *et al.*, 2015). Complessivamente, queste meta-analisi hanno fornito prove di efficacia per specifiche forme di psicoterapia psicodinamica sia a breve che a lungo termine e per uno svariato arco di disturbi psichici, che abbraccia anche i disturbi di personalità (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006; Leichsenring e Rabung, 2008).

Ad esempio, la meta-analisi sulla terapia psicodinamica di Abbass *et al.* (2006) ha considerato 23 RCT per un totale di 1431 pazienti, dimostrando i benefici sui sintomi depressivi riportati dai pazienti dopo una psicoterapia

psicodinamica breve (inferiore alle 40 sedute). I benefici aumentavano al follow-up effettuato più di 9 mesi dopo la terapia, suggerendo che il trattamento psicodinamico, più che a una eliminazione del sintomo, dà avvio a processi psicologici che provocano un cambiamento anche dopo il termine del trattamento, innescando un circolo virtuoso (Del Corno & Lo Coco, 2018). Relativamente ai trattamenti per i disturbi ansiosi, la meta-analisi più estesa (con 14 RCT e 1073 pazienti) ha evidenziato che le terapie psicodinamiche favoriscono benefici nei pazienti con diagnosi di ansia sociale, fobia, panico, GAD, nettamente superiori alla condizione di controllo e comparabili a quelli ottenuti con altre tipologie accreditate di trattamento principalmente di orientamento CBT (Keefe, McCarthy, Dinger, Zilchamano, & Barber, 2014).

Una meta-analisi sull'efficacia dei trattamenti psicodinamici a lungo termine (di almeno un anno di durata) con pazienti con vari disturbi mentali complessi, quali borderline, disturbi di personalità del cluster C, condizioni depressive croniche, *etc.* (Leichsering & Rabung, 2011) ha analizzato 10 RCT (971 pazienti complessivi) in cui si confrontavano trattamenti a lungo termine con terapie di minore intensità e durata, come CBT, DBT, oppure condizioni routinarie di trattamento. Le terapie a lungo termine hanno riportato un'efficacia superiore rispetto i trattamenti brevi: mediamente i pazienti al termine della terapia a lungo termine stanno meglio del 70% dei pazienti nella condizione di controllo.

Una delle più sofisticate meta-analisi (Kivlighan *et al.*, 2015) sul mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti nelle terapie psicodinamiche, ha analizzato gli studi in cui venivano confrontati direttamente trattamenti psicodinamici *vs* non psicodinamici, valutati da un pool di clinici e ricercatori come terapie *bona fide* in base a criteri stringenti e condivisi. Si è visto che la terapia psicodinamica non ottiene risultati significativamente superiori al follow-up rispetto alle terapie non psicodinamiche, né per i sintomi principali del disturbo che per caratteristiche di personalità. Invece uno studio con pazienti che presentavano una diagnosi di disturbo depressivo grave e duraturo, sottoposti a terapia psicodinamica e confrontati con un gruppo di controllo CBT (Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2019) ha evidenziato come, tre anni dopo l'inizio della terapia, la sintomatologia depressiva risultasse ridotta per entrambe le condizioni di trattamento. Ma i pazienti in terapia psicodinamica mostravano maggiori cambiamenti strutturali dei pazienti in CBT.

In sintesi, oggi possiamo affermare che le terapie psicodinamiche ottengono risultati positivi simili o superiori ad altri tipi di intervento per una grande varietà di disturbi; rimane però aperta la questione circa la superiorità di tale modello di trattamento rispetto agli altri, nei termini di una maggiore mantenimento nel corso del tempo dei risultati ottenuti (Wampold & Imel, 2015).

Andare oltre la pretesa superiorità dei *randomized controlled trials*?

I limiti dell'approccio *evidence-based* alla psicoterapia basato esclusivamente sugli studi RCT ha creato la possibilità di ampliare il lavoro di ricerca a partire da un'impostazione epistemologica (e metodologica) in cui l'effetto della psicoterapia non si sovrapponga a quello dell'efficacia in un farmaco. Potremmo provare a sintetizzare questo passaggio come quello da una ricerca caratterizzata dall'adozione di un approccio all'*evidence-based therapy* a quello sulla ricerca basata sulla pratica (*practice-based research*), una ricerca cioè capace di partire dalle domande che i clinici sentono come importanti al fine di migliorare l'efficacia del proprio lavoro psicoterapeutico (Tasca *et al.*, 2015).

Storicamente, Westen, Novotny e Thompson-Brenner (2004) pubblicarono un lavoro articolato in cui si sottolineavano i forti limiti degli studi RCT in psicoterapia e il rischio di veicolare un'idea tendenzialmente riduzionista e distorta dell'efficacia della psicoterapia. Per quanto negli ultimi quindici anni si siano fatti numerosi passi avanti, è utile rimarcare alcuni di questi limiti metodologici, come sottolineati dagli autori. Ad esempio, i tradizionali studi RCT descrivevano una psicoterapia disincarnata (senza terapeuta), in quanto si doveva dimostrare l'efficacia di un *trattamento*, minimizzando le differenze tra terapeuti attraverso la manualizzazione della psicoterapia e l'aderenza al protocollo (ipotizzando quindi che in tali ricerche i diversi terapeuti agiscano in modo simile con i propri pazienti). (Per fortuna) la ricerca empirica ha invece evidenziato come i terapeuti tendono a rispondere in maniera differente ai vari pazienti in terapia, in base alle proprie caratteristiche personali (Beutler *et al.*, 2004; Steel, Macdonald, & Schroder, 2018). Anche quando i terapeuti sono formati e supervisionati per offrire un trattamento manualizzato, la variabilità della loro azione terapeutica (e quindi la risposta dei pazienti in terapia) risulta ineliminabile. Ha quindi ancora senso parlare dell'efficacia di un trattamento, ad esempio CBT o psicodinamico, quando la sua efficacia sembra fortemente influenzata dalla persona del terapeuta? Negli ultimi anni, la ricerca in psicoterapia sta indagando l'effetto del terapeuta (*therapist effect*), per determinare quanto le differenze di outcome ottenute dal paziente alla fine del trattamento siano dovute ad una diversa efficacia dei terapeuti (Baldwin & Imel, 2013). Sappiamo ad esempio che non tutti i terapeuti ottengono buoni risultati con i propri pazienti (Castonguay e Hill, 2017). Perché un singolo terapeuta riesce a curare con maggior efficacia il paziente A. piuttosto che il paziente B.? Nell'analisi svolta da Barkham, Lutz, Lambert e Saxon (2017) con 362 terapeuti (e 14.254 pazienti) è stato confermato un ampio effetto del terapeuta sull'*outcome* dei pazienti. Tali autori hanno evidenziato come questo effetto fosse ancora più marcato per i pazienti con problemi iniziali di maggiore gravità. La variabilità dell'in-

fluenza del terapeuta è quindi da tenere in considerazione soprattutto con i pazienti più difficili.

Sono state anche evidenziate alcune variabili del terapeuta che possono influenzare la riuscita della terapia con i pazienti (Lingiardi *et al.*, 2018). Ad esempio, le caratteristiche di attaccamento del terapeuta e la sua funzione riflessiva contribuiscono alla capacità di instaurare una relazione empatica e supportiva con il paziente (Cologn *et al.*, 2017). I terapeuti con attaccamento sicuro (che tendono meno a reagire difensivamente o con un controtransfert negativo) mostrano i migliori risultati con pazienti più gravi (Strauss & Petrowsky, 2017).

Un altro limite fondamentale della ricerca RCT sottolineato da Westen e colleghi (2004) era relativo alla mancata importanza assegnata alla relazione terapeutica. Superata la concezione della psicoterapia quale equivalente di un farmaco, la ricerca si è focalizzata soprattutto su quegli aspetti della relazione tra terapeuta e paziente che possono facilitare il miglioramento di quest'ultimo in terapia. Un lavoro esemplare da questo punto di vista è quello coordinato da J. Norcross negli ultimi venti anni, sintetizzabile dal titolo del volume '*Psychotherapy relationships that work*' (Norcross, 2002). Questo testo, aggiornato con regolarità nel corso degli anni, si propone quale contributo volto alla diffusione in ambito clinico di quegli elementi della relazione terapeutica che la ricerca ha dimostrato essere importanti nel favorire un *outcome* positivo della terapia. Prendendo a riferimento l'ultima versione del testo (Norcross & Wampold, 2019), possiamo evidenziare come i principali fattori relazionali 'evidence-based' siano l'empatia, il rispetto, la collaborazione, l'accordo sugli obiettivi del lavoro, l'autenticità, l'espressione delle emozioni, coltivare aspettative positive, gestire il controtransfert e la relazione reale, l'alleanza terapeutica.

Su questo ultimo elemento, la meta-analisi condotta da Flückiger *et al.* (2018) ha confermato (includendo 295 studi e 30,000 pazienti) che questa è un elemento essenziale nel predire il cambiamento positivo del paziente al termine della terapia. Questa ricerca sta sottolineando un aspetto importante per il lavoro del terapeuta, cioè che gli aspetti relazionali della terapia agiscono congiuntamente ai metodi di trattamento, sulla base delle caratteristiche del paziente (Norcross & Wampold, 2018). Il processo terapeutico è quindi un aspetto complesso che va analizzato tenendo conto dell'interazione tra caratteristiche del paziente, del terapeuta e della relazione tra loro, all'interno di una cornice (setting) di trattamento.

Verso una *Practice-based research*

Mentre l'evidence-based research si è proposta a lungo di analizzare se un trattamento (es, psicodinamico, CBT, individuale, di gruppo, familiare)

sia efficace nella cura del paziente, una ricerca basata sulla pratica (*practice-based research*) prova invece a conoscere se quella specifica relazione terapeutica, a partire dalle caratteristiche del terapeuta, del paziente e del loro incontro relazionale, possa essere di aiuto per superare i problemi che presenta un soggetto.

Norcross & Wampold (2019) hanno sottolineato come la ricerca stia confermando quello che qualunque clinico di buon senso conosce già: nessun trattamento funziona per tutti i pazienti, e ciò che funziona con un paziente può non essere indicato per un altro. Il *matching* tra psicoterapia e disturbo proposto dal movimento degli EST risulta quindi incompleto e spesso fuorviante. Il terapeuta modifica il proprio approccio terapeutico con il paziente, in funzione dei suoi bisogni. I terapeuti ‘efficaci’ mettono quindi in atto in maniera responsiva vari livelli di relazione terapeutica in base al paziente trattato, ma anche in differenti momenti della terapia con lo stesso paziente (Norcross & Wampold, 2019).

Ad esempio, ha acquistato sempre maggiore rilevanza l’idea che più che osservare l’impatto sul paziente di singole tecniche terapeutiche, vada analizzato il livello di responsività del terapeuta alle caratteristiche del paziente (*responsiveness*) (Stiles & Horvath, 2017). A livello empirico, si è visto che nelle terapie psicodinamiche si ottengono risultati migliori con i pazienti quando il terapeuta non segue in maniera rigida il proprio modello di trattamento, ma si avvale di una flessibilità (*adherence flexibility*) capace di andare incontro alle caratteristiche del paziente (Owen & Hilsenroth, 2014). Nelle terapie dinamiche questa flessibilità, ad esempio sull’utilizzo di alcuni interventi di tipo cognitivo-comportamentali, risulta associata ad una migliore alleanza terapeutica con il soggetto (Goldman *et al.*, 2018). Anche l’utilizzo di una selezione di argomenti da discutere in seduta (classicamente associato ad un intervento CBT) con pazienti depressi in terapia psicodinamica, sembra predittivo di migliori risultati al termine della terapia (Katz & Hilsenroth, 2018).

Infine, in uno studio basato sull’analisi di sedute videoregistrate di psicoterapia psicodinamica per la depressione, i terapeuti che integravano nei primi incontri una piccola quantità di tecniche CBT (es., iniziare a discutere di alcuni argomenti; spiegare i motivi per cui si utilizza una determinata tecnica nella seduta; discutere situazioni di vita futura del paziente; fornire informazioni al paziente circa i suoi sintomi o sulla terapia) ottenevano dei migliori risultati al termine del trattamento (Katz *et al.*, 2019).

Fino a che punto può risultare utile integrare diverse tecniche terapeutiche? In quali condizioni e per quali pazienti la flessibilità del terapeuta risulta fondamentale? (Castonguay *et al.*, 2015). Come personalizzare la terapia sui bisogni del paziente? (Leichsenring *et al.*, 2018). È facilmente intuibile come a tali domande complesse debba corrispondere un approccio

complesso alla ricerca clinica. Da diversi anni l'*American Psychological Association* ha sponsorizzato un approccio basato sull'*evidence-based practice* che prevedesse una necessaria integrazione tra risultati della ricerca ed esperienza clinica del terapeuta, nel contesto delle caratteristiche del paziente, delle sue preferenze e orientamento culturale (Norcross & Wampold, 2018). In tale prospettiva, diventa necessario integrare un approccio alla ricerca quantitativa e qualitativa (Del Corno & Lo Coco, 2018). Riporterò un esempio di come questa ricerca con metodologie miste possa produrre dei risultati interessanti per fare progredire la conoscenza scientifica e parallelamente fornire al clinico degli spunti di riflessioni pertinenti alla propria pratica professionale. Abbiamo visto in questo articolo come un termine centrale nella ricerca in psicoterapia sia quello di *outcome*, esito della terapia.

L'*outcome* è un costrutto nato nel mondo della ricerca, per valutare il miglioramento del paziente, ma è anche utile nella pratica clinica? Il lavoro di De Smet *et al.* (2019) offre dei dati stimolanti sotto questo punto di vista: in un RCT sul trattamento dei disturbi depressivi con terapia psicodinamica e CBT, è stato esaminato l'*outcome* dei pazienti sia nei termini statistici della significatività clinica che attraverso un approfondimento qualitativo delle esperienze dei pazienti. Sono stati a tal fine selezionati tutti i pazienti che hanno riportato un miglioramento clinicamente significativo (pazienti migliorati e pazienti guariti) al termine della terapia, i quali hanno poi ricevuto un'intervista volta alla comprensione della propria esperienza di cambiamento in terapia. L'obiettivo dello studio era di ottenere una descrizione di cosa sia un 'buon esito' terapeutico nella prospettiva dei pazienti, oltre la significatività statistica del cambiamento riportato. I risultati mostrano che il buon esito della terapia per i pazienti è comunque un processo in divenire, in cui bisogna bilanciare i miglioramenti ottenuti con le difficoltà ancora in atto. I pazienti guariti, cioè che non presentavano più una sintomatologia depressiva al termine della terapia, esprimevano in alcuni casi come alcuni aspetti problematici del proprio malessere fossero ancora presenti e che bisognasse continuare 'a lottare'. Gli aspetti maggiormente positivi della propria esperienza di guarigione si focalizzavano su: i) un maggiore senso di *empowerment*, cioè sentire la forza per affrontare i problemi in modo nuovo, gestire meglio le relazioni interpersonali, sentire una maturazione nella propria esperienza di sé; ii) avere aumentato le capacità di *insight* e riflessione su sé stessi.

È interessante notare che tali dimensioni di esperienza risultassero in larga parte comuni ai pazienti migliorati in entrambi i format di terapia, psicodinamica e CBT. Il buon esito di un trattamento terapeutico è quindi un'esperienza personale complessa e l'integrazione di valutazione quantitativa e qualitativa dell'*outcome* può ampliare la nostra comprensione del cambiamento nella prospettiva dei pazienti.

Conclusioni

Da diversi decenni si tende a rimarcare il ‘mantra’ relativo alla distanza tra pratica clinica e ricerca. Abbiamo visto come per molto tempo ha prevalso nella comunità scientifica la convinzione che tale rapporto dovesse seguire una direzione *top-down* piuttosto che *bottom-up*. L’idea di fondo era che la ricerca producesse delle evidenze scientifiche che andassero poi trasferite ai clinici nei propri contesti di cura. In quest’ottica, lo psicoterapeuta svolgerà un intervento terapeutico più efficace con i propri pazienti se si atterrà alle indicazioni che provengono dalla ricerca, in grado di fornire nuove conoscenze sulle caratteristiche psicopatologiche dei pazienti e sui possibili rimedi terapeutici. Il clinico può essere più capace di aiutare i propri pazienti nella misura in cui non si basa soltanto sulla propria soggettiva esperienza, ma si confronta con delle evidenze scientifiche (Goldfried, 2018). Abbiamo anche sottolineato come questo processo di traslazione della conoscenza non abbia prodotto gli effetti sperati, in quanto solo raramente gli psicoterapeuti sentono di rivolgersi ai risultati della ricerca nel momento in cui si sperimentano una difficoltà nella relazione terapeutica con uno specifico paziente (Castonguay *et al.*, 2013). I limiti della ricerca, lamentati dai professionisti, fanno riferimento a dati su generici campioni di pazienti che poco riflettono la complessità del soggetto ‘in carne ed ossa’ che si presenta nella stanza di terapia, elementi statistici poco comprensibili per il terapeuta medio, e tematiche poco pertinenti con quelle che sono le esigenze quotidiane del clinico (Tasca *et al.*, 2015). Oggi è sicuramente più promettente una strategia basata sull’integrazione tra ricerca e clinica che possa costruire un necessario ponte di comunicazione tra due realtà che rappresentano due facce della stessa medaglia, cioè la professionalità scientifica della psicoterapia. Tale costruzione si baserà su una ricerca che parta dalla pratica terapeutica, in grado di elaborare proposte di lavoro maggiormente dotate di senso per il clinico (Levy, Ablon e Kachele, 2015). In sintesi, per riprendere quanto affermato da Leichsenring *et al.* (2018) il futuro della psicoterapia è la pluralità, nel riconoscimento che sono necessarie diverse forme di psicoterapia basate sull’evidenza, che tengano conto della irriducibile complessità del nostro oggetto di studio.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article No. CD004687.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258-297). New York, NY: Wiley.

- Barkham, M., Stiles, W. B., Lambert, M. J., & Mellor-Clark, J. (2010). Building a rigorous and relevant knowledge-base for the psychological therapies. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 21-61).
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13-36). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York, NY: John Wiley & Son.
- Del Corno, F., Lo Coco G. (2018). *Disegni di ricerca in psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavy, A. (2013). Practice oriented research: Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 85-133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25, 365-382.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25, 1-5.
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., Nolte, T. J. A., Health, P. I. M., & Research, M. H. S. (2017). Therapist Reflective Functioning, Therapist Attachment Style and Therapist Effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614-625.
- De Smet, M. M., Meganck, R., De Geest, R., Norman, U. A., Truijens, F., & Desmet, M. (2019). What 'Good Outcome' Means to Patients: Understanding Recovery and Improvement in Psychotherapy for Major Depression From a Mixed-Methods Perspective. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
- Goldfried, M. R. (2018). Obtaining Consensus in Psychotherapy: What Holds Us Back?. *American Psychologist*, 74, 484-496.
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Owen, J. J., & Levy, S. R. (2018). Psychotherapy integration and alliance: An examination across treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28, 14-30.
- Katz, M., & Hilsenroth, M. J. (2018). Psychodynamic technique early in treatment related to outcome for depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 348-358.
- Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., Owen, J. (2019). Adherence, Flexibility, and Outcome in Psychodynamic Treatment of Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 94-103.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: a key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behavior Research and Therapy*, 88, 7-18.
- Keefe J.R., McCarthy K.S., Dinger U, Zilcha-Mano S., Barber J.P. (2014). A meta-analytic

- review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *34*, 309-323.
- Kivlighan D.M. III, Goldberg, S.B., Abbas, M., Pace, B.T., Yulish, N.E., Thomas, J.G., Cullen, M.M., Flückiger, C., Wampold, B.E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *40*, 1-14.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169-218) (6th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy*, *51*, 467-481.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *300*, 1551-1565.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., . . . Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, *2*, 648-660.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M.J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., Steinert, C. (2018). 'Gold Standards,' Plurality and Monocultures: The Need for Diversity in Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry* 9:159.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., . . . Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, *100*, 99-127.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., Kachele, H. (2015). *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *25*(1), 85-101.
- McWilliams, N. (2017). Integrative Research for Integrative Practice: A Plea for Respectful Collaboration Across Clinician and Researcher Roles. *Journal of Psychotherapy Integration*, *27*, 283-295.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.) (2015). *A guide to treatments that work* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, *74*, 1889-1906.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2). New York, NY: Oxford University Press.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, *61*, 280-288.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy* (9th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Steel, C., Macdonald, J., & Schroder, T. (2018). A Systematic Review of the Effect of Therapists' Internalized Models of Relationships on the Quality of the Therapeutic Relationship. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(1), 5-42.
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists*

- better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 71-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strauss, B. M., & Petrowski, K. (2017). The role of the therapist's attachment in the process and outcome of psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 117-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., . . . Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy, 52*(1), 1-11.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine, 358*(3), 252-260.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*, 631-663.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 4 marzo 2020.

Accettato per la pubblicazione: 11 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:261

doi:10.4081/rp.2021.261

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

