

## Ricerca clinica e ricerca empirica

*Emilio Fava\**

**SOMMARIO.** – In questo articolo l'autore tende a mostrare come possa funzionare l'integrazione tra ricerca clinica e ricerca empirica secondo il modello della perturbazione reciproca tra i dati e le osservazioni prodotte da due distinti sistemi di conoscenza. Viene messa in evidenza come esista un forte influenzamento della ricerca clinica sulle ipotesi che vengono testate negli studi empirici e il potenziale effetto dei dati empirici sulla chiarificazione e messa a fuoco di questioni fondamentali per la pratica clinica e la riuscita dei trattamenti. Da qui il potenziamento di 'buone pratiche' rispetto ad errori e importanti disconoscimenti dei fattori che determinano l'esito delle terapie. Conseguentemente l'interesse si orienta sui percorsi formativi nella prospettiva di favorire un approccio in cui l'attenzione del clinico in formazione si equilibra tra 'punti di ancoraggio' osservabili, mutuati dalla ricerca, approfondimenti intuitivi e quei pattern descrittivi derivati dalla esperienza clinica che arricchiscono la letteratura psicoanalitica.

*Parole chiave:* Ricerca empirica; psicoanalisi; modelli di conoscenza; integrazione dei modelli; fattori di efficacia delle terapie.

In questo articolo l'autore tende a mostrare come possa funzionare l'integrazione tra ricerca clinica e ricerca empirica secondo il modello della perturbazione reciproca tra i dati e le osservazioni prodotte da due distinti sistemi di conoscenza. Viene messa in evidenza come esista un forte influenzamento della ricerca clinica sulle ipotesi che vengono testate negli studi empirici e il potenziale effetto dei dati empirici sulla chiarificazione e messa a fuoco di questioni fondamentali per la pratica clinica e la riuscita dei trattamenti. Da qui il potenziamento di 'buone pratiche' rispetto ad errori e importanti disconoscimenti dei fattori che determinano l'esito delle terapie. Conseguentemente l'interesse si orienta sui percorsi formativi nella prospettiva di favorire un approccio in cui l'attenzione del clinico in formazione si equilibra tra 'punti di ancoraggio' osservabili, mutuati dalla ricerca, approfondimenti intuitivi e quei pattern descrittivi derivati dalla esperienza clinica che arricchiscono la letteratura psicoanalitica.

---

\*Università Cattolica del Sacro Cuore, Associazione-gruppo Zoe (per lo studio e la formazione sulla qualità ed efficacia delle cure psichiche). E-mail: emiliofava@yahoo.it

È un fatto difficilmente discutibile che vi sia una mancanza di comunicazione effettiva tra clinici e ricercatori nel campo dei trattamenti psicoterapeutici, e in particolare in psicoanalisi, nonostante il fatto che obiettivi, finalità e oggetto di osservazione dei ricercatori e dei clinici possano apparire congruenti. Mi riferisco alla necessità di incrementare le nostre conoscenze sulla sofferenza mentale per fornire la miglior cura possibile ai pazienti. I ricercatori più attenti alle esigenze cliniche e meno autoreferenziali si rendono conto di questo e cercano di affrontare il problema (Tasca *et al.*, 2015; Lo Coco, 2020). I clinici appaiono meno interessati e solo recentemente si osservano caute aperture al ruolo che la ricerca empirica potrebbe avere in psicoanalisi (Niccolò, 2018; Vigna Taglianti, 2018). L'IPA appare interessata ai risultati della ricerca empirica di esito e di processo (Leuzinger-Bohleber & Kachele, 2015; Kachele *et al.*, 2000) e concretamente tende a favorire e finanziare progetti di ricerca. Mi sono occupato di ricerca empirica in psicoterapia sin dall'inizio dello sviluppo in Italia delle prime ricerche sul campo e questo mi ha permesso di assistere e cercare di comprendere i problemi che via via hanno caratterizzato e caratterizzano il confronto tra i ricercatori e i clinici nonché il senso dei differenti approcci al problema della comprensione e della cura dei disturbi mentali. In questo sono stato aiutato dal fatto di avere sempre svolto una intensa attività clinica, anche nel contesto di strutture psichiatriche, e ad avere avuto quindi accesso a una formazione psichiatrica e psicoanalitica. Cioè una posizione che mi ha permesso di vivere, anche con una certa sofferenza, dal di dentro, queste contraddizioni. Contraddizioni che rischiano, se irrisolte, di non consentirci una visione integrata e compatibile dei contributi potenziali dei diversi approcci alla nostra competenza a curare. I colleghi che frequento, e che considero psicoanalisti esperti, in varie occasioni hanno mostrato un garbato interesse per questa mia passione un po' eccentrica per la ricerca, ma al di là di questo non mi sono generalmente sembrati realmente interessati; per esempio nelle discussioni cliniche il riferimento esplicito ai risultati delle ricerche per affrontare un problema non era percepito come una risorsa disponibile, mentre se utilizzavo questi dati dentro di me e presentavo queste osservazioni come intuizioni cliniche del momento venivano significativamente apprezzate. Ciò può apparire paradossale ma in realtà se consideriamo le radici di questa apparente contraddizione possiamo individuare un reticolo di fattori e di circostanze che possono aiutarci a comprendere e forse a modificare questo stato di cose. Cercare di delineare questo contesto, nei suoi vari aspetti, e di svilupparne le potenzialità è lo scopo principale di questo articolo. Non è possibile, in questo contesto, addentrarci nei meandri della riflessione epistemologica che ha caratterizzato le fasi iniziali del confronto tra ricercatori e clinici, basato fondamentalmente su veti reciproci, né esporre dettagliatamente i risultati attuali della ricerca empirica e le loro possibili implicazioni nella clinica come è stato possibile altrove (Fava & Gruppo Zoe, 2016). Lo scopo

di questo lavoro è quello di facilitare l'accesso dei clinici, e in particolare dei clinici in formazione, ai potenziali contributi della ricerca empirica. Per questo è necessario sviluppare un nuovo linguaggio comune che necessariamente si discosta sia dai linguaggi prototipici dei ricercatori che da quello dei clinici e che consenta di trasmettere informazioni in modo utile ed efficace. Come sottolinea Shedler (2010) 'molti ricercatori danno per scontato che i clienti della ricerca siano i professionisti clinici, ma molti degli studi e delle meta-analisi non sono chiaramente scritti per loro... sono densamente complessi, tecnici e di difficile decifrazione... se il professionista clinico va inteso come 'utente' della ricerca allora la ricerca in psicoterapia ha bisogno di essere maggiormente orientata al cliente'.

Ricerca clinica e ricerca empirica possono essere considerate come due modalità differenti di conoscere aspetti della realtà, da due prospettive e con metodologie differenti. Nel nostro quotidiano, in molti campi, utilizziamo delle conoscenze che provengono dalla nostra cultura scientifica e contestualmente dalla nostra esperienza e anche dalla intuizione del momento. La competenza al fare nasce dall'intreccio di queste componenti (Polanyj, 1967; Friedson, 2001). La ricerca empirica in psicoterapia fa riferimento a quelle prassi che hanno permesso lo straordinario sviluppo di conoscenze e tecniche che caratterizza la modernità. Per ricerca clinica invece si intende il '*nucleo centrale della ricerca psicoanalitica*' classica che nasce nella situazione psicoanalitica stessa e ne è parte integrante. Essa è descrivibile come '*un processo circolare di scoperta in cui, insieme al paziente, vengono visualizzate, simbolizzate e infine verbalizzate le osservazioni idiosincrasiche sulle fantasie e i conflitti inconsci*' (Leutzinger-Bohleber, 2018, p. 270) nel contesto di una unicità personale e biografica.

La possibilità di svolgere in modo fruttuoso ricerca empirica nel campo delle prassi terapeutiche che si ispirano al sapere e al metodo psicoanalitico è stato ed è un argomento molto controverso: la maggior parte degli psicoanalisti vi individuano un'attitudine riduzionista e dubitano che l'impronta fortemente soggettiva e la complessità proprie della disciplina possano essere oggetto di un approccio scientifico, nel senso paradigmatico del termine. Questa posizione è sicuramente fondata e in qualche modo insuperabile se dovessimo ipotizzare che i metodi e i risultati della ricerca empirica possano sostituirsi tout court ai risultati della ricerca clinica sia sul piano teorico che applicativo. Ma questa posizione - propria di un certo radicalismo scienziato - è insostenibile per molti motivi che vanno dal ruolo che l'intuizione clinica e l'esperienza hanno nel costruire ipotesi scientifiche e nel determinare l'azione terapeutica ai limiti 'tecnici' delle metodologie di ricerca. Occorre tuttavia considerare che la distanza che separa l'universo della esperienza clinica in psicoanalisi da quello della ricerca empirica rende più difficile, complesso e delicato l'utilizzo dell'esperienza clinica per costruire ipotesi da verificare empiricamente.

Molti sono i limiti della ricerca empirica che la rendono, di per sé, inutilizzabile senza una stretta integrazione con la competenza clinica, definibile anche come l'insieme delle conoscenze teoriche di base, dei derivati dell'esperienza, della capacità di individuare indizi e delle intuizioni del momento. Abilità apprese nella pratica e in parte implicite. Questo processo inoltre è reso più complesso dal ruolo che il paziente stesso ha nella gestione della relazione terapeutica; non a caso Giaconia (Giaconia, Pellizzari, & Rossi, 2000) parla della competenza ad essere curati come aspetto complementare della competenza a curare. Mi riferisco al contributo specifico che il paziente può dare al processo di cambiamento e alla valutazione del ruolo del paziente nel lavoro terapeutico (Bohart & Wade, 2013), campo di indagine che incrementa le variabili di processo da prendere in considerazione. È difficile inoltre sostenere che un risultato che deriva da una media statistica possa applicarsi tout court a un singolo paziente in quanto ciò che è efficace in molte situazioni non lo è in altre. Non è possibile trascurare il ruolo che il terapeuta in quanto persona può avere nel costruire e decostruire l'oggetto del trattamento (ciò che è opportuno dire e fare in un certo momento) e non considerare i possibili bias delle ricerche, come per esempio quelli legati al periodo di osservazione, che è solitamente più breve di quella che è la durata naturale di malattia. O che una singola variabile estrapolata da un contesto complesso, come avviene negli studi empirici, possa essere considerata, al momento della messa in pratica, prescindendo dalle altre variabili con cui è connessa e interagisce. Inoltre i sistemi statistici su base correlazionale usati nella maggioranza degli studi non sembrano garantire sufficiente sicurezza nei nessi di causazione e gli effetti potrebbero essere dovuti a variabili sottostanti non considerate dai ricercatori. Non tutti i fattori terapeutici sono stati studiati a fondo: alcune aree che riguardano, per esempio, le trasformazioni nel pensiero a partire dalle intuizioni dei partecipanti al processo terapeutico e alla costruzione di metafore innovative (Ogden, 1994), non sono state studiate sistematicamente così come molti altri aspetti dei processi intersoggettivi che caratterizzano la relazione terapeutica e la sua evoluzione. Molti ricercatori ignorano i risultati degli studi in campi affini o complementari, facilitati in questo dalla richiesta di pubblicare su argomenti molto specialistici con il rischio di rimanere intrappolati in una visione deformata e riduttiva della realtà. Ricerca in psicofarmacologia e in psicoterapia tendono per esempio ad ignorarsi, pochi sono gli studi indipendenti comparativi e quelli sugli effetti delle terapie combinate.

D'altra parte anche i sistemi fondati sull'esperienza clinica e le successive teorizzazioni mostrano, accanto a geniali intuizioni, evidenti limiti da cui sono conseguiti nel tempo modelli teorico/tecnici apparentemente inconciliabili e contraddittori, la proliferazione di scuole, atteggiamenti fideistici e identitari perseguiti in modo inflessibile nelle terapie. Vignataglianti (2018) evidenzia alcuni rischi collegati ad un modo di concepire

la messa a fuoco dei problemi del paziente, che definisce ‘deriva agnostica’ la quale, nella sua forma radicalizzata, espone ad inconvenienti che *‘spaziano dall’arbitrarietà delle osservazioni cliniche che vengono ‘stressate’ per avvalorare una determinata ipotesi o posizione teorica, al rischio di punti di vista ‘ermeticamente chiusi’, alla conferma narcisistica al posto della capacità di riflessione auto-critica, alla attenzione verso casi ‘eccelsi’ rispetto ai casi che pongono difficoltà ‘al rischio di costruzioni e falsificazioni inconsce e infine alla ripetizione e al conformismo nelle discussioni istituzionali’ (ibidem, p. 244).*

In assenza di conferme empiriche il campo della psicoanalisi, e includo anche le altre forme di psicoterapia, rischia di costituirsi come una babele di linguaggi, opinioni e punti di vista più o meno contraddittori, inintelligibili per chi, per esempio, deve decidere in merito alla scelta di un certo tipo di terapia o all’organizzazione dell’assistenza psichiatrica pubblica e privata. Confermando così l’aforisma di Nietzsche: *‘il peggior nemico della verità non è la bugia ma la convinzione’*. O per dirla in altre parole: *‘in assenza di un sostegno alle proprie asserzioni basate su osservazioni controllate e ipotesi verificabili la psicoanalisi rischierebbe di privarsi di quel gioco reciproco di dati e teorie che ha contribuito in modo così determinante allo sviluppo della scienza di cui la psicoanalisi rischierebbe di privarsi’* (Kachele, Krause, Jones, Perron & Fonagy, 2000).

L’unica soluzione accettabile, date queste premesse, sembra essere quella di riuscire a integrare i due sistemi di conoscenza rispettandone le specifiche caratteristiche così come avviene in molti campi e particolarmente nelle fasi applicative delle conoscenze, cioè, nel nostro caso, nella clinica e quindi nella pratica. In definitiva, mi sembra lecito pensare che solo la mente del clinico, in uno specifico momento della relazione terapeutica, possa cogliere gli aspetti essenziali di ciò che sta avvenendo e agire di conseguenza in sintonia con l’altro membro della coppia terapeutica, il paziente, anche lui influenzato dalle sue concezioni sulla natura del problema e sul modo di risolverlo. Tuttavia occorre che la mente del clinico sia aperta ad accogliere i contributi delle neuroscienze, della psicologia cognitiva, dell’infant research, e della ricerca empirica sull’efficacia e sui fattori terapeutici per poterle utilizzare al momento opportuno. Mi riferisco al ruolo che la conoscenza dei risultati della ricerca può avere in termini di ‘perturbante’ delle credenze e delle convinzioni del clinico. Il buon medico conosce per esempio i risultati delle ricerche, conosce i limiti intrinseci alle metodologie di ricerca, e proprio per questo non applica meccanicamente queste conoscenze e le integra con l’esperienza diretta di molti casi, con la sua intuizione che lo può portare a evidenziare un sintomo poco evidente o una complessità legata alla sinergia di differenti patologie tenendo conto anche di quelle caratteristiche somatiche e psicologiche del paziente che influenzeranno l’efficacia e la compliance ai trattamenti, il rispetto delle norme di

comportamento utili e il livello di stress. È quella che viene chiamata, anche nel contesto della ricerca empirica in psicoterapia, la ‘personalizzazione dei trattamenti’. Bisogna essere aperti all’evenienza che: *‘quando pensi di avere tutte le risposte, la vita ti cambia tutte le domande’* (Charlie Brown).

Si tratta quindi in definitiva di saper porsi in una prospettiva aperta di conoscenza, in cui i dati delle ricerche empiriche e le conoscenze derivate della ricerca clinica si pongano reciprocamente come quei perturbanti cognitivi che innescano quelle ‘equilibrazioni maggioranti’ (Piaget, 1972) che costituiscono il fondamento dell’evoluzione delle nostre concezioni della realtà (Mattana & Fava, 2017). Nel nostro caso faccio riferimento, da un lato, ai modelli acquisiti attraverso le esperienze personali di vita, l’analisi personale, la formazione teorica e le supervisioni - che costituiscono la base delle nostre concezioni cliniche - e, dall’altro, ai dati delle ricerche e in particolare gli ‘hard findings’ che non possono essere trascurati, anche per rispetto del diritto alla salute dei pazienti. È indicativo come uno dei padri della EBM (medicina basata sull’evidenza) (Sackett, 1997), consapevole dei limiti degli studi classici sull’efficacia dei trattamenti, abbia sostenuto che il problema non sia quanto di sicuro (provato empiricamente) ci sia nella pratica medica, ma se ciò che è sicuro sia effettivamente conosciuto e messo in pratica. Contestualmente i ricercatori non possono trascurare l’enorme massa di osservazioni cliniche e di modelli teorici sofisticati prodotti dalla ricerca clinica su cui peraltro si basano trattamenti di provata efficacia. In effetti è ormai ‘un fatto incontestabile’ che la psicoterapia analitica, basata su principi clinici sia efficace, come risulta ‘da migliaia di studi e centinaia di meta-analisi’ (Lambert & Ogles, 2004; Leichsering & Rabung, 2009). Tuttavia il fatto che l’efficacia delle psicoterapie dinamiche sia in generale un fatto accertato non vuol dire che ciò valga per tutti i modelli, tutti i terapeuti e tutti i pazienti e in tutte le situazioni. In fondo il ruolo più prezioso che possiamo attribuire alla ricerca empirica è quello di mettere in discussione ciò che riteniamo vero.

## I risultati delle ricerche empiriche in psicoterapia

Esporre in sintesi e in modo adeguato i risultati di cui disponiamo attualmente non è un compito possibile in questo contesto anche volendo fare riferimento solo a quegli studi di processo che possono interessare maggiormente i clinici. A conclusione dell’articolo suggeriremo alcuni testi adatti agli approfondimenti necessari. In estrema sintesi la ricerca di processo ha valorizzato l’importanza di alcuni fattori comuni ai trattamenti che funzionano e che riguardano: 1) costrutti descrittivi il modo della terapia, dove rientrano gli elementi che riguardano l’alleanza terapeutica, nella terapia individuale, di coppia o familiare, e la coesione nella terapia di gruppo; 2)

strategie nella gestione della relazione, come considerazione positiva (validazione), gestione dell'espressione emotiva dei vissuti, promozione della credibilità del trattamento, appropriata self-disclosure, raccolta dei feedback e risoluzione delle rotture (crisi) nella relazione; 3) qualità del terapeuta, relative più alla persona che non a strategie o abilità, in cui vengono inclusi aspetti quali la flessibilità, l'autenticità, l'empatia e la reattività nelle risposte controtransferali; 4) fattori di personalizzazione, ovvero quelle caratteristiche specifiche del paziente a cui adattare la terapia, come lo stile d'attaccamento, le preferenze e le aspettative, gli stili di coping, la cultura e i livelli di reattanza (resistenza al lavoro terapeutico e/o al cambiamento) (Fava & Papini, 2020).

Sono rilevanti inoltre: 1) gli studi sugli interventi terapeutici specifici e in particolare quelli condotti dal gruppo di Ablon e Jones (Jones, 2000; Pole, Ablon, & O'Connor, 2008; Katzenstein, Pole, Ablon & Olsen, 2012) che valutano le strutture di interazione che caratterizzano le relazioni terapeutiche e la correlazione tra tipologia di interventi ed esito utilizzando il metodo PQS (Psychotherapy Process Q-Set); 2) gli studi sull'influenza del terapeuta o 'therapist effects' che studia il ruolo delle caratteristiche del terapeuta sul processo terapeutico (Wampold & Immel, 2015; Muzi & Lingiardi, 2020).

## Ricerca e clinica: le interconnessioni

In realtà il compito di strutturare quello scambio di prospettive cioè 'quel gioco di dati e teorie' tra ricerca clinica e ricerca empirica potrebbe non essere così difficile. Per diversi fatti:

- *La maggior parte delle ricerche di processo, cioè di quella parte della ricerca che esplora il processo terapeutico, anche, ma non solo in relazione agli esiti delle terapie, si basa fundamentalmente su costrutti di origine clinica, come alleanza di lavoro, qualità delle relazioni interpersonali, sviluppo delle capacità riflessive o metacognitive, tipologie degli interventi terapeutici e altro ancora. Di fatto vengono formulate e testate delle ipotesi collegate alle principali teorie e teorie della tecnica che normalmente vengono utilizzate nella clinica. Queste ipotesi definiscono la 'cintura protettiva' che, secondo Lakatos, circonda ogni asserzione teorica, di per sé inverificabile (Conte, 2005): quando le ipotesi fondate su una teoria sono disconfermate, o viceversa confermate, la teoria a cui fanno riferimento si indebolisce o si rafforza. Tipicamente il ricercatore cerca di verificare l'andamento di certe variabili che di solito fanno riferimento ad assunti teorici e confronta i casi a miglior esito (good outcome) trattati dai clinici con quelli a peggior esito (poor outcome). È interessante osservare che i comportamenti terapeutici, che possiamo valu-*

tare con apposite griglie o strumenti, a partire dalla registrazione dei colloqui, non sono necessariamente presenti alla coscienza dei terapeuti, cioè si situano in una dimensione implicita. Le convinzioni cliniche e le teorie che le sottendono possono quindi essere confermate oppure messe parzialmente in discussione dando al clinico la possibilità di rimodularle. Il clinico interessato alla ricerca può avere conferme di ciò che già ritiene di conoscere e/o allargare e/o modificare le proprie prospettive. Questo ha particolare valore se consideriamo gli effetti potenzialmente negativi di determinate credenze teoriche segnalati anche dalla letteratura clinica, per esempio quelle correlate alla presunta 'neutralità' dell'analista, nella sua prima formulazione. Gli studi suggeriscono che non solo gli interventi di terapeuti 'selvaggi' o mentalmente disturbati ma anche alcune pratiche ritenute corrette conterrebbero delle potenzialità patologiche o comunque non efficaci (Peterfreund, 1983). Il fatto che le meta-analisi mostrino che un consistente numero di pazienti non ottiene risultati soddisfacenti dai trattamenti e che una certa percentuale peggiora è uno stimolo per approfondire anche sul piano della ricerca empirica le possibili cause dei fallimenti terapeutici.

- *Come conseguenza di quello stretto legame con i sistemi teorici e le teorie della tecnica tradizionali i risultati degli studi empirici di efficacia e di processo hanno fornito conferme a molte asserzioni che riguardano le concettualizzazioni utilizzate dai clinici, frequentemente però apportando alcune modifiche o precisazioni rilevanti.* Neuroscienze e ricerche empiriche hanno dato maggior peso e spessore a fattori come alleanza di lavoro, relazione interpersonale reale, sviluppo e modalità dei processi cognitivi e riflessivi, funzionamento delle memorie, ruolo e caratteristiche del terapeuta contribuendo al progresso delle nostre concezioni e all'efficacia dei nostri trattamenti. Un esempio molto interessante è quello del funzionamento delle memorie sotto l'effetto dei glucocorticoidi durante le esperienze traumatiche. L'effetto prodotto è quello di impedire il deposito della memoria episodica ma non di quella semantica e i vissuti impliciti (apprendimento emotivo). Di conseguenza, per i pazienti traumatizzati può essere impossibile ricordare non i fatti in sé ma la loro presenza ai fatti stessi dando luogo a quei fenomeni dissociativi che caratterizzano appunto i disturbi dissociativi di personalità. L'impossibilità di ricordare in forma vivida e personale le esperienze traumatiche non sarebbe il prodotto di rimozione ma una impossibilità. L'utilità clinica di distinguere tra una scissione di qualcosa che originariamente era integrato e la dissociazione relativa a ciò che non era mai stato integrato (Stern, 1997) è stata quella di modificare le strategie terapeutiche e prima ancora di distinguere tra esperienza dissociativa e rimozione (McWilliams, 2011).
- *Alcuni risultati degli studi possono invece apparire un po' più perturbanti le nostre convinzioni e in particolare quelle che riguardano la*

*superiorità del nostro personale modello di terapia.* Il fatto che terapie di diverso tipo, teorizzate in modo diverso, conducano a risultati simili. Si tratta del famoso ‘*Dodo verdict*’: ‘tutti hanno vinto, tutti meritano un premio’ come dichiara il Dodo, un personaggio di ‘Alice nel paese delle meraviglie’. La difficoltà a dimostrare la superiorità di una tecnica sulle altre è infatti un dato piuttosto forte anche considerando solamente gli studi indipendenti e ben fatti (Luborsky *et al.*, 2002). Le spiegazioni di questo fenomeno sono molteplici: l’importanza dei cosiddetti fattori comuni o ‘aspecifici’, il fatto che i terapeuti non siano totalmente coerenti con le loro premesse teoriche e utilizzino interventi prototipici di altri approcci (Ablon, 1998; Kazenstein *et al.*, 2012) e che ci sia una profonda, quanto misconosciuta, osmosi di pratiche e concetti, per esempio tra cognitivisti e psicoanalisti. Infine il fatto che pazienti con la stessa diagnosi descrittiva-categoriale che entrano negli studi sono differenti per alcuni aspetti che li rendono più o meno adatti a certe tipologie di intervento. Ciò riguarda anche il confronto con le terapie farmacologiche, in particolare in alcune patologie, come ad esempio i disturbi dell’umore (Fava & Zuglian, 2016). Tutti questi fattori meritano una attenzione particolare e hanno implicazioni pratiche importanti. I fattori ‘aspecifici’ influenzano pesantemente gli esiti dei trattamenti e ad essi vengono attribuiti percentuali molto ampie, sino al 90% (Wampold & Immel, 2015), della responsabilità della varianza degli esiti. Questo ha portato qualcuno a sostenere che ‘tutte le terapie sono uguali’. Questa conclusione è, come vedremo, errata e va sostituita con: ‘affinché una terapia funzioni occorre che siano rispettati i criteri derivati dalle nostre conoscenze sui fattori comuni e su quelli di personalizzazione’. Tendenzialmente i terapeuti ‘efficaci’ o meglio in tutte le terapie efficaci i ‘fattori aspecifici’ tendono ad essere adeguatamente considerati e gestiti (Norcross *et al.*, 2018, 2019). Per esempio, uno stile relazionale che puntualizza in continuazione gli insuccessi dei pazienti, commenti o comportamenti che siano ostili, rifiutanti, svalutanti, critici nei confronti del paziente, anche in modo implicito (Von der Lippe *et al.*, 2008) o l’inflessibilità nell’applicazione del metodo e terapie fortemente strutturate sono correlate a esiti scadenti. Suggerimenti e consigli sui comportamenti al di fuori delle sedute possono correlarsi ad esiti scadenti (Ablon *et al.*, 2006). L’assenza, la non considerazione o la rottura senza riparazione dell’alleanza di lavoro implica probabili risultati scadenti (Hilsenroth, Cromer & Ackermann, 2012). Un terapeuta esperto forse non ha forse bisogno di riflettere su questi e altri aspetti ‘comuni’ della relazione terapeutica che è in grado di gestire spontaneamente, ma è evidente che nei percorsi formativi e nei contesti istituzionali occorre affrontare seriamente la questione. L’importanza della corretta gestione dei fattori ‘aspecifici’ fa di essi un elemento necessario anche se non suf-

ficiente. Inoltre, ma qui renderemmo il discorso più complicato, ci sarebbe da domandarsi in quale misura i fattori aspecifici siano davvero così aspecifici: i fattori ‘comuni’ non così sono ovvii come suggerirebbe il loro nome né facili da gestire.

- *Un altro aspetto perturbante riguarda proprio le tecniche specifiche che i terapeuti di diverso orientamento utilizzano di fatto rispetto a quelle previste dai loro sistemi teorici.* Gli studi mostrano che terapeuti di diverso orientamento utilizzano interventi prototipici di altri orientamenti con vantaggi per la terapia. Ad esempio, terapeuti di formazione cognitivista possono usare modalità di trattamento prototipiche delle terapie dinamiche. Nella mia esperienza di supervisore di gruppi istituzionali con terapeuti di diverso orientamento ho trovato conferma alle osservazioni del gruppo di Ablon e Jones e cioè che terapeuti di formazione cognitivista possono avere una accurata attenzione per i vissuti soggettivi dei pazienti, per la cura della relazione terapeutica e utilizzano interventi considerabili come interpretazioni di transfert. Viceversa alcune tecniche di impronta cognitivista come le domande al paziente su come sta andando la terapia dal suo punto di vista (feedback dal paziente) possono essere molto utili per la qualità della relazione terapeutica e la vitalità dell’alleanza di lavoro. Ciò ha motivato per esempio il mio attuale interesse per le ‘teorie private’ che terapeuta e paziente costruiscono sulla natura del problema e sul come uscirne (Werbart, 2006; Chichi *et al.*, 2019) e per le modalità con cui gli psicoanalisti costruiscono le loro idee sulla natura dei problemi del paziente e sui percorsi di cambiamento. Infatti nelle terapie *good outcome* sia le diagnosi che i possibili percorsi di cambiamento sembrano essere il prodotto della co-costruzione e del reciproco influenzamento da parte di entrambi i membri della coppia terapeutica. Gli studi empirici sembrano indicare la necessità di una sorta di decostruzione/ricostruzione degli schemi terapeutici trasversali ai diversi orientamenti. Questo riguarda a maggior ragione anche i modelli classici della psicoanalisi, dalla teoria freudiana delle pulsioni alla psicologia dell’Io, dalla tradizione delle relazioni oggettuali alla psicologia del Sé, sino ai movimenti relazionali contemporanei. McWilliams (2011), una psicoanalista molto attenta ai risultati delle ricerche osserva che ‘*molti terapeuti cercano di assimilare diversi modelli e metafore, che siano o no in qualche modo contrastanti o concettualmente problematici*’. ‘*I terapeuti efficaci attingono spesso liberamente a molte fonti psicoanalitiche più che aderire ideologicamente a una o due teorie preferite. E in genere diffidano di coloro che fondano la loro identità professionale sulla difesa di un unico modo di pensare e operare*’ (pag 42). In uno studio condotto presso il Centro Milanese di Psicoanalisi, abbiamo potuto osservare lo stesso fenomeno, cioè l’uso di differenti modelli interpretativi in funzione delle caratteristiche specifi-

che di ogni paziente, fenomeno che abbiamo chiamato ‘eclettismo consapevole’ (Sabucco *et al.*, 2020). Le letture e le soluzioni terapeutiche che i diversi approcci suggeriscono, possono essere considerate una sorta di cestello degli attrezzi per lo psicoanalista a cui fare riferimento. Le diverse descrizioni degli specifici problemi e soluzioni che troviamo in letteratura possono essere quindi considerate come guide preziose per interventi personalizzati e specifici piuttosto che regole da applicare indiscriminatamente. La scoperta, talora geniale, di specifici pattern di funzionamento, così come la tecnica più adatta per affrontarli spesso hanno dato luogo a generalizzazioni e a modelli teorici inclusivi applicati indiscriminatamente piuttosto che suggerire quale intervento per quale situazione.

- *Poiché diversi sottotipi clinici reagiscono in modo differente a differenti tipi di terapia, o meglio di intervento, la ricerca empirica ha sviluppato il concetto di ‘personalizzazione dei trattamenti’.* Riguarda l’ambito di ricerca che esamina le specifiche caratteristiche dei pazienti che contribuiscono a determinare la scelta di determinati tipi di terapia o di intervento terapeutico. Il concetto di personalizzazione dei trattamenti è collegato all’idea che pazienti con la stessa diagnosi nosografico-descrittiva, ma differenti per altre variabili, possano beneficiare in modo differente di diversi tipi di trattamento. Esiste un’estesa letteratura su questo argomento che si fonda su quei predittori pre-trattamento relativi a specifiche caratteristiche del paziente, come le condizioni sociodemografiche, le dimensioni della personalità, a costrutti cognitivi, psicodinamici, sociali e relazionali, agli stili di attaccamento e alla gravità dei sintomi. Variabili biologiche, genetiche e di *neuroimaging*, fino ad ora meno studiate in questa prospettiva, sono attualmente oggetto di interesse da parte della comunità scientifica. La necessità di personalizzare i trattamenti coinvolge direttamente i sistemi diagnostici in uso i quali tendono a creare categorie di pazienti, considerando maggiormente ciò che unisce piuttosto che ciò che differenzia ciascuna situazione individuale dalle altre. I sistemi descrittivo-categoriali come il DSM-IV e DSM-V non consentono di cogliere le specificità dei singoli pazienti e quindi possono solo dare solo suggerimenti piuttosto generici su come impostare le terapie. Per esempio, l’interesse del paziente a lavorare su sé stesso e la fiducia nel tipo di terapia che gli viene proposta o che sceglie liberamente discriminano gruppi di pazienti con la stessa diagnosi ma profondamente differenti sul piano delle strategie terapeutiche più efficaci. I pazienti, come possiamo osservare analizzando gli studi comparativi di diversi tipi di trattamento, usufruiscono maggiormente di terapie che valorizzano le loro preesistenti caratteristiche e risorse cognitive e relazionali, cioè che tengono conto delle risorse del paziente, piuttosto che delle loro difficoltà e sintomi (Elkin *et al.*, 1989; Sotzki *et al.*, 1991;

Shea *et al.*, 1990; Huibers, 2015). L'uso di strumenti diagnostici più sofisticati e precisi può permettere scelte terapeutiche più oculate e specifiche. Attualmente disponiamo di strumenti diagnostici come il PDM e OPD-2. Il primo consente una migliore conoscenza dei meccanismi interni al funzionamento mentale delle categorie di pazienti utilizzando concettualizzazioni di origine psicoanalitica, il secondo è particolarmente adatto a valutare la situazione di ogni singolo paziente includendo anche variabili di significato prognostico e fattori di personalizzazione. OPD-2 inoltre, pur facendo riferimento a costrutti di tipo psicoanalitico, valorizza quel modo di procedere che a partire dalla osservazione accurata del funzionamento mentale in diverse aree procede nella direzione di ulteriori approfondimenti. È quindi anche adatto ad essere utilizzato nei contesti istituzionali dove sono presenti terapeuti di diverso orientamento e nel contesto dei percorsi formativi (Papini & Fava, 2019).

### Ricerca empirica e ricerca clinica nei processi formativi e nell'organizzazione dei servizi

Se i clinici esperti sembrano saper gestire sia i fattori aspecifici che quelli specifici e quindi per loro i risultati delle ricerche possono avere un significato di conferma o di *openness*, stuzzicando nuove idee e favorendo una mentalità più aperta, nel campo dei servizi di igiene mentale pubblici e privati nonché nei percorsi di formazione la conoscenza dei risultati delle ricerche appare essenziale. Nessuna ignoranza dovrebbe essere permessa a chi ha responsabilità di salute pubblica. Qui hanno particolare rilevanza gli studi di efficacia che ci dicono quali tipologie di intervento hanno la probabilità di essere efficaci. C'è un'ampia letteratura su vantaggi e i limiti degli studi di efficacia che rimandano a problemi metodologici di diversa natura e ne definiscono le carenze strutturali. Infatti gli studi di efficacia e quelli complementari di tipo naturalistico o di 'effectiveness' ci dicono se certi trattamenti funzionano, ma, per loro natura, non ci dicono che cosa effettivamente li fa funzionare anche se possono dare 'l'impressione' di convalidare le convinzioni teoriche di chi le esegue (Wampold, 1997). Da quanto abbiamo precedentemente detto si comprende infatti da quanti e quali fattori può dipendere l'efficacia di un singolo trattamento e che la riuscita di una terapia può dipendere da fattori impliciti non espressamente previsti dalle teorie di chi li esegue o anche da avvenimenti del contesto di vita o 'fattori extraterapeutici' (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2002). Tuttavia, se un tipo di trattamento ha mostrato di essere efficace per un certo tipo di disturbo, questo tipo di trattamento deve essere preso in considerazione nella programmazione dei servizi e nell'offerta di trattamenti adeguati: sappiamo che purtroppo il tipo di terapia consigliata varia in funzione

dell'orientamento dei terapeuti e dei servizi, senza una visione complessiva basata su alcuni criteri supportati da studi e condivisi. Se è vero che gli studi di efficacia hanno forti limiti tuttavia se una terapia si mostra efficace in molti studi e meta-analisi deve essere presa in considerazione. I responsabili e gli amministratori dei servizi devono basarsi sui dati della migliore ricerca e offrire terapie, formazione e supervisione clinica. Chi ha responsabilità di cura ha il dovere morale di conoscere i risultati di questi studi sia per l'invio dei pazienti al miglior tipo di trattamento possibile che per segnalare onestamente che quella terapia in un servizio non è disponibile pur essendo potenzialmente efficace. La psicoanalisi e le psicoterapie fondate sui concetti psicoanalitici ormai hanno un forte sostegno dagli studi di esito relativamente a molte forme di disturbo anche gravi e solo recentemente questa evidenza comincia ad apparire nelle linee guida dei trattamenti (Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, 2013). Sappiamo inoltre ancora poco, da un punto di vista empirico, sull'utilità di interventi combinati, cioè su quali trattamenti aggiuntivi possono integrare sia i trattamenti farmacologici che quelli psicoterapeutici e, all'interno di questi, se esistono delle indicazioni di trattamento più specifiche. Finora nel campo della ricerca sull'efficacia ha prevalso la tendenza a confermare il valore di determinati approcci terapeutici e abbiamo pochi dati sugli effetti di un utilizzo combinato di terapie psicologiche, riabilitative, psicoeducative e farmacologiche. Sia l'esperienza clinica che gli studi empirici, là dove sono stati condotti (Bellino *et al.*, 2002, 2008; Cuijpers *et al.*, 2015), mostrano che gli interventi combinati e integrati sono generalmente vantaggiosi. Possiamo inoltre supporre con buone ragioni che la gestione dei fattori 'aspecifici' possa essere la base comune di molti tipi di intervento che si pongono su piani differenti nel contesto di gruppi di lavoro istituzionali, che coinvolgono operatori con diverse competenze e funzioni, e che compaiono nella letteratura clinica (Correale, 2006).

Il potenziale contributo della ricerca empirica alla strutturazione e programmazione dei percorsi formativi riguarda sia problemi di prospettiva che di contenuto. Se consideriamo la rilevanza della gestione dei fattori aspecifici che si evidenzia negli studi, sembra ovvio che la messa a fuoco e l'attenzione all'insieme di questi aspetti dovrebbe essere il primo obiettivo di un programma formativo. Sappiamo bene che non stiamo parlando di novità in assoluto e che in un modo o nell'altro i formatori tengono conto o prevedono la loro gestione, ma non sappiamo fino a che punto lo facciano e se con la dovuta completezza. Per esempio, fino a che punto viene data importanza alla costruzione dell'alleanza di lavoro e alla individuazione e cura delle rotture dell'alleanza o fino a che punto vengono valorizzate l'empatia, la flessibilità, l'autenticità del terapeuta? L'inserimento nei programmi di studio di corsi sui risultati della ricerca potrebbe sensibilizzare gli studenti e i formatori stessi sul valore dei fattori aspecifici. D'altra parte, come

abbiamo più volte sottolineato, l'obiettivo della ricerca empirica non è, e non deve essere, quello di sostituire i modelli di terapia preesistenti, ma di essere uno stimolo ad un costante miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'efficacia delle cure. Ma l'attenzione rivolta all'efficacia dei trattamenti e ai fattori comuni si contrappone facilmente agli approcci che valorizzano la 'purezza' e la coerenza dei metodi, nonché la fedeltà ai rispettivi caposcuola di riferimento. La questione della coerenza, non dell'inflessibilità, dei modelli terapeutici non va comunque sottovalutata poiché è funzionale alla messa a fuoco di concetti e pratiche ben definite che possano essere studiate nella loro applicazione, nei loro effetti e quindi insegnate. La complementare prospettiva empirica non dovrebbe prevedere forme confuse di eclettismo, ma al contrario definizioni piuttosto precise di quei fattori terapeutici da cui possono dipendere i risultati delle terapie e delle tipologie di intervento tra cui poter scegliere in funzione di determinate caratteristiche del paziente.

L'intuizione clinica che porta alla possibilità di 'dare parola' a quei contenuti mentali che non raggiungono un adeguato livello di rappresentabilità e consapevolezza è uno degli strumenti che concorrono maggiormente - nella prospettiva psicoanalitica - alla possibilità di rendere elaborabili i contenuti psichici, aprendo la strada ai processi di cambiamento. D'altra parte dovremmo domandarci se nel contesto dei percorsi formativi sia utile e opportuno sviluppare quest'ultimo tipo di competenza senza il supporto di una attitudine all'osservazione fenomenologica. O senza prendere in considerazione molti altri aspetti che hanno caratteristiche di evidenza e valore prognostico. Per esempio, l'analisi di quelle circostanze che predispongono al trattamento come quelle valutate nell'asse primo di OPD-2 (esperienza di malattia e presupposti per il trattamento). Per dirla in altre parole fondare la formazione *solamente* su sofisticati strumenti intuitivi può comportare il rischio di dar valore solo a 'ciò che non si vede': 'ciò che conta veramente è solo ciò che è nascosto e perciò occulto' che Meltzer e Harris (1967) definiscono 'apprendimento delirante'. Oppure apprendimento per 'identificazione adesiva' o per 'identificazione proiettiva'. Apprendimento quest'ultimo caratterizzato da una riproduzione meccanica e talvolta arrogante dell'oggetto idealizzato (Ibidem). Infatti lo sviluppo di questa fondamentale capacità basata sull'intuizione partecipante (*réverie*), implica molta esperienza, sensibilità e buone supervisioni poiché si presta a dare spazio a fenomeni quali le proiezioni e i transfert inconsapevoli del terapeuta sul paziente, le influenze del *mainstream* teorico del momento e di certe credenze teoriche che appassionano il singolo terapeuta e altre determinanti che hanno a che fare con la storia e le esperienze personali del terapeuta stesso (Hunter, 1996). Ciò può contribuire a presentare l'azione interpretativa in modo dogmatico e oracolare e a creare dipendenza passiva da parte dell'allievo. Di conseguenza un percorso formativo, basato unicamente su questo tipo di

approccio favorirebbe il settarismo - cioè una sopravvalutazione di tecniche specifiche e una sottovalutazione della relazione terapeutica che la letteratura indica come il principale motore di cambiamento indipendentemente dalle diverse tecniche. Sul versante del paziente, aumenterebbe il rischio di restituzioni inappropriate riprodotte quelle esperienze di disconoscimento che caratterizza spesso la patogenesi della sofferenza mentale. Incrementare l'accuratezza delle osservazioni fenomenologiche ancorandola a specifici punti di osservazione, così come siamo abituati a fare applicando gli strumenti e la mentalità della ricerca empirica, può permettere successivi approfondimenti clinici guidando e orientando le dimensioni di comprensione basate sull'intuizione partecipante. Il metodo della osservazione clinica dei tre livelli (*Three-level Model*) sviluppato dal *Project Committee on Clinical Observation* (Bernardi, 2015) dell'IPA per migliorare l'osservazione clinica sistematica delle trasformazioni dei pazienti durante la psicoanalisi ci sembra indicare la strada giusta.

## Conclusioni

Da quanto abbiamo visto l'integrazione tra ricerca clinica e ricerca empirica appare non solo opportuna ma anche possibile in un contesto che vede il superamento di antiche barricate ideologiche e identitarie e una concomitante maggiore attenzione all'efficacia delle cure e alle indicazioni di trattamento. Naturalmente i percorsi autoreferenziali sono sempre possibili, sia da parte dei clinici timorosi di uscire dai propri confini (Frances, 2016), che dei ricercatori sempre più condizionati dalle esigenze di pubblicazione verso forme specializzate e frammentate di ricerca. Occorre che i risultati della ricerca vengano posti in modo assimilabile dai clinici, senza inutili tecnicismi e in una prospettiva ad ampio spettro, cioè portando i risultati di molti studi e segnalandone le contraddizioni, le problematiche, le prospettive. Il linguaggio dovrebbe fare riferimento a specifiche situazioni cliniche, cosa che implicherebbe una competenza clinica dei ricercatori. Un ambito appropriato in cui portare i risultati e i metodi della ricerca è quello della discussione clinica con la possibilità di usare anche strumenti di valutazione particolarmente adatti ad evidenziare particolari aspetti diagnostici e di gestione della relazione terapeutica come CCRT, SASB, IVAT, PQS, PTI, SWAP (Fava *et al* 2005, 2016, 2020,) o quello dello sviluppo di ricerca in contesti istituzionali gestita direttamente dai clinici con la supervisione e il supporto di ricercatori esperti per quanto riguarda le scelte metodologiche, le codifiche e le analisi statistiche. In altre parole l'opportunità di integrare ricerca clinica e ricerca empirica può trovare il suo spazio nei contesti istituzionali e formativi pubblici o privati. Questa prospettiva non toglie nulla a quello che è lo specifico della formazione psicoanalitica e alla necessità

di ricorrere a costrutti che nascono dalla pura esperienza clinica. Pensiamo che, in un certo senso, i dati della ricerca la completino, la sostengano e la stimolino, recuperando il senso della parola teoria che è processione (scorrimiento) di dei, cioè movimento di idee, concetti e pratiche.

### Lecture suggerite

In questo articolo, nella prospettiva di dare una visione d'insieme, molti argomenti sono stati semplicemente tratteggiati. Per una visione più approfondita dei temi che ho trattato suggerisco la lettura di *'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca'* di Levy, Ablon e Kachele (2015) e, in particolare, il capitolo sull'efficacia dei trattamenti a lungo termine di Rabung e Leichsenring (pag 45) e i due capitoli di Katzstein, Pole, Ablon e Olsen e di Levy a pag. 419 e 453, sulla la valutazione e differenziazione degli interventi terapeutici e il capitolo 12 curato da Hilsenroth sull'alleanza terapeutica. In appendice troviamo il manuale di codifica del PQS. Un altro suggerimento riguarda *'La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica'* (2016) di Fava e Gruppo Zoe, testo nel quale abbiamo preso in considerazione la letteratura empirica, nelle sue varie articolazioni, a partire da lavoro di raccolta della 27° task force dell'APA (Norcross, 2011, 2018) evidenziandone potenzialità, limiti e applicazioni nella clinica e nei percorsi formativi.

### BIBLIOGRAFIA

- Ablon, J. S., Jones, E. E. (1998). How expert clinical practitioners' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71-83.
- Asay, T. P., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC, American Psychological Association.
- Benjamin, L. S., Cushing, G. (2000). *Interactions Manual for Coding Social in Terms of Structural Analysis of Social Behaviour*. Salt Lake City: University of Utah.
- Bernardi, R. (2015). *The three-level Model(3LM) for observing patient transformations. Time for change: tracking trasformations in Psychoanalysis-the three model*. London: Karnac Books.
- Bellino, S., Zizza, M., Di Lorenzo, R., Bogetto, F. (2002). Terapia combinata del disturbo depressivo maggiore: revisione della letteratura. In *Giornale italiano di Psicopatologia*, 8, 401-416.
- Bohart, A. C., Wade A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (a cura di), *Bergin and Garfi eld's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed. (pp 219-257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Chichi, M., Fava, E., Margola, D., Galvano, G. C., Nuzzaci, V., Chiari, P., Reatto, L. L., & Linciano, A. D. (2019). *Private theories of patients and therapists in comparison: A mul-*

- tipl-case study in the preliminary phases of the psychoanalytic treatment*. Relazione presentata alla 5th Joint European & UK Chapters Conference, Society for Psychotherapy Research (S.P.R.), 'Separation and Unity', Cracovia, Polonia, 19-21 settembre.
- Conte, M. (2005). La psicoanalisi come programma di ricerca. Una lettura della psicoanalisi alla luce della epistemologia di Imre Lakatos. *Ricerca in Psicoterapia*, 8, 181-194.
- Correale, A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla
- Dreher, A. U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*. London: Karnak Books.
- Cuijpers, P., de Wit, L., Andersson, G., Huibers, J.H. The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147-168.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., & Imber S. D. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Fava, E. (2017). Intervista ad E. Fava sulla ricerca empirica in psicoterapia (a cura di G. Mattana). Testo disponibile sul sito: <https://www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> Consultazione: 04/08/2018.
- Fava, E., Gruppo Zoe (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E., Magni, M., Ferrario, D. Camarda, P. (2016). La supervisione con metodi derivati dalla ricerca. In E. Fava, Gruppo Zoe (a cura di), *La competenza a curare: Il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E. D., Ferrario, D., Sanna, B., Taino, D., Tajani, M. (2010). Valutazione multistrumentale degli interventi psicoterapeutici e integrati. *Epidemiologia e psichiatria sociale, allegato 'Accreditamento e salute mentale'* 19.4, n. 4, 241-251.
- Fava, E., Papini, S. (2020). La ricerca fa bene alla formazione? In L. Corbelli & L. Bonalume (a cura di), *Come posso esserti utile?*. Milano: Alpes.
- Fava, E. D, Zuglian, P. (2016). La personalizzazione dei trattamenti nei disturbi dell'umore. In E. Fava, Gruppo Zoe (Eds.), *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica* (pp. 69-86). Milano: Mimesis.
- Frances, A. (2016). Dove va la psicoanalisi? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 50 (3), 458-461.
- Friedson, H. (2001). *Professionalism: The third logic*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gelso, C. J., Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, C. J., Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. New York, NY: Wiley.
- Giaconia, G., Pellizzari, G., Rossi, P. (2000). *Nuovi fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Huibers, M., Cohen, Z., Lemmens, L., Arntz, A., Peeters, P. M. L., Cuijpers, P., De Rubeis, R. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index. *PLoS ONE*, 10, 11.
- Hilsenroth, M. G., Cromer, T. D., Ackermann, S. J. (2012). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in your Clinical Work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 381-400). New York, NY: Humana Press.
- Hunter, V. (1996). *Psicoanalisi in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Jones, E. E., Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide for psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson.

- Kachele, H., Krause, R., Jones, E., Perron, R., Fonagy, P. (2000). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the president.* Testo disponibile al sito: [https://www.ipa.world/IPA\\_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf](https://www.ipa.world/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf)
- Katzenstein, T., Pole, N., Ablon, J.S., Olsen, C. (2012). Combining Idiographic and Nomothetic Approaches to Single-Case Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press.
- Lakatos, I. (2001). *La metodologia dei programmi di ricerca scientifici*. Milano: Il Saggiatore.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J.C. Norcross (a cura di), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 17-32). New York, NY: Oxford.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert, A. E. Bergin, F. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th. ed. New York, NY: Wiley.
- Leichsering, F., Rabung, S. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy reply. *Journal of American Medicine Association*, 301, 932-33.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018) La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. Osservazioni epistemologiche e metodologiche, alcuni esempi e il metodo di osservazione clinica a tre livelli. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238.
- Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (2002). *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspective for therapists and researchers*. Philadelphia, PA: Whurr Publishers.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kachele, H. (a cura di). (2015). *An open door review studies in psychoanalysis of outcome and process*, 3rd Ed. International Psychoanalysis Association.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., Kächele, H. (a cura di). (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press. [tr. it, 'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca' (2015). Milano: Raffaello Cortina].
- Lo Coco, G. (2020). Il rapporto tra clinica e ricerca. L'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici: nuove evidenze e sfide metodologiche. In L. Corbelli, L. Bonalume (a cura di), *Come posso esserti utile?* Roma: Alpes.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman J. S., Levitt J. T., Seligman D. A. & Krause E. D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455-460.
- Mattana, G. (a cura di). (2017). *Ricerca empirica in psicoterapia. Intervista a Emilio Fava*. Disponibile al sito: <https://WWW.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> Consultato: 16 ottobre 2019.
- Meltzer, D., Harris, M. (1986). *Il ruolo educativo della famiglia* (pp 42-50). Torino: Centro Scientifico Editore.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Muzi, L., Lingiardi, V. (2019). Diagnosi in transizione: l'influenza della personalità del terapeuta. *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(1), 73-90.
- Nagel, E. (1967). *Psicanalisi e metodo scientifico*. In S. Hook (a cura di), *Psicoanalisi e metodo scientifico*. Milano: Einaudi.
- Nicolò, A. M. (2018). La ricerca come sfida per lo psicoanalista. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238

- Nietzsche, F. (1878). *Umano, troppo umano*. Tr.it. (1979). Milano: Adelphi.
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Adapting psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology*, 67, 127-132.
- Norcross, J. C. (a cura di). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Lambert M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1).
- Norcross, J. C., Lambert M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55 (4).
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (a cura di) (2019). *Psychotherapy relationships that work (Vol.2): Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Ogden, T. H. (1994). The concept of interpretative action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63(2), 219-245.
- Papini, S. P., Fava, E. D. (2019). L'integrazione nella valutazione diagnostica dei fattori terapeutici correlati agli esiti: Il sistema di diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD-2). *Ricerca Psicoanalitica*, XXX(1), 37-55.
- Papini, S. P., Zuglian, P., Ferrari, A., Conte, M., Fava, E. D. (2016). La diagnosi dimensionale: il metodo OPD (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata). In E. D. Fava e Gruppo Zoe, *La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- PDM Taskforce (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry, J. C., Petraglia, J., Olson, T., Presniack, M., Metzger, A. (2012). Accuratezza nella interpretazioni delle difese. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research. Evidence-based practice and Practice based evidence*. New York, NY: Humana Press, Springer; [tr. it, 'La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca'. Milano: Raffaello Cortina (pp. 345-386)].
- Peterfreund, E. (1983). Trad. It. (1993). *Il processo della psicoterapia psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Piaget, J. (1973). *L'equilibratura delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, [www.stato.regioni.it](http://www.stato.regioni.it)
- Polanyi, K. (1967). *La Conoscenza Inespressa*, trad. it, Roma: Armando.
- Sabucco, G., Fava, E., Agazzi, G., Riva, E., Scwheizer, K. (2020). *L'elettismo consapevole: uno studio presso il Centro Milanese di Psicoanalisi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi; [www.cmp-spiweb.it](http://www.cmp-spiweb.it)
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Becham, J., Collins, J. F., Elkin, I., Sotski, S. M. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychology*, 65(2), 98-109.
- Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I., Ablon, J. S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (a cura di), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 381-400). New York, NY: Humana Press, Springer.
- Sotzki, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M., Kernberg, O. F. (2010). Structured interview of personality organiza-

- tion (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of personality assessment*, 92, 35-44.
- Tasca G. A., Sylvestre J., Balfour L., Chyurlia L., Evans J.Fortin-Langelier B., Wilson B. (2015). What clinical practitioners want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11.
- Task Force OPD. (2006, tr.it. 2009). *OPD-2 Diagnosi psicodinamica operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli.
- Vigna-Taglianti, M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Rivista di psicoanalisi*, 2, 225-238.
- Von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., Eilertsen, D.E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Wampold, B. E., Bolt, D. M. (2007). Appropriate estimation of therapist effects: one more time. *Psychotherapy Research*, 17(2), 256-257.
- Wampold, B. E., Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Werbart, A., Lavander, S. (2006). Two sets of private theories in analysts and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 108-127.
- Werbart, A., Levander, S. (2005). Understanding the incomprehensible: Private theories of first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 103-136.
- Zuglian, P., Papini, S.P., Conte, M., Fava, E. D., Ferrari, A. (2011). Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici, descrizione del sistema e applicazioni dello strumento. *Psichiatria di comunità*, 10(2), 69-76.

---

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: 6 luglio 2020.

Accettato per la pubblicazione: 27 ottobre 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:309

doi:10.4081/rp.2021.309

*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.*