



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Risorse e problematiche teorico-metodologiche
della ricerca in psicoterapia**

**Theoretical and Methodological Resources and Issues
Regarding Psychotherapy Research**

Relatore
Prof. Livio Finos

Laureando: Stefano Ruini
Matricola: 2011429

Anno Accademico 2021/2022

Indice

Introduzione	3
1. Psicoterapie: una pluralità su cui riflettere prima di fare ricerca	4
1.1 Ragioni della molteplicità	4
1.2 Caratteristiche della molteplicità	6
1.3 Il fine è l'integrazione?	6
1.3.1 Tra teoria e tecnica	8
1.4 Caratteristiche comuni alle psicoterapie: verso una definizione.....	9
2. La ricerca in psicoterapia: quale efficacia?	11
2.1 La necessità della ricerca in psicoterapia.....	11
2.2 L'Outcome Research e problematiche correlate.....	12
2.2.1 Quale outcome?	12
2.3 Il paradosso dell'equivalenza: tra placebo, fattori specifici e fattori aspecifici.....	13
3. La ricerca in psicoterapia: i limiti dell'approccio Evidence-Based.....	15
3.1 Empirically Supported Treatments (EST)	15
3.2 Alla ricerca dell'oggettività	16
3.2.1 Critiche costruttiviste e postmoderniste	17
3.3 Empirically Supported Relationships (ESR)	17
3.4 Il bipensiero	18
4. Neuroscienze e psiconeuroendocrinoimmunologia: la via dell'integrazione.....	20
4.1 Neuroscienze: un contributo alla ricerca in psicoterapia	20
4.2 Psiconeuroendocrinoimmunologia: una nuova prospettiva nello studio della psiche	23
5. Il ritorno alla ricerca concettuale: successo o fallimento?	25
5.1 Il divario tra clinica e ricerca	25
5.2 Il circolo virtuoso tra clinica e ricerca	26
Bibliografia	27

Introduzione

A causa della natura del suo oggetto di indagine, la ricerca in psicoterapia deve confrontarsi con numerosi problemi. Questi non riguardano solo gli aspetti metodologici, ma ineriscono anche a questioni teoriche. Anzi, come si avrà modo di constatare, questi due ambiti sono profondamente interrelati: scegliere di affidarsi a un metodo o a un altro, è spesso giustificato da precise posizioni teoriche.

Il primo problema che si è scelto di trattare ha a che vedere con l'esistenza di molteplici orientamenti psicoterapici. Questa questione è affrontata per prima, perché ha il potere di spiazzare i pazienti e di generare dubbi tra i non addetti ai lavori. Inoltre, anche tra clinici e ricercatori vi sono questioni ancora aperte che meritano di essere approfondite. Una volta appurata la legittimità della molteplicità riguardante le psicoterapie, si è ritenuto utile riflettere sulla questione della loro efficacia. Più che uno sterile elenco di risultati accumulatisi negli anni, si è preferito operare una riflessione sul significato del termine "efficacia" e sui modi in cui questa viene inferita. Sullo sfondo di queste considerazioni si è scelto di porre la necessità della ricerca: malgrado tutti i limiti e i problemi che possono essere rilevati e che certamente potranno essere spunto per futuri miglioramenti, i pazienti hanno il diritto di avere delle informazioni sulla qualità dei trattamenti a cui si sottopongono. Tenendo presente questo importante assunto, la trattazione proseguirà discutendo dei principali difetti che il modello Evidence-Based (il principale e il dominante) possiede e dei tentativi che alcuni autori hanno operato per perfezionarlo.

Nel quarto capitolo saranno trattati i possibili contributi che possono derivare dall'interazione multidisciplinare tra la ricerca in psicoterapia, le neuroscienze e la psiconeuroendocrinoimmunologia. Nello spirito che contraddistingue il presente scritto, più che una rassegna dei lavori sin qui prodotti, si è scelto di riflettere sui punti di vista che ricercatori, clinici ed epistemologi hanno espresso nel corso del tempo, al fine di analizzare limiti e risorse di questa integrazione.

Nel quinto ed ultimo capitolo, si discuterà di come, da un paio di decenni a questa parte, si sia assistito a un ritorno alla ricerca concettuale: avere una migliore definizione di ciò che si intende studiare facilita il successivo processo di indagine; inoltre, un ritorno a questo tipo di ricerca non significa certo abbandonare gli altri ambiti.

1. Psicoterapie: una pluralità su cui riflettere prima di fare ricerca

Quando ci si interroga sulla vasta tematica delle psicoterapie può destare un certo spaesamento l'uso del plurale. Quando ci riferiamo a una disciplina (la chimica, l'economia, la biologia...) siamo soliti usare il singolare. "Il plurale fotografa campi frantumati, dove gli elementi di diversità sono troppo forti per permettere un discorso unitario" (Sanavio, 2011).

Del resto, quando si parla di medicina, ad esempio, pur esistendo diverse terapie, il retroterra teorico è in massima parte condiviso; possono esservi divergenze, ma esse riguardano aspetti estremamente avanzati, dettagli o novità. Insomma, v'è una solida base comune prima che si presenti il disaccordo. Se si guarda invece ai diversi orientamenti psicoterapici, ciò non risulta essere vero: spesso ad essere diversi e in contrasto sono proprio gli assunti di base. In altre parole, una caratteristica propria della psicologia (amplificata nell'ambito delle psicoterapie) è l'assenza di un insieme di principi condivisi tra le varie scuole di pensiero (Cionini, 2013). Talvolta, persino la definizione dell'oggetto di studio diviene materia di controversia.

Non è obiettivo di questo capitolo discutere tutti gli elementi tecnici e i presupposti teorici che differenziano le varie psicoterapie, semmai il fine è riflettere sull'esistenza di tali differenze, identificare alcuni aspetti comuni, esplorare gli atteggiamenti incrociati e intercorrenti tra i vari orientamenti, per arrivare a un quadro che descriva la situazione odierna: imprescindibile condizione preliminare per poi passare al tema della ricerca.

1.1 Ragioni della molteplicità

Dunque, in primo luogo, si tratta di indagare le ragioni della molteplicità. Certamente, da un lato, esiste la tesi secondo cui ogni differente orientamento teorico si concentra maggiormente sull'uno o sull'altro aspetto dell'essere umano. Questa argomentazione è difficilmente attaccabile: arduo negare che la psicoanalisi e in generale la psicologia dinamica prestino maggiore attenzione agli affetti di quanto non faccia il cognitivismo. D'altra parte, occorrono un paio di precisazioni. Innanzitutto, se ci limitassimo a considerare quanto detto finora, potremmo credere che si tratti solo di una differenza di prospettiva, ma che in fondo questa non implichi contraddizioni. Ciò non corrisponde al vero: tra i diversi orientamenti psicoterapici sono state espresse e vengono espresse tutt'oggi, anche se molto meno frequentemente, tesi che in maniera diretta contraddicono posizioni teoriche appartenenti a scuole di pensiero diverse. La seconda precisazione riguarda ciò che intendiamo quando utilizziamo il termine "contraddizione" e i suoi derivati. La logica aristotelica impone, secondo il principio di non contraddizione, che "se una data proposizione *A* è vera, allora non può essere vera anche la sua negazione cioè la proposizione «non *A*». Ciò equivale a dire che una proposizione non può essere contemporaneamente vera e falsa." (Treccani, 2013). In psicologia spesso questo assunto viene violato. A titolo di esempio, è tanto vero che i ricordi spiacevoli sono oggetto di oblio, quanto che gli stessi

assumano particolare salienza nella collezione delle nostre memorie. La veridicità dell'uno o dell'altro funzionamento è contestuale, determinata da un universo di cause multifattoriale. Da un altro punto di vista, la psiche ospita la contraddizione. Empiricamente, ciascuno si rende conto di come i pensieri non fluiscano sempre secondo le indicazioni aristoteliche, la razionalità inerisce a una parte della nostra attività mentale, certamente non alla sua totalità. Dunque, sembrerebbe che ciò che è valido nella logica formale, non sia altrettanto valido per quel che concerne il nostro funzionamento psichico. La soluzione più semplice è rappresentata dal fatto che la contraddittorietà che pertiene all'oggetto di studio della psicologia (la psiche in senso lato) si rifletta nella disciplina stessa, dando origine a una molteplicità di scuole di pensiero: la psicoanalisi, il comportamentismo, il cognitivismo, la Gestalt ecc.

Siamo allora in una situazione di stallo? Dobbiamo semplicemente rassegnarci a questa frammentazione disciplinare? La risposta al primo interrogativo è che, in realtà, siamo in un contesto di profondo dinamismo, il che emergerà chiaramente nella prosecuzione di questo scritto; per quanto riguarda la seconda domanda: dobbiamo riuscire ad apprezzare la frammentazione e ciò che di buono e costruttivo porta, avendo però come obiettivo non necessariamente l'unità, ma una riorganizzazione sinergica dei vari frammenti. Per argomentare queste due risposte è necessario partire dalla definizione di paradigma proposta da Kuhn secondo la quale un paradigma è il quadro di riferimento concettuale entro cui opera una comunità di scienziati. Si riferisce dunque agli assunti espliciti ed impliciti della cornice di riferimento all'interno della quale viene stabilita una metodologia, un codice di significati e una chiave interpretativa per approcciarsi all'oggetto del proprio studio (Kuhn, 1962). "La successiva transizione da un paradigma a un altro attraverso la rivoluzione [scientifica] è lo schema di sviluppo usuale della scienza" (Kuhn, 1962). Tuttavia, non è possibile parlare di "transizione" o di rivoluzione scientifica in psicologia in quanto "non vi è mai stata una "vittoria" netta di una teoria sull'altra, ma soltanto una relativa egemonia culturale in diversi periodi storici" (Cionini, 2013). Ciò che è mutato è però l'atteggiamento degli e tra gli orientamenti: si è infatti passati da un'estrema ortodossia che non lasciava spazio al dialogo, a un atteggiamento molto più aperto, particolarmente sul piano della tecnica, anche per merito della ricerca (Andreassi & De Coro, 2004). Alcune delle principali differenze che riguardano la tecnica verranno discusse nel paragrafo successivo, mentre colpisce che la maggior parte dei punti non in comune tra i vari orientamenti riguardi la teoria. Per risolvere questo aspetto problematico è utile rifarsi a una riflessione che Semi propone ragionando sul colloquio clinico, ma che può essere estesa al tema della presente trattazione. Egli scrive: "Non ci illudiamo di riuscire a conoscere la realtà: ci vantiamo di costruire delle immagini e poi dei modelli che la interpretano e la modificano contemporaneamente" (Semi, 1985). Le cornici teoriche appartenenti alle diverse scuole di psicoterapia non hanno l'obiettivo di spiegare la realtà, bensì *le realtà*. Si muovono su livelli d'osservazione differenti. Si potrebbe ipotizzare che la diversità che contraddistingue gli esseri umani (singolarmente

e collettivamente) è tale da non permettere un'unica forma di psicoterapia; la realtà psichica è troppo complessa per sottostare ai principi di una sola logica (al suo interno è popolata da una molteplicità di logiche, talvolta contraddittorie come appurato in precedenza). Questo, come già anticipato dalla citazione di Semi, non significa che le psicoterapie non agiscano sulla *realtà*. A conferma di ciò, da Kandel in poi è nata una letteratura scientifica che “considera la psicoterapia come un trattamento biologico” (Gabbard, 2010), in quanto capace di modificare aspetti del funzionamento cerebrale.

1.2 Caratteristiche della molteplicità

Come anticipato, non verranno trattate nel dettaglio tutte le differenze tra gli orientamenti teorici in psicoterapia. Tuttavia, è bene avere in mente quali sono i temi principali che danno origine a queste diversità. In base al modello terapeutico può esservi una concezione diversa relativamente alla (Cionini, 2013):

- i. Definizione degli obiettivi di intervento (si veda nel dettaglio il punto 2.2.1)
- ii. Articolazione del setting
- iii. Impostazione del contratto terapeutico
- iv. Effettuazione della valutazione clinica
- v. Attribuzione alla relazione terapeutica di un ruolo più o meno centrale
- vi. Utilizzazione di tecniche e procedure

Ovviamente, queste differenze, che riguardano il piano tecnico, non fanno altro che riflettere le diverse concettualizzazioni che le varie scuole di pensiero hanno rispetto a tematiche fondamentali, quali lo sviluppo psicologico, la psicopatologia, il significato dell'intervento; in senso più ampio riflettono la diversità dei paradigmi.

Questa frammentazione può essere particolarmente disorientante per gli studenti ma anche e soprattutto per i pazienti, i quali senza competenze specifiche devono compiere una scelta che comporta un investimento di tempo e denaro, dove ad essere in gioco è la loro salute mentale. D'altra parte, occorre ricordare che lo scenario scientifico è molto meno frantumato di quanto non lo sia quello professionale. Se si osserva il numero di pubblicazioni dal 1985 al 2010 si scopre che il panorama scientifico della psicoterapia è “polarizzato da due protagonisti: psicoanalisi [più in generale le psicoterapie psicodinamiche] e terapie cognitivo-comportamentali, con l'inserimento di un solo outsider di peso: le terapie familiari ad orientamento sistemico” (Sanavio, 2011)

1.3 Il fine è l'integrazione?

Si possono distinguere tre atteggiamenti principali che regolano i rapporti tra le differenti scuole di terapia. Quello più datato è l'ortodossia, ossia quella visione secondo la quale ogni approccio deve fare esclusivamente riferimento alla sua cornice teorica, al suo bagaglio di strumenti tecnici, alla sua interpretazione dei quadri psicopatologici. Sul versante opposto si collocano i sostenitori dell'elettismo

tecnico, i quali, muovendo dall'impossibilità di ogni singolo approccio di essere totalmente esaustivo, asseriscono l'utilità, se non la necessità, di utilizzare ogni tecnica utile, dando poco peso alla provenienza di esse. Infine, v'è l'integrazionismo, posizione secondo la quale occorre superare la frammentazione di cui finora si è trattato per giungere a una sintesi tra le varie scuole, sia sul piano tecnico che sul piano teorico (Cionini, 2013).

La critica più rilevante che viene riservata all'ecllettismo tecnico è che nessuna tecnica è indipendente dal contesto teorico in cui è nata. "Utilizzare tecniche da orientamenti diversi, in assenza di un progetto unitario, significa non tener conto del fatto che ogni elemento tecnico assume un valore e un significato in relazione alla cornice teorica all'interno della quale viene utilizzato" (Cionini, 2013). È di questa considerazione che l'ortodossia si nutre. Tuttavia, l'effetto collaterale di un atteggiamento rigido e intransigente relativamente a ogni tipo di comunicazione tra orientamenti diversi, dà origine a un reciproco isolamento, a un atteggiamento di ostilità che ostacola il progresso scientifico.

L'integrazionismo tenta di unire queste due posizioni così diverse aprendo alla possibilità che vengano utilizzate tecniche di diversa origine, a patto che queste vengano significate all'interno di una nuova prospettiva teorica in grado di mettere d'accordo le varie scuole. Gli stimoli che hanno contribuito alla nascita di questa corrente di pensiero, avvenuta in ambito internazionale e italiano dagli anni '90 in poi, sono molteplici: da un'esigenza di poter comunicare efficacemente con i colleghi al di là dello specifico orientamento d'appartenenza, fino ad arrivare al bisogno di "validare l'approccio psicologico al paziente indipendentemente dalla cornice teorica in cui si iscrive" (Mundo, 2010). Necessità teoriche, metodologiche, deontologiche ed economiche hanno partecipato alla generazione dell'integrazionismo. Ironicamente, l'obiettivo posto da questa posizione è di una tale complessità che, da subito, sono stati diversi i modi di interpretarlo e si è presto giunti a una paradossale frammentazione integrazionista.

Sembra, nuovamente, che si sia giunti a una situazione di stallo. Un "pareggio" in cui ogni posizione ha pro e contro e a seconda di ciò su cui si voglia incentrare la discussione prevarrà l'una o l'altra tesi. Tuttavia, una quarta strada appare percorribile. Per capire quali sono le caratteristiche di questa ipotetica soluzione, Beitman e Manring utilizzano una metafora. L'evoluzione del nostro sistema nervoso, in particolare del nostro cervello, è caratterizzata da due processi: una progressiva differenziazione e una crescita costante di interconnessioni. Fuor di metafora, la psicoterapia (in senso moderno), nata unicamente come psicoanalisi, ha avuto nella sua storia, numerose differenziazioni (Beitman & Manring, 2010). Non solo, negli ultimi decenni sono aumentate in maniera vertiginosa le connessioni e le comunicazioni tra queste diverse scuole. Secondo chi scrive, l'obiettivo finale non è un'integrazione, bensì una "riorganizzazione sinergica" dei frammenti volta a massimizzare l'efficacia di queste interconnessioni.

1.3.1 Tra teoria e tecnica

Evidenziamo nuovamente l'interrogativo da cui siamo partiti: il fine è l'integrazione? Forse le ragioni dell'integrazionismo sono state esaminate troppo superficialmente. Occorre fare chiarezza su quali sono le basi empiriche da cui questa posizione muove, oltre che sulle esigenze che hanno contribuito alla sua nascita.

Analizzando il tema sotto questa luce, potremmo forse asserire che l'argomento più convincente di cui l'integrazionismo dispone si colloca all'interno del divario tra teoria e tecnica. "L'esperienza della psicoterapia è qualcosa di diverso dalla teoria della psicoterapia" (Cionini, 2013). Si potrà obiettare che ciò vale per ogni disciplina, che l'esperienza non può mai essere trascritta nei manuali senza perdere alcune sfumature, alcuni elementi che contraddistinguono il saper fare. Tuttavia, in psicoterapia ciò si amplifica, "Il terapeuta al lavoro di solito non è un teorico troppo convinto. Nella sua pratica quotidiana egli tiene assai meno in conto la propria scienza di quanto non faccia ad esempio il medico internista" (Friedman, 1993). Ciò per far fronte a due sfide: in primo luogo, riuscire a creare una solida alleanza terapeutica con il paziente (di cui in seguito verrà discusso l'effetto terapeutico) che si fondi su scambi che conservino elementi di spontaneità, senza trasformare la seduta di psicoterapia in un'applicazione spersonalizzante di una tecnica prestabilita. In secondo luogo, per proteggersi dal rischio di trovare esattamente ciò di cui è alla ricerca: applicare una teoria troppo rigidamente può avere la conseguenza di rendere operante nel terapeuta il bias cognitivo della conferma, che rende predisposti a notare gli elementi a sostegno della propria visione e ciechi all'osservazione degli aspetti contrari.

Dalla seconda metà del secolo scorso ad oggi, sono stati condotti tre studi su psicoterapeuti con esperienza che hanno dimostrato che indipendentemente dalla scuola in cui si sono formati e specializzati, col passare del tempo finiscono per applicare la psicoterapia in modo simile. Più o meno consapevolmente integrano aspetti tipici di altri orientamenti (Beitman & Manring, 2010). Tuttavia, ciò su cui non v'è alcuna garanzia è che questo avvicinamento tecnico corrisponda a un avvicinamento teorico; è lecito supporre che queste integrazioni vengano significate all'interno della matrice teorica d'appartenenza. Questo non è un dettaglio irrilevante: significa che non viene modificato il piano di realtà che si sceglie di osservare, piuttosto che si utilizzano altre tecniche per osservarlo. Non siamo né all'interno dell'elettismo tecnico (la cornice teorica rimane rilevante) né all'interno dell'integrazionismo (non si compie una globale unificazione teorica).

"Nell'ambito della psicoterapia, piuttosto che discutere dell'integrazione degli approcci [...] sarebbe utile raccogliere i suoi vari "sé" in un tutto coeso composto dalle diverse parti" (Beitman & Manring, 2010). L'obiettivo finale è rimanere in una "tensione dinamica" che permetta scambi, ma che non forzi l'unione, nella consapevolezza che ciò non si traduce in ambiguità scientifica, significa invece prendere atto della complessità dell'oggetto di studio, rinunciando a semplificazioni unidirezionali.

1.4 Caratteristiche comuni alle psicoterapie: verso una definizione

Appurato che l'esistenza di più psicoterapie sia legittima, occorre però ricordare perché si è scelto di riflettere su questa tematica. L'esigenza di unità proveniva dalla necessità di indagare il tema della ricerca. Quest'ultimo necessita di definizioni, di confini, di precisione. Sebbene alcune ricerche si dedichino a valutare i processi e l'efficacia di uno specifico tipo di psicoterapia, è legittimo domandarsi (soprattutto se si è o si sta per diventare pazienti) se la psicoterapia funziona in senso lato. Questa domanda, come avremo modo di vedere, è ormai superata, tuttavia, ha rappresentato una tappa fondamentale nella storia della ricerca in psicoterapia.

Il primo passo è la definizione dell'oggetto che si intende indagare. Per questa ragione, malgrado le differenze di cui si è parlato finora, è indispensabile arrivare ad una definizione, o perlomeno all'identificazione di una serie di caratteristiche comuni che delimitino ciò che è psicoterapia e ciò che invece non lo è.

Sebbene, nel corso del tempo, siano stati fatti più tentativi di formulare una definizione onnicomprensiva di psicoterapia, ad oggi “non esiste una definizione univoca né esiste sufficiente accordo tra i suoi cultori per giungere ad una definizione condivisa”¹ (Sanavio, 2011). Si possono però identificare alcune caratteristiche che le diverse psicoterapie condividono (Frank, 1961):

- a) Una relazione tra terapeuta e paziente ad esclusivo beneficio del secondo, caratterizzata da elementi che la distinguono da ogni altro tipo di relazione.
- b) Un setting all'interno del quale si svolge questa relazione, nel quale ogni cosa che viene detta è protetta dal segreto professionale.
- c) L'impegno del terapeuta nel fornire, in maniera più o meno diretta, nuovi punti di vista diversi da quelli a cui il paziente è abituato e il fine di renderlo in grado di dare un senso ad esperienze confuse o indefinite.
- d) Un bagaglio di tecniche specificanti il modo di agire del terapeuta.

Ad accomunare i vari trattamenti psicoterapici vi sono poi alcuni presupposti comuni ai terapeuti (indipendentemente dall'orientamento d'appartenenza). Viene infatti condivisa l'idea “che qualcosa nel paziente o nei suoi comportamenti limiti la sua libertà di essere sé stesso e vivere la propria vita in maniera positiva, che almeno per alcuni aspetti del problema portato in terapia egli sia potenzialmente in grado di fare qualcosa, anche se per qualche ragione non lo sta facendo, e che ogni persona abbia, entro certi limiti, risorse personali, capacità di sviluppo, di conoscenza di sé e abilità di effettuare le

¹ Uno dei tentativi più rilevanti in ambito italiano, in tempi recenti, di definire la psicoterapia attraverso una modalità a-teoretica è il seguente. “La psicoterapia, così come oggi viene intesa, è una forma specialistica di intervento psicologico (rivolto a un individuo o a un gruppo), che segue regole tecniche fondate su specifiche ipotesi teoriche relative a ciò che è “sano” e a ciò che è “malato”, o in ogni modo disfunzionale e cioè causa di sofferenza individuale e/o disadattamento, per quella determinata persona in quel determinato ambiente sociale” (Andreassi & De Coro, 2004)

proprie scelte maggiori di quelle che ritiene di avere” (Engler & Goleman, 1992).

In conclusione, merita un’ulteriore considerazione l’intenzione responsabilizzante della psicoterapia che la distingue dalla psicofarmacologia. Quando viene proposto come unico trattamento quello psicofarmacologico, una delle idee che viene trasmessa al paziente è “si metta da parte, non è un affare che riguardi la sua attività psichica cosciente: non può farci nulla” (Semi, 2011). Ovviamente, per talune casistiche non v’è ad oggi alternativa, ma raramente accompagnare il trattamento con una psicoterapia produce effetti negativi. Iniziare con il paziente un percorso psicoterapico significa responsabilizzarlo (il che è ben diverso da colpevolizzarlo) relativamente al suo problema e comunicargli che attraverso la collaborazione con il terapeuta può fornire un prezioso contributo alla risoluzione, totale o parziale, della sua problematica.

2. La ricerca in psicoterapia: quale efficacia?

Arginati i principali dubbi inerenti all'esistenza di molteplici psicoterapie, il presente capitolo si occuperà di indagare quali sono i principali risultati a cui la ricerca è pervenuta riguardo all'efficacia dei trattamenti psicoterapici e quali sono i problemi più rilevanti inerenti a questo tipo di studi. Ma prima di addentrarsi in un terreno così complesso e variegato, di cui in questa sede si discuteranno solo alcuni aspetti salienti, vale la pena di domandarsi se e quanto sia necessaria la ricerca in psicoterapia. È proprio sulle basi costituite dalle risposte che verranno date a questa domanda che si eviterà di scivolare in una trattazione meramente teorica, scollegata dalla realtà clinica. In altre parole, non dovremo mai scordarci che al di là di tutti i punti che verranno toccati e della loro importanza scientifica ed epistemologica, c'è un paziente: una persona che si rivolge ad uno psicoterapeuta per risolvere alcune problematiche inerenti alla sua vita interna ed esterna, che investirà tempo e denaro e che in ragione di questo investimento ha il diritto di avere delle risposte relative al trattamento che richiede. È da qui che partiremo.

2.1 La necessità della ricerca in psicoterapia

Drew Westen, clinico e ricercatore di fama mondiale, argomenta la necessità della ricerca in psicoterapia servendosi di un esempio particolarmente incisivo. Egli propone di pensare a una coppia di genitori di un bambino con la leucemia che, ragionevolmente preoccupati, si rivolgono a un professionista della salute, il quale è in grado di presentare loro diverse potenziali possibilità di trattamento e i relativi tassi di successo che a queste si accompagnano. In assenza di questi dati, il parere del medico, non avrebbe ragione di avere maggior peso di quello di uno stregone (Westen, 2002).

È da considerazioni analoghe a questa, sommate a questioni di carattere economico, politico e amministrativo che è nata e tutt'oggi trae energia la ricerca in psicoterapia, oltre che per ragioni di credibilità sociale e legittimità scientifica (Migone, 2006). Partendo da questi presupposti è nato e ha assunto sempre maggiore importanza un movimento di ricercatori che si rifanno al modello *Evidence Based Medicine*, che ordina i risultati delle ricerche secondo una gerarchia prestabilita che si basa sui concetti di massima generalizzabilità e rigore metodologico. In quest'ottica, lo studio del caso singolo è subordinato agli studi di coorte, che a loro volta sottostanno ai *Randomized Controlled Trials* (RCT) e così via. Come si avrà modo di constatare più avanti nel corso di questa trattazione (vedi cap.3), tale modello presenta più di una criticità, ma l'esempio di Westen è emblema di un tema che non è possibile trascurare quando ci si occupa della salute delle persone; per questa ragione, tutti i limiti che verranno evidenziati di seguito non intendono disconoscere la validità e la necessità di questo paradigma, piuttosto si propongono di arginare possibili derive scientiste e al tempo stesso di integrare quanto di buono propone il modello basato sull'*Evidence Based Medicine* con altri contributi che nel tempo ricercatori, clinici ed epistemologi hanno prodotto.

2.2 L'Outcome Research e problematiche correlate

Quando ci si occupa di ricerca in psicoterapia, si è soliti distinguere tra Outcome Research, ossia la ricerca che si occupa dei “risultati”, di scoprire se la psicoterapia funziona e se alcune psicoterapie funzionano meglio di altre; e Process Research, che invece indaga quali processi avvengono durante le sedute, attraverso trascrizioni, analisi macro e micro-processuali ecc. (Dazzi, 2006). Cronologicamente parlando, la prima tipologia precede la seconda ed è proprio dell'Outcome Research e delle problematiche ad essa relative che questo capitolo si occupa.

Come si può facilmente immaginare, gli studi volti a verificare l'efficacia della psicoterapia sono molto numerosi e non è sempre facile riuscire ad orientarsi. A questo proposito, sono nati metodi specifici volti a combinare i risultati di più studi. Uno di questi è il *box-score method* che consiste nel considerare un determinato numero di studi e contare quanti danno esito positivo e negativo, in termini di outcome. L'evoluzione più recente di questo tipo di interpretazione di risultati è rappresentata dalla tecnica statistica denominata *metanalisi* che permette di attribuire ad ogni ricerca un valore (*Effect Size*) che si propone di misurare la dimensione dell'effetto rilevato. I risultati delle prime metanalisi diedero ragione alla psicoterapia attestando la sua efficacia tra il 60 e l'80% dei casi (Cionini, 2013) e, in seguito, ulteriori studi condotti con questa tecnica suggerirono la superiorità dell'efficacia psicoterapica rispetto a quella farmacologica nell'ambito del trattamento del disturbo depressivo maggiore (Dazzi, 2006). Ovviamente, esula dagli obiettivi di questa trattazione elencare tutti gli studi che si sono occupati della questione. Tuttavia, ciò che è rilevante è che, oggi, risulta superata la questione relativa all'efficacia della psicoterapia (in generale) sia da un punto di vista clinico che di ricerca (Andreassi & De Coro, 2004).

Una tema decisamente più complesso riguarda la comparazione tra l'efficacia dei diversi trattamenti psicoterapici. Le numerose ricerche svolte a questo proposito sembrano indicare che le diverse psicoterapie hanno la stessa efficacia. La letteratura si è riferita a questo risultato attribuendoli ironicamente il nome di “verdetto di Dodo” rifacendosi all'opera letteraria di Carroll “Alice nel paese delle meraviglie” in cui viene asserito che “tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio” (Dazzi, 2006). Ironia a parte, i risultati di tali studi mettono in seria crisi la legittimità scientifica delle varie scuole di terapia dando vita a quello che è stato chiamato “paradosso dell'equivalenza” e ad una serie di tentativi volti a spiegarlo. Prima di entrare nel merito delle possibili ragioni, vale la pena di riflettere sul significato del termine *outcome*.

2.2.1 Quale outcome?

La traduzione letterale del termine “outcome” è “risultato” o “esito”. Nell'ambito della ricerca in psicoterapia e in particolare relativamente alla branca dell'Outcome Research, è fondamentale stabilire se il trattamento ha “funzionato” oppure no, se, in altri termini, ha avuto esito positivo, neutro o

negativo. Tale valutazione non può prescindere dagli obiettivi che il trattamento si pone, ma non sempre la psicoterapia ha gli stessi obiettivi. Questo è forse uno dei più grandi problemi teorico-metodologici della ricerca in questo campo: è argomento delicato e complesso stabilire come valutare se il trattamento è stato efficace. Ci si rivolge ad uno psicoterapeuta per più di una ragione: per superare un momento difficile della propria vita sopraggiunto in seguito all'avvenimento di eventi particolarmente intensi, per trattare una psicopatologia e la relativa sintomatologia, per mantenere e stabilizzare gli effetti di un trattamento psicofarmacologico (Sanavio, 2011) e la lista potrebbe continuare. A questo si aggiunge la diversa concezione di "cura" e "guarigione" che i diversi orientamenti possono avere. La riduzione o la scomparsa della sintomatologia con cui il paziente si presenta alla prima seduta di assessment è per alcuni segno incontrovertibile di un trattamento efficace, ma per altri è un indice scarsamente affidabile, poiché non si riferisce in alcun modo all'eventuale trattamento del disagio e della problematica sottostante alla comparsa di quei sintomi (Dazzi, 2006).

Inoltre, in molti disegni di ricerca, i parametri attraverso i quali verrà valutato l'outcome vanno definiti prima dell'incontro con i pazienti, mentre è un dato incontrovertibile dell'esperienza clinica che spesso gli obiettivi del trattamento vengono negoziati con il paziente all'inizio della cura e, talvolta, rinegoziati in corso d'opera e che tale processo sia utile e benefico al trattamento (Gabbard, 2018)

2.3 Il paradosso dell'equivalenza: tra placebo, fattori specifici e fattori aspecifici

Dopo aver esaminato il significato del termine outcome e le problematiche ad esso connesse è giunto il momento di entrare nel merito del paradosso dell'equivalenza. La prima domanda a cui verrà data risposta è la seguente: considerato il "pareggio" dei vari trattamenti, gli effetti della psicoterapia non sono meglio attribuibili a un generico effetto placebo? Le ricerche a cui sopra si è fatto riferimento garantivano l'efficacia della psicoterapia e, più nel dettaglio, una maggiore efficacia della psicoterapia rispetto all'effetto placebo, ma cosa si intende con questo termine in psicologia? Si tratta di uno dei temi più controversi e dibattuti. Un disegno di ricerca particolarmente utile per la valutazione di questo aspetto è il già citato RCT. In questo tipo di studi, i soggetti vengono assegnati casualmente a diverse condizioni sperimentali (tra cui quella di controllo). In seguito, si osservano le medie dei vari gruppi, alla ricerca di differenze statisticamente significative (Dazzi, 2006). Il ruolo della condizione di controllo è quello di sostituire la "sugar pill" (placebo) tipica degli RCT volti a verificare l'efficacia dei farmaci. Alcuni autori hanno criticato questa equivalenza, ponendo l'accento sul fatto che molte di queste condizioni di controllo finiscano per non essere neutrali, in quanto coinvolgerebbero elementi chiave come, ad esempio, le aspettative inerenti al trattamento (Lingiardi, 2006).

Un tentativo di uscire da questa contrapposizione di opinioni è il seguente. Si può distinguere tra gruppi di controllo passivo (es. liste di attesa) in cui i pazienti non ricevono il trattamento o lo ricevono quando lo studio è già concluso e gruppi di controllo attivo in cui i soggetti sperimentali ricevono un trattamento

simile che, tuttavia, non si focalizza sull'elemento di interesse del RCT. I primi sarebbero soggetti a più di un difetto nel sostituire il placebo farmacologico, mentre i secondi sarebbero adeguati a patto di essere caratterizzati da pari aspettative rispetto al trattamento (Boot et al., 2013). Al di là di queste riflessioni e differenze nel riproporre il placebo nei RCT relativi alla psicoterapia, i risultati concordano nell'attribuire un effetto significativamente superiore al trattamento psicoterapico rispetto al placebo. Dunque, non è qui che va ricercata la risposta al paradosso dell'equivalenza.

Un'altra via per indagare il tema consiste nell'interrogarsi sul ruolo giocato dai fattori specifici e aspecifici. Al punto 1.4 si è già discusso come le varie psicoterapie condividano alcuni aspetti. Il verdetto di Dodo sembra una prova indiretta che gli elementi che rendono efficace il trattamento siano proprio i fattori aspecifici. Queste componenti trasversali, che possono essere denominate diversamente all'interno dei vari framework, rappresentano una "base unitaria e meta-modellistica comune a tutte le terapie" (Lazzari, 2013) e a un primo sguardo risolvono il paradosso di cui si sta discutendo. Gli elementi specifici delle singole scuole psicoterapiche, in quest'ottica, non sarebbero altro che scelte di stile, accenti teorici ed epistemologici, con scarsa ricaduta pratica. Non solo, nel capitolo precedente, si è anche fatto riferimento al fatto che psicoterapeuti con una certa esperienza finiscano per somigliarsi e che, rispetto ad altre discipline, il divario tra teoria e pratica è particolarmente significativo. Malgrado questi indizi, studi volti ad indagare l'impatto dei fattori specifici sull'efficacia della psicoterapia hanno mostrato che essi spiegano dall'1 fino al 15% della varianza, mentre ai fattori aspecifici spetta dal 7 al 30% (Dazzi, 2006). Dunque, né gli uni né gli altri sono in grado, da soli, di spiegare l'efficacia della psicoterapia. Certamente entrano in gioco altri fattori rilevanti come la motivazione del paziente e le caratteristiche di personalità dello psicoterapeuta (Beitman & Manring, 2010), ma ciò che rischia di venire trascurato è l'interazione tra fattori aspecifici e specifici e il loro "potenziamento reciproco" che insieme possono arrivare a spiegare fino al 60% della varianza (Dazzi, 2006).

In sintesi, pare difficile contestare che buona parte dell'efficacia dei trattamenti psicoterapici sia da imputare ai fattori aspecifici, alleanza terapeutica in primis. D'altra parte, anche i fattori specifici giocano il loro ruolo. Si potrebbe sostenere che i primi siano condizione dei secondi, l'applicazione di tecniche specifiche è possibile solo in un clima relazionale positivo: "la relazione può essere considerata terapeutica quando fornisce esperienze emotive correttive di accettazione e comprensione, che spesso sono state sperimentate raramente dal paziente nel corso della sua vita" (Beitman & Manring, 2010)

3. La ricerca in psicoterapia: i limiti dell'approccio Evidence-Based

Come anticipato, il presente capitolo si occuperà di discutere alcune problematiche che caratterizzano il cosiddetto approccio Evidence-Based. Esso è volto alla promozione di “interventi per i quali vi sono prove scientifiche coerenti che mostrano la capacità di produrre un miglioramento nei risultati conseguiti dal cliente” (Drake, 2001). La bontà del fine che si propone questo approccio può difficilmente essere messa in discussione, d'altra parte, i metodi utilizzati sono mutuati dal contesto medico, il che crea alcuni problemi. Tale paradigma ha il vantaggio di (tentare di) uniformare la ricerca in psicoterapia con la ricerca in medicina e di conferire credibilità e legittimità scientifica ai trattamenti psicoterapici, motivi per i quali, come vedremo nel corso di questo capitolo, anche autori particolarmente critici ne hanno sostenuto l'utilità e la necessità. Al tempo stesso, la peculiarità dell'oggetto di studio e una serie di difficoltà inerenti ai processi di misurazione ad essa connessi, hanno fatto sì che, nel tempo, siano stati prodotti diversi contributi critici verso i metodi e gli assunti sottostanti al modello Evidence-Based.

Per analizzare questi temi è utile partire dalla disamina degli Empirically Supported Treatments (EST), emblema dell'approccio che si sta discutendo. Solo in seguito, si potranno apprezzare le criticità e le proposte alternative che da esse hanno tratto origine.

3.1 Empirically Supported Treatments (EST)

Nell'ultimo decennio del secolo scorso, la qualifica Empirically Supported Treatments (EST) ha assunto un ruolo centrale nell'ambito della ricerca inerente ai vari trattamenti psicoterapici (Del Corno & Lang, 2006). Nel 1993, su richiesta dell'allora presidente David Barlow, la divisione 12 dell'American Psychological Association (APA) ha prodotto un documento che stabiliva e stabilisce (considerando gli aggiornamenti prodotti negli anni successivi) i criteri per includere un trattamento psicoterapico nell'elenco degli EST. I principali elementi definatori di questo tipo di trattamenti riguardano un numero minimo di studi condotti sulla base di un determinato disegno di ricerca che abbiano avuto esito positivo in termini di outcome. Inoltre, viene precisato che il trattamento deve essere manualizzato e le caratteristiche del campione di pazienti ben definite (Chambless et al., 1993). I disegni di ricerca a cui viene fatto riferimento prevedono che venga stabilita la superiorità dell'efficacia del trattamento rispetto a un placebo (fisico o psicologico) oppure che la validità della psicoterapia oggetto dello studio venga comparata con l'efficacia di un altro intervento la cui bontà è già stata testata secondo i medesimi criteri (Chambless et al., 1993). In sostanza ci si riferisce ai RCT o simili.

Questa tipologia di ricerca, benché abbia diversi pregi di cui si è già discusso, presenta anche numerosi limiti. Per ovvie ragioni metodologiche, nei RCT è richiesta la manualizzazione del trattamento di cui si intende dimostrare l'efficacia, tuttavia v'è un prezzo da pagare che, in primo luogo, consiste nel limitare il raggio d'azione del professionista. In altre parole, lo psicoterapeuta che lavora con il paziente

nell'ambito del RCT non può uscire dai rigidi schemi previsti dal manuale, in cui sono descritti setting e tipologie di intervento del terapeuta. Oltre ad essere eticamente discutibile, poiché la "pulizia" della ricerca viene sovraordinata all'effettivo benessere del paziente che il terapeuta non può più perseguire utilizzando tutti i mezzi e gli strumenti acquisiti nel corso della sua formazione e della sua esperienza, ciò è anche scarsamente ecologico (Zennaro et al., 2006). È però doveroso ricordare che nelle linee guida dei trattamenti evidence-based (anche quelli indicati dall'APA) è spesso incoraggiata l'integrazione di competenze cliniche e la manualizzazione può essere intesa dal professionista come una "mappa" che mostra diversi percorsi che il terapeuta può consultare al fine di scegliere il più adatto alla storia individuale del paziente (Cook et al., 2017). D'altra parte, non si può certo pensare che tutti i clinici possano imparare a memoria una quantità enorme e in continua crescita di manuali (Dazzi, 2006). In secondo luogo, la manualizzazione non garantisce che i miglioramenti siano poi attribuibili al contenuto del manuale. Che ne è dell'interazione tra la personalità del clinico e di quella del paziente, dell'alleanza terapeutica e in generale della relazione (che nel capitolo precedente si è visto essere così rilevante)?

Per quanto riguarda la caratterizzazione del campione di pazienti coinvolto negli studi, la divisione 12 dell'APA si riferisce all'omogeneità diagnostica, ossia al fatto che il trattamento che si sta studiando, previ esiti positivi, sarà considerato efficace per i pazienti caratterizzati da quella specifica diagnosi. Il DSM-5 è il manuale diagnostico più diffuso e utilizzato, esso è a-teoretico, ma, malgrado ciò, si caratterizza per un'impostazione nosografica che si esplicita nella formulazione di diagnosi categoriali. La questione della psicopatologia e della diagnosi psicopatologica, tuttavia, è più complessa (Zennaro et al., 2006) e non riducibile alla presenza/assenza di un elenco di sintomi. Non tutti i pazienti con un disturbo depressivo maggiore sono uguali e rispondono allo stesso modo a uno specifico trattamento psicoterapico. Nuovamente vengono trascurati gli aspetti inerenti alla personalità, alla storia personale, al livello di funzionamento sociale e interpersonale e alla relazione che si instaura nel contesto terapeutico. Non solo, alcuni autori sostengono che la diagnosi nosografica limiti la costruzione del percorso psicoterapico e che una psicoterapia efficace debba andare incontro ai bisogni del paziente e non della sua diagnosi (Beitman & Manring, 2010).

3.2 Alla ricerca dell'oggettività

Paradossalmente, sembra che l'approccio nato per identificare ciò che è o non è supportato dall'evidenza si debba arrendere all'evidenza che l'eccessivo rigore metodologico nel campo della ricerca in psicoterapia finisca per produrre un contesto artificioso la cui validità ecologica può essere messa in discussione (per una riflessione più approfondita relativa a questa tematica, si veda il cap.5). Da un punto di vista filosofico ed epistemologico è abbastanza evidente l'imprinting positivista che caratterizza l'approccio Evidence-Based. Si parte infatti dall'assunto di un'oggettività che esiste e che

dunque può essere ricercata ed intercettata dalla Scienza attraverso il metodo scientifico (Del Corno, 2010). Nonostante siano numerose le scuole di pensiero che hanno rivolto serie critiche ai principi positivisti, si discuteranno in questa sede solo le più attinenti al tema generale della trattazione.

3.2.1 Critiche costruttiviste e postmoderniste

Secondo il Costruttivismo non può esistere un'osservazione che prescindenda dall'osservatore e non può esistere un osservatore che prescindenda dal suo contesto storico e sociale. Lo scienziato non è più passivo scopritore ma attivo costruttore della conoscenza (Del Corno, 2010). Ovviamente una tale posizione si adatta particolarmente all'ambito della psicologia, in quanto essa per prima si focalizza sull'influenza che l'ambiente esercita sull'individuo. Uno dei contributi più significativi in area costruttivista è la critica di Hoffman alla posizione di Westen vista precedentemente (Westen, 2002). Il principale problema della metafora del bambino malato consisterebbe nel fatto che il fine dell'intervento, in ambito medico, è spesso uno ed uno solo. Non si hanno grandi dubbi sull'obiettivo del trattamento. (Hoffman, 2009). Come si è già avuto modo di mostrare, in psicoterapia, la questione è più complessa (si veda il punto 2.2.1) e se nella medicina il principio attivo farà il suo corso indipendentemente dal contesto, in psicologia questo non è del tutto vero (Hoffman, 2009). Il postmodernismo si spinge oltre. Le "verità" altro non sarebbero che "artefatti sociolinguistici". La ricerca in quest'ottica avrebbe il compito di indagare ragioni ed effetti di tali "verità" (Del Corno, 2010).

Dunque, secondo Costruttivismo e Postmodernismo, il modello Evidence-Based sarebbe in errore nelle sue premesse e l'obiettivo che persegue sarebbe semplicemente irrealistico oltre che insensato. L'unicità dell'individuo e della sua storia non sarebbero racchiudibili entro schemi di ricerca. Ovviamente queste sono le conclusioni a cui si perviene se si sceglie di portare all'estremo i concetti proposti da queste scuole di pensiero: negli anni, non sono mancate prese di posizioni intermedie e tentativi di modulare questi assunti. Tuttavia, l'analisi dettagliata di queste contrapposizioni non interessa il presente scritto. Ciò che si è voluto mostrare è il retroterra filosofico da cui muovono le posizioni più critiche nei confronti del modello Evidence-Based.

3.3 Empirically Supported Relationships (ESR)

Alcuni anni dopo la pubblicazione del lavoro della divisione 12 dell'APA inerente alla definizione degli EST, la divisione 29 della medesima associazione si occupò di redigere un elenco di Empirically Supported Relationships (ESR), il cui elemento caratteristico non è l'utilizzo dell'una o dell'altra tecnica, bensì il tipo e la qualità della relazione (Del Corno & Lang, 2006). I criteri definatori sono molto meno rigidi sia per quanto riguarda la manualizzazione (che diventa opzionale), sia per quel che concerne l'omogeneità diagnostica (anch'essa non più necessaria) (Del Corno & Lang, 2006). L'idea di base è che il trattamento si debba adattare alla persona, alle sue caratteristiche e persino alla sua visione del mondo, più che alla sua diagnosi. Gli elementi comuni alle ESR sono l'alleanza terapeutica,

l'empatia, la collaborazione tra paziente e terapeuta e la condivisione di obiettivi (Norcross & Hill, 2002). Semplificando, potremmo intendere gli EST e la ricerca che vi è dietro come riferiti ai fattori specifici della psicoterapia e le ESR come inerenti ai fattori aspecifici. Malgrado le tecniche per studiare la relazione terapeutica siano in costante evoluzione, è innegabile che sia metodologicamente più semplice studiare l'applicazione di tecniche manualizzate: è a questo che si deve il maggior rigore che contraddistingue il processo che rende un trattamento un EST. Nonostante questo, è bene ricordare che sia la divisione 12 che la divisione 29 dell'APA sposino una visione della ricerca Evidence-Based (APA, 2008).

Poiché sia gli EST che le ESR portano nel loro nome l'aggettivo "empiricamente" vale la pena di notare come non sia realistico pensare e studiare il trattamento psicoterapico escludendo l'elemento della relazione così come è altrettanto sconsiderato escludere le tecniche che vengono applicate nel corso delle sedute. Così "come la maggior parte delle dicotomie, essa è fuorviante e improduttiva sotto molteplici punti di vista" (Norcross & Lambert, 2001).

3.4 Il bipensiero

Ritornando a un argomento già esposto, pare che malgrado tutte le criticità sopra riportate relative al modello Evidence-Based, esso abbia una sua ragion d'essere. L'argomento di Westen è troppo forte e la replica di Hoffman troppo astratta per accantonare questo paradigma e affidarsi a una ricerca che guarda ai significati mentre asserisce che non vi sono significati ultimi. In altre parole, le critiche postmoderniste e costruttiviste, per quanto interessanti, "non possono essere ascoltate da coloro che non sono addetti ai lavori" (Fonagy, 2002). Quindi, malgrado tutte le difficoltà e le criticità che incontra questo tipo di ricerca, essa va comunque perseguita in quanto fornisce riferimenti irrinunciabili per il paziente; quasi anticipando le critiche che gli sarebbero state mosse qualche anno più tardi, Westen nota che "è facile essere postmodernisti con la sofferenza altrui" (Westen, 2002). Inoltre, volendo essere ancor più pragmatici, i sistemi sanitari dei diversi Stati, hanno bisogno di dati ottenuti tramite metodi rigorosi, prima di finanziare la somministrazione di questi trattamenti (Fonagy, 2002). In estrema sintesi, Fonagy sostiene che malgrado alcuni argomenti critici rivolti al modello Evidence-Based siano validi, essi non potranno far sì che questo smetta di essere il paradigma dominante. A causa di questa sua posizione, lo psicoanalista inglese è stato accusato di sposare un bipensiero, ossia una tesi che contiene al suo interno posizioni inconciliabili (Hoffman, 2009). Fonagy risponde a queste critiche asserendo che queste accuse sono utili e stimolano importanti riflessioni epistemologiche. Tuttavia, tiene a smarcare la sua posizione dall'etichetta infausta di bipensiero, precisando che riconoscere pregi e difetti di un modello o di una metodologia non significa essere incoerenti o contraddittori: "senza riconoscere i limiti dei nostri metodi di ricerca, senza esercitare una costante e attenta critica dei limiti dei nostri risultati, non c'è posto per noi nel mondo accademico del XXI secolo" (Fonagy, 2013).

Concludendo questo capitolo, si vuole far notare che i tre protagonisti di questo paragrafo (Fonagy, Hoffman e Westen) sono di orientamento psicodinamico e che negli articoli citati si riferiscono prevalentemente alla loro tipologia di trattamento psicoterapico. Tuttavia, nulla vieta di trasporre queste argomentazioni nell'ambito della psicoterapia in generale: certamente non è un caso che alcune delle critiche più severe provengano dall'area psicodinamica e psicoanalitica, da sempre più attenta a concetti più difficilmente operazionalizzabili, ma, ugualmente, non è aleatorio che anche questa scuola di pensiero si stia confrontando con questi temi, bensì è indice della loro attualità.

4. Neuroscienze e psiconeuroendocrinoimmunologia: la via dell'integrazione

Risulta chiaro dagli scritti di Freud che egli intendesse corpo e mente come strettamente interconnessi. In "Introduzione al narcisismo" egli scrive: "È bene ricordarci che tutte le nostre provvisorie concezioni psicologiche troveranno un giorno il loro fondamento in qualche infrastruttura organica" (Freud, 1914). Tuttavia, con la nascita della teoria delle relazioni oggettuali, della Psicologia del Sé e, in seguito, degli orientamenti cognitivi, il focus si è spostato progressivamente sulla mente, trascurando il corpo (Hill, 2017). Oggi pare auspicabile un superamento di questo dualismo e sono diversi i ricercatori che lavorano in questa direzione (Amadei, 2006).

La tradizionale visione cartesiana imponeva una separazione tra mentale e fisico: ciò ha fatto sì che per molto si intendesse la psicoterapia come il trattamento elettivo per la cura della mente e il ricorso ai farmaci come la strategia migliore per trattare il cervello (Gabbard, 2010). Grazie al contributo delle neuroscienze, oggi questo dualismo pare archiviato e la psicoterapia, una volta intesa come "cura della psiche", inizia ad essere vista come "cura attraverso la psiche" (Lazzari, 2013). La prima parte di questo capitolo sarà dunque rivolta a indagare gli innegabili vantaggi che questo passo in avanti ha portato, ma si presterà anche attenzione ai possibili rischi che derivano da visioni eccessivamente riduzioniste. La seconda parte si occuperà di un'ulteriore svolta qualitativa: l'avvento e il progressivo affermarsi della psiconeuroendocrinoimmunologia, disciplina che mira allo studio dell'uomo nella sua totalità proponendosi di superare non solo la dicotomia mente-cervello, ma anche quella psiche-corpo.

4.1 Neuroscienze: un contributo alla ricerca in psicoterapia

Come nota Kandel, nel famoso articolo "A New Intellectual Framework for Psychiatry", il progetto di Freud risentiva di uno sviluppo quantomeno limitato della neurobiologia (Kandel, 1998), ma oggi i tempi sono decisamente più maturi. Il medesimo autore intende la psicoterapia come un particolare tipo di apprendimento che modifica il comportamento (Ammaniti, 2006). Ciò che viene appreso durante il percorso terapeutico sono strategie cognitive, comportamentali ed emotive, volte alla modifica di un precedente schema disadattivo (Minelli, 2013). Oggi sappiamo che nello sviluppo di una malattia mentale l'interazione tra le caratteristiche ambientali e il genoma gioca un ruolo rilevante (Heim & Binder, 2012). Considerando la psicoterapia come un intervento che si fonda su apprendimenti ambientali, "è possibile argomentare che questi cambiamenti dipendano da modificazioni epigenetiche" (Jiménez et al., 2018) Le neuroscienze intervengono sulla base dell'assunto che questi apprendimenti abbiano un corrispettivo neurobiologico: il che porta a uno dei principi cardine di questo ambito di ricerca, esposto nel già citato articolo di Kandel (1998): "tutti i processi mentali, compresi i più complessi, derivano da operazioni del cervello". Vale la pena di operare alcune considerazioni riguardo a questa asserzione, più per precisarne il significato che per negarne la validità. L'inedita possibilità di un'integrazione tra psicologia e biologia, permessa dalle innovazioni in campo neuroscientifico a partire

dagli anni Ottanta (Ammaniti, 2006), ha aperto la strada o, per meglio dire, ha riportato alla luce, tesi riduzioniste che vorrebbero che i fenomeni mentali fossero nient'altro che epifenomeni, mere conseguenze dell'attività del cervello (Lazzari, 2013). Al riduzionismo sono state mosse diverse critiche, molte delle quali di ordine filosofico, ma pare particolarmente incisiva la seguente di tipo pragmatico. Una posizione così netta come quella appena sintetizzata sottintende una visione di causalità lineare molto semplice e semplicistica; particolari processi biochimici che avvengono nel cervello darebbero luogo ad altrettanto particolari fenomeni mentali, disegnando di volta in volta una precisa dinamica causa-effetto unidirezionale. Tuttavia, il progredire delle conoscenze porta a considerare il cervello come un sistema complesso. I sistemi di questo tipo “si auto-organizzano in nuove configurazioni come risultato di miriadi di piccoli cambiamenti semplici, in cui ogni elemento effettua la sua semplice mossa mentre il tutto acquista complessità crescente e proprietà emergenti” (Hill, 2017). La teoria della complessità propone di eliminare la ricerca costante di una causalità lineare per concentrarsi su ciò che avviene nella complessità del reale. Del resto, la psicologia, la biologia e qualsiasi altra disciplina non sono altro che lenti attraverso cui indagare i fenomeni (Lazzari, 2013); voler costringere il sistema di cause all'interno dei principi di una singola disciplina rischia di snaturare il fine epistemofilo di ognuna di esse. In sintesi, non si può negare che tra mente e cervello ci sia una strettissima relazione, così come sarebbe inaudito smentire che modificazioni biochimiche che avvengono a livello cerebrale abbiano un'influenza considerevole sui fenomeni mentali. Eppure, non si può non considerare che se la psicoterapia può produrre modificazioni a livello cerebrale, diviene ovvio che anche la mente possa produrre dei cambiamenti neurobiologici. Diventa quindi superflua la ricerca del verso della direzione causale, poiché viene annullato l'assunto dell'unidirezionalità.

Archiviato questo tema delicato, quali sono gli effettivi contributi che le neuroscienze hanno dato o possono dare alla ricerca in psicoterapia? Nonostante riguardo all'efficacia dei trattamenti psicoterapici siano rimasti pochi dubbi (si veda il capitolo 2) non sono ancora chiari molti dei meccanismi che sottostanno a tale efficacia e soprattutto, per molti dei processi, probabilmente connessi al cambiamento, sono ancora ignoti i correlati neurobiologici. Se la farmacologia può contare su metodi d'indagine a livello molecolare o basati su modelli animali, la ricerca in psicoterapia esige che il soggetto sperimentale sia l'essere umano nella sua interezza e questo giustifica almeno in parte lo svantaggio attuale in termini di conoscenze (Minelli, 2013). Inoltre, molti degli studi inerenti a psicoterapia e neuroscienze riguardano la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) o la terapia cognitiva (TC), sia per ragioni già elencate relative alla maggior semplicità nell'operazionalizzazione dei costrutti, sia per una maggior apertura verso nuove tecniche di indagine rispetto ad altri orientamenti. Ciò dovrà essere tenuto in considerazione nell'analisi e nell'interpretazione dei risultati.

In linea generale, dalla letteratura scientifica a disposizione, si può ricavare l'informazione che la

psicoterapia non determina solo una riduzione sintomatologica connessa alla psicopatologia ma comporta anche dei cambiamenti nelle zone del cervello implicate in tali disturbi (Ammaniti, 2006). La questione diviene più complessa se si vuole indagare la natura e la qualità di questi cambiamenti. Il gruppo di ricerca condotto da Helen Mayberg si è impegnata nel confronto tra gli effetti neurobiologici (e non solo) della psicoterapia e quelli degli psicofarmaci. Se fino ad alcuni anni fa, dai dati a disposizione, si poteva evincere una sostanziale uguaglianza tra il tipo di modifiche neurobiologiche prodotte dai farmaci e quelle prodotte dalla psicoterapia (Ammaniti, 2006), oggi questa asserzione è confermata solo in parte. Infatti, in determinate aree gli effetti paiono addirittura opposti e, malgrado ciò, le conseguenze riscontrabili in termini di riduzione sintomatologica sono sovrapponibili in molti casi. Una possibile spiegazione è la seguente: la psicoterapia cognitiva e quella cognitivo-comportamentale hanno tra i loro obiettivi la creazione e il consolidamento di solide strategie di autoregolazione, volte all'aumento dell'autocontrollo. In termini neurobiologici questo si traduce in un'attività delle aree prefrontali inibitrice delle reazioni limbiche (Goldapple et al., 2004; Minelli, 2013). L'intervento farmacologico, invece, agirebbe direttamente sulle strutture limbiche, riducendo l'attività delle stesse. L'intervento "inibitorio" andrebbe a interessare momenti e aree diverse, risultando in correlati neurobiologici diversi ma in uguali conseguenze manifeste. Inoltre, studi inerenti al mantenimento degli effetti dimostrerebbero che pazienti trattati con psicoterapia sono meno inclini a ricadute di soggetti che hanno assunto psicofarmaci (DeRubeis et al., 2005; Wampold & Imel, 2015). Tali studi, come premesso, si riferiscono a TC e TCC e ogni generalizzazione necessita di grande prudenza. Infatti, sembra vada respinta l'idea che la psicoterapia (in generale, indipendentemente dall'orientamento) produca effetti sulle aree prefrontali in contrapposizione agli psicofarmaci che agiscono su strutture più profonde. Teorizzazioni e studi moderni su psicoterapie focalizzate sui temi dell'attaccamento e della regolazione affettiva si concentrano prevalentemente sulla modifica di processi inerenti al sistema limbico (Hill, 2017). Tali modelli, insieme ad altre aree della psicodinamica, hanno anche il merito di andare alla ricerca dei corrispondenti neurobiologici dei fattori specifici che si è avuto modo di trattare nel capitolo 2, così importanti ai fini di un outcome positivo. È importante tenere presente di queste correnti per non cadere nella tentazione di estendere i risultati prima esposti a tutto il mondo della psicoterapia.

È opportuno concludere questo paragrafo con un invito alla prudenza. La diversità dei metodi e le frequenti contraddizioni che si incontrano nella letteratura scientifica riguardante neuroscienze e psicoterapia devono mettere in guardia da interpretazioni assolute e incontrovertibili. Nonostante le prospettive siano più che rosee, tanto da immaginare un futuro in cui il *neuroimaging* potrà fornire informazioni predittive sull'efficacia della psicoterapia (Minelli, 2013) o almeno, continuerà a contribuire a una miglior comprensione degli outcome e dei processi a essi connessi (Weingarten &

Strauman, 2015) , lo stato dell'arte dell'interazione tra queste due discipline è migliorabile e la velocità dei futuri miglioramenti dipenderà anche dal riconoscerne i difetti attuali e dall'assunzione di un atteggiamento volto alla collaborazione, in passato osteggiata da critiche reciproche, ma necessaria per identificare future linee di ricerca realmente proficue (Solms & Turnbull, 2002).

4.2 Psiconeuroendocrinoimmunologia: una nuova prospettiva nello studio della psiche

Se consideriamo in maniera più ampia la questione finora trattata, si può intendere che superare il dualismo tra mentale e fisico, significa anche ridurre le distanze tra Medicina e Psicologia. Sono ormai terminati “gli anni di una Medicina impegnata a studiare un corpo senza mente e di una Psicologia chiamata a occuparsi di una mente senza corpo” (Lazzari, 2013). Per proseguire in questa direzione, come anticipato, occorre andare oltre al superamento del dualismo mente-cervello per tentare di mettere da parte anche la contrapposizione tra psichico e corporeo. Storicamente, i primi studi che hanno aperto la strada a questo tipo di tentativo riguardano l'attaccamento (il famoso lavoro di Harlow sull'importanza psicobiologica del contatto materno e i successivi studi di Bowlby) e la psicosomatica (Lazzari, 2013). Uno degli esiti più interessanti prodotto dall'evoluzione degli studi inerenti all'attaccamento è la concettualizzazione di affetto primario per opera di Hill (2017) – che include e presuppone gli studi di Schore – che si traduce nella “rappresentazione non verbale dello stato del corpo”. L'affetto primario, secondo questo autore, sarebbe di fondamentale importanza nella regolazione degli affetti secondari (comunemente chiamati “emozioni”), i quali non sarebbero altro che traduzioni cognitive dell'affetto primario. Emerge da questa visione un rapporto di inscindibilità tra mente e corpo mediato dall'esistenza di circuiti duali che connettono il sistema limbico all'asse HPA (ipotalamo, ipofisi, surrene) che a sua volta produce effetti sul sistema nervoso autonomo, sia sulla componente simpatica che su quella parasimpatica (Hill, 2017).

Per la raccolta e la produzione di questa tipologia di contributi interdisciplinari è nata la Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI). Il termine, già propriamente non breve, è suscettibile di future espansioni, in quanto quest'area di ricerca si propone di non trascurare nessun aspetto psicofisiologico del funzionamento umano (Lazzari, 2013). Oltre ai temi prima citati, uno degli oggetti di studio che ha favorito la nascita della PNEI è stato lo stress. Per un corretto studio di questo processo va abbattuta la separazione tra mondo interno e mondo esterno, in quanto si tratta di un fenomeno reattivo che si riversa su psiche e corpo. David Lazzari (2013) propone quindi di accompagnare questi studi inerenti alla PNEI con una prospettiva sistemica, dove con questa espressione intende sottolineare l'imprescindibilità di considerare ogni elemento come parte di una rete di relazioni: solo così potranno essere colte quelle “proprietà emergenti” dei sistemi complessi di cui parla Hill. L'approccio analitico è utile, in quanto scompone il reale in parti più facilmente studiabili, ma risulta parziale e fallace se poi non si presta a una ricomposizione volta alla comprensione della complessità dei fenomeni. Tale

ricomposizione passa necessariamente attraverso un dialogo interdisciplinare.

Come si inserisce la psicoterapia in questo discorso? Come suggerito da Siegel è possibile pensare al funzionamento umano basandosi su tre componenti fondamentali: una riferita al corpo e al cervello, una riferita alla mente e alla psiche, l'ultima inerente alle relazioni (Siegel, 2012). La psicoterapia utilizzerebbe gli ultimi due canali per agire sull'interazione e sul funzionamento dei tre vertici (Lazzari, 2013). I modi in cui ciò avviene, per quanto interessanti, esulano dalla presente trattazione che si prefigge l'obiettivo di discutere le principali questioni teorico-metodologiche inerenti alla ricerca in psicoterapia. La speranza di chi scrive è di essere riuscito a trasmettere il potenziale euristico della prospettiva proposta dalla PNEI.

5. Il ritorno alla ricerca concettuale: successo o fallimento?

La ricerca in psicoterapia può essere divisa in due tipologie: empirica, quella di cui finora si è discusso e che si caratterizza per uno studio standardizzato, basato sulla formulazione di ipotesi e sulla verifica di esse e più in generale sulla ricerca di relazioni causali tra variabili indipendenti e dipendenti; e concettuale, volta alla definizione e alla contestualizzazione teorica di concetti di cui i clinici hanno modo di fare esperienza nel corso del loro lavoro con i pazienti (Andreassi & De Coro, 2004). Ovviamente il metodo scientifico esige una componente di empirismo e certamente è proprio quello che è mancato alla psicologia clinica e alla psicoterapia per molti anni. D'altra parte, questa mancanza è stata ampiamente colmata e pare che, accanto alla prosecuzione delle ricerche empiriche, si senta il bisogno di un ritorno alla ricerca concettuale (Dazzi et al., 2006). È lecito domandarsi se questo non rappresenti un fallimento per la ricerca empirica. Probabilmente, la risposta più realistica è che il bisogno di ritornare a riflettere sui concetti rappresenti ad un tempo una sconfitta e una vittoria di questo tipo di ricerca.

5.1 Il divario tra clinica e ricerca

Molti studi a cui si può attribuire l'etichetta di ricerche empiriche e in particolare quelli che si ispirano all'Evidence-Based Medicine, si affidano al concetto di significatività statistica. I risultati devono essere attendibili al di là del possibile effetto del caso. Tuttavia, alcuni autori hanno evidenziato che tale concetto diverge da quello di significatività clinica, riferito invece ai reali effetti di cui il paziente beneficia o meno (Zennaro et al., 2006). Inoltre, le ricerche empiriche sono frequentemente condotte in situazioni altamente controllate (per rafforzare una successiva asserzione di causalità) che differiscono dalle condizioni cliniche reali. Per riferirsi a questo tema sono nati i concetti di efficacia sperimentale (efficacy) e di efficacia clinica o efficienza (effectiveness): il primo si riferisce alla comprovata utilità di una psicoterapia in condizioni "laboratoriali", altamente controllate (Cionini, 2013) – va da sé che il grado di efficacy può essere inferito direttamente dai risultati delle ricerche. Il termine effectiveness si riferisce invece all'efficacia di una psicoterapia nelle situazioni cliniche "reali" (Andreassi & De Coro, 2004). Efficacia clinica e sperimentale non sempre coincidono.

È proprio il controllo delle variabili d'interesse e l'eliminazione delle altre (vanto delle metodologie Evidence-Based) a produrre questo scarto. Tuttavia, non è corretto asserire che questa caratteristica riguardi tutta la ricerca empirica. La cosiddetta "ricerca qualitativa" si impegna nel non escludere nessun fattore, il "rumore" fa parte del reale e in quanto tale non va scisso dall'oggetto di interesse che ne è permeato (Del Corno & Francavilla, 2010). Ovviamente, questa scelta limita di molto la validità di successive ipotesi di relazioni causali, ma non è quello lo scopo di quel tipo di ricerca. Da questo punto di vista, ricerca quantitativa e qualitativa possono fornire informazioni diverse che rispondono a differenti domande. Infine, va ricordato che mentre nella realtà clinica i pazienti, molto spesso,

presentano più di una diagnosi psichiatrica contemporaneamente e un elevato tasso di compromissione socio-relazionale, negli RCT vengono spesso selezionati “pazienti puri” affetti da una singola psicopatologia (Fava & Masserini, 2006).

Tutti questi elementi hanno fatto sì che si producesse una sorta di scollamento tra ricerca e clinica, in quanto gli psicoterapeuti non trovavano nella letteratura scientifica risposta alle loro domande (Dazzi et al., 2006): questa è certamente una sconfitta della ricerca empirica; tuttavia, la comunità scientifica pare aver recepito questo chiaramente e sta lavorando per produrre dati inerenti ai problemi che possono presentarsi durante una psicoterapia nella realtà clinica (Fava & Masserini, 2006).

5.2 Il circolo virtuoso tra clinica e ricerca

Per concludere, si vuole sottolineare il fatto che se oggi molti autori sono tornati a interrogarsi sul significato e sulle definizioni di alcuni temi centrali del lavoro psicoterapico tramite la ricerca concettuale questo è anche merito della ricerca empirica. Essa ha messo in luce lacune e approssimazioni e stimolato una maggior cura nelle formulazioni teoriche (Dazzi et al., 2006), mettendo in risalto i principali difetti dell’ortodossia (Cardone & Mambelli, 2013), contribuendo a far precipitare quelle barriere che conferivano all’esistenza di più orientamenti teorici la parvenza di un conflitto. La speranza di chi scrive è di essere riuscito a mettere in luce l’importanza e la necessità della ricerca in psicoterapia e che il progresso in questo campo va e andrà di pari passo con la presa di coscienza dei limiti teorici e metodologici e con un dialogo continuo con la clinica. Il presupposto sottostante è che i benefici che la clinica può apportare alla ricerca non siano inferiori a quelli che la ricerca può produrre nella realtà clinica (Cardone & Mambelli, 2013).

Bibliografia

- Amadei, G. (2006). La funzione riflessiva. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 329-342). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti, M. (2006). Psicoterapia e modificazioni neurobiologiche. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 229-237). Milano : Raffaello Cortina Editore.
- Andreassi, & De Coro. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- APA. (2008). *Society for the Advancement of Psychotherapy*. Tratto da American Psychological Association: <https://www.apa.org/about/division/div29>
- Beitman, B. D., & Manring, J. (2010). Teoria e pratica dell'integrazione delle psicoterapie. In G. O. Gabbard, *le Psicoterapie. Teorie e modelli di intervento* (p. 779-793). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boot, W. R., Simons, D. J., Stothart, C., & Stutts, C. (2013). The Pervasive Problem With Placebos in Psychology: Why Active Control Groups Are Not Sufficient to Rule Out Placebo. *Perspectives on Psychological Sciences*, 445-454.
- Cardone, R., & Mambelli, M. (2013). Le psicoterapie fra clinica e ricerca: quale efficacia? In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 246-261). Milano: Tecniche nuove.
- Chambless, D. L., Babich, K., Crits-Christoph, P., Frank, E., Gilson, M., Montgomery, R., . . . Weinberger, J. (1993, Ottobre). *The initial report of the Chambless Task Force describing the development of criteria for empirically supported treatments and the first list of treatments reviewed by the TF that met these criteria*. Tratto da <https://div12.org/empirically-supported-treatments/>.
- Cionini, L. (2013). *Modelli di psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, 537-545.
- Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 3-29). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). Introduzione. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. XXVII-XXXIV). Milano : Raffaello Cortina.
- Del Corno, F. (2010). Premesse (inevitabili) di un discorso sulla ricerca qualitativa. In F. Del Corno, & P. Rizzi, *La ricerca qualitativa in psicologia clinica. Teoria, pratica, vincoli metodologici* (p. 3-42). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Del Corno, F., & Francavilla, S. (2010). Che cos'è la ricerca qualitativa. In F. Del Corno, & P. Rizzi, *La ricerca qualitativa in psicologia clinica* (p. 43-55). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Del Corno, F., & Lang, M. (2006). Empirically Supported Treatments vs Empirically Supported Relationships. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 49-64). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives Of General Psychiatry (Apr; 62(4))*, 409-416.
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., & Torrey, W. C. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric services, 52(2)*, 179-182.
- Engler, J., & Goleman, D. (1992). *The Consumer's Guide to Psychotherapy*. New York: Simon & Schuster.
- Fava, E., & Masserini, C. (2006). La valutazione dell'efficacia delle psicoterapie nei servizi pubblici. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 171-187). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P. (2002). Evidence-based medicine and its justifications. In M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target, *Outcomes of Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers* (p. 53-59). Philadelphia: Whurr Publishers.
- Fonagy, P. (2013). There is Room for Even More Doublethink: The Perilous Status of Psychoanalytic Research. *Psychoanalytic Dialogues, 23*, 116-122.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Roma: Newton Compton Editori.
- Friedman, L. M. (1993). *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Gabbard, G. O. (2010). Premessa. In G. O. Gabbard, *le Psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. XIX-XXII). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., & Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives Of General Psychiatry* (Jan;61(1)), 34-41.
- Heim, C., & Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene–environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology* (233), 102-111.
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to "scientific" legitimacy: the desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (Ottobre; 57 (5)), 1043-1069.
- Jiménez, J. P., Botto, A., Herrera, L., Leighton, C., Rossi, J. L., Quevedo, Y., . . . Luyten, P. (2018). Psychotherapy and Genetic Neuroscience: An Emerging Dialog. *frontiers in Genetics* (July).
- Kandel, E. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry* (April), 457-469.
- Kuhn, T. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lazzari, D. (2013). Introduzione. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. IX-XII). Milano: Tecniche nuove.
- Lazzari, D. (2013). Psicoterapia in ottica PNEI. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 3-76). Milano: Tecniche nuove.
- Lingiardi, V. (2006). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Migone, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & C. Antonello, *La ricerca in psicoterapia* (p. 31-48). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Minelli, A. (2013). Psicoterapia e neuroscienze. Alla ricerca dei correlati neurobiologici dell'intervento psicologico. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 141-160). Milano: Tecniche nuove.
- Mundo, E. (2010). Introduzione a "Modalità d'integrazione in psicoterapia". In G. O. Gabbard, *le Psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento* (p. 771-777). Milano: Raffaello Cortina.
- Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2002). Empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 3-16.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy Theory Research Practice Training · January 38(4)*, 495-497.
- Sanavio, E. (2011). *Le psicoterapie*. Bologna: il Mulino.
- Semi, A. (1985). *La tecnica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semi, A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2012). *Interpersonal Neurobiology, An Integrative Handbook of the Mind*. New York: Norton & Company.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Treccani. (2013). *Treccani*. Tratto da treccani.it: https://www.treccani.it/enciclopedia/non-contraddizione-principio-di_%28Enciclopedia-della-Matematica%29/
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: NY: Routledge.
- Weingarten, C. P., & Strauman, T. J. (2015). Neuroimaging for psychotherapy research: Current trends. *Psychotherapy Research (March; 25(2))*, 185-213.
- Westen, D. (2002). The Language of Psychoanalytic Discourse. *Psychoanalytic Dialogues (12)*, 857-898.
- Zennaro, A., Cristofanelli, S., & Vottero Ris, F. (2006). Indicazioni per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (p. 239-268). Milano: Raffaello Cortina Editore.