



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

DPSS

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

Elaborato finale

**Il ruolo del consenso e della collaborazione nel processo in
psicoterapia**

Consensus and Collaboration role in the psychotherapy process

Relatore

Prof. Diego Rocco

Laureando: Francesco Bison

Matricola: 2021984

Anno accademico 2021-2022

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: CONSENSO SULL’OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE E COLLABORAZIONE	7
CAPITOLO 2: METANALISI SU CONSENSO E COLLABORAZIONE.....	9
2. 1. Risultati delle metanalisi	11
CAPITOLO 3: RICERCHE RECENTI SUL CONSENSO E SULLA COLLABORAZIONE.....	16
3.1 Consenso sugli obiettivi da raggiungere in un’ottica orientata al futuro	16
3.2 Importanza della collaborazione in psicoterapia	19
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE DEI RISULTATI DELLE RICERCHE	21
4.1 Limiti della ricerca e prospettive future	22
BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUZIONE

Per fare ricerca in psicoterapia, le prime cose da chiedersi sono:

1. Se la psicoterapia funziona ed è maggiormente efficace rispetto ad altri metodi per la cura di disturbi psicologici;
2. Se esiste un approccio psicoterapeutico che funziona meglio degli altri;
3. Se avvengono cambiamenti nel paziente, e cosa accade tra quest'ultimo e il terapeuta perché questi avvengano.

In queste domande vengono riassunte: la ricerca sui risultati, la ricerca sul processo e la ricerca process/outcome (i tre ambiti principali della ricerca in psicoterapia).

In questo capitolo spiegherò in cosa consistono questi tre approcci di ricerca.

La ricerca sui risultati nasce con l'obiettivo di valutare se la psicoterapia è uno strumento efficace per curare i problemi psicologici. Domina la prima fase delle ricerche dal 1950 al 1970, volendo dare una risposta alla provocazione di Eysenck (1952), il quale affermava che non c'erano prove riguardanti l'efficacia della psicoterapia e che il miglioramento era dovuto alla sola "remissione spontanea" (il passare del tempo). Questa affermazione venne smentita da Glass, Miller, Smith (1980) e da Shapiro, Shapiro (1982) attraverso l'utilizzo della metanalisi, con la quale vennero analizzati 597 studi riguardanti i risultati della psicoterapia. Questa metodologia permetteva la misurazione della "dimensione del risultato" del trattamento esprimendola in deviazioni standard. Attraverso queste analisi emerse che le psicoterapie riscontrano risultati superiori rispetto ai gruppi di controllo non trattati o quelli trattati col placebo e che questi risultati sono duraturi.

Grazie all'utilizzo della metanalisi venne, dunque, dimostrata l'efficacia della psicoterapia. Gli autori, però, non riuscirono a dimostrare quale tecnica terapeutica fosse migliore dell'altra, difatti, messi a confronto diversi approcci terapeutici, basati su teorie e modelli tecnici di intervento diversi, essi ottenevano i medesimi risultati. Questo venne chiamato "paradosso dell'equivalenza". La ricerca sul processo nasce proprio con l'obiettivo di risolvere questo paradosso.

Storicamente, la ricerca sul processo vera e propria si sviluppa negli '70 del '900, essendoci un sempre minore interesse per la ricerca sul risultato, iniziando a focalizzarsi maggiormente nei "microprocessi" terapeutici, ossia che cosa avviene durante la psicoterapia stessa. La ricerca sul processo, come anticipato sopra, ha come obiettivo la risoluzione del "paradosso dell'equivalenza" (Luborsky et al., 2002; Stiles et al., 1999) generato dalla ricerca sui risultati. Luborsky, in questa fase,

fece partire il “Penn Psychotherapy Project” (1968), il quale aveva come compito l’esaminazione di 63 psicoterapie dinamiche (interamente audioregistrate). Tra i risultati di questo studio emerse la capacità prognostica della “Health-Sickness Rating Scale” (HSRS), la quale fu poi modificata da Endicott e collaboratori (1976) e divenne la “Global Assessment Scale” (GAS). Venne approfondito, anche, lo studio dei “Core Conflictual Relationship Theme” (CCRT). Lo stesso Luborsky (1992) si occupò dello studio dei fattori curativi in psicoterapia dinamica focalizzandosi su sei aspetti: l’alleanza terapeutica; la comprensione e formulazione del CCRT da parte del terapeuta; l’accuratezza delle interpretazioni rispetto al CCRT; la comprensione di sé; l’elaborazione dell’interiorizzazione dei risultati raggiunti; la scala salute-malattia (Health-Sickness Rating Scale).

La ricerca sul processo, così come quella sul risultato, non riuscì a fornire risultati soddisfacenti. Non era in grado di collegare empiricamente ciò che succedeva durante la seduta con i risultati della terapia. Per risolvere questo problema entra in gioco la ricerca sul processo-risultato. Questo tipo di ricerca punta a valutare che tipo di interventi in psicoterapia sono correlati ad un esito positivo, e vuole fornire una spiegazione causale tra processo e risultato. Per fare un esempio: se a livello di processo ci concentriamo sui processi di rottura e riparazione dell’alleanza terapeutica, a livello di risultato ci focalizzeremo su come si sono risolti i processi di rottura a fine terapia.

Per poter svolgere in maniera efficace ricerca sul processo-risultato in psicoterapia è necessario tenere in considerazione che nel processo stesso è implicata l’influenza della relazione tra paziente e terapeuta e che i metodi di terapia utilizzati da quest’ultimo influiscono inequivocabilmente sulla stessa. Nel 2018 venne pubblicato uno studio (Lambert M.; Norcross J.) della “American Psychological Association” (APA), il quale aveva come obiettivo il valutare che tipo di strategie e caratteristiche relazionali fossero efficaci in un ambito generale in psicoterapia e che cosa, invece, fosse necessario per il trattamento di pazienti specifici. Vennero presi in considerazione i risultati meta-analitici di 16 articoli, ciascuno focalizzato su un particolare elemento della relazione e il relativo risultato di trattamento.

Da questo studio emersero alcuni risultati, tra i quali: il carattere, la personalità del terapeuta, hanno un loro ruolo nell’influenzare positivamente o negativamente la relazione; le aspettative del paziente considerate estremamente predittive sugli esiti della terapia; una relazione efficace è maggiormente responsabile, rispetto all’uso di metodi particolari, di portare ad un esito positivo.

Emersero anche alcuni limiti in queste ricerche, come l’interpretazione errata dei risultati da parte dei ricercatori (dovuto ad esempio da interessi economici personali), o il non riuscire a creare un nesso causale tra le caratteristiche di una relazione terapeutica specifica e l’esito di quel trattamento. Per

capire meglio, nel caso dell'empatia risulta complicato comprendere se l'esito positivo sia dovuto ad un paziente disponibile e predisposto al cambiamento, o alle capacità empatiche del terapeuta.

La ricerca sul processo-risultato in psicoterapia, in generale, ha dimostrato come una buona relazione terapeutica sia predittiva di un esito positivo a prescindere dal trattamento psicologico. Nel prossimo capitolo mi focalizzerò su due elementi specifici della relazione, per dimostrare la loro utilità in psicoterapia: il consenso e la collaborazione sull'obiettivo da raggiungere.

CAPITOLO 1: CONSENSO SULL'OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE E COLLABORAZIONE

Il consenso sull'obiettivo da raggiungere è parte del contratto che si viene a creare tra terapeuta e paziente nella psicoterapia. L'“American Psychological Association” (Birch, Tyron, & Verkuilen, 2018) lo definisce come:

1. Impegno e accordo tra paziente e terapeuta sugli obiettivi da raggiungere, e sugli strumenti con i quali questi verranno ottenuti;
2. Un accordo tra terapeuta e paziente sui problemi che quest'ultimo presenta;
3. Il modo secondo il quale gli obiettivi vengono specificati e decisi.

È un costrutto importante perché permette al paziente di essere un elemento attivo in psicoterapia, decidendo, insieme al terapeuta, a che obiettivo arrivare e in che modo arrivarci. Per ottenere questo, però, è necessario che ci sia collaborazione tra le due parti. La collaborazione, così come il consenso sull'obiettivo, è un processo che si applica a tutte le psicoterapie. Viene definita come “Interazione tra relazione terapeutica e metodo di trattamento. Diversi metodi contribuiscono a formare la collaborazione, la quale permette di vivere la relazione come cooperativa, reciproca e rispettosa” (Kazantzis & Kellis, 2012, p. 133).

Questi elementi (consenso e collaborazione) portano ad una migliore qualità della relazione e risultati positivi al trattamento. Di seguito esporrò prima gli strumenti di misura che vanno a valutare il consenso sugli obiettivi e successivamente quelli che valutano la collaborazione.

Tra gli strumenti che valutano il consenso sugli obiettivi c'è una sottoscala della “Working Alliance Inventory” (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). La WAI è composta da 36 item, presenta strutture diverse per poter essere compilata dai pazienti, dai clinici e dagli osservatori. Il fine di questo strumento è valutare l'alleanza terapeutica. È stato riscontrato che le sotto-scale “Goal and Tasks” della WAI, che studiano gli obiettivi e i compiti, valutano in maniera più efficace il consenso sugli obiettivi tra paziente e terapeuta rispetto ad altri strumenti di misura, così come le stesse sotto scale nella versione con 12 item della WAI (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989). Alcuni item della versione per pazienti della WAI sono: “Concordiamo su quale mio aspetto devo migliorare”, “Mi auguro che chiariremo gli obiettivi dei nostri incontri”.

Esiste un altro strumento che misura l'alleanza nel lavoro terapeutico chiamata: “California Psychotherapy Alliance Scale” (CALPAS; Gaston, 1991; Marmar, Gaston, Gallagher, & Thompson, 1989). In questo strumento l'alleanza può essere valutata dal punto di vista del paziente, del terapeuta,

e dai valutatori clinici. La sotto-scala della CALPAS, Working Strategy Consensus (WSC), valuta il consenso sull'obiettivo da raggiungere. La WSC “comprende la somiglianza degli obiettivi paziente-terapeuta; lo sforzo congiunto; e l'accordo su come le persone vengono aiutate, su come le persone cambiano durante la terapia e su come dovrebbe procedere la terapia” (Gaston, 1991, p. 69).

Nonostante le sottoscale della WAI e della CALPAS abbiano delle proprietà psicometriche molto affidabili, diversi autori (Lambert & Cattani, 2012) sono titubanti riguardo al loro utilizzo come strumenti di misura per l'obiettivo da raggiungere. Questo perché, a loro avviso, vanno ad indagare la percezione sul consenso sull'obiettivo tra paziente e terapeuta piuttosto che l'effettivo consenso. Altri autori (Busseri & Tyler, 2004), per limitare il problema, utilizzarono delle misure idiografiche (focalizzate sul soggetto singolo) differenti in ciascuno studio per valutare l'effettivo accordo sull'obiettivo. Esaminarono se c'era concordanza tra paziente e terapeuta su ciò che si era prefissato come obiettivo. Anche attraverso questi studi idiografici, però, alcune volte veniva misurata solo la percezione dell'accordo sull'obiettivo.

Ora verranno introdotti gli strumenti utilizzati per la valutazione della collaborazione. Tra questi ci sono due sottoscale della CALPAS: la “Therapist Understanding and Involvement” (TUI; Gaston, 1991) e la “Therapist Confident Collaboration” (TCC; Hatcher, 1999). Un esempio di domanda della versione per il paziente della TUI è: “Ti senti forzato dal tuo terapeuta di dover apportare un cambiamento prima di sentirti pronto?”; mentre nella versione per il terapeuta è: “I tuoi interventi sono stati delicati e tempestivi?”.

Un altro strumento per l'analisi della collaborazione sono le misure che valutano il rispetto dei compiti della terapia. I compiti vengono decisi attraverso la discussione tra paziente e terapeuta, ed è per questo che il rispetto dei compiti può essere visto come la dimostrazione della bontà della collaborazione tra i due.

Altri strumenti utilizzati, ma meno frequentemente, sono: la “Contract Rating Scale” (Yeomans et al., 1994), la “Agnew Relationship Measure-Partnership Scale” (Hardy et al., 2001), e la “Multiperspective of General Change Mechanisms in Psychotherapy” (Mander et al., 2013). Tutti questi hanno sottoscale che forniscono informazioni riguardanti la negoziazione delle condizioni di trattamento tra terapeuta e paziente.

Nel prossimo capitolo esporrò dati a dimostrazione del legame tra consenso sugli obiettivi e collaborazione e della loro rilevanza in psicoterapia.

CAPITOLO 2: METANALISI SU CONSENSO E COLLABORAZIONE

In questo capitolo sono illustrati i risultati di varie ricerche riferite al consenso ed alla collaborazione nel processo in psicoterapia. Attraverso questi risultati analizzerò che tipo di valenza hanno in psicoterapia questi due costrutti.

Nel 2001, due autori (Tyron & Winograd) hanno revisionato degli studi pubblicati prima del 2000: 25 riferiti al consenso sugli obiettivi e il risultato, e 24 riferiti a collaborazione e risultato. I primi mostrarono un tasso di positività del 68% tra consenso sugli obiettivi e risultato della psicoterapia in almeno una misura di valutazione completata dal paziente, dal terapeuta o dall'osservatore. Gli altri 24 mostrarono un tasso di positività dell'89% tra collaborazione e risultato della psicoterapia in almeno una misura di valutazione della collaborazione.

Nel 2011 gli stessi autori si occuparono di riportare i risultati di studi meta-analitici pubblicati tra il 2000 e il 2009. Di questi: 15 erano riferiti al consenso sull'obiettivo e il risultato della psicoterapia in età adulta, mentre 19 alla collaborazione e il risultato della psicoterapia in età adulta. La meta-analisi sul consenso ottenne un "effect size" di $r=.34$ su un campione di 1302 (95% [CI][.23, .45]), mentre la meta-analisi sulla collaborazione ottenne un "effect size" di $r=.33$ su un campione di 2260 (95% [CI][.25, .42]). Da questi risultati si poté affermare che questi due costrutti fossero elementi importanti della relazione terapeutica per ottenere un esito positivo in psicoterapia.

Lo studio del 2011, assieme ad altri studi su consenso-risultati e collaborazione-risultati, è stato integrato ad una metanalisi del 2018 (Birch, Tryon, & Verkuilen). Gli studi per essere scelti hanno dovuto rispettare certi criteri, ossia avere: 1. Almeno una misura sul consenso e/o collaborazione in linea con le definizioni riportate nel capitolo 1; 2. Inclusi nello studio dati ricavati da percorsi di psicoterapia individuale; 3. Almeno una misura sull'esito delle psicoterapie; 4. Pazienti adulti all'interno degli studi; 5. Incluso nello studio un effetto statistico (r o d); oppure un'altra statistica (t o F) che possa essere convertita in un effetto.

Sono stati presi in considerazione diversi database di letteratura scientifica come PsycINFO, PsycLIT, Medline, ERIC, e ProQuest Dissertation and Theses Global per la ricerca di studi dal 1980 al 2017 utilizzando come parole chiave: consenso sull'obiettivo tra paziente-terapeuta (9155 risultati), collaborazione tra paziente-terapeuta (1509 risultati), consenso sull'obiettivo tra paziente-terapeuta e risultati della terapia (1494 risultati), accordo tra paziente-terapeuta e risultati della terapia (2598 risultati), e collaborazione tra paziente-terapeuta e risultati della terapia (1246 risultati). Nella tabella

1 sono presentati i risultati di questa ricerca, nel punto più basso sono indicati gli studi presi in considerazione per la metanalisi.

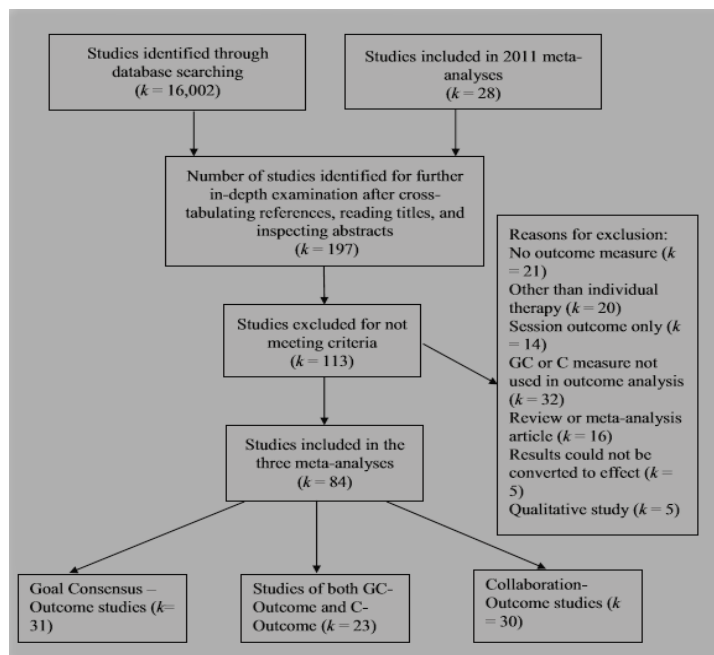


Tabella 1: Ricerca della letteratura scientifica presa in considerazione per la metanalisi

23 degli 84 studi includevano misure sia sulla collaborazione che sul consenso. La metanalisi ha prodotto 54 studi sul consenso sugli obiettivi e risultati della psicoterapia (dimensione del campione di 7278), 53 studi sulla collaborazione generale e risultati della psicoterapia (dimensione del campione di 5286) e 21 studi sulla collaborazione dello psicoterapeuta e risultati della psicoterapia (dimensione del campione di 2081).

Per ciascuno degli 84 studi è stata calcolata, utilizzando il “Grafpad QuickCalcs software”, la kappa (k) per l’affidabilità e sono stati codificati:

- il tipo di studio (consenso-risultato, collaborazione risultato, entrambi);
- lo stato di pubblicazione (pubblicato, non pubblicato);
- la percentuale di partecipanti donne (>50%, ≤50%, non specificato);
- la percentuale di pazienti di colore (>20%, ≤20%, non specificato);
- il momento di valutazione del consenso o della collaborazione (precoce, medio o tardivo in psicoterapia, o durante tutta la psicoterapia, altri momenti unici per ciascun partecipante, e momento non specificato);

- il valutatore del consenso o della collaborazione (paziente, terapeuta, osservatore, più di uno di questi; solo per il consenso sull'obiettivo, accordo sull'obiettivo tra paziente-terapeuta);
- la tipologia di psicoterapia (psicodinamica, cognitivo-comportamentale/comportamentale, diverse psicoterapie, non specificato, altre tipologie);
- le misure sul consenso/collaborazione;
- la data di pubblicazione.

La maggior parte degli studi presenti nelle metanalisi sono stati pubblicati tra il 1991 e il 2010.

2. 1. Risultati delle metanalisi

Qui di seguito elencherò i risultati delle metanalisi, prima del consenso sugli obiettivi, poi della collaborazione generale e infine della collaborazione del terapeuta. Verranno anche presentati i risultati della meta-regressione, un tipo di analisi statistica, utilizzata per valutare l'effetto dei moderatori (predittori del risultato).

Nei 54 studi sul consenso sugli obiettivi e il risultato della psicoterapia è stata riscontrata una correlazione positiva ($r = .24$) tra l'ottenere consenso sugli obiettivi e raggiungere un buon risultato in psicoterapia. Rimane tuttavia un valore troppo basso per poter indicare che, in tutti i casi, dal consenso sugli obiettivi dipenda il risultato terapeutico. Dunque, non può essere considerato un rapporto causa-effetto. I test sull'eterogeneità ($I^2 = 66.54\%$) hanno dimostrato una discreta variazione tra gli studi presi in considerazione. Un altro test ha dimostrato l'assenza del *bias* di pubblicazione, ossia che non ci sono dati mancanti a causa dell'esclusione di studi utili.

La meta-regressione è stata utilizzata per analizzare l'effetto dei moderatori (predittori) e il loro possibile coinvolgimento nell'eterogeneità osservata. Dal test congiunto sui moderatori si è osservato che la loro presenza non è stata particolarmente significativa per poter prevedere un esito positivo della psicoterapia. Di 20 moderatori presi in considerazione soltanto uno ha mostrato un livello di significatività del 5%, quello riferito ai terapeuti come valutatori del consenso sugli obiettivi. Questo ha dimostrato come la percezione dei terapeuti rispetto al consenso sugli obiettivi sia maggiormente e significativamente collegata ad un esito positivo in psicoterapia rispetto alla percezione degli altri valutatori (pazienti e osservatori), facendo intendere come i terapeuti siano particolarmente sicuri di riuscire ad arrivare ad un esito positivo se il consenso sugli obiettivi viene chiarito bene. Ciononostante, con 20 moderatori, un falso positivo potrebbe essere dovuto alla variabilità di campionamento (errore di tipo 1). I moderatori indagati, dunque, non riducono l'eterogeneità.

Ora verranno introdotte le metanalisi sulla collaborazione generale e risultato della psicoterapia. Anche in questo caso, come nella metanalisi precedente, la correlazione tra collaborazione e buon esito della terapia è positiva ($r = .29$), ma non sufficientemente elevata per dimostrare un rapporto causa-effetto. I test sullo studio dell'eterogeneità ($I^2 = 58.68\%$) hanno dimostrato anche qui una variazione negli studi analizzati. Come nella metanalisi precedente non è stato dimostrato un *bias* di pubblicazione.

Per valutare l'effetto dei moderatori e il loro possibile effetto nell'eterogeneità osservata è stata utilizzata la meta-regressione. Come nel caso del consenso sugli obiettivi anche nella collaborazione i moderatori non sono significativamente predittivi di un esito positivo della psicoterapia. Soltanto un singolo moderatore mostrava un livello di significatività del 5%, quello riferito alla valutazione della collaborazione ottenuta in un momento della terapia non specifico. Ottenere la valutazione di collaborazione in un qualsiasi momento della psicoterapia è predittivo di un risultato positivo. Questo perché la psicoterapia non è un processo statico nel quale cadenzare la valutazione di come una persona percepisce la collaborazione, sarebbe bene ottenere la valutazione in un momento non meglio specificato riuscendo così a raccogliere informazioni più genuine ed in linea con il processo stesso della psicoterapia (ossia un processo dinamico). Come nella metanalisi del consenso sugli obiettivi vista sopra questo falso positivo potrebbe essere dovuto alla variabilità di campionamento. Anche in questo caso non ci sono evidenze che i moderatori riducano l'eterogeneità.

Infine, sono qui presentate le metanalisi che vanno a indagare solo le misure di collaborazione del terapeuta e il risultato. Come nelle altre due metanalisi non si può dimostrare un rapporto causa-effetto, ma c'è una correlazione positiva ($r = .26$) tra la collaborazione del terapeuta e il risultato della terapia. I test sullo studio dell'eterogeneità hanno nuovamente mostrato una discreta variazione degli studi ($I^2 = 69.02\%$). Neanche in questo caso è stato dimostrato il *bias* di pubblicazione.

Da come si è visto in tutti e tre i casi (consenso sugli obiettivi e risultato, collaborazione generale e risultato, collaborazione del terapeuta e risultato) le metanalisi hanno prodotto risultati simili in un intervallo di $r = .24-.29$, con valore medio sull'esito della psicoterapia. Inoltre, sia il consenso sugli obiettivi e risultato che la collaborazione generale e risultato, hanno trovato un solo moderatore significativo ciascuno, il che potrebbe essere dovuto al caso. I moderatori, come ad esempio il sesso del paziente o la psicoterapia usata, vengono analizzati per vedere se sono predittori di un certo risultato. La tabella 2 di seguito indica i moderatori presenti nelle meta-regressioni e le loro rispettive medie correlazionali e deviazioni standard ponderate.

Moderator	Goal consensus (N = 54)		General collaboration (N = 53)		Therapist collaboration (N = 21)	
		n		n		n
Publication status	Published	43	Published	48	Published	17
	Not published	11	Not published	5	Not published	4
Theoretical orientation	Psychodynamic	6	Psychodynamic	7	Psychodynamic	5
	Cog. Beh./Beh.	12	Cog. Beh./Beh.	29	Cog. Beh./Beh.	6
	Several	16	Several	12	Several	5
	Unspecified	14	Unspecified	3	Unspecified	3
	Other	6	Other	2	Other	2
	Patient	21	Patient	8	Patient	5
Rater	Psychotherapist	7	Psychotherapist	19	Psychotherapist	2
	Observer	7	Observer	11	Observer	6
	More than one	13	More than one	15	More than one	8
	P-T agreement	6				
	Early	32	Early	10	Early	7
	Mid	0	Mid	6	Mid	4
Ratings taken	Late	2	Late	10	Late	0
	Throughout	7	Throughout	19	Throughout	8
	Other times ^a	9	Other times ^a	4	Unspecified	2
	Unspecified	4	Unspecified	4		
	Homework	29	Homework	26	Homework	0
	CASF	8	CASF	3	CASF	2
GC or C measure taken from	CALPAS	8	CALPAS	10	CALPAS	8
	Other	9	Other	14	Other	11
	Unreported	23	Unreported	27	Unreported	11
	≤20%	22	≤20%	14	≤20%	6
Percentage patients of color	>20%	9	>20%	12	>20%	4
	Unreported	0	Unreported	2	Unreported	1
	≤50%	13	≤50%	18	≤50%	2
Percentage female patients	>50%	41	>50%	33	>50%	18
	Unreported	0	Unreported	2	Unreported	1
	≤50%	13	≤50%	18	≤50%	2

Tabella 2: Dati di frequenza per l'analisi dei moderatori

Ora verranno esposti brevemente per ciascun gruppo di studi (consenso, collaborazione generale/terapeuta) i moderatori più frequenti.

Partendo dal consenso, la tabella mostra che la maggior parte degli studi presi in considerazione sono stati pubblicati su riviste referenziate; nella maggior parte dei casi vengono utilizzate la WAI, la WAI-S, il CASF per stimare il consenso sugli obiettivi; in 32 studi il consenso è valutato precocemente in psicoterapia; 41 studi hanno campioni composti da più del 50% di donne; nella maggior parte degli studi è stato utilizzato più di un orientamento teorico; in 21 studi i valutatori del consenso erano pazienti; e in ben 23 studi non è stato riportato il numero di pazienti di colore.

Per quanto riguarda la collaborazione generale si evince che: anche in questo caso la maggior parte degli studi sono stati pubblicati in riviste referenziate; le donne rappresentano la maggior parte dei pazienti; più studi utilizzano la psicoterapia cognitivo-comportamentale o comportamentale; la principale misura di collaborazione utilizzata è il completamento dei compiti; gli studi in cui i

terapeuti sono i valutatori sono la maggior parte; 27 dei 53 studi presi in considerazione non aveva riportato il numero di pazienti di colore.

Per quanto riguarda gli studi sulla collaborazione del terapeuta, questi ultimi erano troppo pochi per poter fare una meta-regressione. La tabella mostra che: la maggior parte degli studi è stata pubblicata in riviste referenziate, la maggior parte dei pazienti sono donne, il numero di pazienti di colore di solito non è riportato, le misure di collaborazione più usate sono le sottoscale della CALPAS e del CASF (Combined Alliance Short Form).

Ora, sono riportate diverse considerazioni sui risultati della ricerca sopra elencati.

Innanzitutto, è stato provato, sia in teoria che in pratica, che il contributo di paziente e terapeuta non può essere separato per raggiungere il consenso sugli obiettivi. Entrambi devono concordare sugli obiettivi della psicoterapia per arrivare ad un consenso. I risultati della metanalisi hanno dimostrato che il consenso sugli obiettivi è collegato ad un risultato favorevole della terapia, questo perché, sapendo cosa si vuole raggiungere e come lo si vuole raggiungere, il paziente sarà più coinvolto e motivato nella terapia e predisposto ad un cambiamento.

Per arrivare a stabilire, insieme, degli obiettivi di trattamento è inequivocabile che paziente e terapeuta collaborino per arrivare ad un accordo. Questo indica l'importanza della collaborazione da parte del paziente nello stabilire gli obiettivi di trattamento. Per dimostrare il contributo del paziente nella collaborazione basta dare un'occhiata alla tabella 2, quest'ultima mostra che il completamento dei compiti da parte del paziente è correlato positivamente con il risultato della psicoterapia. L'impegno nel completamento dei compiti della psicoterapia sta a significare che il paziente è disposto a migliorare, mettersi in gioco per cambiare e questo, di conseguenza, porta ad un buon esito della terapia.

Per quanto riguarda i pazienti di colore spesso non sono stati riportati dati relativi al loro campione. Nel caso della metanalisi sul consenso sono stati il 43% degli studi a non riportare dati, il 51% degli studi nel caso della collaborazione generale ed il 53% nel caso della collaborazione del terapeuta. Talvolta, in alcuni studi i dati a riguardo sono stati registrati, ma in questi casi spesso il campione rappresentava il 20% dei pazienti o meno. Questa percentuale è stata riportata nel 71% degli studi presenti nella metanalisi del consenso, nel 63% degli studi presenti nella metanalisi della collaborazione generale e nel 60% degli studi nella metanalisi della collaborazione dello psicoterapeuta. Sembra che le percentuali presentate di pazienti di colore in questi studi non riflettano coerentemente la popolazione da cui provengono i campioni. In ogni caso gli effetti associati alle loro risposte sono in linea con gli effetti associati alle risposte degli altri pazienti.

Dall'altro lato, in tabella 2, è mostrato come ci siano pochi dati statistici omessi per quanto riguarda i pazienti donne. Le donne rappresentano la maggior parte dei pazienti in psicoterapia, negli studi sul consenso rappresentano l'80% del campione, il 65% negli studi sulla collaborazione generale, e il 90% negli studi sulla collaborazione del terapeuta. Dall'analisi dei moderatori è stato visto che le valutazioni delle pazienti non sono dei fattori predittivi di un esito positivo, né nel caso della collaborazione né nel caso del consenso.

In sintesi, sia la collaborazione che il consenso sugli obiettivi da raggiungere si sono dimostrati due costrutti importanti per ottenere un buon risultato in psicoterapia.

Nel capitolo successivo introdurrò studi condotti oltre il 2018 per poter confrontare i risultati e vedere se quelli più recenti corrispondono a quelli esposti in questo capitolo.

CAPITOLO 3: RICERCHE RECENTI SUL CONSENSO E SULLA COLLABORAZIONE

Nel capitolo corrente verranno presentati articoli più recenti riguardanti sia la collaborazione che il consenso in psicoterapia.

3.1 Consenso sugli obiettivi da raggiungere in un'ottica orientata al futuro

Il consenso sugli obiettivi ha generato una sostanziale quantità di ricerche in psicoterapia, influenzando notevolmente il “*training*”, la supervisione e la pratica terapeutica (Halvorsen, McLeod, Nissen-Lie, Oddli, & Rønnestad, 2021). Questi autori affermano che la ricerca si è sviluppata per identificare delle azioni terapeutiche specifiche e concrete che possano facilitare o inibire il lavoro terapeutico riguardo la chiarificazione, la negoziazione e il conseguimento degli obiettivi. Questa linea di ricerca ha compreso lo sviluppo di misure di comportamento “*alliance-building*” (Owen et al., 2013), studi qualitativi sull'esperienza del paziente e del terapeuta nel processo chiave dello sviluppo di una relazione di lavoro collaborativa (Di Malta et al., 2019; Lavik et al., 2018), e analisi di strategie e sequenze di conversazione usate dai terapeuti per abilitare obiettivi e compiti terapeutici da affrontare congiuntamente (Muntigl et al., 2012; Oddli & Rønnestad, 2012; Oddli et al., 2014; von der Lippe et al., 2019; Voutilainen et al., 2010).

Lo studio del 2021 di Halvorsen, McLeod, Nissen-Lie, Oddli, & Rønnestad adotta una prospettiva di orientamento al futuro (ossia il fatto che le nostre azioni, pensieri, sentimenti, comportamenti sono creati da nostre idee e sensazioni per garantirci stabilità nel futuro) per valutare come questa influisca nel conseguimento degli obiettivi della terapia. Per fare ciò lo studio si pone come obiettivo il valutare diversi dati presi da studi precedenti in cui si è riscontrato un esito positivo della terapia collegata al consenso sugli obiettivi.

Sono stati raccolti i dati da un programma di ricerca con metodo misto di terapeuti esperti su processi ed esiti chiamato “*An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy*” (Rønnestad, 2009). Sono stati considerati i casi dei clienti con i punteggi più alti nella scala degli obiettivi della WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006), su un campione totale di 18 terapeuti e 48 clienti. Sono state anche incluse misure sul risultato, secondo “*l'Outcome Questionnaire 45.2*” (misure OQ, 2004). L'OQ-45.2 di Lambert et al. (1996, 2004) è stato utilizzato in questo studio per valutare patologie presenti prima del trattamento e cambiamenti degni di nota dopo il trattamento. Il questionario è di tipo “*self-report*”, composto da 45 item su scala Likert con valori da 0 (per nulla) a 4 (quasi sempre). Punteggi alti indicano patologie più invadenti, infatti sono state considerate nello studio solo le misure sul risultato con un punteggio superiore a 62 ad inizio trattamento (Amble et al.,

2014). Il cambiamento degno di nota si presenta quando c'è una riduzione di 14 punti o più nel punteggio di fine trattamento (Lambert et al., 1996, 2004).

Questi criteri hanno prodotto un campione di 5 casi, costituiti da 5 clienti (età compresa tra 27 e 50 anni, ciascuno con un livello di istruzione uguale o maggiore al completamento della scuola superiore) e 4 terapeuti (con esperienza lavorativa compresa tra i 28 e i 35 anni). In ciascun caso sono state analizzate le prime tre sessioni di terapia, codificando le registrazioni di ciascun audio riga per riga. Ci si è focalizzati prima sulle azioni dei terapeuti e come essi hanno affrontato nel loro lavoro l'aspetto degli obiettivi. Successivamente si è prestata attenzione anche alle risposte dei clienti. Infine, sono state analizzate le interviste di fine trattamento dei clienti, per comprendere come i pazienti hanno vissuto il processo di trattamento. Qui di seguito sono esposti i risultati dello studio.

Dalle analisi delle prime tre sessioni è risultato come i terapeuti abbiano lavorato su progetti di cambiamento sia espliciti che impliciti menzionando raramente gli obiettivi. Questi progetti sono stati approfonditi durante intense discussioni su ciò che il paziente ha presentato, senza che l'obiettivo di trattamento fosse espresso esplicitamente. I terapeuti si sono "allineati" con le intenzioni implicite ed esplicite del paziente, utilizzando strategie di dialogo per esplorare e comprendere i desideri del cliente e i loro potenziali piani.

Secondo i risultati delle interviste sul paziente di fine trattamento i terapeuti sono stati visti come ascoltatori responsivi, capaci di fornire piccoli aiuti per portare avanti la terapia ed aiutare il cliente nel proseguire verso un miglioramento personale. I terapeuti sono stati capaci di incoraggiare il cambiamento nei pazienti, e di dimostrarlo attraverso l'utilizzo del "roleplay" (mettendosi nei panni del paziente ad esempio). Per di più, i clienti hanno dimostrato forte apprezzamento nei confronti dei terapeuti che riuscivano a comprenderli mentre stavano affrontando problemi complicati.

I risultati combinati delle tre sessioni iniziali e le interviste di fine trattamento hanno formato un disegno coerente delle azioni del terapeuta, che si distinguono in quattro domini delle abilità terapeutiche. Il primo dominio era relativo al senso condiviso sulla direzione del lavoro terapeutico, facilitato dalla capacità del terapeuta di comprendere le intenzioni implicite ed esplicite del paziente, fornendo tempo e spazio sufficienti perché si capisca la direzione che si vuole intraprendere. Il secondo dominio.....: l'abilità del terapeuta di favorire la capacità di agire del paziente attraverso strategie linguistiche come la metacomunicazione (livello comunicativo non verbale). Il terzo dominio.....: la capacità del terapeuta di scoprire delle soluzioni passo dopo passo, utilizzando interventi evocativi come la modulazione della voce o il gioco di ruolo spontaneo (per entrare in empatia col paziente). Infine il quarto dominio.....: la capacità del terapeuta di fornire input e suggerimenti che hanno spinto e incoraggiato il paziente ad impegnarsi nel cambiamento.

I risultati di questo studio suggeriscono che il forte collegamento tra consenso sugli obiettivi e buon risultato della terapia sia dovuto a diversi processi che possono essere racchiusi all'interno di un unico concetto generale definito come *“l'essenza stessa dell'essere umano, orientata al futuro ed in continuo movimento ed evoluzione”* (Cooper, 2019b, p. 1321). Questi sono tutti processi che sembrano favorire la motivazione, le aspettative, la speranza e le preferenze del paziente, le quali sono state provate dalla letteratura come importanti per il cambiamento del paziente. Le diverse forme di attività orientate al futuro utilizzate dal terapeuta sembrano coerenti con l'attuale evidenza di ciò che facilita l'investimento ed il raggiungimento degli obiettivi sia nel trattamento che nella vita. Alcuni esempi sono il concentrarsi su obiettivi concreti e personali (es., Cox & Klinger, 2004; Grosse Holtforth, 2008; Grosse Holtforth et al., 2009; Grosse Holtforth & Michalak, 2006), e riuscire a identificare i conflitti, gli ostacoli e le contraddizioni da cambiare (es., Michalak et al., 2004; Miller & Rose, 2009; Moyers & Rollnick, 2002; Norcross et al., 2011).

L'aspetto implicito all'interno della terapia è risultato molto importante. Sia le interviste a fine terapia dei pazienti che l'analisi delle prime tre sessioni non hanno riportato alcun dialogo esplicito nella decisione e negoziazione degli obiettivi. Questo fa pensare che la cosa più importante per il cliente non sia la discussione esplicita degli obiettivi da raggiungere, ma riuscire ad elaborarne il significato e sentirli propri basandosi sui propri desideri, le proprie speranze, i propri sentimenti. Questo permette di comprendere i sentimenti che ha la persona nei confronti della convinzione, del coinvolgimento e dell'impegno verso questi obiettivi (per le analisi di concetti relativi agli obiettivi, vedere Bagozzi & Perugini, 2004; Bruininks & Malle, 2005; Knobe & Malle, 1997).

Questo studio ha dimostrato che il terapeuta deve essere capace di entrare in sintonia con il paziente, comprendendo i suoi sentimenti ed accordandosi sugli obiettivi che devono essere raggiunti. In questo modo si riuscirà ad ottenere un buon risultato a fine trattamento. Nel paragrafo seguente si parla della collaborazione, un costrutto direttamente legato al consenso sugli obiettivi, poiché senza collaborazione tra paziente e terapeuta è pressoché impossibile arrivare a definire degli obiettivi di trattamento.

3.2 Importanza della collaborazione in psicoterapia

Nel paragrafo corrente ci si focalizza sullo studio di Goode, Penix, Spencer, Trusty, & Swift (2019). Secondo questi autori stabilire una relazione collaborativa nelle prime sessioni di psicoterapia permette di ottenere un buon risultato a fine trattamento. Per promuovere una relazione collaborativa si possono utilizzare diverse strategie come permettere al paziente di prendere decisioni nella creazione della struttura di trattamento o discutere il fatto che il terapeuta potrebbe commettere degli errori.

Secondo Goode, Penix, Spencer, Trusty, & Swift (2019) è stata riconosciuta l'importanza di creare una relazione collaborativa all'interno della psicoterapia (Ackerman et al., 2001), nonostante lo scopo della collaborazione differisca leggermente tra i diversi orientamenti teorici. Per specificare le differenze tra gli orientamenti questi cinque autori espongono tre esempi. In primo luogo, secondo Barber, Tishby, & Wiseman (2012), abbiamo il punto di vista di un lavoro psicodinamico in cui la collaborazione è solo una parte di un disegno relazionale molto più ampio. Dalla prospettiva psicodinamica una forte relazione collaborativa fornisce al paziente l'opportunità di valutare ed esplorare i propri modelli relazionali. Senza una forte collaborazione è probabile che il paziente rimanga chiuso rispetto a nuovi "*insights*" (consapevolezza delle proprie emozioni) e nuove esperienze che potrebbero essere acquisite lavorando con il terapeuta. In secondo luogo, secondo Dattilio & Hanna (2012), abbiamo il punto di vista cognitivo-comportamentale in cui la collaborazione è vista come un trampolino di lancio per altri lavori terapeutici essenziali. Da questa prospettiva la collaborazione è essenziale perché il paziente possa essere ricettivo rispetto a specifiche strategie di intervento introdotte dal terapeuta (es., completamento di compiti, ristrutturazione cognitiva, ricevere un feedback). Infine, secondo Berdondini, Elliot & Shearer (2012), abbiamo il "*framework*" centrato sul cliente che focalizza la maggior parte dell'enfasi sulla collaborazione nella psicoterapia, vedendola come un elemento fondamentale per il cambiamento terapeutico. Da questo punto di vista una relazione collaborativa porta ad un'alleanza positiva e significativa, la quale è fondamentale per la cura del paziente.

Quest'ultimo approccio è maggiormente in linea con la prospettiva di Goode, Penix, Spencer, Trusty & Swift (2019). Questi autori considerano la collaborazione come un processo che porta alla costruzione della speranza che la psicoterapia funzioni. All'interno del trattamento la speranza è un meccanismo centrale di cambiamento, perché incoraggia il cliente ad agire per risolvere i suoi problemi e le sue difficoltà, sia all'interno che all'esterno della sessione (Frank & Frank, 1991). Lo sforzo di costruire una relazione collaborativa in psicoterapia ricorda al cliente l'importanza delle sue parole, della sua prospettiva e lo rende consapevole di essere capace di cambiare. Il paziente sviluppa

una rinnovata speranza, la consapevolezza di poter far fronte ai problemi con i quali si scontra nella propria vita. Lo sforzo per costruire una relazione collaborativa può accadere in qualsiasi momento del trattamento, ma agisce in maniera più efficace all'inizio della psicoterapia. È in questa fase iniziale che il paziente sviluppa la speranza che il trattamento risulterà efficace. Ed è qui che il terapeuta deve essere capace di sviluppare una buona collaborazione riuscendo ad entrare in sintonia con il paziente (Goode, Penix, Spencer, Trusty, & Swift; 2019).

Di seguito sono esposte diverse ricerche da cui Goode, Penix, Spencer, Trusty & Swift (2019) hanno attinto per dimostrare la necessità di costruire una relazione collaborativa in psicoterapia.

Una forte alleanza di lavoro è associata ad una riduzione dell'abbandono prematuro del trattamento e ad un aumento dei risultati di trattamento positivi (Del Re, Flückiger, Horvath, & Wampold, 2018; Diener, Primavera, & Sharf, 2010). Questi risultati supportano l'importanza della collaborazione, dato che due delle tre componenti teoriche dell'alleanza si concentrano sulla capacità del cliente e del terapeuta di lavorare insieme (accordo sugli obiettivi e accordo sui compiti; Bordin, 1979). Diversi risultati delle metanalisi hanno dimostrato che favorire le preferenze del paziente in psicoterapia migliora la soddisfazione con il trattamento, e i risultati del paziente (Bennett, Lindhiem, McLear, & Trentacosta, 2014; Callahan, Cooper, & Parkin, 2018; Kellet, Miles, Oldham, & Sheeran, 2012). Questi risultati positivi sono stati riscontrati tra i diversi tipi di clienti, di setting e di trattamenti (Callahan, Ivanovic, & Kominiak, 2013; Swift et al., 2018). Negoziare le preferenze e condividere le decisioni di trattamento è il punto focale della collaborazione in psicoterapia.

Riassumendo, in questo paragrafo si è descritta l'importanza della collaborazione all'interno della psicoterapia, in particolar modo si sottolinea l'importanza di ottenere tale collaborazione nelle prime sessioni di trattamento.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE DEI RISULTATI DELLE RICERCHE

Dopo aver esposto diversi articoli riguardanti i risultati delle ricerche riferite a consenso sugli obiettivi da raggiungere e collaborazione in psicoterapia, in questo capitolo si discuteranno i risultati delle ricerche sia del capitolo 2 che del capitolo 3. Prima di tutto si discuterà della metanalisi di cui si è parlato nel capitolo 2.

Come si è già visto, le tre metanalisi del 2018 (Birch, Tryon, & Verkuilen) hanno riportato una correlazione positiva, sia tra collaborazione e risultato che tra consenso e risultato.

Questa correlazione sta a dimostrare che dal momento in cui si inizia una psicoterapia è inevitabile che il rapporto umano sia un fattore fondamentale per poter svolgere un lavoro efficace. Durante la psicoterapia il paziente dovrà esporre al terapeuta i suoi problemi più intimi e riservati, se non avesse intenzione di collaborare o di decidere che obiettivi raggiungere come potrebbe essere predisposto al cambiamento? Ottenere il consenso sugli obiettivi da raggiungere e la collaborazione permette di creare un legame più solido e genuino. Il paziente avrà la possibilità di decidere come agire sui propri problemi, e verrà sostenuto dal terapeuta in questo.

Dai risultati della metanalisi di Birch, Tyron, & Verkuilen (2018) si possono proporre alcuni consigli di pratiche utili ai terapeuti per poter ottenere un buon risultato a fine trattamento e quindi un cambiamento nel paziente. Il terapeuta deve fornire un feedback regolare al paziente per fargli capire come sta procedendo la psicoterapia e per renderlo consapevole dei propri progressi, e deve saper ascoltare i pazienti e basarsi sulle loro considerazioni per formulare i piani di trattamento. In questo modo il paziente acquisirà maggior sicurezza in sé stesso e si sentirà capace di prendere decisioni per il proprio miglioramento. Il terapeuta, in collaborazione col paziente, deve anche essere capace di fornire dei compiti che rispondano agli obiettivi di trattamento. Si partirà da compiti più semplici che via via diverranno più difficili (quasi come fosse un piano di allenamento fisico). Inoltre, è bene che il terapeuta ascolti ciò che il paziente ha da dire riguardo ai compiti, critiche ad esempio, e che sia disposto dunque a modificarli perché si adattino al meglio alla persona che ha in terapia. Prima di iniziare il lavoro bisogna che terapeuta e paziente si accordino sugli obiettivi di trattamento ed il modo in cui questi devono essere raggiunti. Come già anticipato nel capitolo 3 questi devono essere sentiti propri e compresi dal paziente.

Dallo studio di Halvorsen, McLeod, Nissen-Lie, Oddli, & Rønnestad (2021) è emerso il concetto di “allineamento”, il quale indica che il paziente ed il terapeuta si muovono nella stessa direzione, rimanendo sulla stessa lunghezza d’onda. Perché questo accada è bene che si ottenga la

collaborazione. Se questa viene ottenuta all'inizio della terapia sarà più facile raggiungere un buon risultato (Goode, Penix, Spencer, Trusty, & Swift; 2019), il cliente sarà maggiormente predisposto a svolgere i compiti di terapia, sarà maggiormente motivato e avrà fiducia che la terapia funzioni. Non è assicurato comunque, nel momento in cui la collaborazione non si ottenga subito all'inizio, che la terapia avrà esito negativo; ma sarà più complicato, ad esempio può succedere che il paziente perda la voglia di continuare non sentendosi compreso dal terapeuta.

Il terapeuta deve essere capace di utilizzare strategie per poter creare una buona collaborazione nelle prime sessioni di psicoterapia (Goode, Penix, Spencer, Trusty, & Swift; 2019). Questo può essere fatto stimolando la forza del cliente, rendendolo cosciente dell'importanza che hanno le sue idee e le sue preferenze all'interno del processo di terapia. In questo modo il paziente, avendo l'opportunità di prendere le decisioni, si sentirà capace di scegliere ciò che è giusto per lui e si percepirà padrone del suo cambiamento.

Le tecniche esposte sopra per ottenere consenso sugli obiettivi da raggiungere e collaborazione possono essere considerate in un'ottica orientata al futuro (Halvorsen, McLeod, Nissen-Lie, Oddli, & Rønnestad; 2021). Il terapeuta utilizza queste tecniche sia per ottenere un buon risultato finale nel trattamento, e sia per permettere al cliente di acquisire delle capacità per sapersi autogestire, organizzare e affrontare al meglio la propria vita una volta finita la terapia. L'obiettivo ultimo di quest'ottica è fornire suggerimenti utili ai terapeuti perché riescano a raggiungere questo traguardo nelle loro relazioni terapeutiche.

4.1 Limiti della ricerca e prospettive future

Come in tutti gli studi, anche quelli presi in considerazione in questo scritto presentano dei limiti.

Nell'articolo di Birch, Tyron, & Verkuilen (2018), ad esempio, la maggior parte degli studi, analizzati nelle metanalisi, valutano il consenso sull'obiettivo e la collaborazione in un singolo momento durante il trattamento. Nella pratica però gli obiettivi cambiano durante la terapia e il consenso evolve, per cui la ricerca sugli elementi della relazione terapeutica dovrebbe riflettere questa realtà valutandoli frequentemente durante la terapia (Birch, Tyron, & Verkuilen; 2018).

Tra i diversi limiti presenti nell'articolo di Halvorsen, McLeod, Nissen-Lie, Oddli, & Rønnestad (2021) si trova, per esempio, un numero estremamente esiguo di campioni presi in considerazione. Per fornire dei risultati più soddisfacenti e utili bisognerebbe analizzare un campione più grande, prendere in considerazione diverse tipologie di pazienti, di terapeuti (non solo terapeuti esperti) e di contesti (Halvorsen, McLeod, Nissen-Lie, Oddli, & Rønnestad; 2021).

L'ultimo articolo che è stato preso in considerazione è quello di Goode, Penix, Spencer, Trusty, & Swift (2019). In questo caso lo studio fornisce unicamente una spiegazione teorica, basata su studi precedenti, dell'importanza di ottenere la collaborazione nelle prime sessioni di terapia. Questo tipo di analisi può portare unicamente a confermare gli studi precedenti, bisognerebbe mettere in pratica quanto esposto a livello teorico per avere una dimostrazione evidente di quanto influisca una collaborazione precoce nell'esito della psicoterapia.

In conclusione, sono stati presentati articoli che dimostrano come l'accordarsi sugli obiettivi da raggiungere e il creare una relazione collaborativa in psicoterapia portino ad un cambiamento positivo del paziente. Sarebbe interessante per le ricerche future focalizzarsi anche sugli aspetti relazionali utili per "aggiustare" una relazione terapeutica nel momento in cui non si riesce a ottenere, nelle prime sessioni, collaborazione o consenso sugli obiettivi da raggiungere.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN, S. J., & HILSENROTH, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171.
- AMBLE, I., GUDE, T., STUBDAL, S., OKTEDALEN, T., SKJORTEN, A. M., ANDERSEN, B. J., SOLBAKKEN O. A., BRORSON H. H., ARNEVIK E., LAMBERT M. J., WAMPOLD B. E. (2014). Psychometric properties of the Outcome Questionnaire-45.2: The Norwegian version in an international context. *Psychotherapy Research*, 24, 504–513.
- BERDONDINI, L., ELLIOTT, R., & SHEARER, J. (2012). Collaboration in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 159-167.
- BORDIN, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- BRUININKS, P., & MALLE, B. F. (2005). Distinguishing hope from optimism and related affective states. *Motivation and emotion*, 29(4), 324-352.
- BUSSERI, M. A., & TYLER, J. D. (2004). Client-Therapist Agreement on Target Problems, Working Alliance, and Counseling Outcome. *Psychotherapy Research*, 14(1), 77–88.
- COOPER, M. (2019b, March). Directionality: A Rosetta Stone for psychotherapy.
- COX, W. M., & KLINGER, E. (Eds.). (2004). *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment*. John Wiley & Sons.
- DATTILIO, F. M., & HANNA, M. A. (2012). Collaboration in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 146-158.
- DI MALTA, G. S., ODDLI, H. W., & COOPER, M. (2019). From intention to action: A mixed methods study of clients' experiences of goal-oriented practices. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 1770–1789.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R. L., FLEISS, J. L., & COHEN, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.

- FLÜCKIGER, C., DEL RE, A. C., WAMPOLD, B. E., & HORVATH, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316.
- FRANK, J. D., & FRANK, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- GASTON, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(1), 68–74.
- GROSSE HOLTFOORTH, M., GRAWE, K., & CASTONGUAY, L. G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research, 16*, 639–644.
- HARDY, G. E., CAHILL, J., SHAPIRO, D. A., BARKHAM, M., REES, A., & MACASKILL, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 841–845.
- HATCHER, R. L. (1999). Therapists' view of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research, 9*, 405–423.
- HATCHER, R. L., & GILLASPY, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*, 12–25.
- HOLTFOORTH, M. G., WYSS, T., SCHULTE, D., TRACHSEL, M., & MICHALAK, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*(3), 279–290.
- HORVATH, A. O., & GREENBERG, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223–233.
- KAZANTZIS, N., & KELLIS, E. (2012). A special feature on collaboration in psychotherapy [Editorial]. *Journal of Clinical Psychology, 68*(2), 133–135.
- LAMBERT, M. J., & CATTANI, K. (2012). Practice-friendly research review: Collaboration in routine care. *Journal of Clinical Psychology, 68*(2), 209–220.
- LAMBERT, M. J., BURLINGAME, G. M., UMPHRESS, V., HANSEN, N. B., VERMEERSCH, D. A., CLOUSE, G. C., & YANCHAR, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 249–258.

- LAMBERT, M. J., MORTON, J. J., HATFIELD, D., HARMON, C., HAMILTON, S., REID, R. C. (2004). Administration and scoring manual for the OQ®-45.2. OQ-Measures. Brigham Young University, Provo, UT.
- LAVIK, K. O., FRØYSA, H., BRATTEBØ, K. F., MCLEOD, J., & MOLTU, C. (2018). The first sessions of psychotherapy: A qualitative meta-analysis of alliance formation processes. *Journal of Psychotherapy Integration, 28*(3), 348–366.
- LINDHIEM, O., BENNETT, C. B., TRENTACOSTA, C. J., & MCLEAR, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(6), 506-517.
- LUBORSKY, L., BARBER, J. P., & DIGUER, L. (1992). The meanings of narratives told during psychotherapy: The fruits of a new observational unit. *Psychotherapy Research, 2*(4), 277–290.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, 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.
- MALLE, B. F., & KNOBE, J. (1997). The folk concept of intentionality. *Journal of experimental social psychology, 33*(2), 101-121.
- MANDER, J. V., WITTORF, A., SCHLARB, A., HAUTZINGER, M., ZIPFEL, S., & SAMMET, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 105–116.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., & GASTON, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(1), 46–52.
- MICHALAK, J., HEIDENREICH, T., & HOYER, J. (2004). Goal conflicts: Concepts, findings, and consequences for psychotherapy. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (pp. 83–98). Wiley.
- MILLER, W. R., & ROSE, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American psychologist, 64*(6), 527.
- MOYERS, T. B., & ROLLNICK, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of clinical psychology, 58*(2), 185-193.

- MUNTIGL, P., KNIGHT, N., & WATKINS, A. (2012). Working to keep aligned in psychotherapy: Using nods as a dialogic resource to display affiliation. *Language and Dialogue*, 2, 9–27.
- NORCROSS, J. C., & LAMBERT, M. J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II* (Vol. 48, No. 1, p. 4). Educational Publishing Foundation.
- NORCROSS, J. C., & LAMBERT, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- ODDLI, H. W., & RØNNESTAD, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research*, 22, 176–193.
- ODDLI, H. W., MCLEOD, J., NISSEN-LIE, H. A., RØNNESTAD, M. H., & HALVORSEN, M. S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 77(6), 1307-1329.
- ODDLI, H. W., MCLEOD, J., REICHELT, S., & RØNNESTAD, M. H. (2014). Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16, 245–266.
- OLDHAM, M., KELLETT, S., MILES, E., & SHEERAN, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 928.
- OWEN, J., REESE, R. J., QUIRK, K., & RODOLFA, E. (2013). Alliance in action: A new measure of clients' perceptions of therapists' alliance activity. *Psychotherapy Research*, 23, 67–77.
- PERUGINI, M., & BAGOZZI, R. P. (2004). The distinction between desires and intentions. *European Journal of Social Psychology*, 34(1), 69-84.
- RØNNESTAD, M. H. (2009). An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy.
- SHAPIRO, D. A., & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604.
- SHARF, J., PRIMAVERA, L. H., & DIENER, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 47(4), 637.

- SMITH, M. L., GLASS, G. V., & MILLER, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- SPENCER, J., GOODE, J., PENIX, E. A., TRUSTY, W., & SWIFT, J. K. (2019). Developing a collaborative relationship with clients during the initial sessions of psychotherapy. *Psychotherapy, 56*(1), 7.
- STILES, W. B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L. M. (1999). Treatment process research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher, & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 364–402). John Wiley & Sons Inc.
- SWIFT, J. K., CALLAHAN, J. L., COOPER, M., & PARKIN, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1924-1937.
- SWIFT, J. K., CALLAHAN, J. L., COOPER, M., & PARKIN, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1924–1937.
- SWIFT, J. K., CALLAHAN, J. L., IVANOVIC, M., & KOMINIAC, N. (2013). Further examination of the psychotherapy preference effect: A meta-regression analysis. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(2), 134.
- TRACEY, T. J., & KOKOTOVIC, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 207–210.
- TRYON, G. S., & WINOGRAD, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy, 38*, 385–389.
- TRYON, G. S., & WINOGRAD, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy, 48*, 50–57.
- TRYON, G. S., BIRCH, S. E., & VERKUILEN, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 55*(4), 372–383.
- VON DER LIPPE, A. L., ODDLI, H. W., & HALVORSEN, M. S. (2019). Therapist strategies early in therapy associated with good or poor outcomes among clients with low proactive agency. *Psychotherapy Research, 29*, 383–402.

- VOUTILAINEN, L., PERÄKYLÄ, A., & RUUSUVUORI, J. (2010). Misalignment as a therapeutic resource. *Qualitative Research in Psychology, 7*, 299–315.
- WISEMAN, H., TISHBY, O., & BARBER, J. P. (2012). Collaboration in psychodynamic psychotherapy. *Journal of clinical psychology, 68*(2), 136-145.
- YEOMANS, F. E., GUTFREUND, J., SELZER, M. A., CLARKIN, J. F., HULL, J. W., & SMITH, T. E. (1994). Factors related to dropouts by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3*, 16–24.