



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

**Integrità del trattamento, credibilità e
alleanza terapeutica nelle psicoterapie
per la depressione: uno studio meta-
analitico**

**Treatment integrity, credibility and therapeutic alliance in
psychotherapies for depression: a meta-analytic study**

Relatore

Prof. Claudio Gentili

Correlatrice esterna

Prof.ssa Ioana Alina Cristea

Laureanda: Morena Sacco Comis
Matricola: 1234179

Anno Accademico 2020-2021

SOMMARIO

ABSTRACT	2
1.INTRODUZIONE	3
<i>1.1 La psicoterapia e le ragioni della sua efficacia</i>	<i>3</i>
1.1.1 Il dibattito sui fattori che rendono efficace la psicoterapia: fattori comuni e fattori specifici.....	4
1.1.2 Rassegna generica della letteratura sui fattori comuni.....	6
1.1.2.1 Fattori comuni relativi al paziente	6
1.1.2.2. Fattori comuni extra-terapeutici	7
1.1.2.3 Fattori comuni che fanno riferimento alla relazione terapeutica	8
1.1.2.4 Accenno ai fattori comuni che fanno riferimento alle aspettative e all'effetto placebo	8
1.1.2.5 Accenno ai fattori comuni legati al terapeuta	9
1.1.2.6 Accenno al ruolo di competenza e aderenza	10
1.1.3 Rassegna della letteratura riguardo ai fattori comuni ascrivibili al terapeuta	10
1.1.4 Futuri sviluppi della ricerca.....	13
<i>1.2 Obiettivi dello studio.....</i>	<i>15</i>
1.2.1 Definizione dei fattori oggetto di studio	16
1.2.1.1 Aderenza al protocollo terapeutico.....	16
1.2.1.2 Competenza dello psicoterapeuta	17
1.2.1.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente	17
1.2.1.4 Alleanza terapeutica	18
1.2.2 Metodi di misura dei fattori oggetto di studio.....	18
1.2.2.1 Aderenza al protocollo terapeutico.....	18
1.2.2.2 Competenza dello psicoterapeuta	19
1.2.2.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente	20
1.2.2.4 Alleanza terapeutica	21
1.2.3 Rassegna della letteratura riguardo ai fattori comuni oggetto di studio.....	21
1.2.3.1 Competenza dello psicoterapeuta	21
1.2.3.2 Aderenza al protocollo terapeutico.....	23
1.2.3.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente	25
1.2.3.4 Alleanza terapeutica	26
2. METODO.....	29
<i>2.1 Database di riferimento.....</i>	<i>29</i>

2.2	<i>2.2 Criteri di inclusione e di esclusione della meta-analisi</i>	31
2.3	<i>2.3 Modalità di identificazione e di selezione degli studi</i>	32
2.4	<i>2.4 Meta-analisi</i>	32
3.	RISULTATI	34
3.1	<i>3.1 Selezione e inclusione degli studi</i>	34
3.2	<i>3.2 Studi esclusi</i>	36
3.3	<i>3.3 Caratteristiche degli studi inclusi</i>	37
3.3.1	<i>3.3.1 Studi che misurano in modo quantitativo uno o più fattori</i>	37
3.3.1.1	<i>3.3.1.1 Competenza dello psicoterapeuta</i>	38
3.3.1.2	<i>3.3.1.2 Aderenza al protocollo terapeutico</i>	39
3.3.1.3	<i>3.3.1.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente</i>	42
3.3.1.4	<i>3.3.1.4 Alleanza terapeutica</i>	42
3.3.2	<i>3.3.2 Studi che riportano i risultati di una scala di misura quantitativa sotto forma di commento descrittivo/qualitativo</i>	44
3.3.3	<i>3.3.3 Studi che non riportano i risultati di una scala di misura quantitativa</i>	45
3.3.4	<i>3.3.4 Studi nei quali viene utilizzata la supervisione e per la quale viene riportato un commento descrittivo/qualitativo</i>	45
3.3.5	<i>3.3.5 Studi che non riportano alcun commento o risultato della supervisione</i>	46
3.4	<i>3.4 Caratteristiche degli studi che presentano misure quantitative</i>	46
3.5	<i>3.5 Risultati della meta-analisi</i>	54
4.	DISCUSSIONE ED INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI	57
4.1	<i>4.1 Considerazioni generali</i>	57
4.1.1	<i>4.1.1 Considerazioni in merito al fattore aderenza al protocollo terapeutico</i>	59
4.1.2	<i>4.1.2 Considerazioni in merito al fattore competenza dello psicoterapeuta</i>	60
4.1.3	<i>4.1.3 Considerazioni in merito al fattore credibilità della psicoterapia/aspettative del paziente</i>	61
4.1.4	<i>4.1.4 Considerazioni in merito al fattore alleanza terapeutica</i>	61
4.2	<i>4.2 Conclusioni, suggerimenti e direzioni future</i>	63
	Riferimenti bibliografici	65

ABSTRACT

Contesto: la scienza si interroga da decenni riguardo a quali siano i fattori responsabili del miglioramento clinico dei pazienti. Nello specifico, ci si chiede se siano i trattamenti terapeutici, con le relative tecniche e strumenti, a determinare l'outcome terapeutico o se invece il miglioramento dei sintomi sia imputabile a fattori comuni a tutti i trattamenti terapeutici. I risultati sperimentali non portano ad una risoluzione di questo dilemma. Numerosi studi hanno comunque sancito il contributo di alcuni fattori comuni tra psicoterapie nella determinazione del miglioramento clinico.

Metodo: per questo studio è stata eseguita una revisione sistematica della letteratura su studi che comparavano due o più trattamenti per la depressione in termini di efficacia. L'obiettivo dello studio era quello di verificare se quattro fattori comuni tra psicoterapie venissero considerati e quantificati all'interno di 120 RCT. I criteri di inclusione di questo studio erano quindi caratterizzati dalla presenza di una valutazione di almeno uno tra i seguenti fattori comuni: competenza del terapeuta, aderenza al trattamento, credibilità della psicoterapia/aspettative del paziente e alleanza terapeutica. I 120 RCT esaminati per questo studio erano codificati all'interno di un database (Cuijpers et al., 2021). La misura dell'effetto è stata calcolata come differenza media standardizzata tra CBT e altre psicoterapie. Il confronto è stato eseguito sulla CBT perché era la condizione maggiormente presente negli studi. Le differenze medie standardizzate sono state trasformate in *g* di Hedges aggiustato. Sono state eseguite due analisi, una per le misurazioni pre-trattamento e una per quelle post-trattamento. L'eterogeneità statistica è stata controllata.

Risultati: su 201 studi (120 paper principali e 81 paper secondari) che comparavano due o più trattamenti per la cura della depressione, 129 riportavano una valutazione o una misurazione di almeno uno dei fattori oggetto di studio. Le modalità di valutazione dei quattro costrutti erano eterogenee, e per questo motivo gli studi sono stati categorizzati nelle seguenti categorie: studi che riportano misurazioni quantitative, studi che riportano risultati di scale di misura quantitative tramite commento descrittivo, studi che non riportano risultati riguardo a scale di misura quantitative, studi nei quali viene utilizzata la supervisione, e per la quale gli esiti vengono riportati sotto forma di commento qualitativo e infine studi che riportano di aver utilizzato la supervisione ma che non illustrano esiti della stessa. Il costrutto maggiormente indagato in termini quantitativi era l'aderenza al trattamento. L'unico fattore che disponeva di dati sufficienti per essere sottoposto a statistiche meta-analitiche era l'alleanza terapeutica. Sono state eseguite due analisi, una per le misurazioni dell'alleanza terapeutica pre-trattamento e una per le misurazioni effettuate post-trattamento. Quando l'alleanza terapeutica veniva valutata a inizio trattamento non vi erano differenze tra CBT ed altri trattamenti. L'eterogeneità era molto elevata. Quando l'alleanza terapeutica veniva misurata post trattamento la differenza tra CBT ed altri trattamenti era vicina alla significatività statistica, senza però superare tale soglia. L'eterogeneità era piccola, ma l'intervallo di confidenza molto ampio.

Discussione: da questa revisione sistematica è emersa una ridotta valutazione dei quattro fattori comuni oggetto di studio. Le modalità di valutazione dei fattori erano molto eterogenee, e hanno reso difficoltosa l'elaborazione statistica. Solo il fattore alleanza terapeutica riportava infatti dati sufficienti per il calcolo dell'effetto. Gli studi considerati per il calcolo dell'ES erano però pochi. Per questo motivo i risultati ottenuti da questa meta-analisi non possono essere ritenuti stabili.

1.INTRODUZIONE

1.1 La psicoterapia e le ragioni della sua efficacia

La psicoterapia viene definita dall'enciclopedia Treccani (2021) come:

ogni forma d'intervento terapeutico nei confronti di disturbi mentali, emotivi e comportamentali, impostato e condotto a termine con tecniche psicologiche (alle quali può aggiungersi il complemento farmacologico), ispirato a principi e metodi diversi, con il fine di migliorare l'adattamento dei pazienti all'esistenza e alla realtà circoscrivendo cause e natura di disadattamenti, conflitti, situazioni critiche: cosicché si parla di psicoterapia individuale o di psicoterapia di gruppo (e più in particolare di psicoterapia della famiglia), a seconda che l'intervento sia effettuato su uno o più individui coinvolti nell'azione prescelta.

Il termine psicoterapia è formato da psico, in greco *ψυχο*, ossia "anima" e da terapia, dal greco *θεραπεία*, ovvero "cura" (Wikizionario, 2018).

La psicoterapia viene solitamente utilizzata e praticata in presenza di una psicopatologia inquadrata e diagnosticata. Questa patologia genera disagio e malessere in chi ne è portatore. Questo disagio si esprime attraverso un malessere psicologico e/o psicofisico, che il paziente porta e riporta, e che viene trattato tramite l'uso delle tecniche terapeutiche prescritte dall'orientamento a cui si ispira il terapeuta. Esistono numerose tipologie di orientamento psicoterapico, ognuna con fondamenti teorici e pratico/applicativi diversi. In linea di massima è possibile affermare che (quasi) ogni orientamento terapeutico garantisca efficacia empirica (Rosenzweig, 1936). Esistono tuttavia anche evidenze scientifiche che dimostrano una maggiore efficacia da parte di determinate tipologie di psicoterapia (e delle relative tecniche e strumenti) nel trattamento di specifici disturbi: un esempio è quello dato dalla maggiore efficacia dell'esposizione in vivo per trattare le fobie specifiche (Choy et al., 2007).

Quali siano i fattori che rendano la psicoterapia efficace nel trattare le psicopatologie è ancora oggetto di un dibattito molto sentito dagli studiosi del settore. In particolare, ci si chiede se siano le tecniche e gli strumenti di un determinato orientamento a garantire il miglioramento clinico, oppure se la riuscita di un intervento sia attribuibile a fattori trasversali a tutti i tipi di orientamento terapeutico.

1.1.1 Il dibattito sui fattori che rendono efficace la psicoterapia: fattori comuni e fattori specifici

Fin dagli inizi del '900 gli scienziati iniziarono a chiedersi quali fossero i fattori che rendessero l'intervento terapeutico efficace. Rosenzweig, nel 1936, fu il primo a sostenere che i fattori comuni tra orientamenti terapeutici avessero un ruolo fondamentale nel miglioramento clinico del paziente. Questa intuizione fu dovuta al fatto che le ricerche dell'epoca dimostravano un'efficacia comparabile tra tutti gli orientamenti terapeutici. Per motivare questa evidenza, Rosenzweig fu il primo a sostenere il ruolo dei fattori comuni a tutte le psicoterapie.

L'intuizione di Rosenzweig generò un dibattito importante all'interno della comunità scientifica. Alcuni studiosi sostennero infatti che la psicoterapia fosse efficace in virtù degli strumenti e delle tecniche che la caratterizzano (i fattori specifici), mentre altri scienziati ritennero invece che i fattori comuni e trasversali ai vari tipi di trattamento fossero determinanti per l'efficacia clinica. Prima di addentrarsi in questo dibattito è bene far luce su alcune espressioni utilizzate. Coloro che sostengono il ruolo dei fattori comuni, affermano che le psicoterapie sono tutte ugualmente efficaci per merito di alcuni fattori che sono condivisi da tutti gli orientamenti (Duncan, 2002). I fattori specifici riguardano invece caratteristiche peculiari del tipo di orientamento psicoterapico, come gli strumenti e le tecniche specifiche che definiscono un particolare trattamento psicologico (Chatoor & Krupnick, 2001.). Il dibattito su fattori comuni e specifici è presente tutt'oggi. In virtù di ciò, una recente *review* cerca di fare luce su questo importante dibattito (Mulder et al., 2017). Gli scienziati che sostengono il primato dei fattori specifici in psicoterapia basano questa assunzione su risultati sperimentali, che mostrano la superiorità di un dato intervento rispetto ad un altro. Tra questi viene citato lo studio di Tolin (2010), il quale riporta una maggiore efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) rispetto alla terapia psicodinamica nel trattamento di pazienti con disturbi d'ansia e disturbi depressivi (Mulder et al., 2017). Questo, ed altri risultati sperimentali mostrano una maggiore efficacia di un certo trattamento rispetto ad altri, e quindi la superiorità di determinate tecniche e strumenti (fattori specifici). Dall'altra parte invece, coloro che credono nel ruolo dei fattori comuni basano questa conclusione su studi scientifici che dimostrano che le psicoterapie abbiano un'efficacia comparabile. Ad esempio, i risultati di una meta-analisi che confronta l'efficacia di sette tipologie di psicoterapia in pazienti depressi, dimostrano un'efficacia comparabile tra tutti i trattamenti valutati (Barth et al., 2013). I

sostenitori del ruolo dei fattori comuni (il cosiddetto “verdetto *Dodo Bird*”) motivano questa evidenza affermando che tutti gli approcci terapeutici siano uguali in termini di efficacia, e che le differenze tra psicoterapie vengano tenute sotto controllo dai fattori comuni a tutti gli orientamenti (Duncan, 2002).

Da un punto di vista metodologico, i sostenitori della teoria dei fattori specifici basano le loro assunzioni su studi randomizzati e controllati (*randomized controlled trial*, RCT), che comparano due o più tipi di psicoterapia. Questo tipo di studio presenta però dei limiti ben specifici: innanzitutto nei RCT viene prioritizzata la validità interna a scapito di quella esterna durante il campionamento. Questo rende di fatto i risultati poco generalizzabili alla popolazione generale. Inoltre, i trattamenti erogati nei RCT differiscono da quelli realizzati nella popolazione generale, poichè nei RCT viene assicurato, tramite test opportuni, che i terapeuti siano competenti e aderenti al trattamento, cosa che chiaramente non può essere verificata nella popolazione generale (Mulder et al., 2017). Oltre a ciò, alcune condizioni e alcuni fenomeni, possono minare le conclusioni di efficacia alle quali i RCT giungono. Come riportato da Cuijpers e collaboratori (2019), è possibile che nei RCT sia presente una condizione sperimentale di confronto che è designata per fallire. Si parla infatti di “*intent-to-fail treatments*” (Westen et al., 2004, cit. in Cuijpers et al., 2019), e quindi di trattamenti di confronto che vengono inseriti perché aventi una minore efficacia clinica. Inoltre, non va sottovalutata la presenza dell’effetto dell’aspettativa. Uno scienziato che appoggia un determinato tipo di trattamento tenderà maggiormente a leggere e interpretare i risultati in favore di quel determinato trattamento (Cuijpers et al., 2019).

Negli anni, i sostenitori dei fattori comuni hanno elaborato alcuni modelli esplicativi dell’efficacia terapeutica e dei fattori che la determinano. Il più importante è il modello contestuale (Wampold, 2015). Secondo questo modello, una psicoterapia porta ad esiti positivi se sono presenti alcune condizioni. Queste hanno a che fare in primis con la formazione di un legame relazionale di base tra paziente e terapeuta. Una volta che il legame si è insediato la terapia si sviluppa attraverso tre percorsi. Il primo è la relazione, intesa come formazione di un legame profondo con un terapeuta empatico e ricettivo. Il secondo elemento è determinato dalle aspettative del paziente. Una volta che il paziente comprende il suo disturbo, il modo con il quale si è sviluppato e soprattutto il fatto che è possibile guarire, egli inizia ad elaborare aspettative di riuscita. Le aspettative si creano perché il paziente sperimenta un trattamento che lui ritiene accettabile e che pensa sia risolutivo per i suoi problemi. Il terzo fattore è determinato dagli elementi che

caratterizzano l'intervento terapeutico, e quindi dalle tecniche e dagli strumenti utilizzati (Cuijpers et al, 2019). Strumenti e tecniche del trattamento favoriscono le aspettative del paziente, e lo portano a realizzare azioni positive e cambiamenti sani. I cambiamenti positivi si verificano perché il terapeuta, tramite strumenti e tecniche specifiche, porta ad esempio il paziente a pensare in modo meno disfunzionale (tramite tecniche CBT), ad esprimere le emozioni (attraverso tecniche focalizzate sull'espressione emotiva), ad assumere la prospettiva degli altri (mediante interventi di mentalizzazione) e così via (Wampold, 2015). Riguardo al modello contestuale è stata pubblicata una meta-analisi, la quale stabilisce il peso dei vari fattori del modello. In questo studio viene dimostrato che il 30% del miglioramento clinico del paziente sia attribuibile ai fattori comuni, il 15% a fattori specifici, il 40% a fattori extra-terapeutici mentre il 15% all'effetto placebo (Lambert, 1992, cit. in Cuijpers et al., 2019). Per concludere, ad oggi risulta ancora difficile dare una risposta univoca su quali siano i fattori responsabili dell'efficacia terapeutica. Mulder (2017) però, nella sua *review*, sostiene che le due teorie sono in realtà meno divergenti di quanto sembra. I sostenitori dei fattori specifici concordano infatti sul fatto che anche i fattori comuni abbiano un effetto. Inoltre, anche i sostenitori dei fattori comuni riconoscono il primato di alcune tecniche terapeutiche, rispetto ad altre, nella cura di determinate psicopatologie (Mulder et al., 2017).

1.1.2 Rassegna generica della letteratura sui fattori comuni

Verranno ora passati in rassegna i principali risultati sperimentali riguardo ai fattori comuni più rilevanti.

Secondo Asay & Lambert (2006), i fattori comuni tra psicoterapie possono essere suddivisi nelle seguenti categorie: caratteristiche del cliente e fattori extra-terapeutici, relazione terapeutica, aspettative ed effetto placebo.

1.1.2.1 Fattori comuni relativi al paziente

Tra i fattori che riguardano il cliente alcuni elementi rilevanti possono essere la gravità del disturbo presentato, la motivazione, la capacità di stare in relazione, la forza, la mentalità e la capacità di identificare un problema (Lambert & Anderson, 1996; Lambert & Asay, 1984 cit. in Asay & Lambert, 2006). Uno studio ha indagato il rapporto tra la motivazione del paziente e il miglioramento clinico. I risultati evidenziano un effetto positivo della motivazione sull'outcome, e una correlazione

positiva tra motivazione e partecipazione del paziente. Si evidenzia inoltre la presenza di una associazione negativa tra motivazione del paziente e ostilità dello stesso. I risultati di questo studio riportano inoltre la presenza di una relazione negativa tra motivazione del paziente e affettività negativa del terapeuta (Keithly et al., 1980). Sebbene la ricerca riporti generalmente la presenza di un'associazione positiva tra motivazione e miglioramento clinico, è importante affermare che questa associazione dipenda anche dalle modalità con le quali la motivazione viene misurata, dalla popolazione di riferimento e dagli outcome presi in considerazione (Constantino et al., 2021). Quando la motivazione viene misurata tramite self-report del paziente i risultati sono talvolta contraddittori. In uno studio che ha come target soggetti con disturbo da attacchi di panico la relazione tra motivazione auto-riportata e miglioramento clinico è risultata essere positiva (Keijsers et al., 1994, cit. in Constantino et al., 2021). Tuttavia, in un altro studio, basato su pazienti che soffrono di disturbo ossessivo compulsivo, la motivazione non correla col miglioramento dei sintomi (Vogel et al., 2006, cit. in Constantino et al., 2021). Negli studi dove la motivazione viene valutata da un *rater* esterno i risultati sono più coerenti, e riportano la presenza di una relazione positiva tra motivazione e miglioramento dei sintomi. In uno studio è stata infatti dimostrata un'associazione negativa tra la resistenza del paziente (che è un indicatore di bassa motivazione), e il peggioramento degli outcome. Nonostante ciò, in questo studio la motivazione self-report non era associata ad outcome peggiori (Westra, 2011, cit. in Constantino et al., 2021).

1.1.2.2. Fattori comuni extra-terapeutici

Per quanto riguarda le variabili extra-terapeutiche, alcune informazioni possono essere estrapolate dalla letteratura sulla remissione spontanea (Asay & Lambert, 2006). Alcuni dei fattori che possono avere un ruolo nella remissione spontanea sono la presenza di supporto sociale, la durata del disturbo e l'eventuale comorbilità con disturbi della personalità (Andrews & Tennant, 1978; Lambert, 1976; Mann et al., 1981, cit. in Asay & Lambert, 2006). Una meta-analisi cerca di far luce sulla relazione tra supporto sociale percepito dal paziente e miglioramento dei sintomi. I risultati di questo studio riportano la presenza di una relazione piccola, seppur significativa, tra supporto sociale percepito e miglioramento sintomatico. Questa associazione era presente sia in caso di misurazioni self-report che in presenza di misure più oggettive (Roehrle & Strouse, 2008, cit. in Constantino et al., 2021). In uno studio recente, è stato valutato il ruolo del

supporto sociale nel trattamento di pazienti depressi. Anche in questo studio l'associazione che emerge è positiva (Zeeck et al., 2016, cit. in Constantino et al., 2021). Sebbene sembri esserci una relazione positiva tra supporto sociale e outcome terapeutico, altri studi hanno riportato risultati eterogenei. In alcuni trial le associazioni emerse erano negative, mentre in alcuni studi non viene rilevata alcuna associazione tra supporto sociale ed outcome terapeutico (Constantino et al., 2021).

1.1.2.3 Fattori comuni che fanno riferimento alla relazione terapeutica

Per quanto riguarda la relazione terapeutica, numerosi studi sanciscono il suo fondamentale ruolo nella determinazione dell'outcome. Per una disamina completa sul ruolo dell'alleanza terapeutica si rimanda al paragrafo 1.2.3.4. Alcuni studi hanno comunque valutato il peso dell'empatia nella relazione terapeutica, e quindi nel miglioramento clinico. L'empatia è un fattore comune fondamentale, e viene definita come la capacità di un individuo di identificare e provare gli stati mentali ed emotivi altrui, e di identificarsi nelle altre persone cercando di adottare la loro prospettiva (Wampold, 2015). L'empatia si sviluppa in età evolutiva, ed è legata alla teoria della mente (Dalsant et al., 2015). È una caratteristica rilevante nella relazione terapeutica, ed è legata al primo fattore del modello contestuale, ossia quello relativo alla relazione profonda (Wampold, 2015). Chiaramente, per motivi etici e di design, l'empatia non è una variabile manipolabile negli studi, e per questo motivo l'esistenza di un eventuale rapporto causale non può essere verificata. L'unico modo per comprendere se l'empatia possa avere qualche legame con l'outcome terapeutico è quello di verificarne la correlazione (Wampold, 2015). In uno studio meta-analitico (Elliott et al., 2011) che valuta il legame tra empatia ed outcome terapeutico, i risultati riportano la presenza di un effetto largo ($d=0.63$). In una meta-analisi più recente (Elliott et al., 2018) viene riportato un effect size di medie dimensioni ($r=.28$).

1.1.2.4 Accenno ai fattori comuni che fanno riferimento alle aspettative e all'effetto placebo

Come precedentemente accennato, anche le aspettative e l'effetto placebo hanno un peso nel miglioramento clinico (Asay & Lambert, 2006). In particolare, le aspettative del paziente nei confronti del trattamento rendono conto del 15% della varianza dell'outcome terapeutico (Lambert, 1992). In uno studio è stata dimostrata la presenza di una relazione positiva tra aspettative e outcome terapeutico (Garfield, 1994 cit. in

Asay & Lambert, 2006). Da una meta-analisi emerge un'associazione che va da piccola a moderata tra le aspettative del paziente e il miglioramento clinico ($r=.18$). Gli studi considerati riportavano però una forte eterogeneità, la quale potrebbe essere spiegata dalla presenza di moderatori. Ad ogni modo, i moderatori valutati in questo studio (la diagnosi, il sesso, le modalità di trattamento) non hanno riportato esiti significativi (Constantino, Višlã et al., 2018, cit. in Constantino et al., 2021).

Per quanto riguarda l'effetto placebo, il suo effetto è ben documentato dallo studio NIMH (National Institute of Mental Health) Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin et al., 1989). In questo studio sono state confrontate la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia interpersonale, la farmacoterapia accompagnata da *clinical management* e infine un placebo sempre associato a *clinical management*. I risultati dello studio dimostrano un'efficacia equiparabile tra le due psicoterapie, ma riportano anche un effetto positivo per la condizione di placebo. Per ulteriori informazioni riguardo al ruolo delle aspettative del paziente e della credibilità della psicoterapia si rimanda al paragrafo 1.2.3.3.

1.1.2.5 Accenno ai fattori comuni legati al terapeuta

Anche alcune variabili ascrivibili al terapeuta hanno un peso nel miglioramento clinico del paziente, e possono per questo essere categorizzate come fattori comuni (Blow et al., 2007). In una meta-analisi si è cercato di determinare il peso delle variabili ascrivibili al terapeuta nei confronti dell'outcome clinico. In questo studio il 9% della varianza dell'outcome veniva spiegata da fattori ascrivibili al terapeuta (Crits-Cristoph et al., 1991, cit. in Blow et al., 2007). Un esempio di variabile ascrivibile al terapeuta è la lealtà al tipo di trattamento. La lealtà di un terapeuta al suo modello e la fiducia nelle sue capacità di metterlo in pratica incidono sulla riuscita dello stesso (Davis & Piercy, 2007a, 2007b; Sprenkle & Blow, 2004; Wampold, 2001, cit. in Blow et al., 2007). Inoltre, un recente studio suggerisce che l'apertura del terapeuta nei confronti dell'esperienza emotiva del paziente rappresenta un possibile fattore comune ai vari orientamenti (Fisher et al., 2016, cit. in Nahum et al., 2019). Da una meta-analisi che mette in relazione il favoreggiamento dell'espressione emotiva da parte del terapeuta e l'outcome terapeutico emerge un effect size di $r=.30$ (Diener et al., 2007). Per ulteriori informazioni riguardo al ruolo del terapeuta in psicoterapia si rimanda al paragrafo successivo (1.1.3).

1.1.2.6 Accenno al ruolo di competenza e aderenza

La presenza di un terapeuta competente e che aderisce al trattamento che eroga dovrebbe essere garantita per ogni studio che compara l'efficacia di psicoterapie. Benché competenza e aderenza facciano riferimento ad aspetti specifici di un orientamento terapeutico, la presenza di un terapeuta competente e aderente al proprio protocollo è considerato un fattore condiviso (almeno idealmente) tra i vari orientamenti psicoterapeutici. In una meta-analisi è stato valutato il peso che competenza e aderenza hanno nella determinazione dell'outcome. La relazione tra aderenza e outcome è risultata essere piccola, ma statisticamente significativa ($r=0.096$), mentre la relazione tra competenza ed outcome è risultata non statisticamente significativa ($r=0.026$) (Collyer et al., 2020). Tschuschke e collaboratori (2015) sostengono che, in generale, gli studi che indagano la relazione tra aderenza al trattamento e outcome terapeutici portano a risultati eterogenei (Baldwin & Imel, 2013; Webb et al., 2010, cit. in Tschuschke et al., 2015). Alla luce delle evidenze contraddittorie, non è possibile concludere sostenendo che l'aderenza al trattamento dei terapeuti non giochi un ruolo nel miglioramento clinico (Baldwin & Imel, 2013, cit. in Tschuschke et al., 2015). Per una disamina completa sul ruolo di competenza e aderenza si rimanda ai paragrafi 1.2.3.1. e 1.2.3.2.

1.1.3 Rassegna della letteratura riguardo ai fattori comuni ascrivibili al terapeuta

Come precedentemente sostenuto, le variabili ascrivibili allo psicoterapeuta hanno un peso notevole nella determinazione dell'outcome (Crits-Cristoph et al., 1991, cit. in Blow et al., 2007). La ricerca si sta focalizzando su numerose variabili e caratteristiche del terapeuta, con l'idea di avere un quadro più completo sugli elementi che contribuiscono al miglioramento clinico.

Un fattore degno di nota è sicuramente l'esperienza del terapeuta. Nei disegni sperimentali l'esperienza dei terapeuti viene solitamente espressa in termini di anni, e fa riferimento al momento presente. Per questo motivo il disegno sperimentale è di tipo *cross-sectionally*. Il problema della valutazione di questo fattore risiede nella presenza di alcune variabili confondenti. Anzitutto, la formazione è cambiata notevolmente negli anni, e la formazione di una volta differisce da quella odierna sotto alcuni aspetti. Inoltre, i terapeuti più esperti eseguono solitamente la supervisione su quelli meno esperti (Budge et al., 2013, cit. in Wampold & Owen, 2021). In uno studio si cerca di valutare il peso che l'esperienza del terapeuta abbia nel determinare l'outcome

terapeutico. I risultati di questo studio indicano che l'esperienza del clinico misurata alla fine del trattamento correla positivamente con il miglioramento clinico del paziente. Viene inoltre riportato un maggiore miglioramento dell'outcome in presenza di un training più intensivo. I risultati di questo studio sostengono però che l'expertise del terapeuta abbia un peso nella riuscita del trattamento solo quando quest'ultimo è di tipo strutturato. Un trattamento è strutturato se si basa su un manuale, il quale indica regole e tecniche in modo specifico. Se invece il trattamento non è strutturato la variazione di esperienza del terapeuta non incide sul risultato. La spiegazione di ciò potrebbe essere attribuita al fatto che in presenza di un manuale che indica per filo e per segno le "regole del gioco", coloro che seguono e rispettano queste regole e che hanno sviluppato una certa esperienza e abilità riguardo queste, tendono ad avere una miglior performance (Driscoll et al., 2003).

Vocisano e collaboratori (2004) hanno studiato l'impatto sul trattamento di alcune variabili riconducibili allo psicoterapeuta. Il campione di questo studio era caratterizzato da soggetti con depressione cronica. Le variabili oggetto di questo studio sono l'esperienza, il carico di lavoro, l'orientamento teorico, lo status della supervisione e la tipologia di tecnica utilizzata (modifica delle cognizioni, modifica del comportamento, modifica degli outcome ambientali, relazione tra storia sociale e comportamenti problema, discussione della relazione terapeutica). I risultati dimostrano una maggiore riduzione dei sintomi nei pazienti seguiti da psicoterapeuti in supervisione e psicoterapeuti psicodinamici, rispetto ai pazienti di terapeuti cognitivo-comportamentali non supervisionati. La variazione di punteggio alla Hamilton Rating Scale Depression (HRSD, Hamilton, 1967) non differisce statisticamente tra i pazienti di terapeuti supervisionati e i pazienti di terapeuti psicodinamici. Il numero di anni di esperienza e il numero di ore settimanali dedicate al progetto non correla con il punteggio alla HRSD, mentre il numero di ore settimanali dedicate al lavoro in tutti gli ambiti correla negativamente con l'outcome ($r=-.47$). Per quanto riguarda i tipi di tecnica utilizzata i risultati dimostrano che l'enfasi posta sulla relazione terapeutica è associata al miglioramento clinico. Se l'enfasi viene invece posta su cambio delle interpretazioni, cambio del comportamento, modifica degli outcome ambientali, relazione tra storia sociale e comportamenti problema non emergono relazioni con l'outcome (Vocisano et al., 2004).

Uno studio molto interessante esamina il ruolo delle credenze che i terapeuti hanno riguardo all'eziologia depressiva e le loro idee riguardo a quali interventi siano

fondamentali per il miglioramento clinico. In questo studio un gruppo di psicoterapeuti è stato diviso in tre classi sulla base dell'efficacia terapeutica (scarsa, moderata, elevata). Dai risultati emerge che i terapeuti maggiormente efficaci sono coloro che utilizzano solo la psicoterapia, raramente combinata ai farmaci, per trattare la depressione. I terapeuti moderatamente e scarsamente efficaci utilizzavano più spesso i farmaci, da soli o combinati alla psicoterapia. Semplificando, possiamo affermare che il terapeuta efficace sia colui che possiede un orientamento maggiormente improntato alla psicoterapia. Per quanto riguarda invece l'eziologia depressiva è stato dimostrato che i terapeuti meno efficaci, ma anche quelli più efficaci, tendevano a considerare più centrali nell'eziologia depressiva i fattori psicologici e ambientali. È degno di nota il fatto che nel gruppo degli psicoterapeuti più efficaci vi sia una maggior presenza di psicologi rispetto che di psichiatri (Blatt et al., 1996).

Uno studio cerca di capire, esaminando alcune variabili, quali possano essere le differenze tra terapeuti più efficaci e terapeuti meno efficaci. Tra le variabili prese in considerazione si evidenziano la regolazione emotiva, l'attitudine alla relazione (misurata tramite le abilità di comprensione empatica, considerazione positiva e accettazione), il continuum tra direttività e supporto, l'orientamento teorico e infine i valori del terapeuta. I risultati dimostrano che le variabili che differenziano maggiormente un terapeuta efficace da uno che non lo è sono l'empatia, il coinvolgimento del paziente e la presenza di direttività. Per quanto riguarda i valori, è stato dimostrato che i terapeuti più efficaci danno meno importanza all'aver una vita prosperosa ed emozionante, e si focalizzano piuttosto sull'essere intelligenti e riflessivi (Lafferty et al., 1989).

Uno studio indaga quali caratteristiche, professionali e personali, predicono l'outcome terapeutico a breve termine e a lungo termine (Heinonen et al., 2012). In questo lavoro viene utilizzata una particolare scala, la Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ, Orlinsky et al., 2005). Questa scala è formata da 392 item, e viene somministrata direttamente ai terapeuti. Lo scopo di questa scala è quello di permettere ai terapeuti di descriversi sia in ottica professionale che personale. Il questionario esplora vari domini, tra i quali spiccano: esperienza e livello di abilità, emozioni che emergono in terapia, difficoltà, strategie di coping, stile interpersonale, temperamento e personalità nelle relazioni sociali. Ogni item viene misurato su una scala a 5 livelli (0=mai; 5=molto spesso). I risultati di questo studio evidenziano innanzitutto una variazione dei predittori quando si prende in considerazione la

psicoterapia a breve termine, rispetto che quella a lungo termine, e viceversa. I terapeuti con determinate caratteristiche producono una riduzione più veloce dei sintomi nella terapia a breve termine, rispetto che in quella a lungo termine, mentre terapeuti con altre caratteristiche sono più efficaci nel miglioramento dell'outcome a lungo termine. I terapeuti con un *commitment* più forte predicono una più veloce riduzione dei sintomi nella psicoterapia a breve termine. Man mano che il tempo passa però, questa caratteristica sembra essere più associata a un prolungamento dei sintomi rispetto che a un miglioramento. Ciò potrebbe accadere a causa di un eccessivo focus della terapia sui problemi interpersonali ed intrapsichici, a scapito di una focalizzazione sull'alleanza terapeutica (Busch et al. 2004, cit. in Heinonen et al., 2012). Inoltre, i terapeuti con una personalità più estroversa producono un outcome migliore nella terapia a breve termine rispetto ai colleghi più introversi. I terapeuti che considerano maggiormente i pazienti all'interno del trattamento producono un maggior miglioramento clinico nel lungo termine. Bassa confidenza e basso appagamento dei terapeuti nei confronti del proprio lavoro sono associati ad outcome peggiori sia nel breve termine, che in un follow-up di 3 anni (Heinonen et al., 2012).

1.1.4 Futuri sviluppi della ricerca

Sebbene le evidenze circa il ruolo dei fattori comuni nella determinazione dell'outcome terapeutico siano numerose, il dibattito riguardo ai processi coinvolti nel miglioramento clinico è ancora aperto. Secondo Mulder (2017), sebbene esistano numerose evidenze del ruolo dei fattori comuni in psicoterapia, non è possibile affermare che la psicoterapia funzioni solo grazie ai fattori comuni.

Huibers & Cuijpers (2015) suggeriscono che il modo migliore per indagare e scoprire i rapporti causali tra fattori e outcome terapeutico sia quello di isolare i suddetti fattori e di manipolarli. Il problema nasce però dal fatto che per alcuni fattori queste operazioni sono molto complesse da realizzare. Se si pensa ad esempio all'alleanza terapeutica, risulta difficile pensare ad un trial di psicoterapia dove il fattore relativo all'alleanza viene manipolato o addirittura rimosso (Huibers & Cuijpers, 2015). Naturalmente anche isolare le variabili relative ai fattori specifici, ed eseguire i trattamenti senza che vi sia l'intervento di nessun altro fattore comune risulta pragmaticamente complicato. Una modalità alternativa, suggerita dai due ricercatori, è quella di progettare studi controllati all'interno dei quali i fattori comuni, quelli specifici e l'outcome vengono misurati più e più volte durante il trial. Così facendo, ogni minimo cambiamento nel tempo verrebbe

subito rilevato. Attraverso questa modalità si potrebbero eseguire delle analisi sulla moderazione, e quindi raccogliere dati che illustrino il peso di ogni fattore. Grazie a questi dati si potrebbero poi costruire modelli esplicativi (Huibers & Cuijpers, 2015). Mulder e collaboratori (2017) suggeriscono almeno quattro approcci attraverso i quali in futuro potrebbero emergere dati che ci aiutino a meglio comprendere il peso dei fattori specifici e comuni. Il primo approccio riguarda i trattamenti trans-diagnostici. Questi trattamenti, non servendosi di protocolli specifici per disturbo, sottolineerebbero maggiormente il ruolo dei fattori comuni. È importante affermare però che anche nei trattamenti trans-diagnostici vengano utilizzati specifici strumenti e tecniche, i quali sono però indipendenti dal tipo di diagnosi. Grazie all'utilizzo di questi trattamenti è emerso il ruolo della regolazione emotiva, la quale potrebbe essere considerata come un meccanismo comune di cambiamento in psicoterapia. Il secondo approccio suggerito da Mulder e colleghi riguarda gli studi che confrontano componenti specifiche di una psicoterapia. Questi studi comparano un trattamento con una sua specifica componente, e verificano l'eventuale esistenza di un guadagno in termini di efficacia clinica. Il terzo approccio riportato ha a che vedere con le cosiddette *e-therapies*. Le *e-therapies* sono forme di intervento che vengono erogate a distanza. Possono essere auto-somministrate, ma anche prevedere un minimo supporto da parte del terapeuta. Chiaramente, in queste forme di terapia, soprattutto in quelle auto-gestite, la relazione terapeutica non è parte integrante del trattamento. In virtù di ciò, l'efficacia degli interventi a distanza ci porta ad interrogarci riguardo al ruolo dell'alleanza terapeutica. Ad ogni modo, è importante affermare il fatto che anche queste forme di intervento possano portare con sé una sorta di rappresentazione simbolica della relazione terapeutica. Un altro vantaggio delle *e-therapies* è la possibilità di una più semplice manipolazione dei contenuti specifici. Grazie a queste manipolazioni è più facile comprendere se specifici meccanismi e strumenti portino ad un aumento del miglioramento clinico (Mulder et al., 2017). È rilevante aggiungere che, da un punto di vista metodologico, alcune accortezze renderebbero più forti le evidenze provenienti dagli studi comparativi. Una *review* sulla psicoterapia in pazienti depressi sostiene che per poter rilevare un effetto dell'intervento servano almeno 548 partecipanti (Cuijpers, 2016, cit. in Mulder et al., 2017). Una meta-analisi sui trattamenti compositi sostiene che questo tipo di studi necessita di almeno 800 pazienti per gruppo (Bell et al., 2013, cit. in Mulder et al., 2017).

1.2 Obiettivi dello studio

Tenendo come riferimento questa cornice teorica è stata avviata un'analisi che ha come oggetto alcuni fattori aventi un ruolo nel miglioramento clinico. Lo scopo di questa tesi è quello di eseguire una meta-analisi su alcuni fattori comuni agli orientamenti terapeutici. Gli studi sui quali questa analisi è basata sono *randomized controlled trial* (RCT) che confrontano due o più tipi di psicoterapia nel trattamento dei disturbi depressivi.

I fattori presi in esame sono: la competenza dello psicoterapeuta, l'aderenza al trattamento, la credibilità della psicoterapia (che in questo studio verrà valutata anche sotto forma di aspettative del paziente) e infine l'alleanza terapeutica. I fattori considerati in questa tesi sono tutti accomunati dal fatto di essere comuni tra i vari orientamenti terapeutici. Ognuno contribuisce alla riuscita dell'intervento e al miglioramento clinico del paziente.

L'integrità del trattamento è stata presa in considerazione al fine di comprendere se in questi RCT, che hanno l'obiettivo di verificare l'efficacia terapeutica, i trattamenti vengono erogati così come ci si aspetta che dovrebbero esserlo, e quindi con una certa competenza e coerenti con l'orientamento terapeutico. La presenza di un trattamento basato sul manuale di riferimento, e quindi di un terapeuta competente e aderente, può e viene considerata come fattore comune a tutte le psicoterapie (Chatoor & Krupnick, 2001). La ragione sta nel fatto che è ragionevole supporre che uno dei motivi per i quali una psicoterapia risulta efficace sia attribuibile alla presenza di un terapeuta competente e aderente al protocollo terapeutico.

Le aspettative del paziente e la credibilità della psicoterapia vengono prese in considerazione perché facenti parte del modello contestuale dei meccanismi terapeutici (Wampold, 2015). L'obiettivo è quello di valutare se e quanto questi due costrutti, che in questo studio vengono considerati assieme, vengono presi in considerazione negli studi che confrontano l'efficacia tra psicoterapie.

L'alleanza terapeutica viene presa in considerazione perché rappresenta uno dei fattori più importanti in psicoterapia. Il suo ruolo nel miglioramento clinico è ben documentato, ed è per questo motivo che tale costrutto è stato inserito tra quelli valutati in questo studio. L'alleanza terapeutica rientra anche tra le componenti del modello contestuale dei meccanismi terapeutici (Wampold, 2015).

Nei RCT l'obiettivo è quello di confrontare specifici trattamenti, per capire quale sia il più efficace. L'obiettivo di questa tesi è quello di verificare se i fattori selezionati, che

sono comuni a tutti i trattamenti, vengono considerati e misurati all'interno di RCT che confrontano due o più interventi per la depressione in termini di efficacia. Su questi fattori verranno poi eseguite analisi meta-analitiche, che saranno meglio illustrate nel paragrafo 2.4.

1.2.1 Definizione dei fattori oggetto di studio

Il concetto di integrità fa riferimento all'entità con la quale un trattamento viene implementato così come previsto. L'integrità del trattamento comprende tre aspetti: l'aderenza, ossia il grado in cui un terapeuta utilizza le procedure previste per quel determinato tipo di trattamento ed evita quelle non previste; la competenza, ossia le capacità e il grado di giudizio del terapeuta ed infine la differenziazione tra trattamenti, ossia il modo in cui i trattamenti differiscono l'uno dall'altro secondo alcune dimensioni (Perepletchikova et al., 2007). L'aderenza al trattamento stabilisce anche la differenziazione tra trattamenti solo se questa viene definita anche in termini di tecniche e procedure da evitare (Waltz et al., 1993). In accordo con le definizioni sopra riportate si può affermare come la competenza presupponga l'aderenza, ma l'aderenza non implichi necessariamente la competenza (Waltz et al., 1993). In questo studio competenza del terapeuta e aderenza al protocollo terapeutico verranno prese in considerazione separatamente.

1.2.1.1 Aderenza al protocollo terapeutico

Come già specificato precedentemente, per aderenza al trattamento si intende il grado con il quale un terapeuta utilizza le procedure previste per quel determinato tipo di trattamento ed evita quelle non previste (Perepletchikova et al., 2007). Gli studi che confrontano tra loro più tipologie di psicoterapia in termini di efficacia dovrebbero considerare una misura di aderenza al trattamento, per poter esser certi che le psicoterapie in esame vengano erogate in modo corretto. Se non venisse garantita l'aderenza al trattamento, e se quindi non si avesse la certezza che lo psicoterapeuta abbia utilizzato le tecniche e le procedure prescritte dall'orientamento terapeutico, ogni conclusione empirica a cui si giungerebbe riguardo quel determinato orientamento potrebbe non essere generalizzabile.

1.2.1.2 Competenza dello psicoterapeuta

Per competenza si intende il livello delle capacità e del giudizio del terapeuta (Perepletchikova et al., 2007). In questa definizione, per capacità si intende l'entità con la quale il terapeuta, conducendo il trattamento, considera aspetti rilevanti del contesto terapeutico e risponde alle variabili relative al contesto in maniera appropriata. Aspetti rilevanti del contesto includono ad esempio il grado di compromissione, le difficoltà manifestate e la situazione di vita del paziente (Waltz et al., 1993).

1.2.1.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente

La credibilità della psicoterapia e le aspettative nei confronti della stessa hanno anch'esse un ruolo nel determinare l'efficacia del trattamento. Kazdin (1979) definisce la credibilità come una percezione di convinzione e logicità di un trattamento. Per aspettative si intende invece l'insieme delle convinzioni del paziente su quanto trarrà beneficio dall'intervento (Thompson-Hollands et al., 2014). Le aspettative nei confronti del trattamento, soprattutto se positive, possono portare ad un effetto placebo. Sebbene questi due termini facciano entrambi riferimento alle credenze riguardo l'intervento, l'evidenza empirica e la teoria hanno dimostrato che i due termini differiscono (Deville & Borkovec, 2000; Greenberg et al., 2006, cit. in Thompson-Hollands et al., 2014). Da un punto di vista teorico, le aspettative riguardanti l'esito della terapia e la credibilità della stessa differiscono per il processo dal quale ognuno dei due costrutti origina (Thompson-Hollands et al., 2014). Devilly & Borkovec (2000) suggeriscono che la credibilità si origini tramite un processo logico, e che le aspettative, invece, emergano da un processo di tipo affettivo. A livello empirico è stato dimostrato che le aspettative predicano l'outcome più spesso rispetto alla credibilità (Borkovec & Costello, 1993, cit. in Thompson-Hollands et al., 2014). Alla luce di ciò è possibile affermare che credibilità e aspettative siano due fattori diversi, seppur simili, e che entrambi possano essere considerati come fattori comuni e trasversali a tutti gli orientamenti terapeutici (Thompson-Hollands et al., 2014).

A livello teorico il concetto di credibilità si divide in credibilità dei principi teorici di un trattamento in generale (*treatment principle credibility*) e credibilità di un particolare trattamento che il paziente ha sperimentato. La credibilità dei principi teorici ha a che vedere con le convinzioni generali del paziente riguardo il disagio psicologico e le possibilità di trattamento, oltre che all'atteggiamento nei confronti del metodo terapeutico. Per quanto concerne la credibilità di uno specifico trattamento, questa può

chiaramente variare dal momento che il paziente entra in contatto e sperimenta il trattamento. Si parla di credibilità iniziale del trattamento quando questa viene valutata prima di iniziare un percorso terapeutico (*initial credibility*). Si utilizza invece il termine credibilità emergente (*emergent credibility*) se questa emerge dopo che il paziente ha iniziato un percorso terapeutico. La credibilità emergente si definisce attraverso l'esperienza personale del paziente con un determinato tipo di trattamento, e per questo ha a che fare con i significati personali attribuiti alla terapia (Hardy et al. 1995).

1.2.1.4 Alleanza terapeutica

L'alleanza terapeutica è senza alcun dubbio uno degli elementi sostanziali della psicoterapia. Si tratta di un fenomeno comune a tutti gli orientamenti terapeutici, ed è difficile pensare che una psicoterapia possa essere efficace in assenza di una buona relazione terapeutica.

Secondo Horvath e Luborsky (1993), il termine alleanza terapeutica origina dal concetto freudiano di transfert (Freud, 1913). Freud considerava inizialmente il transfert come un aspetto negativo, che poteva inficiare il lavoro terapeutico. Questa visione mutò nelle sue opere più mature, nelle quali riporta un atteggiamento più positivo nei confronti del transfert, ritenendolo un attaccamento favorevole, che poteva giovare alla psicoanalisi (Horvath & Luborsky 1993).

Per avere una definizione un po' più recente del concetto di alleanza terapeutica possiamo affidarci a Bordin (1979), il quale definisce l'alleanza terapeutica come una relazione collaborativa che si instaura tra paziente e terapeuta, con l'obiettivo di superare la sofferenza del paziente e i suoi comportamenti di autodistruzione. Secondo l'autore, l'alleanza terapeutica è caratterizzata da tre elementi: accordo sugli obiettivi del trattamento, accordo sul lavoro da svolgere e sviluppo di un legame personale, basato su sentimenti positivi reciproci (Ardito & Rabellino 2011). Bordin (1979) afferma anche che l'effetto dell'alleanza sull'outcome terapeutico non derivi tanto da un carattere curativo dell'alleanza stessa, ma piuttosto dal fatto che una buona alleanza porta il paziente ad accettare, seguire e credere nella terapia.

1.2.2 Metodi di misura dei fattori oggetto di studio

1.2.2.1 Aderenza al protocollo terapeutico

Una delle scale più utilizzate per valutare il grado di aderenza del terapeuta al suo

approccio teorico è la Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS, Hollon et al., 1988). Questa scala nasce all'interno del Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP), designato dal National Institute of Mental Health (NIMH). La Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale è una scala di 96 item, che ha lo scopo di valutare componenti specifiche di alcuni orientamenti terapeutici, e il modo con il quale lo psicoterapeuta aderisce ai dettami e alle tecniche tipiche dell'orientamento. Nello specifico gli aspetti valutati dalla CSPRS riguardano la terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia interpersonale e il *clinical management*. Gli item che definiscono le tecniche degli specifici orientamenti terapeutici sono stati composti dopo un consulto con esperti dell'ambito dei tre approcci terapeutici (Hill et al., 1992). La CSPRS è divisa in tre sottoscale, ognuna delle quali valuta l'aderenza dello psicoterapeuta a uno specifico trattamento. La scala che valuta l'aderenza all'approccio cognitivo-comportamentale, ossia la Cognitive-Behavior Therapy Scale, è formata da 28 item, ed è divisa in sei sottoscale. La scala che valuta l'aderenza alla psicoterapia interpersonale, ossia la Interpersonal Therapy Scale, è formata da 28 item divisi in sette sottoscale. La scala che valuta il *clinical management*, cioè la Clinical Management Scale, è formata da 20 item suddivisi in quattro sottoscale. Ogni item della CSPRS viene valutato su una scala likert di 7 punti. In questa scala un punteggio di 1 indica l'assenza di un determinato comportamento, mentre un punteggio di 2 o superiore indica un aumento dei comportamenti specifici per quel determinato orientamento (Hill et al., 1992). Spesso, negli studi empirici le sottoscale della CSPRS vengono utilizzate singolarmente.

Negli studi scientifici capita spesso che l'aderenza al trattamento venga valutata da un supervisore, senza utilizzare una scala di misura. In questi casi un osservatore esterno, esperto in determinati trattamenti, osserva e valuta l'aderenza del terapeuta al paradigma di riferimento.

Talvolta, per misurare l'aderenza ai vari tipi di trattamento vengono create nuove scale costruite *ad hoc*, e basate sul manuale principale dell'orientamento terapeutico.

1.2.2.2 Competenza dello psicoterapeuta

All'interno degli studi capita che la competenza venga anch'essa valutata e misurata tramite la Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS, Hollon et al., 1988). La CSPRS è una scala di misura per l'aderenza ai trattamenti, ed è composta da una lista di caratteristiche riguardanti le tecniche d'elezione di ognuno degli

orientamenti terapeutici. Quando la CSPRS viene utilizzata per valutare la competenza del terapeuta, ai valutatori viene richiesto di fare un'inferenza riguardo alla competenza con la quale le specifiche tecniche vengono applicate (Waltz et al., 1993).

Un'altra misura sviluppata dal Treatment of Depression Collaborative Research Program è la Therapist Strategy Rating Form (TSRF). La TSRF è una scala di 14 item che valuta la qualità dell'intervento terapeutico di tipo interpersonale. L'osservatore valuta l'abilità del terapeuta tramite una scala likert di 7 punti (da eccezionale a molto scarsa), ma prende anche in considerazione il focus della sessione, il timing e la sensibilità dell'intervento (Waltz et al., 1993).

Sempre all'interno del NIMH Collaborative Study, la competenza dei terapeuti cognitivo-comportamentali è stata misurata tramite la Cognitive Therapy Scale (CTS, Young & Beck, 1980). Questa scala, caratterizzata da 11 item si divide in due sottoscale: la prima misura abilità generali e tecniche della terapia cognitivo-comportamentale, mentre la seconda valuta le abilità nella strutturazione delle sedute. Nel progetto TDCRP, la CTS è stata somministrata durante il training dei terapeuti, e grazie ai dati raccolti dall'ultima somministrazione è stato definito un punteggio cosiddetto "*red line*", ossia un punteggio di una deviazione standard sotto alla media del punteggio CTS raccolto. Questo punteggio rappresenta una specie di *cut-off*, sotto il quale i requisiti di competenza nella terapia cognitivo-comportamentale non venivano ritenuti soddisfatti (Waltz et al., 1993).

Infine, per la valutazione della competenza dei terapeuti viene spesso utilizzata la supervisione di un esperto.

1.2.2.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente

Il questionario più utilizzato per misurare la credibilità del trattamento è il Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ; Devilly & Borkovec, 2000). Questo questionario è la versione rivista della stessa scala creata nel 1972 (Borkovec & Nau, 1972), ed è composto da 6 item che vengono valutati, a seconda dell'item, su una scala che va da 1 a 9 o da 0% a 100%. I primi tre item fanno riferimento alla credibilità, mentre gli ultimi tre si riferiscono alle aspettative nei confronti del trattamento terapeutico (Thompson-Hollands et al., 2014).

1.2.2.4 Alleanza terapeutica

Esistono numerose scale di misura per l'alleanza terapeutica. Ognuna di queste si basa su concettualizzazioni teoriche differenti, che dipendono dall'orientamento terapeutico. Una scala di valutazione dell'alleanza terapeutica molto importante e molto utilizzata è la Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). Questa scala si basa sulla concettualizzazione di Bordin (1979), anche se l'obiettivo era quello di creare una scala di misura generica, utilizzabile per misurare l'alleanza terapeutica in qualsiasi tipo di orientamento terapeutico. Per permettere che l'alleanza potesse essere misurata da diversi punti di vista, il questionario è stato sviluppato in modo tale da poter essere somministrato al paziente, al terapeuta ma anche ad un osservatore esterno. I 36 item della WAI vengono valutati su una scala likert di 7 punti (1=mai; 7=sempre) (Martin et al., 2000).

Un'altra scala di misura fondamentale, e tra le più utilizzate, è la scala Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS, Hartley & Strupp, 1983). La VTAS è una scala di 44 item, suddivisa nelle seguenti sottoscale: contributo del terapeuta, contributo del paziente e interazione terapeuta-paziente (Shelef & Diamond, 2008). Questa scala si basa ancora una volta sulla concettualizzazione teorica di Bordin (1979), ma considera anche la versione di Greenson (1965), il quale definisce l'alleanza terapeutica come il prodotto della motivazione del paziente a superare le sue difficoltà (Shelef & Diamond, 2008).

1.2.3 Rassegna della letteratura riguardo ai fattori comuni oggetto di studio

Verrà ora riportata una breve rassegna della letteratura riguardo ai quattro fattori di interesse: competenza del terapeuta, aderenza al protocollo terapeutico, credibilità della psicoterapia assieme alle aspettative del paziente e infine alleanza terapeutica.

1.2.3.1 Competenza dello psicoterapeuta

Per quanto riguarda la competenza, Shaw et al. (1999) hanno progettato uno studio empirico che valuta il ruolo della competenza del terapeuta nella determinazione dell'outcome terapeutico. In questo studio, basato su pazienti che soffrono di depressione maggiore, è stata valutata la competenza nell'erogazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale. Per misurare la competenza del terapeuta è stata utilizzata la Cognitive Therapy Scale (Young & Beck, 1980). Questa scala, formata da 11 item,

viene completata da un osservatore, il quale esamina le abilità e le capacità di strutturare la sessione e di intervenire utilizzando adeguate tecniche cognitivo-comportamentali. Un'analisi fattoriale sulla CTS ha dimostrato l'esistenza di due fattori, denominati *Skill* e *Structure*. Il fattore *Skill*, valutato da 8 item, riguarda le abilità generali (feedback, comprensione, collaborazione, etc.) e specifiche competenze di tipo cognitivo-comportamentale (focus sulle cognizioni, utilizzo di strategie, etc.). Il fattore *Structure* invece, valutato da 3 item, ha a che fare con le abilità di strutturazione della seduta, e indaga il setting, l'agenda, l'assegnazione dei compiti e la revisione degli stessi. Gli outcome terapeutici in questo studio sono caratterizzati dai punteggi alla Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1967), alla Symptom Check-List 90 (SCL-90, Derogatis et al., 1973.) e al Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1979). Dai risultati si evince l'esistenza di un rapporto debole tra competenza del terapeuta ed outcome. Il punteggio della CTS, e in particolare del fattore *Structure*, ha un peso, seppur limitato, nel determinare una piccola parte della varianza dell'outcome. Questo avviene però solo se si prende in considerazione il punteggio alla HRSD (che veniva compilata da un osservatore esterno). Dall'analisi emerge infatti che la componente *Structure* determina il 19% della varianza del HRSD. Nei punteggi self-report (SCL-90 e BDI) questa influenza non viene riscontrata (Shaw et al., 1999). In uno studio viene indagato il peso che la competenza del terapeuta ad orientamento interpersonale esercita sull'outcome terapeutico (O'Malley et al., 1988). In questo studio la competenza viene valutata sia tramite self-report del terapeuta che tramite report da un osservatore esterno. L'auto-valutazione veniva eseguita attraverso una scala che va da 1 (non del tutto efficace) a 7 (efficace al massimo). Il report esterno si basava invece su due scale: la Therapist Strategy Rating Form (TSRF) e la Process Rating Form (PRF). Queste due scale sono state sviluppate all'interno del Treatment of Depression Collaborative Research Program. La Therapist Strategy Rating Form valuta le problematiche presentate dal paziente, il modo con cui il terapeuta vi fa fronte e la qualità delle strategie implementate. La Process Rating Form valuta la qualità di applicazione delle tecniche interpersonali. I risultati preliminari mostrano una relazione tra la competenza (valutata sia in modo esterno che self-report) e il miglioramento dei punteggi alla HRSD e alla Social Adjustment Scale (SAS, Weissman & Paykel, 1974). Un punteggio maggiormente elevato alle scale di competenza *observer-based* è associato ad un maggiore miglioramento dei sintomi. La correlazione tra il punteggio self-report del terapeuta e l'output terapeutico si avvicina alla significatività statistica.

Questi risultati preliminari indicano la presenza di una relazione tra la competenza del terapeuta e il miglioramento clinico del paziente. Occorre specificare però che, in questo studio, è presente anche una relazione tra le variabili pre-trattamento ascrivibili al paziente e l'outcome. Nonostante ciò, l'aggiunta del fattore competenza porta ad un aumento della varianza spiegata dalle variabili *pre-treatment* del paziente. La competenza del terapeuta è responsabile, infatti, di un aumento del 9% del punteggio SAS e dell'11% del punteggio HRSD se si tiene come riferimento la varianza predetta dalle caratteristiche pre-trattamento del paziente (O'Malley et al., 1988).

Infine, vengono riportati i risultati di una metanalisi abbastanza recente. In questo studio sono state esaminate le relazioni tra competenza, aderenza ed outcome. Per quanto riguarda la competenza, gli studi selezionati erano 17. Gli effect-sizes variavano da -.36 a .75, con un effect size medio è di .07, il quale non differiva in modo significativo da 0. La distribuzione degli effect size dei vari studi era molto eterogena, e dato che la variabilità è risultata essere maggiore di quella attesa per errori di campionamento, è ragionevole pensare che gli effect size non stessero stimando la media della stessa popolazione. Per cercare di interpretare questa eterogeneità si è provato a valutare il peso di quattro possibili moderatori. Solo due di questi hanno portato a risultati significativi: l'alleanza terapeutica e la tipologia di problematiche manifestate dal paziente. L'alleanza terapeutica, quando controllata, portava ad effect size minori rispetto a quando non veniva considerata. Per quanto riguarda il secondo moderatore, è stato dimostrato che in studi caratterizzati da un campione di soggetti depressi gli effect size risultavano essere maggiori (Webb et al., 2010).

Per concludere, in una meta-analisi molto recente, già citata in precedenza, si è cercato di fare il punto sulla relazione tra competenza ed outcome (Collyer et al., 2020). Anche in questo caso l'effect size è risultato essere non significativo ($r=0.026$).

1.2.3.2 Aderenza al protocollo terapeutico

Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento, uno studio empirico ha cercato di valutare il ruolo che l'aderenza al trattamento ha nel determinare il miglioramento terapeutico nella psicoterapia dinamica breve. Utilizzando la Penn-Adherence-Competence Scale for Supportive-Expressive therapy (Barber & Crits-Christoph, 1996), si è dimostrato che il livello di aderenza al trattamento non correla con l'outcome terapeutico al BDI. Da questo studio emerge però un risultato interessante: è stato infatti dimostrato che il miglioramento iniziale del paziente predice l'aderenza del terapeuta ($r=-.48$). Questo

dimostra che, per il clinico è più probabile aderire al trattamento quando viene percepito un miglioramento precoce nei sintomi del paziente (Barber et al., 1996).

In una meta-analisi si cerca di valutare se e quanto l'aderenza al trattamento predica l'outcome terapeutico. Gli studi che sono stati inseriti in questa analisi esibivano tutti un effect size che variava tra -.40 fino e .47. L'effect size medio ricavato è di .02, e quindi non significativo. Negli studi presi in considerazione la distribuzione degli effetti è risultata eterogenea. Per questo è possibile ipotizzare che gli studi presi in considerazione non misurino la media della stessa popolazione (Webb et al., 2010).

In una meta-analisi molto recente che indaga il ruolo dell'aderenza nella determinazione dell'outcome l'effect size emerso è di $r=0.096$, e quindi piccolo, ma significativo a livello statistico (Collyer et al., 2020).

Uno studio cerca di comprendere se, in termini di miglioramento clinico, sia preferibile uno psicoterapeuta che aderisce fermamente al suo orientamento o se invece sia più opportuna una certa dose di flessibilità nell'utilizzo di tecniche e strumenti (Owen & Hilsenroth, 2014). Un terapeuta è flessibile quando modifica e aggiusta il suo approccio incorporando altre tecniche o strumenti (Stiles & Horvath, 2017). La flessibilità viene palesata da un abbassamento dell'aderenza al trattamento. In questo studio si vuole valutare il peso che la variabilità del punteggio di aderenza *within client/therapist* ha nel determinare l'outcome terapeutico. Questo studio si basa su un campione caratterizzato al 66% da pazienti con disturbi depressivi e disturbi di personalità in comorbidità. La psicoterapia utilizzata è di matrice psicodinamica. I risultati dimostrano che la variabilità dell'aderenza al setting psicodinamico correla positivamente sia con i punteggi al Global Severity Index (GSI, parte del Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1993) che con quelli al Patient Estimate of Improvement (PEI, Hatcher & Barends, 1996), con effect size di $r=.414$ e $r=.317$ rispettivamente. Questa associazione positiva tra la variabilità dell'aderenza *within-case* e l'outcome può essere riconducibile al concetto di flessibilità, la quale rende conto del 10-17% della varianza. Questa associazione rimane evidente anche se vengono tenuti sotto controllo l'alleanza terapeutica, il livello generale di tecniche psicodinamiche nel trattamento e altre variabili del terapeuta (Owen & Hilsenroth, 2014).

Sempre riferendoci al concetto di flessibilità del terapeuta, lo studio di Katz e collaboratori (2020) ha indagato, tramite un'analisi di *cluster*, l'efficacia di vari profili di aderenza e flessibilità. Sono stati individuati tre *cluster* sulla base dell'utilizzo di tecniche psicodinamiche o cognitive: nel primo *cluster* sono presenti i terapeuti aderenti

all'approccio psicodinamico e scarsamente flessibili nell'uso di tecniche cognitive-comportamentali, nel secondo *cluster* i terapeuti sono un po' aderenti all'approccio psicodinamico e un po' flessibili nell'uso di tecniche cognitive-comportamentali e infine nell'ultimo *cluster* i terapeuti sono aderenti all'approccio psicodinamico e un po' flessibili nell'uso di tecniche cognitive-comportamentali. Un terapeuta che rientra nel terzo *cluster*, e che quindi aderisce all'approccio psicodinamico ma rimane un po' flessibile nell'utilizzo di tecniche cognitive-comportamentali, determina un maggiore miglioramento dei sintomi.

1.2.3.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente

Per quanto riguarda la credibilità del trattamento e le aspettative del paziente, uno studio cerca di indagare il loro ruolo nella determinazione del miglioramento clinico. In questo studio vengono inoltre prese in considerazione alcune variabili del paziente, per capire se queste abbiano un ruolo nella determinazione della credibilità iniziale (sessione 2). Il questionario utilizzato per misurare la credibilità è il Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ, Devilly & Borkovec 2000). Le aspettative di miglioramento sono state misurate con l'Attitudes and Expectations Questionnaire (AEQ, un adattamento della scala sviluppata da Moras & Jones, 1992). I risultati dimostrano un effetto della credibilità sui punteggi alla HRSD quando si tengono sotto controllo variabili quali il trattamento, lo studio e il miglioramento precoce al BDI. La credibilità non ha invece un ruolo nel determinare l'outcome alla Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959). I risultati suggeriscono inoltre che le variabili del paziente associate ad una maggiore credibilità iniziale siano l'età e l'educazione. La variabile età correla negativamente ($r=-.211$) con il punteggio alla scala di credibilità, mentre la variabile educazione correla negativamente ($r=-.287$) con i punteggi alla CEQ alla seconda seduta. Per quanto riguarda le aspettative, il punteggio alla AEQ correla positivamente con il punteggio alla CEQ ($r=.268$). L'età e le aspettative hanno un effetto che va da piccolo a moderato sulla credibilità, mentre l'educazione ha un effetto moderato. Il 31.3% della varianza del punteggio alla CEQ viene spiegato da variazioni in queste variabili (Mooney et al., 2014).

In una metanalisi abbastanza recente si è cercato di capire e riassumere il peso della credibilità nella determinazione dell'outcome. Gli studi su cui l'analisi si basa hanno analizzato la relazione tra outcome e credibilità in 1504 pazienti, suddivisi in 24 campioni indipendenti. L'effect size è $r=.12$, e rappresenta quindi una relazione

positiva, ma scarsa. Gli effect size dei vari studi erano molto eterogenei, e ciò può indicare la probabile esistenza di variabili moderatrici. In questo studio sono stati valutati come possibili moderatori l'età, la diagnosi, il sesso, l'orientamento terapeutico, la modalità del trattamento, il design dello studio, la data di pubblicazione e l'utilizzo o meno di un manuale. Nessuna di queste variabili è risultata essere un moderatore statisticamente significativo (Constantino et al., 2018).

Un altro studio molto interessante cerca di differenziare l'effetto che credibilità e aspettative hanno sull'outcome terapeutico. In questo studio il campione utilizzato è caratterizzato da pazienti che soffrono di disturbi d'ansia. La credibilità e le aspettative vengono misurate tramite il CEQ (Deville & Borkovec, 2000). Questa scala misura entrambi i costrutti: i primi 3 item misurano la credibilità, mentre gli ultimi tre le aspettative. I risultati dimostrano innanzitutto che i due costrutti correlano tra di loro moderatamente ($r=.36$). Per quanto riguarda la relazione con i diversi outcome, la credibilità ha dimostrato risultati del tutto trascurabili. Gli unici degni di nota sono una associazione negativa tra credibilità e punteggio alla scala depressiva ($r=-.17$) e una associazione positiva tra credibilità e deterioramento interpersonale auto-risportato. In contrasto, le aspettative si sono dimostrate positivamente associate al miglioramento dei sintomi. Aspettative più elevate si traducono in un calo dei punteggi alle scale di misura degli outcome, con un effetto che va da scarso a moderato ($r=-.18$: $-.50$) per sette outcome su otto (Thompson-Hollands et al., 2014).

1.2.3.4 Alleanza terapeutica

Esistono numerosi studi che si interrogano sul ruolo dell'alleanza terapeutica nel miglioramento clinico. In una meta-analisi, Horvath & Symonds (1991) hanno valutato l'associazione tra alleanza terapeutica e miglioramento clinico. I risultati riportano un effect size moderato di 0,26.

Un'altra meta-analisi cerca di riassumere i dati estrapolati da 79 studi (58 pubblicati e 21 no). La correlazione che emerge da questo studio è di $r=.22$. Il test di omogeneità conferma che la correlazione emersa deriva da studi basati su una popolazione omogenea. Alla luce di questa osservazione è ragionevole pensare che la relazione tra alleanza terapeutica ed outcome non sia moderata da altre variabili (Martin et al., 2000). In una meta-analisi più recente, basata su più di 200 studi, è stato indagato il legame tra alleanza terapeutica e outcome nella psicoterapia individuale. L'effetto rilevato è di $r=.275$. La varianza spiegata dall'alleanza terapeutica è pari al 7% (Horvath et al.,

2011).

Un altro studio ha come obiettivo l'individuazione di una variabile che modera l'effetto dell'alleanza di lavoro sull'outcome (Falkenström et al., 2014). I ricercatori si chiedono infatti se gli effetti dell'alleanza sull'outcome non siano in realtà dovuti a una terza variabile, il miglioramento clinico precoce. Lo scopo di questa ricerca è quindi quello di indagare il ruolo dell'alleanza terapeutica nella determinazione dell'outcome, tenendo sotto controllo possibili variabili confondenti. I risultati dimostrano che l'alleanza di lavoro, misurata alla terza seduta, predice il miglioramento dei sintomi durante il trattamento. Anche tenendo sotto controllo il miglioramento sintomatico precoce l'alleanza detiene comunque un ruolo nella determinazione dell'outcome. È utile sottolineare come il livello iniziale dei sintomi correli negativamente con il livello di alleanza alla sessione 3. Questo può esser dovuto al fatto che pazienti che stanno peggio all'inizio del trattamento potrebbero avere minore fiducia nel terapeuta e nella psicoterapia in generale (Puschner et al., 2008, cit. in Falkenström et al., 2014).

Un altro interessante studio cerca di esplorare l'associazione tra le caratteristiche della relazione, l'outcome e l'alleanza terapeutica. Si ipotizza che l'alleanza terapeutica medi il legame tra le caratteristiche relazionali e l'outcome. Il campione è caratterizzato da pazienti depressi, i quali vengono sottoposti a sessioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale o psicoterapia esperienziale. Le caratteristiche della relazione terapeuta-paziente sono state misurate con il Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI; Barrett-Lennard, 1973) e con self-report che valutavano empatia, congruenza, accettazione e apprezzamento. L'alleanza terapeutica è stata invece misurata utilizzando il Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). I risultati suggeriscono che il punteggio al BLRI predice in modo significativo i punteggi dell'alleanza terapeutica (WAI), e che l'outcome viene predetto dal punteggio al BLRI. Alla luce di ciò, l'ipotesi iniziale è confermata, e per questo possiamo affermare che la percezione che il paziente ha delle caratteristiche relazionali del terapeuta (empatia, congruenza, accettazione, ecc.) predice l'outcome sia nella terapia cognitivo-comportamentale che nella terapia esperienziale. Questo risultato supporta l'idea che una buona alleanza terapeutica possa instaurarsi solo in presenza di empatia, accettazione e apprezzamento da parte del terapeuta (Watson & Geller, 2005). Per concludere, si riportano gli esiti di uno studio molto recente. In questo studio meta-analitico gli autori vogliono stimare il ruolo del terapeuta nella relazione tra alleanza terapeutica e outcome. I risultati dimostrano che il contributo del terapeuta è un

moderatore significativo della relazione tra alleanza terapeutica ed outcome. Questo avviene anche se si tengono sotto controllo variabili quali il design dello studio, disturbi di personalità, modalità di misura dell'alleanza e *rater* dell'alleanza terapeutica (Del Re et al., 2021).

2. METODO

In questo capitolo verrà illustrata la metodologia di riferimento di questo studio. In primo luogo, verrà descritto e illustrato il database dal quale sono stati selezionati gli studi di interesse, la modalità di selezione degli studi con relativi criteri di inclusione e tutto il processo metodologico e statistico che ha portato all'ottenimento dei risultati.

2.1 Database di riferimento

La ricerca e la selezione dei contributi scientifici è stata realizzata attraverso l'utilizzo di un database (Cuijpers et al., 2021). Questo database, progettato da Cuijpers e dal suo gruppo di ricerca, raccoglie e codifica *randomized controlled trial* (RCT) riguardanti la psicoterapia per la cura dei disturbi depressivi. La ricerca delle referenze bibliografiche per il database è stata effettuata mediante l'utilizzo di quattro banche dati: PubMed, Embase, PsycINFO e Cochrane Register of Controlled Trials (CENTRAL). Le stringhe di parole inserite nel motore di ricerca erano caratterizzate da termini e vocaboli che facevano riferimento alla depressione e ai suoi trattamenti (maggiori informazioni al sito <https://osf.io/825c6/>, nella sezione files, "File 1. *Search strings.*"). Inoltre, nella ricerca veniva applicato il filtro RCT. Attraverso l'utilizzo del software Endnote la lista di studi selezionati veniva inserita, e i duplicati venivano eliminati. Tutte le referenze emerse venivano sottoposte al controllo di due ricercatori indipendenti.

Il database viene aggiornato annualmente grazie a revisioni sistematiche della letteratura.

Come già precedentemente accennato, nel database sono inclusi *randomized controlled trial* (RCT) nei quali una condizione di psicoterapia per il trattamento della depressione veniva confrontata con un'altra condizione. Questa era principalmente rappresentata da un'altra psicoterapia, o da una condizione di controllo. Venivano ammessi studi che confrontavano terapie diverse, diverse versioni della stessa terapia, la farmacoterapia e qualsiasi condizione di controllo (come *waiting list*, o *care-as-usual*). Diversi formati di psicoterapia erano ammessi (psicoterapia di gruppo, individuale, al telefono, auto-aiuto guidato, ecc.). Nel database venivano inclusi anche gli studi che comparavano tra loro condizioni combinate (es. psicoterapia cognitiva + Mindfulness vs psicoterapia cognitiva da sola). La psicoterapia poteva inoltre essere condotta da varie figure professionali (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, counselor, infermieri, eccetera).

Negli studi selezionati per il database la diagnosi di disturbo depressivo veniva confermata tramite l'utilizzo del colloquio clinico, mediante la somministrazione di interviste diagnostiche (es. Structured Clinical Interview for DSM, SCID), attraverso il superamento del *cut-off* a test standardizzati (es. Beck Depression Inventory, BDI) o tramite la valutazione di un osservatore esterno. Non vi erano restrizioni particolari riguardo alla tipologia di test utilizzata per la misurazione dell'outcome, e perciò, in linea di massima, qualsiasi scala che misurasse gli effetti terapeutici sulla depressione poteva essere inclusa. Se uno studio non riportava media, deviazione standard e numero di partecipanti per ogni condizione gli ideatori del database controllavano se l'effetto potesse essere ricavato tramite altri dati. Se ciò fosse risultato possibile lo studio sarebbe stato incluso nel database. Gli studi inclusi erano scritti in inglese, spagnolo, tedesco e olandese.

I trial venivano esclusi dal database se la randomizzazione non era esplicitata, se non erano presenti condizioni sperimentali a confronto, se la depressione non era un criterio di inclusione, se i trattamenti presentati non erano mirati al trattamento della depressione e se gli studi si basavano su un campione di adolescenti o bambini.

Venivano inoltre esclusi trial per i quali l'effetto della psicoterapia sull'outcome non poteva essere distinto. Inoltre, gli studi dai quali emergevano risultati insufficienti per la determinazione dell'effetto non venivano inclusi. Venivano inoltre esclusi studi di mantenimento, dissertazioni e studi con metodo *stepped-care*.

Gli studi inclusi nel database venivano e vengono suddivisi nelle seguenti categorie:

1. psicoterapia versus farmacoterapia;
2. trattamenti combinati di psicoterapia con farmacoterapia versus farmacoterapia da sola;
3. trattamenti combinati versus psicoterapia da sola;
4. trattamenti combinati versus psicoterapia con pillola placebo;
5. psicoterapia versus controllo;
6. psicoterapia versus altra psicoterapia;
7. comparazione di diversi formati di trattamento (es. individuale vs. auto-aiuto);
8. psicoterapia in pazienti ricoverati;
9. interventi di auto-aiuto senza supporto professionale;
10. Cognitive Bias Modification (CBM);
11. altro.

Lo scopo di Cuijpers e colleghi (2021) era quello di creare una raccolta di studi dai quali

i ricercatori potessero attingere durante la loro attività di ricerca e selezione di referenze. Data infatti la mole di studi riguardanti la depressione e i suoi trattamenti, un sistema di raccolta e raggruppamento delle referenze bibliografiche facilita notevolmente l'attività di ricerca e selezione dei contributi empirici. La strutturazione del database in diverse categorie permette inoltre una più fluida e rapida selezione degli studi di interesse. Questo database è una risorsa importante per i ricercatori che vogliono svolgere meta-analisi o revisioni sistematiche della letteratura.

2.2 Criteri di inclusione e di esclusione della meta-analisi

Gli studi inclusi in questa meta-analisi sono tutti RCT che misurano l'efficacia di due o più interventi terapeutici nel trattamento dei disturbi depressivi. La categoria del database sulla quale lo studio è basato è quella che contiene gli studi che confrontano due o più psicoterapie. Nella Figura 3.1, inserita nella parte relativa ai risultati (paragrafo 3.1), è rappresentato il grafico PRISMA della categoria psicoterapia versus psicoterapia del database. Essendo questo studio interamente basato sul database di Cuijpers e collaboratori, tutti i trial inclusi soddisfacevano i criteri di inclusione messi a punto da questi ricercatori. In virtù di ciò, gli studi selezionati per questa meta-analisi sono tutti randomizzati e controllati, e si basano su popolazione adulta. Gli interventi terapeutici potevano essere di qualsiasi tipologia, e venivano inclusi anche trial che confrontavano trattamenti combinati o diverse versioni dello stesso trattamento. Il campione di riferimento per tutti gli studi inclusi era caratterizzato da soggetti adulti con diagnosi di disturbo depressivo unipolare (disturbo depressivo maggiore, distimia, depressione post-partum, ecc.). Negli studi selezionati l'assessment dei sintomi, sia pre-trattamento che post-trattamento, veniva effettuato tramite scale di misura quantitative o interviste diagnostiche. Studi caratterizzati da pazienti con altri disturbi in comorbilità venivano comunque presi in considerazione.

Per quanto riguarda questo studio meta-analitico, il criterio di inclusione era caratterizzato dalla presenza di una valutazione o misurazione di almeno uno tra i seguenti fattori: competenza del terapeuta, aderenza al trattamento, credibilità della psicoterapia/aspettative del paziente e alleanza terapeutica. Gli studi che riportano giudizi qualitativi e descrittivi vengono inclusi e descritti in una apposita sezione dei risultati.

Gli studi venivano esclusi se non misuravano nemmeno una tra le quattro variabili di interesse.

2.3 Modalità di identificazione e di selezione degli studi

Il lavoro di selezione e identificazione degli studi è iniziato dai trial codificati e inseriti nel database di Cuijpers e collaboratori. Attraverso l'utilizzo del software bibliografico Mendeley è stato possibile prendere visione e accedere alla stragrande maggioranza delle referenze bibliografiche del database. Lo screening iniziale si è basato sulle referenze bibliografiche appartenenti alla categoria psicoterapia versus altra psicoterapia del database. La lista di paper appartenenti a questa categoria, fornitami dal gruppo di ricerca di Cuijpers, è reperibile anche online, sul sito web del database (<https://osf.io/825c6/>, "File 7. *The depression database.*"). Il lavoro di screening è quindi iniziato da 120 referenze di articoli scientifici che confrontavano tra loro due o più tipi di psicoterapia. Dato che l'obiettivo di questo studio era quello di controllare se le quattro variabili di interesse fossero misurate, lo screening era volto alla selezione di paper che misuravano (in modo quantitativo) o valutavano (in modo qualitativo o descrittivo) almeno una tra: competenza del clinico, aderenza al trattamento, credibilità del trattamento e alleanza terapeutica.

Durante lo screening è stato inoltre deciso di prendere visione di alcuni paper secondari. I paper secondari (o *companion paper*) sono paper che si basano sui dati raccolti negli studi principali (RCT), ma che trattano o valutano aspetti secondari, che nel paper principale non vengono analizzati. Per approfondire questa questione si rimanda al paragrafo 3.1.

Per una rappresentazione grafica del processo di selezione degli studi si invita a prendere visione del grafico in Figura 3.2, all'interno del paragrafo 3.1.

2.4 Meta-analisi

Le dimensioni dell'effetto (effect size, ES) per i risultati di interesse sono state calcolate come differenze medie standardizzate tra la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e un'altra psicoterapia. È stata selezionata la CBT poiché era l'intervento più comunemente utilizzato negli studi selezionati. Il calcolo è avvenuto dividendo la differenza tra le medie dei due gruppi per la deviazione standard aggregata nei *time-points* di interesse, con valori positivi che indicano la superiorità della CBT. Sono stati considerati tutti i *time-points* in cui i risultati dei vari fattori sono stati riportati negli studi (per esempio: all'inizio, a metà trattamento, dopo il trattamento).

Le differenze medie standardizzate sono state trasformate in *adjusted Hedges' g* (Hedges & Olkin, 1985), per correggere le ridotte dimensioni del campione che

caratterizzavano la maggior parte degli studi. Ci siamo basati principalmente sulle medie e sulle deviazioni standard, o errori standard del post-test. Gli errori standard sono stati trasformati in deviazioni standard usando le formule stabilite

(<https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-06#section-6-5-2-2>).

Quando le deviazioni standard o gli errori standard non erano riportati, abbiamo calcolato le dimensioni dell'effetto usando il *t test* per il confronto tra i due gruppi. Di tutti i quattro fattori considerati, solo l'alleanza terapeutica è stata riportata in modo sufficientemente dettagliato da permettere il calcolo dell'ES. Le analisi sono state fatte in R usando il pacchetto MetaPsyR (Harrer et al., 2020), che si basa sulle funzioni dei pacchetti "meta" e "dmetar" in background (Balduzzi et al., 2019; The metafor Package: A Meta-Analysis Package for R., 2021).

È stata eseguita una meta-analisi per valutare se la CBT abbia portato ad un miglioramento dell'alleanza terapeutica in due momenti importanti: all'inizio della terapia e nel post-trattamento. Le valutazioni eseguite a metà trattamento sono state incluse nel *early time-point*.

Per la meta-analisi, è stato utilizzato un *random-effects inverse variance model*, con un *restricted maximum likelihood estimator* per la *between study variance* (τ^2) (Viechtbauer, 2005). Alcuni studi hanno riportato risultati multipli relativi all'alleanza terapeutica, o più di un confronto tra un braccio di CBT e un'altra terapia, producendo così dimensioni degli effetti dipendenti. Per tenere conto di questa dipendenza, sono state eseguite due serie di modelli meta-analitici. Il *combined model* raggruppa tutte le dimensioni degli effetti all'interno di uno studio prima di calcolare l'effetto complessivo. Questo assicura che tutte le dimensioni degli effetti siano indipendenti (cioè, l'errore di unità di analisi e il doppio conteggio sono evitati). Per combinare gli effetti si dovrebbe conoscere la correlazione (ρ) delle dimensioni degli effetti all'interno degli studi.

Purtroppo, queste stime empiriche non sono tipicamente disponibili. Alla luce di ciò, si riporta che, di default, MetaPsyR assume che $\rho=0.5$.

Il secondo modello era un *multilevel model* a tre livelli, in cui gli effetti dipendenti erano annidati negli studi.

Abbiamo valutato l'eterogeneità statistica con il test I^2 , il quale mostra la percentuale di variazione totale tra gli studi dovuta all'eterogeneità. Valori di 25%, 50% e 75% suggeriscono rispettivamente una bassa, moderata e alta eterogeneità (Higgins et al., 2003). Abbiamo anche calcolato gli intervalli di confidenza intorno alle stime di eterogeneità con il metodo Q-profile (Viechtbauer, 2007) per il modello combinato.

3. RISULTATI

Verrà ora illustrato il processo di selezione ed inclusione degli studi. Successivamente verranno illustrate le caratteristiche degli studi inclusi, focalizzando l'attenzione sulle modalità con le quali i fattori di interesse vengono valutati nei vari studi clinici. Successivamente saranno approfondite le caratteristiche degli studi che presentano misure quantitative. Infine, verranno illustrati i risultati statistici ottenuti.

3.1 Selezione e inclusione degli studi

Gli studi selezionati e inclusi appartengono tutti alla categoria psicoterapia versus psicoterapia del database di Cuijpers e collaboratori (2021). All'interno di questa categoria sono codificati 120 paper (aggiornati al 1° gennaio 2021). Nella Figura 3.1 viene rappresentato il grafico PRISMA relativo alla categoria psicoterapia versus psicoterapia del database.

Ai fini di questo studio, sono stati selezionati tutti gli studi che misuravano o valutavano almeno uno tra i seguenti costrutti: competenza del terapeuta, aderenza al protocollo terapeutico, credibilità del trattamento/aspettative del paziente e alleanza terapeutica. Il totale di studi selezionati è di 92.

Durante il lavoro di screening è stato inoltre deciso di prendere visione dei paper secondari di alcuni degli articoli selezionati. Come accennato in precedenza, i paper secondari sono studi basati su dati raccolti negli studi principali (RCT), che trattano o valutano aspetti secondari, che nel paper principale non vengono analizzati. I paper secondari vengono chiamati anche *companion paper (CP)*. Gli studi per i quali è stato deciso di visionare i paper secondari:

1. Misuravano in modo quantitativo o statistico almeno uno dei fattori di interesse;
2. Presentavano una scala di misura quantitativa per almeno un fattore ma riportavano i risultati solo tramite un commento descrittivo/qualitativo;
3. Presentavano una scala di misura quantitativa ma non ne riportavano i risultati, né in termini quantitativi né qualitativi.

I paper secondari sono stati visionati per verificare l'eventuale presenza di misure quantitative. È stata presa visione di un totale di 81 paper secondari, ma di questi solo 37 misuravano o valutavano almeno uno tra i fattori oggetto di studio.

Il totale di studi selezionati è quindi di 129 (92 paper principali e 37 paper secondari).

Tra i 37 *companion paper* selezionati, 21 non aggiungono informazioni ulteriori rispetto a quelle già riportate nei paper principali o in altri *companion paper*.

Il grafico PRISMA illustra il processo di selezione ed individuazione delle referenze (Figura 3.2.).

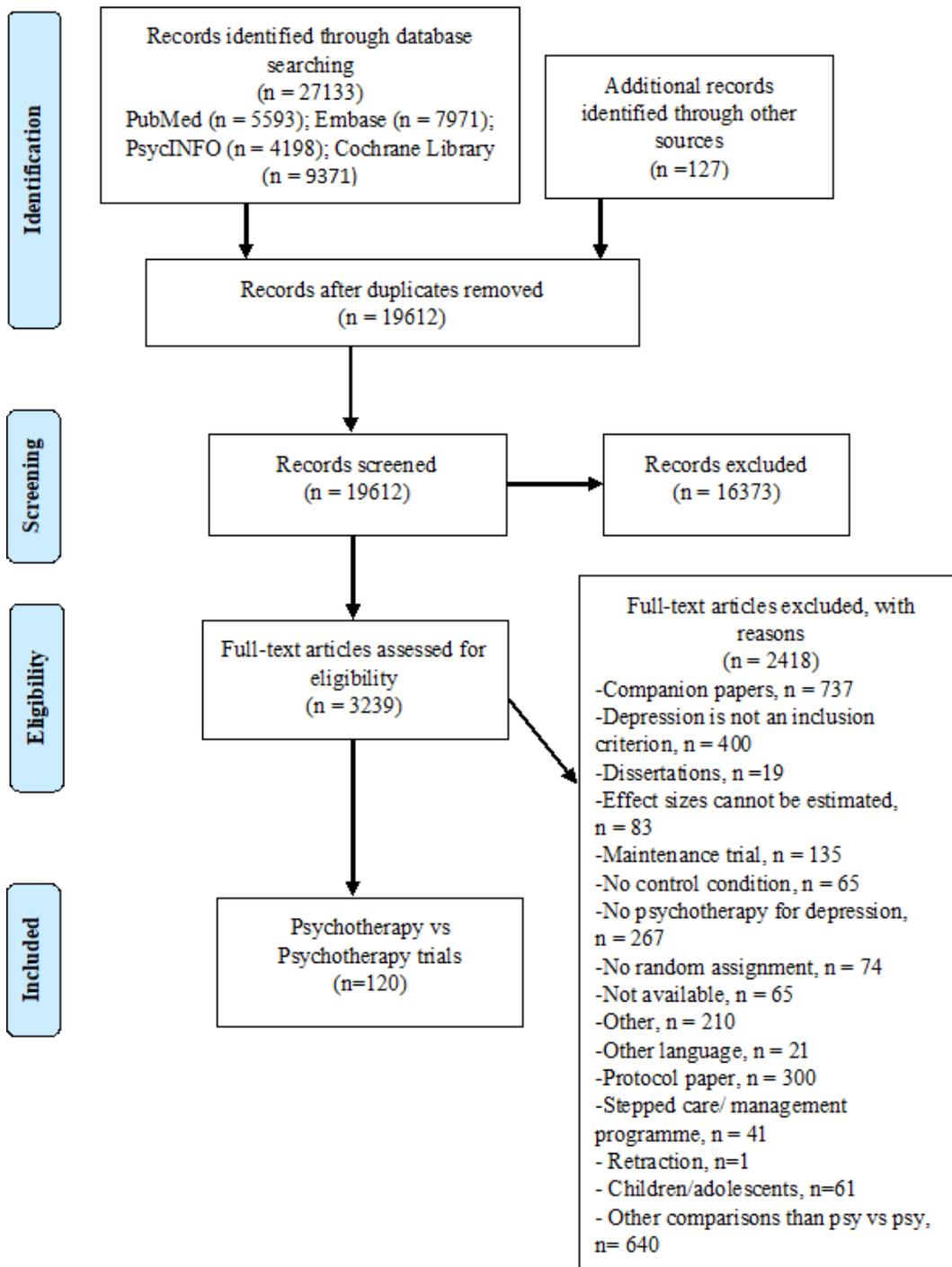


Figura 3.1 Diagramma PRISMA della sezione psicoterapia vs psicoterapia del database aggiornato al 1/1/2021.

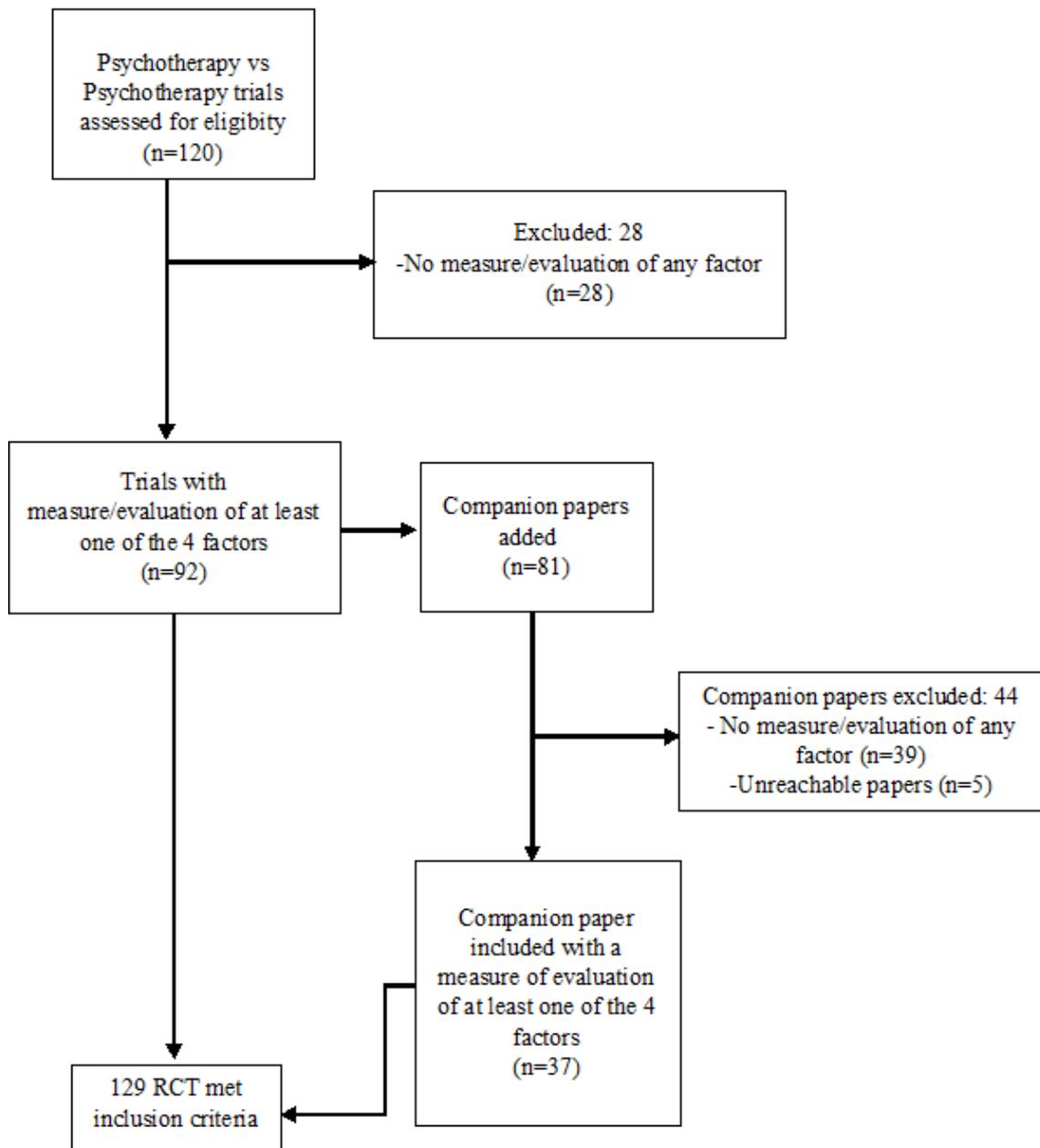


Figura 3.2 Diagramma PRISMA della presente meta-analisi

3.2 Studi esclusi

Il totale degli studi esclusi è di 67. 28 di questi sono paper principali, inclusi nella categoria psicoterapia versus psicoterapia del database. Questi 28 studi sono stati esclusi in quanto non presentano misure o valutazioni di nessuno dei fattori oggetto di studio. 39 studi esclusi sono *companion paper*, e non sono stati selezionati perché non presentano nessuna valutazione o misurazione dei fattori oggetto di indagine. Inoltre, 5 paper secondari sono stati esclusi dallo screening perché risultati irreperibili.

3.3 Caratteristiche degli studi inclusi

I 129 studi inclusi misurano o valutano i fattori di interesse con modalità differenti. Per questo motivo gli studi selezionati possono essere divisi in categorie:

- Studi che misurano in modo quantitativo uno o più fattori;
- Studi che riportano i risultati di una scala di misura quantitativa sotto forma di commento descrittivo/qualitativo;
- Studi che non riportano i risultati di una scala di misura quantitativa;
- Studi nei quali viene utilizzata la supervisione e per la quale viene riportato un commento descrittivo/qualitativo;
- Studi che non riportano alcun commento o risultato della supervisione.

Queste categorie di studi verranno descritte in paragrafi separati. Come già accennato in precedenza, 21 paper secondari, che risultano inclusi perché riportano valutazioni riguardo ai fattori di interesse, non aggiungono ulteriori informazioni rispetto al paper principale o ad altri *companion paper*. Per questo motivo questi 21 *companion paper* non verranno analizzati nei risultati.

3.3.1 Studi che misurano in modo quantitativo uno o più fattori

Sono presenti 70 studi (tra paper principali e secondari) che valutano in modo quantitativo o statistico almeno uno tra i fattori di interesse. In questi studi sono presenti una o più scale che misurano in modo quantitativo o statistico questi costrutti. I risultati di queste scale vengono spesso espressi sotto forma di media e deviazione standard, di percentuali, o tramite indicatori statistici. Per i paper principali che rientravano in questa categoria, e quindi per quelli che presentavano misure quantitative riguardo ai fattori oggetto di studio, veniva presa visione anche dei paper secondari. Grazie a questo screening sono stati aggiunti 14 paper secondari.

Come precedentemente riportato, lo screening dei paper secondari è avvenuto anche per quegli studi che presentavano una scala di misura senza esiti, o con risultati espressi in termini qualitativi. Grazie a questo screening, altri 2 paper secondari sono stati aggiunti alla presente categoria.

Infine, l'analisi degli studi che riportano risultati quantitativi verrà suddivisa in quattro sottoparagrafi: competenza dello psicoterapeuta, aderenza al protocollo terapeutico, credibilità del trattamento e aspettative del paziente e infine alleanza terapeutica.

3.3.1.1 Competenza dello psicoterapeuta

I risultati della valutazione del costrutto di competenza del terapeuta vengono riportati in modo quantitativo o statistico in 14 studi (su un totale di 70 studi con risultati quantitativi).

In questi 14 studi la competenza viene sempre valutata da un osservatore esterno, il quale basa il suo giudizio su videoregistrazioni delle sedute.

La scala di misura maggiormente utilizzata per la valutazione della competenza è la Cognitive Therapy Scale. Questa scala viene utilizzata in 5 studi, sia nella sua versione originale, che in quella modificata (dove vengono aggiunti alcuni item per poter permettere la valutazione della competenza in altri orientamenti terapeutici). In 2 studi viene utilizzata la Interpersonal Psychotherapy - Adherence and Quality Scale (IPT-AQS). 1 studio riporta di aver utilizzato la Guided - Cognitive Behavioural Therapy Rating Scale (G-CBT-RS) e la Person - centred and Experiential Psychotherapy Scale (PCEPS), mentre in un altro studio viene utilizzata la Dynamic Interpersonal Therapy - Adherence/Competence measure (DIT-ACM). Altre scale utilizzate sono: Adherence and Competence Scale for Narrative and Cognitive-Behavioral Therapy (ACS-N-CBT), Mindfulness-based Intervention – Teaching Assessment Criteria (MBI-TAC), la sottoscala Interpersonal Relationship della Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy - Adherence Scale (CBASP-AS-IR) e la Quality of Behavioural Activation Scale (QBAS).

In 5 studi le scale di valutazione della competenza del terapeuta sono state create *ad hoc*. Si tratta di scale costruite appositamente per valutare la competenza in un determinato orientamento, che spesso presentano una valutazione dei vari item basata su scale likert.

In 7 studi che presentano una misura quantitativa di competenza la medesima scala viene utilizzata anche per la valutazione dell'aderenza al trattamento. In questi casi viene valutata l'integrità del trattamento, la quale è definita dalla presenza di competenza e aderenza.

Sono presenti 2 studi (i quali rientrano nella categoria degli esiti quantitativi, ma per misurazioni di altri fattori) che riportano una valutazione della competenza. In questi 2 studi però, gli esiti di questa valutazione vengono espressi in termini qualitativi.

Per concludere, la competenza del terapeuta è un costrutto che viene valutato e quantificato solo in una minoranza di studi. Questo è un dato che sorprende, poiché nella pubblicazione di RCT comparativi l'integrità del trattamento, e quindi la

competenza del terapeuta e l'aderenza al trattamento, dovrebbero essere riportate e garantite.

I dati vengono riassunti nella Tabella. 3.1.

Tabella 3.1 Studi che valutano la competenza in modo quantitativo e relative modalità di misura.

Study	Competence
Angelakis et al., 2020	2 rating scales
Beutler et al., 1991	a 7-point scale and a 5-point scale
Bodenmann et al., 2008*	2 3-point scales completed by supervisors
Bruijniks et al., 2020	CTS, IPT-AQS
Carter et al., 2013*	CTS, CTS-R
Dimidjian et al., 2006	CTS
Freire et al., 2015*	G-CBT-RS, PCEPS
Fonagy et al., 2019*	DIT-ACM for DIT
Hopko et al., 2011*	2 likert scale (0-8-point)
Lemmens et al., 2015	CTS, IPT-AQS
Lopes et al., 2014*	ACS-N-CBT
McIndoo et al., 2016*	2 Likert scale (0-8 points)
Michalak et al., 2015	MBI-TAC and CBASP-AS-IR
Richards et al., 2016	CTS-R, QBAS

Abbreviazioni: ACS-N-CBT: Adherence and Competence Scale for Narrative and Cognitive-Behavioural Therapy; CBASP: Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy; CBASP-AS-IR: Interpersonal Relationship subscale of the CBASP Adherence Scales for CBASP; CBT: Cognitive-Behavioural Therapy; CTS: Cognitive Therapy Scale; CTS-R: Cognitive Therapy Scale – Revised; DIT: Dynamic interpersonal Therapy; DIT-ACM: Dynamic interpersonal Therapy Adherence and Competence Measure; G-CBT-RS: Guided CBT rating Scale; IPT: Interpersonal Therapy; IPT-AQS: IPT Adherence and Quality Scale; MBI-TAC: Mindfulness-Based Interventions - Teaching Assessment Criteria; PCEPS: Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale; QBAS: Quality of Behavioural Activation Scale.

*: la stessa scala di misura viene utilizzata per la valutazione dell'aderenza al protocollo

3.3.1.2 Aderenza al protocollo terapeutico

Il costrutto di aderenza al trattamento è quello che viene maggiormente misurato all'interno degli studi. Un esito quantitativo ad una scala che misura l'aderenza è presente in 48 studi (su un totale di 70 studi che riportano risultati quantitativi).

L'aderenza viene valutata da osservatori esterni nella stragrande maggioranza dei casi. In 1 caso la valutazione si basava su self-report del paziente. In 2 studi la valutazione dell'aderenza al trattamento si basava sia su valutazioni di osservatori esterni che su self-report del terapeuta.

La scala di misura che viene maggiormente utilizzata per misurare l'aderenza al protocollo terapeutico è la Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS). Questa scala viene utilizzata in 12 studi, e viene spesso modificata *ad hoc*, per riportare item riguardo altri protocolli terapeutici. Nella sua versione originale, infatti, la CSPRS contiene sottoscale che valutano l'aderenza alla terapia cognitivo-comportamentale, alla terapia interpersonale e al *clinical management*. In 5 studi la scala di aderenza utilizzata è la Cognitive Therapy Scale. Questa scala viene in alcuni casi modificata per contenere item aggiuntivi, i quali permettono una valutazione dell'aderenza ad altri tipi di

trattamento. Altre scale utilizzate per la valutazione quantitativa dell'aderenza al trattamento sono: Therapist Rating Scale (TRS), 100 - item psychotherapy Q - Sort (100-IP-Q-Sort), Stress Management Scale (SMS), Guided - CBT rating Scale (G-CBT-RS), Person - centred and Experiential Psychotherapy Scale (PCEPS), Dynamic Interpersonal Therapy - Adherence/Competence measure (DIT-ACM), Task specific intervention - Adherence Scale (TSI-AS), Comparative Psychotherapy Process Scale (CPS), Adherence and Competence Scale for Narrative and Cognitive-Behavioral Therapy (ACS-N-CBT), Mindfulness - based Cognitive Therapy Adherence Scale (MBCT-AS), Cognitive Behavioural Therapy - Adherence Scale (CBT-AS), Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy - Adherence Scale (CBASP-AS) e Treatment Fidelity Check-list (TFCL).

In 8 casi l'aderenza viene misurata tramite scale create *ad hoc* per le quali viene indicato il numero di item e/o i punteggi attribuibili.

In 16 casi la misura di aderenza si basa sulla supervisione, ma anche su *rating scales*, *fidelity procedures* o *measures* non meglio specificate, dalle quali si ottengono comunque risultati quantitativi. Altri dettagli riguardo alle modalità di misura verranno riportati in un paragrafo successivo (4.1.1).

In 7 studi che presentano una misura quantitativa di aderenza la stessa scala di misura viene utilizzata anche per la valutazione della competenza del clinico. In questi casi la valutazione è intesa in termini di integrità del trattamento.

In 6 studi (inseriti nella categoria degli esiti quantitativi per misurazioni di altri fattori), sono presenti valutazioni potenzialmente quantitative dell'aderenza al trattamento.

Purtroppo, in questi 6 studi, gli esiti riguardo all'aderenza sono presentati sotto forma di commento descrittivo in 3 casi, mentre non vengono presentati negli altri 3 casi.

Il fatto che l'aderenza sia il costrutto più misurato tra quelli di interesse non è di certo una sorpresa. Nella pubblicazione di RCT viene richiesto che i trattamenti che vengono confrontati siano eseguiti in modo competente, e che i terapeuti aderiscano al protocollo di riferimento. La presenza di una valutazione riguardo la fedeltà, l'integrità o l'aderenza è quindi presente in un buon numero di casi.

I dati vengono riassunti nella Tabella. 3.2.

Tabella 3.2 Studi che valutano l'aderenza in modo quantitativo e relative modalità di misura.

Study	Adherence
Alexopoulos et al., 2020	Rating scale
Angelakis et al., 2020	2 fidelity procedures
Bodenmann et al., 2008*	2 3-point scale completed by both therapists and supervisors
Bright et al., 1999	CTS and a scale for MSG
Bruijnicks et al., 2020	CSPRS
Collado et al., 2016	2 Rating checklist
Cooper et al., 2003	TRS
Dimidjian et al., 2006	CSPRS-R
Driessen et al., 2013	0-10 scale for CBT
Eddington et al., 2015	CSPRS
Ekeblad et al., 2016	CSPRS
Elkin et al., 1989	CSPRS
Ablon et al., 2002 (CP of Elkin et al., 1989)	100-IP-Q-Sort
Hill et al., 1992 (CP of Elkin, 1989)	CSPRS
Feixas et al., 2016	36-item scale
Freedland et al., 2009	check-list completed by therapist, CTS, CSPRS-CTS, SMS
Freire et al., 2015*	G-CBT-RS, PCEPS
Fonagy et al., 2019*	DIT-ACM for DIT
Gallagher-Thompson & Steffen, 1994	CTS, 6-item scale
Goldman et al., 2006	TSI-AS
Greenberg & Watson, 1998	measure for assessing PET interventions
Haynes et al., 2020	Rating scale
Hopko et al., 2011*	2 likert scale (0-8-point)
Jacobson et al., 1996	CSPRS
Jakobsen et al., 2014	0-5 ratings scale
Johnson et al., 2016	existing measures for IPT and CWD modified
Kay-Lambkin et al., 2011	ratings based on the 3 protocols
Kiosses et al., 2015	2 scales (0-5-point)
Lemmens et al., 2015	CSPRS
Leuzinger-Bohleber et al., 2019	CPPS
Lopes et al., 2014*	ACS-N-CBT
Luty et al., 2007	CSPRS
Manicavasgar et al., 2011	MBCT-AS and CBT-AS
Markowitz et al., 2000 (1) (CP of Markowitz et al., 1998)	CSPRS-R
McIndoo et al., 2016*	2 Likert scale (0-8 points)
Michalak et al., 2015	MBCT-AS and CBASP—AS
Mohr et al., 2001	CTS-R
Mohr et al., 2005	CTS-R
Schramm et al., 2017	ratings based on the 2 manuals
Shaw, 1977	Rating scales
Strauman et al., 2006	CSPRS-R
Swartz et al., 2016	CSPRS
Tovote et al., 2014	Supervision
Vazquez et al., 2017	Supervision
Watson et al., 2003	2 checklists of behaviour consistent and not consistent with each model
Werner-Seidler et al., 2018	TFCL
Wollersheim & Wilson, 1991	2 rating scales and adherence degree to manual
Zettle & Rains, 1989	Supervision

Abbreviazioni: 100-IP-Q-Sort: 100-item psychotherapy Q-Sort; ACS-N-CBT: Adherence and Competence Scale for Narrative and Cognitive-Behavioural Therapy; CBASP: Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy; CBASP-AS: CBASP Adherence Scale; CBT: Cognitive-Behavioural Therapy; CBT-AS: Cognitive Behavioural Therapy - Adherence Scale; CP: companion paper; CPPS: Comparative Psychotherapy Process Scale; CSPRS: Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale; CSPRS-CTS: CSPRS - Cognitive Therapy Subscale; CSPRS-R: Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale – Revised; CTS: Cognitive Therapy Scale; CTS-R: Cognitive Therapy Scale – Revised; CWD: Coping with Depression; DIT: Dynamic interpersonal Therapy; DIT-ACM: Dynamic interpersonal Therapy Adherence and Competence Measure; G-CBT-RS: Guided CBT rating Scale; IPT: Interpersonal Therapy; MBCT-AS: Mindfulness-based cognitive therapy adherence scale; MSG: mutual support group; PCEPS: Person-Centred and Experiential Psychotherapy Scale; PET: Process-experiential Therapy; SMS: Stress Management Scale; TFCL: Treatment Fidelity Check-list; TRS: Therapist Rating Scale; TSI-AS: Task specific intervention - Adherence Scale.

*: la stessa scala di misura viene utilizzata per la valutazione della competenza

3.3.1.3 Credibilità del trattamento e aspettative del paziente

I costrutti di credibilità della psicoterapia e di aspettative del paziente nei confronti della stessa vengono valutati in termini quantitativi solo in 7 studi (su un totale di 70 studi che riportano risultati quantitativi). Chiaramente in tutti i casi la misurazione della credibilità o delle aspettative è basata su self-report del paziente.

In 2 casi vengono utilizzate due scale di misura validate: Credibility/Expectancy Questionnaire e Credibility/Expectancy Scale. Sebbene queste due scale siano tra loro molto simili, il numero di item presente in ognuna differisce dal numero di item dell'altra.

In 1 studio il grado di credibilità viene valutato attraverso una domanda che prevede una risposta su una scala likert che va da 0 a 10.

In un altro studio viene utilizzata una scala di 5 item, ognuno dei quali veniva valutato su una scala likert che va da 0 a 10.

Nei restanti 3 casi la credibilità/le aspettative vengono valutate tramite una domanda riguardo le aspettative di miglioramento, tramite una *visual analogue scale* (VAS) e tramite una misura a 4 item (Borkovec and Naus' 4-item measure modified).

Alla luce di quanto riportato, è possibile concludere sostenendo il fatto che i costrutti di credibilità della terapia e di aspettative del paziente nei confronti della stessa vengono valutati pochissime volte.

I dati vengono riassunti nella Tabella 3.3.

Tabella 3.3 Studi che valutano la credibilità e/o le aspettative del paziente in modo quantitativo e relative modalità di misura.

Study	Credibility
Angelakis et al., 2020	CEQ
Sotsky et al., 1991 (CP of Elkin et al., 1989)	question on the expectations of improvement
Giosan et al., 2020	VAS
Carter et al., 2011 (CP of Luty et al., 2007)	Borkovec and Naus' 4-item measure modified
Ly et al., 2014	CES
McNamara & Horan, 1986	5-point scale
Newby et al., 2014	Expectancy ratings on a 0-10 scale

Abbreviazioni: CEQ: Credibility/Expectancy Questionnaire; CES: CES: Credibility/Expectancy Scale; CP: companion paper; VAS: Visual analogue Scale.

3.3.1.4 Alleanza terapeutica

Per il costrutto di alleanza terapeutica, il più importante fattore condiviso tra psicoterapie, i risultati vengono riportati in modo quantitativo in 19 studi (su un totale di 70 con misure quantitative). L'alleanza terapeutica può essere misurata dalla prospettiva del paziente, da quella del terapeuta ma anche da parte di un osservatore esterno. In 6 di

questi studi l'alleanza terapeutica viene misurata dalla prospettiva del paziente, mentre la misurazione tramite report di un osservatore esterno è presente in 4 studi. La valutazione avviene tramite report di terapeuta e paziente in 5 casi, tramite report di paziente, terapeuta e osservatore in 1 caso e infine tramite report del paziente e report di un osservatore in 3 casi.

In 6 casi l'alleanza terapeutica viene misurata tramite il Working Alliance Inventory (WAI), mentre in altri 6 casi si utilizza il Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI). In 2 di questi 6 casi è stata utilizzata solo la sottoscala *Perceived Empathy* del BLRI. La Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS) viene somministrata in 5 studi. Altre misure di alleanza terapeutica utilizzate sono: Health Alliance Questionnaire (HAQ, 2 casi), Truax Accurate Empathy Scale (TAES, 2 casi), Penn Therapy Alliance Scale (PTAS), Therapeutic Alliance with Clinician Questionnaire (TAC), Beck Institute Patient Session Feedback modified (BI-PSF-m) e Treatment Process Scale (TPS).

In 1 studio (inserito nella categoria degli esiti quantitativi per misurazioni di altri fattori) è presente una misurazione dell'alleanza terapeutica. In questo caso però, gli esiti sono stati riportati solo in modo qualitativo.

L'alleanza terapeutica viene misurata in circa un terzo degli studi che presentano misure quantitative, ma la proporzione è decisamente minore se si prende in considerazione il numero totale di paper che soddisfano i criteri di inclusione. Questo indica la presenza di una attenzione solo limitata nei confronti di quello che è il fattore comune più importante e conosciuto.

I dati vengono riassunti nella Tabella 3.4.

Tabella 3.4 Studi che valutano l'alleanza terapeutica in modo quantitativo e relative modalità di misura.

Study	Alliance
Angelakis et al., 2020	WAI
Beutler et al., 2003	PTAS
Collado et al., 2016	TAC
Kwan et al., 2010 (CP of Dimidjian et al., 2006)	WAI
Blatt et al., 1996 (1) (CP of Elkin et al., 1989)	BLRI
Blatt et al., 1996 (2) (CP of Elkin et al., 1989)	BLRI
Hawley et al., 2006 (CP of Elkin et al., 1989)	VTAS
Krupnick et al., 1996 (CP of Elkin et al., 1989)	VTAS
Zuroff et al., 2000 (CP of Elkin et al., 1989)	BLRI and VTAS
Zuroff & Blatt, 2006 (CP of Elkin et al., 1989)	BLRI and VTAS
Freedland et al., 2009	BI-PSF-m, TPS
Giosan et al., 2020	WAI
Goldman et al., 2006	TAES and BLRI-PE
Greenberg & Watson, 1998	WAI, TAES, BLRI-PE
Carter et al., 2012 (CP of Luty et al., 2007)	VTAS
Markowitz et al., 2000 (2) (CP of Markowitz et al., 1998)	WAI

Beckner et al., 2007 (CP of Mohr et al., 2005)	WAI
Rief et al., 2018	HAQ
Eich et al., 2018 (CP of Schramm et al., 2017)	HAQ

Abbreviazioni: BI-PSF-m: Beck Institute Patient Session Feedback modified; BLRI: Barrett-Lennard Relationship Inventory; BLRI-PE: Barrett-Lennard Relationship Inventory-Perceived Empathy scale; CP: companion paper; HAQ: Health Alliance Questionnaire; PTAS: Penn Therapy Alliance Scale; TAC: Therapeutic Alliance with Clinician Questionnaire; TAES: Truax Accurate Empathy Scale; TPS: Treatment Process Scale; VTAS: Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale; WAI: Working Alliance Inventory.

3.3.2 Studi che riportano i risultati di una scala di misura quantitativa sotto forma di commento descrittivo/qualitativo

In questa categoria sono codificati 8 studi. La variabile che questi studi misurano maggiormente è l'aderenza al trattamento (7 casi su 8), mentre nell'altro caso vengono misurate competenza del terapeuta e aderenza al trattamento sotto forma del costrutto di integrità del trattamento. In 3 casi sono presenti due scale di misura diverse. La scala di misura maggiormente utilizzata è la CSPRS (4 casi su 8). In 2 casi vengono utilizzate *check-list* o *rating scales* non meglio specificate, e in un caso la *check-list* è utilizzata assieme alla CSPRS. Altre scale utilizzate sono Problem - Solving Therapy Adherence Scale (PST-AS), California Psychotherapy Assessment Scale (CPAS) e infine Cognitive Therapy Scale (CTS).

I risultati vengono riportati sotto forma di commento descrittivo/qualitativo. In 3 casi questo commento è "i terapeuti sono aderenti". In 3 studi il commento è espresso in termini di *cut-off*, e quindi per esempio "tutti i terapeuti hanno registrato punteggi che superano il *cut-off*". In 1 caso si parlava di aderenza di livello eccellente, mentre in un altro si riporta l'assenza di violazioni del protocollo terapeutico.

Per questa categoria di studi è stato deciso di prendere visione dei paper secondari.

Grazie a questo screening 2 paper secondari sono stati inclusi nella categoria di studi che riportano esiti quantitativi.

Si riporta inoltre la presenza di 3 studi (inseriti nella categoria degli esiti quantitativi per misurazioni di altri fattori), all'interno dei quali la valutazione di uno dei fattori di interesse viene eseguita anche attraverso questa fattispecie, e quindi utilizzando una scala quantitativa e riportando poi un commento descrittivo.

Nei RCT gli sperimentatori sono tenuti a riportare una misura di integrità del trattamento, per far sì che le conclusioni che si traggono possano essere generalizzabili.

In virtù di ciò era lecito aspettarsi una presenza massiccia di misure o valutazioni quantitative dell'integrità del trattamento. Il fatto che in questi studi vi sia solo un commento qualitativo non fornisce alcuna certezza sulla presenza di una effettiva

misurazione dell'integrità del trattamento.

3.3.3 Studi che non riportano i risultati di una scala di misura quantitativa

Sono presenti 6 studi che riportano di aver fatto uso di una scala di misura quantitativa per almeno uno dei fattori oggetto di studio. La cosa che sorprende però è la totale mancanza di un qualsiasi commento o risultato, sia quantitativo che qualitativo, che spieghi i risultati di questa scala di misura. 4 di questi studi riportavano una scala di misura quantitativa per l'aderenza al trattamento, 1 studio riportava una misura di integrità del trattamento mentre l'ultimo studio riportava di misurare addirittura 3 fattori in modo quantitativo (aderenza, aspettative, alleanza terapeutica). Le scale di misura che gli sperimentatori dichiarano di aver utilizzato sono: CSPRS (1 caso), *check-list* apposite (3 casi), California Therapeutic Alliance Scale (CTAS) assieme a Problem-Solving Therapy Adherence Scale (PST-AS, 1 caso). Lo studio che riportava di voler misurare aderenza, alleanza terapeutica e aspettative del paziente riportava le seguenti scale: Agnew Relationship Measure, Morrison & Shapiro Expectancy Measure e infine Sheffield Psychotherapies Rating Schedule.

Per questa categoria di studi è stata presa visione dei paper secondari. Purtroppo, però per nessuno di questi studi è emersa la presenza di *companion paper* che riportassero risultati quantitativi per i fattori oggetto di studio.

Uno studio (inserito nella categoria degli esiti quantitativi per misurazioni di altri fattori) valuta un fattore di interesse tramite questa fattispecie, e quindi inserendo una scala di misura senza però riportarne i risultati.

Come per la categoria precedente, anche in questo caso la mancata presenza di indici quantitativi non può assicurare l'avvenuta misurazione dei fattori. È abbastanza sorprendente il fatto che nemmeno nei paper secondari queste misure vengano riportate.

3.3.4 Studi nei quali viene utilizzata la supervisione e per la quale viene riportato un commento descrittivo/qualitativo

In 4 studi viene riportato l'utilizzo della supervisione per monitorare l'aderenza e la competenza. La supervisione viene riportata come strumento di valutazione dell'aderenza in 3 casi, mentre nell'ultimo caso la supervisione viene attuata per monitorare l'integrità del trattamento. In questi studi gli esiti della supervisione vengono presentati sotto forma di commento qualitativo (es. "i terapeuti aderiscono al protocollo terapeutico").

In questi studi, viene riportato che gli specialisti chiamati a monitorare i terapeuti dello studio hanno esperienza, e conoscono bene gli orientamenti per i quali sono chiamati a fare la supervisione. In 2 casi la supervisione veniva fornita dal centro che aveva elaborato il trattamento utilizzato o da chi aveva sviluppato la terapia. In 2 studi la supervisione veniva eseguita dagli scienziati che hanno scritto il paper o da studiosi che hanno partecipato alla progettazione dello studio. Data la presenza di un solo supervisore per condizione sperimentale (in tutti gli studi tranne uno), l'indice *inter-rater-reliability* non è stato presentato.

Si segnala che in 3 studi (inseriti nella categoria degli esiti quantitativi per misurazioni di altri fattori) almeno un fattore viene valutato tramite questa fattispecie (supervisione con commento qualitativo).

Da un punto di vista di certezza scientifica, la presenza di un supervisore competente non determina di per sé la presenza di un giudizio oggettivo inattaccabile.

3.3.5 Studi che non riportano alcun commento o risultato della supervisione

Ci sono 20 studi che utilizzano la supervisione per monitorare i terapeuti, ma che non riportano nemmeno un commento riguardo all'esito di quest'ultima. In 5 di questi studi la supervisione era utilizzata per monitorare l'integrità del trattamento (competenza e aderenza insieme), mentre nei restanti 15 era utilizzata per monitorare solo l'aderenza. In 2 studi (inseriti nella categoria degli esiti quantitativi per misurazioni di altri fattori) sono presenti valutazioni di altri fattori eseguite tramite la supervisione. Anche in questi casi non vengono però riportati commenti sull'esito di quest'ultima.

La mancanza di segnalazioni riguardo eventuali violazioni del protocollo terapeutico potrebbe significare che i requisiti di aderenza e integrità siano stati soddisfatti. Allo stesso tempo però, è legittimo chiedersi se una valutazione riguardo l'aderenza e la competenza sia stata effettivamente eseguita.

3.4 Caratteristiche degli studi che presentano misure quantitative

Verranno ora esposte e descritte le caratteristiche degli studi che sono stati selezionati perché riportano dati quantitativi o statistici riguardo ai costrutti di interesse per questo studio.

Se i dati di interesse sono già stati riportati per i paper principali, le caratteristiche dei *companion paper* non verranno considerate nella descrizione (in quanto corrispondenti).

In assenza dei dati del paper principale verranno riportati i dati di un paper secondario. Gli studi considerati sono stati eseguiti tra il 1977 e il 2020, e contavano un totale di 6154 soggetti sperimentali.

Il reclutamento avveniva soprattutto tramite i servizi per la salute (18 casi), tramite mezzi di comunicazione di massa (9 casi) o in entrambi i modi (11 casi). I servizi tramite i quali avveniva il reclutamento potevano essere ospedali, centri di salute mentale, cliniche private, reparti ospedalieri. In alcuni casi era il medico di medicina generale a proporre la partecipazione allo studio. In 1 caso il reclutamento è avvenuto tramite i servizi IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). I media più utilizzati per il reclutamento erano le radio locali, la televisione e i quotidiani. Spesso venivano appesi annunci sugli autobus o nei servizi pubblici, alcune volte venivano usati anche volantini posti alle fermate dei mezzi di trasporto. In 1 caso il reclutamento è avvenuto tramite i dati dell'ufficio anagrafe, mentre in 4 casi il reclutamento avveniva tramite le università, ed era quasi sempre rivolto agli studenti. In 1 caso si è utilizzato il registro dei caregiver, e in un altro caso il *recruitment* è avvenuto per mezzo di agenzie comunitarie.

In parecchi studi (22) i soggetti reclutati non avevano particolari caratteristiche. Era infatti sufficiente una diagnosi di disturbo depressivo di qualsivoglia tipologia. 11 volte il target era caratterizzato da soggetti già trattati nei servizi di salute mentale o addirittura da persone ricoverate nei reparti di psichiatria. In 10 casi i pazienti oltre a sperimentare un disturbo depressivo presentavano altre comorbilità. Tra i disturbi in comorbilità figuravano il disturbo post traumatico da stress (PTSD), una dipendenza da sostanze (stimolanti, cannabis, alcol), l'HIV, il cancro al seno, il diabete, la sclerosi multipla. In 1 caso i soggetti presentavano alterazioni delle funzioni esecutive. In 1 caso i pazienti erano stati operati per un bypass arterioso. In altri casi il campione era caratterizzato da anziani, da donne primipare, da veterani di guerra, da caregiver (2 casi), da donne che avevano perso figli in età perinatale, da diadi madre-figlio e da studenti del college.

Le condizioni sperimentali presenti negli studi con misure quantitative erano di diverse tipologie. La più comune era la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che era presente in 24 studi. In 8 studi una delle condizioni era caratterizzata dalla terapia cognitiva (CT). L'attivazione comportamentale (BA) e/o la terapia comportamentale (BT, BATD) era presente in 9 studi. La terapia interpersonale (IPT) era presente in 9 paper. In 4 studi il counseling era una delle condizioni sperimentali (Non - directive

counselling, Person - centered counselling, Supportive counselling, Psychoeducational and supportive counselling). La Cognitive - Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) era presente come condizione sperimentale in 3 studi. Altre condizioni riguardano: la terapia Focused-expressive (FEP), la terapia di coppia orientata sul coping (COCS), gruppi di auto-aiuto (MSG), la Schema Therapy (ST, 2 studi), la terapia Psicodinamica (PT), la terapia di supporto alla gestione dello stress (SSM), la terapia focalizzata sulle emozioni (EFT), la Mindfulness (MBT, 2 casi), la terapia cognitiva basata sulla Mindfulness (MBCT, 3 casi), ecc. In 3 studi una delle condizioni sperimentali era la farmacoterapia. In 2 di questi studi, l'assunzione dei farmaci era associata in 1 caso al *clinical management* e nell'altro alla terapia di supporto. In 2 studi sono stati utilizzati dei placebo, mentre in 9 studi una delle condizioni era di controllo, *usual care* o *waiting list*.

In 9 trial le psicoterapie che venivano confrontate tra loro venivano erogate in modalità tra loro eterogenee (es. psicoterapia individuale versus psicoterapia di gruppo). Nei restanti studi le modalità con le quali l'intervento veniva erogato erano le medesime (es. psicoterapia di gruppo versus psicoterapia di gruppo). In 35 studi le psicoterapie che venivano messe a confronto erano di tipo individuale. 7 studi ponevano a confronto due psicoterapie di gruppo. In 2 studi entrambe le psicoterapie poste a confronto venivano erogate tramite telefono, in 1 studio le psicoterapie si svolgevano in videoconferenza. In 1 studio le due psicoterapie venivano erogate in modo misto (es. alcune sedute individuali e alcune di gruppo).

Per quanto riguarda le scale di misura, gli studi sono stati descritti focalizzando l'attenzione sugli strumenti somministrati come screening/conferma della diagnosi e su quelli utilizzati per il calcolo dell'outcome. Negli studi la diagnosi di disturbo depressivo veniva confermata o stabilita tramite l'uso di interviste diagnostiche e/o tramite l'utilizzo di strumenti self-report. La Structured Clinical Interview for DSM (SCID) veniva utilizzata in 37 casi. In alcuni casi venivano somministrati il Beck Depression Inventory (BDI, 16 volte) o la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, 9 volte) per confermare la diagnosi di depressione. 8 volte BDI e HRSD sono stati entrambi somministrati per confermare la diagnosi di disturbo depressivo. In 3 casi il Patient-Health Questionnaire-9 (PHQ-9) è stato somministrato come misura di screening per la depressione, mentre la Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D) è stata proposta solo in uno studio. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) è stato utilizzato come misura di screening per 3 studi mentre la

Mongomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) è stata utilizzata come misura di screening 2 volte.

Per quanto concerne invece le scale di misura per la valutazione dell'outcome, in 23 casi BDI e HRSD sono state ambedue somministrate. In 20 studi è stato utilizzato il BDI e in 6 studi si è somministrata la HRSD. In 5 studi è stata somministrata la MADRS, mentre in 3 studi si è utilizzato il PHQ - 9. Anche la Symptom Check - List - 90 (SCL-90) è stata somministrata 7 volte (2 volte sotto forma del Global Severity Index, GSI). Altri test che sono stati somministrati per la valutazione della baseline e dell'outcome sono: Behavioural Activation for Depression Scale (BADDS, 2 volte), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, 1 volta), Brief Symptom Inventory (BSI, 3 volte), Goal Adjustment Scale (GAS¹, 1 volta), Global Assessment Scale (GAS², 1 volta), Work and Social Adjustment Scale (WSAS, 3 volte), Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSE, 3 volte), Inventory of Interpersonal Problems (IIP, 4 volte), Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation (LIFE, 6 volte), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS, 2 volte), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS¹, 2 volte), Dyadic Adjustment Scale (DAS², 1 volta) e infine Social Adjustment Scale (SAS, 3 volte).

Il numero di sedute variava da studio a studio. Il numero massimo di sedute proposte in uno studio è stato di 32. Lo studio con il minor numero di sedute ne prevedeva 4. In 22 studi il numero di sedute era compreso tra 16 e 20. In 1 caso la durata della terapia non era stabilita.

Gli studi selezionati sono stati eseguiti per lo più negli Stati Uniti (23 studi) e nel Regno Unito (7 studi). Altre nazioni nelle quali gli studi venivano eseguiti erano: Svizzera (1 volta), Svezia (2 volte), Danimarca (1 volta), Spagna (2 volte), Portogallo (1 volta), Nuova Zelanda (2 volte), Canada (3 volte), Germania (4 volte), Australia (4 volte), Paesi Bassi (4 volte), Romania (1 volta).

I dati sopra riportati sono riassunti nella Tabella 3.5.

Tabella 3.5 Caratteristiche degli studi che riportano dati quantitativi o statistici per almeno uno dei fattori

Study	Recruitment	Target group	Conditions	Format	Baseline and outcome measures	Number of sessions	Location
Alexopoulos et al., 2020	Health services and university	Elderly with DD	“Engage” (151) PST (149)	Individual Individual	Screening: SCID, MADRS, MMSE Pre and post: S-H PS, BHS, AES, PANAS, BADS, NEO-PI, WHODAS, HRSD, MADRS	9	USA
Angelakis et al., 2020	Health services, police department	People with PTSD and DD	CPT (18) CPT/BA (17) BA/CPT (18)	Individual Individual Individual	Pre and post: CAPS, MINI, PCL, DASS-DS, PTCI, RRS, SRRS, TAS	CPT: 12 BA/CT: 5+10 CPT/BA: 10+5	Aus
Beutler et al., 1991	Media, word of mouth, health services	People with moderate DD	CT (21) FEP (22) S/SD (20)	Group Group Self-help and telephone	Screening: clinical interview, HRSD Pre and post: BDI, HRSD, BSI	20	USA
Beutler et al., 2003	Media and health services	People with DD and stimulant dependency	CT NT PT ² Tot: 40	Individual Individual individual	Screening: SCID, GAF ² , MMPI, TRS, STAI, 10-item scale for insight versus symptomatic focus; 11-item scale for therapist directiveness, 7-item scale for emotional focus-emotional containment Pre and post: BDI, HRSD, ASI, TLFB	20	USA
Bodenmann et al., 2008	Health services and flyers	People with DD	CBT (20) IPT (20) COCT (20)	Individual Individual Couple	Screening: BDI, SCID Pre and post: BDI, HRSD, PQ, DCI, FMSS	CBT: 20 IPT: 20 COCT: 10	Swi
Bright et al., 1999	Media	People with DD	CBT (45) MSG (50)	Group Group	Screening: HRSD, SCID Pre and post: HRSD, BDI, ATQ, HSCL-58, TRSA (for CBT), JSDQ (for MSG)	10	USA
Bruijniks et al., 2020	Health services	Outpatients	CBT weekly (49) IPT weekly (55) CBT twice a week (49) IPT twice a week (47)	Individual Individual Individual Individual	Screening: SCID, MINI, BDI Pre and post: BDI, single items, RAND-36, RDQ	16	Ne
Carter et al., 2013	Health services	People with DD	CBT (50) ST ¹ (50)	Individual Individual	Screening: SCID-I, SCID-II, and neuropsychological assessment Pre and post: MADRS, BDI-II	One weekly session for 6 months	NZ
Collado et al., 2016	Media	Latinos with a Spanish speaking preference	BATD (23) SC (23)	Individual Individual	Screening: SCID Pre and post: BDI-II, SCID Weekly and post: BADS, RPI	10	USA
Cooper et al., 2003	Birth records	Primiparous women	RPC (52) CBT (43) PT ¹ (50) NDC (48)	Individual Individual Individual Individual	Screening: EPDS Pre and post: EPDS, SCID	Weekly for 4.5 months	UK
Dimidjian et al., 2006	Media and word of mouth	People with DD	BA (43) CT (45) ADM (100) PLA (53)	Individual Individual Individual individual	Screening: BDI-II, HRSD, SCID-I Pre and post: HRSD and BDI-II	BA: 24 CT: 24 ADM: 8 PLA: 8	USA
Kwan et al., 2010 (CP of Dimidjian et al., 2006)	Media and word of mouth	People with DD (unspecific target)	BA (43) CT (45) ADM (100) PLA (53)	Individual Individual Individual individual	Screening: BDI-II, HRSD, SCID-I Pre and post: HRSD and BDI-II	BA: 24 CT: 24 ADM: 8 PLA: 8	USA
Driessen et al., 2013	Health services	Psychiatric outpatients	CBT (164) PT ¹ (177)	Individual Individual	Screening: MINI-P, HRSD Pre and post: HRSD, IDS-SR	16	Ne
Eddington et al., 2015	Media	People with DD	SST (22) CBT (27)	Individual Individual	Screening: BDI-II, BAI, SCID I and II Pre and post: BDI-II, BAI, RFQ, GAS ¹	16	USA

Ekeblad et al., 2016	Health services	Psychiatric outpatients	IPT (48) CBT (48)	Individual Individual	Screening: SCID-I and II Pre and post: MADRS, BDI-II	14	Swe
Elkin et al., 1989	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD Pre and post: HRSD, GAS ² , SCL-90, BDI	16-20	UK
Ablon et al., 2002 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD	16-20	UK
Blatt et al., 1996 1 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Pre and post: HRSD, BDI, GAS ² , SCL-90, SAS	16-20	UK
Blatt et al., 1996 (2) (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Pre and post: HRSD, BDI, GAS ² , SCL-90, and SAS	16-20	UK
Hawley et al., 2006 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD Pre and post: DAS ¹ , HRSD	16-20	UK
Hill et al., 1992 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	/	16-20	UK
Krupnick et al., 1996 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD Pre and post: HRSD, BDI-II	16-20	UK
Sotsky et al., 1991 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD Pre and post: HRSD, BDI	16-20	UK
Zuroff et al., 2000 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD Pre and post: DAS ¹ , SCL-90, BDI, HRSD, SAS	16-20	UK
Zuroff & Blatt, 2006 (CP of Elkin et al., 1989)	Health services	Psychiatric outpatients and people with DD	IPT (61) CBT (59) IMI-CM (57) PLA-CM (62)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HRSD Pre and post: BDI, HRSD, SCL-90, GAS ³ , SAS	16-20	UK
Feixas et al., 2016	Media and health services	Psychiatric outpatients	CBT (63) DFT (65)	Group Group	Screening: BDI, SCID, RGT Pre and post: HDRS, CORE-OM, BDI	16	Sp
Freedland et al., 2009	Health services	Patients with coronary artery bypass surgery and DD	CBT (41) SSM (42) UC (40)	Individual Individual	Screening: BDI, DISH Pre and post: DISH, BDI, BHS, BAI, PSS, SF-36, HSQ, neuropsychological measures	12	USA
Freire et al., 2015	Health services	People with DD	PCC (19) Li-CBT (17)	Individual Guided self-help	Screening: PHQ-9, SCID Pre and post: GRID- HAMD, SCID, PHQ-9, WSAS, EQ-5D	8	UK
Fonagy et al., 2019	IAPT services	People with DD	DIT (73) LIT (54) CBT (20)	Individual Mixed Individual	Screening: MINI, HRSD, PHQ-9 Pre and post: HRSD, BDI, BSI, SAS, EQ-5D, ECR-R, IIP	DIT: 16 LIT: 9 CBT: 14- 18	UK
Gallagher-Thompson & Steffen, 1994	Health services	Caregiver	CBT (36) PT ¹ (30)	Individual Individual	Screening: BDI, MMSE, GDS, HRSD, SADS Pre and post: BDI, HRSD, GDS	16-20	USA
Giosan et al., 2020	Media and health services	People with DD	CET (51) CT (46)	Individual individual	Screening: BDI, SCID Pre and post: BDI, SCID, WHO-5, SAS, EFS, MVI, CMVS, PHQ, BIS/BAS, SCSRFQ, B-COPE, PANAS, ABS	12	Rom
Goldman et al., 2006	Media	People with DD	CCT ¹ (19) EFT (19)	Individual Individual	Screening: SCID, BDI Pre and post: BDI-II, RSE, IIP, GSI of SCL-90	16-20	Can
Greenberg & Watson, 1998	Media and health services	People with DD	CCT ¹ (17) PET (15)	Individual Individual	Screening: GAS ² , SCID, SCL-90-R Pre and post: BDI-II, SCL-90-R, RSE, IIP, TCBS, LIFE	16-20	USA
Haynes et al., 2020	Health services	Veterans	CBSRT (21) PCT ² (22)	Group Group	Screening: HRSD, CAPS, SCID, DSISD Every day: DSD Pre and post: CAPS, HRSD, SRM	12	USA

Hopko et al., 2011	Health services	Patients with breast cancer and DD	BATD (42) PST (38)	Individual Individual	Screening: HANDS, ADIS-IV, HRSD, BDI Pre and post: HRSD, BDI-II, EROS, BAI, QOLI, SF-36, MSPSS	8	USA
Jacobson et al., 1996	Media and health services	Psychiatric outpatients	BA (57) AT (44) CT (50)	Individual Individual Individual	Screening: BDI, HRSD, SCID Pre and post: HRSD, BDI Post: LIFE	20	USA
Jakobsen et al., 2014	Health services	Psychiatric outpatients	TCT (22) MBT ¹ (22)	Mixed (individual and group) Mixed (individual and group)	Screening: SCID-I, SCID-II and BDI Pre and post: HDRS, GSI score on SCL-90-R, BDI, WHO-5	Multiple sessions for 18 weeks	Den
Johnson et al., 2016	Media and health services	Women with perinatal loss	IPT (25) CWD (25)	Group Group	Screening: SCID-I Pre and post: SAS, ICG, DAS ² , LIFE, HRSD, BDI-II, MSPSS, PBGS	14	USA
Kay-Lambkin et al., 2011	Media and health services	People with DD and alcohol or cannabis use	CBT-MI (88) CAC (97) PCT ² (89)	Individual Computer-based Individual	Screening: BDI-II Pre and post: BDI, OTI, SCID	9	Aus
Kiosses et al., 2015	Community agencies	People with DD, cognitive impairment, and disabilities	PAT (37) ST ² (37)	Individual Individual	Screening: MADRS, SCID, DRS, neuropsychiatric measures Pre and post: MADRS, WHODAS-II	12	USA
Lemmens et al., 2015	Health services	Outpatients	CT (76) IPT (75) WLC (31)	Individual Individual	Screening: SCID-I Pre and post: BDI, BSI, WSAS, RAND-36, EQ-6D	16-20	Ne
Leuzinger-Bohleber et al., 2019	Study centres	Patients with chronic depression	CBT (41) PAT (47)	Individual Individual	Screening: BDI-II, QIDS-C, SCID-I and II Pre and post: BDI-II, QIDS-C Post: LIFE	CBT: up to 15 months PAT: up to 36 months	Ger
Lopes et al., 2014	Health services and self-referrals	People with DD	CBT (29) NT (34)	Individual Individual	Screening: SCID-I and II, GAF ¹ Pre and post: BDI-II, OQ-45.2	20	Po
Luty et al., 2007	Health services	Patients with DD	IPT (91) CBT (86)	Individual Individual	Screening: SCID Pre: MSE, TCI, neurobiological assessment Pre and post: MADRS, HRSD, BDI-II, SCL-90-R	16	NZ
Carter et al., 2011 (CP of Luty et al., 2007)	Health services	Patients with DD	IPT (91) CBT (86)	Individual Individual	Screening: SCID Pre and post: MADRS, RSQ, RFD, DAS ¹ , SAS	16	NZ
Carter et al., 2012 (CP of Luty et al., 2007)	Health services	Patients with DD	IPT (91) CBT (86)	Individual Individual	Pre and post: MADRS	16	NZ
Ly et al., 2014	Media	General community	BA (40) MBT ² (41)	Telephone-administered Telephone-administered	Screening: PHQ-9, MINI Pre and post: BDI-II, PHQ-9, BAI, QOLI, AAQ-II	Multiple sessions for 8 weeks	Swe
Manicavasgar et al., 2011	Media and health services	General community	MBCT (19) CBT (26)	Group Group	Screening: CIDI, BDI Pre and post: BDI-II, BAI, SOFAS, CIDI	MBCT: 5 CBT: 6	Aus
Markowitz et al., 2000 (1) (CP of Markowitz et al., 1998)	Media and referral	HIV positive patients with DD	CBT (27) IPT (24) SP (24) SWI (26)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HDRS, SCID, PDE Pre and post: HDRS, BDI, KS	CBT: 16 IPT: 16 SP: 8-16 SWI: 8-16	UK
Markowitz et al., 2000 (2) (CP of Markowitz et al., 1998)	Media and referral	HIV positive patients with DD	CBT (27) IPT (24) SP (24) SWI (26)	Individual Individual Individual Individual	Screening: HDRS, SCID, PDE Pre and post: HDRS and BDI, KS	CBT: 16 IPT: 16 SP: 8-16 SWI: 8-16	UK
McIndoo et al., 2016	Psychology courses and fliers	College students	MBT ² (20) BA (16) WLC (14)	Individual Individual	Screening: BDI-II, ADIS-IV Pre and post: BDI-II, HRSD, BAI, PSS, FFMQ, RRS	4	USA
McNamara & Horan, 1986	Patients	Patients with DD	CT BT CC CG Total: 40	Individual Individual Individual Individual	Screening: BDI, HRSD Pre and post: ATQ, CS, RC, SESS, PES, BS, OESS, BDI, HRSD	N.A.	USA

Michalak et al., 2015	Media and health services	Patients with chronic depression	MBCT+TAU (36) CBASP+TAU (35) TAU (35)	Group Group Individual	Screening: SCID Pre and post: HDRS, BDI, SASS, SF-36	MBCT+T AU: 1+8 CBASP+T AU: 2+8	Ger
Mohr et al., 2001	Health services, National Multiple Sclerosis Society	People with multiple sclerosis and DD	CBT (20) SEG (22) Sertraline (21)	Individual Group	Screening: SCID, HRSD, BDI Pre and post: BDI, HRSD, SCID, LIFE-II, neuropsychological measures	16	USA
Mohr et al., 2005	Health services and National Multiple Sclerosis Society	People with multiple sclerosis and DD	CBT (62) SEFT (65)	Telephone-administered Telephone-administered	Screening: SCID Pre and post: SCID HRSD, BDI-II, PANAS-PA, GNDS, neuropsychological tests	16	USA
Beckner et al., 2007 (CP of Mohr et al., 2005)	Health services and National Multiple Sclerosis Society	People with multiple sclerosis and DD	CBT (62) SEFT (65)	Telephone-administered Telephone-administered	Pre and post: HRSD, BDI-II, GNDS	16	USA
Newby et al., 2014	Media	Patient with DD	CBM (20) CBT (20) CG (20)	Computer-delivered Individual	Screening: BDI, SCID Pre: IMI, AIMQ Pre and post: BDI, BAI, IES, PANAS	One week	Aus
Richards et al., 2016	Health services	People with DD	BA (221) CBT (219)	Individual Individual	Screening: SCID Pre and post: PHQ-9, SCID, GAD-7, SF-36	20 + 4 additional boosters	UK
Rief et al., 2018	Health services	Outpatients	CBASP (43) CBT-E (45) CBT-M (43) WLC (42)	Individual Individual Individual	Screening: SCID, BDI Pre and post: BDI, SCL-90, PTQ, IPAQ, CTQ	16	Ger
Schramm et al., 2017	Health services	Outpatients with early on-set chronic depression	CBASP (137) SP (131)	Individual Individual	Screening: HRSD, SCID, CTQ-SF Pre and post: HRSD, IDS-SR, GAF ¹ , SF-12, QLDS, CTQ-SF	32	Ger
Eich et al., 2018 (CP of Schramm et al., 2017)	Health services	Adult outpatients with early on-set chronic depression	CBASP (137) SP (131)	Individual Individual	Screening: CTQ-SF, SCID, HRSD, IIP Pre and post: HRSD	32	Ger
Shaw, 1977	Health services and university	People with DD	CMG (8) BMG (8) NDCG (8) WLC (8)	Individual Individual Individual	Pre and post: BDI, HRSD, VAS	4	Can
Strauman et al., 2006	Media, university and women's health clinic, referral from a counselling centre	People with DD	SST (24) CT (21)	Individual Individual	Screening: BDI, HRSD, SCID, WPDI Pre: RFQ, SQ Pre and post: BDI, HRSD	Unconstrained length	USA
Swartz et al., 2016	Media and health services	Mother-child dyads	IPT (87) BSP (87)	Individual Individual	Screening: HRSD, SCID-I, SCID-II Pre and post: HRSD, WSAS	9	USA
Tovote et al., 2014	Health services	People with DD and diabetes	MBCT (31) CBT (32) WLC (31)	Individual Individual	Screening: BDI Pre and post: BDI, HDRS, WHO-5, GAD-7, PAID	8	Ne
Vazquez et al., 2017	Register of caregivers	Caregivers	CBC (20) BAC (22) CG (19)	Conference call Conference call	Screening: CES-D, SCID Pre and post: CES-D	CBC: 5 BAC: 5	Sp
Watson et al., 2003	Media	People with DD	CBT PET Total: 93	Individual Individual	Screening: SCID Pre and post: BDI, IIP, RSE, DAS ¹ , PF-SOC, SCL-90-R	16	Can
Werner-Seidler et al., 2018	Health services	People with DD	MEST (31) PSC (38)	Group Group	Screening: SCID, BDI-II, AMT Pre and post: AMT BDI-II, MEPS, RRS, CAQ, neuropsychological measures Post: LIFE	5	UK
Wollersheim & Wilson, 1991	Media	Psychiatric outpatients	C-T (8) ST ² (8) BIB (8) DTG (8)	Individual Individual Individual Self-help	Screening: MMPI Pre and post: BDI, SR, SO, CR, MMPI	10	USA

Zettle & Rains, 1989	Media	Female patient with DD	CCT ² (10) PCT ¹ (10) CD (11)	Group Group Group	Screening: BDI, MMPI, HRSD Pre and post: BDI, HRSD, ATQ, DAS ¹ , PES	12	USA
---------------------------------	-------	------------------------	---	-------------------------	--	----	-----

Abbreviazioni: AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire; ABS: Attitude and Beliefs Scale; ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule-IV; ADM: antidepressant medication; AES: Apathy Evaluation Scale; AIMQ: Appraisals of Intrusive Memories Questionnaire; AMT: Autobiographical Memory Test; ASI: Addiction Severity Index; AT: Activation and the modification of dysfunctional thoughts; ATQ: Automatic Thoughts Questionnaire; Aus: Australia; BA: Behavioural Activation; BAC: Behavioural Activation via conference call; BADS: Behavioural Activation for Depression Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BATD: Behavioural Activation Treatment for Depression; B-COPE: Brief COPE; BDI: Beck Depression Inventory; BHS: Beck Hopelessness Scale; BIB: Bibliotherapy; BMG: Behavioural-modification group; BIS/BAS: Behavioural Inhibition System/Behavioural Activation System; BS: Behavioural Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; BSP: Brief Supportive Psychotherapy; BT: Behavioural Therapy; CAC: Clinician-assisted computerised therapy; Can: Canada; CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale; CAQ: Cognitive Avoidance Questionnaire; CBASP: Cognitive-behavioural Analysis System of psychotherapy; CBC: Cognitive-behavioural intervention via conference call; CBM: Computerized Bias Modification; CBSRGT: Cognitive Behavioural Social Rhythm Group Therapy; CBT: Cognitive Behavioural Therapy; CBT-E: CBT with physical exercise; CBT-M: CBT with mindful sensory perception tasks; CBT-MI: CBT integrated with Motivational-interviewing; CC: combined condition; CCT¹: Client-centred Therapy; CCT²: Complete Cognitive Therapy; CD: Comprehensive Distancing; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CET: Cognitive-evolutionary Therapy; CG: Control Group; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; CMG: cognitive modification group; CMVS: Components of Mate Value Survey; COCT: Coping-oriented couples' therapy; CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure; CP: Companion Paper; CPT: Cognitive Processing Therapy; CR: Clinician Rating of Depression; CS: Cognitive Scale; CT: Cognitive Therapy; C-T: Coping-therapy; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; CTQ-SF: Childhood Trauma Questionnaire-Short Form; CWD: Coping with Depression; DAS¹: Dysfunctional Attitudes Scale; DAS²: Dyadic Adjustment Scale; DASS-DS: Depression subscale from the Depression Anxiety and Stress Scale; DCI: Dyadic Coping Inventory; DD: Depressive Disorder; Den: Denmark; DFT: Dilemma-focused Therapy; DISH: Depression Interview and Structured Hamilton; DIT: Dynamic Interpersonal Therapy; DRS: Dementia Rating Scale; DSD: Daily Sleep Diary; DSISD: Duke Structured Interview for Sleep Disorders; DTG: Delayed Treatment Group; ECR-R: Experiences in Close Relationships Questionnaire-Revised; EFS: Evolutionary Fitness Scale; EFT: Emotion-focused Therapy; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; EQ-5D: EuroQol-5; EQ-6D: EuroQol-6D; EROS: Environmental Reward Observation Scale; FEP: Focused Expressive Psychotherapy; FFMQ: Five-facet Mindfulness Questionnaire; FMSS: Five-minute Speech sample; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; GAF¹: Global Assessment of Functioning; GAF²: General Assessment of Functioning; GAS¹: Goal Adjustment Scale; GAS²: Global Assessment Scale; GAS³: Global Adjustment Scale; GDS: Geriatric Depression Scale; Ger: Germany; GNDS: Guy's Neurological Disability Scale; GRID-HAMD: GRID Hamilton Depression Rating Scale; GSI of SCL-90-R: Global Severity Index of Symptom Checklist 90- Revised; HANDS: Harvard National Depression Screening scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; HSCL-58: Hopkins Symptoms Checklist—58; HSQ: Heart Surgery Questionnaire; ICG: Inventory of Complicated Grief; IDS-SR: Inventory of Depressive Symptomatology—Self-Report; IES: Impact of Event Scale; IIP: Inventory of Interpersonal Problems; IMI: Intrusive Memory Interview; IMI-CM: Imipramine and Clinical Management; IPAQ: International Physical Activity Questionnaire; IPT: Interpersonal Therapy; JSDQ: Jourard Self-Disclosure Questionnaire; KS: 100-point Karnofsky Scale; KT: Knowledge Test; Li-CBT: Low-Intensity Cognitive Behaviour Therapy; LIFE: Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation; LIT: low-intensity Treatment; MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale; MBCT: Mindfulness-based Cognitive Therapy; MBT¹: Mentalization-based Treatment; MBT²: Mindfulness-based treatment; MEPS: Means Ends Problem Solving Task; MEST: Memory Specificity Training; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; MINI-P: Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus; MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMSE: Mini Mental-state Examination; MSE: Mental State Examination; MSG: Mutual-support group Therapy; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MVI: Mate Value Inventory; N.A.: not available; NDC: Non-directive Counselling; NDCG: non-directive control group; Ne: Netherlands; NEO-PI: NEO Personality Inventory; NT: Narrative Therapy; NZ: New Zealand; OESS: Observer-Evaluated Social Skills; OQ-45.2: Outcome Questionnaire; OTI: Opiate Treatment Index; PAID: Problem Areas In Diabetes; PANAS: Positive and Negative Affective Scale; PANAS-PA: Positive Affect subscale of the Positive and Negative Affect Scale; PAT: Problem-adaptation Therapy; PAT: Psycho-analytic therapy; PBGS: Perinatal Bereavement Grief Scale; PCC: Person-centred Counselling; PCL: Posttraumatic Stress Disorder Check List; PCT¹: Partial Cognitive Therapy; PCT²: Person-centred Therapy; PDE: Personality Disorder Examination; PES: Pleasant Events Schedule; PET: Process-Experiential treatment; PF-SOC: Problem-Focused Style of Coping; PHQ: Physical Health Questionnaire; PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9; PLA: Placebo; PLA-CM: Placebo and Clinical Management; Po: Portugal; PQ: Partnership Questionnaire; PSC: Psychoeducation and Supportive Counselling; PSS: Perceived Stress Scale; PST: Problem-solving therapy; PT¹: Psychodynamic Therapy; PT²: Prescriptive Therapy; PTCL: Posttraumatic Cognitions Inventory; PTQ: Perseverative Thinking Questionnaire; QIDS-C: Quick Inventory of Depressive Symptoms; QLDS: Quality of Life in Depression Scale; QOLI: Quality of Life Inventory; RAND-36: RAND 36-item Health Survey; RC: Recalled cognition exercise; RDQ: Remission of Depression Questionnaire; RFD: Reasons for Depression Questionnaire; RFQ: Regulatory Focus Questionnaire; RGT: Repertory Grid Technique; Rom: Romania; RPC: Routine Primary Care; RPI: Reward Probability Index; RRS: Ruminative response scale; RSE: Rosenberg Self-Esteem Inventory; RSQ: Response Style Questionnaire; S/SD: Supportive self-directed therapy; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SAS: Social Adjustment Scale; SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale; SC: Supportive Counselling; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR; SCL-90: Symptom Checklist 90; SCQD: Self-control Questionnaire for Depression; SCSRFQ: Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire; SEFT: Supportive Emotion-focused therapy; SEG: Supportive-expressive group therapy; SESS: Self-Evaluated Social Skills; SF-12: 12-Item Short-Form Health Survey; SF-36: Short Form Health Survey; S-H PS: Snaith-Hamilton Pleasure Scale; SO: Significant Other Rating of Depression; SOFAS: Social and Occupational Functioning Scale; Sp: Spain; SP: Supportive Psychotherapy; SQ: Selves Questionnaire; SR: Self-Rating of Depression; SRM: Social rhythm metric; SRRS: Stress-Reactive Rumination Scale; SSM: Supported Stress management; SST: Self-system Therapy; ST¹: Schema Therapy; ST²: Supportive therapy; STAI: State Trait Anxiety Inventory; Swe: Sweden; SWI: Supportive therapy with Imipramine; Swi: Switzerland; TAS: TAS: Toronto Alexithymia Scale; TAU: treatment as usual; TCBS: The Target Complaint Discomfort Box scale; TCI: Temperament and Character Inventory; TCT: Third-wave cognitive therapy; TLFB: Time-Line Follow-Back; TLFB: Time-Line Follow-Back; TRS: Therapeutic Reactance Scale; TRS: Therapeutic Reactance Scale; TRSA: Thought Record Skills Assessment; UC: Usual care; UK: United Kingdom; USA: United States of America; VAS: Visual Analogue Scale; WHO-5: WHO-Five wellbeing index; WHODAS: World Health Organization Disability Assessment Schedule; WLC: Waiting-list condition; WPDI: Wisconsin Personality Disorders Inventory; WSAS: Work and social Adjustment Scale.

3.5 Risultati della meta-analisi

Come già precedentemente anticipato, solo il fattore alleanza terapeutica disponeva di dati sufficienti per essere meta-analizzato. È stato deciso di effettuare un confronto meta-analitico tra CBT ed altri interventi per il fatto che la CBT era la condizione sperimentale maggiormente presente negli studi selezionati.

I dati per calcolare le dimensioni degli effetti per l'alleanza terapeutica sono stati riportati in 9 studi. Di questi 9, 2 (Goldman et al., 2006; Greenberg & Watson, 1998)

non includevano un braccio CBT e 1 (Giosan et al., 2020) confrontava due versioni di CBT. 6 studi includevano un braccio CBT, e riportavano dati sufficienti per il calcolo della dimensione dell'effetto. 2 studi (Mohr et al., 2005; Rief et al., 2018) valutavano l'alleanza terapeutica a metà trattamento, e sono stati considerati per il *time-point* iniziale. Uno studio (Elkin et al., 1989) ha combinato i risultati dell'alleanza terapeutica in più sessioni. Per questo studio la maggior parte delle valutazioni è stata condotta per le misurazioni post-trattamento. Per questo motivo è stato deciso di includere solo questo *time-point*.

Per i risultati dell'alleanza terapeutica riportati all'inizio del trattamento (5 studi), la CBT non differisce dalle altre psicoterapie né nel *combined model* (Hedges' $g = -0.09$, 95% confidence interval [CI] -1.07 to 0.89) né nel *three-level model* (Hedges' $g = -0.07$, 95% CI -0.92 to 0.77). L'eterogeneità era molto alta in entrambi i modelli, con un I^2 del 91% (95% CI, 83 to 96) nel *combined model* e dell'87% nel *three-level model*. Questo valore è dovuto sia al numero limitato di studi disponibili per il pooling che all'elevata eterogeneità tra gli studi. In figura 3.3 viene riportato il *forest plot*.

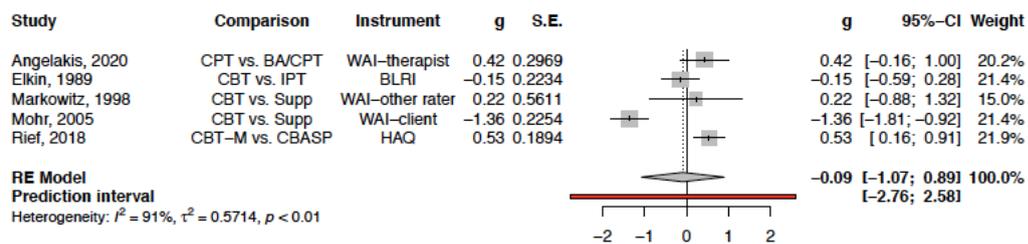


Figura 3.3 *Forest plot* del modello combinato per l'alleanza terapeutica valutata all'inizio del trattamento.

Per i risultati dell'alleanza terapeutica riportati dopo il trattamento (4 studi), la differenza tra la CBT e le altre psicoterapie è vicina alla significatività statistica nel *combined model* (Hedges' $g = 0.18$, 95% CI 0 to 0.37). Anche nel *three-level model* la differenza non raggiunge la significatività statistica (Hedges' $g = 0.17$, 95% CI -0.04 to 0.38). L'eterogeneità era piccola ($I^2 = 0\%$ in entrambi i modelli), ma con un ampio intervallo di confidenza che andava da 0 a 85% nel *combined model*. In figura 3.4 viene riportato il *forest plot*.

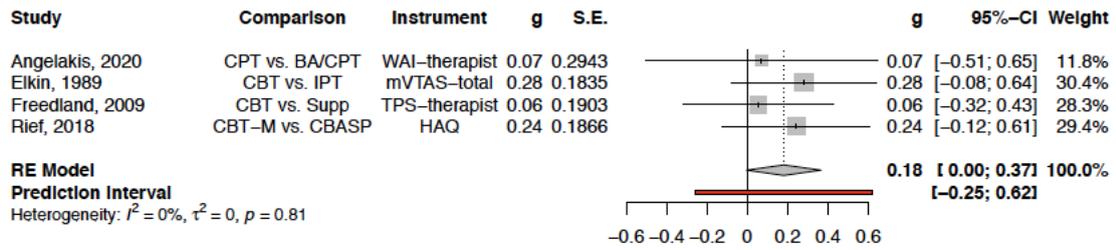


Figura 3.4 *Forest plot* del modello combinato per l'alleanza terapeutica valutata alla fine del trattamento.

4. DISCUSSIONE ED INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

4.1 Considerazioni generali

Conoscere quali siano i trattamenti più efficaci per la cura dei disturbi depressivi è fondamentale. Come riporta la banca dati Global Health Data Exchange, la prevalenza dei disturbi depressivi sta infatti aumentando in modo notevole negli ultimi anni. Per questo motivo è di primaria importanza saper investire correttamente nei sistemi sanitari, e proporre trattamenti *evidence-based*. I fattori che rendono conto dell'efficacia della psicoterapia sono sicuramente molteplici, e vanno oltre alle specifiche tecniche utilizzate nei vari orientamenti. Conoscere i fattori che contribuiscono al miglioramento clinico dei pazienti in psicoterapia è di fondamentale importanza, poiché permette di favorire, e di massimizzare, l'effetto dell'intervento clinico stesso.

Alcuni fattori coinvolti nella determinazione dell'outcome terapeutico sono ascrivibili al paziente, alcuni al terapeuta, mentre altri derivano dall'interazione tra gli stessi. Alcuni esempi di fattori che hanno un ruolo nella determinazione dell'outcome terapeutico sono l'empatia (Elliott et al., 2011), le aspettative (Constantino, Vislă et al., 2018), la motivazione (Keijsers et al., 1994), l'esperienza (Driscoll et al., 2003), il supporto sociale (Roehrle & Strouse, 2008.), etc.

Il dibattito su quali siano i fattori che hanno un ruolo nella determinazione dell'outcome terapeutico è ancora oggi molto acceso, e si focalizza soprattutto sul ruolo dei fattori specifici e dei fattori comuni tra psicoterapie. Da un punto di vista sperimentale, discernere l'effetto dei fattori specifici da quello dei fattori comuni, e viceversa, risulta alquanto complesso (Huibers & Cuijpers, 2015). Nonostante ciò, alcuni studi (Huibers & Cuijpers, 2015; Mulder et al., 2017) riportano alcuni suggerimenti e buone prassi da seguire.

Nelle ricerche degli ultimi anni si è comunque cercato di andare oltre al dibattito tra fattori specifici e comuni, e si è piuttosto arrivati ad una visione comune, secondo la quale non esista di per sé il primato di una classe di fattori, bensì una somma tra molteplici fattori, alcuni comuni e altri specifici, che nell'insieme possono rendere conto dell'efficacia terapeutica (Mulder et al., 2017). Inoltre, come riportano Crits-Christoph & Gibbons (2021) la dicotomia tra fattori comuni e fattori specifici può

essere addirittura fuorviante. Fattori comuni, quali l'alleanza terapeutica vengono inseriti e considerati in gran parte degli approcci terapeutici specifici. In molti casi anche il manuale di riferimento dell'intervento fa riferimento all'alleanza terapeutica come fattore costituente dell'intervento stesso. Inoltre, alcune tecniche possono essere comuni a più approcci. Infine, come già precedentemente riportato, le modalità di interazione tra i fattori rendono difficile discernere l'effetto dell'uno e dell'altro fattore (Crits-Christoph & Gibbons, 2021).

I risultati di questa tesi si basano su una revisione sistematica della letteratura riguardo ai RCT che comparano trattamenti per la cura della depressione. Chiaramente in questi studi le conclusioni hanno a che vedere con gli strumenti e le tecniche specifiche, e quindi con i fattori specifici che differenziano gli interventi terapeutici. I RCT sono studi decisamente idonei per la valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici. Il problema è che questi studi non sono in grado di chiarire quali meccanismi determinano questa efficacia. In soldoni, non rispondono alla domanda "perché questa terapia è efficace?". Numerosi studi riportano associazioni positive tra alcuni fattori comuni a tutti gli orientamenti terapeutici e il miglioramento dell'outcome terapeutico.

Chiaramente ciò non toglie che parte dell'outcome venga comunque spiegata dagli interventi eseguiti, e dalle specifiche tecniche utilizzate. In virtù di ciò, una valutazione quantitativa di questi costrutti (comuni e non) all'interno degli studi comparativi, potrebbe spiegare il peso che ognuno di questi fattori detiene nei confronti del miglioramento clinico. Per questo motivo lo scopo di questo studio era quello di verificare se quattro fattori comuni, che risultano associati col miglioramento dei sintomi, vengono presi in considerazione e soprattutto quantificati negli studi comparativi. I fattori presi in considerazione sono stati la competenza del terapeuta, l'aderenza al trattamento, la credibilità della terapia/aspettative del paziente e infine l'alleanza terapeutica. La scelta è ricaduta su questi quattro fattori in virtù delle numerose evidenze scientifiche che documentano un ruolo di questi costrutti nella determinazione del miglioramento clinico.

La revisione sistematica della letteratura eseguita per questo studio ha palesato la presenza di una scarsa misurazione, soprattutto quantitativa, dei quattro fattori oggetto di studio. Il fattore che veniva maggiormente valutato e quantificato negli studi revisionati era l'aderenza al trattamento. La competenza del clinico veniva stabilita in un numero limitato di studi, e spesso era inglobata nel costrutto di aderenza al protocollo terapeutico. La credibilità della psicoterapia, assieme alle aspettative del

paziente e l'alleanza terapeutica venivano considerate in un numero abbastanza modico di studi. Le modalità di quantificazione dei costrutti di interesse erano molto eterogenee tra i vari studi, rendendo di fatto complicata la raccolta dei dati utili alla meta-analisi. Purtroppo, in questo studio, solo il fattore alleanza terapeutica disponeva di dati sufficienti per il calcolo delle dimensioni dell'effetto. Per gli altri fattori non è stato infatti possibile effettuare analisi meta-analitiche. La motivazione è data dall'insufficienza dei dati riportati nei report. In moltissimi studi non veniva infatti riportato il numero di soggetti che sono stati sottoposti alle valutazioni quantitative dei fattori di interesse. Inoltre, per alcuni fattori i risultati non erano differenziati per condizione sperimentale, e in alcuni studi non erano presenti misurazioni di scale comuni a tutte le condizioni sperimentali. Infine, in una minoranza di studi, i fattori venivano valutati solo in una condizione sperimentale, senza riportare alcunché sulle altre.

In seguito, verranno riportate alcune osservazioni riguardo all'interpretazione dei risultati. Tali osservazioni verranno suddivise in quattro paragrafi, ognuno dei quali riporterà le considerazioni riguardo ognuno dei quattro fattori indagati in questo studio.

4.1.1 Considerazioni in merito al fattore aderenza al protocollo terapeutico

L'aderenza al trattamento è stato il fattore più valutato negli studi selezionati. Ciò non sorprende, dato che per la pubblicazione di RCT è fondamentale la presenza di una misura di integrità del trattamento (o almeno di aderenza al protocollo).

Per gli studi selezionati, la valutazione del costrutto di aderenza al trattamento è stata eseguita tramite metodologie molto eterogenee tra i vari studi. La situazione standard, e la più semplice, prevedeva la presenza di una scala di misura quantitativa, della quale venivano solitamente riportate medie e deviazioni standard.

Un'altra modalità di misura che ricorreva era quella caratterizzata dalla presenza di scale formate da item che sono state create *ad hoc*. Questo capitava soprattutto quando venivano poste a confronto tipologie di intervento più di nicchia, e quindi meno conosciute, o comunque per le quali non erano ancora state validate scale di aderenza. Solitamente queste scale contenevano un determinato numero di item, i quali venivano solitamente valutati su scala likert. Anche in questo caso i punteggi venivano espressi sotto forma di medie e deviazioni standard.

In altri casi le modalità di misura e quantificazione del costrutto non venivano definite, e si parlava solamente di aderenza al manuale di riferimento valutata tramite *rating*

scales/procedures non meglio specificate. In questi casi le misure quantitative venivano solitamente espresse sotto forma di percentuali, le quali esprimevano la frequenza con la quale i terapeuti aderivano al protocollo prescelto.

Ci sono studi che riportavano la supervisione come metodo di misura per l'aderenza al trattamento. In questi casi però, gli esiti venivano spesso espressi in termini quantitativi. In virtù di ciò è lecito chiedersi come e da cosa siano stati ricavati tali risultati quantitativi. Potrebbe trattarsi di *check-list* all'interno delle quali venivano elencati comportamenti tipici dell'orientamento terapeutico, o addirittura di scale validate, le quali non venivano però citate testualmente.

In alcuni studi l'aderenza ai trattamenti veniva quantificata mediante apposite *check-list*. In uno di questi studi i comportamenti dei terapeuti venivano suddivisi in quattro categorie: essenziali, accettabili ma non necessari, vietati e altro. In questo caso, i dati quantitativi avevano a che vedere con le frequenze percentuali delle quattro classi di comportamento.

In alcuni casi l'aderenza veniva stabilita sulla base dei cosiddetti punteggi "*red line*". Il punteggio "*red-line*" è una specie di *cut-off*, sopra al quale gli standard di aderenza venivano ritenuti soddisfatti. In questo caso il dato quantitativo ricavato era determinato dalla conta dei terapeuti che ricadevano sopra o sotto il *cut-off*. Solitamente il numero di terapeuti che venivano considerati aderenti era espresso in termini percentuali.

Alla luce di questa eterogeneità nelle modalità di misura del costrutto, la selezione di misure quantitative idonee al calcolo dell'effect size è risultata alquanto complicata. Oltre a ciò, in alcuni studi, veniva riportato un unico punteggio di aderenza, relativo a tutte le condizioni sperimentali. Chiaramente in questi studi non risultava possibile un confronto tra le condizioni sperimentali. Un altro problema era dato dalla presenza di molteplici scale all'interno dello stesso studio. In questi casi ognuna delle scale valutava l'aderenza per una sola condizione di trattamento. Trattandosi di scale diverse, il calcolo dell'effetto non poteva essere eseguito. Inoltre, in pochi casi, l'aderenza veniva valutata solo per una condizione sperimentale, senza riportare nessun tipo di valutazione per l'altra.

4.1.2 Considerazioni in merito al fattore competenza dello psicoterapeuta

La competenza del terapeuta veniva quantificata solo in un numero limitato di studi. Ad ogni modo, è utile portare all'attenzione la presenza massiccia di una misurazione e/o quantificazione dell'esperienza dei terapeuti che eseguivano gli interventi. Negli

studi l'esperienza dei terapeuti veniva frequentemente riportata in termini di anni, e quindi quantitativamente, ma anche qualitativamente, specificando ad esempio le qualifiche che il terapeuta aveva ottenuto (es. master, scuola di psicoterapia, PhD, ecc.). In alcuni studi l'idoneità dei terapeuti veniva stabilita in base a training eseguiti prima dell'inizio dello studio, o tramite la riuscita di alcuni *prior case*. Alla luce di ciò, è lecito chiedersi se l'esperienza del terapeuta possa essere intesa come *proxy* per la competenza dello stesso. In ogni caso, come riportato da Blow e colleghi (2007), negli studi clinici che comparano trattamenti terapeutici le variabili attribuibili al terapeuta, e quindi anche la competenza dello stesso, vengono spesso trattate come fonte di errore, e non come fonte di varianza.

4.1.3 Considerazioni in merito al fattore credibilità della psicoterapia/aspettative del paziente

La credibilità del trattamento e le aspettative del paziente nei confronti della psicoterapia sono stati i costrutti meno valutati e quantificati negli studi presi in considerazione. Inoltre, questi due costrutti, che differiscono tra loro, venivano spesso valutati assieme, attraverso l'utilizzo del Credibility/Expectancy Questionnaire (Deville & Borkovec, 2000). Questo è il motivo per il quale in questo studio questi due costrutti sono stati considerati assieme.

L'associazione positiva tra le aspettative del paziente, la credibilità della terapia e il miglioramento clinico è ben documentata (Constantino, Vîslă et al., 2018, cit. in Constantino et al., 2021; Mooney et al., 2014). Per questa ragione una valutazione così scarsa di questi costrutti non è ideale. Probabilmente, la motivazione della scarsa considerazione di questi costrutti è data dalla natura stessa degli studi RCT. Queste ricerche vengono infatti utilizzate per la valutazione dell'efficacia clinica degli interventi terapeutici, e quindi per la valutazione dei fattori specifici. Ad ogni modo, vista la consapevolezza del ruolo di questi costrutti, una loro valutazione all'interno degli RCT sarebbe decisamente auspicabile.

4.1.4 Considerazioni in merito al fattore alleanza terapeutica

Il costrutto di alleanza terapeutica è stato oggetto di misurazioni e valutazioni solo in un numero abbastanza ristretto di studi. Tra i fattori comuni tra psicoterapie, l'alleanza terapeutica è sicuramente il costrutto più rilevante e maggiormente indagato. L'alleanza

terapeutica viene valutata maggiormente negli studi RCT rispetto alla credibilità e alle aspettative del paziente. La presenza di una maggiore misurazione di questo costrutto è probabilmente imputabile alle robuste evidenze scientifiche che illustrano il ruolo dell'alleanza di lavoro nel miglioramento clinico del paziente.

L'alleanza terapeutica è il fattore comune più studiato dai ricercatori. Tuttavia, come affermano Crits-Christoph & Gibbons (2021), l'alleanza terapeutica viene spesso considerata ed inserita nei manuali teorici e pratici degli specifici interventi terapeutici. Per questo motivo, la relazione terapeutica potrebbe in un certo senso essere considerata come uno strumento specifico, che fa riferimento ad un determinato intervento terapeutico. Alla luce di ciò è lecito chiedersi se la presenza di alleanza terapeutica possa essere desunta dalla presenza di aderenza al trattamento. A favore di questa osservazione viene riportata la presenza di alcuni studi (Greenberg & Watson, 1998; Goldman et al., 2006), all'interno dei quali scale di misura per l'alleanza terapeutica sono state utilizzate come misure di aderenza al trattamento. In questi casi i trattamenti posti a confronto erano caratterizzati da una forte enfasi sulla relazione terapeutica e sull'empatia.

L'alleanza terapeutica è stato l'unico fattore, tra quelli oggetto di studio, che presentava dati sufficienti per poter essere meta-analizzato. Per la meta-analisi è stato scelto di fare un confronto tra CBT ed altri trattamenti, poiché la CBT era la condizione sperimentale maggiormente presente all'interno degli studi selezionati. Ad ogni modo, gli studi che presentavano misurazioni idonee al calcolo dell'effetto erano pochi. Per questo motivo i risultati della meta-analisi sono poco stabili.

Per l'alleanza terapeutica misurata pre-trattamento non emergono differenze tra CBT ed altri interventi terapeutici. I risultati riportano la presenza di un alto livello di eterogeneità tra gli studi selezionati. Questo potrebbe denotare la presenza di misurazioni molto diverse tra loro. Dato il numero limitato di studi non è stato possibile esaminare possibili cause di eterogeneità (ad esempio la presenza di eventuali moderatori).

Per l'alleanza terapeutica valutata a fine trattamento sembra esserci un vantaggio piccolo, vicino alla soglia di significatività statistica (ma non significativo), in favore della CBT. Il numero di studi inseriti nella meta-analisi è però molto ridotto, e per questo motivo il risultato potrebbe non essere robusto. Inoltre, è possibile che l'alleanza terapeutica valutata a fine psicoterapia possa essere influenzata dai risultati del trattamento. La presenza del miglioramento dei sintomi potrebbe infatti portare ad un

miglioramento dell'alleanza terapeutica.

4.2 Conclusioni, suggerimenti e direzioni future

In conclusione, questo studio non ha riportato i risultati sperati. I fattori di interesse sono stati valutati in un numero limitato di studi, e in molti di questi il report avveniva tramite commenti qualitativi o descrittivi. Da un punto di vista statistico, queste valutazioni servono a poco, e soprattutto non ci danno la certezza di un'effettiva misurazione. Inoltre, le modalità di misura dei fattori di interesse erano molto eterogenee. Per questo, i risultati quantitativi ottenuti erano molto diversi tra loro. In alcuni casi venivano riportate medie e deviazioni standard, in altri percentuali, mentre in altri ancora *t test*, etc. L'analisi statistica è stata inoltre complicata dalla presenza di scale di misura che venivano somministrate solo in alcune condizioni sperimentali. Oltre a questo, in alcuni studi i risultati riguardo ai fattori di interesse erano espressi in termini assoluti, e quindi senza differenziare per condizione sperimentale. Solo in pochi studi i dati presentati permettevano una analisi meta-analitica. Infatti, solo per il fattore alleanza terapeutica sono state riportate analisi statistiche di tipo meta-analitico.

Alla luce di quanto espresso, e dei risultati ottenuti in questo studio, vengono ora riportati alcuni suggerimenti.

Negli studi RCT è fondamentale presentare una valutazione dell'integrità del trattamento (e quindi dell'aderenza al protocollo e della competenza del terapeuta). È infatti probabile che i terapeuti usino tecniche diverse nella loro pratica clinica, o che utilizzino addirittura approcci integrati. Quando viene eseguita una comparazione tra due o più interventi terapeutici è importante accertare l'integrità degli interventi stessi. Solo questo ci garantisce che le conclusioni riguardo all'efficacia di un determinato trattamento siano generalizzabili. Per queste motivazioni una valutazione quantitativa dell'integrità del trattamento sarebbe auspicabile.

Nei RCT andrebbero inoltre riportate valutazioni di fattori per i quali la ricerca ha riportato un contributo nel miglioramento clinico. Per questo, una valutazione della credibilità della psicoterapia, delle aspettative del paziente e dell'alleanza terapeutica sarebbe auspicabile.

Le misurazioni dei fattori oggetto di questo studio (ma anche di altri fattori che hanno un ruolo nel miglioramento clinico) dovrebbero idealmente avvenire attraverso l'utilizzo di scale standardizzate e validate. Le modalità di somministrazione delle scale

andrebbero chiarite il meglio possibile, e, in presenza di una valutazione eseguita da osservatori esterni, sarebbe buona prassi riportare l'indice *inter-rater-reliability*. Infine, in presenza di misurazioni quantitative i risultati andrebbero differenziati per condizione sperimentale, riportando per ogni valutazione il numero di soggetti sui quali la misurazione è avvenuta. In questo modo sarebbe possibile, e decisamente meno laborioso, eseguire confronti statistici.

Per quanto concerne le direzioni future, sarebbe auspicabile progettare studi meta-analitici di questo tipo, considerando però numeri maggiori di studi. Chiaramente affinché questo avvenga i dati riguardo ai fattori di interesse dovrebbero essere riportati in modo completo nei RCT. Oltre a ciò, in futuro, potrebbe essere interessante progettare studi di questa tipologia impostando come target trial randomizzati e controllati che confrontano due o più tipologie di psicoterapia per il trattamento di altri disturbi. La depressione è infatti una psicopatologia molto indagata dai ricercatori (Cuijpers et al., 2021), con una presenza di RCT notevole. Per queste ragioni è lecito chiedersi se fattori che hanno un ruolo nella determinazione dell'outcome terapeutico vengano valutati in RCT che comparano i trattamenti per altre psicopatologie.

Riferimenti bibliografici

- Andrews, J. G., & Tennant, C. (1978). Life event stress and psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 8, 545-549.
- Ardito, R.B. & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2(270), 2-11.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2006). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 23–55). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Balduzzi, S., Rücker, G., & Schwarzer, G. (2019). How to perform a meta-analysis with R: a practical tutorial. *Evidence-based mental health*, 22(4), 153–160.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects. Findings and methods. In M. J. Lambert (Eds.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 258-297). NY, New York: John Wiley & Sons.
- Barber, J. & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: A preliminary report. *Psychotherapy research*, 6(2), 81-94.
- Barber, J.P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 619-622.
- Barrett-Lennard, G. T. (1973). *Relationship Inventory*. Unpublished manuscript. Canada, Ontario: University of Waterloo.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(5)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A. III, Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics

- of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1276–1284.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298–317.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, 50(2), 150–157.
- Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T., (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. VA, Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Chatoor, I., & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European child & adolescent psychiatry*, 10(1), 19-25.
- Choy, Y., Fyer, A.J. & Lipsitz, J.D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27(3), 266-286.
- Collyer, H., Eisler, I., & Woolgar, M. (2020). Systematic literature review and meta-analysis of the relationship between adherence, competence and outcome in psychotherapy for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 417–431.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Višlā, A. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early perception of treatment credibility and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 486–495.
- Constantino, M. J., Višlā, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485.
- Constantino, M.J., Boswell, J.F., & Coyne, A.E. (2021). Patient, therapist, and relational

- factors. In Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L.G. (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th Edition). Wiley Professional Development (P&T).
- Crits-Christoph, P., & Gibbons, M.B.C. (2021). Psychotherapy Process-outcome research: Advances in Understanding Causal Connections. In Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L.G. (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th Edition). Wiley Professional Development (P&T).
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81–91.
- Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evidence-Based Mental Health, 19*(2), 39-42.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Quero, S., Pineda, B., Munoz, R., Struijs, S.Y., Llamas, J., Vieira, P.M., Figueroa, C., & Rosenström, T. (2021). A meta-analytic database of randomised trials on psychotherapies for depression (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/825C6>)
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology 15*(1), 207-231
- Dalsant, A., Truzzi, A., Setoh, P., & Esposito, G. (2015). Empatia e Teoria della Mente: un unico meccanismo cognitivo. *Rivista internazionale di filosofia e psicologia, 6*(2), 245-248.
- Davis, S.D. & Piercy, F.P. (2007a). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(3), 318-343.
- Davis, S.D. & Piercy, F.P. (2007b). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part II: Model-independent common factors and an integrative framework. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(3), 344-363.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(5), 371–378.

- Depressive Disorders. (n.d.). Global Health Data Exchange.
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/80bc20e9e2d40d7859ae9dc8767c602c>
- Derogatis, L. (1993). *Brief Symptom Inventory*. MN, Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*, 9(1), 13-28.
- Devilly, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 31(2), 73-86.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Driscoll, K.A., Cukrowicz, K.C., Reitzel, L.R., Hernandez, A., Petty, S.C. & Joiner Jr, T.E., (2003). The Effect of Trainee Experience in Psychotherapy on Client Treatment Outcome. *Behavior Therapy*, 34(2), 165-177.
- Duncan, B. L. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 32–57
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D.R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971-983.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410.
- Falkenström, F., Granström, F. & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, 24(2), 146-159.
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, 53(1), 105-116.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the

- technique of psychoanalysis. In Strachey, J. (Eds. and Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). New York: Wiley.
- Giosan, C., Cobeanu, O., Wyka, K., Muresan, V., Mogoase, C., Szentagotai, A., Malta, L.S., & Moldovan, R. (2020). Cognitive evolutionary therapy versus standard cognitive therapy for depression: A single-blinded randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 76*(10), 1818-1831.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 537-549.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical psychology review, 26*(6), 657-678.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly, 77*(1), 77-102
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50-55.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 6*, 278-296.
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Reynolds, S., Rees, A., & Stiles, W. B. (1995). Credibility and outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 34*(4), 555-569.
- Harrer, M., Ebert, D.D., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2020). *MetaPsyR: Access the Meta-Analytic Psychotherapy Database*. R package version 0.1.0. DOI: 10.5281/zenodo.5171880.
- Hartley, D., & Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In Masling, J. (Eds.). *Empirical studies of psychoanalytic*

- theories* (pp. 1-27). NJ, Hillsdale: Erlbaum.
- Hatcher, R.L. & Barends, A.W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1326-1336.
- Hedges L.V., Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. CA, San Diego: Academic Press
- Heinonen, E. Lindfors, O. Laaksonen, M. A. & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 138*(3), 301-312.
- Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *Bmj, 327*(7414), 557-560.
- Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(1), 73–79
- Hollon, S.N., Evans, M.D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., Kriss, M., Grove, W., Tuason, V.B. & Piasecki, J. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, and clinical management pharmacotherapy*. Unpublished manuscript.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting Psychology, 36*(2), 223–233.
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Horvath, A.O., Del Re A.C., Flückiger C. & Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.
- Huibers, M. J. H., & Cuijpers, P. (2015). Common (Nonspecific) Factors in Psychotherapy. In Cautin, R. L., & Lilienfeld, S.O. (Eds.). *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1-6). John Wiley & Sons.
- Katz, M., Hilsenroth, M., Moore, M. & Gold, J. R. (2020). Profiles of adherence and flexibility in psychodynamic psychotherapy: A cluster analysis. *Journal of*

- Psychotherapy Integration*, 31(4), 348-362.
- Kazdin, A. E. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy*, 10(1), 81-93.
- Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Schaap, C. P. D. R. (1994). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavior Therapy*, 25(4), 689-708.
- Keithly, L. J., Samples, S. J., & Strupp, H. H. (1980). Patient Motivation as a Predictor of Process and Outcome in Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33(1-2), 87-97.
- Lafferty, P., Beutler, L.E. & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(1), 76-80.
- Lambert M.J., & Asay T.P. (1984). Patient Characteristics and Their Relationship to Psychotherapy Outcome. In Hersen M., Michelson L., Bellack A.S. (Eds.). *Issues in Psychotherapy Research* (pp. 313-359). New York: Plenum Press.
- Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: a revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83(1), 107-119.
- Lambert, M. J., & Anderson, E. M. (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 15, 23-47.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In Norcross, J.C., Goldfield, M.R. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Mann, A., Jenkins, R., & Belsey, E. (1981). The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychological Medicine*, 11(3), 535-550
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 1007-1014.
- Mooney, T.K., Gibbons, M.B.C., Gallop, R., Mack, R.A. & Crits-Christoph, P. (2014). Psychotherapy credibility ratings: patient predictors of credibility and the relation of credibility to therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 24(5), 565-577.
- Moras, K., & Jones, J. (1992). *Attitudes and Expectations*. Unpublished scale.

University of Pennsylvania.

- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953–962.
- Nahum D., Alfonso C.A., & Sönmez E. (2019). Common Factors in Psychotherapy. In Javed A., Fountoulakis K. (Eds.). *Advances in Psychiatry* (pp. 471-481). Springer.
- O'Malley, S.S., Foley, S.H., Rounsaville, B.J., Watkins, J.T., Sotsky, S.M., Imber, S.D. & Elkin, I. (1988). Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 496-501.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Owen, J. & Hilsenroth, M.J. (2014). Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, 61(2), 280-288.
- Package 'metafor'. (2021, June 9). The metafor Package: A Meta-Analysis Package for R. <https://cran.r-project.org/web/packages/metafor/metafor.pdf>
- Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829–841.
- Psicoterapia. (2018, August 20). Wikizionario. <https://it.wiktionary.org/wiki/psicoterapia>
- Psicoterapia. (n.d.). Treccani. <https://www.treccani.it/vocabolario/psicoterapia/>
- Puschner, B., Wolf, M., & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research*, 18(2), 167–178.
- Rief, W., Bleichhardt, G., Dannehl, K., Euteneuer, F., & Wambach, K. (2018). Comparing the efficacy of CBASP with two versions of CBT for depression in a routine care center: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 164-178.
- Roehrl, B., & Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 45(4), 464–476.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of

- psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415.
- Shaw, B.F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T.M., Dobson, K.S., Lowery, A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T. & Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 837–846.
- Shelef, K. & Diamond, G. M. (2008). Short form of the revised Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 18(4), 433-443.
- Sprenkle, D., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30,(2) 113–129.
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 71– 84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson-Hollands, J., Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., & Barlow, D. H. (2014). Credibility and outcome expectancy in the unified protocol: Relationship to outcomes. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(1), 72-82.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists’ treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients’ severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420–434.
- Viechtbauer, W. (2005). Bias and efficiency of meta-analytic variance estimators in the random-effects model. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 30(3), 261-293.
- Viechtbauer, W. (2007). Confidence intervals for the amount of heterogeneity in meta-analysis. *Statistics in medicine*, 26(1), 37-52.
- Vocisano, C., Klein, D.N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J., Rothbaum, B. & Thase, M.E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255-265.

- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 247–255
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–630.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. NJ, Mahwah: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., Owen, J. (2021). Therapist effects: history, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L.G. (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th Edition). Wiley Professional Development (P&T).
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200–211.
- Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. University of Chicago Press.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663.
- Westra, H. A. (2011). Comparing the predictive capacity of observed in-session resistance to self-reported motivation in cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 106–113.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale*. Unpublished manuscript. University of Pennsylvania.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiss, H., Scheidt, C. E., Völker, A., Helesic, A., Eckhardt-Henn, A., Beutel, M., Endorf, K., Treiber, F., Rochlitz, P., & Hartmann, A. (2016). Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic

study on inpatient and day hospital treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 197, 205–214.